

## ORIGINAL

# ¿Son eficientes los tratamientos psicológicos para dejar de fumar?

F. ALONSO-PÉREZ<sup>a</sup>, R. SECADES-VILLA<sup>b</sup> Y G. DUARTE CLIMENT<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Salud del Principado de Asturias. Área de Salud V. Gijón.

<sup>b</sup>Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo. Oviedo. España.

<sup>c</sup>DC Cuidados Sociosanitarios. Málaga.

**RESUMEN.** *Objetivo.* Analizar el coste-efectividad y la aceptación de tres tratamientos psicológicos (con y sin parches de nicotina), aplicados en un contexto de Atención Primaria.

**Material y métodos.** Participaron 164 fumadores que fueron distribuidos al azar a tres condiciones de tratamiento: consejo breve, autoayuda más seguimiento telefónico y tratamiento psicológico intensivo. Además, dentro de cada condición, los participantes se distribuyeron en dos subgrupos: tratamiento psicológico solo frente a tratamiento psicológico más parches de nicotina.

**Resultados.** De las 6 condiciones de tratamiento, los tratamientos que no emplearon parches de nicotina fueron más eficientes. El tratamiento más intensivo fue el que consiguió el mayor grado de adhesión. El 75% de los pacientes de este grupo acudieron a todas las sesiones y el 68% completaron las 8 semanas de parches de nicotina.

**Conclusiones.** Los tratamientos conductuales son altamente coste-efectivos cuando se aplican en los centros de salud. Estos resultados apoyan la factibilidad de integrar las orientaciones clínica y de salud pública en un único entorno, facilitando la accesibili-

lidad de tratamientos eficaces a poblaciones amplias de fumadores.

**PALABRAS CLAVE:** tabaquismo, tratamientos psicológicos, eficiencia, Atención Primaria.

## Are psychological treatments effective to stop smoking?

**ABSTRACT.** *Objective.* To analyze the cost-effectiveness and acceptability of three psychological treatments (with and without nicotine patches), applied in the Primary Care context.

**Material and methods.** Participants were 164 smokers randomly distributed to three treatment conditions: brief advice, self-help plus telephone follow-up, and intensive psychological treatment. Moreover, within each condition, participants were distributed in two sub-groups: psychological treatment only *versus* psychological treatment plus nicotine patches.

**Results.** Of the six treatment conditions, those without the use of nicotine patches were more efficient. The most intensive treatment was that which achieved the highest level of adherence. A total of 75% of the patients from this group attended all the sessions, and 68% completed the eight weeks of nicotine patches.

**Conclusions.** Behavioural treatments are highly cost-effective when applied in Primary Care. These results support the viability of combining clinical and public health approaches in a single context, thus facilitating accessibility to effective treatment for large populations of smokers.

**KEY WORDS:** smoking, psychological treatments, efficiency, Primary Care.

---

### Correspondencia:

R. SECADES-VILLA  
Facultad de Psicología  
Universidad de Oviedo  
Plaza Feijoo s/n  
33003 Oviedo  
Correo electrónico: secades@uniovi.es

Recibido: 05-02-2007

Aceptado para su publicación: 27-02-2007

## Introducción

Los numerosos estudios realizados desde los años setenta del pasado siglo han puesto de manifiesto la eficacia y la eficiencia de los tratamientos para dejar de fumar. En particular, los tratamientos psicológicos intensivos (programas multicomponentes) se pueden considerar hoy en día como tratamientos bien establecidos, bien aplicados de forma aislada, bien en combinación con el tratamiento farmacológico<sup>1-3</sup>. Sin embargo, a pesar de que este tipo de intervenciones obtienen altos porcentajes de éxito, sólo una minoría de fumadores participan en programas formales ofrecidos por especialistas.

Uno de los factores que más influye en la aceptabilidad y en la diseminación de los tratamientos para dejar de fumar es el coste-efectividad de los mismos. Los análisis de coste-efectividad relacionan el consumo de costes económicos de los tratamientos con los resultados y los beneficios que producen sobre la salud en condiciones reales (efectividad). Además, otras variables relacionadas con la eficiencia tienen que ver con el grado de adhesión de los pacientes o su capacidad de adaptación a un contexto clínico determinado.

Así, existen estudios que tienen como objetivo responder a algunas cuestiones relevantes que ayuden a clínicos y gestores, entre otras cosas, a tomar decisiones en cuanto a la diseminación y la financiación de estos programas. Por ejemplo, conocer el grado de efectividad de los tratamientos que han demostrado ser eficaces en los ensayos clínicos, comprobar si los beneficios de la cesación tabáquica compensan los costes de los programas o, una cuestión considerada clave, tratar de descubrir cuáles son los métodos más eficientes.

Los estudios de coste-efectividad realizados hasta la fecha muestran que, en comparación con otras intervenciones preventivas o asistenciales, la detección y tratamiento de la dependencia del tabaco es una acción coste-efectiva, en términos de coste por año de vida ganado<sup>4,5</sup>. De hecho, esta intervención se ha considerado una referencia frente a otras intervenciones preventivas y asistenciales con las que se puede comparar<sup>6-8</sup>. Por ejemplo, el consejo breve está considerado la intervención más coste-efectiva de todas cuantas se pueden llevar a cabo en el ámbito de la Atención Primaria (AP). En una revisión internacional se encontró que el coste medio de 310 intervenciones médicas era de 17.000 libras por año de vida ganado, mientras que los costes de las intervenciones sobre fumadores oscilaron entre 212 y 873 libras por año de vida ganado<sup>4</sup>.

