



Departamento de Fisiología y Farmacología

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

**Factores asociados con la
cesación tabáquica en los
pacientes atendidos en la Unidad
de Deshabitación Tabáquica del
Servicio Cántabro de Salud**

*Tesis doctoral presentada por Fernando
Martín Fuente para optar al Grado de
Doctor por la Universidad de Cantabria*

Santander, Enero 2016



Departamento de Fisiología y Farmacología
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

Francisco Javier Ayesta Ayesta,

Profesor Titular de Farmacología de la Universidad de Cantabria

CERTIFICA:

Que ha llevado a cabo las funciones de dirección de la tesis doctoral de **Fernando Martín Fuente**, licenciado en Medicina, con el título “**Factores asociados con la cesación tabáquica en los pacientes atendidos en la Unidad de Deshabitación Tabáquica del Servicio Cántabro de Salud**”.

Considero que dicho trabajo se encuentra terminado y reúne los requisitos necesarios para su presentación como Memoria de Doctorado al objeto de poder optar al grado de Doctor por la Universidad de Cantabria.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, expido la presente certificación en Santander, a 21 de enero de 2016.

F. Javier Ayesta Ayesta

A F. Javier Ayesta por su saber y su amistad.

ÍNDICE

ABREVIATURAS

I. INTRODUCCIÓN	1
1. EL TABACO COMO FACTOR DE RIESGO DE ENFERMEDAD	
2. EL CONSUMO DE TABACO COMO ADICCIÓN	
3. ABORDAJE DEL CONSUMO DE TABACO	
3.1. AUMENTO DE LA MOTIVACIÓN	
3.2. PROFUNDIZAR EN LA CONDUCTA DE FUMAR	
3.3. TRANSMITIR AL PACIENTE LO QUE DEBE SABER	
3.4. HERRAMIENTAS FARMACOLÓGICAS ÚTILES	
4. LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN TABAQUISMO	
4.1. ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA AL TABAQUISMO	
4.2. DEFINICIÓN DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA	
4.3. DESTINATARIOS DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA	
4.4. CRITERIOS DE DERIVACIÓN	
4.4.1. PERSONAS QUE HAN REALIZADO VARIOS INTENTOS	
4.4.2. PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA ASOCIADA	
4.4.3. URGENCIA POR DEJAR DE FUMAR	
4.4.4. EMBARAZO Y LACTANCIA	
4.4.5. OTROS CRITERIOS	
4.5. QUÉ HAN DE OFRECER LAS UNIDADES ESPECIALIZADAS	
4.5.1. TIEMPO	
4.5.2. RECURSOS	
4.5.3. HERRAMIENTAS TERAPÉUTICAS	
5. FACTORES PRONÓSTICOS DE CESACIÓN	
II. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	41
III. MÉTODOS	45
1. POBLACIÓN DEL ESTUDIO	
2. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN	
3. HISTORIA CLÍNICA	
4. CUESTIONARIOS	
4.1. ANÁLISIS DE LA DEPENDENCIA	
4.1.1. TEST DSM-IV	
4.1.2. TEST DE FAGERSTRÖM (FTND)	
4.2. VALORACIÓN DEL ESTADO ANÍMICO	
4.2.1. CUESTIONARIO DE GOLDBERG	
4.2.2. ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO	
4.3. ANÁLISIS DE LOS ANTECEDENTES Y CONSECUENTES DEL CONSUMO	
4.3.1. TEST DE RUSSELL	
4.3.2. OTRAS PREGUNTAS DE ANTECEDENTES Y CONSECUENTES	
4.3.3. ESCALA DE AUTOEFICACIA DE BAER-LICHTENSTEIN	
4.4. OTROS TEST	
5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	

IV. RESULTADOS

1. RESULTADOS GLOBALES DE LA UNIDAD

2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

2.1. VARIABLES DEMOGRÁFICAS

2.2. VARIABLES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE TABACO

2.3. VARIABLES DE LOS TEST APLICADOS

2.4. VARIABLES RELACIONADAS CON EXPECTATIVAS Y DISPOSICIONES

2.5. VARIABLES RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO

3. ANÁLISIS BIVARIANTE

3.1. SEXO

3.2. EDAD

3.3. EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO

3.4. NÚMERO DE CIGARRILLOS

3.5. NÚMERO DE INTENTOS PREVIOS

3.6. MÁXIMO NÚMERO DE DÍAS ABSTINENTES EN UN INTENTO PREVIO

3.7. PUNTUACIÓN EN EL TEST DE FAGERSTRÖM

3.8. PUNTUACIÓN EN EL DSM-IV

3.9. ADICCIÓN SEGÚN EL TEST DE RUSSELL

3.10. TEST DE RUSSELL Y PREGUNTAS RELACIONADAS

3.11. TEST DE AUTO-EFICACIA DE BAER-LICHTENSTEIN

3.12. TEST DE GOLDBERG: SUBESCALA DE DEPRESIÓN

3.13. TEST DE GOLDBERG: SUBESCALA DE ANSIEDAD

3.14. TEST DE ESTRÉS PERCIBIDO

3.15. LOCUS DE CONTROL

3.16. PERCEPCIÓN DE DIFICULTAD

3.17. PERCEPCIÓN DE DIFICULTAD

3.18. PERCEPCIÓN DE APOYO

3.19. DISPOSICIÓN A LA CESACIÓN

3.20. FORMATO DE INTERVENCIÓN

3.21. ACEPTACIÓN DEL TRATAMIENTO Y NÚMERO DE SESIONES

3.22. FÁRMACO EMPLEADO

4. ANÁLISIS MULTIVARIANTE

4.1. DE ESTAR ABSTINENTE EL DÍA D

4.2. DE NO RECAER ENTRE EL DÍA D Y EL 6º

4.3. DE ESTAR ABSTINENTE EN EL SEXTO MES

4.4. DE NO RECAER ENTRE EL 6º Y EL 12º MES

4.5. DE ESTAR ABSTINENTE AL AÑO

4.6. RESUMEN DE LOS FACTORES PREDICTORES

V. DISCUSIÓN

139

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO
 - 1.1. ESTAR ABSTINENTE EL DÍA D
 - 1.2. CRITERIOS DE DERIVACIÓN
2. INFLUENCIA DE LAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS
 - 2.1. SEXO
 - 2.2. EDAD
3. INFLUENCIA DE LAS VARIABLES DE CONSUMO
 - 3.1. NÚMERO DE CIGARRILLOS DIARIOS
 - 3.2. EDAD DE INICIO
 - 3.3. INTENTOS PREVIOS
 - 3.4. PUNTUACIÓN EN LOS CUESTIONARIOS DE DEPENDENCIA
 - 3.5. SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA
 - 3.6. ANSIEDAD Y ESTRÉS
 - 3.7. OTRAS CUESTIONES RELACIONADAS CON EL ESTADO ANÍMICO
 - 3.8. VARIABLES RELACIONADAS CON EL ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA
4. DISPOSICIÓN Y EXPECTATIVAS
 - 4.1. DISPOSICIÓN A DEJARLO EN UNA FECHA PRÓXIMA
 - 4.2. PERCEPCIÓN DE DIFICULTAD Y POSIBILIDAD
 - 4.3. PERCEPCIÓN DE APOYO FAMILIAR
5. VARIABLES RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO
 - 5.1. FORMATO DE INTERVENCIÓN
 - 5.2. NÚMERO DE SESIONES
 - 5.3. ACEPTACIÓN DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
 - 5.4. FÁRMACO UTILIZADO EN LA CESACIÓN
6. VARIABLES CLÍNICAS
 - 6.1. DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO
 - 6.2. CONSUMO DE THC
7. LIMITACIONES DE ESTE ESTUDIO

VI. CONCLUSIONES

171

VII. BIBLIOGRAFÍA

175

ABREVIATURAS

Cig/d: cigarrillos/día

CO: monóxido de carbono

DE: desviación estándar

DSM-IV: *Diagnostic and Statistical Manual*, 4th edition

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica

FTND: test de Fagerström de dependencia de la nicotina

LC95%: límites de confianza del 95%

OMS: Organización Mundial de la Salud

OR: *odds ratio*

RR: riesgo relativo

THC: delta-9-tetrahidrocannabinol (Δ^9 -THC)

TSN: terapia sustitutiva con nicotina

UDESTA: Unidad de Deshabitación Tabáquica del Gobierno de Cantabria

I. INTRODUCCIÓN

1. EL TABACO COMO FACTOR DE RIESGO DE ENFERMEDAD

El consumo de tabaco es uno de los mayores retos de salud pública a los que se enfrentan los diversos países (figura 1). La inhalación del humo del tabaco presenta una serie de características (alta toxicidad y alta adictividad) que hacen que fumar sea uno de los principales factores de riesgo para la salud. Si fumar fuese adictivo, pero no especialmente tóxico o, a la inversa, si fuera tóxico, pero no adictivo, el consumo de tabaco no sería propiamente un grave problema de salud pública.

A que lo sea contribuyen también otros aspectos, como la gran extensión de su consumo, la toxicidad del tabaquismo pasivo y su mayor prevalencia en las personas con patología psiquiátrica y en las clases sociales más desfavorecidas, lo cual contribuye a una mayor desprotección y marginación social.

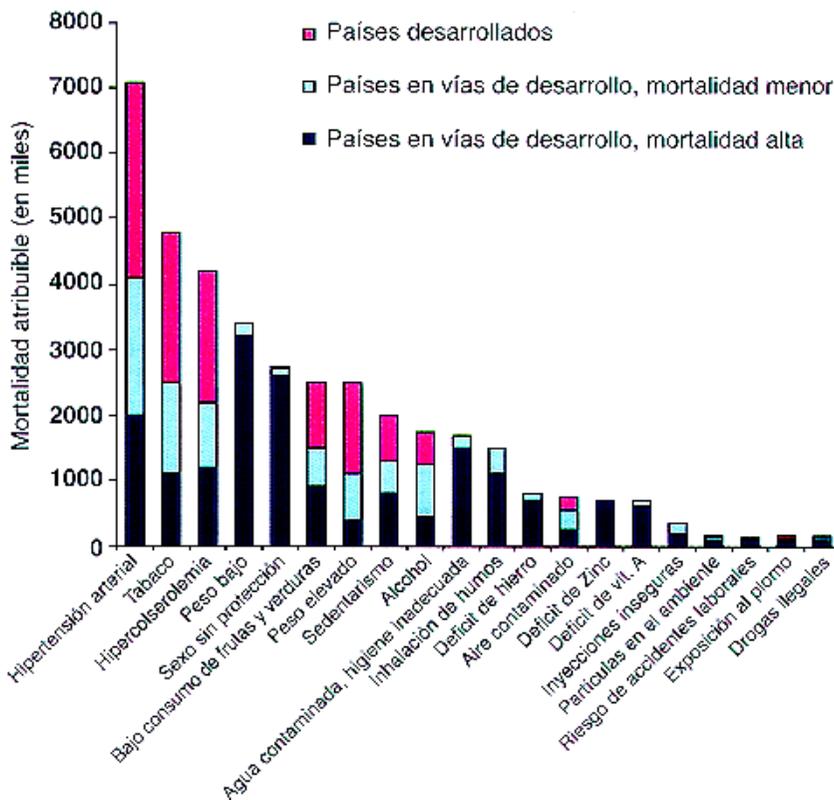


Figura 1. Mortalidad ocasionada por diversas causas (Ezzati et al., 2002; datos de 2000)

El consumo crónico de tabaco, especialmente el fumado (vía intrapulmonar) es muy tóxico. Su uso regular y continuado da lugar a gran cantidad de enfermedades y de muertes prematuras. En todo el mundo es la segunda causa de mortalidad y de carga de enfermedad, tras la hipertensión arterial, (figuras 1 y 2a), y en los países desarrollados es la principal causa de mortalidad prevenible y la mayor causa de carga de enfermedad (figura 2b) (Ezzati et al., 2002; Lim et al., 2012).

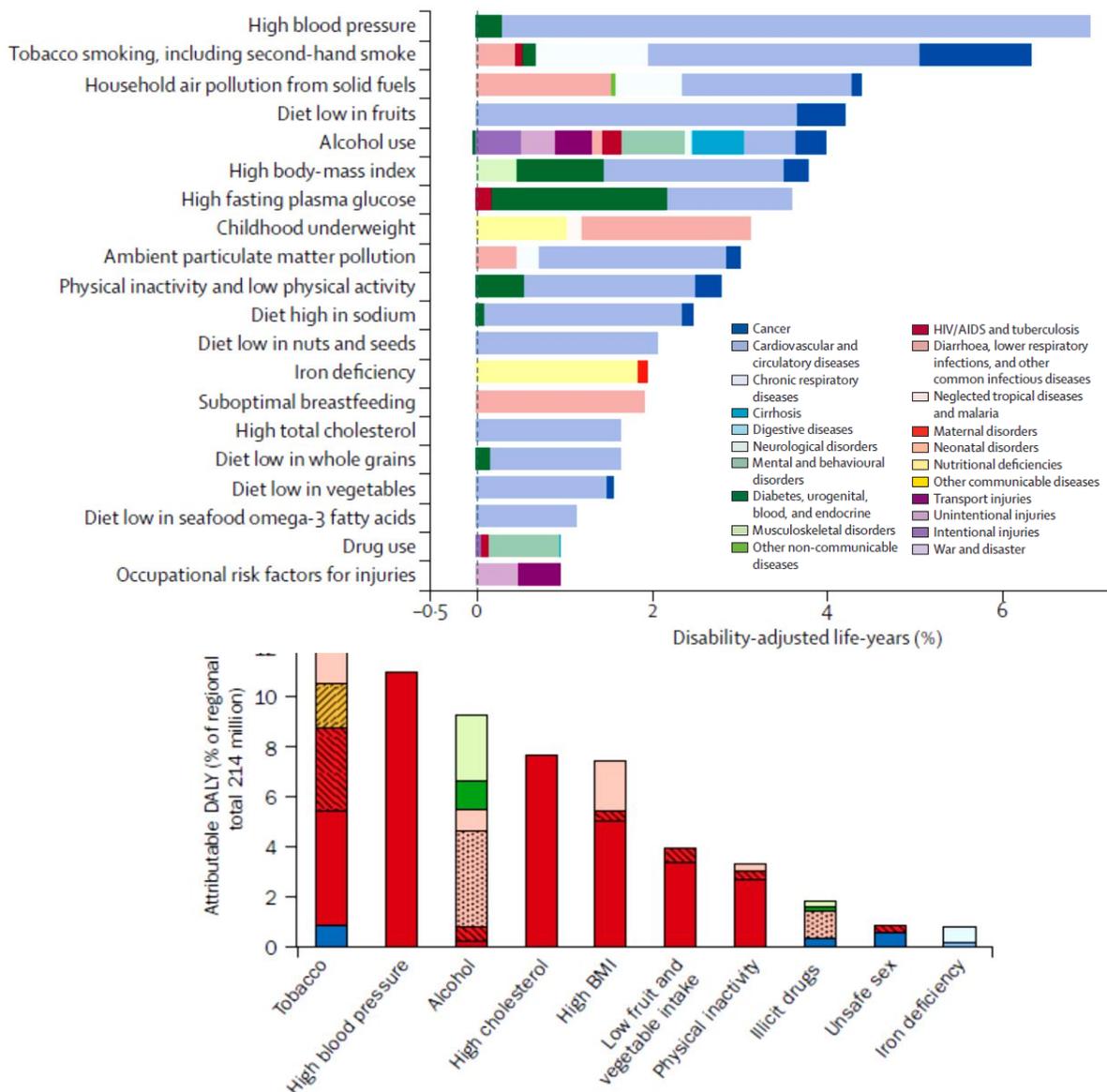


Figura 2. a) Años de discapacidad por diversas causas en todo el mundo; b) años de discapacidad por diversas causas en los países desarrollados (Lim et al., 2012)

Quienes fuman 20 cigarrillos al día presentan una tasa general de mortalidad mayor del doble que quienes no fuman. Se ha estimado que fumar reduce 10 años la esperanza de vida, algo que se sabía desde 1938 (Pearl, 1938; figura 3) y que ha sido corroborado tras el seguimiento de 50 años de los médicos británicos (Doll et al., 2004; figura 3). De media, puede decirse que, si no lo dejan, de cada 4 personas que fuman, una perderá unos 20 años (entre 15 y 30) de vida, otra perderá unos 10 años, aunque su calidad de vida será mucho más deficiente, y por último, las otras dos no sufrirán grandes reducciones en sus expectativas de vida, aunque sí que puede verse mermada la calidad de ésta (Cortijo y Fuentes-Pila, 2004; Lim et al., 2012).

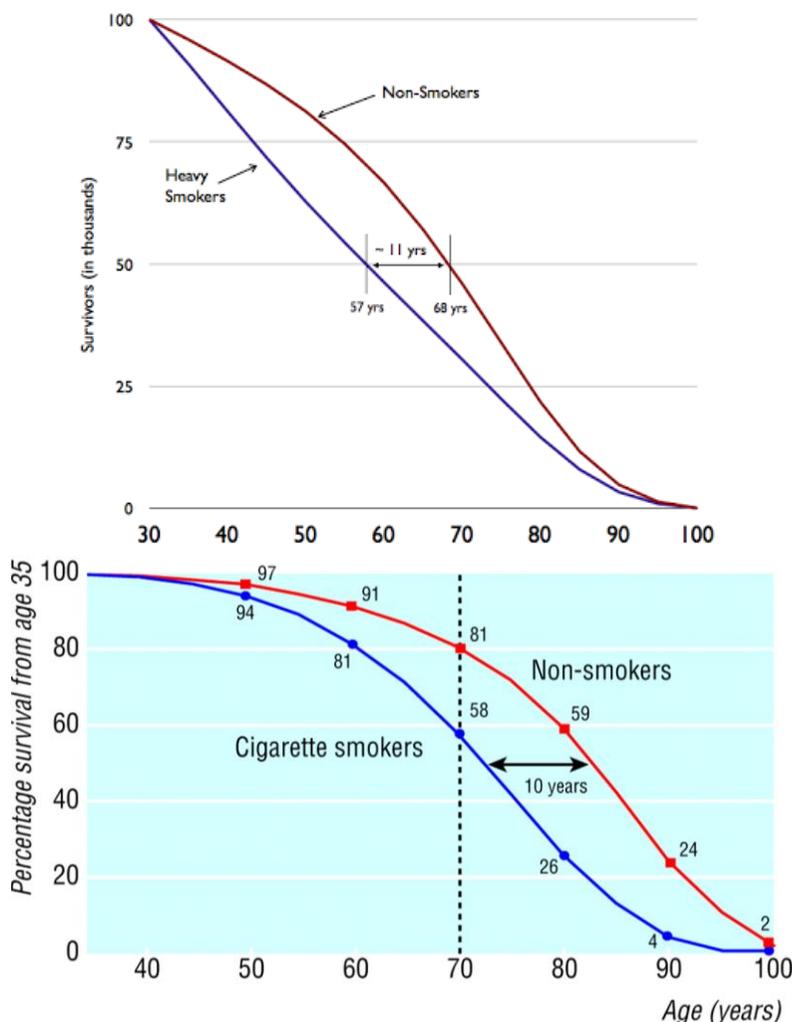


Figura 3. Supervivencia según edad en personas fumadoras y no fumadoras; arriba: Pearl, 1938; abajo: Doll et al., 2004

Aunque el daño varía por personas, de la reducción media de 10-12 años en la expectativa de vida (uno de cada 7-8 días) y de otros datos conocidos, puede deducirse que una persona fumadora pierde unos 10-12 minutos de vida por cada cigarrillo fumado (algo más de lo que se tarda en fumarlo).

Este exceso de mortalidad se correlaciona con la profundidad de la inhalación, los años de consumo y con el número de cigarrillos (figura 4), aunque este último factor influye unas tres veces menos que el anterior. En parte por esto, quienes empiezan a fumar antes presentan mayor mortalidad (figura 4) (Pirie et al., 2013). El periodo de tiempo fumado ocasiona más toxicidad que la cantidad fumada. Así, por ejemplo, es mucho más grave fumar diez cigarrillos diarios durante 40 años que fumar un paquete diario durante 20 años (Saltó et al., 2011).

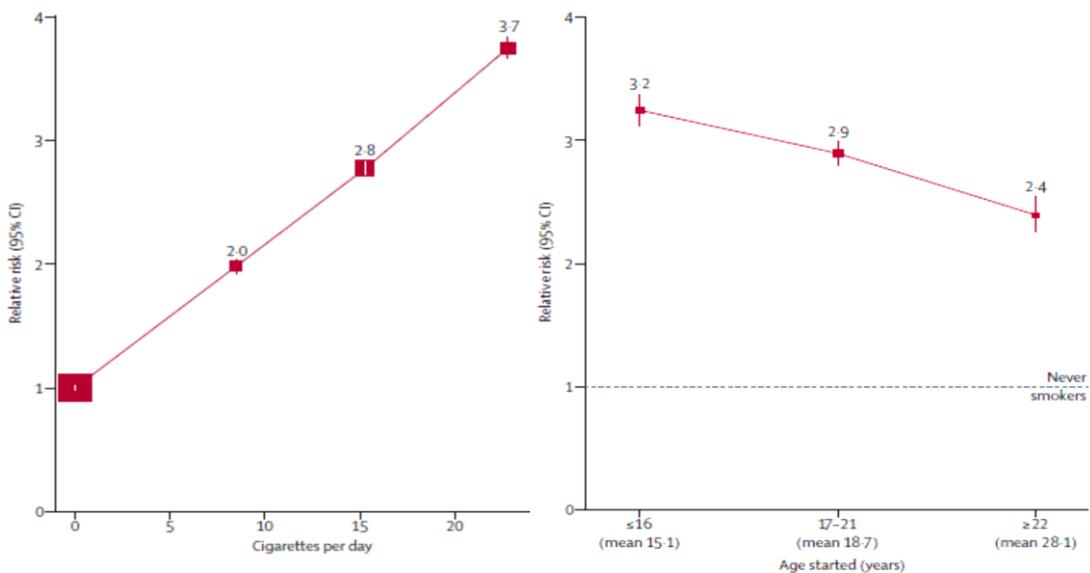


Figura 4. Riesgo relativo de mortalidad en mujeres según número de cigarrillos diarios (izquierda) y según la edad de inicio del consumo regular (derecha) (Pirie et al., 2013)

No se han descubierto la existencia de factores o características que indiquen menor susceptibilidad a padecer toxicidad derivada del consumo de tabaco. De hecho, aunque es lógico que alguien pueda presentar mayor resistencia natural a desarrollar alguna patología desencadenada por los componentes del tabaco, sería ilógico pensar en una inmunidad general a todos los procesos asociados (más de 50) al consumo de tabaco. Sin embargo, como en determinadas enfermedades, como asma o diabetes, el tabaco es

particularmente tóxico por la potenciación de sus efectos deletéreos, su consumo está especialmente contraindicado en quienes las padecen (Ayesta y Márquez, 2008).

La figura 5 muestra el incremento o disminución de la mortalidad en mujeres observado en las treinta enfermedades que causan más mortalidad. Se aprecian incrementos significativos en las veintidós primeras (Pirie et al., 2013).

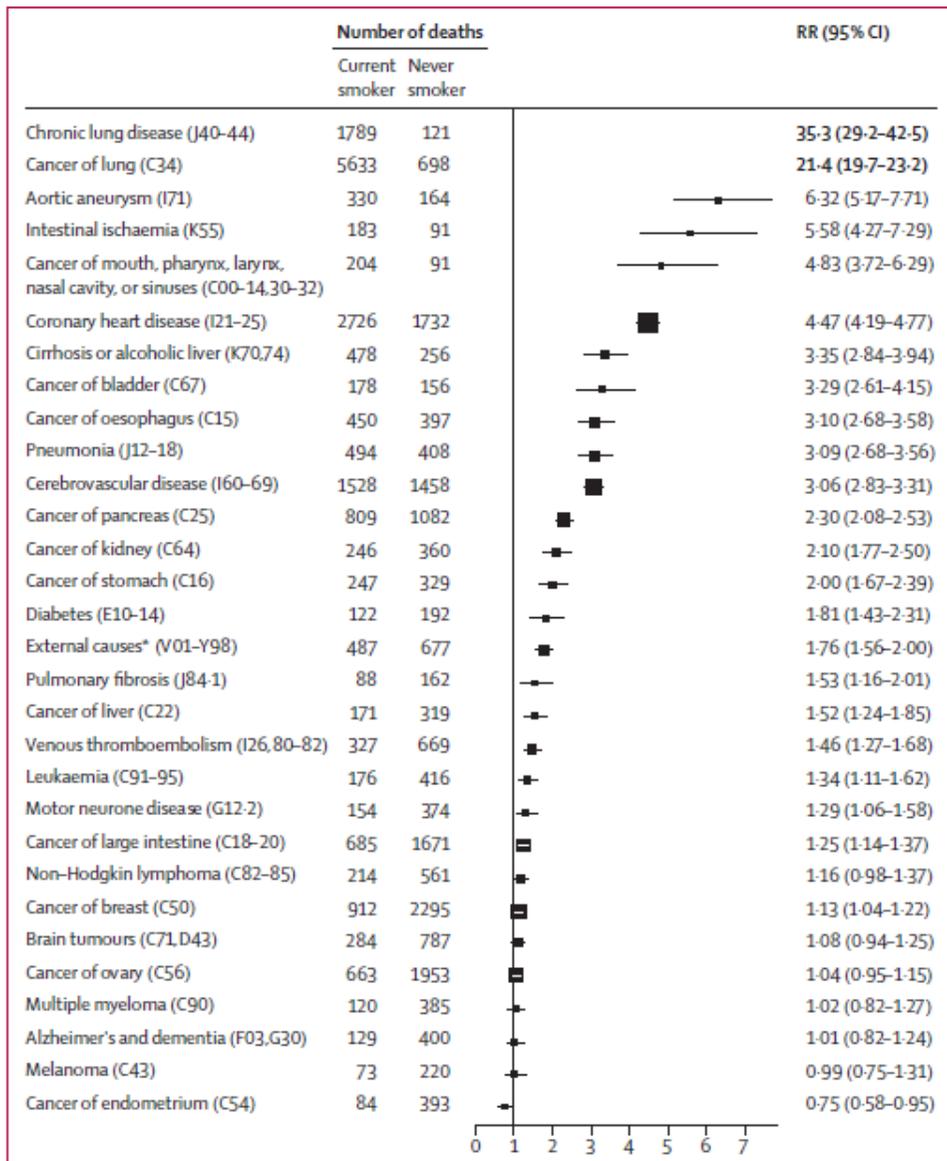


Figura 5. Riesgo relativo de mortalidad en mujeres a 12 años en las 30 causas específicas más frecuentes (Pirie et al., 2013)

A medida que se publican nuevos estudios la lista de efectos nocivos que causa el consumo de tabaco va aumentando. Se sabe que está relacionado con cataratas, neumonía, leucemia mieloide aguda, aneurisma de la aorta abdominal, cáncer de estómago, cáncer de páncreas, cáncer de útero, cáncer de riñón, periodontitis y otras enfermedades como la tuberculosis, en la que se asocia con incremento del riesgo de infección, morbilidad y vascular y cerebro-vascular y de cáncer de pulmón, esófago, laringe, boca y garganta, así como EPOC, enfisema y bronquitis (Gajalakshmi et al., 2003; OMS, 2015).

Fumar es también causa de esterilidad y de menor fertilidad. Fumar durante el embarazo aumenta el riesgo de padecer abortos, placenta previa, partos prematuros y, sobre todo, bajo peso al nacer; los hijos de madres fumadoras pesan una media de 200 gramos menos que aquellos nacidos de madres no fumadoras. Fumar durante el embarazo aumenta también el riesgo de que el bebé padezca muerte súbita del lactante y quizá algunas enfermedades del desarrollo, como trastornos del aprendizaje y de déficit de atención con hiperactividad. (Charlton, 1996; Surgeon General, 2010).

La exposición pasiva al humo del tabaco se asocia a un incremento del riesgo de enfermedad cardiovascular, cáncer de pulmón, asma y otras dolencias respiratorias en los adultos, y de asma y otras enfermedades respiratorias, infección de oído en los niños, así como a muerte súbita del lactante.

Dada la toxicidad del tabaco, su gran difusión implica que algo más de la mitad de los más de 1000 millones de personas fumadoras actuales morirán prematuramente por una enfermedad relacionada con el tabaco. Actualmente el consumo de tabaco mata a más de 5,5 millones de personas al año (más de 600 000 son personas no fumadoras expuestas al humo ajeno), siendo responsable de la muerte de 1 de cada 10 adultos. Si se mantienen las tendencias actuales, el consumo de tabaco será responsable de más de 8 millones de muertes al año en 2030 (Peto et al., 1994, Banco Mundial, 2000, Jha, 2012).

Actualmente algo más de la mitad de estas muertes ocurren en países en desarrollo; se ha calculado que en pocos años este porcentaje ascenderá al 75%. Todo esto sitúa al consumo crónico de tabaco entre los principales factores de riesgo de mortalidad, sólo por detrás de la hipertensión, siendo la principal causa de muerte prevenible. Estas

cifras han hecho que la OMS haya creado un documento universal sobre control del tabaco (Acuerdo Marco de Control del Tabaquismo, 2005), en la actualidad 180 de los 194 Estados han ratificado o se han adherido al tratado (De la Rosa y Gelabert, 2006).

La mortalidad prematura, fallecimiento en épocas entre los 35 y 65 años de vida, es una de las consecuencias más trágicas del tabaquismo, ya que el 40% de las muertes del tabaco sobrevienen en ese periodo de tiempo. Además, aunque muchas de estas muertes son súbitas, esto no es lo más frecuente. En el momento presente están ya enfermos la mayor parte de quienes van a morir a lo largo de este año -y muchos que lo harán en los próximos- por enfermedades relacionadas con el tabaco: no sólo se pierden años de vida, sino que los que quedan se viven peor. Este deterioro en la calidad de vida es uno de los efectos más perniciosos y menos comentados del tabaco (Ayesta y Márquez, 2008).

De las distintas labores de tabaco lo que constituye propiamente un problema de salud pública es el consumo de cigarrillos ya que son especialmente tóxicos. Esta toxicidad se debe a que tienen un pH más ácido que los puros y pipas, el humo de los cigarrillos ha de ser inhalado, y por ello se obtienen niveles de nicotina sanguíneos más rápidos y más elevados: esto es lo que hace que los cigarrillos sean mucho más adictivos y mucho más tóxicos a nivel sistémico. Si puros y pipas se fumaran como los cigarrillos serían igual de tóxicos y de adictivos, pero al fumarse de otra manera -más pausada, con efectos más diferidos- sus efectos perniciosos directos son menores; no así los derivados de la contaminación ambiental que ocasionan.

A modo de resumen de la toxicidad del tabaco, la figura 6 muestra cuáles son actualmente las principales causas de mortalidad en el mundo y qué porcentaje de esas muertes son atribuibles al consumo de tabaco. Como en las estadísticas de mortalidad figura habitualmente la enfermedad, pero no el factor de riesgo responsable de la misma, la población general y, en ocasiones, algunos profesionales sanitarios tienden a infravalorar la importancia de algunos factores de riesgo, como el consumo de tabaco o la hipertensión.

En la tabla 1 se resumen las principales enfermedades asociadas con el consumo de tabaco con la causalidad establecida.

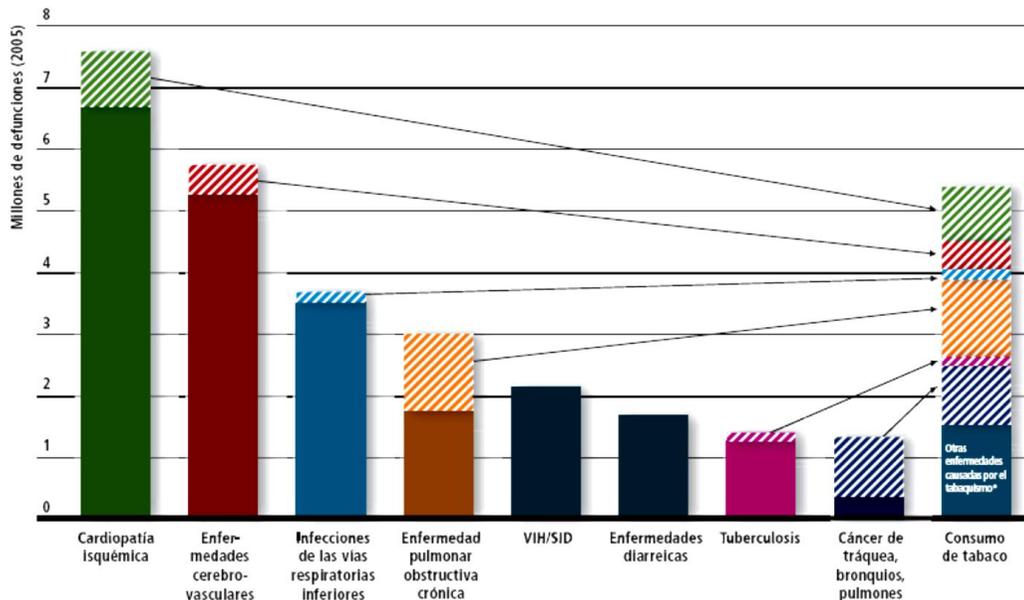


Figura 6. Enfermedades que causan más mortalidad mundial; en rayado porcentaje de ella atribuible al tabaco; columna: total de muertes atribuibles al tabaco en 2005 (OMS, 2008)

Tabla 1. Principales enfermedades asociadas con el consumo de tabaco

- 1) Se ha establecido firmemente una asociación causal directa y en las cuales fumar es el principal factor responsable del exceso de mortalidad:
 - Cáncer de pulmón - E.P.O.C. (incluido enfisema) - Enfermedad vascular periférica*
 - Cáncer de laringe - Cáncer de la cavidad oral - Cáncer de esófago*
- 2) Se ha establecido firmemente una asociación causal directa y en las cuales fumar es uno de los factores responsables del exceso de mortalidad:
 - Enfermedad coronaria - Accidente cerebro-vascular - Aneurisma aórtico*
 - Cáncer de vejiga - Cáncer de riñón - Cáncer de páncreas - Cáncer cuello uterino*
 - Mortalidad perinatal*
- 3) Epidemiológicamente se observa un mayor riesgo, pero la naturaleza exacta de la asociación no está establecida:
 - Cáncer de estómago - Cáncer de hígado - Úlcera gástrica y duodenal - Neumonía*
 - Depresión y trastorno bipolar - Otros trastornos adictivos*
 - Síndrome de muerte súbita del lactante*
- 4) Se observa exceso de mortalidad en fumadores, pero la asociación se atribuye a factores de confusión:
 - Cirrosis hepática - Suicidio - Trastorno esquizofrénico*
- 5) Menor mortalidad en fumadores:
 - Cáncer de endometrio - Colitis ulcerosa - Enfermedad de Parkinson*

No existe un consumo de tabaco exento de riesgo o seguro: aunque gran parte de la toxicidad es dosis-dependiente, niveles bajos de exposición (un cigarrillo al día) se asocian a un incremento significativo del riesgo cardiovascular. El riesgo de padecer un evento coronario agudo sufre un incremento ya con el primer cigarrillo y es dosis-dependiente a partir del mismo; este riesgo también depende de la exposición pasiva (figura 7).

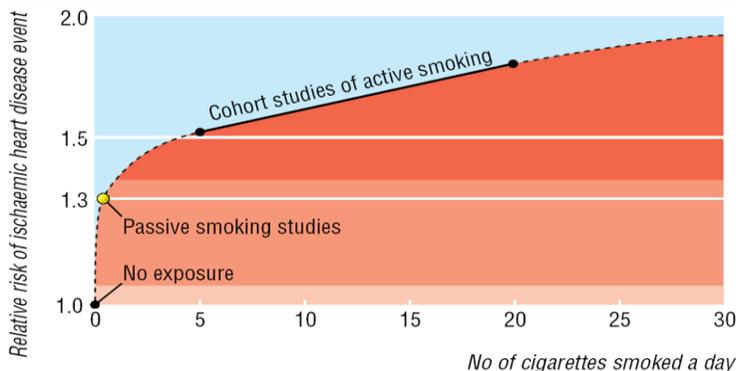


Figura 7. Riesgo coronario según cantidad fumada y exposición pasiva (Law y Wald, 2003)

Dejar de fumar disminuye este riesgo. La figura 8 muestra la supervivencia de fumadores, no fumadores y ex-fumadores según la edad de abandono del consumo (Doll, 2004).

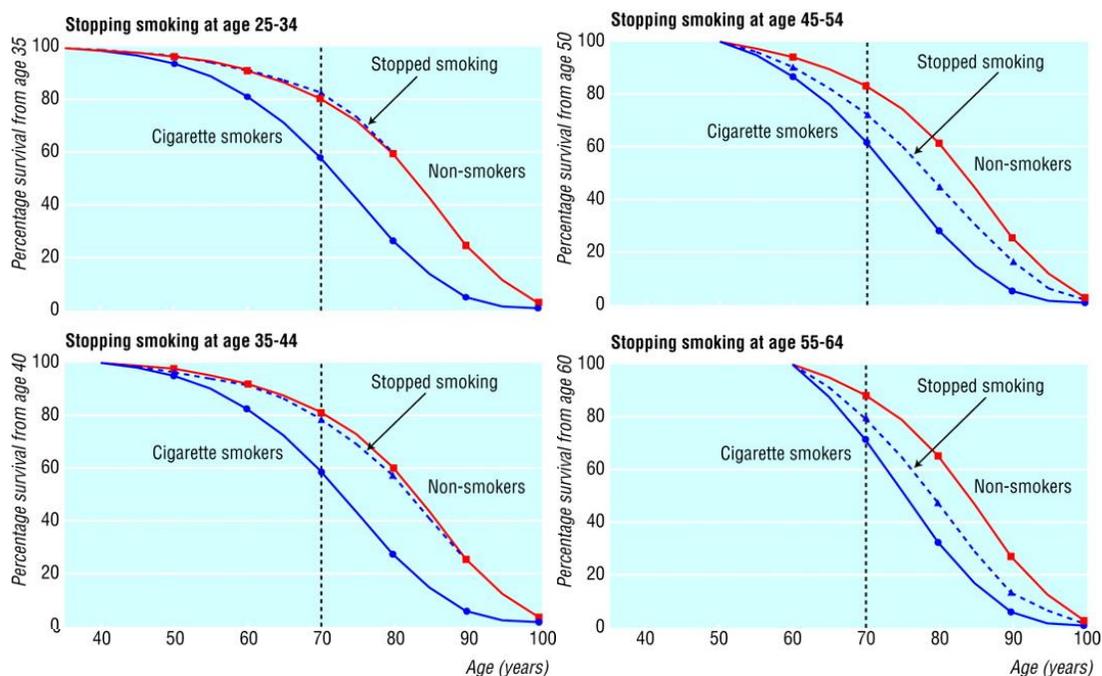


Figura 8. Tasas de mortalidad en fumadores, no fumadores y ex-fumadores según lo dejaran de los 25 a los 34, de los 35 a los 44, de los 45 a los 54 o de los 55 a los 64 años

Se observa que el aumento mortalidad no existe si se abandona el consumo antes de los 35 años, es muy pequeño si se hace antes de los 45 y que aporta un beneficio sustancial en cantidad de vida, aunque se haga a los 65 años.

2. EL CONSUMO DE TABACO COMO ADICCIÓN

Una dependencia o una adicción es un trastorno de la conducta que se caracteriza por estar disminuido el control sobre el consumo de una determinada sustancia. Los esfuerzos que se hacen por reducir o eliminar el uso de *esa* sustancia fallan en repetidas ocasiones, percibiéndose *en circunstancias precisas* una necesidad o compulsión hacia su uso periódico o continuado (West, 2006; Ayesta y Rodríguez, 2007).

Lo diagnóstico y característico de toda dependencia es la percepción de dificultad en el control del consumo. Aunque puede existir dependencia sin haber intentado la cesación, lógicamente la percepción de tener dificultades para controlar el consumo sólo puede constatarse cuando se ha intentado infructuosamente disminuir o eliminar el consumo.

De los más de 8000 componentes detectables en el humo del tabaco la nicotina es el principal ingrediente psicoactivo. Es el que buscan los consumidores de tabaco: los cigarrillos y demás preparados tabáquicos no dejan de ser más que meros instrumentos para auto-administrarse nicotina. Por ello, los términos dependencia del tabaco (CIE-10) y dependencia de la nicotina (DSM-IV y DSM-V) suelen utilizarse indistintamente (al igual que ocurre con los términos dependencia y adicción) (WHO, 2000; APA, 2000, 2010).

La mayor parte de los consumidores regulares de tabaco presentan un notable grado de dependencia y encuentran dificultades para abandonar su consumo de tabaco cuando deciden hacerlo. La mayoría de las personas que fuman refiere querer dejarlo (especialmente cuando toman conciencia de los riesgos que asumen) y tener problemas para conseguirlo. Si hay algo que caracteriza a una dependencia es la presencia de recaídas, de vueltas a los niveles habituales de consumo, siendo habitual el abandono del consumo de tabaco tras varios intentos (O'Brian et al., 2006).

La nicotina presenta efectos psicoactivos, que la hacen deseable y que dotan al consumo de una cierta funcionalidad. A diferencia de otras sustancias adictivas, el consumo de tabaco no produce una gran alteración de ninguna capacidad mental ni tampoco “coloca”; esto ha dificultado -y aún dificulta- la percepción de la existencia de un trastorno de dependencia en algunas personas o colectivos. Los cigarrillos reúnen las características de una *droga* perfecta: son relativamente baratos, asequibles, no necesitan equipo (basta un mechero o cerillas), pueden ser trasladados, conservados, no necesitan refrigeración, no presentan problemas de control de calidad y carecen de peligro de sobredosis. Además, su toxicidad es generalmente muy tardía (30-40 años) (Rodríguez y Ayesta, 2008).

Aunque la nicotina sea una sustancia altamente adictiva y la mayor parte de las personas fumadoras regulares presenten un trastorno adictivo, esto no implica que todas las personas que fuman sean dependientes (Rodríguez y Ayesta, 2008). De hecho, un porcentaje no despreciable de las personas que fuman consiguen cambiar de conducta dejando de fumar sin especiales esfuerzos y/o sin precisar ayuda profesional: les puede bastar realizar un intento de cesación mínimamente serio (o un par de ellos).

Dos hechos contribuyen a que esto suceda: 1) un clima social que ayude a percibir la dimensión real del problema del consumo de tabaco; y 2) que los profesionales sanitarios realicen intervenciones sanitarias breves, pero efectivas, que ayuden a valorar adecuadamente las ventajas de la cesación (consejo sanitario).

Es misión de los profesionales sanitarios ayudar a los pacientes a comprender el factor de riesgo para su salud que supone el consumo de tabaco y que se planteen la conveniencia de eliminarlo. Por otra parte deben facilitar el proceso de cesación (aumentar las posibilidades de mantenerse abstinentes a largo plazo) cuando quienes fuman solicitan ayuda, lo cual habitualmente ocurre tras uno o varios intentos en los que no se ha conseguido una abstinencia mantenida.

Facilitar el cambio de conducta que supone la cesación tabáquica supone ayudar al paciente a profundizar en los diversos componentes de su conductas repetitiva y/o de su trastorno adictivo (Fiore et al., 2008), así como utilizar herramientas terapéuticas específicas: analizar y promover la motivación por el cambio, realizar un estudio en

profundidad de las recaídas, descubrir los estímulos asociados al consumo y ayudar a enfrentarse a ellos, valorar las posibles funcionalidades de la conducta y emplear fármacos y otras estrategias útiles.

La dependencia del tabaco es relativamente fácil de adquirir (no es difícil pasar del consumo voluntario y controlado a un consumo sistemático y por encima del deseado) y, al igual que el resto de las dependencias, una vez adquirida, es un trastorno del que cuesta librarse, que lleva tiempo hacerlo y para el cual muchas personas requieren ayuda profesional.

3. ABORDAJE DEL CONSUMO DE TABACO

Los profesionales sanitarios tenemos una gran responsabilidad y en muchos casos gran influencia respecto a aquellos pacientes que fuman. Dentro de la responsabilidad se incluye el tratamiento de los daños producidos por el consumo de tabaco, y también aquellas intervenciones encaminadas a prevenir los daños que posiblemente aparecerán si nuestros pacientes no cambian sus conductas de riesgo. La influencia de los sanitarios sobre sus pacientes fumadores puede ayudar a modificar una conducta que, en la mayor parte de los casos, presenta fuertes componentes adictivos.

Como razones fundamentales que justifican que los profesionales sanitarios abordemos el consumo de tabaco están: por una parte, que el consumo de tabaco es un factor de riesgo para la salud y los pacientes acuden a nosotros fundamentalmente porque les preocupa su salud, actual o futura; por otra parte, es un factor de riesgo evitable, sobre el que los profesionales sanitarios podemos intervenir eficazmente.

El abordaje clínico del consumo de tabaco está basado en el análisis de la disposición al cambio de la persona que fuma y en facilitarle en la medida de lo posible este cambio, eliminando o allanando los obstáculos que lo impidan o dificulten (Otero y Ayesta, 2005). La herramienta clave para favorecer este proceso es la entrevista clínica.

Para que una persona deje de fumar, en ocasiones basta con que un profesional de la salud le pregunte en un contexto sanitario si fuma; otras veces, un consejo breve es sufi-

ciente; habrá también pacientes que precisen más ayuda y a los que se les recomendará un tratamiento y un seguimiento adecuado; por último, algunos pacientes requerirán bastante más tiempo y habilidades y convendrá incluso que sean derivados a expertos.

En muchos casos estas intervenciones son sencillas y no requieren mucho tiempo (cualquier sanitario las puede y debe hacer), consiguiéndose con ellas aumentos significativos en las tasas de cesación a largo plazo. Otros casos pueden requerir un estudio más profundo de los componentes adictivos de la conducta de fumar y exigen detenerse en la explicación de técnicas o herramientas útiles en el proceso de cesación. Es el tipo de intervenciones más intensivas, que son llevadas a cabo en las Unidades Especializadas, aunque también pueden ser practicadas en otros ámbitos sanitarios.

La tabla 2, adaptada de Fiore et al. (2008), muestra cómo las tasas de abstinencia a largo plazo son, en general, proporcionales a la intensidad de la intervención.

Tabla 2. Metanálisis: eficacia y tasa de abstinencia según el tiempo total de intervención y niveles de intensidad de contacto (Fiore y col. 2008)

Tiempo de contacto (min)	Número de brazos	Odds ratio estimadas (IC 95%)	Tasa de abstinencia estimada (IC 95%)
0	16	1'0	11'0
1-3	12	1'4 (1'1-1'8)	14'4 (11'3-17'5)
4-30	20	1'9 (1'5-2'3)	18'8 (15'6-22'0)
31-90	16	3'0 (2'3-3'8)	26'5 (21'5-31'4)
91-300	16	3'2 (2'3-4'6)	28'4 (21'3-35'5)
>300	15	2'8 (2'0-3'9)	25'5 (19'2-31'7)
Niveles de contacto	Número de brazos	Odds ratio estimadas (IC 95%)	Tasa de abstinencia estimada (IC 95%)
No contacto	30	1'0	10'9
< 3 minutos	19	1'3 (1,01-1'6)	13'4 (10'9-16'1)
3-10 minutos	16	1'6 (1'2-2'0)	16'0 (12'8-19'2)
>10 minutos	55	2'3 (2,0-2,7)	22'1 (19'4-24'7)

Se observa que: cuanto más tiempo se dedique a los pacientes, mayores son las tasas de cesación a largo plazo; así pues, si se desea alcanzar altas tasas de abstinencia, o si urge que la persona consiga la cesación, deben intensificarse las intervenciones. Por otra parte, no toda persona que quiere dejar de fumar requiere mucho tiempo de intervención: en la tabla se observa que siempre hay personas que responden a intervenciones muy breves (menores de 3 minutos).

Un ejemplo de protocolo de intervención queda reflejado en el algoritmo de la figura 9.

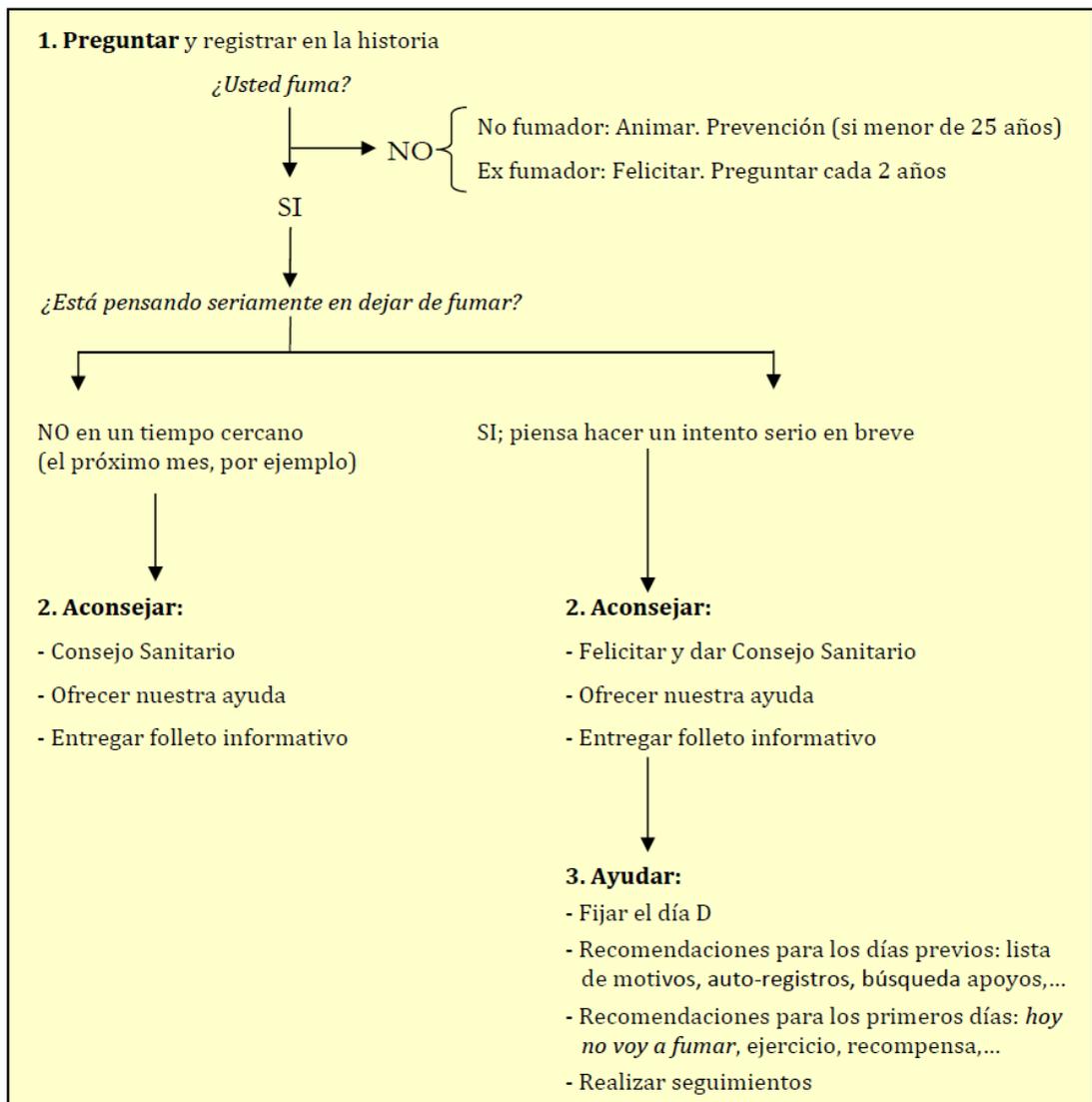


Figura 9. Ejemplo sencillo de algoritmo de intervención

En la prestación de ayuda es de utilidad: 1) aumentar la motivación; 2) profundizar en la conducta; 3) transmitir lo que el paciente debe saber; 4) utilizar herramientas farmacológicas útiles.

3.1. AUMENTO DE LA MOTIVACIÓN

Por definición, todo consumo, exista o no dependencia, es sensible a los aumentos en la motivación para el cambio. Adicionalmente, el propio concepto de lo que es una dependencia implica la existencia de una valoración -consciente o inconsciente- de las consecuencias positivas y negativas que se derivan del consumo.

