

Prevalencia de tabaquismo en una población general y valoración de la actitud ante el cambio. ¿Están preparados nuestros pacientes para abandonar el hábito?

S. Suárez García, V. López Fernández, M.T. Arias García, L. Díaz González, S. Morán Fernández, M. Halabi Khani y A. Alonso Cortina

Consultorio de Colloto-Centro de Salud de Ventanielles. Oviedo. Asturias. España.

Introducción y objetivos. El modelo teórico de los Estadios del Cambio permite entender los cambios en el grado de disposición del paciente ante un hipotético intento de abandono del tabaquismo. El objetivo del presente trabajo ha sido estudiar la prevalencia del tabaquismo, la dependencia del tabaco y los intentos del abandono del hábito, estudiar la asociación con la historia de tabaquismo en los padres, estudiar a los fumadores en función de la fase de abandono en que se encuentran y conocer si los afectados por enfermedades relacionadas con el tabaco son más proclives al abandono.

Pacientes y métodos. Estudio descriptivo transversal en la población mayor de 14 años perteneciente al Consultorio de Colloto (Asturias). Se calculó una muestra de 415 personas, que se seleccionaron de forma aleatoria simple. Los datos se obtuvieron mediante encuesta. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa Epi Info (v. 6.04b).

Resultados. Se evaluó a 402 individuos, un 51,7% mujeres. La prevalencia de fumadores actuales es del 29,9% (25,5-34,6%); son ex fumadores el 19,1% (15,5-23,4%) y nunca ha fumado el 51,0% (46,0-56,0%). Hay diferencias muy significativas entre sexos en el grupo de más

de 64 años. De los que han sido fumadores, el 39,1% (32,3-46,3%) ha dejado el hábito. El abandono del tabaco se incrementa con la edad. Cuando los padres han sido fumadores los sujetos tienen 2 veces más posibilidades de serlo. Sólo el 13% de los fumadores tienen elevada dependencia. Se encuentra en la fase precontemplativa el 46,6% (37,5-55,0%), en la contemplativa el 40,7% (31,8-50,1%), y en la de preparación el 12,7% (7,5-20,4%). Aquellos que estaban en fase precontemplativa presentaban un grado de dependencia (índice de Fageström), una media de cigarrillos/día y de paquetes/año más altos que el resto. El 50,8% de los fumadores han intentado abandonar el tabaco. En los pacientes con enfermedades crónicas relacionadas con el tabaquismo o factores de riesgo vascular el abandono del hábito tabáquico ha sido mayor que en los que no presentaban ninguna enfermedad.

Conclusiones. Se sugiere la existencia de un descenso en el número de consumidores activos. No obstante, en los más jóvenes el número de mujeres fumadoras se equipara al de varones. La distribución de los fumadores en función del modelo de los Estadios del Cambio revela un elevado número de pacientes en las fases donde es previsible una mayor eficacia de la intervención. Es notable el grado de abandono existente en pacientes con factores de riesgo cardiovascular y en aquéllos con enfermedad vascular ya presente.

Palabras clave:

Tabaquismo. Epidemiología. Atención primaria. Modelos psicológicos.

Correspondencia: Dr. S. Suárez García.
Consultorio de Colloto-Centro de Salud de Ventanielles.
Avda. de Europa, 3 bajo. 33010 Colloto. Oviedo. Asturias. España.
Correo electrónico: vlopezf@papps.org

Recibido el 2 de julio de 2004 y aceptado el 23 de noviembre de 2004.

PREVALENCE OF SMOKING IN A GENERAL POPULATION AND EVALUATION OF PATIENT ATTITUDE PRIOR TO STOPPING. ARE OUR PATIENTS PREPARED TO STOP SMOKING?

Introduction and objectives. The theoretical model of the Stages of Change allows us to understand changes in the degree of a patient's willingness in a hypothetical attempt to quit smoking. The aims of this study were to assess the prevalence of smoking, dependence and attempts to stop; study the link with a history of smoking by parents, classify smokers by the degree of desire to stop smoking and to ascertain whether those with smoking-related diseases are more inclined to quit smoking.

Patients and methods. Cross-sectional, descriptive study in the population aged 14 and over in Colloto (a primary care center in Asturias, Spain). The study was focused on a simple, random sample of 415 persons. Data were obtained by means of a survey. The epi-info 6.04b was used for statistical analysis.