La mayoría de los trabajos publicados acerca del coste-efectividad de los tratamientos para dejar de fumar

se han centrado en analizar los tratamientos farmacológicos, en particular, las terapias de sustitución de la nicotina (TSN) (chicles y parches transdérmicos de nicotina) y el bupropión. En algunas ocasiones se ha analizado la eficiencia de los distintos fármacos o el coste incremental de la utilización de éstos como adyuvantes al consejo<sup>9-11</sup>. Algunos estudios han evaluado los costes del consejo médico, y pocos se han centrado en el análisis de otros tratamientos psicológicos (la autoayuda, el tratamiento intensivo, la terapia de grupo o el consejo telefónico).

Gran parte de los trabajos han presentado los resultados en términos de coste por año de vida salvado, aplicando tasas de descuento del 3 al 5%.

La mayoría de los estudios que han evaluado la eficiencia del consejo médico han sido llevados a cabo en el ámbito de la AP. Por ejemplo, Cummings et al<sup>5</sup> estimaron que el coste del consejo breve durante la visita de rutina al médico oscilaba entre 705 y 988 dólares por año de vida salvado para los hombres, y entre 1.204 y 2.058 dólares para las mujeres. En otro estudio de seguimiento<sup>12</sup>, en el que se comparó la eficacia del consejo sanitario administrado en el contexto de la consulta del médico o la enfermera, frente a un control, se estimó el coste por año de vida salvado entre 67.621 y 89.619 pesetas para los hombres y entre 116.225 y 137.748 pesetas para las mujeres. La relación más favorable, para ambos sexos, se encontró entre los 45 y 54 años. Además, los resultados se mostraron muy sensibles al porcentaje de fumadores que accedían al consejo y a la eficacia que se estimaba para la intervención.

Distintos estudios se han centrado en la utilización de terapias farmacológicas, casi de manera exclusiva en los sustitutivos de nicotina y el bupropión. La mayoría de ellos han estimado el coste incremental y el coste por año de vida ganado. Un estudio realizó un análisis de coste-beneficio del bupropión, los parches de nicotina y la combinación de ambos fármacos<sup>13</sup>. Los resultados mostraron que el bupropión era más coste-efectivo que la TSN y que la combinación de ambos.

Antoñanzas y Portillo<sup>14</sup> adaptaron el modelo *Health and Economic Consequences of Smoking* (HECOS) para contemplar distintos horizontes temporales. Los resultados mostraron que la estrategia basada en el empleo de bupropión como método de cesación tenía una ratio coste-efectividad de 70.939 euros por muerte evitada y 37.305 por año de vida ganado, transcurridos 5 años. Cuando el horizonte temporal se amplía a 20 años, estos resultados se tornan en beneficios netos de 28.166 y 3.265 euros, respectivamente. Tanto los parches como los chicles de nicotina tenían unos cocientes de coste-

efectividad superiores a la anterior estrategia (171.834 y 90.362 euros a los 5 años, y -13.665 y -1.584 euros a los 20 años para los parches de nicotina; 51.3004 y 269.772 euros a los 5 años y 35.369 y 4.099 euros a los 20 años para los chicles de nicotina).

Otro estudio que combinó distintos niveles de consejo con TSN o bupropión fue el llevado a cabo por Menestra et al<sup>15</sup>. Los costes estimados por los autores, en términos de coste por año de vida ganado, ajustado por calidad, oscilaron entre los 1.100 euros del consejo telefónico y los 4.900 euros del consejo intensivo y chicles o parches de nicotina. Todas las intervenciones fueron altamente coste-efectivas. La utilización de fármacos, como apoyo al consejo, incrementaba significativamente los costes, a pesar de que también mejoraba la eficacia de los tratamientos. El tratamiento más eficiente fue una intervención de baja intensidad, la cual se mostraba como una alternativa indicada para aplicarse en entornos comunitarios o en la AP.

En un estudio para valorar el coste-efectividad del bupropión Javitz et al<sup>16</sup> concluyeron que, aunque el coste por año de vida salvado ajustado por calidad fue suficientemente bajo para todas las dosis de las intervenciones empleadas, el más coste-efectivo de los tratamientos fue la combinación de 150 mg de bupropión, combinado tanto con un tratamiento conductual de intensidad moderada (llamadas de teléfono proactivas) como con un tratamiento de intensidad mínima (cartas personalizadas).

Aunque con menor frecuencia, también se han realizado estudios para evaluar el coste-efectividad de determinados tratamientos psicológicos. Mudde et al<sup>17</sup> compararon el coste-efectividad de una modalidad de autoayuda frente a una terapia grupal, aplicados a una muestra de fumadores reclutados en un programa comunitario. El manual de autoayuda fue más eficiente que la terapia de grupo, tanto desde la perspectiva de los proveedores como de los usuarios, a partir de una diferencia de la eficacia de los programas que, a los 6 meses de seguimiento, no fue significativa (13% de abstinencia para la autoayuda frente a 22% para el tratamiento grupal). El bajo seguimiento (2,5% de la población diana accedió al programa) limitó la significación, al menos clínica, de los resultados, así como las diferencias en los costes.