Esto se logra habitualmente mediante la *desnormalización* del consumo (medidas de control) y mediante intervenciones terapéuticas (generalmente breves) dirigidas a conseguir una más adecuada valoración de los riesgos asociados a la conducta y de los potenciales beneficios que acompañan a la cesación. Estas medidas e intervenciones son claves para que quienes fuman logren la cesación y consigan mantenerla.

Además, de manera más inespecífica, un objetivo fundamental de toda intervención es conseguir aumentar la motivación y eliminar las posibles resistencias u obstáculos al cambio. Motivar no es simplemente *ser positivo* (Veiga y Otero, 2005). La motivación puede definirse como la probabilidad de que una persona comience y continúe adhiriéndose a una determinada estrategia de cambio.

Se intenta que la motivación sea máxima al comienzo del intento. Escribir en un papel las razones por las que se ha decidido realizar un intento de cesación (*lista de motivos*), y mantenerlo al alcance, puede ser útil para aquellos momentos en los que la motivación sea menos aparente.

Para aumentar la motivación es útil ayudar a los pacientes a profundizar en sus decisiones, proporcionándoles información sobre la conducta de fumar (antecedentes y consecuentes del consumo, que los deseos de fumar no son signos de debilidad,...), dialogando sobre los potenciales beneficios de dejar de fumar y de las posibles consecuencias -personalizadas- del mantenimiento del consumo (Dodgen, 2005).

3.2. PROFUNDIZAR EN LA CONDUCTA DE FUMAR

En el proceso de cesación resulta imprescindible conocer qué desencadena los deseos de fumar y qué les aporta tal conducta, así como analizar qué pasó en los intentos previos y cuáles fueron las posibles causas de recaída. Por eso, entre las técnicas o herramientas útiles encuentran aquellas que ayudan al conocimiento y afrontamiento de la conducta adictiva, así como aquellas que facilitan la consolidación de la nueva conducta.

Aunque quienes fumen pueden compartir características comunes, hay diferencias en lo que el consumo aporta a cada persona, en los mecanismos adaptativos desarrollados con el tiempo y en los recursos personales de resistencia y apoyo externo de los que dispongan. Puede decirse que, cara a la cesación, lo más importante es:

a) Descubrir qué pasó en intentos previos: si se logró la cesación, cuánto tiempo, cuáles fueron las causas y/o los precipitantes de las recaídas, con qué facilidades o dificultades se encontró, qué debería ser distinto en esta ocasión,...

La recaída (parte del proceso de cesación) es una herramienta mediante la que puede adquirirse mayor experiencia sobre estímulos insospechados (o sospechados) que precipitan el consumo, sobre la ausencia de habilidades de abordaje y manejo de situaciones, sobre sus ideas desadaptadas o irracionales al respecto (Abrahams et al., 2003). La presencia de una recaída muestra que estamos ante un trastorno adictivo e indica que: o algo estaba mal planteado y que, para el próximo intento, debe ser cambiado o reorientado; o que había elementos no detectados o no controlados, que para la próxima vez requieren una mayor profundización o control.

Conviene no contentarse con un “no sé”, “me apeteció fumar” o “gané cuatro kilos”. Puede haber razones no tenidas en cuenta razones por el paciente, o que no se atreve a reconocer, que sean uno de los factores subyacentes importantes de las recaídas. Indagar en esto sirve, además, para profundizar en las ambivalencias que se manifestaron en casos anteriores y que podrían volver a manifestarse en el futuro.

b) Analizar los temores y las expectativas respecto al proceso de cesación, los cuales no siempre se fundan en la realidad. El conocimiento de las motivaciones para

el cambio y de las resistencias frente al mismo, facilita la individualización del tratamiento (Carrol, 2005). Conocer qué mueve, motiva, paraliza o dificulta a cada persona es tanto un saber técnico como un arte.

Aunque en ocasiones los temores pueden derivarse de experiencias previas a las que no supo cómo enfrentarse, más frecuentemente se derivan en experiencias ajenas referidas o filtradas selectivamente o de la falta de definición del obstáculo concreto a enfrentarse. La mera acción puede resolver los problemas. El campo de las expectativas es más sutil porque no siempre son del todo conscientes y porque pueden manifestarse en fases más avanzadas del proceso de cesación. Conviene indagar en las más frecuentes: *si todo va bien, no debería tener ganas, esperaba que en un par de semanas..., si tal persona no ha aguantado, ¿cómo voy a hacerlo yo?...*

Es necesario crear en la entrevista un clima de confianza que permita al paciente conocer y reconocer los estímulos más importantes que se asocian a su consumo de tabaco, así como los beneficios que cree que le aporta. Conviene además, que la persona aprenda a prever de antemano cuándo estas situaciones de riesgo se pueden presentar. Aunque algunos test (como el de Russell) pueden ser de utilidad a este efecto, la herramienta más sencilla, barata y eficaz son los auto-registros (figura 10).

Hora	Situación	Intensidad
<i>7h50</i>	<i>Justo después de ducharme</i>	<i>7</i>
<i>8h05</i>	<i>Tras desayunar leyendo el periódico</i>	<i>5</i>
<i>8h30</i>	<i>Al montar en el coche y poner la radio</i>	<i>9</i>
<i>8h55</i>	<i>Poco antes de entrar al trabajo</i>	<i>3</i>
<i>10h40</i>	<i>Tomando el café de media mañana</i>	<i>8</i>
<i>...</i>	<i>...</i>	<i>...</i>

Figura 10. Modelo sencillo de auto-registro, en el que se apunta la hora del deseo de fumar, en qué circunstancia se produce y se valora de 0 a 10 su intensidad

Cumplimentar auto-registros unos días antes de la cesación es importante porque permite al paciente darse cuenta de que hay cigarrillos más prescindibles o menos

necesarios que otros, así como a qué circunstancias –antecedentes y consecuentes- se asocia más su consumo.

Cuanto más sencillo sea un auto-registro, mayores posibilidades tiene de completarse. Conviene que el registro se haga *justo antes* de que se fume cada cigarrillo. Los datos aportados por una semana de auto-registro suelen ser suficientes para la cesación.

3.3. TRANSMITIR AL PACIENTE LO QUE DEBE SABER

En tabaquismo, el proceso diagnóstico va propiamente encaminado a descubrir aquello que cada paciente debe saber sobre su propia conducta de fumar para que pueda realizar su intento con mayores probabilidades de cesación a largo plazo.

- **Sobre la propia conducta de fumar.** La entrevista clínica y la profundización en las características del consumo y en recaídas previas, al igual que otras herramientas, sirven para que el paciente reconozca qué estímulos están intrínsecamente asociados a su conducta de fumar, qué le aporta fumar y de qué recursos alternativos puede disponer. Hay quienes adquieren este conocimiento y habilidades espontáneamente sin necesitar de los profesionales sanitarios; sin embargo, no siempre ocurre así. Por ello, si alguien solicita ayuda para dejar de fumar debe profundizarse en estos componentes y tener mínimamente previsto cómo actuar en las situaciones que previamente daban lugar de manera sistemática al consumo de tabaco.
- **Fijación del Día D.** Aunque hay intentos no programados de cesación que dan lugar a abstinencias permanentes (muchas personas dejan de fumar sin ayuda de un profesional sanitario), la fijación de un día específico por parte del paciente suele aportar mejores resultados. Conviene que sea un día en el que no se vean especiales inconvenientes para intentarlo. Si bien suele ser cierto que para una persona fumadora ningún día es perfecto para intentarlo, también es cierto que hay días, o temporadas, mucho peores que otras.
- **Prevención de consumos puntuales.** Dado que los consumos puntuales -a través del efecto *priming* (cebado o incentivación) o del efecto *violación de la abstinencia*-

son una de las principales causas de recaídas, es importante concienciar a quien intenta dejar de fumar de que haga lo posible por evitarlos. A esto suele ayudar que eliminen de su entorno el tabaco y aquellos objetos que lo recuerdan directamente, disminuir el consumo de cafeína y de alcohol, facilitar cómo rehusar ofrecimientos y concretar cómo y a quién pedir ayuda en momentos de debilidad.

- **Buscar apoyos externos.** Conviene que toda persona que desee realizar un intento serio de cesación, avise a su entorno que lo va a realizar. Aunque hay quien prefiere mantenerlo en secreto, la evidencia indica que habitualmente es mejor hacerlo público, quizá porque indique un mayor compromiso previo. También conviene tener previsto a quién se puede acudir en casos de percepción de debilidad o de falta de control en los deseos de consumo.

- **Información básica sobre el proceso adictivo y las expectativas del tratamiento.** Toda persona que quiera dejar de fumar debería ser consciente de que:

- 1) Aunque pueda vivirse como una pérdida, dejar de fumar es una clara ganancia.
- 2) Aunque puede conseguirse la cesación en el primer intento, es más frecuente conseguirlo tras varios intentos. No haberlo logrado previamente no empeora el pronóstico; en adicciones las recaídas son una parte más del proceso de abandono.
- 3) Los primeros días y semanas pueden aparecer síntomas transitorios y tratables. Algunos de ellos son debidos a la falta de nicotina; otros, a que ya no se dispone de la conducta de fumar para afrontar las situaciones cotidianas.
- 4) El objetivo del tratamiento es conseguir la abstinencia a largo plazo, no que desaparezcan los deseos de fumar. Éstos pueden presentarse aunque los tratamientos estén adecuadamente pautados y aunque el paciente viva todas las estrategias que facilitan el proceso de cambio.
- 5) La cesación es un proceso crónico; los tratamientos pretenden conseguir abstinencias prolongadas, no sólo ni fundamentalmente que el paciente se encuentre mejor los primeros días; ser consciente de esto facilita la adherencia a las diversas pautas terapéuticas.

3.4. HERRAMIENTAS FARMACOLÓGICAS ÚTILES

Los fármacos actualmente usados en el manejo del tabaquismo son clasificados en fármacos de primera y de segunda línea. Son fármacos de *primera línea* aquellos aprobados específicamente para su uso en el tratamiento del tabaquismo; presentan una efectividad y seguridad probada:

- *TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON NICOTINA (TSN)* en sus diversas presentaciones: parches, chicles, comprimidos para chupar, comprimidos sublinguales, spray nasal e inhalador bucal (no todas las presentaciones están comercializadas en todos los países).
- *VARENICLINA*
- *BUPROPIÓN*

Los tratamientos de *segunda línea* incluyen *nortriptilina*, *clonidina* y *citisina*. Son útiles en la cesación, pero bien porque su perfil de reacciones adversas es menos favorable o porque aún no hay muchos estudios, se considera que deben usarse excepcionalmente.

No hay evidencias concluyentes sobre cuándo se debe utilizar uno de estos fármacos de primera línea frente a otro o en qué tipo de fumador funciona mejor uno concreto en relación al resto. El principal criterio al escoger un fármaco es la ausencia de contraindicaciones y su eficacia; en segundo lugar, la experiencia previa del paciente y sus expectativas podrían marcar la elección (Olano et al., 2011; Gourlay et al., 2008).

Resulta conveniente recalcar que en la cesación tabáquica los fármacos se emplean porque, utilizados en la manera que están indicados (entre 6 y 14 semanas a las dosis efectivas), incrementan a largo plazo las tasas de cesación. No se utilizan para paliar la sintomatología de abstinencia (aunque si ésta existe, la palían), sino porque -bien empleados- aumentan las tasas de cesación.

La tabla 3, elaborada a partir de la Guía Americana y de las diferentes revisiones actualizadas de la biblioteca Cochrane (Fiore et al., 2008; Hughes et al., 2013; Stead et al., 2012, 2014), muestra la eficacia a largo plazo de los fármacos de primera línea que se han mostrado útiles en el tratamiento del tabaquismo.

Tabla 3. Metanálisis: eficacia de los fármacos en la cesación tabáquica.

	GUIA AMERICANA		COCHRANE	
	Nº ensayos	OR [IC 95%]	Nº ensayos	OR [IC 95%]
Placebo	80	1	>100	1
TSN Parche (<14 sem)	32	1,9 [1,7-2,2]	43	1,6 [1,5-1,8]
Chicle (<14 sem)	15	1,5 [1,2-1,7]	55	1,5 [1,4-1,6]
Comprimidos	-	-	6	2,0 [1,6-2,4]
Spray nasal	4	2,3 [1,7-3,0]	4	2,0 [1,5-2,7]
Inhalador	6	2,1 [1,5-2,9]	4	1,9 [1,4-2,7]
VARENICLINA 2mg/d	5	3,1 [2,5-3,8]	15	2,3 [2,0-2,6]
BUPROPIÓN	26	2,0 [1,8-2,2]	44	1,6 [1,5-1,8]

Adicionalmente, un ensayo con spray bucal obtuvo una OR de 2,5 y límites amplios del 95% [1,2-5,0].

De esta tabla pueden extraerse dos conclusiones:

1) Los fármacos son útiles independientemente del grado de intensidad de la intervención basal que se aplique. Si una intervención tiene poco efecto global, al añadir fármacos ésta se duplica; si la intervención es muy intensiva y con ella se consiguen altas tasas de abstinencia a largo plazo, el uso de fármacos también duplica esta eficacia. Aunque, en líneas generales, se utiliza el término “duplica”, la evidencia sugiere que vareniclina 2 mg/d puede ser un 30-40% más eficaz y algunos otros preparados un 30-40% menos.

2) La eficacia absoluta de las intervenciones cuando se utilicen fármacos va a depender fundamentalmente de la intensidad de las mismas. La única manera de aumentar la eficacia absoluta de los fármacos (cuando se utilizan adecuadamente) es dedicando más tiempo a quien desea dejar de fumar, integrarlos en un contexto de atención clínica más intensivo (ver tablas 2 y 3).

La evidencia científica en ningún caso señala que la eficacia de los fármacos dependa de la mayor presencia o ausencia de sintomatología de abstinencia ni de puntuaciones en diversos cuestionarios más o menos extendidos: salvo excepciones en las que no consta

su eficacia (menores de edad, embarazadas, fumadores de pocos cigarrillos) los fármacos son útiles en toda persona que desee realizar un intento serio de cesación, por lo que deben recomendarse a toda persona que desea realizarlo (Fiore et al., 2008).

Como ya se ha indicado anteriormente, debe siempre tenerse en cuenta que la cifra absoluta de abandonos está en correlación directa con la intensidad de la intervención que se aplique a los pacientes: no es lo mismo tomar un fármaco sin que nadie lo haya prescrito (8-10% de abstinencia al año) que utilizarlo de forma conjunta con apoyo e intervención conductual (más del 30%). En resumen, la evidencia muestra que con la combinación de intervenciones conductuales breves con tratamiento farmacológico es con la que se consigue mayor efectividad en tabaquismo.

Aunque la eficacia de los fármacos aumenta según la intensidad de la intervención basal, carece de rigor científico restringir el uso de fármacos útiles a intervenciones muy intensivas ni especializadas. Por ello, la Guía Americana renovó en 2008 la recomendación “*se debe animar a todos los fumadores al uso de fármacos apropiados*” en sus intentos de cesación. Se excluyen aquellos pacientes con contraindicaciones o que por sus características necesitan un control estricto (gestantes...).

En quienes no han conseguido una abstinencia prolongada tras varios intentos adecuadamente tratados puede estar indicado el tratamiento combinado con dos fármacos de primera línea, ya que su uso incrementa las tasas de abstinencia a largo plazo que se obtienen.

4. LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN TABAQUISMO

4.1. ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA AL TABAQUISMO

En nuestro país, la ayuda a las personas fumadoras presenta un panorama totalmente diferente a otros países de nuestro entorno, aunque presenta cierta similitud con el modelo británico. Muestra una gran heterogeneidad tanto a nivel de profesionales (ausencia de un estándar de formación –tanto para atención primaria como

especializada– y grandes diferencias en cuanto a tiempo y recursos disponibles), como a la hora de comparar regiones (ausencia de un protocolo estatal único y presencia de protocolos autonómicos diferentes –incluso CCAA sin protocolo o plan de actuación establecido– y unidades especializadas dependientes de diferentes instituciones).

A grandes rasgos la atención al tabaquismo en España se organiza en dos niveles:

- ✓ Un primer nivel, de entrada (Atención Primaria, generalmente), que realiza intervenciones diversas en cuanto a tipo, formato e intensidad, aunque generalmente limitadas en tiempo de contacto. Estas intervenciones son administradas por profesionales con diversa formación, motivación e incentivación: desde quienes apenas se limitan a registrar el consumo hasta quienes aplican intervenciones individuales y/o grupales de variada intensidad.
- ✓ En un segundo nivel, existen *recursos asistenciales especializados* de muy diversa índole, mucho más heterogéneos en comparación con los ingleses en cuanto a:
 - Titularidad o dependencia (sanidad pública, ONGs, aseguradoras, clínicas privadas o concertadas,...).
 - Ubicación (centros de atención primaria o de especialidades, hospitales, gerencias, unidades de salud mental o conductas adictivas, etc).
 - Pacientes diana (derivados –con criterios diversos– desde atención primaria o servicios hospitalarios, directamente de la calle, pacientes hospitalizados o en lista de espera de cirugía, pacientes de servicios hospitalarios concretos, etc).
 - Recursos (humanos, materiales y terapéuticos) disponibles.
 - Intensidad y formato de las intervenciones (desde simplemente consejo o prescripción de farmacología hasta intervenciones intensivas de varias sesiones).

Esta realidad, al margen de la responsabilidad de las instituciones planificadoras en la labor de elaboración, homogeneización e implantación de carteras de servicios y protocolos asistenciales, refleja el origen histórico y la evolución de la atención al tabaquismo y la clara voluntad de los profesionales sanitarios por ayudar a las personas fumadoras que demandan ayuda.

La organización de la asistencia sanitaria en niveles escalonados de intensidad o dedicación creciente se basa en un argumento de racionalización de recursos limitados. Así, por una razón de eficiencia (en base a esa optimización de recursos), no se considera adecuado administrar formatos de intervención largos a aquellos pacientes que a priori podrían beneficiarse de intervenciones más breves.

La efectividad tiene una doble lectura: si se quiere eficacia, se ha de dedicar mucho tiempo a cada paciente; pero, si se dedica mucho tiempo a cada persona, con bastantes de ellas se estará *desaprovechando* o *desperdiciando* su tiempo y el del profesional (ya que todavía existe un sector de la población fumadora que podría dejar de fumar con poca ayuda: consejo o asesoramiento, pautas mínimas, etc.).

La cuestión clave, derivada de lo anterior, es conseguir saber previamente cuánto tiempo va a necesitar cada paciente. Hoy en día no se dispone de herramientas diagnósticas que permitan precisar con antelación cuánto tiempo va a necesitar cada persona fumadora.

4.2. DEFINICIÓN DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Cuando se quiere expresar qué es la atención especializada en tabaquismo puede comprobarse que no existe una definición basada en la evidencia científica. En ocasiones se denomina así a todo abordaje clínico realizado en un marco hospitalario; en otros casos a toda atención ofrecida por un recurso que se dedica exclusivamente al tratamiento del tabaquismo; la guía de abordaje multidisciplinar de la SEDET tiende a identificarla como una intervención intensiva: aquella que *“tiene como objetivo promover la abstinencia del consumo de tabaco cuando las intervenciones breves no han funcionado o en aquellas personas en las que es urgente dejar de fumar”*(Sedet, 2010).

Según esta definición se haría atención especializada en aquellos entornos que hicieran sistemáticamente intervenciones intensivas y dispusieran del equipo, formación y los recursos necesarios para poder aplicar regularmente intervenciones intensivas, las cuales deberían integrar diversos componentes terapéuticos (como el asesoramiento práctico, la terapia farmacológica, tratamientos psicológicos o el fomento del apoyo social, entre

otros), todos ellos administrados de forma combinada y ajustada a las necesidades de cada persona fumadora. Las evidencias acumuladas indican que muchas de las personas que fuman necesitan una mayor dedicación de tiempo y requieren una aproximación clínica estructurada y multicomponente para conseguir la cesación (Abrahams et al., 2003).

Además de la definición basada en la intensidad de la intervención, hay quien tiende a categorizar las intervenciones en base a si el recurso que la administra se dedica o no en exclusiva a la atención del tabaquismo. Según esto, intervenciones especializadas serían las administradas por los recursos asistenciales que se dedican exclusivamente, o casi, a tratar pacientes de este tipo (con independencia del tiempo total de contacto con el paciente y el tipo de intervenciones que se realizan) y no especializadas a las aplicadas por otros recursos asistenciales (habitualmente menos intensivas y con utilización de menos recursos terapéuticos, pero no necesariamente) (Veiga y Martín, 2011).

Equiparar estas dos clasificaciones de *intensidad de la intervención* y de *dedicación exclusiva* podría llevar a cometer el error de afirmar que las intervenciones intensivas son o deben ser exclusivas de los recursos especializados. No tiene porqué ser necesariamente así: las unidades dedicadas en exclusiva a tratar el tabaquismo son uno de los recursos asistenciales que aplican intervenciones intensivas, pero no los únicos. De hecho, en nuestro entorno existen recursos que no se dedican en exclusiva al abordaje clínico del consumo de tabaco en los que se administran intervenciones de más de 3 sesiones de más de 10 minutos de contacto cada una (intensivas para la guía americana): es el caso tanto de profesionales de atención primaria que realizan intervenciones individuales en consultas programadas (fuera de la agenda habitual) como de los centros de salud u hospitalarios en los que se ofertan intervenciones en grupo. También existen unidades, auto-denominadas especializadas por sólo tratar tabaco o por estar ubicadas en un centro hospitalario, que habitualmente sólo hacen intervenciones breves o poco complejas.

Por ello, atención especializada en tabaquismo podría definirse como aquella que está en condiciones de aplicar sistemáticamente intervenciones que tienen por objeto ayudar a

dejar de fumar a aquellas personas que no lo han conseguido con intervenciones más breves o en aquellas a las que les urge dejarlo (CNPT, 2008).

4.3. DESTINATARIOS DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

En relación con la población destinataria de este tipo de intervenciones más intensivas diversos trabajos consideran que, teniendo en cuenta criterios de coste-efectividad y buscando una optimización de los recursos públicos, el tratamiento intensivo del tabaquismo no es la intervención asistencial adecuada para toda la población fumadora en general, sino sólo para quienes reúnen una serie de características concretas, que se suelen definir como criterios de derivación (Jimenez et al., 2001).

En contradicción con lo anterior, Fiore et al., en la última versión de la guía de práctica clínica del tratamiento del consumo y dependencia del tabaco (2008) sostienen que *“las intervenciones intensivas [...] son apropiadas para cualquier fumador que desee participar en ellas, y no hay razones de efectividad ni coste-efectividad para limitarlas a subpoblaciones específicas de fumadores (por ejemplo fumadores con dependencia severa). Además, los pacientes, incluso aquellos no dispuestos a dejar de fumar, muestran mayor satisfacción con la atención recibida cuando aumenta la intensidad de las intervenciones”*.

La razón de esta contradicción reside en que, aunque todos los tratamientos eficaces del tabaquismo son altamente coste-eficientes, no todos son similarmente coste-eficientes.

Pese a que la aplicación individual de cualquiera de los tratamientos produce abstinencia en una minoría de fumadores, el abordaje del tabaquismo es muy coste-efectivo. Los diversos tratamientos del tabaquismo no sólo son efectivos clínicamente, sino también desde el punto de vista económico. Tanto el *counselling* como la farmacoterapia o los programas intensivos son muy coste-efectivos si se comparan con otras intervenciones médicas diagnósticas o terapéuticas admitidas por el sistema sanitario como son el tratamiento de la hipertensión, la hiperlipemia o la realización de mamografías periódicas. De hecho, el tratamiento del tabaquismo se considera por muchos autores como el “patrón oro” del coste-efectividad en cuidados de salud.

En base al hecho de que toda intervención sobre el consumo de tabaco, breve o intensiva, se ha mostrado coste-efectiva lo que la guía americana recomienda es que se administren, siempre que sea posible, tratamientos intensivos (más tiempo y más recursos terapéuticos) a todos los pacientes fumadores que refieran querer dejar de fumar y estén en condiciones de sufragarlos; la Guía en ningún caso habla de recursos especializados y menos de derivación a los mismos.

4.4. CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Si el sistema de atención está compuesto de varios niveles, uno de los cuales se reserva para la aplicación sistemática de intervenciones intensivas, lo habitual es que los criterios de derivación reflejen qué fumadores que precisan. En líneas generales, tiende a resumirse que se deriva a una persona a unidad especializada cuando claramente precisa una intervención intensiva. Esto puede deberse a que urja que consiga la cesación cuanto antes y no se considera conveniente aplicar intervenciones menos eficaces, pero más coste-eficientes o cuando se requiere de los profesionales algún tipo de habilidad específica o más tiempo para el curso del tratamiento (Veiga et al., 2011; SEDET, 2011).

Las situaciones clínicas que reflejan habitualmente la presencia de de estos supuestos serían propiamente los criterios de derivación y habitualmente se suelen agrupar de la siguiente manera:

1. Personas fumadoras que ya han realizado varios intentos para dejar de fumar,
2. Aquellos que presenten comorbilidad psiquiátrica,
3. Personas fumadoras con patologías con alto riesgo vital, y
4. Mujeres fumadoras en situación de embarazo o lactancia.

4.4.1. PERSONAS QUE HAN REALIZADO VARIOS INTENTOS DE DEJAR DE FUMAR

Este quizá sea el criterio más relativo o, dicho de otro modo, para el que menos acuerdo existe. La idea que subyace al establecer un número concreto de intentos es evitar que pasen a unidades especializadas pacientes que todavía no han realizado un intento serio

de abandono y podrían, a priori, dejar de fumar con la intervención administrada por el nivel asistencial de entrada. Siguiendo esta argumentación, unos protocolos hablan simplemente de “varios intentos” o “2 ó 3 intentos”, mientras otros son más restrictivos y se refieren a “varios intentos documentados, recientes, dirigidos por un profesional y de varias semanas de abstinencia”. De esta forma se asume que el paciente, antes de ser derivado al siguiente nivel de tratamiento “ha puesto un cierto esfuerzo por su parte”.

Sin embargo, otros autores se refieren a ellos como *pacientes resistentes* (a lo mejor no en sí mismos, sino bloqueados o ambivalentes), y quizá sea ésta una catalogación más precisa, ya que incide más en la característica que los hace potencialmente derivables (la resistencia, en sentido amplio) y no en el número de intentos, que puede llegar a ser muy relativo. De hecho, la existencia de un único intento serio y dirigido por un profesional en el cual no se ha conseguido una cesación mantenida *puede* indicar la presencia de ambivalencias o barreras que requieran un análisis más detallado de la conducta de fumar antes de programar un nuevo intento. Esto supone una mayor disponibilidad de tiempo y un mayor dominio de las herramientas cognitivo-conductuales necesarias.

Así, no se trataría de un problema de 2 ó 3 intentos, sino más bien de si el profesional considera que es conveniente profundizar en los componentes adictivos de la conducta de fumar en ese paciente y él mismo (por el motivo que sea) no lo puede hacer. De hecho, en la práctica diaria es habitual ver pacientes con dos o tres recaídas debidas a circunstancias en teoría *fácilmente* manejables en un nuevo intento con ayuda profesional, en los cuales los pacientes se encontrarían cómodos realizando un nuevo intento con el mismo profesional y cuyo factor pronóstico sería bueno. Debe tenerse en cuenta que los intentos previos pueden ser un factor de buen pronóstico. Ejemplos de estas situaciones podrían ser estímulos asociados que no se repiten con frecuencia y sobre los que se baja la guardia o resta importancia, fantasías de control, sintomatología de abstinencia no adecuadamente controlada, no haber resuelto ambivalencias o expectativas, no haber consensuado los objetivos del paciente y del profesional (West et al., 2005).

En otras ocasiones, derivar a un paciente que ha recaído un par de veces con el mismo profesional supone también dar una alternativa a alguien con quién quizá no se haya

conectado bien y evitar así una posible situación incómoda tanto para el paciente como para el profesional que ya no sabe qué más hacer o decir.

Así pues, es algo relativo, ya que es el juicio del clínico del profesional el que establecerá en último término si conviene derivar a un paciente concreto.

4.4.2. PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA ASOCIADA

Teniendo en cuenta la heterogeneidad de trastornos psiquiátricos, estos pacientes entran en lo que se ha denominado como situaciones de peor pronóstico; peor pronóstico que suele ser proporcional a la severidad del cuadro psiquiátrico. Esto tiende a interpretarse como que son más dependientes; de hecho, el consumo de estos pacientes reúne más frecuentemente los criterios habitualmente establecidos de dependencia de la nicotina, del tabaco. Este peor pronóstico puede también deberse a otras razones:

- A las personas con trastornos del ánimo o déficits cognitivos o de atención el tabaco puede aportarles más. Dicho de otro modo, el tabaco tiene un mayor valor instrumental: cumple más funciones y más importantes que para las personas fumadoras sin patología psiquiátrica concomitante; por ello, será más difícil de sustituir. Además, la mayor presencia de estados de ánimo negativos o la propia anhedonia (incapacidad para experimentar placer o pérdida de interés en casi todas las actividades) dota a las diversas sustancias psicoactivas de mayor poder reforzador.
- Ya sea a nivel cognitivo, afectivo o en su competencia de interrelación, algunos pacientes psiquiátricos pueden ser más *rígidos*, con menor capacidad para cambiar costumbres o rutinas. Por ello, les puede costar más desarrollar las conductas y mecanismos de afrontamiento alternativos al propio consumo necesarias para la cesación.
- En ocasiones ocurre que a estos pacientes no se les trate como personas *normales* y no se les exige tanto, ni en relación al hecho mismo de que fumen ni en relación a las metas que se plantearán durante la deshabituación. Podría definirse como una especie de paternalismo. Así, una menor presión social (a muy distintos niveles) sobre el consumo en estos pacientes también relativiza el ejercicio de actitudes de control sobre el propio consumo (Sobradie y García, 2007; Roncero et al., 2006).

Este conjunto de circunstancias hace que los fumadores con patología psiquiátrica concomitante puedan llegar a exigir una mayor dedicación y dominio de habilidades no estrictamente farmacológicas. En general, estos pacientes responden a las mismas intervenciones que la población general, pudiendo requerir que éstas sean más intensivas. De este modo, las diferencias no serían cualitativas, sino más bien cuantitativas.

Como conclusión, podría decirse que los fumadores con patología psiquiátrica asociada son personas que, en general, necesitan intervenciones más intensivas, que requieren disponer de más tiempo y poner en práctica otros recursos que no se trabajan tanto con población más normalizada, como determinadas habilidades de afrontamiento. Además, su manejo puede requerir el empleo de combinaciones de fármacos, que -por formación o por experiencia- no todos los profesionales sanitarios están acostumbrados a manejar.

En definitiva, lo que sustenta la derivación de estos pacientes tampoco es absoluto: es algo relativo, que dependen de las circunstancias del paciente y del profesional que lo atiende.

Personas fumadoras con otras adicciones. Algunos protocolos las extraen del grupo de pacientes con patología psiquiátrica, considerándolas un grupo aparte, lo cual es discutible ya que las adicciones son trastornos psiquiátricos y las razones para derivarlos son básicamente las mismas que para otros trastornos psiquiátricos.

Existe un consenso entre la comunidad científica por el que, cara a una posible derivación, hay que distinguir si la segunda adicción está en fase activa o no. Si lo está, la recomendación es derivar a ese paciente a unidades de tratamiento de adicciones o servicios similares (lugares donde los profesionales tengan la formación y el tiempo necesarios para tratarlos). Allí decidirán si es oportuno tratar ambas adicciones a la vez o es mejor posponer una hasta haber tratado la otra. Generalmente la sustancia problema será la otra (alcohol, cocaína, etc.). La presencia de consumos puntuales no necesariamente implica que la persona consumidora esté en fase activa (Roig et al., 2005).

Los motivos que sustentan esta decisión es que los pacientes con otros trastornos adictivos suelen o pueden ser difíciles de manejar:

- Es fácil que presenten baja motivación.
- Suelen requerir más tiempo de intervención, ya que presentan en general mayores tasas de recaída, baja adherencia al tratamiento e incumplimiento de pautas terapéuticas.
- En un alto porcentaje, presentan otra comorbilidad psiquiátrica.
- Los profesionales suelen tener poco entrenamiento en el manejo de este tipo de pacientes, temores infundados sobre ellos, así como recursos limitados.
- El precio de la medicación también puede llegar a ser una limitación.

Aunque hay quien ha manifestado que dejar de fumar podría precipitar las recaídas en los pacientes que están tratándose por alguna adicción, hay evidencias que muestran justo lo contrario: dejar de fumar para personas drogodependientes puede proteger contra las recaídas en drogas de abuso y ayudar en la recuperación.

Para quienes refieren querer dejarlo y presentan una historia de adicción superada o estabilizada, la recomendación sería valorar: 1) si el clínico posee la formación y el tiempo necesarios para tratar a ese paciente; 2) si la patología de base está efectivamente estabilizada; 3) la racionalidad de la demanda de ayuda y, finalmente, 4) si el paciente posee los recursos para el cambio necesarios para realizar un intento de abandono del tabaco. Si los posee y no existe ningún tipo de urgencia, no tendrían por qué derivarse.

4.4.3. URGENCIA POR DEJAR DE FUMAR

Urgencia por dejar de fumar hace referencia a la premura que tienen aquellas personas en las que no dejar de fumar o la vuelta al consumo de tabaco podría suponer un riesgo difícilmente asumible. En estos casos, el clínico no puede permitirse el lujo de que su paciente recaiga en aras de la eficiencia en el uso de los recursos del sistema sanitario: son pacientes con los que primariamente interesa ser efectivo.

En la mayoría de los protocolos se citan cardiopatía isquémica, angina e insuficiencia cardíaca; en otros, todas las enfermedades cardiovasculares. Quizá una mejor expresión o calificación sea aquellas situaciones o condiciones descontroladas o descompensadas o que algún factor de riesgo las podría descompensar. Frecuentemente se cita infarto de

miocardio reciente; sin embargo, no se define qué se entiende por reciente. Cara a la recuperación de alguien con un infarto o una angina grave, el problema que se plantea al dejar de fumar no es la eficiencia: por muchos recursos que se dediquen a ello, siempre será más eficiente que la mayor parte de las intervenciones que se hacen de rutina con esos pacientes.

Otras enfermedades que podrían justificar este abordaje más intenso serían algunas enfermedades respiratorias graves (EPOC, insuficiencia respiratoria, apnea obstructiva del sueño...) y la úlcera gastroduodenal activa. Algunos protocolos incluyen en este grupo de urgencia para dejar de fumar a los pacientes en lista de espera de cirugía mayor.

Como ya se ha comentado para los grupos de pacientes anteriores, la necesidad de un tratamiento intensivo varía según el diagnóstico clínico. Además, si en el primer nivel de atención se hacen intervenciones más o menos intensivas puede estar indicado mantenerlos allí. Lo mismo sucedería con pacientes con algún otro tipo de patologías que, en mayor o menor medida, podrían beneficiarse de dejar de fumar (algunas tumoraciones, patologías del tiroides, diabetes, patología hepática y renal, etc.).

4.4.4. EMBARAZO Y LACTANCIA

Las embarazadas es otro grupo al que le urge la cesación, asemejándose a los pacientes del epígrafe anterior. Ellas no pueden permitirse esperar a otro intento; por eso, compensa dedicarles más tiempo y más técnicas para conseguir que se mantengan abstinentes en éste. Otras razones justifican la aplicación de tratamientos intensivos a ellas:

- La primera elección en embarazadas es no usar fármacos. No hay evidencia concluyente de que en ellas aumenten las tasas de abandono; adicionalmente, algunas moléculas y pueden tener más efectos adversos. Así, al no utilizar terapia farmacológica, es necesario poner en práctica más recursos psicológicos (lo cual implica tiempo y habilidades).
- Las mujeres que siguen fumando una vez que saben que están embarazadas (aproximadamente la mitad), sólo por eso ya tienen peor pronóstico. La otra mitad, bien por estar más motivada o ser menos dependiente, lo deja a raíz del embarazo: al

intentar embarazarse o en el momento en que saben que lo están. Puede que simplemente no sepan lo perjudicial que es en el embarazo, pero eso es muy raro. Lo más normal es la existencia de una mayor dependencia o una menor disponibilidad herramientas o recursos personales, o de acceso a los tratamientos. Por ello, requerirán un abordaje más intenso.

Una vez más el criterio es relativo: los servicios de atención de primer nivel podrían ver perfectamente a muchas de estas mujeres (y, si tuvieran tiempo y habilidades, a todas).

4.4.5. OTROS CRITERIOS

Otra serie de posibles criterios, que no se incluyen en todos los protocolos, son:

a) Pacientes de alto riesgo socio-sanitario (enfermos crónicos, personas con ingresos económicos bajos o pertenecientes a minorías étnicas o culturales). En la línea de lo expuesto anteriormente, en principio un profesional del primer nivel de atención puede ayudarles a dejar de fumar sin mayores problemas. Lo cual no quiere decir que no pueda derivar algún caso concreto si lo considera conveniente.

b) Jóvenes. No suelen solicitar ayuda para dejar de fumar, pero si por ejemplo la demanda se le presenta a un pediatra no acostumbrado a administrar intervenciones para dejar de fumar y el adolescente acude, fundamentalmente, con “motivación parental”, podría considerarse adecuado derivarlo para trabajar más a fondo con él.

c) Personas mayores. Al igual que para el caso de los jóvenes, si se considera que es necesario más tiempo por alguna circunstancia (hipoacusia, trastornos cognitivos leves, secuelas de ictus,...), podría ser adecuado derivarlos.

d) Personal sanitarios, docentes o de la administración, señalados por la OMS como colectivos modélicos. Derivar a servicios especializados o intensivos a docentes y sanitarios es brindarles la oportunidad de que reflexionen sobre el propio proceso de dejar de fumar y lo transmitan a sus pacientes y alumnos.

Como se ha podido apreciar al analizar cada uno de estos cinco grupos de pacientes y sus necesidades terapéuticas, los criterios de derivación son enormemente relativos: si el

profesional que atiende a este tipo de pacientes en primera instancia dispone del tiempo, formación y motivación suficientes, podría ayudar a casi todos ellos a dejar de fumar. El hecho de tratarlos o derivarlos dependerá de su juicio personal cada caso concreto.

4.5. QUÉ HAN DE OFRECER LAS UNIDADES ESPECIALIZADAS

En el apartado anterior se ha tratado de qué tipos de pacientes podrían requerir, al menos sobre el papel, intervenciones más intensivas que el resto de la población fumadora. En función de ello se aborda ahora qué deben poder ofrecer las denominadas unidades especializadas a este tipo de pacientes, cuáles han de ser sus características esenciales.

4.5.1. TIEMPO

Se ha indicado que gran parte de estos pacientes requieren una aproximación clínica estructurada y multicomponente y necesitan mayor dedicación de tiempo, ya que existe una relación dosis-respuesta entre la intensidad del tratamiento (número de sesiones, duración de las mismas y tiempo total de contacto) y la efectividad del tratamiento (Fiore et al. 2008). De este modo, un recurso especializado debe tener capacidad de dedicar sistemáticamente tiempo a sus pacientes. Esto se refiere a realizar intervenciones con sesiones largas y prolongadas en el tiempo.

- Con sesiones largas, de hasta 1 hora de duración, más intensas durante las primeras semanas del tratamiento, en las que se puedan abordar los temas de la agenda de la sesión, explicar y practicar técnicas y dejar tiempo para que los pacientes pregunten sus dudas o expongan inquietudes.
- Prolongadas en el tiempo. Las intervenciones de cesación tabáquica suelen extenderse en el tiempo durante varios meses, con el fin de ayudar al paciente a mantener la abstinencia a largo plazo, dándole tiempo a extinguir asociaciones con los antecedentes del consumo y a desarrollar mecanismos alternativos de afrontamiento. En línea con la práctica habitual en este tipo de intervenciones, el estándar Russell sobre

criterios de resultados en el tratamiento del tabaquismo sostiene que lo adecuado es comprobar la abstinencia como mínimo a los 6 o 12 meses (West et al., 2005).

4.5.2. RECURSOS

Las unidades especializadas han de ser servicios asistenciales que dispongan de un equipo multidisciplinar debidamente formado y con suficiente motivación para responder a las necesidades clínicas especiales de los pacientes que reciben. Así, es necesario un equipo integrado, al menos, por dos profesionales sanitarios de distinta formación, con formación específica en tratamiento del tabaquismo y sensible a las funciones asistenciales propias de cada especialidad. Este personal, además de la formación psicológica y médico/psiquiátrica necesaria, debe poseer otras habilidades propias de la entrevista motivacional dirigidas a promover un vínculo terapéutico adecuado para el tratamiento de una adicción.

Según la Guía americana (Fiore et al., 2008) los clínicos especializados en el tratamiento del tabaquismo no se definen por su titulación, afiliación profesional o por el campo específico para el que están entrenados, sino por las habilidades, conocimientos y entrenamiento que poseen que les permiten proveer intervenciones efectivas en todos los rangos de intensidad.

La atención a las necesidades específicas de la población requiere coordinación. Conviene que la unidad especializada se encuentre fluidamente coordinada y comunicada con las unidades asistenciales origen de sus derivaciones (no sólo por su correcto funcionamiento, sino también por motivos de formación, ajuste de criterios, etc.).

5.3. HERRAMIENTAS TERAPÉUTICAS

Este tipo de unidades han de estar habituadas a utilizar un arsenal terapéutico amplio que les permita adaptar lo máximo posible las características de las intervenciones a las peculiaridades de la población en la que intervengan. Dado que habitualmente tendrán que atender a pacientes que no se hayan beneficiado de intervenciones más breves o incluso de intervenciones intensivas de otros recursos asistenciales, estas unidades

deberán poseer un dominio suficiente sobre herramientas terapéuticas tanto a nivel farmacológico como psicológico.

- Farmacológico para utilizar pautas o combinaciones no habituales de fármacos de primera línea y utilizar adecuadamente los denominados fármacos de segunda línea. También para manejar a pacientes polimedicados por presentar otros trastornos concomitantes, psiquiátricos u orgánicos.
- Psicológico para aplicar técnicas que no se emplean con la población normal. Algunas de estas podrían ser:
 - ✓ Análisis detallado de ambivalencias, creencias erróneas y mitos o errores y corrección de los mismos mediante reestructuración cognitiva.
 - ✓ Aplicación de técnicas de control estimular, detención del pensamiento y contratos de contingencias para las primeras semanas de abstinencia.
 - ✓ Entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de resolución de problemas como método para ayudar al paciente a desarrollar mecanismos alternativos de afrontamiento.
 - ✓ Ayuda a la búsqueda activa de apoyo social durante el intento de abandono.
 - ✓ Ayuda para el afrontamiento adaptativo de estados de ánimo negativos.
 - ✓ Entrenamiento en técnicas de relajación.

5. FACTORES PRONÓSTICOS DE CESACIÓN

Al igual que ocurre con todos los factores de prevención y de riesgo, los factores asociados con una mayor o menor tasa de cesación tabáquica varían según las poblaciones analizadas y, dentro de éstas, pueden evolucionar con el paso del tiempo. Al analizar los factores pronósticos de cesación deben tenerse en cuenta, al menos, tres cuestiones:

Por una parte, una asociación estadística no implica causalidad. Y la modificación de un factor en el que se encuentra una asociación positiva o negativa con un resultado, no

tiene por qué mejorar o empeorar el resultado. Esto es algo que ha de tenerse en cuenta en todo tipo de estudios transversales y, en concreto, en los que presentan una estructura similar al nuestro.

Por otro lado, debe tenerse en cuenta que los factores pronósticos conocidos (los más contrastados se recogen en la tabla 4) son propiamente variables generales, que en ningún caso actúan como predictoras en cada caso concreto. La experiencia y la evidencia muestran que personas fumadoras con todo tipo de factores pronósticos favorables no consiguen la cesación y que, por el contrario, personas fumadoras con multitud de factores pronósticos desfavorables consiguen mantener la cesación a largo plazo.

Tabla 4. Resumen de variables asociadas con mayores o menores tasas de cesación (y ejemplo).

Variables asociadas con mayores tasas de abstinencia	
Elevada motivación	Los fumadores que expresan una fuerte motivación para dejar de fumar.
Preparado para el cambio	Los fumadores están preparados para dejar de fumar en el plazo de 1 mes.
Autoeficacia moderada a elevada	Los fumadores que tienen confianza en su capacidad para dejar de fumar.
Redes sociales de apoyo	Espacios libres de humo y hogar; cuando los amigos no fuman en su presencia.
Variables asociadas con menores tasas de abstinencia	
Elevada dependencia nicotínica	Quienes fuman mucho (>20 cig/d) o fuman el primero antes de 30 min de despertarse.
Comorbilidad psiquiátrica	Quienes presentan síntomas depresivos, abuso de alcohol o esquizofrenia.
Elevado nivel de estrés	Circunstancias estresantes de la vida, cambio de trabajo, divorcio....
Estar con otros fumadores	Presencia de otros fumadores en el hogar.

Por último, no todo tipo de determinantes influyen del mismo modo. Así, por ejemplo, se estima que los determinantes implicados en la decisión de dejar de fumar son en parte diferentes de los predictores para dejar de fumar, aunque en la práctica no siempre es

fácil distinguir unos de otros, ya que tienden a imbricarse y la variable resultado final puede acabar siendo la misma (West et al., 2001). En la tabla anterior se comprueba que las tres primeras variables que se asocian con mayores tasas de abstinencia, probablemente se correlacionen mejor con la disposición a realizar intentos.

Uno de los principales problemas que se observa con los estudios que analizan los potenciales predictores es el alto nivel de heterogeneidad metodológica entre los mismos: predictores examinados, medidas utilizadas, análisis llevados a cabo, cómo se define un intento de abandono y cómo se define cesación (Vangeli et al., 2011). Aunque esta heterogeneidad impide extraer conclusiones claras en el caso de muchos predictores, es posible identificar algunas asociaciones comunes para variables conceptualmente similares (Gwaltney et al., 2005).

En general se observa que ninguna variable socio-demográfica se comporta sistemáticamente como predictora de cesación.

Esto es aplicable al sexo (OR:1,04; IC95%:0,88-1,23), que es el tema sobre el que más controversia existe (Vangeli et al., 2011). Como ha argumentado Otero (2016) el hecho de que con cierta frecuencia se encuentre puede ser debido a la heterogeneidad actual de las cohortes en los diversos países o a la heterogeneidad existente hace varias décadas, cuando se inició el consumo. En este factor más que en otros, encontrar diferencias, máxime si son perjudiciales para el sexo femenino, suele aumentar el impacto, de publicación y mediático, de los estudios (Jarvis et al., 2013).

También son inconsistentes los resultados que se encuentran con la edad y el nivel de educación, los ocho estudios que examinan la edad fueron inconsistentes. Del mismo modo, los estudios que examinan los ingresos o la clase social no encuentran una asociación clara..

II. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

Es importante que las personas fumadoras dejen lo antes posible el consumo de tabaco, ya que –como se ha señalado en la *Introducción*- por cada año que los fumadores mayores de 40 años siguen fumando, su esperanza de vida se reduce en aproximadamente 3 meses. En un año determinado entre el 25% y 50% de las personas fumadoras estarían dispuestas a hacer un intento de abandono (Lader, 2009; CDC, 2010), pero de éstos sólo una pequeña proporción consiguen la abstinencia a largo plazo. Los tratamientos intensivos aumentan estas tasas de cesación, pero no todas las personas fumadoras los necesitan para conseguir una abstinencia prolongada., aunque una parte de ellas sí.

Identificar las variables predictoras de éxito de una intervención ahorra y polariza esfuerzos en el abordaje de cualquier trastorno. En el caso del consumo de tabaco, mejorar los determinantes que influyen en las tasas de cesación, entre los cuales se encuentran los implicados en la decisión de dejar de fumar, es algo fundamental para mejorar la efectividad de las intervenciones.

Por ello, el presente estudio se plantea profundizar en cuáles son las características asociadas a la cesación tabáquica en las personas que reúnen los criterios de derivación establecidos en el Sistema Cántabro de Salud.

Para ello se cuenta con el total de la muestra de 4019 pacientes atendidos en la Unidad de Deshabitación Tabáquica del gobierno de Cantabria (UDESTA) a lo largo de los últimos 10 años. De ellos que se dispone de una base de datos que contiene 143 variables independientes.

El objetivo primario de este trabajo es estudiar los factores predictores de cesación y de recaída en esta población y compararla con la literatura en la que no siempre hay consistencias (Fiore et al., 2008; Vangeli et al., 2011).

Como objetivo secundario se considera analizar cómo podría mejorarse la intervención que actualmente se realiza en la Udesta.

III. MÉTODOS

1. POBLACIÓN DEL ESTUDIO

En este estudio se ha incluido a todos los pacientes atendidos en la Unidad de Deshabituación Tabáquica (*UDESTA*) desde su inicio en 2006 hasta el 30 de abril de 2014, lo que implica un total de 4.019 personas fumadoras.

La UDESTA, ubicada en Santander en el Centro de Salud Vargas, es la Unidad Especializada del Servicio Cántabro de Salud para el tratamiento de aquellas personas fumadoras que no hayan podido deshabetuarse en otros recursos del Sistema, como Atención Primaria u Hospitalaria. En ella trabajan profesionales de la Medicina y la Psicología.

De acuerdo a los criterios de derivación establecidos se puede derivar desde Atención Primaria y/o Hospitalaria a la UDESTA a:

1. Los pacientes que, habiendo hecho intentos serios de abandono, no hayan podido superar su dependencia. Se entiende por intento serio aquel que haya sido supervisado por personal de Atención Primaria y/o Hospitalaria, esté debidamente documentado en la Historia Clínica del paciente y haya constado de al menos 2 sesiones por intento (preparación y seguimiento). Se precisa un mínimo de 2 intentos en los últimos 3 años antes de poder ser admitido en la UDESTA, siempre y cuando no existan otros condicionantes de los otros apartados de derivación.
2. Las mujeres embarazadas o lactantes que el personal de Atención Primaria y/o Hospitalaria considere necesario, atendiendo a las características de la paciente, como altamente dependientes, historia previa de recaídas, baja motivación o situaciones especiales que dificulten la deshabituación.
3. Los pacientes que tengan problemas “graves” de salud y que el personal de Atención Primaria y/o Hospitalaria considere que necesitan intervenciones más intensivas que las que ellos les pueden proporcionar. En este apartado se inclu-

yen pacientes como aquellos con EPOC avanzado, cardiópatas severos, enfermos oncológicos y paciente de alto riesgo en general.

4. Los pacientes en tratamiento por enfermedad psiquiátrica grave que desde Atención Primaria y/o Hospitalaria se considere necesario, atendiendo a las especiales características del paciente. Se incluyen en este apartado: a) depresión moderada-severa, ansiedad, psicosis,...; b) otras dependencias (alcohol, opiáceos, cocaína,...) u otros consumos actuales.
5. Aparte de estos pacientes, que se derivan porque se considera que necesitan intervenciones más intensivas o porque presentan factores no fácilmente abordables en el recurso de procedencia, pueden también ser admitidos en la UDESTA profesionales de colectivos modélicos (como sanitarios, docentes y personal que trabaja en la administración pública) o familiares de los pacientes que están en tratamiento

Cuando llega a la UDESTA un informe de derivación, se llama por teléfono al paciente, solicitándole algunos datos generales y concertándose una fecha para iniciar el tratamiento, habitualmente en las siguientes 2-3 semanas.

2. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN

En la UDESTA se realizan intervenciones multicomponente, que combinan técnicas conductuales y tratamientos farmacológicos, ya que -como se ha señalado en la Introducción- este tipo de intervenciones se han mostrado como las más eficaces para ayudar a los pacientes a conseguir la cesación tabáquica.

VISITA INICIAL O BASAL. En la primera entrevista se pasa a los pacientes varios cuestionarios y se analiza su motivación para dejar de fumar y sus expectativas sobre el proceso, realizándose una historia clínica general y otra específica de consumo de tabaco, con análisis de recaídas y de antecedentes y consecuentes de la conducta de fumar.

Durante esta entrevista inicial se les explica cómo es, en líneas generales, el protocolo de intervención y se les ofrecen las posibilidades de tratamiento farmacológico y, según la fecha del año, la posibilidad de tratamiento individual o de tratamiento en grupo; esta última opción se oferta en los meses de enero, abril y septiembre.