Results. A sample of 402 patients were evaluated; 51.7% were female. The prevalence of current smokers was 29.9% (25.5-34.6%); 19.1% (15.5-23.4%) had stopped smoking and 51.0% (46.0-56.0%) had never been smokers. Marked differences were observed between sexes in the over-64 age group. Among smokers, 39.1% (32.3-46.3%) had stopped. Quitting had increased with age. When parents had been smokers, the chance of their offspring also being smokers had doubled. Only 13% of smokers had high dependence. 46.6% (37.5-55.0%) were in the "precontemplative" stage, 40.7% (31.8-50.1%) in the contemplative stage and 12.7% (7.5-20.4%) in the readiness stage. Those in the precontemplative stage presented a Fageström score, a number of cigarettes-daily and packs per year consumption higher than the rest. The 50.8% of smokers had made attempts to stop. In patients with chronic tobacco-related illnesses and those at risk for vascular disease, stopping smoking was more prevalent than in those with no such symptoms.

Conclusions. A decline in the number of active smokers is suggested; however, in the younger population the number of females approaches that of males. The distribution of smokers according to the Stages of Change model reveals a large number of patients in phases where there should be a high probability of intervention effectiveness. The degree of quitting in patients with higher cardiovascular risk and those who already have vascular diseases is noteworthy.

Key words:

Smoking. Epidemiology. Primary Health Care. Psychological models.

Introducción

El tabaquismo representa la primera causa evitable de muerte en España, y se ha estimado que cada año mueren 56.000 españoles por enfermedades directamente relacionadas con el consumo de tabaco¹. Según la Encuesta Nacional de Salud de 1997², el 36% de la población general española mayor de 16 años de edad es consumidora habitual de tabaco. Por otra parte, la utilización de las consultas de atención primaria por la población es cada día mayor, posiblemente debido a su accesibilidad: se estima que el 75% de los españoles acude a su médico al menos una vez al año, con una frecuentación media de 5,5 visitas anuales³, lo que proporciona al profesional y al propio sistema sanitario múltiples oportunidades de abordar el problema del tabaquismo, tanto informando como ayudando a los interesados en abandonar su consumo^{3,4}. Es sobradamente conocido que el tratamiento del tabaquismo presenta una relación coste/beneficio favorable, en especial cuando se compara con otros procedimientos preventivos que se siguen habitualmente en atención primaria; los programas de deshabituación tabáquica posiblemente son los procedimientos más eficientes para mejorar la salud de la población⁵. Asimismo, múltiples estudios avalan la eficacia de la intervención mínima por parte del médico general^{6,7} y también por el profesional de enfermería⁸, y otros revelan la eficacia de los programas implementados en el ámbito de la atención primaria de salud, comparable a la de programas especializados⁹.

Con independencia de los pacientes que solicitan ayuda para dejar de fumar, una intervención activa por parte del profesional sanitario sobre el tabaquismo, dada su elevada prevalencia, precisa de instrumentos que faciliten la selección de los pacientes sobre los que aplicar los instrumentos existentes. El modelo teórico de los Estadios del Cambio, propuesto por Prochaska y DiClemente¹⁰, está ampliamente difundido en el estudio de la conducta humana, en especial en el ámbito socio-sanitario, y establece las fases que la mayoría de los fumadores atraviesan desde que se inician al consumo del tabaco hasta que lo abandonan. Este modelo define 5 fases: precontemplación; contemplación (fumadores que valoran intentar el abandono en un futuro próximo, no más lejano de 6 meses); preparación (fumadores que han decidido dejar de fumar durante el mes siguiente); acción (primer año tras el abandono) y mantenimiento. Los sujetos, pues, se encuentran en una u otra fase según su mayor o menor motivación para dejar de fumar y de su mayor o menor inclinación a reali-

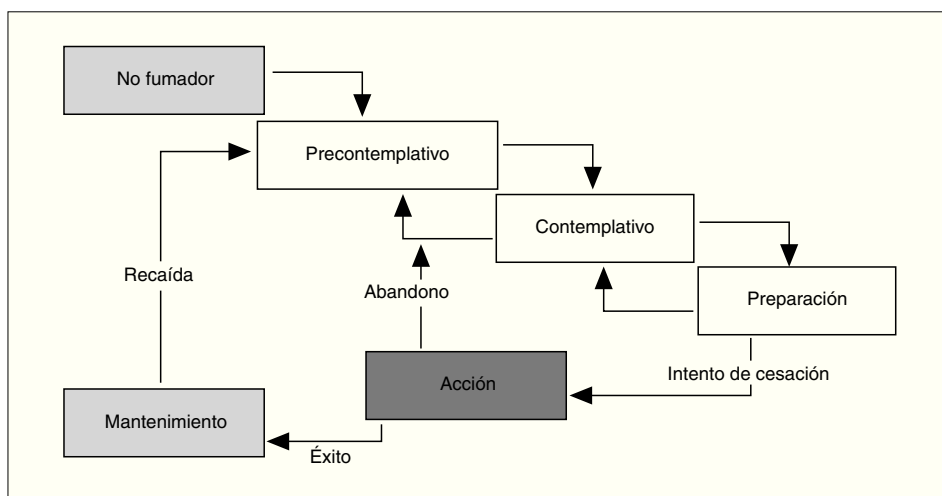


Figura 1. Modelo dinámico de los Estadios del Cambio.