En uno de los escasos trabajos en los que se han comparado las terapias farmacológicas con los tratamientos psicológicos intensivos, Hall et al<sup>18</sup> encontraron que la intervención psicológica era más coste-efectiva que el tratamiento con nortriptilina o con bupropión.

En otro estudio<sup>19</sup> se evaluó el coste-efectividad de las recomendaciones de la guía de práctica clínica

de la *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR), incluyendo en el estudio 5 opciones de terapia psicológica y tres alternativas de terapia farmacológica (sin TSN, con parches de nicotina y con chicles de nicotina), combinándolos para obtener 15 recomendaciones distintas. Se asumió que tres cuartas partes de los fumadores se comprometen con un intento de dejar de fumar a lo largo del año y también se empleó a un panel de expertos para estimar la probabilidad de que los pacientes eligieran una de las 5 intervenciones, con o sin fármacos. El coste por cesación osciló entre los 2.186 dólares para el tratamiento grupal intensivo y los 8.962 dólares para el consejo mínimo con chicle de nicotina. El coste por año de vida salvado ajustado por calidad se movió entre los 1.108 dólares del tratamiento grupal intensivo y los 4.542 dólares del consejo mínimo con chicle de nicotina. El tratamiento psicológico grupal intensivo fue particularmente eficiente, aunque desde el punto de vista del paciente suponía un mayor consumo de tiempo. Añadir fármacos al tratamiento psicológico incrementó el coste aunque, según los autores, también incrementó la efectividad marginal. En cualquier caso, los datos sugieren que invertir más tiempo en programas psicológicos intensivos y en un formato adecuado, es claramente eficiente y más coste-efectivo que otras alternativas. Hay que tener en cuenta también que este trabajo parte de las recomendaciones de una guía que establece los pasos que los clínicos, del nivel de AP especialmente, deben seguir en la atención de los fumadores reclutados en su ámbito de trabajo, y que, en cierta medida, condiciona también el porcentaje de fumadores que siguen cada tratamiento<sup>19</sup>.

En resumen, del análisis de los estudios sobre coste-efectividad de los tratamientos del tabaquismo se pueden extraer varias conclusiones. En primer lugar, los análisis de coste-efectividad se muestran muy sensibles a la eficacia de los tratamientos (estimados a partir de los datos de ensayos y revisiones) y al número de pacientes a los que se aplican estos programas, ya que los autores suelen estimar sus resultados potenciales en el caso de que los programas se aplicaran a poblaciones amplias.

El consejo antitabaco se muestra como la intervención preventiva más coste-efectiva entre todas las intervenciones que se pueden llevar a cabo en AP.

Las terapias farmacológicas se muestran como intervenciones eficientes para el tratamiento del tabaquismo, sobre todo si se comparan con otras intervenciones médicas. Los resultados de coste-efectividad se encuentran en unos rangos que varían en función de la eficacia que se estime para cada tratamiento y

de otros supuestos que se adopten (tasas de descuento, seguimiento, porcentajes de recaídas, etc.) aunque tienden a coincidir en unos intervalos que demuestran ser tratamientos relativamente coste-efectivos.

En general, el bupropión se presenta como un tratamiento más coste-efectivo que los sustitutivos de nicotina y, entre éstos, los parches son más eficientes que los chicles. Referente al bupropión, estudios que han combinado distintas dosis del mismo con diferentes niveles de intervención conductual han concluido que la dosis de 150 mg es más eficiente para cualquier nivel de consejo<sup>16</sup>.

Los análisis de coste-efectividad incremental muestran que cada año de vida adicional que se consigue con los sustitutivos de nicotina o el bupropión tiene un coste suplementario que se traduce en un coste-efectividad incremental mayor que el coste-efectividad para el consejo solo. Por ejemplo, Cornuz et al<sup>6</sup> analizaron el coste-efectividad de 5 fármacos de primera línea en el tratamiento del tabaquismo como coadyuvantes del consejo médico: 4 sustitutivos de nicotina (chicle, parche, spray nasal y nicotina inhalada) y bupropión. El coste por año de vida ganado resultante de este estudio osciló, para el consejo solo, entre 385 y 622 euros para los hombres y entre 468 y 796 euros para las mujeres. Los tratamientos más coste-efectivos fueron el bupropión y el parche, seguidos, en orden decreciente, por el spray nasal, la nicotina inhalada y, por último, el chicle de nicotina. Por tanto, el consejo sanitario solo es más eficiente, aunque el coste adicional de los fármacos no sea excesivo (por debajo del encontrado en otros estudios), por lo que en la selección de los mismos como alternativa de tratamiento deben tenerse en cuenta otras cuestiones. Por otra parte, teniendo en cuenta «quien paga» los tratamientos, en un escenario en el que no existe reembolso del precio de los fármacos, estos resultados pueden variar ampliamente en función de la perspectiva que se adopte: la del proveedor de los servicios sanitarios o la de los usuarios.

Por otra parte, cuando se utiliza un modelo que contempla la evolución temporal de los costes<sup>14</sup>, los resultados son más significativos.

Por último, son muy escasos los estudios que han comparado las terapias farmacológicas con los tratamientos psicológicos intensivos. Este hecho, que probablemente se debe al sesgo que tienen las organizaciones sanitarias hacia la evaluación de tecnologías médicas o hacia aquellos procedimientos de uso más rutinario en el entorno sanitario, supone una limitación a la hora de establecer conclusiones definitivas acerca del coste de los tratamientos psicológicos frente a otro tipo de intervenciones.