SESIONES DE PREPARACIÓN. Tras la entrevista basal, los pacientes acuden a una o dos sesiones de preparación antes del día D (día en el que dejan de fumar). En ellas se procura fomentar la motivación, la autoeficacia, el compromiso, la obtención de apoyo social, la autoobservación y el autocontrol, ayudándoles a desarrollar estrategias de afrontamiento que les puedan ser útiles para los problemas más comunes que puedan surgir posteriormente. Se intenta que los pacientes analicen su situación, consoliden su decisión y organicen su propio proceso de abandono.

SESIONES DE MANTENIMIENTO. Después del día D las pacientes acuden en principio a otras cinco visitas (2, 6, 12, 18 y 26 semanas después de la cesación), pudiendo acudir a alguna otra intermedia si se considera que es conveniente para el paciente. En estas sesiones se abordan los diversos problemas, preocupaciones y mejoras que han ido surgiendo y si ha habido consumos puntuales; también se refuerzan las diversas estrategias de afrontamiento, autocontrol y prevención de recaídas, con el objetivo de ayudarles a mantenerse sin fumar, lo cual incluye la promoción de hábitos saludables y el abordaje de los posibles consumos. En todas las visitas el paciente es atendido por dos profesionales de la Unidad.

Del 6^º al 12^º mes las intervenciones presenciales se hacen a demanda del paciente. A los 12 meses se hace un seguimiento telefónico y, si persiste la abstinencia, se da de alta al paciente.

A lo largo de todo el proceso de cesación, los pacientes pueden llamar en horas de consulta a cualquiera de los profesionales de la Unidad para resolver sus dudas o manifestar sus dificultades o preocupaciones.

En todas las visitas, previas o posteriores a la cesación, se pesa a los pacientes y se realiza una coximetría, prueba no invasiva en la que se mide el CO (monóxido de carbo-

no) en aire espirado y que refleja el nivel de carboxihemoglobina en sangre. Sirve para determinar la abstinencia puntual (se considera que la persona no ha fumado recientemente si no supera el límite de 5-8 ppm).

3. HISTORIA CLÍNICA

En la entrevista de la visita basal se hace una historia clínica que aborda tanto aspectos médicos como psicológicos. En ella se aborda y se registra variables relacionadas con:

- antecedentes personales y familiares, que permiten discriminar determinados factores de riesgo;
- entrevista clínica por aparatos; con ello se analizan aquellas situaciones que pueden hacer más urgente la cesación y se descartan posibles intervenciones o medicaciones incompatibles con su estado de salud; así mismo, y se mide el peso y talla para calcular el índice de masa corporal y su posterior evolución;
- características del consumo: cuánto fuma, desde cuándo, a qué edad empezó a fumar, por qué empezó, por qué sigue fumando, si ha cambiado recientemente de marca y qué le aporta el consumo, variables cuyo conocimiento por parte del paciente y del profesional pueden facilitar el cambio de conducta que supone la cesación;
- intentos previos de cesación: cuándo fueron, qué tratamientos se emplearon y cuáles fueron las causas y los desencadenantes de las recaídas. Ésta es la parte más importante de la historia;
- visión del paciente del proceso de cesación: su motivación para el cambio, razones por las que desea dejar de fumar y si considera que es un buen momento para hacerlo; así mismo, se les pregunta que valoren (en una escala del 0 al 10) la dificultad, posibilidad y apoyo familiar y del entorno que creen van a encontrar o tener en el proceso de cesación;

- valoración de los síntomas de abstinencia nicotínica más frecuentes (nerviosismo, impaciencia, irritabilidad, ansiedad, dificultad de concentración, estreñimiento, cansancio, trastornos del sueño, aumento de apetito, irritación de garganta y tristeza), así como el *craving* (deseos intensos y urgentes de fumar), para discernir posteriormente hasta qué punto la presencia de estos síntomas se debe propiamente a la cesación; se realiza pasándoles la escala de Abstinencia Nicotínica de Minnesota (*Minnesota Nicotine Withdrawal Scale*) (Hughes y Hatsukami, 1986).

4. CUESTIONARIOS

Todas las anteriores actuaciones se complementan con diversos cuestionarios, que aportan más información y perspectiva del tipo de paciente que va a iniciar el tratamiento. Para ello se pasan test de dependencia, de estado anímico, de factores asociados al consumo, de predicción de cesación, etc.

4.1. ANÁLISIS DE LA DEPENDENCIA

La manera más práctica de valorar la dependencia que presenta un paciente es comprobar la existencia de recaídas previas y si los intentos de abandono dieron lugar a abstinencias prolongadas. Diversas pruebas objetivas de valoración de dicha dependencia pueden ser orientativas.

4.1.1. TEST DSM-IV

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4^a ed. (DSM-IV; *American Psychiatric Association*, 2000) fue desarrollado por la Asociación Americana de Psiquiatría. Proporciona un sistema de clasificación estandarizado para el diagnóstico de los trastornos de salud mental para niños y adultos. Desde mayo de 2013 ha sido actualizado por el DSM-V (APA, 2013). Considera la dependencia a nicotina dentro de los trastornos por uso de sustancias. Su presencia se diagnostica cuando existen 3 o más respuestas positivas, en cualquier momento de un periodo de 12 meses, a las 7 preguntas que componen el test.

1. *¿Suele sentir náuseas o mareos cuando fuma varios cigarrillos?* Adaptación de Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado; b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado. Se considera positiva si existe tolerancia; es decir, si se responde negativamente a la cuestión.
2. *¿Se ha encontrado físicamente mal cuando ha estado bastantes horas o un par de días sin fumar?* Adaptación de Abstinencia (*Withdrawal*, retirada), definida por cualquiera de los siguientes ítems: a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia; b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. *¿Fuma más de lo que desearía?* Adaptación de “La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía”.
4. *¿Ha intentado sin éxito disminuir su consumo de cigarrillos?* Adaptación de “Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia”.
5. *¿Dedica mucho tiempo del día a fumar?* Adaptación de “Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), el consumo (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia”.
6. *¿Se ha ido antes de alguna reunión o actividad -o incluso no ha asistido a ella- porque no se podía fumar?* Adaptación de “Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia”.
7. *¿Cree que el tabaco le está ocasionando algún trastorno en su salud?* Adaptación de “Si continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia”.

4.1.2. TEST DE FAGERSTRÖM (FTND)

Este cuestionario fue diseñado para la evaluación de la dependencia nicotínica relacionada con el consumo de cigarrillos. La versión original, *Fagerström Tolerance Questionnaire* (FTQ) (Fagerström, 1978) contenía 8 ítems; con posterioridad, el propio autor (Heatherton et al., 1991) propuso la supresión de 2 ítems (cantidad de nicotina que contiene sus cigarrillos y si el paciente se traga o no el humo), ya que no encontraron una relación adecuada con las medidas bioquímicas y contribuían a las deficientes propiedades psicométricas del cuestionario. De este modo nació el *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (FTND), cuestionario de 6 ítems que analiza la cantidad de cigarrillos consumidos, la compulsión por fumar y la dependencia nicotínica, y que es el que se emplea en la actualidad.

La puntuación total oscila de 0 a 10 puntos. Es un test sencillo y de validez contrastada, con 6 ítems con una puntuación máxima de 10. En ocasiones, se usan simplemente las dos primeras preguntas del test. Las seis preguntas que componen el test son:

1. *¿Cuántos cigarrillos fuma al día?*

- 10 o menos *0 puntos*
- 11 a 20 *1 punto*
- 21 a 30 *2 puntos*
- 31 o más *3 puntos*

2. *¿Cuánto tiempo transcurre desde que se levanta hasta que fuma el primero?*

- Menos de 5 minutos *3 puntos*
- De 6 a 30 minutos *2 puntos*
- De 31 a 60 minutos *1 punto*
- Más de 60 minutos *0 puntos*

3. *Después de fumar el primer cigarrillo del día, ¿fuma rápidamente algunos más?*

4. *¿Encuentra dificultad para no fumar en lugares donde está prohibido hacerlo?*

5. *¿Fuma cuando no se encuentra bien o cuando está enfermo en la cama?*

6. *De todos los cigarrillos que fuma a lo largo del día, ¿cuál es el que más necesita?*

- El primero del día *1 punto*
- Otro *0 puntos*

Aunque imperfecta, este test aporta una medida de la dificultad para dejar de fumar, algo necesario en los estudios clínicos para poder comparar mínimamente las poblaciones. Este test es objetivable y muy fácil de usar, aunque la evidencia muestra que no debe condicionar qué pautas terapéuticas deben emplearse. Desde el punto de vista terapéutico, el principal problema de este test es que presenta bastantes falsos positivos y, lo que es más grave, falsos negativos: puntuaciones altas en el test de Fagerström indican un alto grado de dependencia; por el contrario puntuaciones bajas no necesariamente indican un bajo grado de dependencia; puntuaciones de 5-7 en el test de Fagerström son compatibles con ausencia total de dependencia. Más que hacer referencia a “dependencia alta” (7 o más habitualmente) o “dependencia baja” (3 o menos habitualmente) debería decirse “dependencia alta -o baja- según el test de Fagerström”.

El Fagerström es un test que mide dependencia. Aunque algunas personas, conscientes de las limitaciones del test, refieran de manera totalmente imprecisa que mide *dependencia física*, lo que este test mide es dependencia. Becoña y Vázquez (1998) han validado este instrumento en nuestro país.

4.2. VALORACIÓN DEL ESTADO ANÍMICO

Dos de los cuestionarios empleados pueden considerarse como medidores del estado anímico: el cuestionario de Goldberg y la escala de estrés percibido.

4.2.1. CUESTIONARIO DE GOLDBERG

El cuestionario de Goldberg, o EADG en la versión española (Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg; Goldberg et al., 1988), fue desarrollado por este autor a partir de una escala previa también suya (Goldberg et al., 1987), con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración para ser utilizada por médicos no psiquiatras como instrumento de cribado de trastornos depresivos y de ansiedad. La versión en castellano ha sido validada por Montón y cols. (1993).

Consta de dos escalas, una de ansiedad y otra de depresión, con 9 ítems cada una, todos ellos de respuesta dicotómica (Sí/No); se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa. No se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad.

Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (≥ 2 en la subescala de ansiedad, ≥ 1 en la subescala de depresión).

Los puntos de corte en las puntuaciones totales sugerentes de probable patología son ≥ 4 para la escala de ansiedad, y ≥ 2 para la de depresión.

Subescala ANSIEDAD

1. *¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?*
2. *¿Ha estado muy preocupado por algo?*
3. *¿Se ha sentido muy irritable?*
4. *¿Ha tenido dificultad para relajarse?*
5. *¿Ha dormido mal?*
6. *¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?*
7. *¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?*
8. *¿Ha estado preocupado por su salud?*
9. *¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño?*

Subescala DEPRESIÓN

1. *¿Se ha sentido con poca energía?*
2. *¿Ha perdido usted su interés por las cosas?*
3. *¿Ha perdido la confianza en sí mismo?*
4. *¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?*
5. *¿Ha tenido dificultades para concentrarse?*
6. *¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)*
7. *¿Se ha estado despertando demasiado temprano?*
8. *¿Se ha sentido usted enlentecido?*
9. *¿Cree que, en general, se ha encontrado peor por las mañanas?*

4.2.2. ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO

La escala proporciona una medida global de estrés percibido en el último mes. Su versión original (Cohen et al., 1983) tenía 14 ítems. Posteriormente se han estudiado dos versiones reducidas, una de ellas con 10 ítems, que es la que se utiliza en la Unidad, y la otra con sólo 4 (Cohen y Williamson, 1988), todos ellos componentes de la escala completa. Sus ítems interrogan sobre el grado en que las personas sienten que ejercen control sobre las situaciones impredecibles o inesperadas, o si, por el contrario, las sienten como incontrolables y por ello experimentan un estrés que se traduce en malestar. En diversos estudios se ha explorado la estructura factorial de la escala en sus tres versiones, encontrándose consistentemente que los ítems favorables al control se agrupan en un factor, mientras que los que denotan pérdida de control lo hacen en otro factor separado. Sin embargo, aunque hay quien admite la solución de dos factores, en muchos casos el uso de criterios más restrictivos obliga a considerar la unidimensionalidad de la escala, que es lo que se ve en algunos estudios, en los que la aplicación del coeficiente *theta* de Carmine prueba que los ítems representan sólo una escala (Roberti et al., 2006), aunque no siempre es así (González-Ramírez y Landero, 2007). En todo caso, los trabajos que aplican cualquier versión del cuestionario tienden a asumir su unidimensionalidad, considerando que mide simplemente estrés percibido.

Los pacientes tienen que valorar en una escala del 0 (nunca) al 4 (muy a menudo) la frecuencia con que les ha ocurrido últimamente lo que se les formula:

¿Con qué frecuencia en el último mes...

- 1. Ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?*
- 2. Se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?*
- 3. Se ha sentido nervioso y "estresado"?*
- 4. Ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?*
- 5. Ha sentido que las cosas le van bien?*
- 6. Ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?*
- 7. Ha podido controlar las dificultades de su vida?*

8. *Se ha sentido con el control de todo?*
9. *Se ha enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?*
10. *Ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?*

4.3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES Y CONSECUENTES DEL CONSUMO

Se denominan antecedentes del consumo a aquellos estímulos o circunstancias que se asocian con la conducta, con el fumar en este caso; se denominan consecuentes del consumo a las consecuencias de la conducta de fumar, lo que hace relación a su funcionalidad, a su valor instrumental. Desde el punto de vista clínica suelen analizarse mediante auto-registros. Para su objetivación se emplean cuestionarios o simplemente preguntas aisladas.

4.3.1. TEST DE RUSSELL

El test de Russell fue originalmente desarrollado por Russell, Peto y Patel (1974) y constaba de 34 ítems. Posteriormente modificado por West y Russell (1985) que lo dejaron en los actuales 24 ítems. Es una de los tipos de test que intentan medir las razones por las que se fuma, Reasons for smoking scales (Horn y Waingrow, 1966; Ikard et al., 1969; Shiffman, 1993).

Consta de 24 afirmaciones a las que debe responderse de manera cerrada en qué medida cada afirmación se corresponde con lo que le ocurre al paciente, siendo la clave: 0 No le sucede; 1 Le sucede un poco; 2 Le sucede bastante; 3 Le sucede mucho.

<i>1.-Siento un gran deseo de fumar cuando tengo que parar cualquier actividad por un momento</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>02.-Enciendo un cigarrillo sin darme cuenta de que tengo otro encendido</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>03.-Me gusta fumar sobretodo cuando estoy descansando tranquilamente</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>04.-Obtengo un placer fumando sea cuando sea</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>05.-Tener un cigarrillo en los dedos es parte del placer que da fumar</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>

<i>06.-Pienso que mejoro mi aspecto con un cigarrillo entre los dedos</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>07.-Fumo más cuando estoy preocupado por algo</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>08.-Me siento más estimulado y alerta cuando fumo</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>09.-Fumo automáticamente a pesar de estar atento</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>10.-Fumo para tener algo que hacer con las manos</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>11.-Cuando me quedo sin cigarrillos me es casi insoportable hasta que vuelvo a tenerlos</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>12.-Cuando me siento infeliz fumo más</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>13.-Fumar me ayuda a aguantar cuando estoy muy cansado</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>14.-Me resulta difícil estar una hora sin fumar</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>15.-Me encuentro a mi mismo fumando sin recordar haber encendido el cigarrillo</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>16.-Cuando estoy cómodo y relajado es cuando más deseo fumar</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>17.-Fumar me ayuda a pensar y a relajarme</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>18.-Tengo muchas ganas de fumar cuando no he fumado durante un rato</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>19.-Me siento más maduro y sofisticado cuando fumo</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>20.-Cuando no estoy fumando soy muy consciente de ello</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>21.-Me resulta muy difícil estar una semana sin fumar</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>22.-Fumo para tener algo que ponerme en la boca</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>23.- Me siento más atractivo frente a personas del sexo contrario cuando fumo</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>24.-Enciendo un cigarrillo cuando estoy enfadado</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>

El análisis factorial muestra que este test presenta 7 componentes: 1) *Imagen social* que el fumador cree que obtiene a través del uso de productos del tabaco (que se corresponde con las preg. 6, 19 y 23); 2) *Actividad boca-mano* (manipulación, importancia de tener algo entre las manos; preg. 5, 10 y 22); 3) *Indulgencia* (fumar por placer; preg. 3, 4 y 16); 4) *Sedación* (asociación con estados de ánimo negativos; preguntas 7, 12 y 24); 5)

Estimulación (fumar para activarse o estimularse; preg. 8, 13 y 17); 6) *Automatismo* (hasta qué punto es automática la conducta; preg. 2, 9 y 15); y 7) *Adicción* (preg. 11, 18 y 20). Los tres primeros son menos farmacológicos que el resto.

Cada uno de estos componentes está formado por 3 preguntas: una puntuación de 6 o más en un componente sugiere que ese componente presenta importancia en la conducta fumadora de esa persona.

Es un test que puede resultar útil, aunque presenta los inconvenientes de no definir propiamente “adicción” y “dependencia global” y de no tener en cuenta diversos aspectos potencialmente relacionados con la conducta de fumar, como son el componente de sociabilidad del consumo o su asociación con la preocupación por la ganancia ponderal.

4.3.2. OTRAS PREGUNTAS DE ANTECEDENTES Y CONSECUENTES

Para intentar solventar o paliar las carencias del test de Russell, en la Unidad se formulan adicionalmente una serie de preguntas -obtenidas de diversas fuentes- con la misma estructura del test de Russell. Pese a que llevan una numeración correlativa a las preguntas del test de Russell, cada pregunta se valora independientemente y no forman un cuestionario en sí, aunque es evidente que algunas de ellas se relacionan entre sí.

Intentan medir la asociación con la preocupación por el peso o el posible valor instrumental para controlarlo los ítems 31 y 47. Procuran medir la asociación con diversas actividades cotidianas los ítems 26, 28, 30, 33, 35, 48 y 50. Procuran valorar el uso para la interrelación personal los ítems 25, 29, 39 y 46. Los factores sensoriales asociados al consumo son explorados por las preguntas 27, 34, 41 y 42. La posible asociación con estados de ánimo negativos se plantea en los ítems 32, 36, 38 y 49. Los ítems 37, 40, 43, 44 y 45 analizan cuestiones relacionadas con la percepción de dependencia.

<i>25.-Me es más fácil relacionarme con otra personas cuando fumo</i>	0	1	2	3
<i>26.-Me gusta fumar cuando estoy ocupado y trabajo fuerte</i>	0	1	2	3
<i>27.-Parte del placer de fumar es encender un cigarrillo</i>	0	1	2	3

<i>28.-Enciendo un cigarrillo cuando hablo por teléfono</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>29.-Me gusta ofrecer cigarrillos como una forma de hacer amigos</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>30.-Suelo fumar cuando tomo alguna bebida alcohólica</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>31.-Fumo para mantener mi peso bajo</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>32.-Cuando estoy con otra gente me siento más seguro si fumo</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>33.-Después de las comidas es cuando más me gusta fumar</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>34.-Fumo porque me gusta mucho el olor a tabaco</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>35.-Normalmente fumo cuando tomo café</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>36.-Fumo más cuando estoy apurado y tengo mucho que hacer</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>37.-Suelo tener mucho cuidado que no se me acaben los cigarrillos</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>38-Fumo para calmar mis nervios</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>39.-Fumo más cuando estoy con otra gente</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>40.-Fumar es muy importante para mi</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>41.-Juego y manipulo el paquete de tabaco como parte del ritual del hábito de fumar</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>42.-Ocupo mis manos y dedos para evitar fumar</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>43.-Me recompenso a mí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>44.-Me angustio si me quedo sin cigarrillos o no consigo encontrar el paquete de tabaco</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>45.-Cuando no tengo tabaco me resulta difícil concentrarme y realizar cualquier tarea</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>46.-Enciendo un cigarrillo si mis amigos lo hacen</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>47- Fumo para engañar el hambre</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>48-Fumo más cuando conduzco</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>49.-Fumar me hace compañía</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>50.-Cuando estoy solo en un restaurante, parada de autobús, fiesta, etc., me siento más seguro, a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>

4.3.3. ESCALA DE AUTO-EFICACIA DE BAER-LICHTENSTEIN

La autoeficacia se define como el nivel de confianza de un individuo en su capacidad para realizar una conducta determinada (Bandura, 1977). Esta escala analiza el grado de confianza que tiene el fumador de estar sin fumar ante distintas situaciones, la capacidad de resistencia que cree va a tener una vez que ha dejado de fumar.

Al análisis de la asociación objetiva con el consumo (realizado en los dos cuestionarios anteriores), este test añade la percepción subjetiva de control que el paciente cree tener en las diversas situaciones (Baer y Lichtenstein, 1988). Se considera que la percepción de auto-eficacia tiene un papel importante en la predicción de abstinencia o no abstinencia, de la futura conducta del paciente que ha hecho un intento para la cesación.

El cuestionario consta de 14 preguntas independientes en las que el paciente valora de 0 a 100% su capacidad de resistencia. El análisis no requiere de interpretación; simplemente se utiliza para que el paciente sea capaz de conocer, reconocer y afrontar aquellas situaciones en las que puede ser más vulnerable.

Las preguntas 1, 4, 6 y 8 aportan información sobre la capacidad percibida de resistencia ante situaciones con estados de ánimo negativo; las preguntas 2 y 3 recogen las situaciones asociadas con placer y relax; las preguntas 5, 7 y 13 analizan la importancia del consumo en la auto-imagen; las preguntas 9, 10 y 11 abordan la sociabilidad y, por último, las preguntas 12 y 14 valoran la importancia de fumar para controlar el peso o no engordar.

<i>1. Si me sintiera ansioso</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>2. Si quisiera sentarme cómodamente y disfrutar un cigarrillo</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>3. Si termino una comida o tentempié</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>4. Si me sintiera nervioso</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>5. Si quisiera sentirme más atractivo</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>6. Si quisiera relajarme</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>7. Si pensara que fumar es parte de mi</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

<i>autoimagen</i>														
<i>8. Si me sintiera tenso</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
<i>9. Si estuviera bebiendo una bebida alcohólica</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
<i>10. Si viera a otros fumando</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
<i>11. Si alguien me ofreciera un cigarrillo</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
<i>12. Si quisiera evitar comer algo dulce</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
<i>13. Si quisiera sentirme más maduro y sofisticado</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
<i>14. Si pensara que esto me ayudaría a mantener el peso</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			

4.4. OTROS TESTS

4.4.1. CUESTIONES POTENCIALMENTE PREDICTIVAS

El conjunto heterogéneo de cuestiones abordadas en esta batería de preguntas hacen relación bien a potenciales beneficios que se piensan obtener con la cesación tabáquica (preguntas 6, 7, 13 y 15), bien a distintas circunstancias familiares o personales (preguntas 3, 4, 8, 12 y 14), bien a distintas características de la personalidad o de estilos de vida (preguntas 5, 9, 10 y 11), así como las causas que propician el intento de cesación (pregunta 1) y la experiencia de cesación previa (pregunta 2).

<i>1. Vengo a la consulta</i>	<i>a) espontáneamente</i>		
	<i>b) por indicación médica</i>		
	<i>c) por presión de mi familia</i>		
<i>2. Anteriormente, ya he dejado de fumar más de una semana</i>	<i>V</i>	<i>F</i>	
<i>3. Actualmente, no tengo problemas en el trabajo</i>	<i>V</i>	<i>F</i>	
<i>4. Actualmente, no tengo problemas en el plano familiar</i>	<i>V</i>	<i>F</i>	
<i>5. Hago deporte o tengo intención de hacerlo</i>	<i>V</i>	<i>F</i>	
<i>6. Voy a estar en mejor forma física</i>	<i>V</i>	<i>F</i>	
<i>7. Voy a cuidar mi aspecto físico</i>	<i>V</i>	<i>F</i>	
<i>8. Estoy embarazada (o mi pareja lo está)</i>	<i>V</i>	<i>F</i>	

<i>9. Tengo costumbre de lograr lo que emprendo</i>	<i>V</i>	<i>F</i>
<i>10. Soy más bien de temperamento tranquilo</i>	<i>V</i>	<i>F</i>
<i>11. Mi peso es habitualmente estable</i>	<i>V</i>	<i>F</i>
<i>12. Estoy con buena moral actualmente</i>	<i>V</i>	<i>F</i>
<i>13. Quiero librarme de esta dependencia</i>	<i>V</i>	<i>F</i>
<i>14. Tengo hijos de corta edad</i>	<i>V</i>	<i>F</i>
<i>15. Voy a acceder a una mayor calidad de vida</i>	<i>V</i>	<i>F</i>

4.4.2. DETERMINACIÓN DEL LOCUS DE CONTROL

El Locus de Control es un rasgo de personalidad propuesto a partir de la teoría del aprendizaje social (Rotter y Murly, 1965), posteriormente redefinido por Rotter (1966). Se define como el grado en que un sujeto percibe el origen de eventos y de su propio comportamiento de manera interna o externa a él. Los extremos de locus de control son interno y externo:

- Interno: percepción de que los eventos ocurren principalmente como efecto de sus propias acciones, es decir, la percepción que ellas mismas controlan sus vidas. Así, estas personas valoran positivamente el esfuerzo y la habilidad personal.
- Externo: percepción de que los eventos ocurren por el azar, el destino, la suerte o el poder y decisiones de otros; es decir, es la percepción de que los eventos no tienen relación con la propia determinación, de que no pueden ser controlados por el propio esfuerzo y dedicación.

El cuestionario que se emplea en la Unidad fue desarrollado por Wallston et al. en 1976. Cada una de las preguntas debe ser valorado por el paciente de 1 a 6 en una escala en que 1 implica gran desacuerdo y 6 gran acuerdo. Seis de las preguntas hacen más relación a un locus de control externo (y se invierten en el análisis) y 5 a un locus de control más interno. Puntuaciones más altas indican, por tanto, un mayor locus de control interno y se asocian con un mayor grado de atribución de la salud por parte del

individuo a los cuidados personales y causas directamente relacionadas con el propio sujeto (Wallston y Wallston, 1978).

<i>1. Si me cuido puedo prevenir las enfermedades</i>	1	2	3	4	5	6
<i>2. Cuando me pongo enfermo es por algo que he hecho o que he dejado de hacer</i>	1	2	3	4	5	6
<i>3. Tener buena salud es en gran parte cuestión de suerte</i>	1	2	3	4	5	6
<i>4. Independientemente de lo que hagas si te vas a poner enfermo te pones enfermo</i>	1	2	3	4	5	6
<i>5. La mayor parte de la gente no es consciente de hasta qué grado sus enfermedades dependen de hechos casuales</i>	1	2	3	4	5	6
<i>6. Sólo puedo hacer lo que el médico me dice que haga</i>	1	2	3	4	5	6
<i>7. Hay tantas enfermedades extrañas por ahí que uno nunca sabe cuándo puede coger una</i>	1	2	3	4	5	6
<i>8. Cuando me encuentro mal es porque no he hecho el suficiente ejercicio o no he comido bien</i>	1	2	3	4	5	6
<i>9. La gente que nunca enferma es simplemente porque tiene buena suerte</i>	1	2	3	4	5	6
<i>10. La mala salud de la gente suele resultar de su falta de cuidado</i>	1	2	3	4	5	6
<i>11. Soy directamente responsable de mi salud</i>	1	2	3	4	5	6

5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS v.15.

Para las variables cuantitativas se realizó un análisis descriptivo basado en la media y la desviación estándar, que son los parámetros que se muestran a lo largo del apartado *Resultados*. Si las muestras seguían una distribución normal y las varianzas eran homogéneas se aplicaron tests paramétricos; en caso contrario se utilizaron test no paramétricos. Tras determinar si las poblaciones seguían una distribución normal mediante la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov y la homogeneidad de las varianzas mediante la prueba de Levene, se compararon los valores medios de las variables

cuantitativas entre dos grupos mediante la prueba paramétrica de t de Student para grupos independientes y si había más de dos grupos se utilizó un análisis de la varianza (ANOVA) con correcciones de Bonferroni y, si no seguían distribución normal, se aplicó la prueba de U de Mann-Whitney o la prueba H de Kruskal-Wallis respectivamente.

Para las variables categóricas se compararon las proporciones entre ambos grupos mediante pruebas chi-cuadrado para tablas de contingencia; en el caso de tablas 2x2 se utilizó el estadístico X^2 con corrección de Yates y, cuando alguna frecuencia esperada fue menor o igual a 5, se aplicó la prueba exacta de Fisher. Como parámetro de asociación se empleó la Odds Ratio, que a lo largo del presente trabajo se muestra con los respectivos límites de confianza del 95%.

Se realizó un ajuste de modelos de regresión logística de tipo predictivo para estimar el efecto simultáneo del conjunto de nuestras variables independientes sobre la abstinencia del consumo de tabaco. Las variables independientes en este análisis de regresión logística binaria fueron aquellas que habían mostrado significación en el análisis univariante.

Todos los contrastes de hipótesis fueron bilaterales. En todas las pruebas estadísticas se consideraron valores “significativos” aquéllos cuyo nivel de confianza fue superior al 95%, es decir, un error alfa inferior a 0,05 ($p < 0,05$).

Todas las tablas de este trabajo se representan siempre de la misma forma: Media \pm DE; las figuras: media \pm LC95%; Odds Ratio: OR \pm LC95%.

IV.RESULTADOS

1. RESULTADOS GLOBALES DE LA UNIDAD

En los nueve años del periodo de estudio (junio 2006- abril 2014) fueron derivadas a la UDESTA un total de 4889 personas. Pese a estar citadas, 870 no se presentaron el día de la primera consulta, lo que representa algo más de una sexta parte de ellas (figura 11).

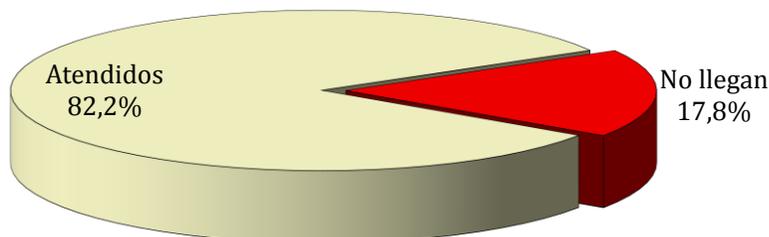


Figura 11. Porcentaje de personas derivadas que no acuden a la Unidad

Los 4019 restantes cumplimentaron el Cuestionario Básico utilizado en la Unidad y se les hizo la Historia Clínica. Todos los resultados analizados en el presente trabajo se basan en estos datos.

Cuando se estudia la eficacia del sistema de salud de nuestra Comunidad, los datos de quienes nunca aparecieron por la UDESTA han de ser tenidos en cuenta. Sin embargo, si lo que se analiza es la eficacia de la Unidad y los factores asociados a la cesación de quienes acudieron a ella, sólo se debe tener en cuenta a las personas a las que fue posible tratar, que son de las que se disponen datos.

El número de sesiones a las que acudieron estos 4019 pacientes de la Unidad es recogido en la figura 12. Se aprecia cómo una quinta parte de ellos, el 21,1% sólo acudieron a la visita basal o informativa y cómo un 11,2% adicional acude solamente a la segunda visita de preparación. Esto supone casi un tercio de la muestra.

Pese a seguir acudiendo a la Unidad, al ser preguntadas en los diversos seguimientos telefónicos, una parte de estas personas (27,4%) refirieron haber comenzado a dejar de fumar y un 11,1% de ellas refirieron mantenerse abstinentes al 6º mes y un 6,7% (1 de cada 15) al 12º mes.

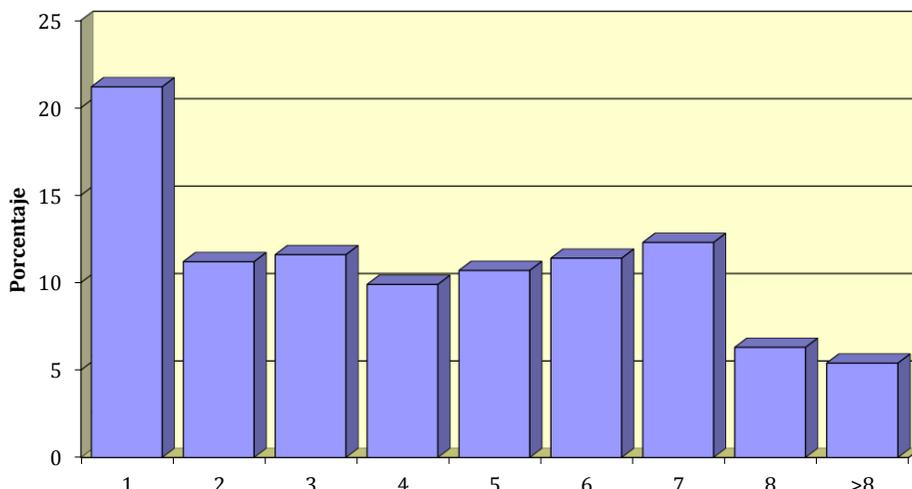


Figura 12. Número de sesiones a las que acudieron los pacientes tratados en la Unidad

Aunque es factible que lo referido por estos pacientes sea fundamentalmente cierto, dado que su abstinencia no pudo ser validada, en el presente estudio se considera que estas personas no consiguieron la cesación. Cara al análisis de los datos de todos aquellos pacientes que sólo acudieron a 1 o 2 sesiones se considera que no empezaron el tratamiento, como que no estuvieron abstinentes el día D (ni posteriormente).

Como se ha indicado en el apartado Métodos, existen cinco criterios principales por los que una persona puede ser derivada a la Unidad: 1) Embarazo; 2) Presencia de patología psiquiátrica; 3) Varios intentos previos serios de cesación fallidos (recaídas); 4) Presencia de patología orgánica severa; y 5) Pertenencia a colectivos ejemplares o familiares de pacientes que están siendo atendidos en la Unidad.

A quienes reunían varios de estos criterios, cara al análisis de datos se les ha clasificado priorizando los criterios en el orden señalado en el párrafo anterior. Así, toda embarazada, independientemente de que tuviera patología psiquiátrica u orgánica asociada, figura como “embarazada”; y toda persona no embarazada con un diagnóstico psiquiátrico, aunque tuviera múltiples recaídas previas o patología orgánica, figura como “psiquiátrica”, etc. Bajo la denominación de “otros” se incluye a quienes perteneces a colectivos ejemplares o son familiares y no presentan ninguno de los otros criterios de derivación.

La figura 13 muestra el porcentaje de pacientes tratados en la Unidad pertenecientes a las cinco categorías de derivación. Se observa cómo un 6,0% de la muestra vienen

derivadas por estar embarazadas; los tres criterios más frecuentes son aquellos que presenta un diagnóstico psiquiátrico (36,1% de la muestra), quienes sólo presentan patología orgánica como criterio de derivación (26,3%) y recaídas, que está presente en el 21,7% de quienes ni están gestantes ni presentan un diagnóstico psiquiátrico. Pertenecen al grupo de colectivos ejemplares o de familiares de pacientes sin reunir ningún otro criterio de derivación un 9,9% de la muestra total.

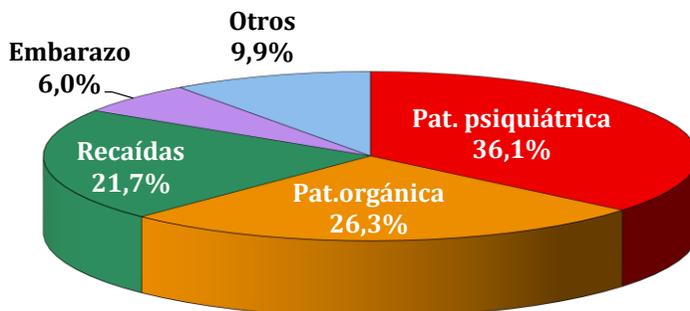


Figura 13. Porcentaje de pacientes encuadrados en los distintos criterios de derivación

La evolución del curso temporal de la abstinencia de quienes fueron atendidos en la Unidad se muestra en la figura 14.

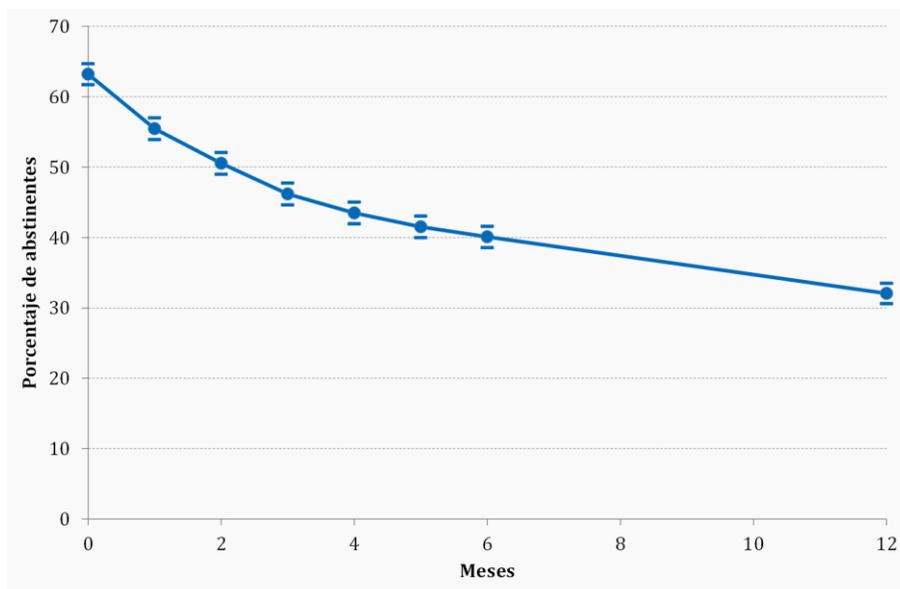


Figura 14. Curso temporal de la abstinencia del total de pacientes de la Udesta

A lo largo de los primeros meses, y de manera mensual, la presencia de abstinencia fue corroborada por cooximetría; los resultados del año son los referidos por los propios pacientes. En el día D (semana 0) se reflejan como no abstinentes aquellas personas que refirieron no haber conseguido ni un solo día de abstinencia, así como quienes no volvieron a aparecer por la Unidad, independientemente de lo que refirieran telefónicamente, como ya se ha señalado previamente.

Se observa cómo algo más de un tercio de los pacientes no consiguen ni un solo día abstinentes, bien porque no comienzan o bien porque vuelven al consumo en el primer día.

La figura 15 muestra de manera agrupada los resultados globales de la Unidad, considerando abstinentes -como siempre- solo a quienes acudieron a visitas de seguimiento y a quienes pudo realizárseles la cooximetría a los seis meses.

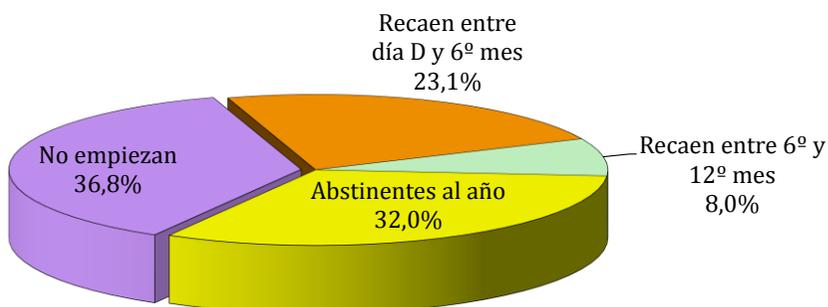
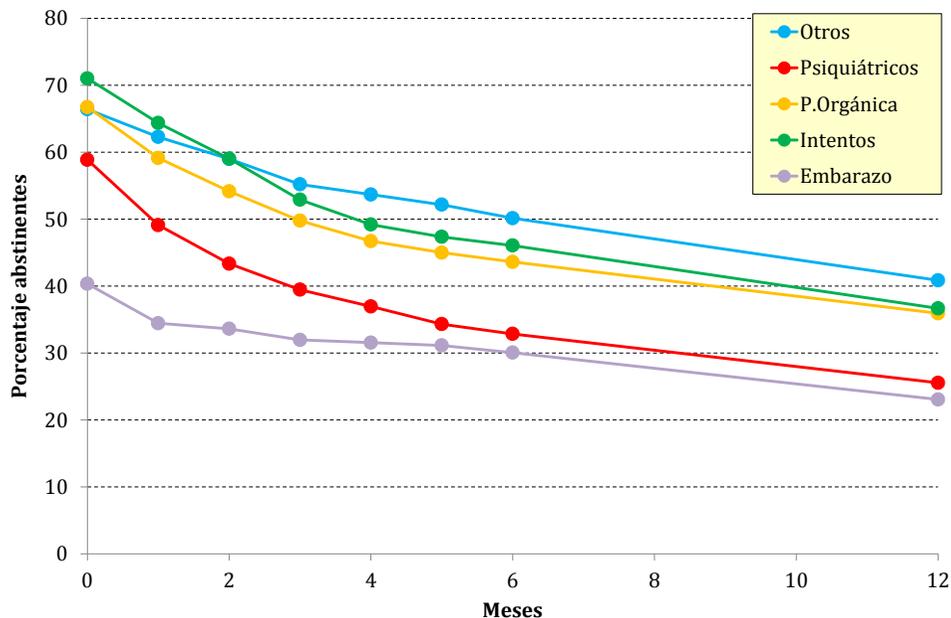


Figura 15. Resultados globales de la Udesta según el tiempo de abstinencia conseguido (validados con cooximetría a los 6 meses)

Se observa cómo aproximadamente un tercio de los pacientes no consiguen ni un día de abstinencia, un tercio recaen antes de llegar al año y un tercio consigue estar al menos un año abstinentes.

El porcentaje de abstinencia varió entre los diversos criterios de derivación. En la figura 16 puede observarse el curso temporal de la abstinencia según el criterio de derivación.

Se observa cómo las embarazadas presentan un patrón diferente al del resto de pacientes: empiezan el proceso de cesación en menor proporción, lo que repercute en que sus tasas de abstinencia a los seis y doce meses sean menores, aunque recaen significativamente menos entre el día D y el sexto mes.



16. Curso temporal de la abstinencia según el criterio de derivación

Como se comprueba en los datos de la tabla 5, que reflejan los de la figura 16, los resultados de las embarazadas se diferencian de los de los pacientes con otros criterios de derivación tanto el día D (en que se diferencian de los otros cuatro grupos con una significación de $p < 0,001$ en todos los casos) como el 6^o y el 12^o mes, en que se diferencian de los tres grupos con mejores resultados con una significación también menor de $p < 0,001$ en todos los casos. No existen diferencias a los 6 y a los 12 meses entre el grupo de embarazadas y el grupo de personas con diagnóstico psiquiátrico.

En la tabla 5 puede también comprobarse cómo no existen diferencias significativas en ninguno de los tres periodos de tiempo entre los otros tres grupos: pacientes derivados por recaídas, patología orgánica y otros. Consecuentemente, estos tres grupos podrían considerarse homogéneos.

Frente a estos tres grupos, la abstinencia de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico es significativamente menor el día D ($p = 0,051$ con el grupo “otros” y $p < 0,001$ en los otros dos casos) y en el sexto y duodécimo mes ($p < 0,001$ en todos los casos).

Tabla 5. Tasas de abstinencia y LC95% según el criterio de derivación en el día D, a los 6 meses y a los 12 meses

	Psiquiátricos	Intentos	P. orgánica	Otros	Embarazadas
Día D	58,9 (56,3-61,4)	71,0 (68,0-74,0)	66,7 (63,9-69,6)	66,4 (62,8-71,1)	40,3 (34,1-46,5)
6 meses	32,9 (30,4-35,3)	46,0 (42,7-49,4)	43,6 (40,6-46,6)	50,1 (45,2-55,1)	30,0 (24,2-35,8)
12 meses	25,5 (23,3-27,8)	36,7 (33,5-39,9)	35,9 (33,0-38,8)	40,9 (36,0-45,7)	23,0 (17,7-28,4)

A partir de este momento los resultados de las embarazadas (analizados en un trabajo doctoral previo) no se incluyen en el presente estudio; sólo se mencionan al hablar de diferencias por causa de derivación. Por ello, salvo en este apartado (donde el número de pacientes es de 4019), el resto de resultados son sobre un total de 3774 pacientes.

2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

2.1. VARIABLES DEMOGRÁFICAS

SEXO. Una vez descontadas las embarazadas, un total de 2052 mujeres y de 1722 varones fueron atendidos en la Unidad durante el periodo de estudio (figura 17).

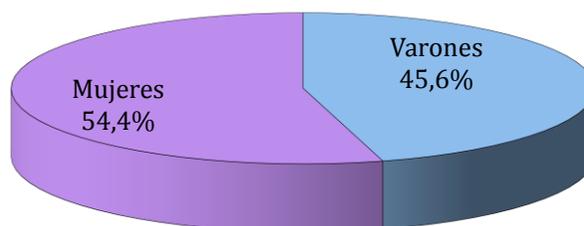


Figura 17. Distribución por sexos de la muestra

EDAD. La edad de los pacientes en el momento de acudir a consulta estuvo entre los 17 y los 80 años, siguiendo una distribución normal, en la que la moda se sitúa en torno a los 50 años (figura 18), siendo la media muestral $47,8 \pm 11,5$ años.

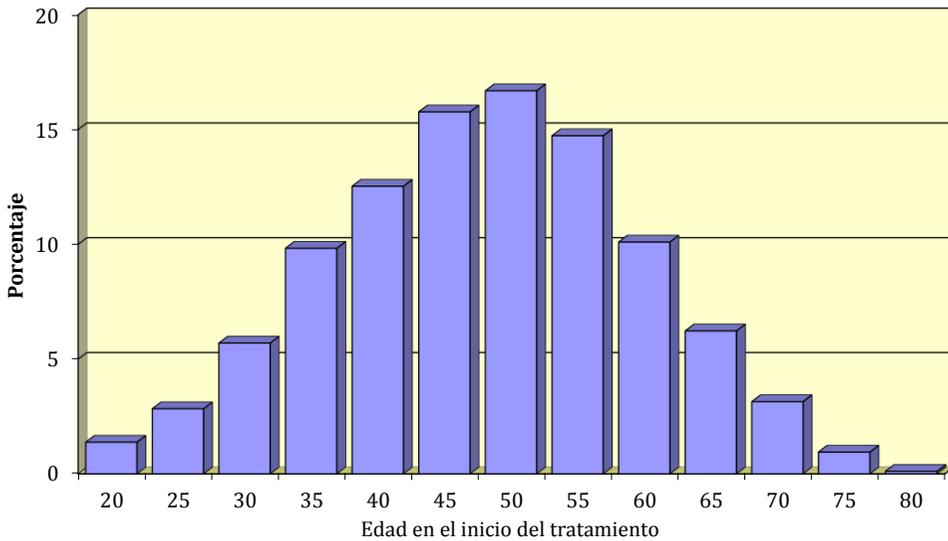


Figura 18. Distribución por edad de la muestra en el momento del tratamiento

La relación existente entre la edad de los pacientes y la causa de derivación se muestra en la figura 19. Puede observarse cómo la causa de derivación *Patología orgánica* va incrementándose con la edad, algo lógico. Justo lo contrario es lo que ocurre con la causa *Psiquiátricos* (personas con un diagnóstico psiquiátrico previo), que es mucho más prevalente en las personas jóvenes, algo que también se observa en los pacientes clasificados en otras causas (*Otros*).

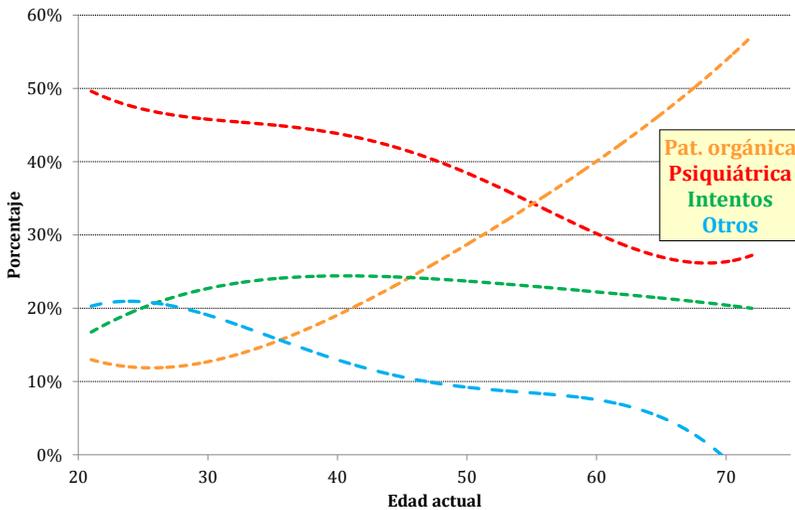


Figura 19. Causas de derivación según la edad al iniciar el tratamiento

2.2. VARIABLES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE TABACO

NÚMERO DE CIGARRILLOS. El número de cigarrillos consumidos diariamente por los pacientes fue de $25,3 \pm 12,0$ (media \pm DE). Un 3,1% fumaba menos de 9 cig/d y un 5,0% fumaba 50 o más cig/d. La mediana y la moda de la distribución del consumo se sitúan en los 20 cig/día. El número de cigarrillos que los pacientes referían consumir al inicio del tratamiento se recoge en la figura 20.

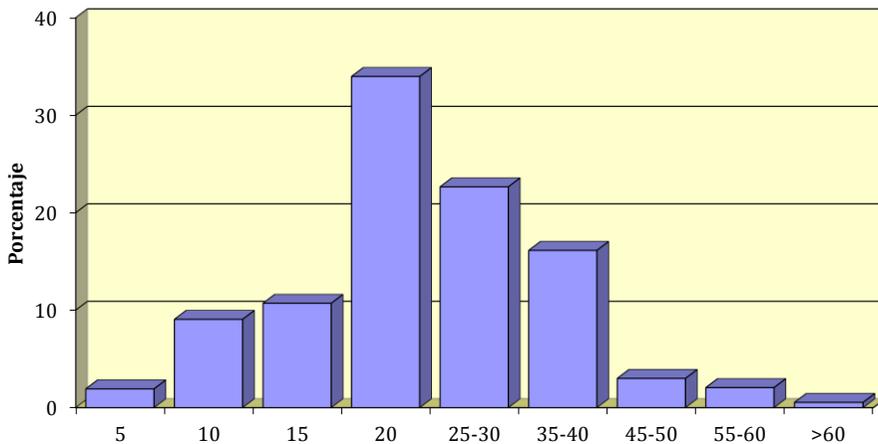


Figura 20. Número de cigarrillos fumados diariamente

De media los varones fuman más cigarrillos que las mujeres: $27,3 \pm 13,3$ vs. $23,6 \pm 10,5$, siendo la diferencia altamente significativa ($p: 2,2 \times 10^{-19}$). El consumo diario por sexo y edad se muestra en la figura 21; se aprecia que es mayor en las décadas intermedias de la vida.

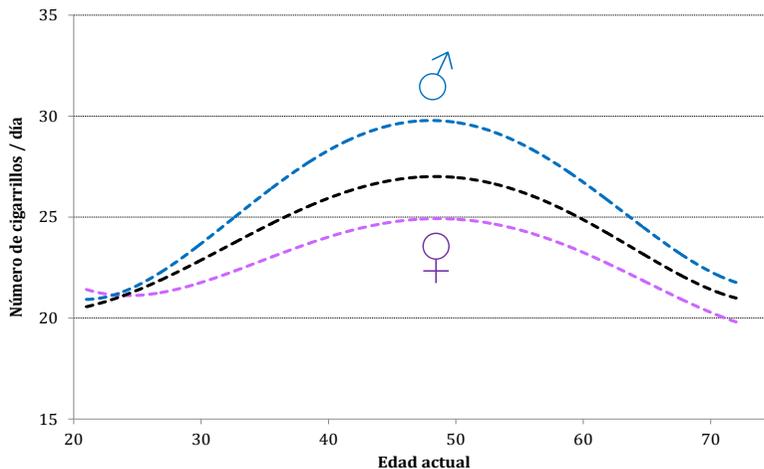


Figura 21. Número de cigarrillos fumados diariamente según edad y sexo

El número de cigarrillos/día fumados según la causa de derivación se muestra en la figura 22. Puede apreciarse cómo quienes más fuman tienen más probabilidades de presentar un diagnóstico psiquiátrico previo. Lo contrario puede apreciarse en quienes están incluidos en otras causas de derivación.