Por tanto, se requiere de más estudios que analicen el coste-efectividad de los tratamientos psicológicos en comparación con las terapias farmacológicas. Este estudio pretende cubrir, al menos en parte, esta necesidad. Por una parte, se trata de evaluar el coste-efectividad de 6 tratamientos para dejar de fumar (tres tratamientos psicológicos aplicados con y sin TSN), llevados a cabo en un entorno comunitario, como es la AP. Para ello, se realiza el análisis de la eficiencia, partiendo de los resultados de eficacia y de los costes de los mismos. En segundo lugar, se trata también de valorar la adaptabilidad de estos programas, en particular, de los tratamientos psicológicos (que constituyen tres niveles de intensidad diferentes) al contexto de la AP, a partir de la medida de la adhesión de los fumadores a dichos tratamientos.

## Material y métodos

### Participantes

Los sujetos fueron seleccionados entre los fumadores que acudieron a las consultas de tres centros de AP del Área Sanitaria VII del Principado de Asturias (España). Se realizó una asignación aleatoria de los centros a tres condiciones de tratamiento conductual (consejo breve, autoayuda con seguimiento telefónico y tratamiento psicológico intensivo). Además, en cada centro, los fumadores fueron asignados aleatoriamente a dos subgrupos: tratamiento psicológico frente a tratamiento psicológico acompañado de parches de nicotina (TSN). Se solicitó el consentimiento informado a todos los participantes en el estudio.

Se incluyeron en el estudio fumadores de 10 ó más cigarrillos diarios, desde hace uno o más años, mayores de 18 años y que informaron estar dispuestos a dejar de fumar en el momento de la captación. Se excluyó a aquellos sujetos que presentaban enfermedad psiquiátrica, que estuvieran participando en algún otro programa para abandonar el tabaco y a las mujeres embarazadas.

La muestra definitiva estuvo compuesta por 164 fumadores (66 hombres y 98 mujeres), con edades comprendidas entre 19 y 65 años, cuya edad media era de 42,7 años. El consumo medio de cigarrillos antes del tratamiento era de 23,5. El nivel medio de monóxido de carbono (CO) que presentaban los participantes antes de iniciar el tratamiento era de 22,63 ppm. La puntuación en el test de dependencia de Fagerström<sup>20</sup> fue de 5, y en el cuestionario de resistencia a la urgencia de fumar de Baer y Lichtenstein<sup>21</sup> fue de 4,96. Las características de los participantes en cada

uno de los tres niveles de tratamiento conductual se presentan en la tabla 1.

## Medidas e instrumentos

Los participantes completaron un cuestionario realizado *ad hoc* en donde se recogían las características sociodemográficas, el patrón actual de consumo de tabaco y la historia de fumador. El nivel de dependencia se

valoraba a través del test de Fagerström<sup>20</sup>. Para medir el CO espirado se utilizó un Monitor Micro CO Medical.

Se realizó una evaluación de la eficiencia (coste-efectividad) analizando el coste por cesación al año de seguimiento. Se incluyeron los costes directos de cada intervención, desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud, incluyendo el importe del tratamiento farmacológico, a pesar de no ser, en el momento actual, un tratamiento financiado.

**Tabla 1.** Características de la muestra

	Consejo (N= 55)	Autoayuda y teléfono (N= 55)	Intensivo (N= 54)	Total (N= 164)
Edad (años)				
Media	43,49	44,51	40	42,7
Rango	28-65	23-63	19-65	19-65
Sexo				
Hombres	28	20	18	66
Mujeres	27	35	36	98
Estado civil (%)				
Solteros	10,9	16,4	25,9	18
Casados	72,7	80	66,7	73,3
Divorciados	10,9	3,9	3,7	6,2
Viudos	3,6	-	3,7	2,5
Estudios (%)				
Primarios	56,4	70,9	57,4	63,1
Secundarios	32,7	18,2	29,6	26,3
Universitarios	7,3	10,9	11,1	10
Historia de fumador				
Nº de cigarrillos				
Media	25,9	20,6	23,9	23,5
Desv. típica	10,17	9,32	9,99	10,02
Años de fumador				
Media	26,7	26,2	21,8	25
Desv. típica	9,82	10,07	10,89	10,46
Nº intentos previos				
Media	2,28	1,87	1,38	1,84
Rango	0-12	0-6	0-7	0-12
Tiempo máximo de abstinencia (meses)				
Media	9,66	2,68	7,33	6,22
Rango	29,32	5,9	12,25	0-180
Puntuación test de Fagerström				
Media	5,94	4,77	5,33	5,35
Desviación típica	1,85	2,37	2,04	2,15
Puntuación cuestionario de autoeficacia				
Media	4,79	4,86	5,32	4,96
Desviación típica	1,92	2,06	1,6	1,85
CO línea base				
Media	26,53	18,34	23,15	22,58
Desviación típica	11,15	10	13,17	12,1
Puntuación Euroquol-5D				
EVA				
Media	0,8194	0,7935	0,8215	0,8108
Desviación típica	0,2162	0,1787	0,1802	0,1923
ET				
Media	0,492	0,8527	0,8799	0,8594
Desviación típica	0,2408	0,1607	0,1559	0,1909

Los costes que se midieron para cada sujeto fueron: tiempo de terapeuta, importe de las llamadas telefónicas, materiales escritos y coste de los parches de nicotina.