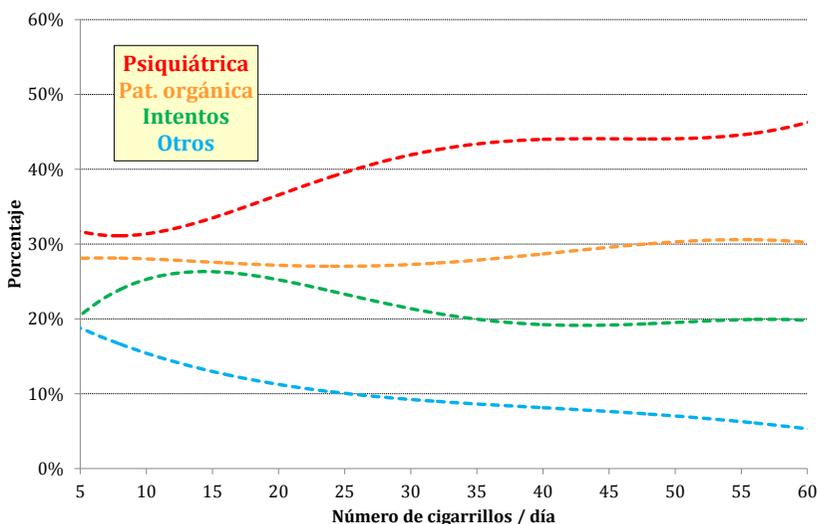


Figura 22. Número de cigarrillos fumados diariamente según la causa de derivación

La tabla 6 recoge el número de cigarrillos fumados diariamente según la causa de derivación: existen diferencias significativas entre las distintas causas, siendo los pacientes con un diagnóstico psiquiátrico quienes fuman una mayor cantidad. Las diferencias son todas significativas al realizar el análisis post-hoc con el test DMS (diferencia menos significativa de Fisher, LSD), aunque no lo son todas cuando las comparaciones se realizan mediante otros tests. A modo de comparación se muestra el número de cigarrillos diarios que las embarazadas refieren fumar, cifra claramente inferior.

Tabla 6. Número de cigarrillos/día (media y LC95%) según la causa de derivación

	Psiquiátricos	P. orgánica	Intentos	Otros	Embarazadas
Nº cig/día	26,7 (26,0-27,3)	25,4 (24,7-26,1)	24,1 (23,4-24,8)	22,6 (21,5-23,6)	17,8 (16,7-18,9)

MONÓXIDO DE CARBONO. Los niveles de CO en el aire espirado en el conjunto de pacientes muestran una distribución unimodal asimétrica en la que los valores más representados se encuentran entre las 11 y 25 ppm (figura 23).

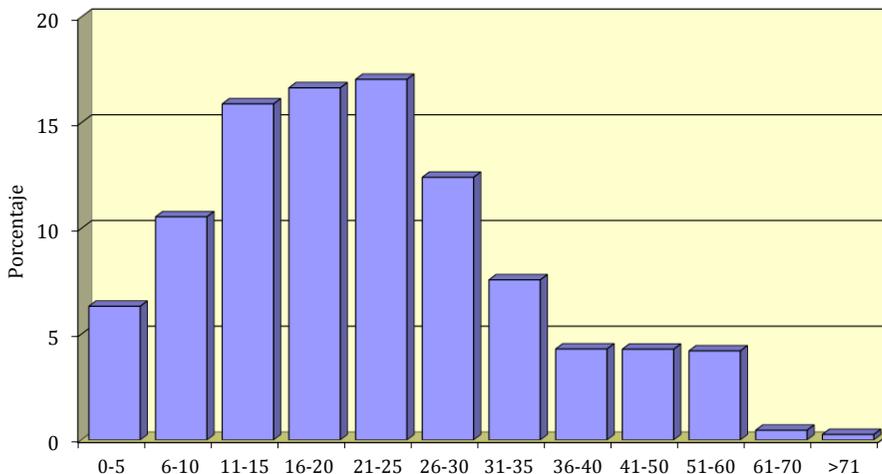


Figura 23. Niveles de CO espirado (en partes por millón, ppm)

EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO. La edad media del primer consumo de los 3774 pacientes de la muestra fue de $15,8 \pm 4,2$ años, existiendo entre varones y mujeres una diferencia de 1,2 años. La media de la edad de un consumo diario fue de $17,9 \pm 4,9$ años, siendo la diferencia entre sexos de 1,5 años. La figura 24 refleja la distribución de ambas edades -de primer consumo y de consumo diario- en la muestra.

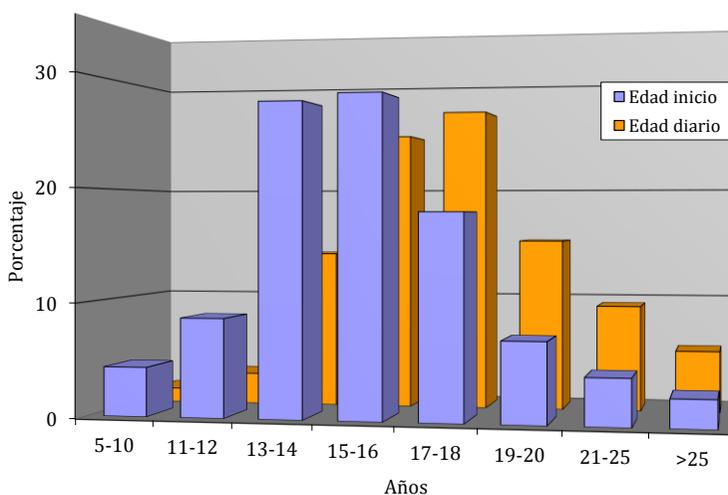


Figura 24. Edad del primer consumo y edad de comienzo del consumo diario

Al analizar las edades de inicio (del primer consumo y de consumo diario) según la edad actual se observan diferencias por sexos (figura 25). Mientras que en los varones, tengan la edad que tengan, apenas existen diferencias en las edades en las que empezaron a fumar, en las mujeres en cambio se aprecia que:

- 1) las que tenían unos 45 años o menos en el inicio del tratamiento presentan edades similares de comienzo en el consumo (tanto primero como diario) que los varones;
- 2) las mayores de 45 al acudir a la Unidad habían empezado a fumar más tarde, más cuanto mayores eran, algo que refleja los condicionantes sociales de su época juvenil.

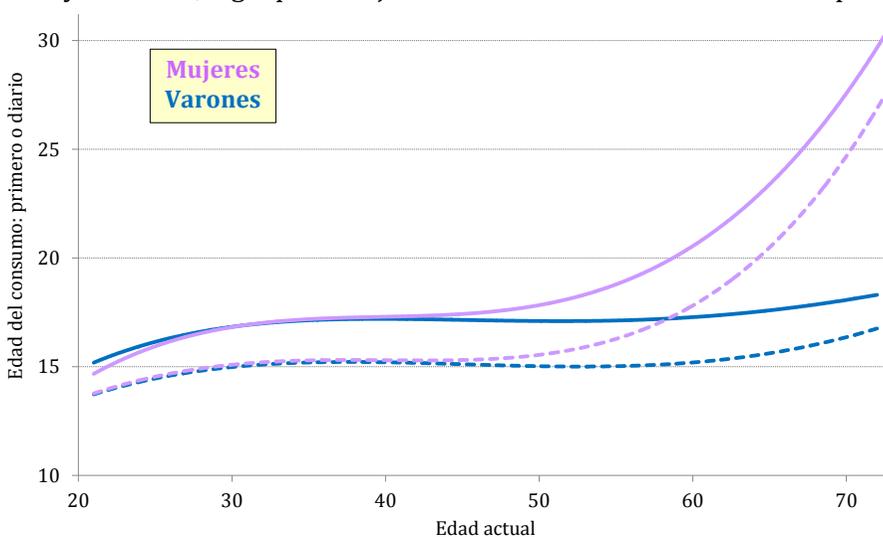


Figura 25. Edad del primer consumo (líneas discontinuas) y edad de comienzo del consumo diario (líneas continuas) por sexos (Otero, 2016)

La tabla 7 recoge ambas edades (de primer consumo y de consumo diario) en ambos sexos al establecer como punto de corte de la edad de 45 años.

Tabla 7. Número de cigarrillos/día (media y LC95%) según la causa de derivación

	≤ 45 años		> 45 años	
	♂	♀	♂	♀
Edad primer consumo	15,1 (14,9-15,3)	15,1 (14,9-15,3)	15,2 (14,9-15,5)	17,2 (16,9-17,5)
Edad consumo diario	17,0 (16,8-17,2)	17,0 (16,8-17,2)	17,2 (16,9-17,5)	19,6 (19,2-20,0)

Puede apreciarse cómo, las diferencias sólo se aprecian en las mujeres de más 45 años ($p < 10^{-21}$ para ambas edades), no existiendo diferencias entre las mujeres más jóvenes y entre los varones, independientemente de la edad de estos ($p > 0,8$ para ambas edades).

Al analizar la relación entre la edad de inicio en el consumo diario y el número de cigarrillos se observa cómo quienes comenzaron a fumar más jóvenes fuman más (figura 26). Otro dato que destaca es que la causa de derivación “Psiquiátrica” es más prevalente en quienes empezaron a fumar más jóvenes (figura 27).

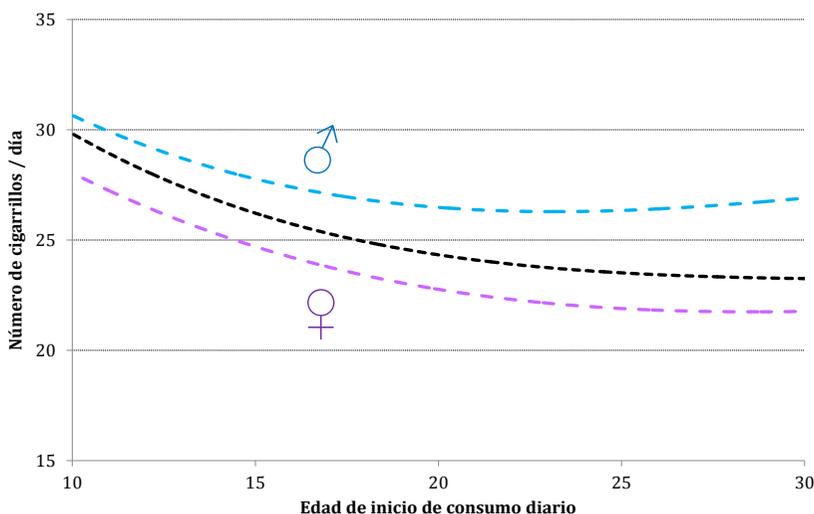


Figura 26. Líneas de tendencia del número de cigarrillos fumados diariamente

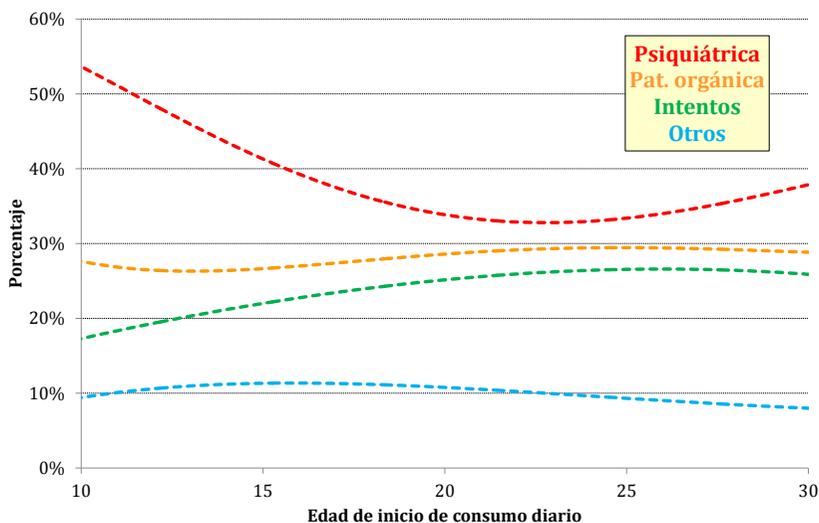


Figura 27. Causa de derivación según el número de cigarrillos/día

NÚMERO DE INTENTOS PREVIOS. El 15,3% de la muestra no había realizado ningún intento previo de cesación. Por el contrario, el 40,6% había realizado tres o más intentos (figura 28).

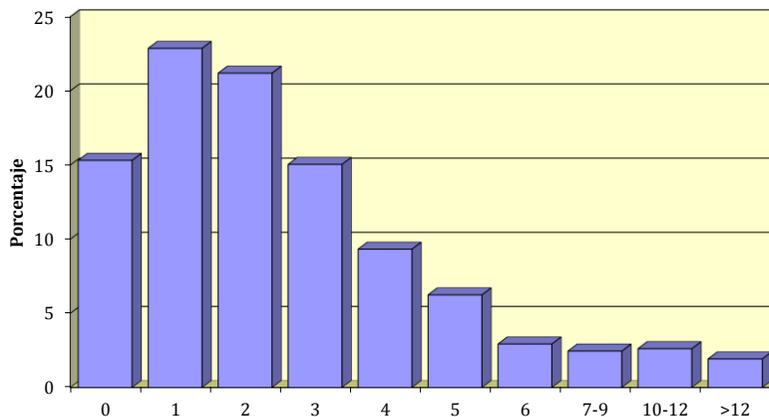


Figura 28. Número de intentos previos de cesación

El número de intentos es menor en las personas más jóvenes y no se correlaciona significativamente con el número de cigarrillos fumados. Quienes figuran derivados por *Intentos* presentan un número de intentos previos de cesación significativamente mayor que todo el resto de los grupos (tabla 8).

Tabla 8. Número de intentos previos (media y LC95%) según la causa de derivación

	Intentos	Psiquiátricos	P. orgánica	Otros	Embarazadas
Nº de intentos	3,75 (3,57-3,92)	2,65 (2,51-2,78)	2,20 (2,05-2,34)	1,51 (1,34-1,69)	1,85 (1,55-2,15)

Los “Psiquiátricos” también se diferencian de todo el resto de los grupos en las pruebas post hoc. Por el contrario, quienes están englobados en la categoría de “Otros” presentan un menor número de intentos que los restantes, siendo las diferencias significativas con todos los grupos menos con las embarazadas. En estas últimas debe tenerse en cuenta que eran significativamente más jóvenes.

MÁXIMO NÚMERO DE DÍAS DE ABSTINENCIA EN INTENTOS PREVIOS. Las figuras 29 y 30 recogen de manera agrupada el número de días que los pacientes habían conseguido estar abstinentes en el intento previo que más duró.

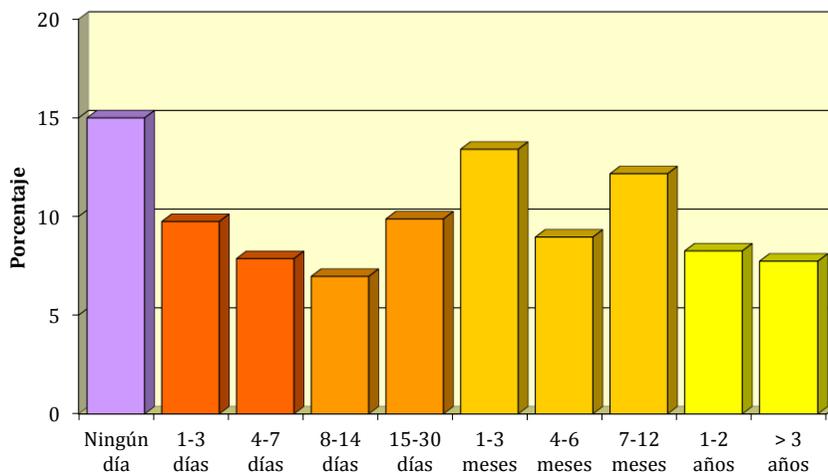


Figura 29. Máximo días de abstinencia conseguidos en intentos previos

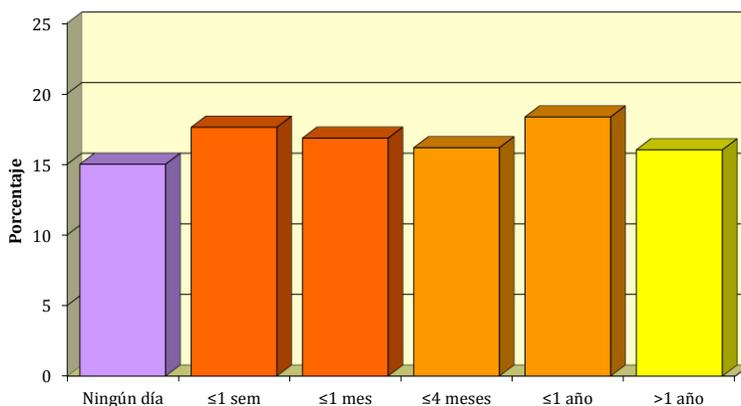


Figura 30. Máximo días de abstinencia conseguidos en intentos previos (agrupado)

Además del 15% que nunca lo había intentado, puede apreciarse cómo un tercio restante (34,5%) no había conseguido permanecer abstinentes un periodo superior a los 30 días. Destaca que un 16,0% había conseguido permanecer abstinentes más de un año y que (dato no reflejado en las gráficas) un 4,8% adicional refería haberlo estado un año entero.

Quienes fuman un mayor número de cigarrillos al día presentan una clara tendencia a haber conseguido abstinencias menos prolongadas. Así mismo, las personas más jóvenes (menores de 40 años) habían estado abstinentes menos tiempo, algo lógico, y quienes empezaron a fumar antes de los 15 años también habían estado de media menos tiempo abstinentes (figura 31).

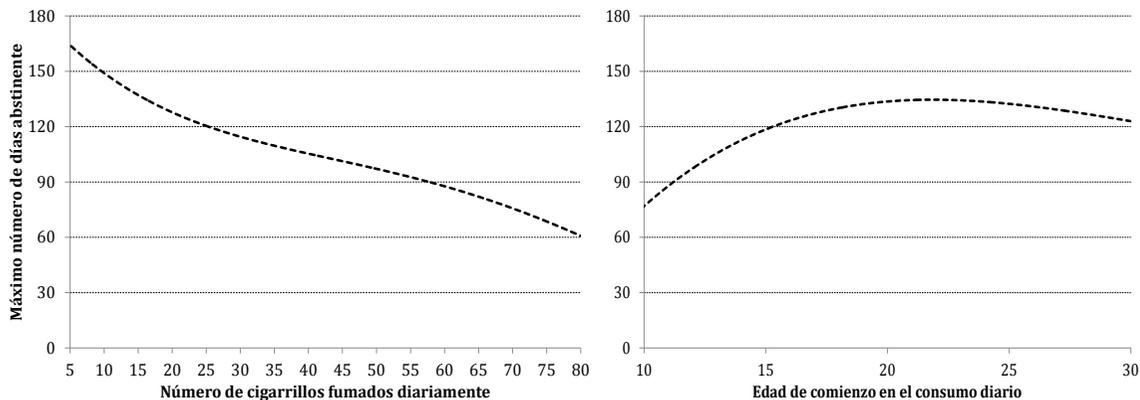


Figura 31. Líneas de tendencia entre el número de cigarrillos fumados diariamente (izquierda) y la edad de comienzo del consumo diario (derecha) con el número máximo de días de abstinencia conseguidos en un intento previo

2.3.VARIABLES DE LOS TESTS APLICADOS

DEPENDENCIA SEGÚN EL TEST DE FAGERSTRÖM (FTND). La puntuación media en el FTND fue $6,25 \pm 2,35$, situándose la mediana de la distribución en el 6. Sólo un 7,5% de la muestra puntuó por debajo de 3, estando un 32,4% por encima del 7 (figura 32).

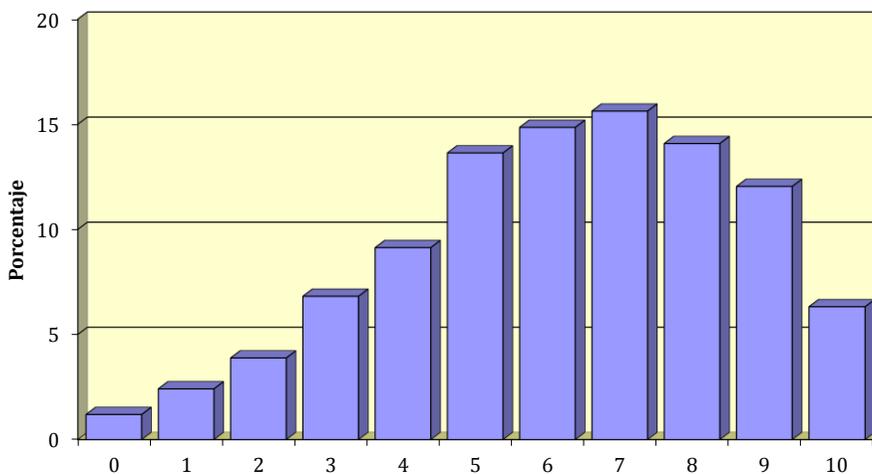


Figura 32. Distribución de las puntuaciones en el FTND

No se apreciaron diferencias por sexos: $6,20 \pm 2,31$ en las mujeres vs. $6,32 \pm 2,40$ en los varones. Sí las hubo según la causa de derivación (tabla 9): en parte fruto de un menor consumo las embarazadas puntuaban significativamente menos ($p < 0,001$ en todos los ca-

sos) que el resto de causas de derivación. Por el contrario, las personas con diagnóstico psiquiátrico puntúan significativamente más ($p < 0,001$ en todos los casos).

Tabla 9. Puntuación en el FTND (media y LC95%) según la causa de derivación

	Psiquiátricos	Intentos	P. orgánica	Otros	Embarazadas
Puntuación	6,71 (6,59-6,82)	6,00 (5,85-6,16)	6,00 (5,86-6,15)	5,81 (5,59-6,03)	5,08 (4,81-5,35)

Respecto a la segunda pregunta del FTND (*¿Cuánto tiempo transcurre desde que se levanta hasta que encienden el primer cigarrillo del día?*), se aprecia que el 43,9% lo hace en los primeros 5 minutos, un 39,9% entre 5 y 30 min, un 10,0% entre 31 y 60 min y sólo el 6,1% lo hace transcurridos más de 60 minutos.

DEPENDENCIA SEGÚN EL DSM-IV. La media de puntuación en el DSM-IV fue de $4,2 \pm 1,3$, situándose la mediana y la moda de la distribución en el 4. Sólo un 9,3% de la muestra puntuaron por debajo de 3 y sólo un 2,9% puntuaron 7 (figura 33).

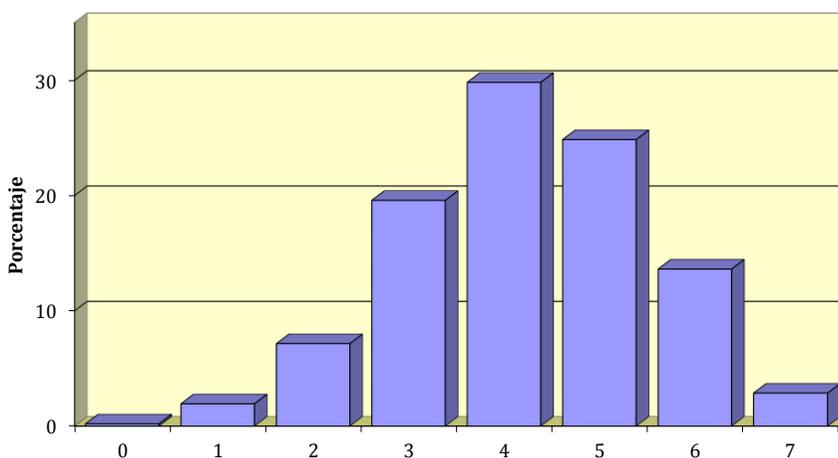


Figura 33. Distribución de las puntuaciones en el DSM-IV

No se apreciaron diferencias por sexos: $4,19 \pm 1,28$ en las mujeres vs. $4,21 \pm 1,32$ en los varones. Sí las hubo según la causa de derivación (tabla 10): Al igual que en el caso anterior, las personas con diagnóstico psiquiátrico puntúan significativamente más que el resto de las causas de derivación (con intentos $p = 0,012$ en el test de la diferencia menos significativa y de 0,124 con el Bonferroni).

Tabla 10. Puntuación en el DSM-IV (media y LC95%) según la causa de derivación

	Psiquiátricos	Intentos	P. orgánica	Otros	Embarazadas
Puntuación	4,39 (4,32-4,45)	4,25 (4,16-4,33)	4,04 (3,97-4,12)	3,88 (3,74-4,01)	3,84 (3,67-4,01)

ADICCIÓN SEGÚN EL RUSSELL. La media de puntuación en el componente de adicción del test de Russell fue de $5,95 \pm 2,21$, situándose la mediana y la moda de la distribución en el 6. Sólo un 7,2% de la muestra puntuaron por debajo de 3 (figura 34).

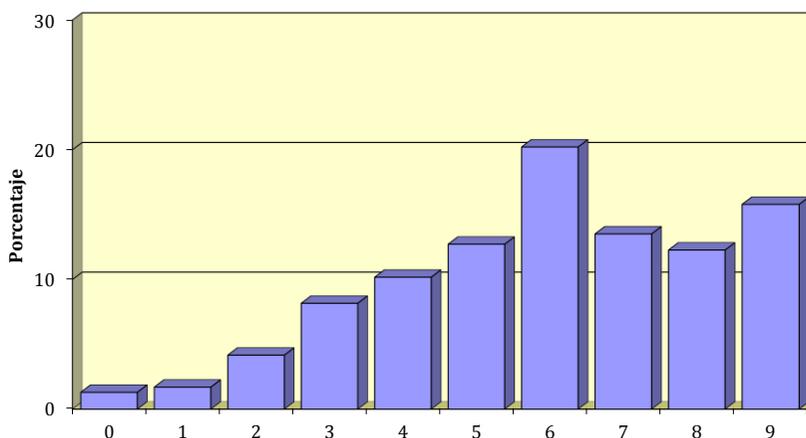


Figura 34. Distribución de las puntuaciones en el componente adicción del test de Russell

Se apreciaron diferencias por sexos ($p < 0,001$): $6,06 \pm 2,15$ en las mujeres vs. $5,82 \pm 2,27$ en los varones. También las hubo según la causa de derivación (tabla 11). Al igual que anteriormente, las personas con diagnóstico psiquiátrico puntúan más que el resto de las causas de derivación (salvo embarazadas); no se aprecian diferencias entre *Intentos*, *P. Orgánica* y *Otros* en el test post-hoc de Bonferroni.

Tabla 11. Puntuación en el componente de adicción del test de Russell (media y LC95%) según la causa de derivación

	Psiquiátricos	Intentos	P. orgánica	Otros	Embarazadas
Puntuación	6,17 (6,06-6,28)	5,89 (5,74-6,04)	5,84 (5,70-5,98)	5,55 (5,36-5,78)	6,13 (5,87-6,39)

Al analizar la relación entre estos tres factores de dependencia (FTND, DSM-IV y Russell) con el número de cigarrillos diarios, la edad actual y la edad de inicio se observa que:

- El número de cigarrillos tiende a correlacionarse con las puntuaciones en todos los tests (figura 35), siendo las puntuaciones similares en el DSM-IV y en el Russell. En el caso del FTND este número está incluido en uno de los ítems (añadiendo entre 0 y 3 puntos), lo que distorsiona la curva respecto a las otras.

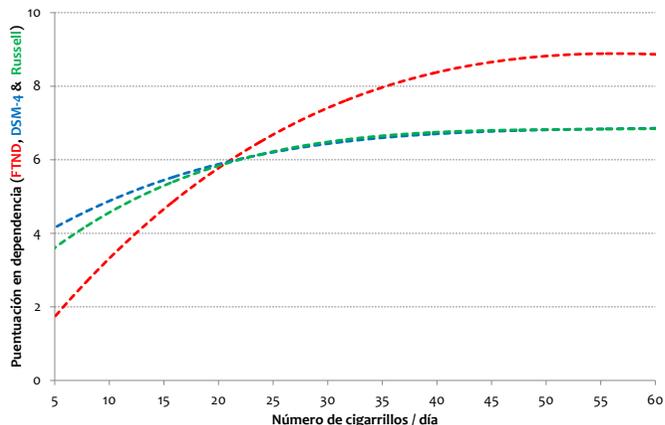


Figura 35. Líneas de tendencia de la dependencia medida con los diversos test y el número de cigarrillos fumados diariamente (en ésta y en las dos figuras siguientes los valores del DSM-IV están multiplicados por 10/7 para homogeneizar las curvas)

- La dependencia tiende a disminuir ligeramente con la edad según dos de los test. En el caso del FTND el perfil está condicionado por el número de cigarrillos (comparar con figura 35).

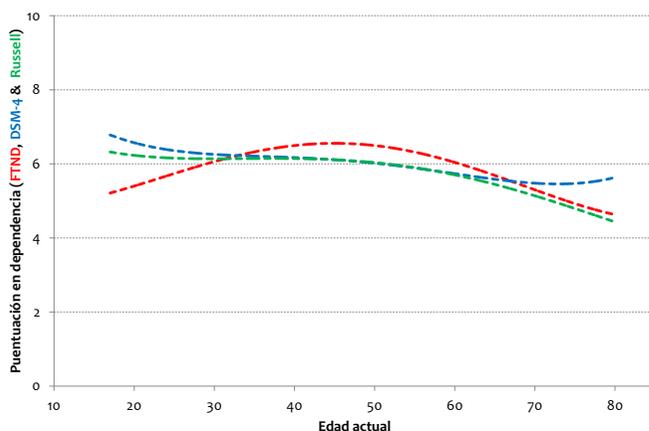


Figura 36. Líneas de tendencia de la dependencia medida con los diversos test y la edad actual

- Un comienzo temprano en el consumo diario se asocia con una mayor dependencia, algo que se observa de manera similar en los tres test (figura 37).

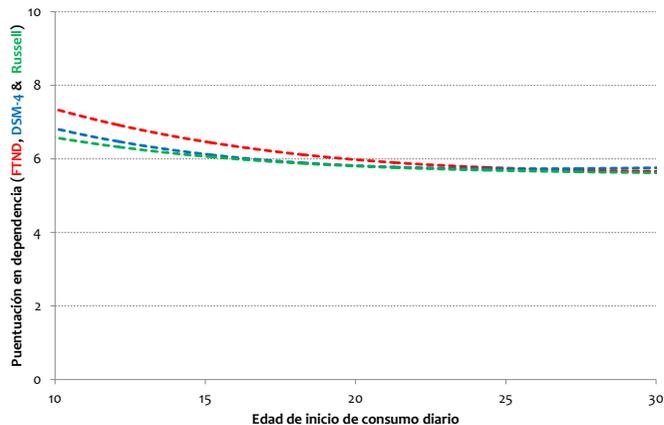


Figura 37. Líneas de tendencia de la dependencia medida con los diversos test y la edad de comenzar a fumar diariamente

OTROS COMPONENTES DEL TEST DE RUSSELL La figura 38 recoge la distribución de las puntuaciones agrupadas de los diversos componentes de este test.

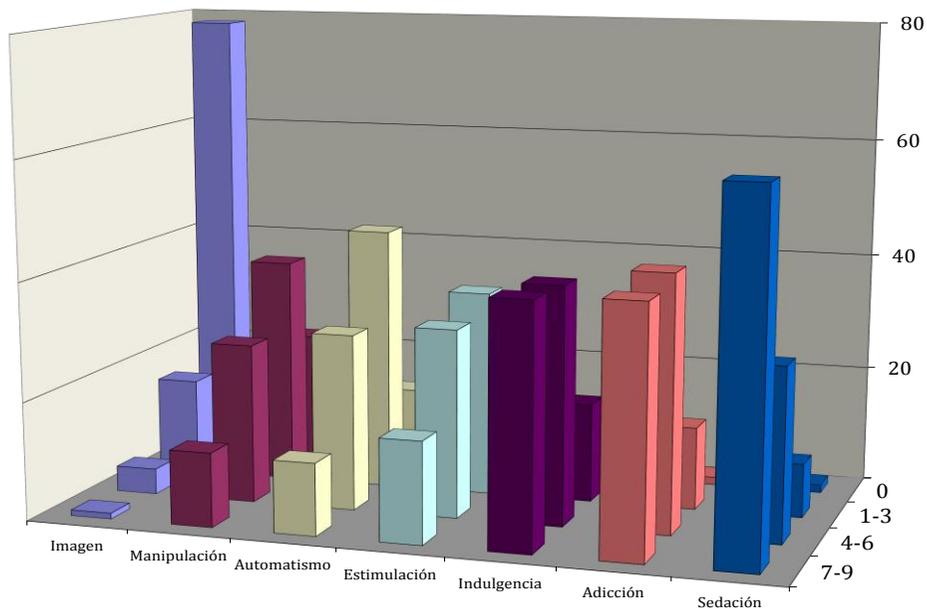


Figura 38. Porcentaje de personas que obtienen las respectivas puntuaciones agrupadas en los diversos componentes del test de Russell

La tabla 12 muestra las medias de los seis componentes restantes del test de Russell. *Sedación* (fumar asociado a estados de ánimo negativos) es el factor en el que más puntúan los pacientes: la puntuación máxima (9) es la moda, el 7 es la mediana. Lo contrario ocurre con el componente *Imagen*: la puntuación mínima (0) es la moda y la mediana.

Tabla 12. Puntuación en los restantes componente del test de Russell (media±DE)

	Sedación	Indulgen	Estimul	Automat	Manipul	Imagen
Media	6,82	5,73	3,75	3,40	3,16	0,57
	±2,24	±2,34	±2,72	±2,51	±2,64	±1,39

Salvo en el caso de *Sedación* y *Manipulación*, que disminuyen ligeramente con la edad, el resto de componentes permanecen estables. Una menor edad de comienzo se asocia con mayores puntuaciones en casi todos los componentes (figura 39). Un mayor consumo de cigarrillos se correlaciona con mayores puntuaciones en los diversos componentes del test de Russell (figura 40). La asociación es más pronunciada en el caso del *Automatismo*.

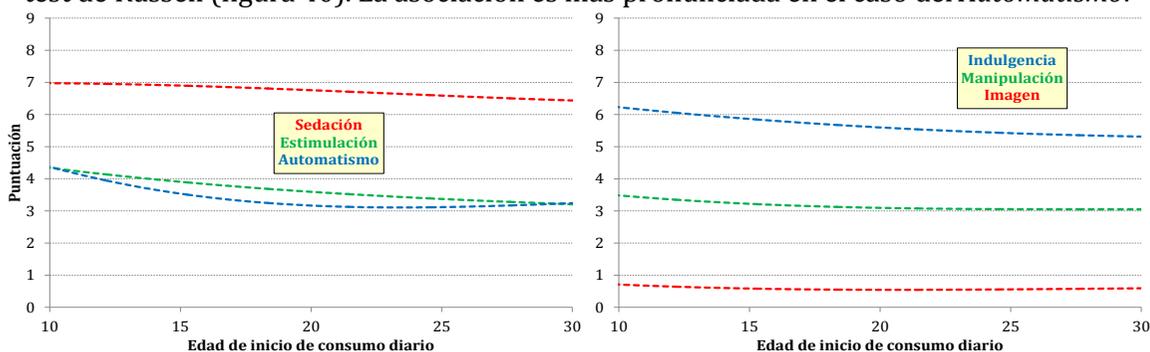


Figura 39. Líneas de tendencia de los componentes del test de Russell de acuerdo a la edad en que se comenzó a fumar diariamente

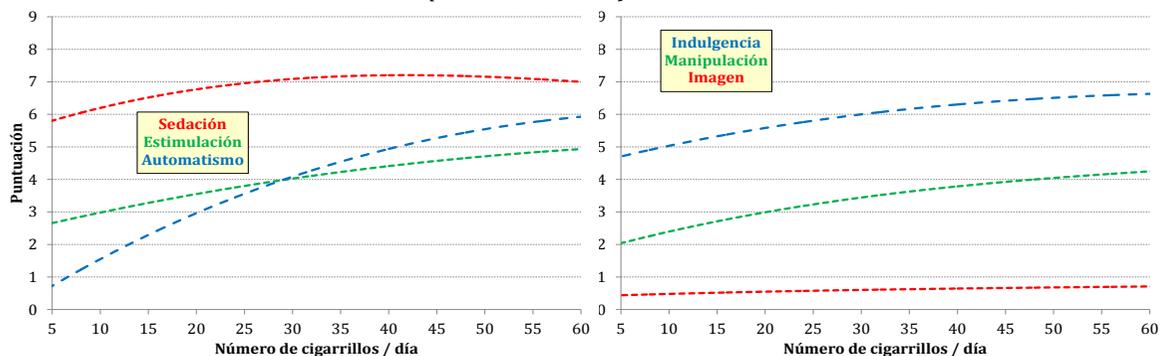


Figura 40. Líneas de tendencia de los componentes del test de Russell de acuerdo al número de cigarrillos fumados diariamente

PERCEPCIÓN DE AUTO-EFICACIA. La figura 41 muestra la distribución de las respuestas a la primera de las 14 preguntas que componen el cuestionario de auto-eficacia y en el que a los pacientes se les pide que refieran el grado de resistencia que creen que podrían ofrecer ante una situación determinada (... *si me sintiera ansioso* en el caso de la primera pregunta del cuestionario).

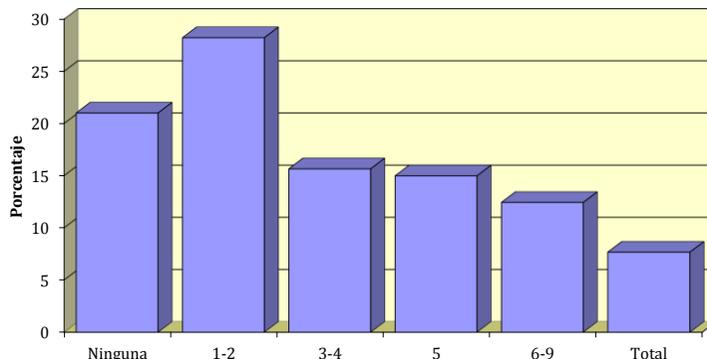


Figura 41. Respuestas a la pregunta sobre el grado de resistencia (de 0 a 10) que los pacientes creen que podrían oponer al deseo de fumar... *si se sintieran ansiosos*

Las figuras siguientes muestran las respuestas a las preguntas de este test relacionadas con afrontar estados de ánimos negativos (figura 42), situaciones sociales (figura 43) y relacionadas con la imagen corporal o el control del peso (figura 44).

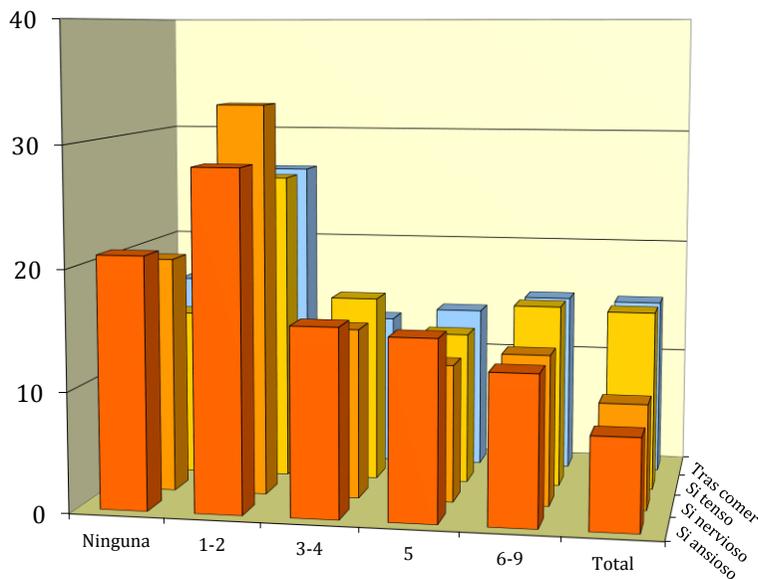


Figura 42. Porcentaje del grado de resistencia que creen que pueden oponer en las situaciones referidas (relacionadas con estados de ánimo negativos fundamentalmente)

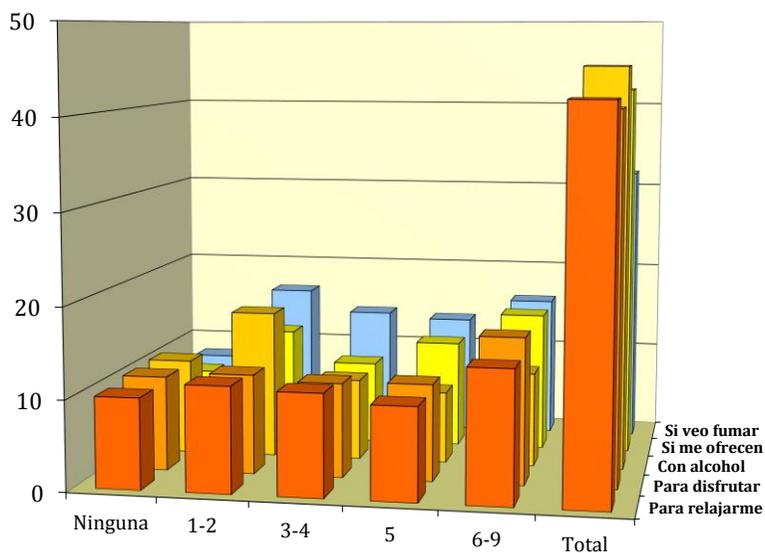


Figura 43. Porcentaje del grado de resistencia que creen que pueden oponer en las situaciones referidas (situaciones sociales y de indulgencia)

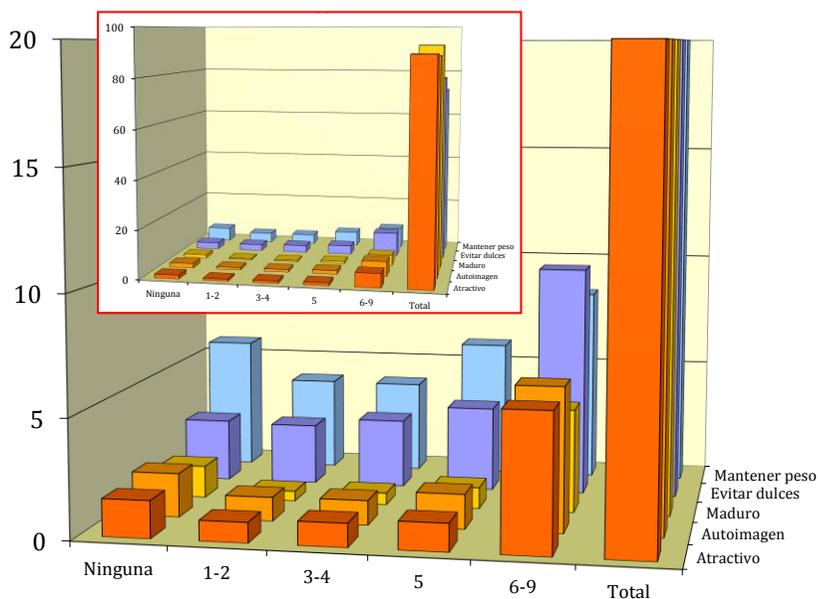


Figura 44. Porcentajes del grado de resistencia que creen que pueden oponer en las situaciones referidas (en el recuadro el porcentaje se muestra sobre una escala de 0 a 100)

PUNTUACIÓN EN GOLDBERG-DEPRESIÓN. Las figuras 45 y 46 recogen las distribuciones de las puntuaciones obtenidas en la subescala de depresión del test de Goldberg: en las preguntas de cribado (n:4) y en el total de preguntas (n:9), respectivamente.

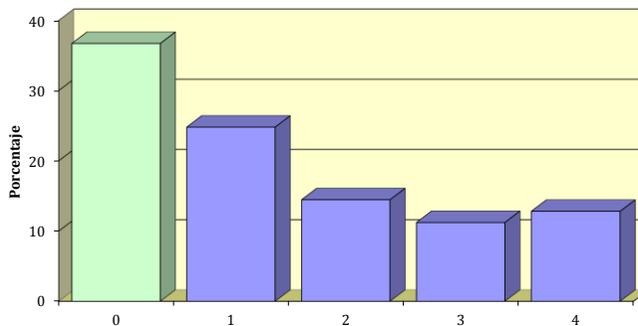


Figura 45. Puntuaciones en las preguntas de cribado de la subescala de depresión del test de Goldberg

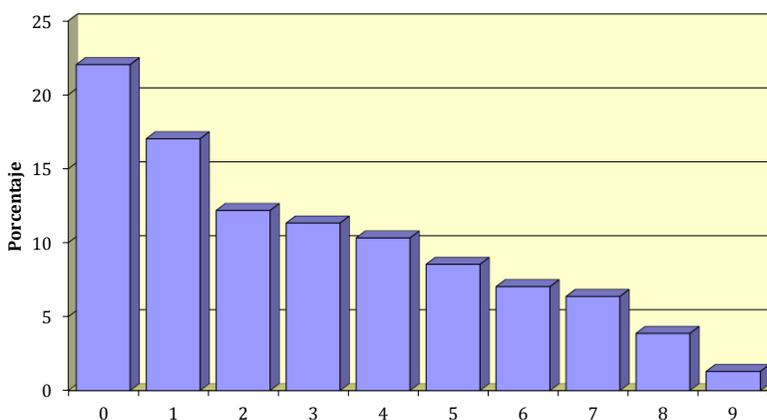


Figura 46. Puntuaciones en el total de preguntas de la subescala de depresión del test de Goldberg

Sólo un 36,7% de la muestra puntuó 0, respondió negativamente a las cuatro preguntas de cribado. En teoría, el test se sigue pasando si los pacientes responden positivamente a una de las cuatro preguntas; en nuestro caso, como fue previo a la intervención se pasó a todos los pacientes. La frecuencia de las puntuaciones totales es claramente decreciente, puntuando un 39,1% de la muestra por debajo de 2 y un 18,6% por encima de 5.

Se apreciaron diferencias significativas por sexos. En las preguntas de cribado las mujeres puntuaron (media±DE) 1,49±1,41 mientras que los varones puntuaron 1,26±1,38 (p:1,2x10⁻⁶); en el total de preguntas las diferencias fueron: 3,08±2,52 vs. 2,66±2,49 (p:1,9x10⁻⁷).

También se encontraron diferencias según la causa de derivación (tabla 13): los *Psiquiátricos* se diferencian del resto de los grupos (p<0,001 en todos los casos tanto en las

preguntas de cribado como en las totales en el test de Bonferroni); el resto de los grupos no se diferencian significativamente entre sí ($p:0,79$ en el mejor de los casos):

Tabla 13. Puntuación en la subescala de depresión del test de Goldberg (media y LC95%) según la causa de derivación

	Psiquiátricos	Intentos	P. orgánica	Otros	Embarazadas
Preg 1-4	1,71 (1,64-1,79)	1,23 (1,14-1,32)	1,21 (1,13-1,29)	1,02 (0,89-1,14)	1,18 (1,02-1,33)
Preg 1-9	3,51 (3,38-3,65)	2,63 (2,46-2,79)	2,49 (2,35-2,63)	2,24 (2,01-2,46)	2,55 (2,27-2,83)

PUNTUACIÓN EN GOLDBERG-ANSIEDAD. Las figuras 47 y 48 recogen las distribuciones de las puntuaciones obtenidas en la subescala de ansiedad del test de Goldberg: en las preguntas de cribado ($n:4$) y en el total de preguntas ($n:9$), respectivamente. Un 39,0% puntúan por debajo del punto de corte (2) que sugiere seguir realizando el test, porcentaje similar al de depresión (36,7%).

A diferencia de la subescala de depresión, en ésta puede apreciarse cómo las prevalencias de puntuaciones no van disminuyendo: de hecho, en las preguntas de cribado es similar el porcentaje de quienes responden afirmativamente a 0 preguntas (26,6%) y de quienes responden afirmativamente a las 4 preguntas (27,9%); del mismo modo, en el total de preguntas los porcentajes van incrementándose hasta el 7, estando las puntuaciones más homogéneamente distribuidas.

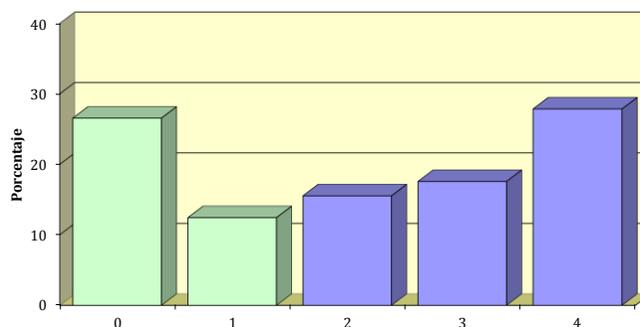


Figura 47. Puntuaciones en las preguntas de cribado de la subescala de ansiedad del test de Goldberg

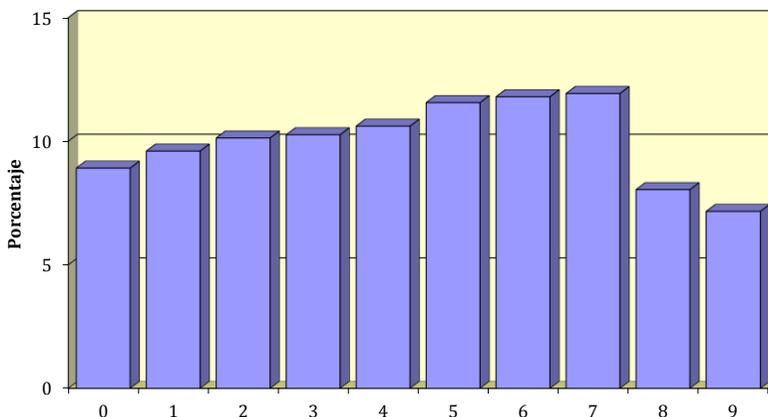


Figura 48. Puntuaciones en el total de preguntas de la subescala de ansiedad del test de Goldberg

Se apreciaron diferencias significativas por sexos. En las preguntas de cribado las mujeres puntuaron (media±DE) 2,20±1,54 por 1,92±1,59 de los varones ($p:4,7 \times 10^{-8}$); en el total de preguntas las diferencias fueron: 4,68±2,63 vs. 4,15±2,73 ($p:2,2 \times 10^{-9}$).

También se encontraron diferencias según la causa de derivación (tabla 14): los *Psiquiátricos* se diferencian del resto de los grupos menos de las embarazadas ($p < 0,001$ en todos los casos tanto en las preguntas de cribado como en las totales en el test de Bonferroni); las embarazadas no se diferencian significativamente de los que presentan un diagnóstico psiquiátrico ni de quienes acuden por recaídas; adicionalmente, estos pacientes no se diferencian significativamente de *Pat. Orgánica*.

Tabla 14. Puntuación en la subescala de ansiedad del test de Goldberg (media y LC95%) según la causa de derivación

	Psiquiátricos	Intentos	P. orgánica	Otros	Embarazadas
Preg 1-4	2,37 (2,29-2,45)	2,02 (1,92-2,13)	1,83 (1,73-1,92)	1,77 (1,62-1,92)	2,29 (2,09-2,49)
Preg 1-9	5,01 (4,87-5,14)	4,32 (4,14-4,49)	4,04 (3,88-4,21)	3,69 (3,44-3,94)	4,46 (4,38-4,55)

El análisis de las puntuaciones en el test de Goldberg (ansiedad y depresión) con la edad actual muestra que, mientras la puntuación en depresión no varía grandemente con la edad, la puntuación en ansiedad tiende a disminuir con la misma (figura 49a). El análisis

comparativo con la edad en la que se empezó a fumar diariamente muestra que las puntuaciones son ligeramente mayores en quienes empezaron a fumar antes de los 15 años (figura 49b). El número de cigarrillos se correlaciona, por el contrario, de manera positiva con las puntuaciones en el las dos subescalas del test de Goldberg (figura 49c).

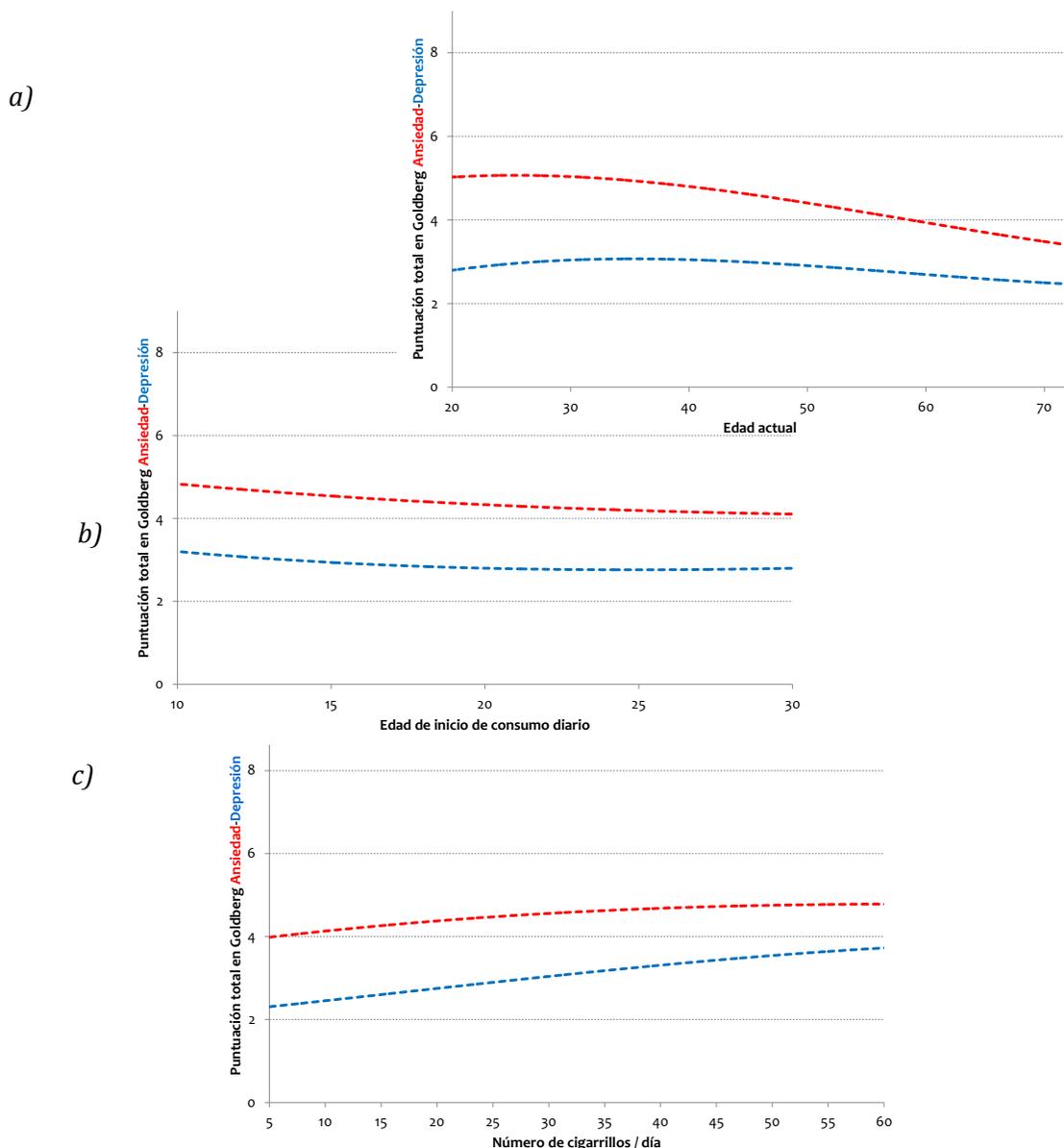


Figura 49. Líneas de tendencia las puntuaciones en el test de Goldberg de acuerdo a: a) edad actual; b) edad de inicio diario; c) número de cigarrillos diarios

PUNTUACIÓN EN EL TEST DE ESTRÉS PERCIBIDO. La figura 50 recoge la distribución agrupada de puntuaciones obtenidas en el test de estrés percibido. La media se situó en el $16,94 \pm 8,16$, estando la mediana en el 17.

Las mujeres puntuaron más que los varones: $17,84 \pm 8,04$ vs. $15,90 \pm 8,18$; aunque la diferencia es de sólo dos puntos (5% del intervalo), la diferencia es altamente significativa ($p: 3,3 \times 10^{-13}$).

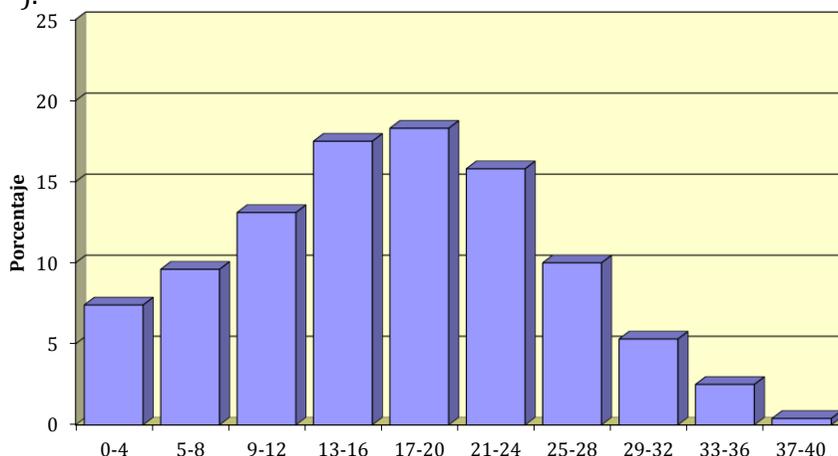


Figura 50. Puntuaciones agrupadas en el test de estrés percibido

Analizando las causas de derivación se observa que, al igual que en la subescala de ansiedad del test de Goldberg, las embarazadas y las personas con un diagnóstico psiquiátrico son quienes más puntúan. Los *Psiquiátricos* puntúan significativamente más ($p=0,009$) que las embarazadas y que el resto de los grupos ($p<0,001$); en las otras comparaciones se observan también algunas diferencias significativas.

Tabla 15. Puntuación en el test de estrés percibido (media y LC95%) según la causa de derivación

	Psiquiátricos	Intentos	P. orgánica	Otros	Embarazadas
Puntuación	19,05 (18,63-19,48)	16,29 (15,76-16,82)	15,08 (14,59-15,57)	15,82 (15,14-16,50)	17,21 (16,23-18,20)

Las puntuaciones, tanto en las 6 preguntas *negativas* como en las 4 preguntas *positivas*, disminuyen con la edad, de manera similar a lo observado con el Goldberg-Ansiedad (figura 51). La influencia de la edad de inicio en el consumo diario es menor, aunque también se aprecia que es mayor en quienes empezaron a fumar antes (figura 51b).

Aunque el incremento no es muy pronunciado, el número de cigarrillos fumados diariamente tiende a asociarse con un mayor estrés percibido (figura 51c).

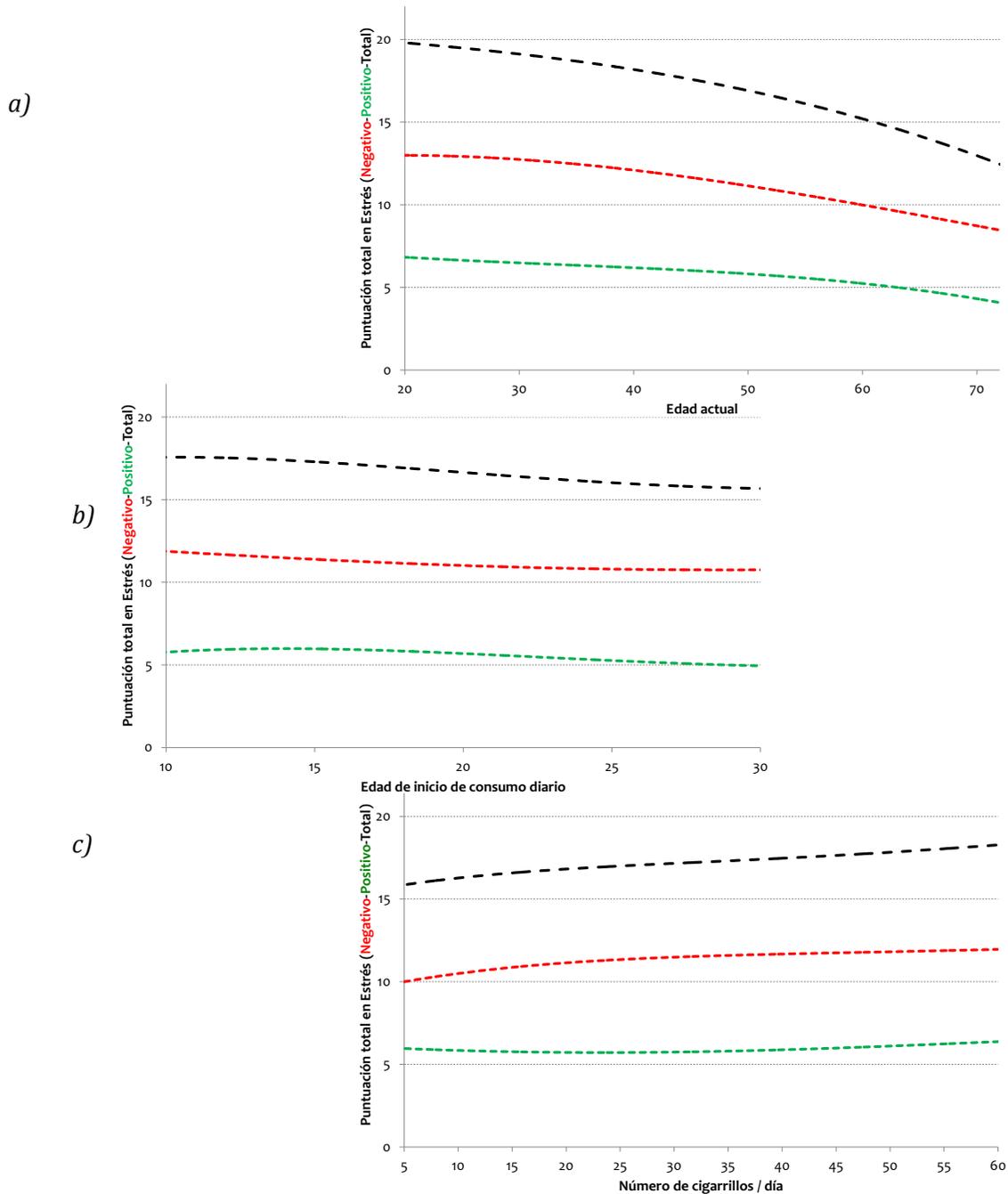


Figura 51. Líneas de tendencia de las puntuaciones en el test de estrés percibido según: a) edad de los pacientes; b) edad de inicio diario; c) número de cigarrillos diarios

2.4.VARIABLES RELACIONADAS CON EXPECTATIVAS Y DISPOSICIONES

DIFICULTAD. La dificultad percibida media, medida en una escala de 0 a 10, fue de $8,21 \pm 2,04$ (\pm DE). El valor más frecuentemente referido fue el 10, con un 38,5% y la mediana se situó en el 9 (figura 52). Las mujeres refirieron encontrar algo más de dificultad: $8,35 \pm 1,96$ vs $8,04 \pm 2,13$ ($p: 2,1 \times 10^{-6}$).

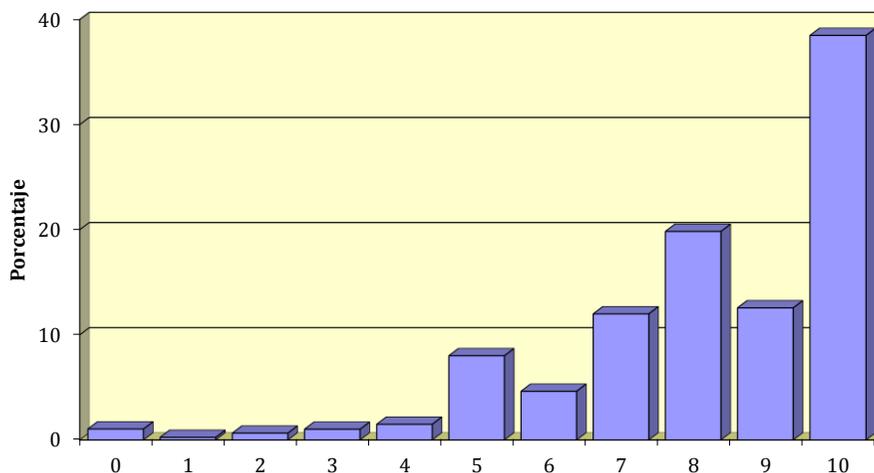


Figura 52. Dificultad percibida de la cesación

La mayor percepción de dificultad ocurrió en las personas con un diagnóstico psiquiátrico (tabla 12), aunque las únicas diferencias significativas sólo se encuentran entre éstos y los grupos de *Otros* ($p: 0,002$) y de *Embarazadas* ($p: 0,028$).

Tabla 16. Percepción de dificultad (media y LC95%) según la causa de derivación

	Psiquiátricos	Intentos	P. orgánica	Otros	Embarazadas
Percepción	8,33 (8,22-8,43)	8,15 (8,02-8,29)	8,22 (8,09-8,34)	7,89 (7,69-8,09)	7,91 (7,65-8,16)

POSIBILIDAD. La posibilidad media estar abstinentes dentro de un año, medida en una escala de 0 a 10, fue de $6,11 \pm 2,96$ (\pm DE). El valor más referido fue el 5, con un 25,7% y la mediana se situó en el 6 (figura 53). Las diferencias por sexos no fueron significativas: $6,03 \pm 2,98$ en mujeres y $6,22 \pm 2,94$ en varones ($p: 0,052$). Los *Psiquiátricos* refirieron una menor percepción de posibilidad (tabla 17), aunque sólo se encuentran diferencias significativas entre éstos y el grupo de *Intentos* ($p: 0,003$) y el de *Pat. orgánica* ($p: 0,001$).

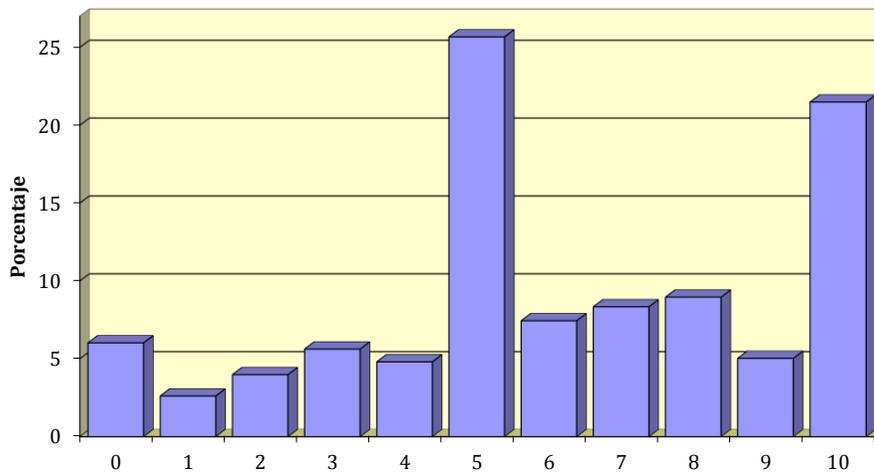


Figura 53. Posibilidad percibida de conseguir la cesación

Tabla 17. Percepción de posibilidad de conseguir la cesación (media y LC95%) según la causa de derivación

	Psiquiátricos	Intentos	P. orgánica	Otros	Embarazadas
Percepción	5,86 (5,70-6,01)	6,32 (6,12-6,51)	6,33 (6,15-6,51)	6,03 (5,76-6,30)	5,88 (5,51-6,24)

APOYO. El apoyo familiar referido medio, medido en una escala de 0 a 10, fue de 8,35± 3,08 (±DE). Tanto la moda (68,3%) como la mediana de la distribución se situaron en el 10 (figura 54). Los varones refirieron más apoyo: 8,52± 2,90 vs 8,20±3,22 (p:0,002).

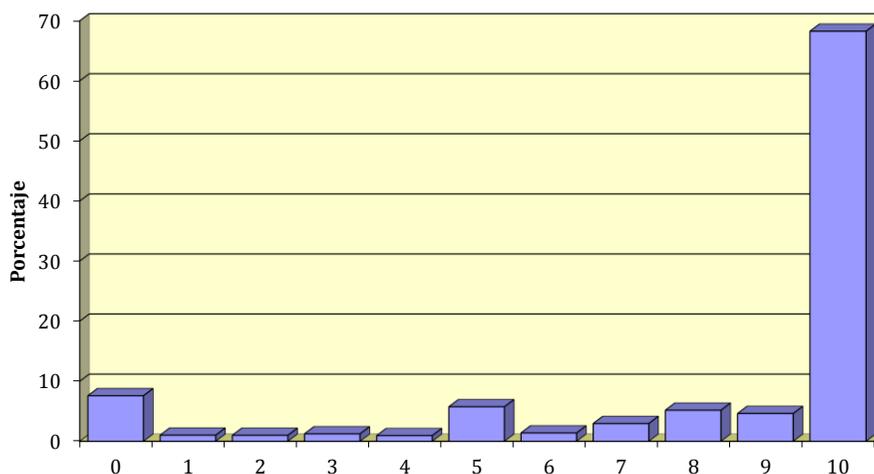


Figura 54. Percepción de apoyo familiar en el intento de cesación

Los *Psiquiátricos* refirieron una menor apoyo familiar (tabla 18), siendo las diferencias significativas (al menos $p:0,001$) con todos los grupos menos con las embarazadas; adicionalmente la p de la diferencia entre los grupos *Intentos* y *Otros* fue de 0,019.

Tabla 18. Percepción de apoyo familiar (media y LC95%) según la causa de derivación

	Psiquiátricos	Intentos	P. orgánica	Otros	Embarazadas
Percepción	7,93 (7,76-8,11)	8,44 (8,25-8,64)	8,57 (8,39-8,75)	9,02 (8,79-9,24)	8,36 (7,99-8,72)

Una menor edad de inicio se asocia con percepción de mayor dificultad y de menor posibilidad (figura 55). Un mayor consumo diario de cigarrillos se asocia también con percepción de mayor dificultad y de menor posibilidad, así como con una menor percepción de apoyo (figura 55b). La edad actual no interactúa significativamente con estas tres variables.

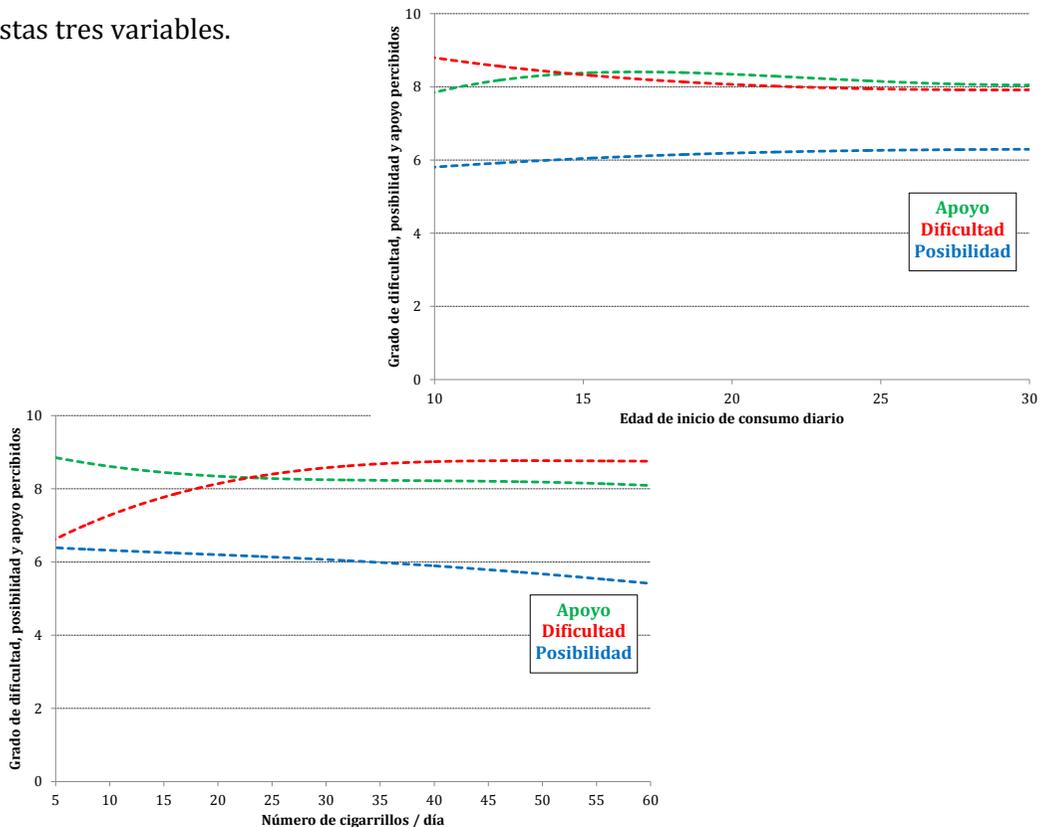


Figura 55. Líneas de tendencia de las percepciones de dificultad, posibilidad y apoyo según: a) edad de inicio diario; b) número de cigarrillos diarios

DISPOSICIÓN AL CAMBIO. Las disposiciones al cambio de conducta, a la cesación, se analizaron mediante la formulación de tres preguntas nada más ser recibidos los pacientes en la Unidad:

- 1) *¿Piensa usted dejar de fumar en los próximos seis meses?;*
- 2) *¿Piensa dejar de fumar en el próximo mes?;*
- 3) *¿Está dispuesto/a a fijar ya una fecha para dejar de fumar?*

La figura 56 muestra las respuestas a estas tres preguntas, respuestas que en su mayor parte fueron lógicamente afirmativas: sólo un 1,1%, 4,7% y 7,6%, respectivamente, respondieron de forma negativa a las preguntas.

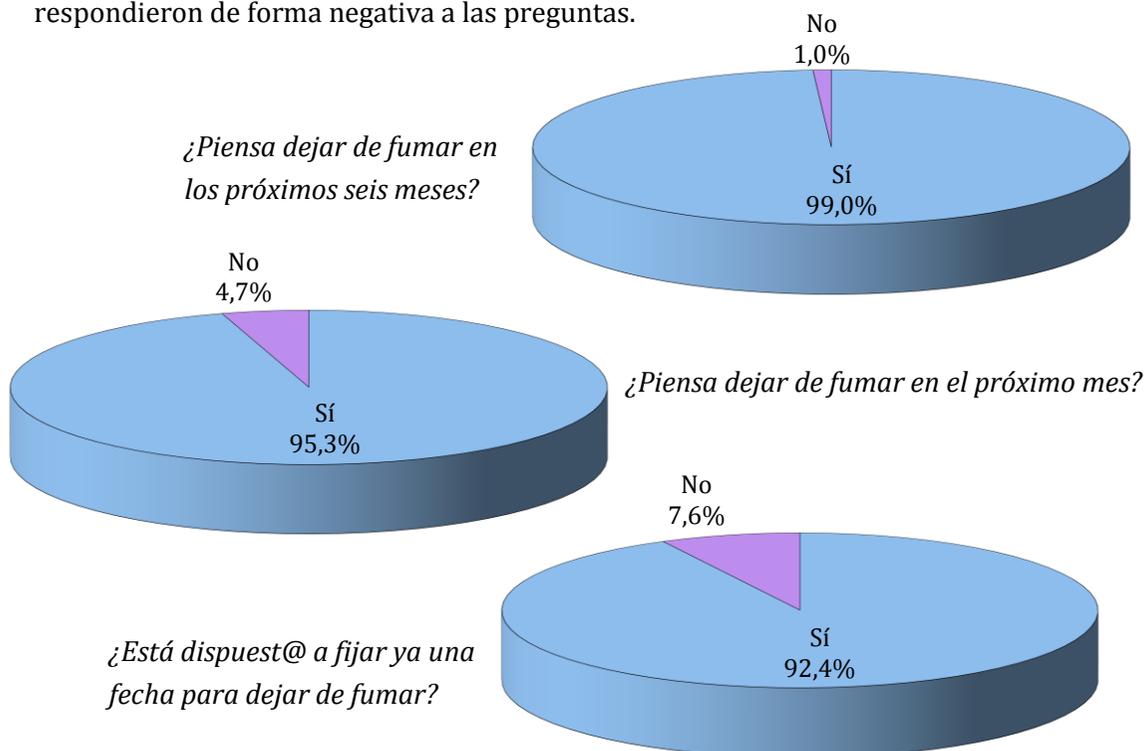


Figura 56. Porcentaje de respuestas positivas o negativas a las preguntas indicadas

No se apreciaron diferencias según la causa de derivación en la primera pregunta. Donde realmente se apreciaron diferencias fue en la tercera pregunta: en la que las personas con un diagnóstico psiquiátrico presentaban menos disposición a fijar una fecha ($p < 0,001$ con *Pat. Orgánica* e *Intentos*; $0,015$ con *Otros*); lo mismo ocurría con las embarazadas ($p: 0,037$, $0,017$, y $0,001$, respectivamente) (tabla 19).

Tabla 19. Porcentaje (y LC95%) de respuestas positivas según la causa de derivación a la pregunta de si estarían dispuestos a fijar una fecha para dejar de fumar

	Psiquiátricos	Intentos	P. orgánica	Otros	Embarazadas
% Sí	89,2 (87,6-90,8)	95,5 (94,2-96,9)	93,6 (92,2-95,1)	94,0 (91,6-96,3)	87,7 (83,5-91,8)

2.5.VARIABLES RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO

MODALIDAD DE TRATAMIENTO. Como se ha señalado en *Protocolo de intervención*, del apartado de *Métodos*, a aquellos pacientes que iniciaron el tratamiento en los meses de Enero, Abril o Septiembre se les ofreció la posibilidad de tener las sesiones de en grupos. Una de cada seis pacientes, aproximadamente, acabó siendo tratado en esta modalidad (figura 57). No se apreciaron diferencias según las causas de derivación (salvo el caso de las embarazadas, que recibieron siempre tratamiento individual) ni en ninguno de los test relacionados con la dependencia o el estado anímico. Los grupos se caracterizaron por una mayor presencia femenina (10 puntos porcentuales), tener mayor edad (3,2 años), mayor prevalencia de un diagnóstico de depresión, menor prevalencia de trastornos psicóticos o por uso de sustancias y menor consumo de cannabis. Quienes recibieron el tratamiento en grupo asistieron casi a una sesión más ($4,94 \pm 2,88$ vs. $4,17 \pm 2,60$; $p: 5,3 \times 10^{-11}$).

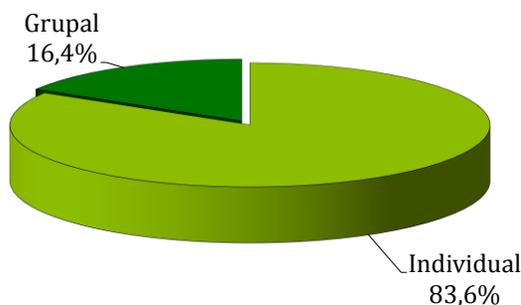


Figura 57. Porcentaje de pacientes que son tratados de manera individual o grupal

FÁRMACO PRINCIPAL. La figura 58 muestra cuál fue el fármaco principal elegido por los pacientes, de acuerdo con los terapeutas, para su tratamiento: el 2,2% de los pacientes (n:83) rehusaron recibir tratamiento farmacológico y a un 2,8% (n:106) se les prescribió solamente TSN puntual. Como se ha indicado en *Métodos*, al resto de los pacientes,

junto con la vareniclina (n:1973), los parches (n:1364) o el bupropión (n:248), se les prescribió también TSN puntual.

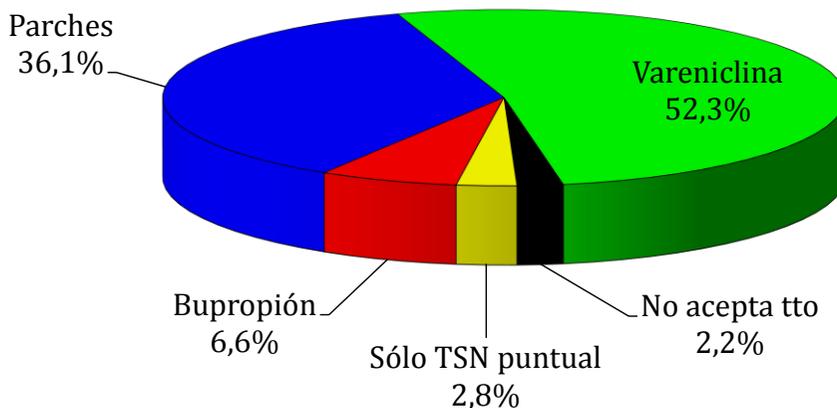


Figura 58. Fármacos prescritos para la cesación

NÚMERO DE SESIONES. En la figura 12 se muestran el número de sesiones a los que acudieron los pacientes: 1 es el mínimo posible; implica acudir sólo a la visita basal o inicial. La media (\pm DE) de sesiones atendidas fue de $4,30 \pm 2,66$, situándose los cuartiles en 2, 4 y 6 sesiones. Una proporción similar -entre 10 y 12%- de pacientes acuden a un número de sesiones entre 2 y 7.

El número de sesiones viene condicionado por el hecho de conseguir ni un día de abstinencia. Por ello, aquellos grupos cuya causa de derivación se asocia con llegar menos al día D (*Psiquiátricos* y *Embarazadas*; ver tabla 5) acudieron a un menor número de sesiones (tabla 20). Las embarazadas se diferencian del resto de los grupos con significaciones muy superiores a $p < 0,001$ y los *Psiquiátricos* se diferencia del resto de los grupos (salvo de *Otros*) también con significaciones de $p < 0,001$.

Tabla 20. Número de sesiones (media y LC95%) a las que acuden los pacientes según la causa de derivación

	Psiquiátricos	Intentos	P. orgánica	Otros	Embarazadas
Nº	4,05 (3,91-4,418)	4,58 (4,41-4,75)	4,46 (4,30-4,56)	4,16 (3,92-4,41)	2,68 (2,44-2,92)

3. ANÁLISIS BIVARIANTE

El análisis bivariante por cesación a los 12 meses de los diversos factores analizados muestra que existen diferencias significativas en un gran número de éstos.

3.1. SEXO

No hubo diferencias en la cesación en virtud del sexo en todo el curso temporal (figura 59). La OR [y LC95%] de las mujeres respecto a los varones fue de 0,95 [0,83-1,09] (p:0,492).

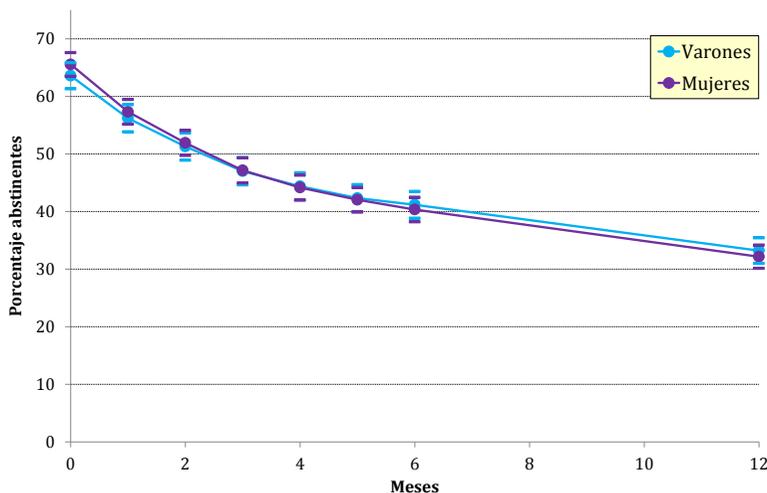


Figura 59. Curso temporal de la cesación por sexos

3.2. EDAD

La media de edad de quienes no se mantenían abstinentes a los 12 meses fue ligeramente inferior a la de quienes consiguieron estarlo: $47,6 \pm 11,7$ vs. $48,3 \pm 11,1$ (media \pm DE; p:0,067). No obstante, el análisis de las líneas de tendencia de la cesación en el día D, al 6º mes y al 12º mes muestra cómo las personas más jóvenes iniciaban menos la abstinencia y se mantenían en niveles más bajos posteriormente (figura 60).

El análisis de la cesación de quienes son menores de 35 años de edad muestra cómo estas personas dejan de fumar significativamente menos que quienes son mayores de esta edad: las diferencias porcentuales son 9,5 puntos en el día D, 6,6 puntos en el 6º mes y 6,2 puntos en el 12º mes (tabla 21).

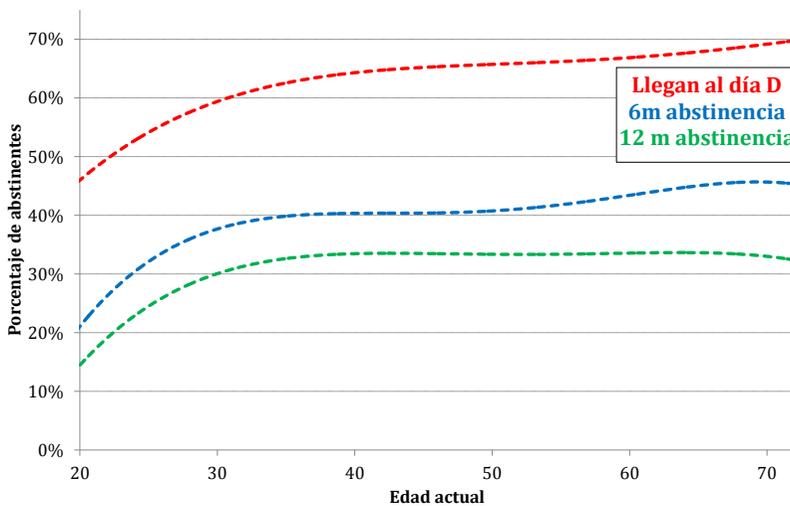


Figura 60. Líneas de tendencia de las cesaciones según edad actual

Tabla 21. Porcentajes de cesación en menores y mayores de 35 años (media±ESM)

	<35 años n:509	≥35 años n:3265	P
Día D	56,4±2,2	65,9±0,8	0,00003
6º mes	35,0 ±2,1	41,6 ±0,9	0,004
12º mes	27,3 ±2,0	33,5 ±0,8	0,006

Estas tasas de cesación más bajas en los menores de 35 años se mantienen cuando del análisis se elimina a aquellas que consumen THC (p a los 12 meses: 0,024) o presentan un trastorno por uso de sustancias (p a los 12 meses: 0,026), circunstancias ambas más prevalentes en la población más joven.

3.3. EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO

La media de la edad de inicio en el consumo diario de quienes no se mantenían abstinentes a los 12 meses fue ligeramente inferior a la de quienes consiguieron estarlo: 17,8±5,0 vs. 18,1±4,7 (media±DE; p:0,081). No obstante, el análisis de las líneas de tendencia de la cesación en el día D, al 6º mes y al 12º mes muestra cómo las personas

que se habían iniciado antes en el consumo llegaban abstinentes en menor proporción tanto al día D, como al 6º y 12º mes (figura 61).

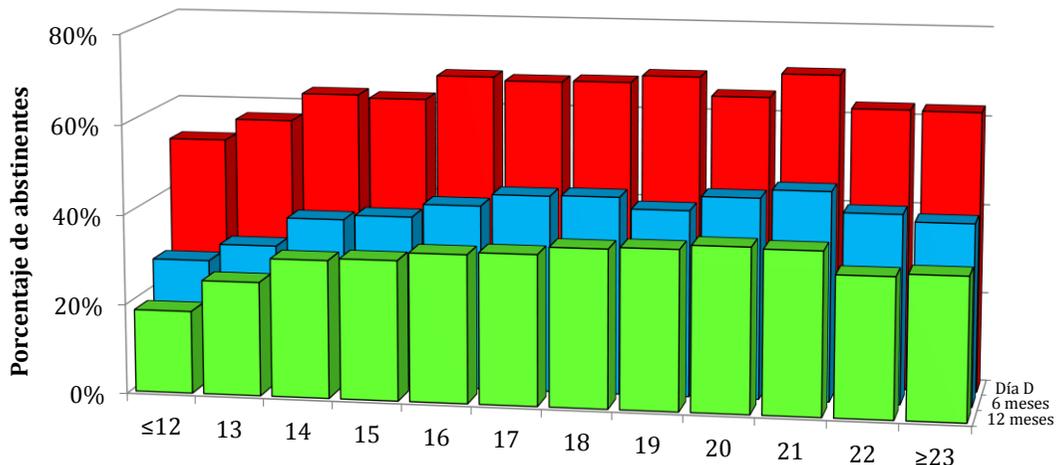


Figura 61. Tasas de cesación según la edad de inicio en el consumo diario

El análisis de la cesación de quienes empezaron a fumar antes de los 15 años muestra cómo estas personas dejan de fumar significativamente menos que quienes comenzaron más tarde a fumar diariamente: las diferencias porcentuales son 6,9 puntos en el día D, 9,1 puntos en el 6º mes y 7,6 puntos en el 12º mes (tabla 22). En mayor o menor grado las diferencias se mantienen cuando se analizan otros puntos de corte, aumentando a medida que disminuye éste; de hecho, las diferencias se sitúan entre los 13 y los 15 puntos porcentuales cuando se utiliza el punto de corte de 13 años.

Tabla 22. Porcentajes de cesación en menores y mayores de 15 años (media±ESM)

	<15 años n:681	≥15 años n:3093	P
Día D	59,0 ±1,9	65,9 ±0,9	0,0007
6º mes	33,3 ±1,8	42,4 ±0,9	0,00001
12º mes	26,7 ±1,7	33,9 ±0,8	0,0003

3.4. NÚMERO DE CIGARRILLOS

Quienes se mantuvieron abstinentes a los 12 meses fumaban de media algo más de dos cigarrillos diarios menos que quienes se mantuvieron abstinentes ($26,0 \pm 12,2$ vs. $23,7 \pm 11,3$; $p: 1,9 \times 10^{-8}$). Esta diferencia se observó en ambos sexos: las fumadoras que consiguieron la abstinencia al año fumaban 2,9 cig/d menos y los fumadores 2,2 menos.

La figura 62 muestra las líneas de tendencia de las cesaciones según el número de cigarrillos diarios, pudiéndose observar cómo los porcentajes de cesación (desde quienes están abstinentes en el día D hasta el 12º mes) decrecen al aumentar el consumo.

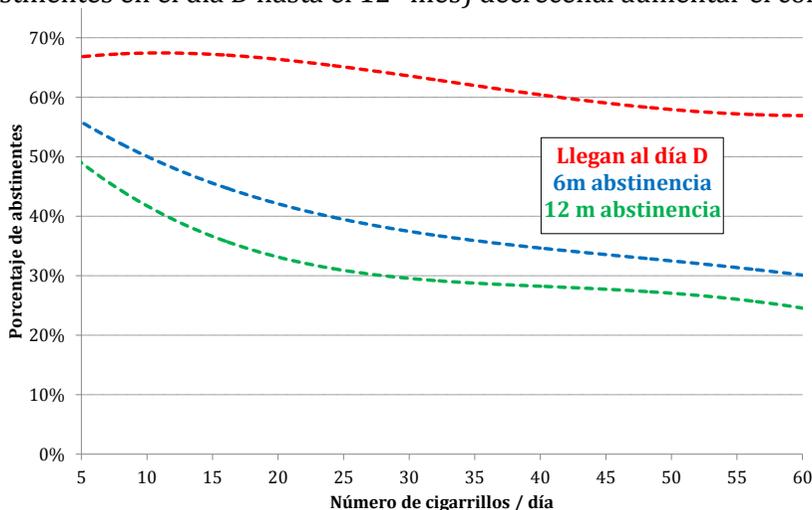


Figura 62. Líneas de tendencia de las cesaciones según los cigarrillos fumados diariamente

3.5. NÚMERO DE INTENTOS PREVIOS

El número de intentos previos de quienes se mantenían abstinentes a los 12 meses fue ligeramente superior al de quienes no lo hacían: $2,6 \pm 2,5$ vs. $2,8 \pm 2,7$ ($p: 0,020$). La figura 63 muestra el porcentaje de los que consiguieron mantenerse abstinentes el día D y a los 6 y 12 meses según el número de intentos que referían habían realizado previamente.

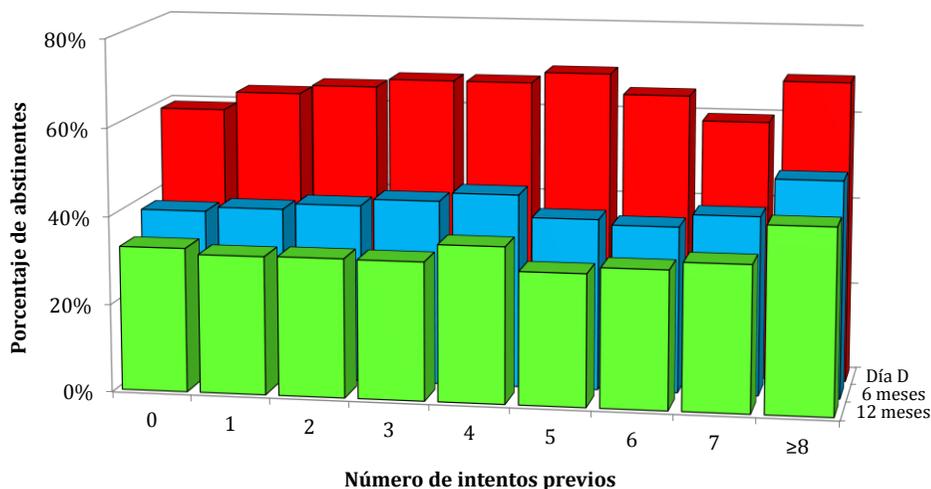


Figura 63. Tasas de cesación según el número de intentos previos

No se apreciaron diferencias en el porcentaje de cesaciones entre quienes lo habían intentado 0, 1 ó 2 veces, pero éstas se aprecian en quienes lo habían intentado más veces. De hecho la tasa de cesación a los 12 meses fue significativamente mayor en quienes lo habían intentado 10 o más veces (el 4,6% de la muestra) que en quienes lo habían intentado menos veces: 42,4% vs. 32,2% ($p:0,005$; OR: 1,56 [1,14-2,13]).

3.6. MÁXIMO NÚMERO DE DÍAS ABSTINENTE EN UN INTENTO PREVIO

El máximo número de días que se había estado abstinente en el intento previo más prolongado difirió entre quienes lograron la abstinencia a los 12 meses y quienes no: 364 ± 733 vs. 277 ± 770 ($p:0,001$) en total y 144 ± 151 vs. 113 ± 140 ($p:5,7 \times 10^{-10}$) si se cuenta un periodo de un año como máximo.

La figura 64 muestra el curso temporal de la cesación según el máximo tiempo de abstinencia conseguido en un intento previo. Se observa cómo el porcentaje de abstinencia de este intento es directamente proporcional al tiempo máximo conseguido previamente. Quienes no lo habían intentado previamente se comportan de manera intermedia.

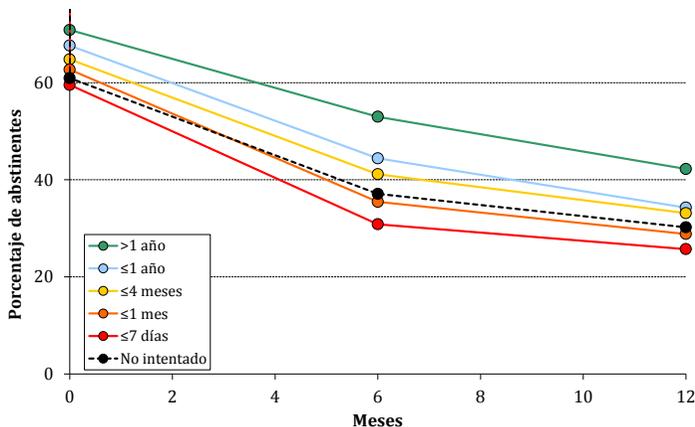


Figura 64. Curso temporal de la abstinencia según el máximo número de días abstinentes en un intento previo

La tasa de cesación a los 12 meses fue significativamente mayor en quienes habían conseguido estar abstinentes al menos un año en algún intento previo (20,7% de la muestra) que en quienes no: 40,7% vs. 30,5% ($p:5,7 \times 10^{-8}$; OR: 1,56 [1,33-2,84]). De manera similar la cesación a los 12 meses de quienes, intentándolo, habían conseguido estar 7 días abstinentes como máximo (17,6% de la muestra) fue inferior que la de quienes habían permanecido más tiempo: 22,4% vs. 34,1% ($p:2,8 \times 10^{-5}$; OR: 1,50 [1,24-1,81]).

La figura 65 muestra las líneas de tendencia del porcentaje de abstinentes (en el día D y a los 6 y 12 meses) según el tiempo previo de abstinencia (descontando a quienes no lo habían intentado previamente). La figura 66 muestra la diferencia entre el porcentaje de personas abstinentes al año y el de no abstinentes.

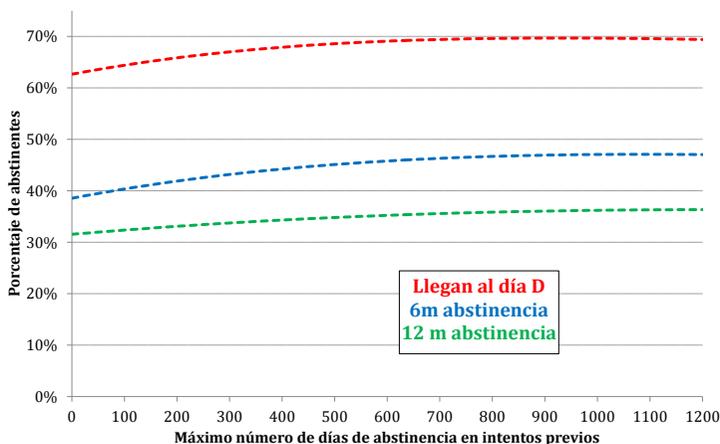


Figura 65. Líneas de tendencia de las cesaciones según el máximo número de días de abstinencia en intentos previos

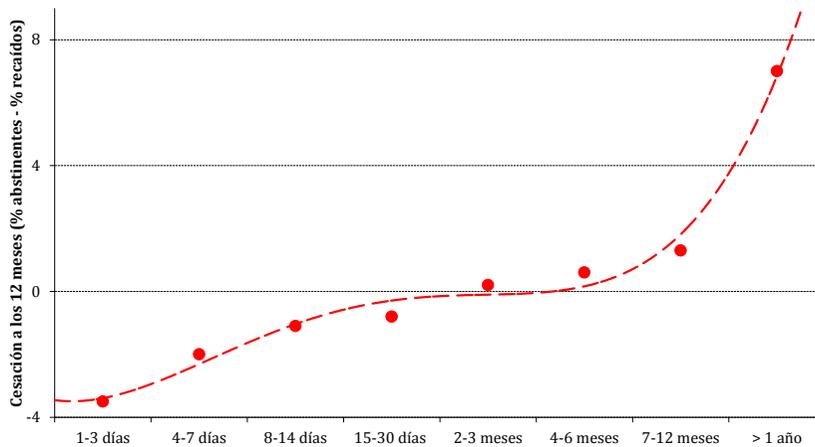


Figura 66. Diferencias en la cesación a los 12 meses (porcentaje de abstinentes – porcentaje de recaídos) según el máximo número de días de abstinencia en intentos previos

3.7. PUNTUACIÓN EN EL TEST DE FAGERSTRÖM (FTND)

La puntuación en el FTND difirió entre quienes lograron la abstinencia a los 12 meses y quienes no: $6,49 \pm 2,29$ vs. $5,76 \pm 2,40$ ($p: 6,2 \times 10^{-19}$). La figura 67 muestra la tasa de abstinencia a los 12 meses según la puntuación obtenida en el FTND al empezar el tratamiento, pudiéndose observar cómo en las puntuaciones bajas predominan quienes consiguen la abstinencia y en las altas quienes no la logran. La figura 68 muestra las cesaciones en el día D, a las 6 y a los 12 meses según la puntuación obtenida en el FTND.

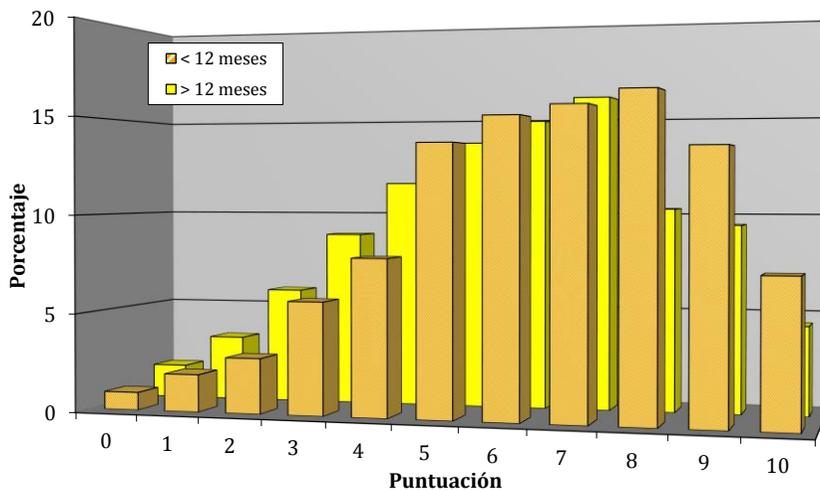


Figura 67. Porcentaje de abstinentes a los 12 meses según puntuación en el FTND

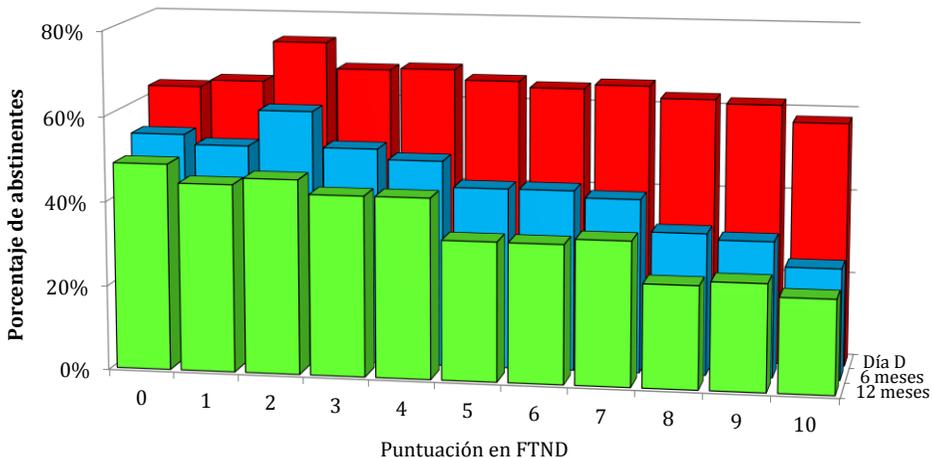


Figura 68. Tasas de cesación según puntuación en el FTND

La figura 69 muestra el curso temporal de la cesación según puntuaciones agrupadas del FTND, apreciándose diferencias significativas en las cesaciones a los 6 y a los 12 meses.

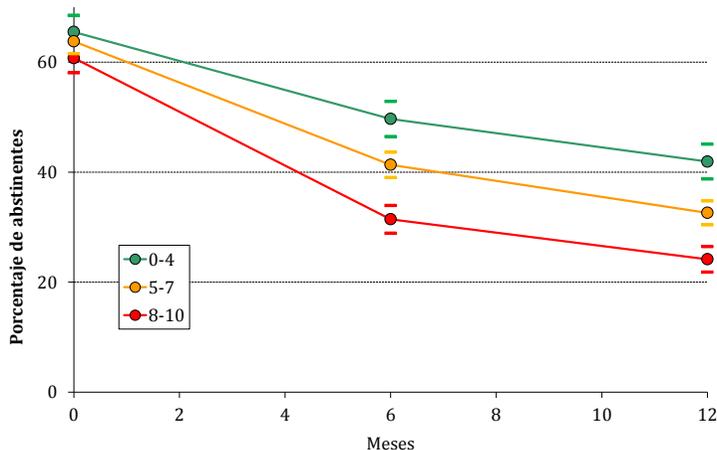


Figura 69. Curso temporal de la cesación según puntuación en el FTND (media±LC95%)

Estas diferencias se observan en las 6 preguntas del FTND, como puede comprobarse en la tabla 23. La figura 70 muestra las diferencias encontradas en la pregunta 2 (¿Cuánto tiempo transcurre desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo?) de este test.