Los datos para la medida de la eficiencia fueron recogidos para cada paciente individual.

Se realizó también un análisis de coste-utilidad, es decir, un análisis de coste-efectividad ajustado por calidad de vida. Para ello, se utilizaron los resultados del cuestionario de calidad de vida Euroquol-5D (EQ-5D), que se administró a cada fumador en la línea base y en cada seguimiento.

El EQ-5D permite asignar valores a todos los estados de salud, obteniendo un índice para cada uno de los 243 estados de salud posibles, y también para los estados inconsciente y muerte. El resultado es una tarifa o sistema de ponderación que refleja las preferencias de distintas poblaciones para todos los estados de salud generados por el EQ-5D. En España, actualmente se dispone de dos tarifas de preferencia, obtenidas a partir de la valoración por una muestra representativa y aleatoria de la población general de los estados de salud, mediante el método de la escala visual analógica (EVA) y de la equivalencia temporal (ET). Las tarifas de valores oscila entre -1 y 1, asignado a los sujetos de salud perfecta (11111) y «muerte» los valores 1 y 0 respectivamente.

La adhesión al tratamiento se evaluó a partir del registro de dos variables: el número de sesiones a las que acudieron los sujetos y las semanas de utilización de los parches de nicotina, en las condiciones de tratamiento combinado.

## Procedimiento

### Consejo breve

La duración de esta intervención fue de en torno a 7 minutos y los contenidos eran los habituales de este tipo de intervención. En primer lugar se informaba de las consecuencias negativas del tabaco para la salud del paciente y las ventajas del abandono. A continuación, se recomendaban las siguientes prescripciones: fijar una fecha para dejar de fumar, entre las tres o cuatro próximas semanas. Reducir la ingestión de nicotina, eliminando cada semana un tercio del número de cigarrillos (para ello, se aconsejaba aumentar el intervalo entre cigarrillo, y llevar solo el número de cigarrillos que le correspondía fumar). Realizar actividades alternativas e incompatibles con el tabaco: ejercicio físico, actividades manuales, actividades que les mantuvieran ocupados y entretenidos. Tomar mucha cantidad de líquidos (agua, zumos sin azúcar, infusiones relajantes,

etc.), mascar chicles, caramelos sin azúcar, etc. Disminuir el consumo de alcohol y café y practicar en casa respiraciones profundas. Evitar lugares o situaciones en los que fuera más difícil no fumar. Por último, se les entregaba el tríptico «Seis razones y seis pasos para dejar de fumar» que recogía y ampliaba las instrucciones explicadas verbalmente en la consulta.

### Autoayuda con seguimiento telefónico

Los componentes de esta intervención fueron: consejo breve, entrega al paciente de un manual de autoayuda multicomponente y 4 llamadas de seguimiento telefónico. Los contenidos del consejo breve fueron los mismos que los del grupo anterior. El manual de autoayuda consistía en una guía de 25 páginas en las que se desarrollaba un programa conductual que incluía varios componentes que cubren las fases de preparación, abandono y mantenimiento. Las instrucciones se presentaban estructuradas en 4 semanas, más una última parte dedicada a la prevención de la recaída. Los elementos esenciales eran: el incremento de la motivación a través del reforzamiento de las ventajas del abandono, la reducción semanal del consumo de cigarrillos, el control de estímulos, el control de los síntomas de abstinencia, la identificación de las situaciones de riesgo, el desarrollo de habilidades de afrontamiento y la preparación del día del abandono.

El seguimiento telefónico consistió en 4 llamadas telefónicas, concertadas con el paciente a las semanas 1, 4, 8 y 12. En cada llamada se evaluaba el estado del fumador y la adherencia al manual, se proporcionaba consejo breve, instando a utilizar el manual y a adherirse al programa y se concertaba una nueva llamada (cuando procedía). Se llamaba al paciente a una hora convenida y, en caso de que no respondiera, se realizaban tres intentos para contactar en diferentes momentos.

### Tratamiento psicológico intensivo

Consistió en un tratamiento individual basado en el programa para dejar de fumar de Becoña<sup>22</sup>, de 5 semanas (7 en el grupo que utilizó parches), con una sesión semanal de unos 20 minutos de duración. Los elementos fundamentales que componían el programa eran: información sobre el tabaco, contrato conductual, autorregistros y representación gráfica del consumo de cigarrillos, disminución gradual del número de cigarrillos, control de estímulos, estrategias para controlar los síntomas de abstinencia de la nicotina, *feedback* fisiológico del consumo de cigarrillos (medida del CO) y estrategias para la prevención de la recaída.

En cada uno de los tres grupos de intervención se establecieron dos subgrupos: tratamiento conductual solo frente a tratamiento conductual solo, más parches de nicotina. A todos los sujetos incluidos en los subgrupos de TSN se les hizo entrega gratuita de parches de nicotina de 16 horas de la marca Nocorette®, para utilizar según la siguiente pauta: parches de 15 mg durante 4 semanas, parches de 10 mg durante dos semanas y de 5 mg durante dos semanas.

La captación y aplicación de los programas de consejo y de autoayuda fue llevada a cabo por personal de enfermería de los centros participantes. El entrenamiento de las enfermeras y la aplicación del tratamiento psicológico intensivo fueron llevados a cabo por un psicólogo.