Tabla 23. Diferencias en las preguntas del FTND según abstinencia a los 12 meses

Pregunta	<12 meses	>12 meses	p
1	1,72 ± 0,92	1,54 ± 0,93	1,1E-08
2	2,29 ± 0,82	2,06 ± 0,91	2,4E-15
3	0,74 ± 0,44	0,67 ± 0,47	2,3E-05
4	0,40 ± 0,49	0,29 ± 0,46	1,1E-09
5	0,58 ± 0,49	0,49 ± 0,50	3,3E-07
6	0,76 ± 0,43	0,71 ± 0,45	2,3E-03

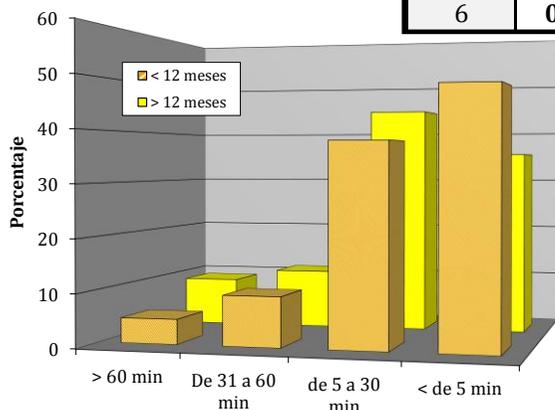


Figura 70. Diferencias en la cesación a los 12 meses según el tiempo que se tarda, tras levantarse, en encender el primer cigarrillo

3.8. PUNTUACIÓN EN EL DSM-IV

La puntuación en el DSM-IV difirió entre quienes lograron la abstinencia a los 12 meses y quienes no: $4,29 \pm 1,32$ vs. $4,02 \pm 1,25$ ($p: 3,9 \times 10^{-9}$). La figura 71 muestra la tasa de abstinencia a los 12 meses según la puntuación en el DSM-IV antes de empezar el tratamiento, pudiéndose observar cómo en las puntuaciones bajas predominan quienes consiguen la abstinencia y en las altas quienes no la logran.

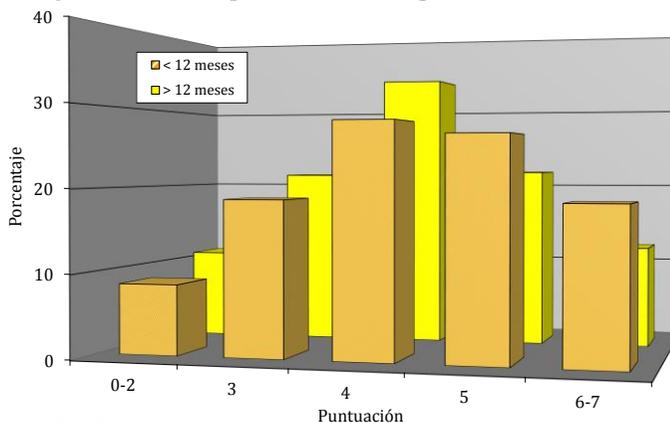


Figura 71. Porcentaje de abstinentes a los 12 meses según puntuación en el DSM-IV

La figura 72 muestra las cesaciones en el día D, a las 6 y a los 12 meses según la puntuación obtenida en el DSM-IV, pudiéndose observar cómo van disminuyendo a medida que aumentan las puntuaciones.

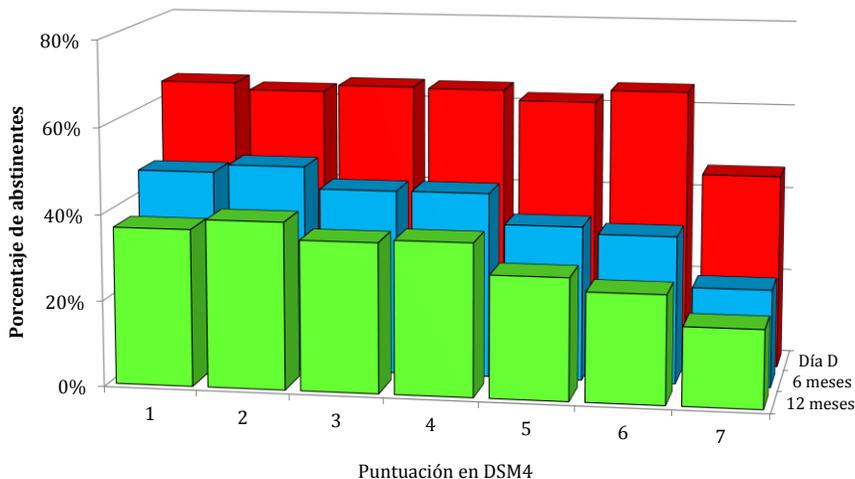


Figura 72. Tasas de cesación según puntuación en el DSM-IV

La figura 73 muestra el curso temporal de la cesación según las puntuaciones agrupadas del DSM-IV, pudiéndose apreciar diferencias significativas a los 6 y a los 12 meses, y también en el día D para quienes puntúan el máximo en el test (2,9% de la muestra).

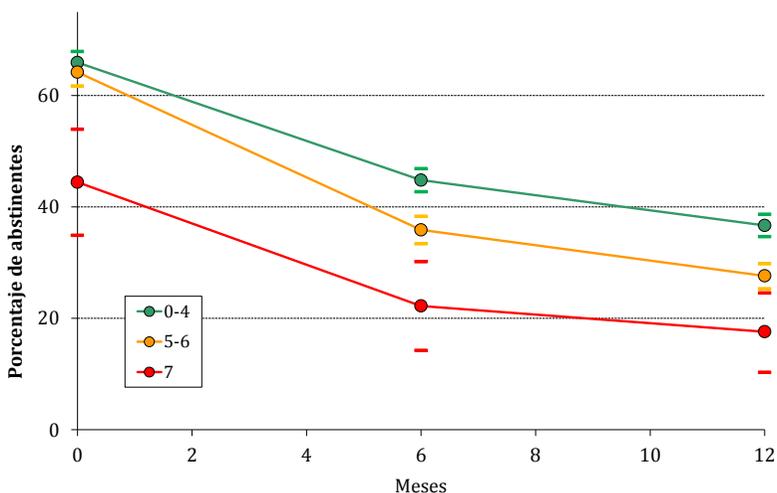


Figura 73. Curso temporal de la cesación según puntuación en el FTND (media±LC95%)

La tabla 24 muestra las diferencias que se observan en cada uno de los 7 ítems. A diferencia del FTND, no se observan diferencias significativas en todos los ítems.

Tabla 24. Diferencias en las preguntas del DSM-IV según abstinencia a los 12 meses

Pregunta	<12 meses	>12 meses	p
1	0,23 ± 0,42	0,19 ± 0,39	0,007
2	0,41 ± 0,49	0,35 ± 0,48	0,0002
3	0,94 ± 0,24	0,94 ± 0,23	0,793
4	0,81 ± 0,39	0,79 ± 0,40	0,243
5	0,66 ± 0,48	0,59 ± 0,49	0,00003
6	0,31 ± 0,46	0,25 ± 0,43	0,00001
7	0,94 ± 0,25	0,92 ± 0,27	0,140

3.9. ADICCIÓN SEGÚN EL TEST DE RUSSELL

La puntuación en el componente de adicción del test de Russell fue un 4,5% superior (0,27 puntos) en quienes no consiguieron mantenerse abstinentes al año (p:0,0005) (tabla 21). La figura 74 muestra la tasa de abstinencia en el día D, al 6º mes y al 12º mes según la puntuación obtenida en el componente de adicción del test de Russell.

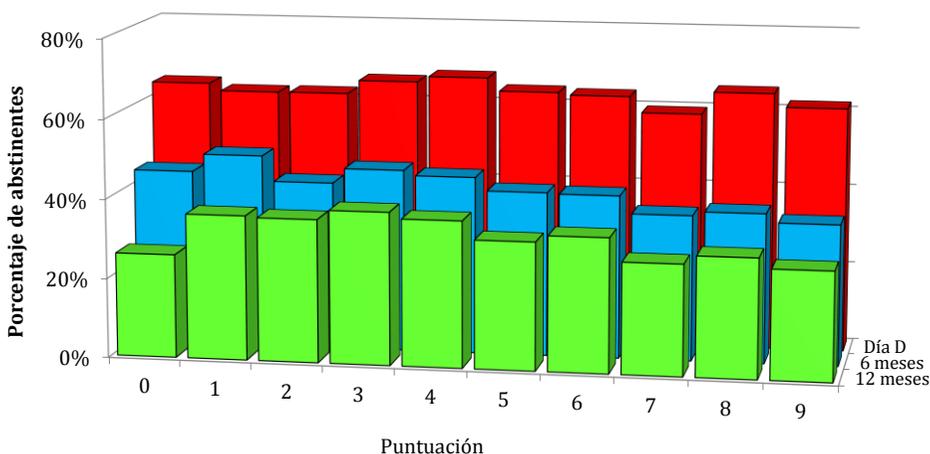


Figura 74. Tasas de cesación según puntuación en el componente de adicción del test de Russell

La figura 75 muestra las líneas de tendencia de la cesación en el día D, en el 6º mes y en el 12º mes según la puntuación acumulada en los 3 test de dependencia empleados en este estudio: FTND, DSM-IV y Adicción-Russell. Se observa cómo estas tasas disminuyen globalmente a partir de una puntuación de 10, siendo especialmente marcada a partir de 22, que son sólo una pequeña parte de la muestra (4,4%)

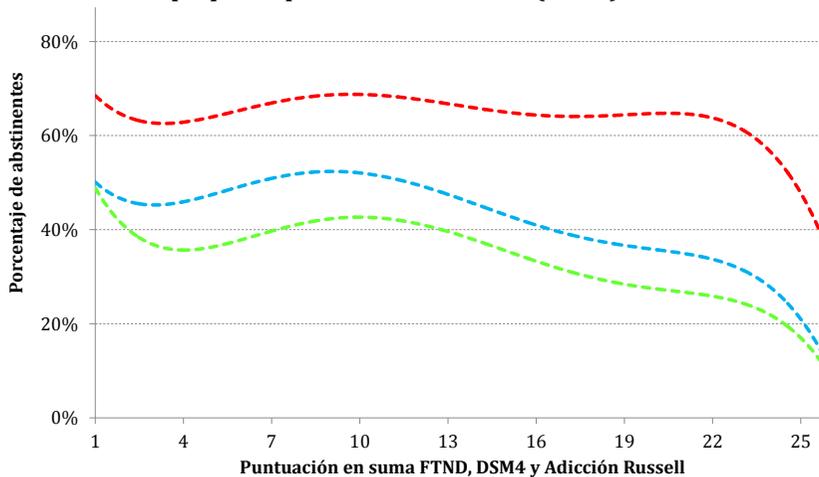


Figura 75. Líneas de tendencia de las cesaciones según la puntuación acumulada en los tres test de dependencia empleados (FTND, DSM-IV, Adicción-Russell)

3.10. TEST DE RUSSELL Y PREGUNTAS RELACIONADAS

La pregunta individual en la que las diferencias fueron mayores fue la 14 (pregunta que no participa en ninguno de los 7 componentes del test de Russell): $1,54 \pm 1,19$ vs. $1,30 \pm 1,17$ (media \pm DE; $p: 3,2 \times 10^{-9}$), en la que la puntuación mayor corresponde a quienes recayeron (figura 76).

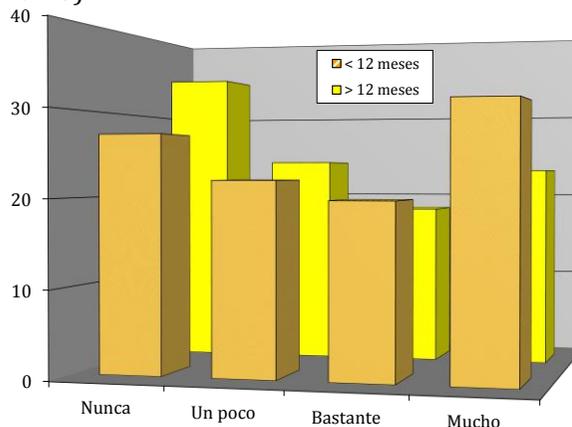


Figura 76. Porcentaje de abstinentes a los 12 meses según respuesta a la afirmación "Me resulta difícil estar una hora sin fumar" (pregunta 14 del test de Russell)

En varios de los componentes se encontraron diferencias entre quienes consiguieron mantenerse abstinentes al año y quienes no. La tabla 25 recoge las diferencias en los 7 componentes de este test. En general las diferencias no son muy grandes. Las diferencias más significativas se encontraron en el componente de *Automatismo* y en el de *Adicción* (comentado en el apartado anterior)

Tabla 25. Diferencias en los componentes del test de Russell según abstinencia a los 12 meses (la máxima puntuación es 9 en todos los casos)

Componente	<12 meses	>12 meses	p
Imagen	0,61 ± 1,44	0,49 ± 1,26	0,009
Manipulación	3,24 ± 2,66	3,01 ± 2,57	0,015
Indulgencia	5,76 ± 2,35	5,67 ± 2,30	0,274
Sedación	6,87 ± 2,22	6,72 ± 2,27	0,058
Estimulación	3,83 ± 2,76	3,58 ± 2,64	0,009
Adicción	6,04 ± 2,21	5,77 ± 2,19	0,0005
Automatismo	3,53 ± 2,54	3,12 ± 2,42	0,000003

La figura 77 recoge las líneas de tendencia de las cesaciones de los componentes en que se encuentran diferencias significativas (el componente de adicción está en la figura 74).

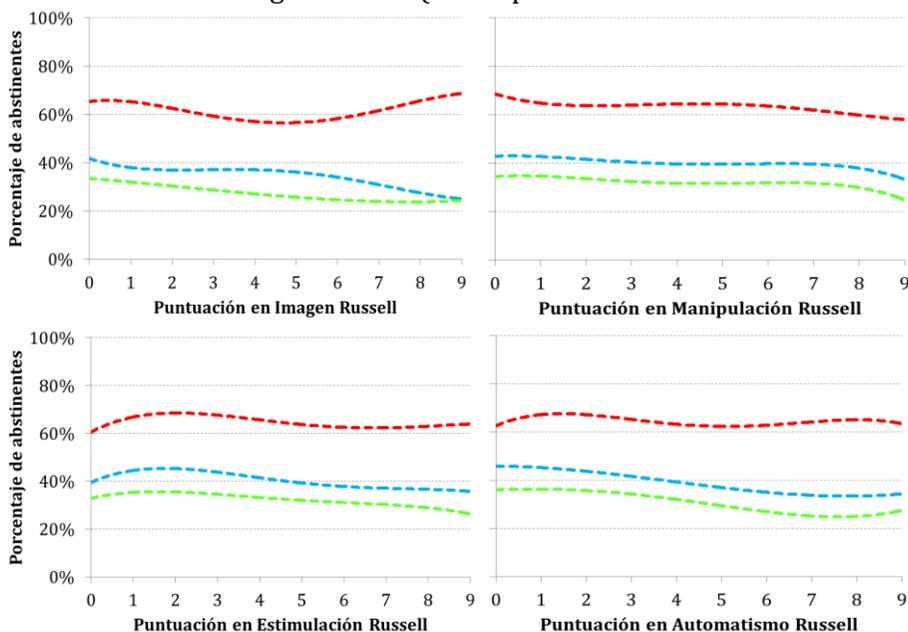


Figura 77. Líneas de tendencia de las cesaciones en los componentes Imagen, Manipulación, Estimulación y Automatismo del test de Russell.

Al analizar el resto de preguntas sólo se encontró una diferencia muy significativa en la abstinencia a los 12 meses en la pregunta 29 (“Me gusta ofrecer cigarrillos como una manera de hacer amigos”): $0,42 \pm 0,83$ vs. $0,31 \pm 0,70$ (media \pm DE; p: 0,00006), siendo la puntuación mayor la de quienes no estaban abstinentes a los 12 meses.

Al analizar los factoriales del total de preguntas se observan diferencias en algunos (tabla 26), como *Adicción* y *Sociabilidad*, pero no en las preguntas relacionadas con el peso: no existe diferencia en este factor entre quienes consiguen la cesación y quienes no.

Tabla 26. Diferencias en varios de los factoriales de las preguntas de antecedentes y consecuentes (la máxima puntuación es 10 en todos los casos)

Factorial	<12 meses	>12 meses	p
Adicción	6,67 \pm 2,24	6,37 \pm 2,18	0,00002
Sedación	7,76 \pm 2,33	7,60 \pm 2,37	0,045
Sociabilidad	3,01 \pm 2,44	2,73 \pm 2,23	0,0004
Peso	1,18 \pm 1,57	1,20 \pm 1,65	0,613

3.11. TEST DE AUTO-EFICACIA DE BAER-LICHTENSTEIN

La tabla 27 muestra, agrupadas en los tres factoriales, en la auto-eficacia percibida (el grado de resistencia que creen que podrían ofrecer ante los deseos de fumar en situaciones diversas) las diferencias entre quienes consiguen mantenerse abstinentes a los 12 meses y quienes no, acerca.

Tabla 27. Grado de resistencia que creen que podrían ofrecer ante los deseos de fumar en las diversas situaciones (la máxima puntuación es 10 en todos los casos)

Pregunta	<12 meses	>12 meses	p
1. Si ansioso	3,21 \pm 2,98	3,64 \pm 3,10	4,4E-05
4. Si nervioso	3,15 \pm 3,07	3,71 \pm 3,20	2,2E-07
8. Si tenso	4,12 \pm 3,36	4,51 \pm 3,37	0,001
6. Para relajarme	6,26 \pm 3,78	6,59 \pm 3,57	0,011
3. Tras comida	3,93 \pm 3,38	4,62 \pm 3,53	1,0E-08
2. Para disfrutar	6,24 \pm 3,76	6,63 \pm 3,61	0,002
9. Bebiendo alcohol	6,06 \pm 3,98	6,63 \pm 3,78	3,2E-05
10. Ver a otros fumando	5,65 \pm 3,64	6,04 \pm 3,44	0,002
11. Si me ofrecen	6,40 \pm 3,69	6,73 \pm 3,49	0,008
5. Más atractivo	9,49 \pm 1,82	9,63 \pm 1,51	0,021
7. Por autoimagen	9,41 \pm 1,98	9,60 \pm 1,55	0,003
13. Maduro y sofisticado	9,62 \pm 1,59	9,76 \pm 1,26	0,005
12. Evitar dulces	8,83 \pm 2,59	9,04 \pm 2,28	0,019
14. Mantener peso	8,28 \pm 3,15	8,43 \pm 3,00	0,158

El menor grado de resistencia en ambos grupos se cree que puede ofrecerse ante las preguntas del factorial 1 (que hemos denominado *Sedación*, por componerse mayoritariamente de situaciones relacionadas con estados de ánimo negativos): 4,01 vs. 4,68 ($p:4,5 \times 10^{-8}$). El mayor grado de resistencias y donde apenas existen diferencias es en las cuestiones relacionadas con *Imagen-Peso*: 9,12 vs. 9,27 ($p: 0,004$). En un grado intermedio, en dificultad percibida y significación estadística se sitúa el tercer componente, que hemos denominado *Sociabilidad*: 6,01 vs. 6,42 ($p:0,00002$). La figura 78 muestra las líneas de tendencia de la cesación en el día D, al 6º mes y al 12º mes según la puntuación en estos tres factoriales.

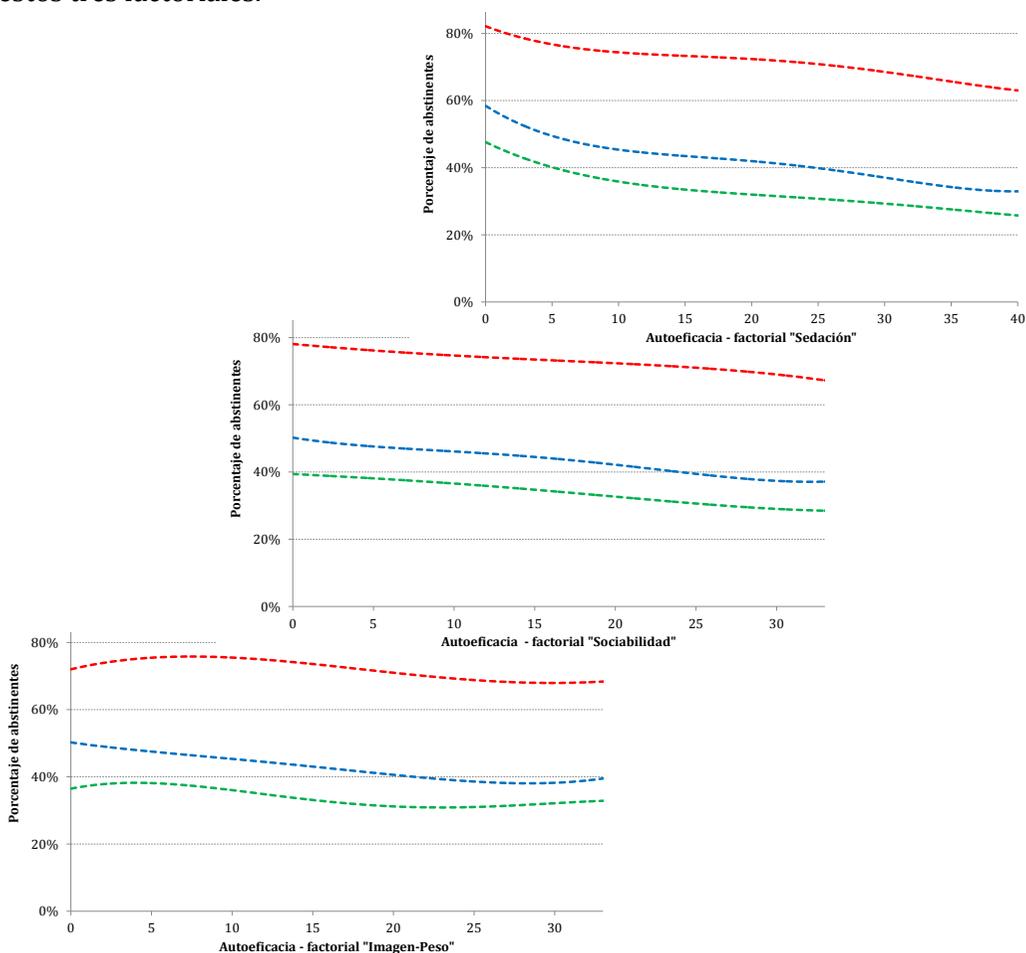


Figura 78. Líneas de tendencia de las cesaciones en los tres factoriales encontrados en el test de auto-eficacia de Baer-Lichtenstein

3.12. TEST DE GOLDBERG: SUBESCALA DE DEPRESIÓN

Una mayor puntuación en esta subescala se asoció con menores probabilidades de no conseguir la cesación. La puntuación media en las cuatro preguntas de cribado de la subescala de depresión del test de Goldberg (media±DE) fue de $1,50\pm 1,43$ en quienes mantenían la abstinencia a los 12 meses y de $1,15\pm 1,30$ en quienes no lo mantenían ($p:3,1\times 10^{-14}$). Similares diferencias se observaron también en el total de las 9 preguntas: $3,11\pm 2,56$ vs. $2,42\pm 2,34$ ($p:2,2\times 10^{-15}$), siendo las diferencias significativas en cada una de las nueve preguntas aisladas.

La figura 79 muestra las tasas de cesación a los 12 meses según la puntuación en las preguntas de cribado de esta subescala de depresión. Se observa cómo las cesaciones predominan en las puntuaciones bajas (0 y 1) y las recaídas en las altas (2, 3 y 4), siendo la OR de conseguir la cesación si se puntúa 0 o 1 en estas preguntas de cribado 1,68 (LC95%: 1,45-1,95; $p:1,5\times 10^{-12}$).

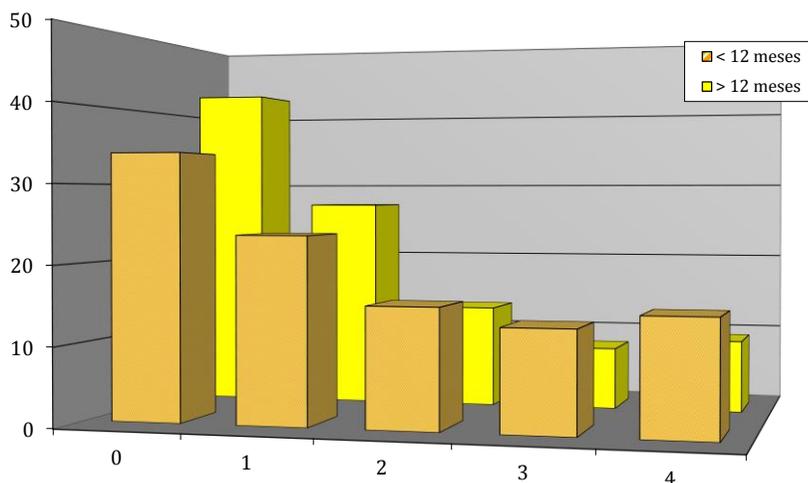


Figura 79. Porcentaje de abstinentes a los 12 meses según puntuación en la subescala de depresión de Goldberg

La figura 80 recoge las líneas de tendencia en las cesaciones según las puntuaciones totales en esta subescala de depresión, observándose cómo mayores puntuaciones se asocian con menores cesaciones, ya desde el día D, pero sobre todo a partir de los 6 meses.

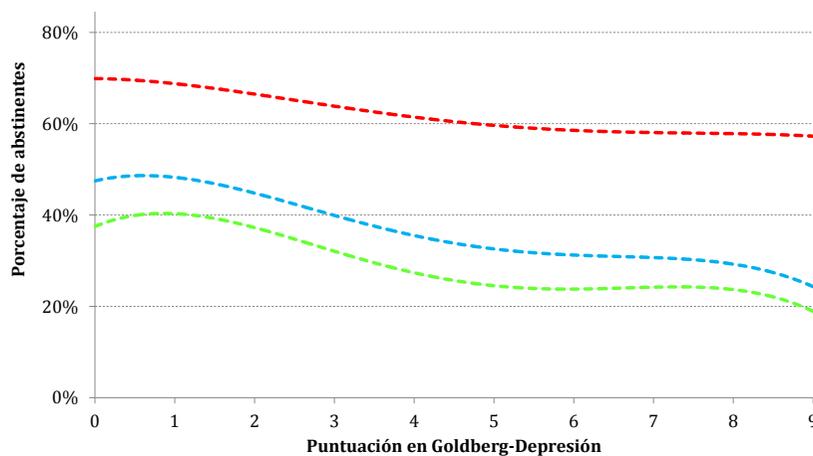


Figura 80. Líneas de tendencia de las cesaciones según puntuación en la subescala de depresión del test de Goldberg

3.13. TEST DE GOLDBERG: SUBESCALA DE ANSIEDAD

Una puntuación mayor en esta subescala se asoció con una menor probabilidad de conseguir la cesación. La puntuación media en las cuatro preguntas de cribado de la subescala de ansiedad del test de Goldberg (media±DE) fue de $1,87\pm 1,56$ en quienes mantenían la abstinencia a los 12 meses y de $2,18\pm 1,57$ en quienes no lo mantenían ($p:1,4\times 10^{-8}$). Similares diferencias se observaron también en el total de las 9 preguntas: $4,06\pm 2,65$ vs. $4,62\pm 2,72$ ($p:1,8\times 10^{-9}$), siendo las diferencias significativas en cada una de las nueve preguntas aisladas.

La figura 81 muestra las tasas de cesación a los 12 meses según la puntuación en las preguntas de cribado de esta subescala de ansiedad. Se observa cómo las cesaciones predominan en la puntuación mínima (0) y las recaídas en la máxima (4), no apreciándose diferencias en las intermedias (1, 2 y 3). La OR de conseguir la cesación si se puntúa 4 frente 0 en estas preguntas de cribado es de 1,75 (LC95%: 1,45-2,11; $p:3,8\times 10^{-9}$). La OR en el caso de la depresión en esta misma comparación (0 vs. 4) es de 1,95 (LC95%: 1,54-2,48; $p:2,0\times 10^{-8}$).

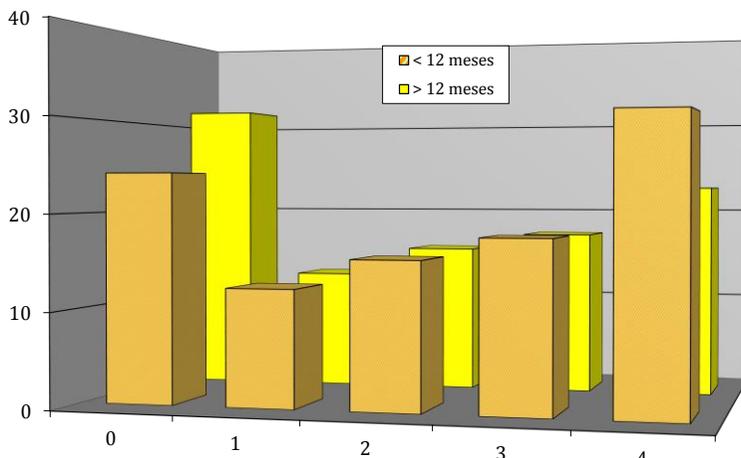


Figura 81. Porcentaje de abstinentes a los 12 meses según puntuación en la subescala de ansiedad de Goldberg

La figura 82 recoge las líneas de tendencia en las cesaciones según las puntuaciones totales en esta subescala de ansiedad, observándose cómo mayores puntuaciones se asocian con menores cesaciones, siendo las curvas fundamentalmente paralelas, lo que indica que no estar abstinentes el día D es el factor más clave para la cesación en este caso.

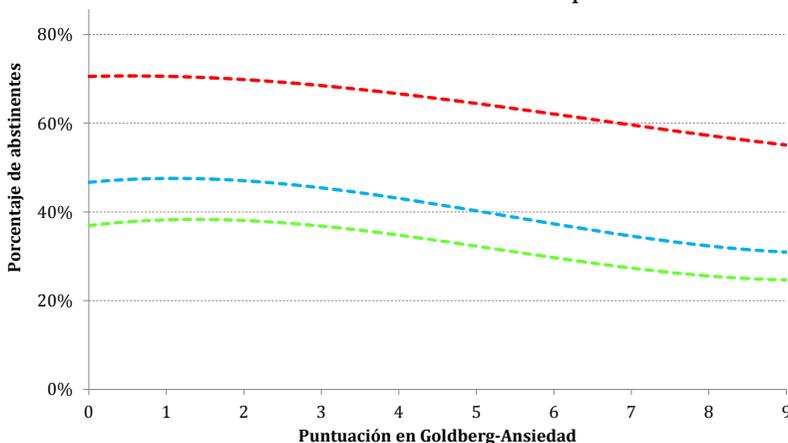


Figura 82. Líneas de tendencia de las cesaciones según puntuación en la subescala de ansiedad del test de Goldberg

3.14. TEST DE ESTRÉS PERCIBIDO

Una mayor puntuación en este test se asoció con menores probabilidades de no conseguir la cesación. La puntuación media total en sus diez preguntas (máximo 40) fue de $17,50 \pm 8,33$ (media \pm DE) en quienes estaban abstinentes a los 12 meses y de $15,83 \pm 7,70$

en quienes no lo estaban ($p:3,6 \times 10^{-9}$). Consideradas de manera aislada las diferencias fueron significativas en siete de las 10 preguntas. La figura 83 muestra las tasas de cesación a los 12 meses según la puntuación agrupada en las preguntas de este test. Se observa cómo las cesaciones predominan en las personas que refieren menos estrés y viceversa. La OR de conseguir la cesación si se puntúa de 0 a 20 frente a puntuar más de 20 es de 1,46 (LC95%: 1,26-1,68; $p:1,5 \times 10^{-7}$).

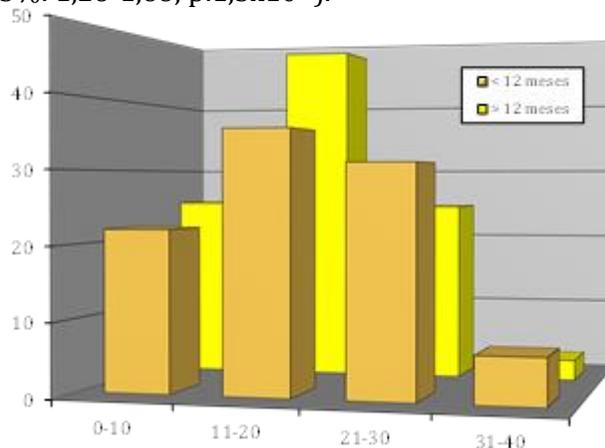


Figura 83. Porcentaje de abstinentes a los 12 meses según puntuación en estrés percibido

La figura 84 recoge las líneas de tendencia en las cesaciones según las puntuaciones totales agrupadas en el test de estrés percibido. En ella se observa cómo a medida que aumentan las puntuaciones disminuye el porcentaje de quienes están abstinentes el día D y, aún más, el de quienes están abstinentes a los 6 y a los 12 meses.

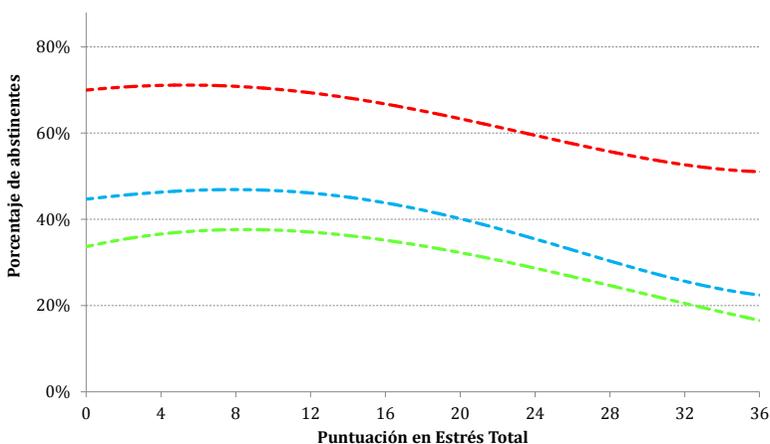


Figura 84. Líneas de tendencia de las cesaciones según puntuación en el test de estrés percibido

La figura 85 recoge las líneas de tendencia en las cesaciones según el total resultante de sumar las puntuaciones en las dos subescalas del test de Goldberg y la puntuación (dividida entre cuatro para que el máximo sea 10) en el test de estrés negativo. Se aprecia cómo, salvo en las puntuaciones menores, la cesación es menor cuanto más se puntúa.

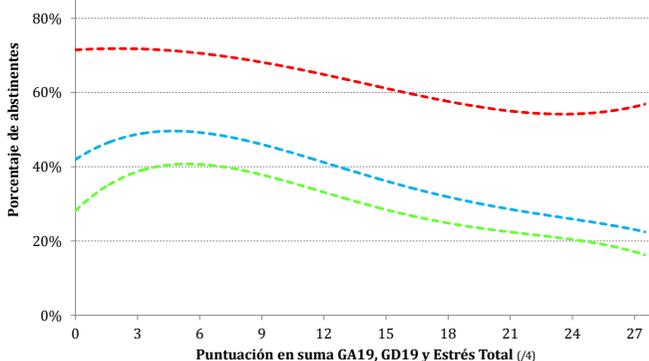


Figura 85. Líneas de tendencia de las cesaciones según la suma de las puntuaciones en los test de Goldberg y de Estrés Percibido

La figura 86 combina los resultados de la figura 75 (suma de los resultados en los test de dependencia) y de la figura 85 (suma de los resultados en los test que valoran el estado anímico). Recoge, por tanto, seis variables, cuyo valor se ha ajustado en dos caso para que el máximo esté siempre entre 9 y 10. Estas seis variables son el test de Fagerström, la valoración por el DSM-IV, el componente Adicción del test de Russell, las subescalas de ansiedad y depresión del test de Goldberg y el test de Estrés Percibido. Se observa cómo, salvo en los valores más bajos, las líneas de tendencia de las cesaciones (en el día D, en el 6º mes y en el 12º mes) tienden a disminuir a medida que aumentan las puntuaciones totales y cómo con las puntuaciones más altas las tasas de cesación a los seis meses y al año son muy bajas.

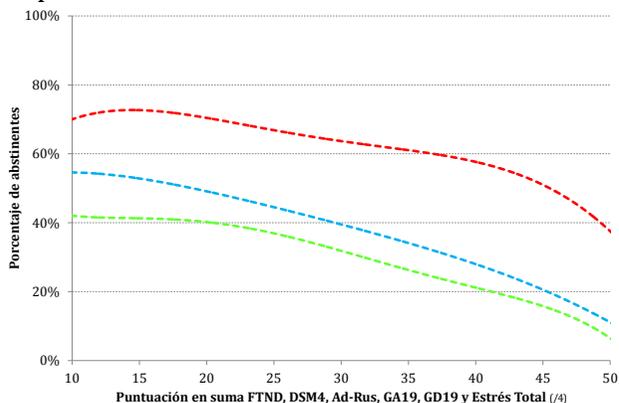


Figura 86. Líneas de tendencia de las cesaciones según la suma de las puntuaciones en los tres test que valoran dependencia y en los tres que valoran el estado anímico

3.15. LOCUS DE CONTROL

Sólo en una de las once preguntas se encontraron diferencias por debajo del 5% entre quienes se mantenían abstinentes a los 12 meses y quienes (en la 8, $p: 0,044$), lo cual no se considera especialmente relevante. Ni en el locus interno, ni en el externo, ni en la diferencia entre ambos, ni en ninguno de los tres factoriales que sugería el análisis se encontró diferencia alguna. La figura 87 muestra la tendencia de las cesaciones según la diferencia entre locus interno y externo; se aprecia que, salvo quizá en los casos extremos, no existen diferencias en las cesaciones.

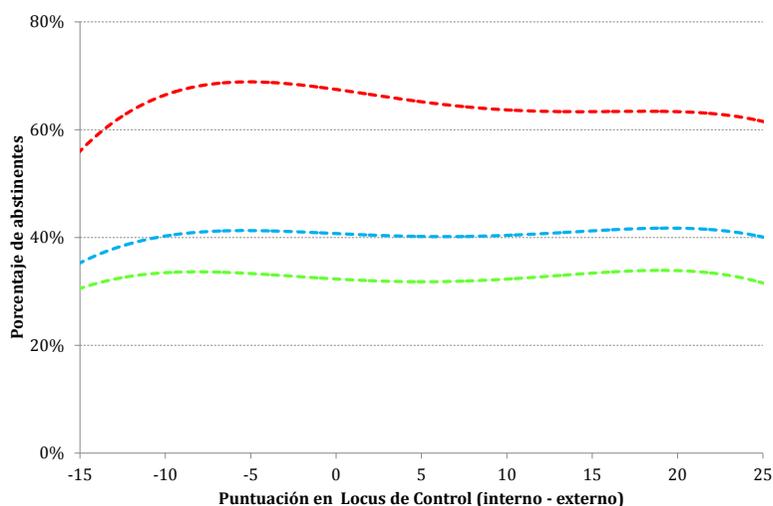


Figura 87. Líneas de tendencia de las cesaciones según la diferencia entre locus interno y externo

3.16. PERCEPCIÓN DE DIFICULTAD

Una mayor percepción de dificultad se asoció con menores probabilidades de conseguir la cesación. La valoración del grado de dificultad (es una escala de 0 a 10) fue de $8,05 \pm 2,07$ (media \pm DE) en quienes estaban abstinentes a los 12 meses y de $8,29 \pm 2,03$ en quienes no lo estaban ($p: 0,0008$), incremento de apenas un 3%.

La figura 88 muestra la tasa de cesación a los 12 meses según la percepción de dificultad referida, pudiéndose observar cómo la cesación es mayor en quienes puntúan 8 o menos y menor en quienes puntúan 9 o 10 (que representan el 50,1% de la muestra).

La figura 89 muestra las tasas de cesaciones según la dificultad percibida, pudiéndose observar cómo, en general tiende a disminuir a medida que incrementa ésta. Quienes refieren nada de dificultad empiezan significativamente menos y llegan abstinentes al 6º mes en menor proporción.

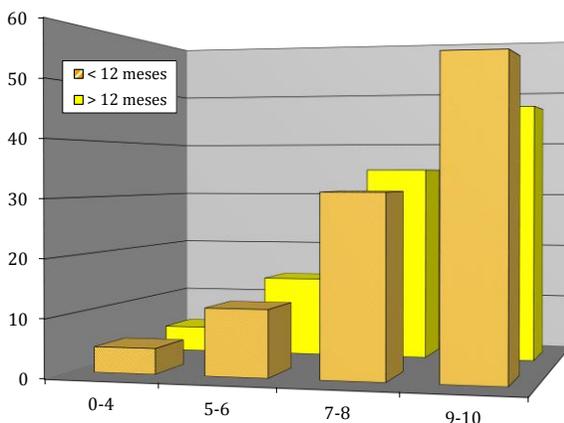


Figura 88. Porcentaje de abstinentes a los 12 meses según percepción de dificultad

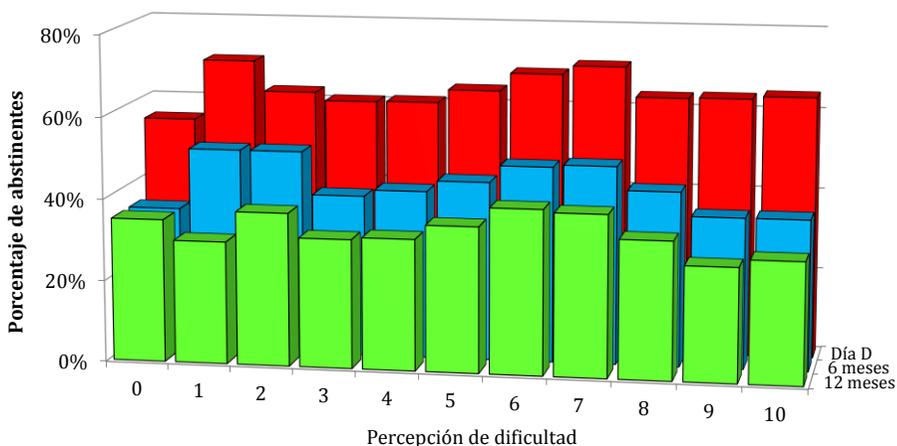


Figura 89. Tasas de cesación según dificultad percibida

3.17. PERCEPCIÓN DE POSIBILIDAD

Una mayor percepción de posibilidad de estar abstinentes al año se asocia con el hecho de estarlo realmente. La valoración de la posibilidad (es una escala de 0 a 10) fue de $6,37 \pm 2,85$ (media \pm DE) en quienes estaban abstinentes a los 12 meses y de $5,99 \pm 3,01$ en quienes no lo estaban ($p:0,0003$), incremento de un 6,3%.

La figura 90 muestra la tasa de cesación a los 12 meses según la percepción de posibili-

dad, observándose cómo la cesación es menor en quien se puntúa 5 o menos y mayor en quienes se puntúan más. Quien refiere total posibilidad de dejarlo (21,3% de la muestra) no lo deja más. La figura 91 muestra las tasas de cesaciones según la posibilidad percibida: éstas aumentan a medida que aumenta la posibilidad.

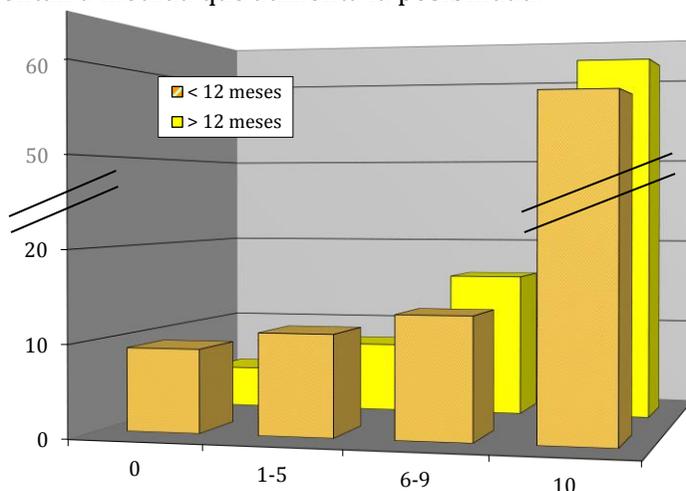


Figura 90. Porcentaje de abstinentes a los 12 meses según percepción de posibilidad

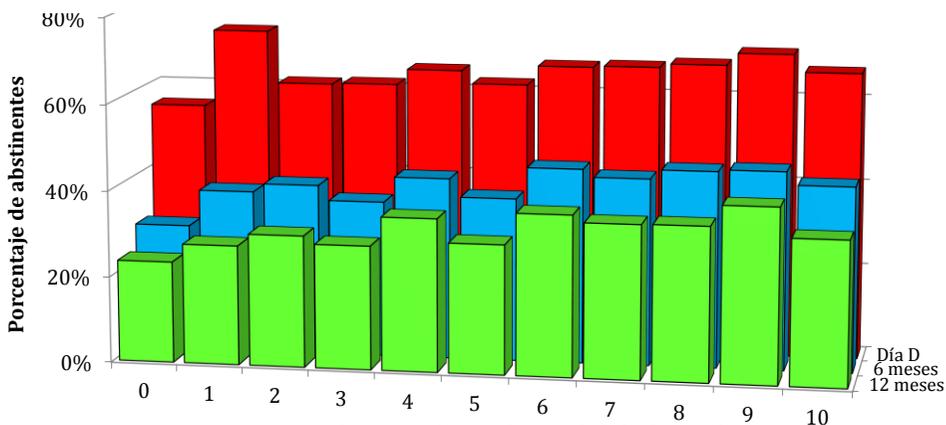


Figura 91. Tasas de cesación según posibilidad percibida

3.18. PERCEPCIÓN DE APOYO

Una mayor percepción de apoyo familiar se asoció con mayores probabilidades de conseguir la cesación. La valoración del grado de apoyo (es una escala de 0 a 10) fue de $8,73 \pm 2,63$ (media \pm DE) en quienes estaban abstinentes a los 12 meses y de $8,16 \pm 3,26$ en quienes no lo estaban ($p: 9,9 \times 10^{-8}$), incremento de un 7,0%.

La OR de estar abstinentes a los 12 meses en quienes referían un apoyo máximo (68,3% de la muestra) frente al resto es de 1,27 (LC95%:1,09-1,48; p:0,002). La OR de no estar abstinentes a los 12 meses en quienes referían nada de apoyo (el 7,6% de la muestra) frente al resto es de 2,26 (LC95%:1,68-3,04; p:3,0x10⁻⁸).

La figura 92 muestra la tasa de cesación a los 12 meses según la percepción de apoyo referido. Se observa cómo la cesación es mayor en quienes puntúan más de 5 y menor en quienes se puntúan 5 o menos. La cesación tiende a aumentar a medida que lo hace el apoyo familiar referido, algo que puede observarse en las figuras 93 y 94.

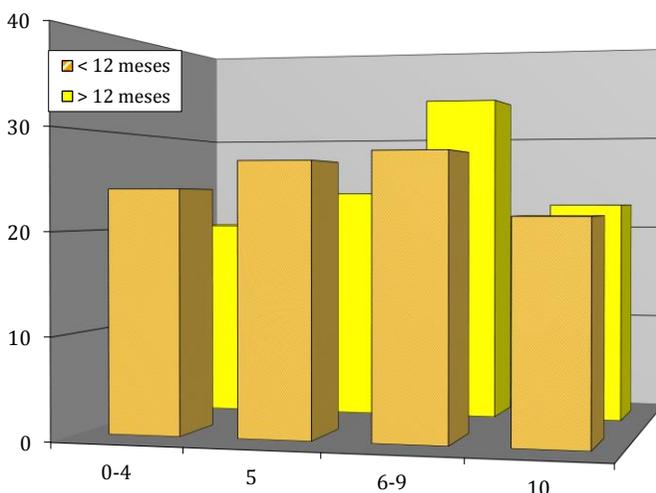


Figura 92. Porcentaje de abstinentes a los 12 meses según percepción de apoyo familiar

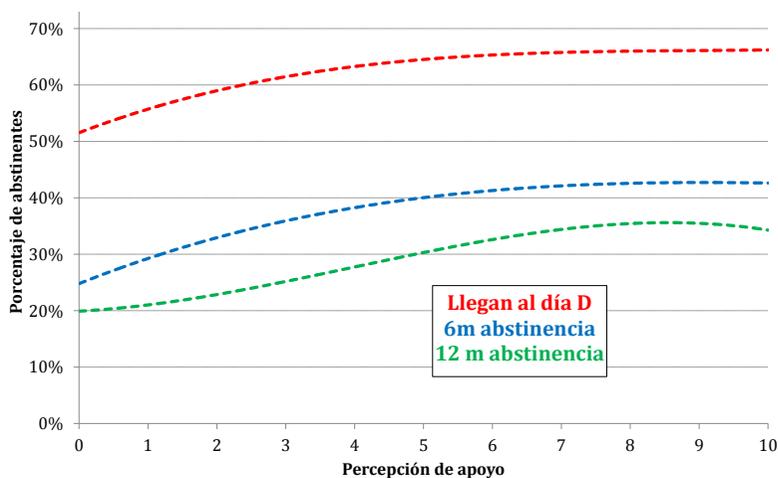


Figura 93. Líneas de tendencia de las cesaciones según el grado de apoyo percibido

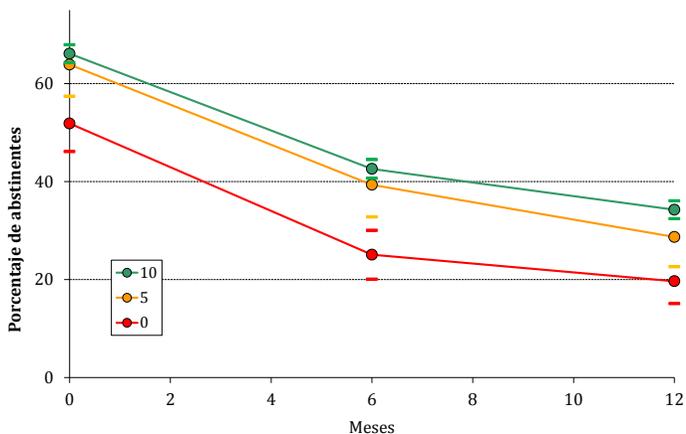


Figura 94. Curso temporal de la abstinencia según el grado de apoyo (\pm LC95%)

3.19. DISPOSICIÓN A LA CESACIÓN

Sólo 36 de los 3774 pacientes (menos del 1%) refirieron en la entrevista basal no estar dispuestos a dejar de fumar en los próximos 6 meses. Estas personas no dejaron menos de fumar al cabo de un año ($p:0,326$), aunque empezaron algo menos ($p:0,028$).

Un 4,6% de la muestra ($n:172$) refirió en la entrevista basal no estar dispuesto a dejar de fumar en el próximo mes. Las tasas de cesación de estas personas fueron significativamente menores que las de la mayoría que dijo que sí lo estaba (figura 95).

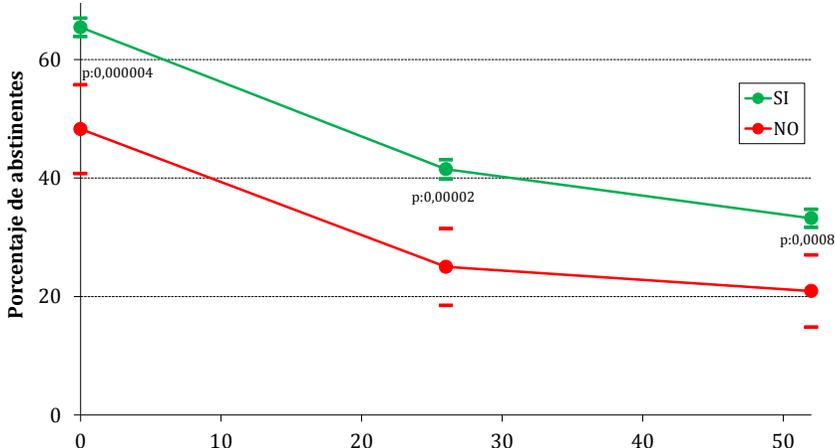


Figura 95. Curso temporal de la abstinencia (en semanas) según la respuesta en la entrevista basal a la pregunta “¿Piensa dejar de fumar en el próximo mes?” (\pm LC95%)

Similares diferencias se encuentran en quienes refirieron no estar dispuestos a fijar ya (el día de la entrevista basal) una fecha para dejar de fumar (figura 96). Éstas eran 287 personas (7,6% de la muestra) y en su mayor parte coincidían con el grupo previo.