El estudio se ajustó a las normas del Comité de Bioética del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

## Análisis de datos

Se realizaron análisis descriptivos y de frecuencias para describir las características de la muestra. Las comparaciones entre los grupos de tratamiento en las características en la línea base se realizaron a través de la «t» de Student para las variables continuas y mediante Chi-cuadrado para las dicotómicas. Las comparaciones entre tratamientos se realizaron mediante Chi-cuadrado y análisis de frecuencias. Todos los análisis fueron realizados mediante el paquete estadístico SPSS.

## Resultados

### Línea base

No existieron diferencias significativas entre los grupos ( $p > 0,05$ ) en las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y nivel de estudios) ni en las variables relacionadas con el nivel de dependencia a la

nicotina (número de cigarrillos, años fumando y puntuación en el test de Fagerström).

### Eficacia

Al año de seguimiento se hallaron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre los tratamientos intensivos y la autoayuda con respecto al consejo. En cada uno de los tres niveles de intervención conductual no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre el uso y no uso de parches de nicotina.

Las tasas de abstinencia a los 12 meses de seguimiento para los 6 grupos de tratamiento fueron las siguientes: consejo (12,9%), consejo más TSN (12,5%), autoayuda (27,6%), autoayuda más TSN (34,6%), tratamiento intensivo (41,4%) y tratamiento intensivo más TSN (40%).

### Eficiencia

Ambas medidas (coste-efectividad y coste-utilidad) se realizaron para un año, es decir, en el apartado de costes se evaluó el coste-efectividad medido en un año de vida y ajustado por calidad. Los resultados se presentan en la tabla 2. Como se puede apreciar, los intervalos del coste-efectividad ajustado por calidad de vida oscilaron entre los 17,83 y 23,70 euros por cesación en el grupo de consejo, y entre 887,36 y 1.130,7 euros en el grupo de consejo más parches. De las 6 condiciones de tratamiento, tres, los tratamientos que no emplearon parches de nicotina, fueron los que más claramente se diferenciaron de las restantes, en el sentido de ser más eficientes. Entre éstas, el grupo de consejo fue el más coste-efectivo. Es decir, la misma intervención puede ser altamente eficiente o muy cara en función de la utilización o no de una terapia farmacológica como adyuvante. Las diferencias del coste-efectividad fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,000$ ) entre todos los grupos de tratamiento.

**Tabla 2.** Coste-efectividad y coste-utilidad para cada condición de tratamiento

Tratamiento	Coste-efectividad (euros)	Coste-efectividad ajustado por calidad de vida (euros)
Consejo	18,98	17,83-23,70
Autoayuda con seguimiento telefónico	42,18	44-52,93
Intensivo	142,3	143,15-164,72
Consejo y parches de nicotina	936,62	887,36-1130,07
Autoayuda con seguimiento telefónico y parches de nicotina	349,09	344,30-405,15
Intensivo y parches de nicotina	407,31	556,86-603,99

## Adhesión a los tratamientos

Se analizó el grado de adhesión a los programas a partir del registro del número de sesiones a las que acudieron los sujetos, excepto en el grupo de consejo, en donde sólo hubo un contacto. En la intervención de autoayuda con seguimiento telefónico se consideró la suma de la visita inicial más las 4 llamadas telefónicas.

En el grupo de tratamiento intensivo sin parches, el 82,8% de los sujetos completaron todo el tratamiento, mientras que el 17,2% asistió a 4 sesiones o menos.

En el programa de autoayuda con seguimiento telefónico, el 61,8% de los fumadores completaron el programa (una sesión «cara a cara» más 4 llamadas telefónicas), el 29,1% tuvo 4 contactos y el 9,1% 3 contactos.

En el grupo de tratamiento intensivo con parches de nicotina, el 68% de los pacientes completaron las 7 sesiones, el 16% asistieron a 5 sesiones y el 8% a dos.

Entre los fumadores a los que se aplicó el programa de autoayuda con seguimiento telefónico más TSN, el 61,8% tuvo 5 contactos con el terapeuta, el 29,1% 4 y el 9,1% tres.

Referente al uso de los parches de nicotina, el 50% del total de sujetos que los recibieron completaron las 8 semanas de tratamiento, el 9,1% los utilizaron durante 4 semanas y el 9,1% durante menos de 4 semanas.

Para cada uno de los grupos de la condición de intervención conductual, los resultados fueron: en el grupo de tratamiento intensivo completaron las 8 semanas de tratamiento con parches el 68% de los sujetos, en el grupo de autoayuda lo hicieron el 42,6% y en el grupo de consejo el 45,8%.

## Discusión

Las recomendaciones que las distintas guías realizan para el nivel asistencial de la AP de salud incluyen el consejo sistemático a todos los fumadores y la oferta de apoyo a los que están dispuestos a dejar de fumar, a través del consejo intensivo, el seguimiento y la utilización de fármacos de primera línea (TSN y bupropión). Por este motivo, la mayoría de los análisis sobre coste-efectividad se han centrado en la evaluación del consejo (que se ha mostrado en todos los estudios como un tratamiento muy eficiente) y de los sustitutivos de la nicotina y el bupropión (que mejoran la efectividad del consejo, con un coste incremental que se considera, aun así, relativamente eficiente). Sin embargo, pocos estudios han analizado la eficiencia de los tratamientos psicológicos con distintos niveles de intensidad.

Este estudio pretendía evaluar el coste-efectividad de varios tratamientos psicológicos aplicados en AP. Los resultados muestran una serie de conclusiones interesantes. La más importante de todas, la gran diferencia en la eficiencia que existía entre los tratamientos conductuales solos, frente a los mismos tratamientos acompañados de TSN, favorable a los primeros. Este resultado era, por otra parte previsible, al observar las tasas de cesaciones de los distintos grupos de tratamiento y al considerar exclusivamente los costes directos desde la perspectiva del sistema sanitario público, e incluir entre los mismos el importe, tomando como referencia el precio de venta en las oficinas de farmacia de los parches de nicotina, que incrementa sustancialmente el coste de cada intervención. Así, se observó cómo, siendo el consejo breve una intervención altamente eficiente (la de mejor relación coste-efectividad), al limitar el contacto con el terapeuta a una visita de unos 7 minutos, cuando se acompañó de parches de nicotina, y al no incrementar éstos la efectividad del consejo, pasó a ser la intervención más cara multiplicando su coste por casi 50 veces.

En el resto de los grupos, en los que igualmente no se encontraron diferencias en las tasas de cesaciones, entre las condiciones de uso y no uso de parches, los incrementos de costes, sin ser tan considerables, sí que tienen igualmente una gran relevancia, haciéndose estos incrementos menores a medida que la efectividad del programa mejoraba.

El análisis realizado en este estudio ha sido un análisis simple de costes asociados a los resultados en un año, ajustados por calidad de vida. En los últimos años, como ya se ha mencionado en un apartado anterior, se han publicado una serie de estudios y revisiones que han evaluado el coste-efectividad, el coste-utilidad y el impacto económico de los tratamientos del tabaquismo (el consejo, los fármacos, la terapia grupal, la implantación de guías, etc.) utilizando indicadores y modelos variados, alguno de los cuales se desarrolló específicamente en el ámbito de la AP.

Nuestros resultados van en la línea de los hallados en investigaciones previas. Así, en un estudio en el que se compararon tres niveles de intensidad de tratamiento conductual combinado con parches de nicotina, los costes directos en dólares del año 2001 fueron: para el tratamiento de baja intensidad, 138 dólares del tratamiento conductual más 170 de los parches (total: 308 dólares); para el programa de media intensidad 174 dólares del tratamiento conductual, para un total del tratamiento combinado de 338 dólares y para el programa de alta intensidad el tratamiento completo costó 582 dólares, de los que 402 se atribuyeron al tratamiento conduc-

tual<sup>23</sup>. En otro estudio reciente se encontró que una intervención psicológica era más coste-efectiva que el bupropión y la nortriptilina<sup>18</sup>.

En nuestra investigación los tratamientos conductuales fueron sustancialmente más eficientes que los farmacológicos, por tanto se podría aconsejar la utilización de los primeros como tratamientos de primera elección en el ámbito de la AP. El coste incremental de la utilización de parches de nicotina no se correspondió con un incremento en la eficacia de los tratamientos. Si la eficiencia se considera muy sensible a la eficacia, más que al coste de los tratamientos, la evidencia aporta argumentos para considerar que el tratamiento psicológico intensivo es más eficaz y, por tanto, más eficiente que las terapias farmacológicas<sup>24</sup> y, además, es bien aceptado por los fumadores captados en AP.

Por otra parte, la terapia psicológica intensiva se aplicó en un formato individual, lo cual propició que los costes se incrementasen. La ejecución del mismo programa en un formato grupal probablemente hubiera reducido los costes (al menos, desde el punto de vista del proveedor).

Como se desprende de los datos del seguimiento de las sesiones y del uso de los parches de nicotina, los programas fueron bien aceptados por los sujetos, siendo el tratamiento más intensivo el que consiguió un mayor grado de adhesión al mismo. El 75% de los sujetos incluidos en el tratamiento psicológico intensivo y el 62% de los que recibieron la autoayuda con seguimiento telefónico siguieron todas las sesiones programadas; el 50% de los que recibieron parches de nicotina completaron las 8 semanas de tratamiento (el 68% en el grupo de tratamiento intensivo).

Resultados muy similares fueron hallados por Fiore et al<sup>25</sup>, quienes obtuvieron un 40,7% de seguimiento de las 4 sesiones de consejo, y un 50,2% de adherencia a

las 8 semanas de tratamiento con parches de nicotina. En este mismo estudio, en el grupo al que se le permitió elegir la intensidad del tratamiento, la mayoría de los sujetos seleccionaron el más intensivo. En el mismo sentido, también se ha encontrado que la satisfacción de los pacientes con la atención al tabaquismo en el sistema de salud se incrementa en la medida que la intensidad del tratamiento psicológico también lo hace<sup>26</sup>.

Los resultados apoyan la factibilidad de integrar las orientaciones clínica y de salud pública en un único entorno, facilitando la accesibilidad de tratamientos eficaces a poblaciones amplias de fumadores. Estos tratamientos se pueden situar en un continuo de intensidad, desde el consejo breve hasta el tratamiento conductual intensivo, pasando por un programa de autoayuda con apoyo telefónico. De esta forma, se podría proponer un modelo progresivo y lineal, tipo *stepped-care*, para el abordaje del tabaquismo en AP, en función del estado del sujeto, de sus preferencias y del riesgo individual.