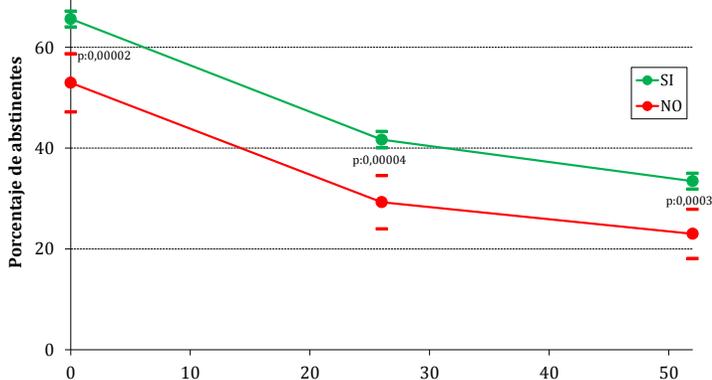


Figura 96. Curso temporal de la abstinencia (en semanas) según la respuesta a la pregunta “¿Está dispuest@ a fijar ya una fecha para dejar de fumar?” (\pm LC95%)

3.20. FORMATO DE INTERVENCIÓN

Ni en el 6^o ni en el 12^o mes difirieron significativamente las cesaciones entre los pacientes tratados individualmente y los pacientes tratados en grupo (tabla 28). Se aprecia cómo en el formato grupal llegan al día D cuatro puntos porcentuales por encima del formato individual, diferencia casi significativa según los valores habituales. Esta diferencia se mantiene hasta el 6^o mes (3,5 puntos), desapareciendo en el 12^o mes. De hecho, el porcentaje de quienes recaen antes del año habiendo llegado abstinentes al 6^o mes es significativamente mayor en el formato grupal (fila inferior de la tabla 28).

Tabla 28. Porcentaje de cesaciones o de recaídas según tratamiento individual o en grupo

Pregunta	Individual	Grupal	p
Abstinente día D	64,00 \pm 48,01	68,01 \pm 46,68	0,056
Abstinente 1m	56,10 \pm 49,63	60,46 \pm 48,93	0,046
Abstinente 2m	51,02 \pm 50,00	54,74 \pm 49,82	0,092
Abstinente 3m	46,46 \pm 49,88	50,33 \pm 50,04	0,079
Abstinente 4m	43,65 \pm 49,60	47,39 \pm 49,97	0,089
Abstinente 5m	41,51 \pm 49,28	45,59 \pm 49,85	0,062
Abstinente 6m	40,16 \pm 49,03	43,62 \pm 49,63	0,109
Abstinente 12m	32,74 \pm 46,93	32,15 \pm 46,74	0,774
Recaída 0-6 m	37,25 \pm 48,36	35,87 \pm 48,02	0,594
Recaída 6-12m	18,47 \pm 38,82	26,30 \pm 44,11	0,003

3.21. ACEPTACIÓN DEL TRATAMIENTO Y NÚMERO DE SESIONES

Sólo 82 de los 3774 pacientes no aceptaron utilizar tratamiento farmacológico. La tasa de cesación al año de es del 33,0% en quienes aceptan el tratamiento farmacológico frente al 14,6% de quienes no lo aceptan, lo que implica una OR de 2,88 (1,55-5,33), $p: 4,4 \times 10^{-4}$. Estos pacientes no se incluyen en el análisis de este apartado.

La figura 97 muestra las tasas de cesación (en el día D, a los 6 y a los 12 meses) de quienes acudieron a más de 2 sesiones frente a las de quienes sólo acudieron a la entrevista basal o a la basal y la visita inicial. Como se ha indicado al principio de *Resultados*, mientras que las abstinencias de quienes acudieron a más de 2 sesiones están validadas por cooximetría, las de quienes sólo acudieron a 1 o 2 sesiones son auto-declaradas telefónicamente, motivo por el que en este trabajo han sido consideradas como recaídas. Sin embargo, el patrón de recaída de estas abstinencias referidas es relativamente similar (bastante mayor, en realidad) al que se observa en las cesaciones comprobadas.

Las mayores tasas de abstinencia de quienes acuden a más de dos sesiones no deben interpretarse directamente como fruto de éstas, sino más bien al revés en la mayor parte de los casos: deciden no dejarlo o recaen y no vuelven a la Unidad.

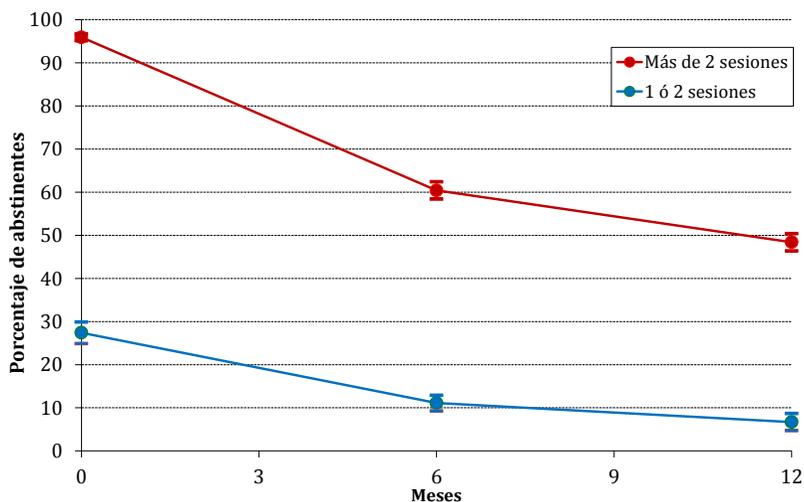


Figura 97. Curso temporal de la abstinencia en meses de quienes acuden sólo a 1 o 2 sesiones y quienes acuden a más de dos sesiones

Como el momento de la recaída influye en el número de sesiones a las que se acude, se ha comparado el número de sesiones sólo entre quienes recayeron entre los 6 y los 12 meses y quienes se mantenían abstinentes al año. Acuden a más quienes se mantenían abstinentes al año: $6,0 \pm 2,1$ vs. $5,4 \pm 2,6$ ($p: 4,9 \times 10^{-6}$).

3.2.2. FÁRMACO EMPLEADO

En la figura 98 puede apreciarse el curso temporal de la abstinencia según el fármaco principal prescrito (parches de nicotina, bupropión o vareniclina). A casi todos los pacientes (99,9% de quienes recibían uno de estos tres fármacos y 94,3% de la muestra total) se les prescribió adicionalmente TSN puntual. Puede observarse cómo los pacientes con parches lo dejan menos ya en el día D: entre 9 y 11 puntos porcentuales que los pacientes con los otros dos fármacos, como también se muestra en la tabla 29.

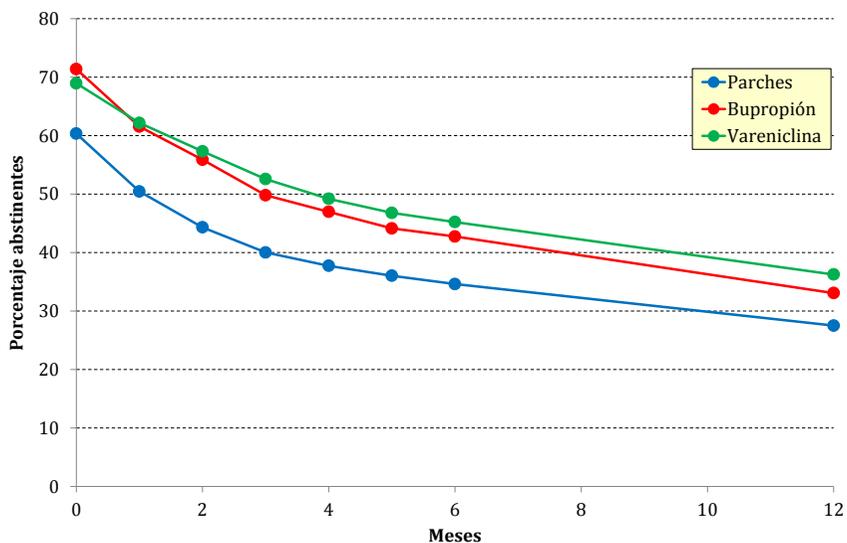


Figura 98. Curso temporal de la cesación según el fármaco principal prescrito

Tabla 29. Porcentaje de cesaciones y recaídas según el fármaco principal utilizado

	Parches	Bupropión	Vareniclina	Total
No abstinentes el día D	541 39,7%	71 28,6%	613 31,1%	1.225 34,2%
Recaen entre el día D y el año	448 32,8%	95 38,3%	645 32,7%	1.188 33,1%
Abstinentes al año	375 27,5%	82 33,1%	715 36,2%	1.172 32,7%

En ella se refleja el porcentaje de pacientes que no estuvieron abstinentes el día D, el de quienes llegaron abstinentes al año y el de quienes recayeron entre ambas fechas. Puede observarse cómo las mayores tasas de abstinencia al año corresponden a la vareniclina, las menores a los parches de nicotina y como los pacientes con bupropión son los que más recaen entre el día D y el año (aunque no todas las diferencias son significativas).

Los cursos temporales de la abstinencia de los tres fármacos comparados de dos en dos se muestran en la figura 99.

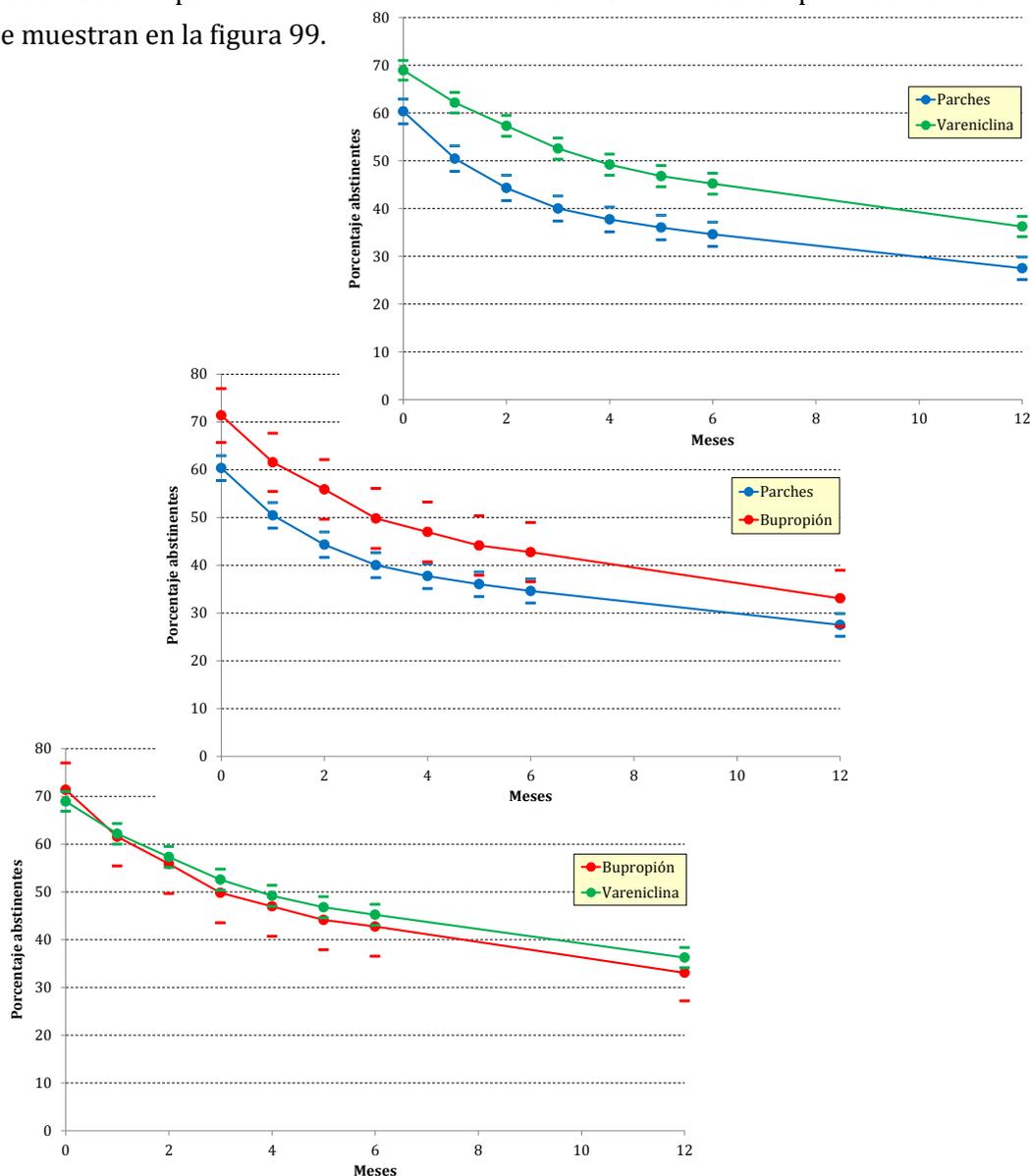


Figura 99. Curso temporal de la cesación según los fármacos utilizados (arriba: vareniclina vs. parches; centro: bupropión vs. parches; abajo: vareniclina vs. bupropión)

Puede observarse cómo entre vareniclina y parches existen diferencias significativas en todo el curso temporal, así como en las tres mediciones señaladas en la tabla 30 (llegar abstinentes o no al día D, llegar abstinentes o no al año, y recaer o no entre ambas fechas). Entre bupropión y parches las diferencias sólo alcanzan el nivel habitual de significación en los primeros cuatro meses; posteriormente, van disminuyendo; finalmente, las diferencias entre vareniclina y bupropión no alcanzan el nivel habitual de significación.

Tabla 30. OR de no estar abstinentes el día, de recaer entre el día D y el año, y de estar abstinentes al año entre los diversos fármacos empleados

	Vareniclina vs. Parches		Vareniclina vs. Bupropión		Bupropión vs. Parches	
	OR[LC95%]	p	OR[LC95%]	p	OR[LC95%]	P
No abstinentes el día D	1,46 [1,26-1,69]	3,0x10 ⁻⁷	0,89 [0,66-1,19]	0,433	1,64 [1,22-2,20]	0,001
Recaen entre el día D y el año	1,32 [1,11-1,58]	0,002	1,28 [0,94-1,76]	0,118	1,03 [0,74-1,43]	0,853
Abstinentes al año	1,42 [1,19-1,69]	0,0001	1,15 [0,87-1,52]	0,326	1,30 [0,97-1,74]	0,074

Al realizar un análisis multivariante (ver epígrafe siguiente) ajustándolos por parejas, la influencia de los fármacos en la cesación a los doce meses es:

- Vareniclina incrementa la cesación frente a parches significativamente (p: 1,4x10⁻⁷); OR: 1,23 [1,14-1,33].
- Bupropión incrementa la cesación frente a parches de manera no significativa (p:0,055); OR: 1,34 [0,99-1,80].
- Al comparar vareniclina y bupropión la variable fármaco no entra en el mejor modelo predictor.

4. ANÁLISIS MULTIVARIANTE

Diecisiete variables se introdujeron en el análisis multivariante: todas aquellas que se habían mostrado predictoras de cesación a los doce meses en el análisis bivariante (excluyendo los fármacos) más el sexo y la edad. Se realizó el análisis multivariante para el hecho de estar abstinentes el día D, el sexto mes y el 12º mes, así como para el hecho de recaer entre el día D y los 6 meses, y de recaer entre el 6º y el 12º mes.

4.1. DE ESTAR ABSTINENTE EL DÍA D

La tabla 31 recoge las variables introducidas en el modelo y resalta las que acaban figurando en el último paso en relación con la probabilidad de estar abstinentes el día D.

Tabla 31. Influencia de las diversas variables en estar abstinentes el día D tras realizar la regresión logística binomial

	Modelo inicial			Modelo ajustado		
	OR	LC95%	p	OR	LC95%	p
Sexo	0,859	0,745 - 0,990	0,036	0,860	0,747 - 0,991	3,8E-02
Edad actual	1,002	0,997 - 1,008	0,407			
Núm. cigarrillos	0,994	0,986 - 1,001	0,092	0,994	0,989 - 1,000	4,8E-02
Dificultad	0,981	1,015 - 0,949	0,279			
Posibilidad	1,007	0,983 - 1,031	0,581			
Apoyo	1,036	1,014 - 1,058	0,001	1,041	1,020 - 1,062	8,1E-05
Nº intentos	1,030	1,001 - 1,060	0,040	1,032	1,003 - 1,061	2,9E-02
Máx. abst previa (d)	1,001	1,000 - 1,001	0,000	1,001	1,000 - 1,001	1,7E-04
Dispos. dejarlo en 1 mes	1,385	0,995 - 1,928	0,054	1,521	1,122 - 2,061	6,9E-03
Dispos. fijar día D	1,195	0,908 - 1,574	0,204	1,252	0,959 - 1,635	9,9E-02
DSM4	0,989	0,931 - 1,050	0,706			
Fagerström	0,998	0,957 - 1,041	0,919			
Golberg-Ansiedad	0,956	0,924 - 0,990	0,010	0,956	0,928 - 0,985	3,1E-03
Golberg- Depresión	0,988	0,952 - 1,026	0,539			
Estrés total	0,987	0,998 - 0,976	0,019	0,984	0,975 - 0,995	2,7E-03
Consumo de THC	0,695	0,498 - 0,970	0,032	0,687	0,493 - 0,956	2,6E-02
Diagn. psiquiátrico	0,804	0,696 - 0,930	0,003	0,808	0,700 - 0,932	3,4E-03

Respecto a conseguir estar abstinente el día D, un gran número de variables acaban resultando significativas en el modelo. Con una significación menor de 0,001 destacan el grado de apoyo familiar referido (que aumenta un 4% por punto las probabilidades de comenzar) y el tiempo máximo que se consiguió estar abstinente en intentos previos (que aumenta un 1,0‰ por día). El número de intentos previos y responder positivamente a la pregunta –formulada el día en que se les ve por primera vez en la Unidad- de si están dispuestos a dejar de fumar en el próximo mes también aumentan las probabilidades de estar abstinente el día D.

Por el contrario, disminuyen la probabilidad de estar el hecho de consumir THC (31% menos), el presentar un diagnóstico psiquiátrico (19%) y puntuar alto en los dos test de ansiedad: la subescala de ansiedad del Goldberg (4,4% por punto) y el test de estrés percibido (1,6% por punto).

4.2. DE NO RECAER ENTRE EL DÍA D Y EL SEXTO MES

La tabla 32 recoge las variables introducidas en el modelo y resalta las que acaban figurando en el último paso en relación con la probabilidad de no recaer entre el día D y el sexto mes.

Cinco de las variables que ejercían influencia en el hecho de estar o no abstinente el día D ejercen también influencia sobre las posibilidades de recaer en este periodo:

- disminuyen las posibilidades de recaída el apoyo familiar percibido (un 6% por punto), el máximo número de días de abstinencia previa (1,5‰ por día) y la disposición a dejarlo en un mes (129%).
- las aumentan el consumo de THC (58%) y la presencia de un diagnóstico psiquiátrico (18%)

Resultan también predictoras de recaída la puntuación en el test de Fagerström (12% por punto) y la puntuación en la subescala de depresión del test de Goldberg (6% por punto).

A diferencia del caso anterior, las variables relacionadas con la ansiedad no influyen en la posibilidad de recaer una vez empezada la abstinencia.

Tabla 32. Influencia de las diversas variables en no recaer entre el día D y el 6º mes tras realizar la regresión logística binomial

	Modelo inicial			Modelo ajustado		
	OR	LC95%	p	OR	LC95%	p
Sexo	1,179	0,985 - 1,411	0,073	1,177	0,989 - 1,400	6,6E-02
Edad actual	1,002	0,995 - 1,009	0,593			
Núm. cigarrillos	1,001	0,991 - 1,010	0,890			
Dificultad	0,989	1,033 - 0,946	0,623			
Posibilidad	1,012	0,982 - 1,043	0,441			
Apoyo	1,054	1,025 - 1,085	0,000	1,060	1,032 - 1,089	1,7E-05
Nº intentos	1,009	0,974 - 1,045	0,622			
Máx. abst previa (d)	1,002	1,001 - 1,002	0,000	1,002	1,001 - 1,002	7,3E-08
Dispos. dejarlo en 1 mes	1,929	1,188 - 3,132	0,008	2,292	1,678 - 3,131	1,9E-07
Dispos. fijar día D	1,109	0,755 - 1,629	0,598			
DSM4	0,944	0,875 - 1,019	0,138			
Fagerström	0,884	0,838 - 0,933	0,000	0,882	0,850 - 0,914	1,1E-11
Golberg-Ansiedad	1,027	0,983 - 1,072	0,234			
Golberg- Depresión	0,921	0,878 - 0,965	0,001	0,940	0,907 - 0,973	5,4E-04
Estrés total	1,005	1,019 - 0,991	0,510			
Consumo de THC	0,416	0,256 - 0,677	0,000	0,421	0,260 - 0,681	4,2E-04
Diagn. psiquiátrico	0,812	0,675 - 0,977	0,027	0,820	0,683 - 0,985	3,4E-02

4.3. DE ESTAR ABSTINENTE EN EL SEXTO MES

La tabla 33 recoge las variables introducidas en el modelo y resalta las que acaban figurando en el último paso en relación con la probabilidad de estar abstinentes al sexto mes. Estar abstinentes al sexto mes depende de los supuestos anteriores: conseguir estar abstinentes el día D y no recaer entre ese día y el sexto mes.

Resultan variables predictoras positivas las tres mismas que en el caso anterior: el apoyo familiar percibido (un 4% por punto), el máximo número de días de abstinencia previa (1,5% por día) y la disposición a dejarlo en un mes (36%).

Resultan variables predictoras negativas: el consumo de cannabis (60%), la presencia de un diagnóstico psiquiátrico (26%), la puntuación en la subescala de depresión del test de Goldberg (8% por punto) y las puntuaciones en los dos test de dependencia: el DSM-IV (6% por punto) y el de Fageström (9% por punto).

Tabla 33. Influencia de las diversas variables en estar abstinente al 6º mes tras realizar la regresión logística binomial

	Modelo inicial			Modelo ajustado		
	OR	LC95%	p	OR	LC95%	p
Sexo	0,986	0,856 - 1,136	0,847			
Edad actual	0,998	0,992 - 1,003	0,431			
Núm. cigarrillos	0,997	0,989 - 1,005	0,423			
Dificultad	1,002	1,036 - 0,969	0,919			
Posibilidad	1,005	0,981 - 1,029	0,710			
Apoyo	1,042	1,019 - 1,065	0,000	1,042	1,020 - 1,064	1,2E-04
Nº intentos	1,023	0,995 - 1,051	0,111			
Máx. abst previa (d)	1,001	1,001 - 1,002	0,000	1,002	1,001 - 1,002	6,3E-11
Dispos. dejarlo en 1 mes	1,307	0,917 - 1,863	0,138	1,364	1,064 - 1,749	1,4E-02
Dispos. fijar día D	1,122	0,840 - 1,499	0,435			
DSM4	0,940	0,886 - 0,998	0,044	0,940	0,889 - 0,995	3,1E-02
Fagerström	0,922	0,885 - 0,961	0,000	0,910	0,882 - 0,940	7,0E-09
Golberg-Ansiedad	0,980	0,948 - 1,014	0,242			
Golberg- Depresión	0,943	0,909 - 0,980	0,002	0,922	0,895 - 0,949	3,3E-08
Estrés total	0,994	1,005 - 0,983	0,271			
Consumo de THC	0,395	0,260 - 0,599	0,000	0,396	0,262 - 0,598	1,1E-05
Diagn. psiquiátrico	0,751	0,648 - 0,869	0,000	0,740	0,640 - 0,856	5,0E-05

4.4. DE NO RECAER ENTRE EL 6º Y EL 12º MES

La tabla 34 recoge las variables introducidas en el modelo y resalta las que acaban figurando en el último paso en relación con la probabilidad de no recaer entre el 6º y el 12º mes.

Tabla 34. Influencia de las diversas variables en no recaer entre el 6^º y el 12^º mes tras realizar la regresión logística binomial

	Modelo inicial			Modelo ajustado		
	OR	LC95%	p	OR	LC95%	p
Sexo	1,108	0,849 - 1,447	0,451			
Edad actual	0,999	0,989 - 1,010	0,886			
Núm. cigarrillos	1,004	0,989 - 1,020	0,583			
Dificultad	0,961	1,024 - 0,903	0,218			
Posibilidad	1,021	0,976 - 1,068	0,369			
Apoyo	1,040	0,996 - 1,086	0,078	1,060	1,020 - 1,101	2,8E-03
Nº intentos	1,021	0,971 - 1,074	0,420			
Máx. abst previa (d)	1,000	0,999 - 1,000	0,353			
Dispos. dejarlo en 1 mes	1,579	0,796 - 3,132	0,191	2,458	1,738 - 3,475	3,6E-07
Dispos. fijar día D	1,431	0,824 - 2,482	0,203			
DSM4	0,995	0,889 - 1,115	0,935			
Fagerström	0,962	0,890 - 1,040	0,327			
Golberg-Ansiedad	1,019	0,957 - 1,085	0,556			
Golberg- Depresión	0,964	0,896 - 1,037	0,328			
Estrés total	1,013	1,035 - 0,992	0,214			
Consumo de THC	0,519	0,236 - 1,143	0,104			
Diagn. psiquiátrico	0,949	0,716 - 1,257	0,715			

Sólo dos variables ejercen influencia en este periodo, las dos de forma positiva: el grado de apoyo referido (6% por punto) y la disposición a dejarlo en un mes referida el día de contacto con la Unidad (146%).

4.5. DE ESTAR ABSTINENTE AL AÑO

La tabla 35 recoge las variables introducidas en el modelo y resalta las que acaban figurando en el último paso en relación con la probabilidad de estar abstinentes al año. Estar abstinentes al año depende de los tres los supuestos anteriores: conseguir estar abstinentes el día D (4.1), de no recaer entre ese día y el sexto mes (4.2.), y de no recaer entre el sexto y el duodécimo mes (4.4).

Tabla 35. Influencia de las diversas variables en estar abstinentes al año tras realizar la regresión logística binomial

	Modelo inicial			Modelo ajustado		
	OR	LC95%	p	OR	LC95%	p
Sexo	1,003	0,866 - 1,161	0,971			
Edad actual	0,994	0,989 - 1,000	0,047			
Núm. cigarrillos	0,998	0,990 - 1,006	0,691			
Dificultad	1,005	0,961 - 1,030	0,770			
Posibilidad	1,005	1,040 - 0,971	0,683			
Apoyo	1,038	1,014 - 1,063	0,002	1,039	1,020 - 1,058	6,2E-05
Nº intentos	1,025	0,997 - 1,055	0,081			
Máx. abst previa (d)	1,001	1,001 - 1,002	0,000	1,001	1,001 - 1,002	1,6E-06
Dispos. dejarlo en 1 mes	1,179	0,814 - 1,708	0,384			
Dispos. fijar día D	1,126	0,829 - 1,528	0,448			
DSM4	0,933	0,877 - 0,993	0,029	0,938	0,888 - 0,991	2,3E-02
Fagerström	0,920	0,881 - 0,960	0,000	0,911	0,882 - 0,940	1,1E-08
Golberg-Ansiedad	0,981	0,947 - 1,016	0,290			
Golberg- Depresión	0,942	0,905 - 0,979	0,003	0,927	0,899 - 0,955	9,8E-07
Estrés total	1,002	0,991 - 1,014	0,729			
Consumo de THC	0,323	0,199 - 0,526	0,000	0,337	0,208 - 0,546	9,6E-06
Diagn. psiquiátrico	0,747	0,640 - 0,872	0,000	0,741	0,636 - 0,863	1,2E-04

De manera lógica, resultan predictoras las mismas variables que a los seis meses (salvo la disposición a dejarlo en un mes). Aumentan las probabilidades de estar abstinentes al año: el apoyo familiar percibido (un 4% por punto) y el máximo número de días de abstinencia conseguidos en un intento previo (1,2% por día).

Disminuyen las probabilidades de estar abstinentes al año: el consumo de THC (64%), tener un diagnóstico psiquiátrico (26%), la puntuación en la subescala de depresión del test de Goldberg (7% por punto) y las puntuaciones en ambos test de dependencia: el DSM-IV (6% por punto) y el de Fagerström (9% por punto).

4.6. RESUMEN DE LOS FACTORES PREDICTORES

La tabla 36 recoge los factores que, en el modelo final para cada periodo estudiado se han mostrado predictores de manera significativa.

Tabla 36. Resumen de los factores predictores encontrados

	Abstinentes día D		Mantenerse de día D a 6º mes		Abstinentes 6º mes		Abstinentes al año	
	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p
Sexo	0,860	3,8E-02						
Edad actual								
Núm. cigarrillos	0,994	4,8E-02						
Dificultad								
Posibilidad								
Apoyo	1,041	8,1E-05	1,060	1,7E-05	1,042	1,2E-04	1,039	6,2E-05
Nº intentos	1,032	2,9E-02						
Máx. abst previa (d)	1,0009	1,7E-04	1,0016	7,3E-08	1,0015	6,3E-11	1,0011	1,6E-06
Dispos. dejarlo en 1 mes	1,521	6,9E-03	2,292	1,9E-07	1,364	1,4E-02		
Dispos. fijar día D								
DSM4					0,940	3,1E-02	0,938	2,3E-02
Fagerström			0,882	1,1E-11	0,910	7,0E-09	0,911	1,1E-08
Golberg-Ansiedad	0,956	3,1E-03						
Golberg- Depresión			0,940	5,4E-04	0,922	3,3E-08	0,927	9,8E-07
Estrés total	0,984	2,7E-03						
Consumo de THC	0,687	2,6E-02	0,421	4,2E-04	0,396	1,1E-05	0,337	9,6E-06
Diagn. psiquiátrico	0,808	3,4E-03	0,820	3,4E-02	0,740	5,0E-05	0,741	1,2E-04

V. DISCUSIÓN

Dado el gran número de variables independientes disponibles y el potencial de agrupamiento y asociación que presentan, la discusión de este trabajo se realizará discutiendo la influencia de cada variable, tras haber analizado algunos aspectos más generales de la Unidad.

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

La tasa de abstinencia al año conseguida en la Unidad fue del 32,7%. Aunque estos resultados no están validados con cooximetría, a diferencia de los de los seis primeros meses, que un porcentaje significativo refiera haber recaído en ese periodo sugiere que la abstinencia referida es bastante fiable. De hecho, la pendiente de la curva de cesación aumenta ligeramente entre los 6 y los 12 meses, algo que no tiene por qué ocurrir en el proceso de cesación y que pasaría si los pacientes tendieran a referir más abstinencia de la real.

En relación con la efectividad de las intervenciones de la Unidad, podría decirse que dos tercios de los pacientes que llegan a la Unidad consiguen empezar el proceso de cesación (están abstinentes al menos el día D; ver 1.1) y que la mitad de éstos consigue estar abstinentes un año después. Resumidamente podría decirse que un tercio de los pacientes no empiezan, otro tercio recae y el otro consigue la abstinencia al año (ver columna derecha de la tabla 29).

1.1. ESTAR ABSTINENTE EL DÍA D

Uno de los datos más relevantes de este trabajo es que se ha distinguido a aquellas personas que consiguen estar abstinentes el día D de aquellas que no lo consiguen. Esto, que puede parecer no especialmente relevante, hace que los datos de cesación puedan ser analizados con una perspectiva adicional.

Llama la atención que casi un tercio de nuestra muestra no esté abstinentes el día D. Es una cifra alta, que contrasta con trabajos reciente. Así, Esteban (2016) refiere que prácti-

camente todos sus pacientes comienzan el proceso de cesación, que el 90% refieren estar abstinentes el 7º día y que el 80% refieren estarlo el día 30º. Esta diferencia es justificable, ya que en el estudio de Esteban los participantes eran personas que acudían a sus profesionales de Atención Primaria solicitando ayuda para la cesación y que entraban en el estudio si aceptaban participar; adicionalmente, la medicación era absolutamente gratis para estas personas.

Sin embargo, nuestro caso puede asimilarse más a las circunstancias habituales: son los pacientes quienes han de pagarse la medicación, los pacientes no participan en ningún estudio (aunque se ha solicitado su permiso para utilizar los datos de sus variables) y, en su mayor parte, han sido derivados por sus profesionales sanitarios de referencia, no siendo siempre muy alta su motivación por buscar la cesación.

En cualquier caso, al analizar el proceso de cesación sí que puede ser interesante distinguir entre quienes empiezan (a estar abstinentes) y quienes no.

En nuestra muestra un 21,1% de quienes acuden a la entrevista inicial, en la que rellenan los cuestionarios y se les explica cómo va a ser el proceso de cesación, no vuelve más por la Unidad. Y otro 11,2% sólo acuden a la segunda visita de preparación en la que aún no han dejado de fumar. El análisis comparativo de estos dos grupos (los que sólo acuden a una visita y los que sólo acuden a dos) muestra que son totalmente semejantes en sus características: demográficas, de consumo y de percepciones, así como en los cuestionarios, bien de dependencia, bien de estado de ánimo o bien de análisis de la valoración funcional. Por ello, fueron tratados como un solo grupo.

Un 6,7% de este 32,3% de la muestra refirió telefónicamente mantenerse abstinente al año. Dado que no se contaba con una cooximetría validadora en el 6º mes (ni en los anteriores), estas personas son consideradas “no abstinentes” en todos los resultados.

Sin embargo, contarlos como abstinentes –algo que no se ha hecho- podría tener lógica ya que, como se observa en la figura 99 el patrón de recaída de estas abstinencias referidas telefónicamente es relativamente similar (bastante mayor, en realidad) al que se observa en las cesaciones comprobadas. Por ello, podría ser bastante factible que se aproximaran a la realidad los porcentajes referidos: 27,4% en el día D, 11,1% a los 6

meses y 6,7% a los 12 meses. Si estas personas fueran contadas como abstinentes el porcentaje de cesación total al año de la Unidad (32,7%) que se muestra en la tabla 29 subiría 2,2 puntos porcentuales hasta el 34,9%.

De hecho, aunque no se ha mostrado en el apartado de resultados, quienes no empiezan difieren significativamente de quienes lo hacen en, por ejemplo:

- Edad: son 2,5 años más jóvenes
- N° de cigarrillos/día: fuman 1,5 cig/d más
- Apoyo: refieren menos (8,5 vs. 8,0)
- Máximo n° de días abstinentes en intentos previos: refieren menos (132 vs. 108)
- FTND: puntúan más (6,4 vs. 6,1)
- Goldberg-Depresión total: puntúan más (3,2 vs. 2,7)
- Goldberg-Ansiedad total: puntúan más (4,8 vs. 4,2)
- Estrés percibido: puntúan más (18,2 vs. 16,3%)
- Problemas laborales y familiares: 8 puntos porcentuales más en ambos
- Consumo de THC: consumen más (5,8% vs. 3,2%)
- Diagnóstico psiquiátrico: lo tienen más frecuentemente (44,6 vs. 34,9%),
- así como en diversas variables del análisis funcional.

De manera mucho más importante, y como se muestra en la tabla 36 (que es un resumen de las cinco tablas anteriores), parte de los factores que se muestran como predictores de no conseguir estar abstinentes el día D son diferentes de los que se manifiestan como predictores de no recaer posteriormente.

Así, hay tres variables cuya influencia predictora sólo se manifiesta en este momento, entre quienes empiezan y quienes no:

- el número de intentos realizados anteriormente, que aumenta las posibilidades de comenzar este intento
- la puntuación en la subescala de ansiedad del test de Goldberg, que lo disminuye
- la puntuación en estrés total, que también lo disminuye

En cambio, no influyen en la posibilidad de empezar el intento ni la puntuación en la escala de depresión y en los test de dependencia (sobre todo, el FTND), que influyen

notablemente en la posibilidad de recaer posteriormente y de estar abstinentes a largo plazo.

No conseguir estar abstinentes el día D depende en gran manera del nivel de estrés y ansiedad previo, algo que posteriormente no parece ejercer influencia sobre la cesación. Esto podría tener repercusión cara al abordaje clínico.

Por ello, consideramos que una potencial utilidad de este estudio es mostrar que puede ser conveniente no clasificar a todas las personas que llegan al recurso de tratamiento y que luego no empiezan o recaen como recaídas simplemente, sino distinguir entre quienes comienzan y no comienzan la abstinencia

1.2. CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Como se ha señalado en Métodos, existen cinco criterios fundamentales de derivación a la Unidad: embarazo, presencia de un diagnóstico psiquiátrico, varios intentos previos, patología orgánica grave y “otros” (figura 13).

Las embarazadas se comportan de manera distinta al resto de los grupos, empezando el proceso mucho menos, pero recayendo también menos los seis primeros meses, aunque algo más al año (figura 16)). Este tema ha sido abordado en una tesis anterior (García-Sardina, 2014).

La evolución de las tasas de abstinencia de las personas con un diagnóstico psiquiátrico presenta un perfil diferenciable respecto a los otros tres grupos restantes: empiezan algo menos y recaen algo más. Este tema ha sido específicamente abordado en otro trabajo doctoral (Veiga, 2016).

En relación a la abstinencia, los tres grupos restantes se comportan homogéneamente, no existiendo diferencias entre ellos, aunque sí con los otros dos grupos. En relación a las diversas variables analizadas, difieren en algunas. Dentro de este grupo, los pacientes derivados por otras causas (fundamentalmente, profesionales de colectivos modélicos y familiares de pacientes) tiende a comportarse algo mejor, aunque no de manera significativa, en casi todas las variables y también en la cesación. Así, es el grupo en el que

están menos representadas las personas que recaen una vez que han llegado al día D y sus tasas de abstinencia al año son 4 y 5 puntos porcentuales superiores a los pacientes derivados por *Intentos* o por *Patología orgánica*, respectivamente (aunque esta diferencia no es estadísticamente significativamente).

Quizá este subgrupo de “otros” podría ser considerado como un grupo control representativo de la población general. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que, cara a los análisis de este trabajo, personas derivadas originalmente como “otros” fueron catalogadas en los otros grupos si reunían los criterios correspondientes. Así, en el grupo definido como “otros” en este trabajo” nadie tiene un diagnóstico de patología psiquiátrica ni ha realizado más de dos intentos previos ni presenta una patología orgánica grave. Esto hace que no pueda ser considerado propiamente como un grupo representativo de la población general, ya que presenta algunas características favorables respecto a ésta.

2. INFLUENCIA DE LAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS

2.1. SEXO

Algo bastante inesperado de los resultados de la Unidad es que no existió ni la más mínima diferencia entre hombres y mujeres en la cesación, como puede comprobarse en la figura 59, que muestra la evolución del curso temporal de la abstinencia. Esto ha sido abordado exhaustivamente en otro trabajo doctoral con los resultados de la Unidad (Otero, 2016) y no se discutirá en este trabajo.

Cabe destacar sin embargo que el hecho de que no se encuentren diferencias probablemente se deba a que éstas no existan, al menos, tras el abordaje intensivo y multidisciplinar que se realiza en la Unidad.

2.2. EDAD

En la figura 60 puede comprobarse como la posibilidad de estar abstinentes el día D se relaciona directamente con la edad: son las personas más mayores las que más comien-

zan. Esta diferencia en el día D a favor de las personas de mayor edad se mantiene en parte a los 6 meses, pero desaparece a los 12 meses.

Sin embargo, sí se aprecian diferencias en la cesación en las personas más jóvenes. Los menores de 35 años empiezan menos (9,5 puntos porcentuales) y acaban abstinentes en una menor proporción (6,2 puntos porcentuales). En nuestra Unidad las tasas de cesación en adultos jóvenes son menores cuanto más jóvenes son éstos, algo que se asocia, entre otros factores a la mayor presencia de patología y sintomatología psiquiátrica y a un mayor consumo de THC.

3. INFLUENCIA DE LAS VARIABLES DE CONSUMO

3.1. NÚMERO DE CIGARRILLOS DIARIOS

Respecto al número de cigarrillos se observa que, de media, las mujeres tienden a fumar 4 cigarrillos menos cada día, que en las edades intermedias es cuando el consumo es mayor (figura 21) y que las personas con un diagnóstico psiquiátrico fuman más (figura 22).

Destaca también que las personas que iniciaron el consumo antes de los 15 años tienden a fumar más cigarrillos (figura 26) y que el consumo diario es directamente proporcional a la presencia de síntomas psiquiátricos, tanto de depresión y ansiedad (figura 49c) como de estrés (figura 51c).

A su vez, el número de cigarrillos fumados se correlaciona inversamente con el máximo número de días que se ha conseguido estar abstinentes en un intento previo (figura 31) y directamente con la dificultad percibida de conseguir la cesación (figura 55b).

Dado el tamaño de la muestra, se aprecian diferencias significativas ($1,9 \times 10^{-8}$) en el número de cigarrillos que, de media, fuman quienes consiguen estar abstinentes al año y quienes no (23,7 vs. 26,0), pero no son muy grandes.

Sin embargo, salvo en las probabilidades de comenzar, donde lo es marginalmente, el consumo de cigarrillos no se comporta como variable predictora en los modelos finales

de la cesación. Esto probablemente sea debido a que esta variable ya está incluida en otra variable que sí resulta predictora, el FTND. Efectivamente, 3 de los 10 puntos que es posible obtener en el test de Fagerström derivan de su primera pregunta. Dado que este test resulta predictor de recaída una vez que se ha estado abstinentes el día D y de cesación a los 6 y a los 12 meses, puede deducirse que probablemente el número de cigarrillos es un factor que en nuestra muestra influye en la cesación, algo que se comprueba gráficamente en la figura 62, obtenida a partir de los datos del análisis bivariante.

3.2. EDAD DE INICIO

En nuestra muestra se aprecia que existen diferencias entre hombres y mujeres en la edad en la que se comienza a fumar, tanto en la edad del primer consumo como en la edad en que se empieza a fumar diariamente.

Esto sólo se observa en las personas mayores de 45 años de media al llegar a la Unidad y se debe a que en España antes de 1980 las mujeres empezaban a fumar con mayor edad, tanto mayor cuanto más nos remontamos en el tiempo. Esto se aprecia en la tabla 7 y más gráficamente en la figura 25.

Quienes consiguen estar abstinentes al año probaron su primer cigarrillo 3 meses antes que los que no y empezaron a fumar diariamente 4 meses. Estas diferencias se sitúan en los límites de la significación (una por cada lado), motivo por el cual no se contaron entre las 17 variables, más los fármacos, utilizadas para el análisis multivariante.

Cómo interactúa la edad de inicio con otras de las variables analizadas puede observarse en varias figuras. Se ha mencionada ya su relación inversa con el número de cigarrillos diarios (figura 26). Adicionalmente, quienes empezaron a fumar con menor edad refieren haber estado menos días abstinentes en intentos previos (figura 31) y encontrar más difícil la cesación (figura 55a), puntuando más en los diversos test de dependencia (figura 37), en las dos subescalas del test de Goldberg (figura 49b) y en el test de estrés percibido (figura 51c).

3.3. INTENTOS PREVIOS

El mismo número de personas de nuestra muestra (579, 15,3%) refirió no haber realizado un intento previo y no haber estado abstinente ni un solo día, cifras que podrían no coincidir, ya que hay personas que podrían haber estado abstinentes por causa de fuerza mayor (enfermedad, por ejemplo) y no haberlo intentado; y podía también haber personas que podían referir haberlo intentado, pero que no consiguieron ningún día de abstinencia. En cualquier caso, da la impresión que, si no consiguen un día de abstinencia, los pacientes tienden a referir que no lo han intentado propiamente.

Que un sexto de la muestra refiera no haberlo intentado previamente puede parecer inesperado para una Unidad especializada con los criterios de derivación que están establecidos, aunque debe tenerse en cuenta que un 10,5% de la muestra de estudio aquí está clasificada por el criterio de “otras causas” de derivación. Algo más del 40% de la muestra refirió haber hecho 1 o 2 intentos solamente y también algo más del 40% de la muestra refirió haber hecho 3 o más intentos (figura 28).

Salvo en el caso de quienes lo habían intentado múltiples veces (más de 10), el número de intentos no resultó predictor de cesación, aunque el número de intentos previo era algo superior en quienes estaban abstinentes al año (2,8 vs. 2,6; $p:0,020$).

En la relación con el máximo número de días que se había conseguido estar abstinente en un intento previo, además del grupo de quienes no lo habían intentado o no habían estado ni un solo día abstinentes, la muestra puede dividirse otros cinco grupos con un número similar de pacientes cada uno (figura 30): quienes como mucho habían llegado a la semana, quienes como mucho habían llegado al mes, a los cuatro meses o al año y quienes ya habían conseguido estar más de un año abstinentes.

Cuando se analiza el curso temporal de la cesación de estos cinco grupos (figura 64) se observa cómo, desde el día D hasta el 12^º mes, las tasas de cesación son directamente proporcionales al tiempo que se había conseguido estar abstinente previamente.

Dos cosas más cabe destacar de los resultados mostrados en esta gráfica:

- quienes no habían estado previamente abstinentes no son los que menos abstinencia al año consiguen, sino que se comportan de manera intermedia, de modo similar a quienes habían estado abstinentes previamente entre 8 y 31 días. Es decir, quienes no lo han intentado, tiene mejor pronóstico que quienes lo intentaron y no consiguieron estar muchos días abstinentes. En este grupo, en el único en que realmente se observaron diferencias por sexos: los hombres que nunca lo habían intentado tendían a comportarse mejor que las mujeres que no habían hecho (ver Otero, 2016).

- sólo el 42% de quienes previamente habían conseguido estar más de un año abstinentes, que claramente son los que mejor se comportan (figura 66), consiguieron llegar al año en este intento. Esto es un dato que podría ser conveniente transmitir a los pacientes con el fin de que en los momentos de ambivalencia se esfuercen en mantener la abstinencia conseguida sin pensar que las siguientes serán más fáciles o mejores.

Esta variable se interrelaciona con otras ya referidas: quienes más cigarrillos fuman refirieron haber estado menos tiempo abstinentes en sus intentos previos; lo mismo les ocurría a quienes habían empezado a fumar más jóvenes (figura 31). Probablemente se interrelacione con otras variables, pero esto no se ha analizado en este estudio.

En el análisis bivalente se observa cómo quienes llegan abstinentes al año refieren haber estado más días abstinentes en intentos previos (144 vs. 113), justo un mes de diferencia. Esta importancia se corrobora con el análisis multivariante. De hecho, haber estado más de una semana abstinentes previamente, frente a no haberlo estado, aumenta un 50% las posibilidades de cesación y haber estado un año o más, también frente a no haberlo estado, también lo aumenta en un 50%.

Uno de los resultados más destacables de este estudio es el hecho de que el número máximo de días que se habían conseguido estar abstinentes en un intento previo es uno de los principales predictores de cesación (ver tablas 31-36). Influye tanto en conseguir estar abstinentes el día D como en no recaer con posterioridad; consecuentemente, acaba influyendo en las probabilidades estar abstinentes tanto el 6º como el 12º mes.

Cabe señalar que, dado que el diseño del estudio, no se puede inferir del mismo que las asociaciones estadísticas que se han encontrado sean relaciones causales. Esto puede deducirse del hecho de que los mismos resultados se encuentren en otro tipo de estudios y de que la variable que potencialmente influye anteceda temporalmente a la variable resultado.

El peso de esta variable, su influencia, es en todos los casos al menos del 1‰ por cada día que se hubiera estado (hasta un máximo de 1 año). Con el fin de reducir las dispersiones estadísticas, en casi todos los análisis de este trabajo se estableció un máximo de 365 días para esta variable, se le puso un tope de un año. La excepción es el análisis de la figura 65 en la que se aprecia que el incremento de la cesación aumenta mucho de los 0 días al año y medio de abstinencia previa y se mantiene posteriormente.

3.4. PUNTUACIÓN EN LOS CUESTIONARIOS DE DEPENDENCIA

En este trabajo se ha analizado sistemáticamente la influencia de los cuestionarios de dependencia FTND y DSM-IV y, en ocasiones, se ha contrastado con los datos del componente *Adicción* del test de Russell. De estos tres cuestionarios, el FTND es el que tiende a mostrarse más predictivo o influyente, aunque los resultados son bastante homogéneos con los diversos test.

En la figura 35 puede observarse cómo el número de cigarrillos influye en los diversos test de dependencia. Lógicamente, esta influencia es mayor en el caso del test de Fagerström, ya que el número de cigarrillos diarios está incluido en el test. Esto ocasiona que las puntuaciones sean menores cuando se fuman pocos cigarrillos y mayores cuando se fuman muchos.

La influencia del número de cigarrillos se manifiesta también en la figura 36, ya que el perfil de la curva del FTND se ve influenciado por esta variable, asemejándose a la curva central de la figura 21. Salvo este artefacto central del FTND, se observa que la dependencia tiende a disminuir a medida que aumenta la edad. Esto iría en contra de un endurecimiento de la población fumadora residual, aunque esto también podría interpretarse

como que con la edad las personas más dependientes tienden a acudir menos a solicitar tratamiento, algo que consideramos menos improbable.

Como se ha señalado en 3.2, quienes empezaron a fumar más tempranamente presentan mayor dependencia, algo en principio lógico (figura 37).

Quienes consiguen permanecer abstinentes a los 12 meses puntúan menos en los tres cuestionarios que quienes no empiezan o recaen: 5,8 vs. 6,5 en el FTND, 4,0 vs. 4,3 en el DM-IV y 5,8 vs. 6,0 en el Russell, siendo siempre las diferencias significativas.

Aproximadamente un tercio de nuestra muestra puntúa 8 o más en el FTND, punto de corte que se manifestó como el más predictor de cesación (OR de estar abstinente al año si se puntúa menos de 8: (OR: 1,94 [1,67-2,26])); menos del 25% de la muestra puntuaba por debajo de 5. Cómo se comportan, cara a la cesación a los 12 meses, los pacientes de estos tres grupos (0-4, 5-7 y 8-10 puntos) se observa en la figura 69.

Las seis preguntas del FTND se asociaron con una menor cesación (tabla 23). Destaca la segunda pregunta (figura 70), en la que se aprecia que quienes refieren que no fuman su primer cigarrillo en los cinco primeros minutos tras levantarse tenían más posibilidades de estar abstinentes al año (OR: 1,69 [1,67-2,26]).

Cómo se asocia cada puntuación del FTND con la cesación puede observarse en la figura 67 y, más gráficamente aún, en la 68, en la que se observa que la tasa de cesación a los 12 meses es inversamente proporcional a la puntuación en este test.

Cuatro de las siete preguntas del DSM-IV se asociaron con menores probabilidades de estar abstinente al año (tabla 24). Que tres de ellas no se asociaran pueden deberse a que la cesación no se asocia con esas preguntas en la realidad o a que, tal y como están formuladas, no son válidas. De hecho, el cuestionario que pasamos a los pacientes no ha sido validado en castellano, sino que es una transposición a preguntas de los criterios recogidos en el manual realizado en la Unidad.

En las figuras 72 y 73 se constata de manera gráfica como las tasas de cesación disminuyen a medida que aumenta la puntuación en el test de las preguntas del DSM-IV. El mis-

mo patrón, pero de manera no tan marcada, se aprecia cuando para medir el grado de dependencia se utiliza el componente de *adicción* del test de Russell (figura 74).

El análisis multivariante muestra cómo el grado de dependencia medido por el FTND es predictor de no recaída y abstinencia a largo plazo. Su influencia se sitúa entre el 9 y el 11% por cada punto del cuestionario (según qué se analice) y es la más significativa en todos los casos (p siempre inferior a 10^{-8}).

El cuestionario de DSM-IV utilizado también resulta predictor de cesación a largo plazo (especialmente en los hombres), aunque su influencia es algo menor que la del FTND (6% por punto) y menos significativas (superior a 10^{-2}).

En cualquier caso, con ambos cuestionarios (FTND y DSM-IV) se aprecia que el grado de dependencia no influye en las posibilidades de conseguir estar abstinentes el día D, pero sí en conseguir permanecer abstinentes a largo plazo, algo muy coherente con la propia definición de trastorno por uso de sustancias o dependencia (DSM-IV, 2000; CIE -10, 2010).

Quizá la manera más gráfica de observar cómo el grado de dependencia influye en la cesación es la que se ha conseguido en la figura 75. En ella se han sumado las puntuaciones de los tres cuestionarios utilizados (máximo de 26 puntos) contrastándolas con la tasa de abstinencia a los 12 meses. Se observa que puntuaciones globales menores de 10 tienden a asociarse con menores cesaciones, aumentando la pendiente a partir de los 22 puntos: la cesación pasa del 40% para valores de 10 o menos del 20% en los valores altos de esta escala nuestra.

3.5. SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

La puntuación en la subescala de depresión del test de Goldberg es otro de los factores que en el análisis multivariante se asocia negativamente con la cesación. Como ya se ha comentado en 1.1, no influye en si se consigue llegar al día D, pero sí en si se recae o en si se permanece abstinentes a largo plazo (a los 6 y a los 12 meses). Cuantitativamente su influencia es menor que la del FTND, de 6% a 8% por punto de la escala, pero es también muy significativa (ver tabla 36 y anteriores).

El análisis bivariante muestra que responder positivamente a cualquiera de las nueve preguntas de este test se asocia significativamente con una menor probabilidad de estar abstinentes a los 12 meses (OR entre 0,60 y 0,84). Puntuar 0 frente a puntuar 4 en las preguntas de cribado aumenta un 95% las probabilidades de cesación al año.

Las figuras 79 y 80 recogen gráficamente estos hechos. Especialmente en ésta última se aprecia que, mientras que la tasa de cesación al año de quienes puntúan de 0 a 2 en esta escala están rondando el 40%, las de quienes muestran las puntuaciones más altas están algo por encima del 20%.

Las figuras 45 y 46 muestran la distribución de puntuaciones en esta escala, en las preguntas de cribado y en total. Como se ha señalado indirectamente en los resultados las mujeres puntúan un 16-18% más que los hombres en esta subescala de depresión. En la figura 49 se comprueba cómo las puntuaciones en esta subescala de depresión (líneas azules) se mantienen bastante estables a lo largo de la vida, tienden a ser algo mayores en quienes comenzaron a fumar antes y son directamente proporcionales al número de cigarrillos diarios fumados.

En la tabla 13 se comprueba que, de manera bastante lógica, las personas que acuden a la Unidad con un diagnóstico psiquiátrico tienden a puntuar más en este test que quienes carecen de un diagnóstico de este tipo. Aunque esto es cierto, en la tabla 37 se observa cómo hay personas sin diagnóstico psiquiátrico y con puntuaciones altas en depresión y viceversa: personas con diagnóstico psiquiátrico (actual o pasado) y puntuaciones bajas en esta subescala de escala. Puede también observarse que quienes consumen THC, independientemente de que presenten un diagnóstico psiquiátrico o no, tienden a puntuar también más alto.

Tabla 37. Porcentaje de pacientes sin y con diagnóstico psiquiátrico y de consumidores de THC (con y sin diagnóstico psiquiátrico, THC) según sus puntuaciones en la subescala de depresión del Goldberg: (izquierda) preguntas de cribado; (derecha) total de preguntas.

	Sin	Con	THC		Sin	Con	THC
0	42,3%	27,4%	28,7%	0	25,5%	15,8%	22,0%
1	25,4%	23,7%	24,2%	1	18,7%	14,1%	17,0%
2	13,4%	16,3%	14,6%	2	13,6%	9,6%	12,2%
3	9,0%	15,0%	12,7%	3	10,8%	12,2%	11,3%
4	9,8%	17,6%	19,7%	4	9,9%	11,0%	10,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	5	6,8%	11,7%	8,5%
				6	5,5%	9,7%	7,0%
				7	5,5%	7,8%	6,3%
				8	2,7%	5,9%	3,9%
				9	0,8%	2,2%	1,3%
				Total	100,0%	100,0%	100,0%

3.6. ANSIEDAD Y ESTRÉS

Como se ha señalado en 1.1, el análisis multivariante muestra cómo las puntuaciones obtenidas en la subescala de ansiedad del test de Goldberg y en el test de estrés percibido no se relacionan con la posibilidad de recaer una vez empezado ni con la de estar abstinente a largo plazo, pero sin embargo sí que se asocian con las de conseguir estar abstinente al menos el día D, siendo su influencia en este caso de 4,4% por punto (máximo 9) en la escala de ansiedad del Goldberg y de 1,6% por punto (máximo 40) en el test de estrés percibido.

El análisis bivariante muestra que responder positivamente a una cualquiera de las 9 preguntas de este test se asocia significativamente con una menor probabilidad de estar abstinente a los 12 meses (OR entre 0,70 y 0,85). De hecho, se observa que puntuar 0 frente a puntuar 4 en las preguntas de cribado aumenta un 75% las probabilidades de cesación al año.

Las figuras 81 y 82 recogen gráficamente estos hechos. Las diferencias no son tan grandes como con la subescala de depresión, pero se aprecia que, mientras que la tasa de cesación al año de quienes puntúan poco en esta subescala están por debajo del 40%, las de quienes muestran las puntuaciones más altas están por debajo del 20%.

Las figuras 47 y 48 muestran la distribución de puntuaciones en esta escala, en las preguntas de cribado y en total. En el total se observa que, a diferencia de las puntuaciones

en depresión cuya prevalencia disminuía a medida que aumentaba la puntuación, aquí no ocurre así. Como se ha señalado indirectamente en los resultados las mujeres puntúan un 14-16% más que los hombres en esta subescala de ansiedad. En la figura 49 se comprueba cómo las puntuaciones en esta subescala de ansiedad (líneas rojas) tienden a disminuir con la edad, son mayores en quienes comenzaron a fumar antes y, aunque con menor intensidad que con las puntuaciones de depresión, son directamente proporcionales al número de cigarrillos diarios fumados.

En la tabla 14 se comprueba que, de manera bastante lógica, las personas que acuden a la Unidad con un diagnóstico psiquiátrico tienden a puntuar más en este test que quienes carecen de un diagnóstico de este tipo. Aunque esto es cierto, en la tabla 38 se observa cómo hay personas sin diagnóstico psiquiátrico y con puntuaciones altas en ansiedad y viceversa. Quienes consumen THC, independientemente de que presenten diagnóstico psiquiátrico o no, tienden a puntuar entre ambos grupos.

Tabla 38. Porcentaje de pacientes sin y con diagnóstico psiquiátrico y de consumidores de THC (con y sin diagnóstico psiquiátrico, THC) según sus puntuaciones en la subescala de ansiedad del Goldberg: izquierda) preguntas de cribado; derecha) total de preguntas.

	Sin	Con	THC		Sin	Con	THC
0	30,8%	20,2%	15,9%	0	9,8%	7,4%	8,9%
1	12,7%	12,0%	11,5%	1	11,1%	6,8%	9,6%
2	16,8%	13,3%	14,6%	2	11,2%	8,2%	10,1%
3	15,8%	20,6%	19,1%	3	11,2%	8,6%	10,3%
4	23,9%	33,9%	38,9%	4	11,7%	8,6%	10,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	5	11,2%	12,1%	11,5%
				6	11,3%	12,8%	11,8%
				7	9,6%	16,2%	11,9%
				8	7,3%	9,3%	8,0%
				9	5,6%	10,0%	7,2%
				Total	100,0%	100,0%	100,0%

Los resultados en el test de estrés percibido son prácticamente similares a los obtenidos en la subescala de ansiedad del test de Goldberg. Se acaba de comentar sus efectos sobre las probabilidades de estar abstinente el día D.

El análisis bivariante muestra que responder positivamente a una cualquiera de las 6 preguntas de “estrés negativo” de este test se asocia significativamente con una menor probabilidad de estar abstinentes a los 12 meses, por lo que la puntuación en estrés negativo es altamente predictora de cesación en este análisis ($p:6,5 \times 10^{-11}$, incremento de un 13%). De las 4 preguntas de “estrés positivo” una se asocia con la cesación y dos están en el límite de la significación; el total de estas cuatro preguntas se asocia con la cesación ajustadamente ($p:0,005$, incremento del 3,5%). La suma de ambos componentes -estrés total- resulta lógicamente significativa ($3,6 \times 10^{-9}$), observándose un incremento del 11%. De hecho, se observa que las probabilidades de cesación al año son un 46% más altas en quienes puntúan por debajo de 20 que en quienes puntúan más (en nuestro análisis la escala va de 0 a 40).

Las figuras 83 y 84 recogen gráficamente estos hechos. Especialmente en esta última se aprecia cómo la cesación el día D, a los 6 y a los 12 meses disminuye sensiblemente a partir de una puntuación de 12.

La figura 50 muestra la distribución de puntuaciones totales en esta escala y en la figura 51 se comprueba cómo la puntuación de estrés total (líneas negras) disminuye significativamente con la edad, es algo mayor en quienes empezaron a fumar más tempranamente y aumenta ligeramente con el número de cigarrillos fumados diariamente.

En la tabla 15 se comprueba que, de manera bastante lógica, las personas que acuden a la Unidad con un diagnóstico psiquiátrico tienden a puntuar un 20% más en este test que quienes carecen de un diagnóstico de este tipo. Aunque esto es cierto, en la tabla 39 se observa cómo hay personas sin diagnóstico psiquiátrico y con puntuaciones altas en estrés percibido y viceversa. Quienes consumen THC, independientemente de que presenten diagnóstico psiquiátrico o no, tienden a puntuar como quienes presentan un diagnóstico psiquiátrico.

Tabla 39. Porcentaje de pacientes sin y con diagnóstico psiquiátrico y de consumidores de THC (con y sin diagnóstico psiquiátrico, THC) según sus puntuaciones en la subescala de estrés negativo del test de estrés percibido.

	Sin	Con	THC
0-9	44,0%	32,4%	31,2%
10-13	26,5%	24,7%	19,1%
14-17	17,8%	21,6%	22,3%
18-21	9,1%	14,1%	21,7%
22-24	2,6%	7,3%	5,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

El efecto conjunto sobre la cesación de las puntuaciones en ambas subescalas de Goldberg y la puntuación en el test de estrés percibido (dividida entre cuatro para no sobreestimar su peso) se comprueba en la figura 85: puede apreciarse cómo la tasa de cesación al año pasa de un 40% al 20% a medida que aumenta el total de puntuación.

Si a esta elaboración nuestra se suma el efecto de la figura 75, que representa la influencia de las puntuaciones en los tests de dependencia, se observa cómo el pronóstico de las personas con mucha dependencia y mal estado anímico es mucho peor que el de quienes no reúnen estas características (figura 86): las cesaciones bajan del 40% al 10%.

3.7. OTRAS CUESTIONES RELACIONADAS CON EL ESTADO ANÍMICO

Muestran su acuerdo con la afirmación “*Estoy con buena moral actualmente*” el 75,8% de quienes consiguen la abstinencia al año y el 68,3% de quienes no. La OR de conseguir estar abstinentes al año si se responde afirmativamente a esta simple pregunta es de 1,45 [1,24-1,70].

Muestran su acuerdo con la afirmación “*Actualmente no tengo muchos problemas en el trabajo*” el 78,4% de quienes consiguen la abstinencia al año y el 74,2% de quienes no. La OR de conseguir estar abstinentes al año si se responde afirmativamente a esta pregunta es de 1,26 [1,07-1,49].

Muestran su acuerdo con la afirmación “*Actualmente no tengo muchos problemas en el plano familiar*” el 80,4% de quienes consiguen la abstinencia al año y el 74,6% de quienes no. La OR de conseguir estar abstinentes al año si se responde afirmativamente a esta pregunta es de 1,39 [1,18-1,65].

Estas preguntas potencialmente predictivas (Métodos 4.4.1) reflejan una de las características más propias de todos los resultados obtenidos en este trabajo: muchas variables y circunstancias ejercen influencia -positiva o negativamente- sobre la cesación, pero ninguna de ellas es absoluta, patognomónica podría decirse. Estadísticamente se ve que dejan menos de fumar quienes están con mala moral o tienen problemas laborales o familiares (o quienes tienen más dependencia o más síntomas depresivos o ansiosos), pero de manera sistemática se comprueba que ninguno de estos aspectos acaba resultando definitorio: personas con problemas laborales o familiares o con mucha dependencia o con altas puntuaciones en depresión, estrés o ansiedad, o con trastorno bipolar, etc. son capaces de mantenerse abstinentes a largo plazo y muchas de ellas, de hecho, lo consiguen. Se volverá sobre este tema al final de la discusión.

3.8. VARIABLES RELACIONADAS CON EL ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA

Las puntuaciones medias de los componentes del test de Russell varían grandemente. El componente que menos influye es, sin ninguna duda, el de *Imagen* que, en una escala de 0 a 9 (como todos) presenta una puntuación media inferior a uno. Los que más asociados están a la conducta son el de *Sedación* y el de *Indulgencia*, con puntuaciones de 6,8 y 5,7, respectivamente. Sin embargo, que un tipo de estímulos estén asociados a la conducta no implica que influyan en la cesación (ver tabla 25).

De hecho, en el análisis bivariante se comprueba que estos dos factoriales son los dos únicos que no están asociados significativamente a la cesación al cabo de un año: muchas personas refieren fumar más en circunstancias asociadas a estados de ánimo negativos o placenteras, pero esto no parece influir en su capacidad de dejar de fumar. El componente del test de Russell más asociado con la cesación a largo plazo es el de

Adicción, algo que puede comprobarse en la tabla 26, en la que se incluyen la influencia de los factoriales encontrados tras el análisis conjunto de todas las preguntas de antecedentes y consecuentes que se formulan en la Unidad. Se ve cómo, además de *Adicción*, el factorial de *Sociabilidad*, es el que más asocia con la cesación.

Las figuras 39 y 40 muestran la asociación entre los diversos componentes del test de Russell (*Adicción* se ha mostrado previamente) con la edad de inicio y con el número de cigarrillos. Al igual que en muchas otras variables, quienes empezaron a fumar más tempranamente tienden puntuar más, al igual que lo hacen quienes fuman un mayor número de cigarrillos.

Más relevancia cara a la cesación parece tener la percepción de autoeficacia, percepción de control ante determinadas situaciones. Esta percepción tiende a ser baja en las circunstancias en las que el consumo se asocia a estado de ánimo negativos (figura 42) y muy alta –aunque no para todas en las personas, en circunstancias asociadas a imagen personal y peso (figura 44); el grado de autoeficacia en circunstancias que podrían denominarse de sociabilidad es intermedio entre las dos anteriores (figura 43).

Como se aprecia en la tabla 27, la capacidad percibida de resistir ante el estímulo de quienes mantenían la abstinencia a los 12 meses es mayor que la de quienes no la mantenían (en un caso la diferencia no es significativa). La influencia de cada uno de los tres factoriales sobre la cesación se muestra en la figura 78, observándose cómo la cesación tiende a disminuir a medida que se refiere menor capacidad de resistencia.

4. DISPOSICIÓN Y EXPECTATIVAS

4.1. DISPOSICIÓN A DEJARLO EN UNA FECHA PRÓXIMA

Menos del 1% de la pacientes atendidos en la Unidad refirieron al llegar a la misma que no estaban dispuestos a intentar dejar de fumar en el plazo de seis meses, algo bastante lógico ya que se trata de una Unidad en la que se supone que la gente es derivada con el

objetivo de dejar de fumar. Al cabo de un año estas personas no habían dejado de fumar significativamente menos que las que el 99% que refirió estar dispuesto.

Sí se encontraron diferencias, en cambio, en las tasas de cesación de quienes refirieron al llegar a la Unidad que no estaban dispuestos a dejar de fumar en un mes (4,7% de la muestra) o que no estaban dispuestos a fijar un día para dejar de fumar (7,6% de la muestra). Las figuras 95 y 96 muestran las diferencias en la tasa de cesación al año entre quienes respondieron afirmativa y negativamente a estas dos preguntas. De hecho, las OR de estar abstinentes al año de quienes respondían afirmativamente (frente a quienes respondían negativamente) fueron 1,88 [1,29-2,74] para la pregunta de estas dos preguntas y de 1,68 [1,26-2,24] para la segunda.

Aunque ambas preguntas fueron incluidas en el análisis multivariante, sólo resultó predictora la disposición a dejar de fumar en un mes (tabla 36 y anteriores): responder afirmativamente a esta pregunta incrementa algo más de un 50% la probabilidad de estar abstinentes el día D y más del doble la probabilidad de no recaer entre el día D y el 6º mes; sin embargo, la pregunta no entra en el mejor modelo predictor de cesación a los doce meses.

4.2. PERCEPCIÓN DE DIFICULTAD Y POSIBILIDAD

La percepción media de dificultad (respuesta en una escala de 0 a 10 a la pregunta *¿Qué grado de dificultad tiene en dejar de fumar?*) en nuestra muestra es de 8,2, siendo la moda el valor máximo, el 10 (figura 52). Esta percepción fue ligeramente mayor (8,3 vs. 8,0) en quienes al cabo de un año no consiguieron estar abstinentes.

Esta percepción de dificultad se asocia directamente con el número de cigarrillos diarios y es mayor en quienes empezaron a fumar más jóvenes (figura 55). En la figura 89 se observa cómo una mayor percepción de dificultad se asocia con una menor abstinencia, aunque la relación no es absolutamente lineal.

La percepción media de posibilidad (respuesta en una escala de 0 a 10 a la pregunta *¿Hasta qué punto cree posible que usted no fume durante un año?*) en nuestra muestra es de 6,1, estando la moda en el 5 (figura 53). Esta percepción fue ligeramente mayor (6,4

vs. 6,0) en quienes consiguieron estar abstinentes al cabo de un año. En la figura 55 se observa cómo esta percepción de posibilidad se asocia inversamente con el número de cigarrillos diarios y no con la edad de inicio en el consumo. En la figura 91 se observa cómo la percepción de posibilidad influye en la abstinencia, estando ambas directamente relacionadas. También se aprecia como una percepción de posibilidad total (10 sobre 10) no obtiene mejores resultados que algunas puntuaciones inferiores.

Aunque ambas variables, percepción de dificultad y de posibilidad, se utilizaron para el análisis multivariante, ninguna de las dos resultó predictora de cesación (tabla 36).

4.3. PERCEPCIÓN DE APOYO FAMILIAR

Más de dos tercios de nuestra muestra respondieron con un 10 a la pregunta *¿Qué grado de dificultad tiene en dejar de fumar?* (en una escala de 0 a 10). La puntuación media en la muestra es de 8,4, siendo algo menor en las personas con un diagnóstico psiquiátrico y en las mujeres de mayor edad.

Esta percepción fue significativamente mayor (8,7 vs. 8,1) en quienes consiguieron estar abstinentes al cabo de un año. De hecho, la OR de estar abstinentes al año de quienes refieren un máximo de apoyo (frente al resto) es de 1,27 [1,09-1,48] y, de manera más interesante, la OR de no estar abstinente de al año de quienes refieren nada de apoyo (4,7% de la muestra; frente al resto) es de 2,26 [1,68-3,04].

La figura 93 muestra cómo las tasas de cesación se incrementan a medida que aumenta el grado de apoyo familiar referido. Llama la atención que dónde se observa las diferencias es propiamente con las personas que refieren no tener ningún apoyo familiar en el proceso de cesación: la figura 94, que compara la evolución temporal de las tasas de cesación entre quienes refieren 0, 5 y 10 de apoyo, muestra gráficamente esto.

Este es otro de los resultados más relevantes de este trabajo. Tras realizar el análisis multivariante, se observa que la percepción de apoyo familiar es predictor de cesación, algo que puede apreciarse en todos los momentos de la cesación analizados: se asocia con una mayor probabilidad de estar abstinente el día D, con una menor probabilidad de

recaída entre el día D y el 6º mes, con una menor probabilidad de recaída entre el 6º y el 12º mes y, consecuentemente, con una mayor probabilidad de estar abstinentes tanto en el 6º como en el 12º mes. El peso de este factor se sitúa entre el 4% y el 6% por punto.

5. VARIABLES RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO

5.1. FORMATO DE INTERVENCIÓN

Las mujeres tenían una 50% más de posibilidades de escoger el formato grupal que los hombres (18,9% vs. 13,4%; $p:5,5 \times 10^{-6}$). Quienes escogieron el formato grupal acudieron a un mayor número de sesiones (4,9 vs. 4,2; $p: 1,4 \times 10^{-9}$).

No se apreciaron diferencias en la cesación al año según el formato de intervención. Sin embargo, quienes escogieron el formato grupal empezaron más y recayeron menos durante los seis primeros meses (tendencias no significativas), recayendo significativamente más entre el 6º y el 12º, lo que hizo que las tasas de abstinencia al año fueran similares en ambos grupos.

5.2. NÚMERO DE SESIONES

Al analizar el número de sesiones han de tenerse en cuenta dos factores de confusión claves: 1) todas las circunstancias que modifiquen el porcentaje de pacientes que llegan abstinentes al día D modifican consecuentemente el número de sesiones a las que se atiende; 2) todas las circunstancias que se asocien con una mayor porcentaje de recaídas en las primeras semanas también lo hacen. Por ello, es difícil encontrar grupos homogéneos en los que se pueda comparar esta variable.

Uno de ellos es el grupo de personas que estaban abstinentes al 6º mes. Como se ha indicado en resultados, el número de sesiones a las que se asistió es una de las pocas variables que se asociaron con la probabilidad de recaer entre el 6º y el 12º mes. Quienes llegaron abstinentes al 6º mes y recayeron posteriormente asistieron de media a un 10% menos de sesiones que quienes consiguieron mantenerse abstinentes hasta el 12º mes.

5.3. ACEPTACIÓN DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Como se ha indicado en resultados, las OR de no estar abstinentes al año de quienes no aceptaron tomar medicación en su intento de cesación (2,2% de la muestra) fue de 2,88 [1,55-5,33]. Esto no debe interpretarse como un efecto de la medicación, sino probablemente indica que:

- 1) el hecho de referir no estar dispuesto a aceptar la medicación puede ser señal de una peor disposición para intentar dejar de fumar; de hecho, el 79,3% de estas personas no estaba abstinentes el día D frente al 34,4% en el resto de la muestra.
- 2) parte de estas personas refieren encontrar más fácil el proceso de dejar de fumar; de hecho, la percepción de dificultad referida fue menor en estas personas (7,2 vs. 8,4; $p:0,014$).

5.4. FÁRMACO UTILIZADO EN LA CESACIÓN

Como se ha indicado en *Métodos*, la práctica totalidad de la muestra recibió, junto con el fármaco primario, TSN en formas de liberación puntual (chicles o comprimidos para chupar). Por ello, cuando en este apartado –y en todo este trabajo– se hace referencia al fármaco que se prescribió o a su la efectividad debe tenerse en cuenta que siempre se hace referencia implícita a “prescrito de forma combinada con formas puntuales de liberación de TSN”, aunque no se mencione explícitamente.

No se observaron diferencias entre las diversas modalidades puntuales de TSN, por lo que se tratan como un grupo homogéneo. Adicionalmente, en este apartado no se hace referencia al pequeño porcentaje de pacientes (2,8% del total de la muestra) que sólo recibieron formas de liberación puntual de TSN y ninguno de los tres fármacos de acción más mantenida (parches de nicotina, bupropión o vareniclina). Esto fundamentalmente por dos razones: 1) su pequeño número, lo cual conlleva una gran variabilidad estadística; y 2) porque es un grupo con especiales características frente al resto de la muestra: fuman 5 cig/d menos, refieren 2 puntos menos de dificultad, han estado algo más de un mes más abstinentes en intentos previos, puntúan menos en el DSM-IV y también en el FTND (1,9 puntos), refieren tener menos problemas y familiares, su prevalencia de tras-

tornos psiquiátricos es 8 puntos porcentuales menor y acuden a un menor número de sesiones.

En relación a los tres fármacos primarios, se observa que el porcentaje de personas al que se les prescribe bupropión (<7%) es claramente inferior al resto (36% parches y 52% vareniclina), porcentaje que tiende a disminuir con el tiempo. Esto hace que los datos del bupropión se caractericen por unos estadísticos de dispersión mucho más amplios que los otros dos fármacos, dificultando encontrar diferencias allá donde las haya.

El curso temporal de las tasas de abstinencia obtenidas con los tres fármacos se muestra en las figuras 98 y 99. Comparando el perfil de las curvas con los datos de las tablas 29 y 30 puede apreciarse que:

1) el porcentaje de pacientes que recibe parches y que abstinentes el día D es significativamente menor que el de la vareniclina y el bupropión. Este menor porcentaje de personas abstinentes el día D es responsable de la mayor parte –aunque no de todo- del menor efecto que se encuentran con los parches.

La menor efectividad de los parches en relación a la vareniclina y al bupropión podría deberse a diversas razones: a) llevan más tiempo comercializados en el mercado, lo que podría ocasionar que un mayor número de personas prefiera probar fármacos diferentes y novedosos, con el consiguiente valor añadido del efecto placebo de “lo nuevo”; b) el contenido en nicotina de los parches podría influir en las personas fumadoras a la hora de elegir una ayuda farmacológica y hacerles pensar que son mejores las medicaciones no nicotínicas, cuestión resaltada subrepticamente en la promoción comercial de los nuevos preparados; c) se ha señalado también la posibilidad de que existan personas fumadoras que no consideren propiamente medicamentos a los parches de nicotina puesto que no se administran por vía oral (“no son pastillas”) y tiendan a infrautilizarse por minusvalorar su eficacia, con lo que sus efectos acaban siendo menores (Salvador & Ayesta, 2009).

No obstante, quizá la principal razón sea que, a diferencia de bupropión y vareniclina, que se comienzan a utilizar entre 7 y 10 días antes del día D, los parches de nicotina se usan por primera vez el día D. Es posible que si los parches se comenzaran pre-cesación

(antes del día D), al igual que el resto de medicaciones no nicotínicas, su efectividad fuera mejor. Esto es lo que se puede deducirse, aunque los resultados no son inequívocos de tres revisiones sobre el tema (Shiffman & Ferguson, 2008; Lindson & Aveyard, 2011; Stead et al., 2012).

2) los resultados con vareniclina son superiores a los de los parches en todos los puntos de la curva; y en los tres periodos analizados (tabla 26). En el análisis bivariante se encuentra una efectividad un 42% superior, efectividad que disminuye al 23% tras realizar el análisis multivariante, pero que es altamente significativa (LC95%: 1,14-1,33). Esta disminución quizá sea atribuible a la mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en las personas que reciben parches.

Aunque los metanálisis de Eisenberg et al. (2008) y de Cahill et al. (2012) concluyeron que la evidencia era insuficiente para determinar que la vareniclina es superior a TSN, estudios más recientes tienden a encontrar que la efectividad de la vareniclina es superior a la de la TSN, al menos, aplicada en monoterapia (Brose et al., 2011; Kralikowa et al., 2013; Kotz et al., 2014; Hsueh et al., 2104, 2015), algo que corroboraría los datos sobre eficacia que se poseen y que claramente concuerda con lo encontrado en nuestro estudio.

Aunque el metaanálisis de Cahill et al. (2012) concluyó que vareniclina es más efectiva que bupropión, en el resumen de la evidencia de realizado por Patnode et al. (2015) encontraron que diversos estudios mostraron efectos más favorables para vareniclina en comparación con bupropión, aunque no todos fueron estadísticamente significativos, conclusión similar a la de Eisenberg et al. (2008), quienes observaron que, si bien las tasas de cesación fueron superiores para vareniclina que para bupropión, las diferencias no llegaron a alcanzar el nivel de significación habitualmente aceptado.

3) el bupropión tiende a comportarse algo mejor que los parches, pero las diferencias sólo son significativas en el día D. En el análisis multivariante la OR de mayor cesación al año, que era de 1,30 en el bivariante, pasa a 1,34, pero la significación no alcanza el nivel de significación habitualmente aceptado (p:0,055).

6. VARIABLES CLÍNICAS

Otros dos factores se muestran altamente predictores de cesación en nuestra muestra. Aunque su análisis más sistemático se ha realizado en otro trabajo doctoral (Veiga, 2016), no pueden dejar de mencionarse aquí. Estos dos factores son la presencia de un diagnóstico psiquiátrico y el consumo concomitante de THC, factores ambos que se asocian con menores tasas de abstinencia en cualquiera de los momentos en el que se analiza la cesación y con una mayor probabilidad de recaída

6.1. DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

Algo más de un tercio de la muestra (35,7%) presenta un diagnóstico psiquiátrico. En la figura 16 puede comprobarse cómo el curso temporal de la abstinencia de las personas que previamente han sido diagnosticadas de un trastorno psiquiátrico se caracteriza por presentar valores inferiores en todos sus puntos: consideradas como un grupo, estas personas dejan menos de fumar. No obstante, no son un grupo homogéneo; se observan diferencias entre ellas según cuál sea el trastorno: los resultados de quienes padecen un trastorno psicótico sin ningún otro diagnóstico, por ejemplo, son similares a las de las personas sin patología psiquiátrica diagnosticada; las peores tasas de cesación se observan en quienes padecen trastorno bipolar, han tenido un trastorno por uso de sustancias o presentan dos o más diagnósticos psiquiátricos (Veiga, 2016).

La presencia de un diagnóstico psiquiátrico se muestra en el análisis multivariante como predictor independiente de cesación asociándose negativamente con ella. Así, quienes tienen un diagnóstico psiquiátrico presentan:

- un 19% menos de probabilidad de estar abstinentes el día D
- un 18% más de probabilidad de recaer entre el día D y el sexto mes
- un 26% menos de probabilidad de estar abstinentes a los 6 meses o al año

Independientemente del propio diagnóstico psiquiátrico, estas personas presentan valores en diversas variables que se asocian con una menor cesación. Así,

- puntúan más en ambos test de dependencia, en el FTND y en el DSM-IV

- puntúan más en todos los test relacionados con el estado anímico (Goldberg-Depresión, Goldberg-Ansiedad y estrés percibido)
- tienen más probabilidades de referir poco apoyo familiar
- tienen más probabilidades de referir estar dispuestas a dejar de fumar en un mes

El único factor predictor en el que no presentan un perfil desfavorable es en el de máximos números de días de abstinencia conseguido en un intento previo, que es similar al de las personas psiquiátricas, al igual que también lo son el número de intentos previos realizados y hace cuánto que se realizó el último, algo que indica que estas personas no están menos dispuestas a dejar de fumar que el resto de la muestra de nuestra Unidad.

6.2. CONSUMO DE THC

Sólo un 4,2% de la muestra (6,2% de los hombres y 2,4% de las mujeres) refieren consumir derivados cannábicos al acudir a la Unidad en busca de tratamiento para dejar de fumar. Sin embargo, se observa cómo estas personas presentan resultados muchos bajos que cualquier paciente con otras características.

El análisis multivariante muestra cómo el consumo de THC es la variable que más influye en la cesación, disminuyendo grandemente las probabilidades de conseguirla. Quienes refieren consumir THC tienen:

- un 31% menos de probabilidad de estar abstinentes el día D
- un 58% más de probabilidad de recaer entre el día D y el sexto mes
- un 60% menos de probabilidad de estar abstinentes a los 6 meses
- un 67% menos de probabilidad de estar abstinentes a los 12 meses

Adicionalmente, las personas que consumen THC presentan un perfil más desfavorable en las variables que se asocian con la cesación. Presentan más frecuentemente un Independientemente de que tengan un diagnóstico psiquiátrico o no (el 48% lo tiene), el perfil de estas personas es similar al de las personas con un diagnóstico psiquiátrico; de hecho, en el total de variables analizadas en los consumidores de THC no existe ninguna diferencia entre quienes tienen un diagnóstico psiquiátrico y quienes no.

Dentro de este perfil desfavorable, además de las puntuaciones en los síntomas psiquiátricos, se encuentran mayor dependencia, menor apoyo y, sobre todo, un menor tiempo de abstinencia previa (76 días frente a 125 del resto de la muestra); no refieren, sin embargo, una menor disposición para dejar de fumar en el próximo mes.

Otro de los resultados claves de nuestra muestra, aspecto que se analiza más en profundidad en otro trabajo doctoral, pero que repercute grandemente sobre el abordaje de los pacientes de nuestra Unidad, es que el consumo concomitante de cannabis es uno de los factores que debe ser tenido en cuenta, tanto en el abordaje clínico de los pacientes como en el análisis de los datos, ya que de nuestros estudios se deduce que éste es uno de los principales factores confusores que se observan en los pacientes fumadores.

7. LIMITACIONES DE ESTE ESTUDIO

Este estudio presenta una serie de limitaciones que conviene tener en cuenta al analizar sus resultados e intentar extrapolarlos.

La primera es que se trata de un estudio observacional con la posible vulnerabilidad al efecto de los factores de confusión. Este hecho se intenta minimizar utilizando un análisis multivariante. Al no ser un ensayo clínico controlado, la causalidad de las asociaciones propuesta tiene menor fuerza.

La segunda de las limitaciones que se puede atribuir al trabajo es que no consta la adherencia de los pacientes a los tratamientos prescritos. La adherencia a las indicaciones terapéuticas, en general, y a los tratamientos farmacológicos en particular, está descrita como uno de los principales factores pronósticos de cesación (Vangeli et al., 2011; Esteban, 2016). En tabaco es frecuente encontrar una baja adhesión a la prescripción farmacéutica en población general (Hyland et al., 2006; Burns y Levinson, 2008; Salvador y Ayesta, 2009; Balmford et al., 2011). Lo ideal hubiera sido objetivar la adherencia a las pautas farmacéuticas prescritas, pero el simple hecho de indagar en ellas y obtener un informe subjetivo de los pacientes respecto a ellas podría haber sido útil también. En cualquier caso, cara a realizar la efectividad de la intervención, que

dependen de cómo se comportan los pacientes en la vida real, el análisis de la adherencia no es tan relevante.

Además no haber analizado este factor predictor de cesación, hay algunos otros potenciales factores predictores que tampoco se han tenido en cuenta porque no se recogen en la historia clínica que se realiza en la Unidad, como son el nivel de estudios o el nivel socio-económico.

Una tercera limitación es que, al tratarse de una unidad especializada a la que son derivadas personas fumadoras siguiendo unos criterios de derivación protocolizados (ver *Métodos*), los resultados obtenidos pueden no ser totalmente extrapolables a la población general, ya que su consumo puede presentar alguna diferencia relevante respecto a las personas que se considera necesario que reciban un tratamiento más intensivo.

El subgrupo de pacientes derivados por *otras causas* podría servir en cierto modo como grupo representativo de la población general, pero al haber eliminado de este grupo a aquellos que presentaban alguno de los otros criterios de derivación, este subgrupo probablemente presente un sesgo favorable hacia menor prevalencia de factores pronósticos negativos.

Una cuarta limitación es la falta de confirmación de la abstinencia por cooximetría u otros marcadores biológicos a los doce meses. No obstante según las directrices de la *Society for Research on Nicotine and Tobacco* (SNRT, 2002), la abstinencia declarada puede considerarse válida en este tipo de estudios y la mayoría de publicaciones que revisan la validez de la auto-declaración de abstinencia señalan que el porcentaje de falsos negativos es inferior al 10% (Barrueco et al., 2005). Por ello se estima que la fiabilidad de la respuesta es habitualmente elevada y debe ser tenida en cuenta (Carreras et al., 2007; West et al., 2007; Wong et al., 2012) han encontrado también que en este tipo de estudios las tasas de abstinencia referidas se ajustan a las validadas y que no existe el tipo de sesgo que se observa en los ensayos clínicos, donde hay mayor presión social para referir abstinencia.

Éste parece ser nuestro caso, ya que durante el periodo de visitas continuadas los resultados de la cooximetría y la autodeclaración concuerdan plenamente y se mantiene el vínculo terapéutico. La evolución de la curva del curso temporal de la abstinencia desde los seis a los doce meses que se observa en todas las circunstancias analizadas refrenda que los datos de los doce meses obtenidos en la autodeclaración son fidedignos en su mayor parte.

VI. CONCLUSIONES

1. El análisis de la efectividad de la intervención que se realiza en la UDESTA muestra que el 32,7% de los pacientes consigue estar abstinente al año.
2. Distinguir entre quienes no están abstinentes el día D y quienes recaen puede tener repercusiones terapéuticas. En nuestro estudio presentan factores predictores diferenciales.
3. La variable que más disminuye la probabilidad de cesación a largo plazo (12 meses) en nuestro estudio es el consumo de derivados cannábicos, que lo disminuye en dos tercios. La presencia de un diagnóstico psiquiátrico disminuye también las probabilidades de conseguir mantenerse abstinente a largo plazo.
4. El grado de apoyo familiar referido y el máximo número de días que se haya conseguido estar abstinente en intentos previos se comportan como variables predictoras que se asocian con una mayor probabilidad de cesación.
5. Una mayor puntuación en las escalas de dependencia, sobre todo en el test de Fagerström, se asocia con una mayor probabilidad de recaída y con una menor probabilidad de estar abstinente a largo plazo, pero no con una menor probabilidad de estar abstinente el día D.

6. Lo mismo ocurre con la presencia de sintomatología depresiva, analizada por el test de Goldberg. Por el contrario, la presencia de sintomatología de estrés o ansiedad se asocia con una menor probabilidad de estar abstinente el día D, pero no influye en las probabilidades de recaída o de cesación a largo plazo.

7. El uso de vareniclina se comportó como variable predictora de abstinencia a largo plazo frente a los parches. El bupropión se comportó también como variable predictora frente a los parches, pero las diferencias no fueron significativas. Menos aún lo fueron las diferencias encontradas entre vareniclina y bupropión. El uso de parches antes de iniciar la abstinencia podría aumentar las tasas de cesación que se obtienen con los mismos.

8. No existe ningún determinante absoluto de cesación ni abstinencia. La presencia de factores de predicción se asocia con mayores o menores probabilidades de cesación, pero es posible conseguir ésta en presencia y en ausencia de aquellos, y viceversa.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Abrahams DB, Niaura R, Brown R et al. The tobacco dependence treatment handbook. The Guilford Press: Nueva York; 2003.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª edición. Washington, DC.: American Psychiatric Association; 1994.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª edición. Washington, DC.: American Psychiatric Association; 1994.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2013.
- Ayesta FJ, Márquez FL. El consumo de tabaco como problema de salud pública. En Márquez FL y Ayesta FJ, eds (2008), Manual de tabaquismo para estudiantes de Ciencias de la Salud. Junta de Extremadura CSD-SES, Montijo; 2008; pp. 11-21.
- Ayesta FJ, Rodríguez M. Bases biológicas, conductuales y sociales de las dependencias: tabaco y nicotina. Manual PIUFET: Santander; 2007.
- Baer JS, Lichtenstein E. Classification and prediction of smoking relapse episodes: An exploration of individual differences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988; 1:104-110.
- Balmford J, Borland R, Hammond D, Cummings KM. Adherence to and reasons for premature discontinuation from stop-smoking medications: data from the ITC Four-country survey. *Nicotine Tob Res* 2011; 13:94-102.
- Banco Mundial. Informe sobre la epidemia del tabaquismo: los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC; 2000, pp. 192.
- Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Stanford University. Psychological Review* 1977; 2:191-215.
- Barrueco M, Jiménez C, Palomo L, Torrecilla M Romero P, Riesco JA. Veracidad de la respuesta de los fumadores sobre su abstinencia en las consultas de deshabituación tabáquica. *ArchBronconeumol*. 2005; 41:135-140.
- Becoña E y Vázquez FL. The Fagerström test for nicotine dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports* 1998; 83:1455-1458.
- Brose LS, West R, McDermott MS, Fidler JA, Croghan E, McEwen A. What makes for an effective stop smoking service? *Thorax*. 2011;66:924-6.
- Burns EK, Levinson AH. Discontinuation of nicotine replacement therapy among smoking cessation attempters. *Am J Prev Med* 2008; 34:212-215.
- Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 4:CD006103.

- Carreras JM, Fletes I, Quesada M, Sánchez-Torrecilla I, Sánchez-Agudo L. Diseño y primera evaluación de un programa de tratamiento de tabaquismo por teléfono. Comparación con un modelo estándar. *MedClin (Barc)*. 2007; 128:247-250.
- Carroll KM. Recent advances in the psychotherapy of addictive disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2005; 7:329-336.
- Centers for Disease Control and Prevention. Adult Tobacco Survey. 19 states, 2003–2007 surveillance summaries. *Morb Mortal Wkly Rep* 2010; 59:1–74.
- Charlton A. Children and smoking: the family circle. *Br Med Bull* 1996;1:90-107.
- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior* 1983;24:386-396.
- Cohen S, Williamson G. Perceived stress in a probability sample of the United States. *The social psychology of health*. Newbury Park, CA. 1988.
- Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. Madrid: CNPT; 2008.
- Convenio Marco para el Control del Tabaquismo. OMS. 2005.
- Cortijo C, Fuentes Pila JM. Toxicidad derivada del consumo de tabaco. *Smoking induced toxicity. Trastornos Adictivos* 2004;2:89-94.
- De la Rosa L, Gelabert LL. Por qué el consumo de tabaco es un problema. En Ayesta y col. (eds) *Manual de tabaquismo para profesionales sanitarios, INGESA-PIT, Ceuta, 2006; pp 13-25.*
- Department of Health and Human Services. Women and smoking, a report of the Surgeon General. Washington DC: U. S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, 2001.
- Dodgen, C.E. (2005). Nicotine dependence. Understanding and applying the most effective treatment interventions. Washington, DC: American Psychological Association.
- Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328:151-9.
- Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, Bélisle P, Mottillo S, Joseph L, et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: controlled trials. *CMAJ*. 2008a; 179: 135-44. Corrección en 179:802
- Esteban A. Efectividad en el manejo del cese tabáquico. Estudio de cohortes en un contexto de Atención Primaria. Tesis doctoral para optar al Grado de Doctor por la Universidad de Cantabria. Santander: Universidad de Cantabria; 2016.
- Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A et al. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 2002; 360:1347–1360.
- Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989; 2:159-182.

- Fagerström KO. Measuring degree of physical dependency to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behavior*. 1978; 3:235-241.
- Fidler J, West R. Enjoyment of smoking and urges to smoke as predictors of attempts and success of attempts to stop smoking: a longitudinal study. *Drug Alcohol Depend* 2011; 115:30-4.
- Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 Update -Clinical Practice Guideline. USDHHS Public Health Service: Rockville MD; 2008.
- Gajalakshmi V et al. Smoking and mortality from tuberculosis and other diseases in India: retrospective study of 43.000 adult male deaths and 35.000 controls. *Lancet*. 2003; 362:507-515.
- García-Sardina R. Factores asociados con la cesación tabáquica en mujeres embarazadas tras una intervención intensiva Tesis doctoral, Santander: Universidad de Cantabria; 2014.
- Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general. *Br Med J (ed. esp.)* 1989; 2:49-53.
- Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J* 1988; 97:897-899.
- González Ramírez, M. T. y Landero, R. (2007b). Factor structure of the perceived stress scale (PSS) in a sample from Mexico. *Spanish Journal of Psychology* 2007; 10:199-206.
- Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidina para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- Gutiérrez L, Otero L, del Amo M, Ayesta FJ. Evaluación de una intervención para dejar de fumar en personas con enfermedad mental. *Rev Esp Salud Pública* 2013; 87:629-638.
- Gwaltney CJ, Shiffman S, Balabanis MH, Paty JA. Dynamic self-efficacy and out come expectancies: prediction of smoking lapse and relapse. *J Abnorm Psychol* 2005; 114:661-75.
- Hagimoto A, Nakamura M, Morita T, Masui S, Oshima A. Smoking cessation patterns and predictors of quitting smoking among the Japanese general population: a 1-year follow-up study. *Addiction* 2009; 105:164-73.
- Heatherton T, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire. *British Journal of Addiction* 1991; 86:1119-1127.
- Horn D, Waingrow S. Behavior and attitudes questionnaire. Bethesda: National Clearinghouse for Smoking and Health; 1966.
- Hsueh KC, Hsueh SC, Chou MY, Pan LF, Tu MS, McEwen A, West R. Varenicline versus transdermal nicotine patch: a 3-year follow-up in a smoking cessation clinic in Taiwan. *Psychopharmacology*. 2014; 231:2819-23.

- Hsueh SC, Hsueh KC, Chou MY, Tu MS. A Comparison of the effectiveness of varenicline and transdermal nicotine patch in outpatients following a standardized smoking cessation program in Southern Taiwan. *Eval Health Prof.* 2015; 38: 115-25.
- Hughes JR, Hatsukami D. Signs and symptoms of tobacco withdrawal. *Arch Gen Psychiatry.* 1986; 3:289-294.
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Tobacco Addiction Group.* Published Online: 8 JAN 2014. Assessed as up-to-date: 4 OCT 2013.
- Hyland A, Borland R, Li Q, Yong HH, McNeill A, Fong GT et al. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006; 15: iii83–94.
- Ikard FF, Green DE, Horn D. A Scale to differentiate between types of smoking as related to the management of affect. *International Journal of the Addictions.* 1969; 4:649-659.
- Jarvis MJ, Cohen JE, Delnevo CD, Giovino GA. Dispelling myths about gender differences in smoking cessation: population data from the USA, Canada and Britain. *Tob Control* 2013; 22:358–362.
- Jha P. Avoid able deaths from smoking: a global perspective. *Public Health Reviews* 2012; 33:569-600.
- Jiménez-Ruiz CA, Solano S, Barrueco M, De Granda JI, Lorza JJ, Alonso S. Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas en tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2001; 37:382-38.
- Kotz D, Brown J, West R. "Real-world" effectiveness of smoking cessation treatments: a population study. *Addiction* 2014; 109:491-499.
- Kralikova E, Kmetova A, Stepankova L, Zvolaska K, Davis OR, West R. Fifty-two-week continuous abstinence rates of smokers being treated with varenicline versus nicotine replacement therapy. *Addiction* 2013; 108:1497-1502.
- Lader D. Smoking-related behaviour and attitudes 2008/ 2009: Office for National Statistics 2009 London, UK.
- Lader D. Smoking-related behaviour and attitudes 2008/2009: Office for National Statistics. 2009 London, UK.
- Law MR, Wald NJ. Risk factor thresholds: their existence under scrutiny. *BMJ* 2002; 324:1570-6.
- Lawrence D, Mitrou F, Zubrick SR. Non-specific psychological distress, smoking status and smoking cessation: United States National Health Interview Survey 2005. *BMC Public Health.* 2011; 11:256.
- Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de Medidas Sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos de tabaco. BOE 309 de 27.12.2005; p. 42241-50.

- Li L, Borland R, Yong HH, Fong GT, Bansal-Travers M, Quah A et al. Predictors of smoking cessation among adult smokers in Malaysia and Thailand: findings from the International Tobacco Control Southeast Asia Survey. *Nicotine Tob Res* 2010; 12:S34-44.
- Lim L. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 380: 9859, 15 diciembre 2012 hasta 4 enero 2013, páginas 2.224-2260.
- Lindson N, Aveyard P. An updated meta-analysis of nicotine preloading for smoking cessation: investigating mediators of the effect. *Psychopharmacology*. 2011; 214:579-92.
- Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria* 1993; 12:345-349.
- O'Brien CP, Volkow N, Li TK. What's in a word? Addiction versus dependence in DSM-V. *Am J Psychiatry* 2006; 63:764-65.
- Olano E, Minué C, Ayesta FJ. Tratamiento farmacológico de la dependencia de la nicotina: revisión de la evidencia científica y recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo sobre su elección e individualización. *Medicina Clínica*. 2011; 136.
- OMS. El tabaco mortífero en todas sus formas. Día mundial sin tabaco, 2015.
- Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
- Otero M, Ayesta FJ. Claves para librarse del tabaco. Arguval: Málaga; 2005.
- Otero M. Diferencias por sexo en la cesación tabáquica. Estudio de los pacientes tratados en los primeros 8 años de la UDESTA. Tesis doctoral para optar al Grado de Doctor por la Universidad de Cantabria. Santander: Universidad de Cantabria; 2016.
- Patnode CP, Henderson JT, Thompson JH, Senger CA, Fortmann SP, Whitlock EP. Behavioral counseling and pharmacotherapy interventions for tobacco cessation in adults, including pregnant women: a review of reviews for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 134, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2015.
- Pearl R. Tobacco smoking and longevity. *Science*. 1938; 2253:216-7.
- Peto R, López A, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. Oxford University Press. Oxford; 1994.
- Pirie K, et cols. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *The Lancet*. 2013; 381:133-141.
- Roberti JW, Harrington LN, Storch EA. Further psychometric support for the 10-Item version of the Perceived Stress Scale. *Journal of College Counseling*. 2006; 2:135-147.

- Rodríguez M, Ayesta FJ. El consumo de tabaco como trastorno adictivo. En Márquez FL y Ayesta FJ, eds (2008). Manual de tabaquismo para estudiantes de Ciencias de la Salud. Junta de Extremadura CSD-SES, Montijo; 2008.
- Roig P, Sabater E, Borrás T, Martínez MS, Pinet C. El tabaquismo en pacientes con otras drogodependencias. *Revista de toxicomanías* 2005; 43:29-36.
- Roncero C, Matali J, Yelmo S. Paciente psicótico y consumo de sustancias: patología dual. *Trastornos Adictivos* 2006; 8:1-5.
- Rose JE, Herskovic JE, Behm FM, Westman EC. Precessation treatment with nicotine patch significantly increases abstinence rates relative to conventional treatment. *Nicotine Tob Res.* 2009; 11:1067-75.
- Rotter JB, Murly RC. Internal versus external control of reinforcement and decision time. *Journal of Personality and Social Psychology* 1965; 4:598-604.
- Russell MA, Peto J, Patel UA. The classification of smoking by factorial structure of motives. *Journal of the Royal statistical Society* 1974; 3:13-346.
- Salvador M, Ayesta FJ. La adherencia terapéutica en el tratamiento del tabaquismo. *Psychosocial Interv* 2009; 18:5-12.
- Schroeder SA, Morris CD. Confronting a neglected epidemic: tobacco cessation for persons with mental illnesses and substance abuse problems. *Annu Rev Public Health.* 2010; 31:297-314.
- Shiffman S. Smoking cessation treatment: Any progress? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993; 5:718-722.
- Shiffman S, Ferguson SG. Nicotine patch therapy prior to quitting smoking: a meta-analysis. *Addiction.* 2008; 103: 557-63.
- SNRT Subcommittee on Biochemical Verification. Biochemical verification of tobacco use and cessation. *Nicotine Tob Res* 2002; 4:149-159.
- Sobradíel N, García-Vicent V. Consumo de tabaco y patología psiquiátrica. *Trastornos Adictivos* 2007; 9:31-8.
- Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET). Intervención interdisciplinar en tabaquismo. Documento de consenso. Madrid, 2010.
- Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 11:CD000146.
- Taggar J, Coleman T, Lewis S, Szatkowski L. The impact of the Quality and Outcomes Framework (QOF) on the recording of smoking targets in primary care medical records: cross-sectional analyses from The Health Improvement Network (THIN) database. *BMC Public Health.* 2012; 12:329.

- U.S. Department of Health and Human Services. How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking attributable disease: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, 2010.
- US Department of Health and Human Services. Women and smoking. A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001.
- Vangeli E, Stapleton J, Smit ES, Borland R, West R. Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: a systematic review. *Addiction* 2011; 106:2110-21.
- Veiga S y Otero M. Los tratarnos adictivos. En Ayesta FJ, Álvarez S, Benito BM. Manual de tabaquismo para profesionales sanitarios. INGESA-CAC: Ceuta; 2006.
- Veiga S, Martín F. Abordaje del tabaquismo: intervención sistemática. En Ayesta FJ, Álvarez S, Benito BM (eds), Manual de tabaquismo para profesionales sanitarios. Ceuta: Ingesa, 2006, pp. 83-87.
- Veiga S. Influencia de la presencia de patología psiquiátrica en la cesación tabáquica. Estudio de los pacientes tratados entre 2006 y 2014 en la UDESTA. Tesis doctoral para optar al Grado de Doctor por la Universidad de Cantabria. Santander: Universidad de Cantabria; 2016.
- Wallston B, Wallston K, Kaplan G, Maides S. A development and validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale. *J Consult Clin Psychol*, 1976; 4:580-585.
- West R, Hajek P, Stead L, Stapleton J. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for the common standard. *Addiction* 2005. 100:299-303.
- West R, Mc Ewen A, Bolling K, Owen L. Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year follow-up. *Addiction* 2001; 96:891-902.
- West R, Mc Ewen A, Bolling K, Owen L. Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year follow-up. *Addiction* 2001; 96:891-902.
- WHO: Global report on trends in prevalence of tobacco smoking. 2015.
- Wong SL, Shields M, Leatherdale S, Malaisón E, Hammond D. Assessment of validity of self-reported smoking status. *Health Rep.* 2012; 23:47-53.
- World Health Organization. ICD-10. International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems. WHO: Ginebra, 2003.
- Zhou X, Nonnemaker J, Sherrill B, Gilseman AW, Coste F, West R. Attempts to quit smoking and relapse: factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addict Behav* 2009; 34:365-73.