Por tanto, los tratamientos psicológicos, independientemente de la intensidad de los mismos, se pueden trasladar a la AP de salud si se genera una estructura adecuada en la que tenga cabida el psicólogo, para intervenir, asesorar o liderar los tratamientos. Una decisión de este tipo, en un momento en el que gran parte de los problemas de salud de la población está vinculada a los estilos de vida, sería, sin duda, de alta rentabilidad a largo plazo.

## Agradecimientos

Los autores desean agradecer al laboratorio Pharma-cía la aportación gratuita de los parches de nicotina empleados en este estudio.

## Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. Am J Psychiatry. 1996;153:1-31.
2. Becoña E. El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. Papeles del Psicólogo. 2003;85:48-69.
3. Secades-Villa R, Fernández-Hermida JR. Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. Psico-thema. 2001;13:365-80.
4. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. BMJ. 1999;318:182-5.
5. Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The Cost-effectiveness of counselling smokers to quit. JAMA. 1989;261:75-9.
6. Cornuz J, Pinget C, Gilbert A, Paccaud F. Cost-effectiveness analysis of the first-line therapies for nicotine dependence. Eur J Clin Pharm. 2003;59:201-6.
7. Gilbert AR, Pinget C, Bovet P, Cornuz J, Shamlaye C, Paccaud F. The cost-effectiveness of pharmacological smoking cessation therapies in developing countries: a case study in the Seychelles. Tob Control. 2005;13:190-5.
8. Cornuz J, Gilbert A, Pinget C, McDonald P, Slama K, Saltó E, et al. Cost-effectiveness of pharmacotherapies for nicotine dependence in primary care setting: a multinational comparison. Tob Control. 2006;15:152-9.
9. Plans P, Navas, Tarín G, Rodríguez N, Galí R, Gayta J, et al. Coste-efectividad de los métodos de cesación tabáquica. Med Clín (Barc). 1995;104:49-53.

10. Fiscella K, Franks P. Cost-effectiveness of transdermal nicotine patch as an adjunct to physician's smoking cessation counselling. *JAMA*. 1996;275:1247-51.
11. Oster G, Huse DM, Delea TE, Colditz GA. Cost-effectiveness of nicotine gum as an adjunct to physician's advice against cigarette smoking. *JAMA*. 1986;256:1315-8.
12. Comas A, Suárez R, López ML, Cueto A. Coste-efectividad del consejo sanitario antitabaco en atención primaria de salud. *Gaceta Sanitaria*. 1998;12:26-132.
13. Nielsen K, Fiore MC. Cost-benefit analysis of sustained-release bupropion, nicotine patch, or both for smoking cessation. *Prev Med*. 2000;30:209-16.
14. Antoñanzas F, Portillo F. Evaluación económica del empleo de terapias farmacológicas para la cesación en el hábito tabáquico. *Gaceta Sanitaria*. 2003;17:393-403.
15. Fenestra TL, Hamberg-van Reenem HH, Hoogenveen RT, Rutten-van Mölken RT. Cost-effectiveness of face-to-face smoking cessation intervention: a dynamic modelling study. *Value in Health*. 2005;8:178-90.
16. Javitz HS, Swan GE, Zbikowski SM, Curry SJ, McAfee TA, Decker DL, et al. Cost-effectiveness of different combinations of bupropion SR dose and behavioral treatment for smoking cessation: a societal perspective. *Am J Man Care*. 2004;10:87-190.
17. Mudde AN, De Vries H, Strecher VJ. Cost-effectiveness of smoking cessation modalities: comparing apples with oranges? *Prev Med*. 1996;25:708-16.
18. Hall SM, Lightwood JM, Humfleet GL, Bostrom A, Reus VI, Muñoz R. Cost-effectiveness of bupropion, nortriptyline, and psychological intervention in smoking cessation. 2005. *J Behav Health Serv Res*. 2005;32:381-92.
19. Cromwell J, Bartosh WJ, Fiore MC, Hasselblad V, Baker T. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR Guideline for Smoking Cessation. *JAMA*. 1997;278:1759-66.
20. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991;86:1119-27.
21. Baer JS, Lichtenstein E. Cognitive assessment in smoking cessation. En: Donovan DM, Marlatt GA, editors. *Assessment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford Press; 1988.
22. Becoña E, Vázquez FL. Does using relapse prevention increase the efficacy of a program for smoking cessation?: An empirical study. *Psychol Rep*. 1997;81:291-6.
23. Alterman AI, Gariti P, Mulvaney F. Short and long-term smoking cessation for three levels of intensity of behavioral treatment. *Psychol Addict Behav*. 2001;15:261-4.
24. Wetter DW, Fiore MC, Gritz ER, Lando HA, Stitzer ML, Hasselblad V, et al. The Agency for Health Care Policy and Research. Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. Findings and implications for psychologist. *Am Psych*. 1998;53:657-69.
25. Fiore MC, McCarthy DE, Jackson TC, Zehner ME, Jorenby DE, Mielke M, et al. Integrating smoking cessation treatment into primary care: an effectiveness study. *Prev Med*. 2004;38:412-20.
26. Conroy MB, Majchrzak NE, Regan S, Silverman CB, Schneider LI, Rigotti NA. The association between patient-reported receipt of tobacco intervention at a primary care visit and smokers' satisfaction with their health care. *Nicotine Tob Res*. 2005;7 Supl: 29-34.