zar un serio intento de abandono. Este modelo facilita un acercamiento teórico a este complejo problema, pues permite entender los cambios en el grado de disposición del paciente ante un hipotético intento de abandono (fig. 1) y diseñar estrategias diferenciadas, y se ha utilizado ampliamente tanto en la descripción del problema como en el desarrollo de programas de intervención; no obstante, existe una gran controversia sobre la efectividad de los desarrollos prácticos a que ha dado lugar^{11,12}.

Objetivos

Por todo lo expuesto, este estudio se ha planteado con los siguientes objetivos:

1. Estudiar la prevalencia de tabaquismo en la población mayor de 14 años adscrita al Consultorio de Colloto, y evaluar el consumo, la dependencia del tabaco y los intentos de cesación en el hábito.
2. Describir si existe asociación del hábito con la historia de tabaquismo en los padres.
3. Clasificar a los fumadores en función de la fase de abandono en que se encuentran, según las categorías que establece el modelo teórico de los Estadios del Cambio.
4. Conocer la prevalencia de enfermedades relacionadas con el tabaco y si los afectados son más proclives al abandono del hábito.

Pacientes y métodos

Diseño

Estudio descriptivo transversal en la población mayor de 14 años perteneciente al Consultorio de Colloto, según la base de datos de la Tarjeta Sanitaria Individual. Sobre dicha población, para una prevalencia de tabaquismo activo estimada del 36%, con

un intervalo de confianza (IC) del 95% y aceptando un 15% de pérdidas, se calculó una muestra 415 personas, que se seleccionaron de forma aleatoria simple desde los listados de población asignada. Se excluyó a los pacientes con enfermedad mental grave y a los terminales. Los datos se obtuvieron mediante encuesta, bien cuando el paciente acudía a consulta, bien por teléfono, durante los meses de abril y mayo de 2003. Se consideraron pérdidas los pacientes que no pudieron ser localizados una vez seleccionados (los que murieron durante el período de captación o los que se trasladaron de zona básica de salud, o bien los que no pudieron ser localizados tras más de 4 llamadas telefónicas efectuadas a horas distintas), además de los que no aceptaron participar.

Se recogieron datos demográficos referentes a la edad, el sexo, el tabaquismo actual o pretérito y la historia del hábito tabáquico en los padres.

En los fumadores, se valoró la edad de inicio, el consumo en paquetes/año, el grado de dependencia a través del test de Fagerström, el estado del paciente en relación con su actitud/decisión sobre el abandono del hábito tabáquico, según los estadios de Prochaska y DiClemente, el número de intentos previos de cesación y el período transcurrido hasta el fracaso (la recaída en el hábito) en los fracasos.

Se investigó la presencia de factores de riesgo cardiovascular: diabetes, hipercolesterolemia, antecedentes familiares de enfermedad coronaria e hipertensión arterial, la existencia de enfermedad cardiovascular asociada (cardiopatía isquémica [CI], accidente cerebrovascular [ACV] y arteriopatía periférica) y la de enfermedad oncológica o enfermedad crónica respiratoria.

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se presentan como medias, con su desviación típica, y las variables cualitativas, como porcentajes. Para el cálculo de los intervalos de confianza de una proporción se utilizó la aproximación cuadrática de Fleiss¹³. Para comparación de medias se ha utilizado el test de la t de Student y si se comparan más de 2 categorías, el test del análisis normal de la varianza (ANOVA). Para comparación de variables cualitativas se ha utilizado el test de la χ^2 , para valorar la magnitud de la asociación se utilizó la *odds ratio* (OR), con su intervalo de confianza (IC) del 95%. Para valorar la tendencia de proporciones se utilizó la prueba de χ^2 de tendencia lineal de proporciones o de Mantel-Haenszel extendido¹⁴. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa Epi Info (v. 6.04b).

Tabla 1. Prevalencias de haber sido fumador, fumar actualmente, ser ex fumador o no haber sido nunca fumador, según sexo y grupos de edad

	Han sido fumadores (%)	Fumadores en la actualidad (%)	Ex fumadores (%)	Nunca fumaron (%)
<i>Global (n = 402)</i>	49,00 (44,0-54,0)	29,90 (25,5-34,6)	19,10 (15,5-23,4)	51,00 (46,0-56,0)
<i>Sexo</i>				
Varones (n = 194)	68,6 ^b (61,4-74,9)	38,7 ^b (31,8-45,9)	29,9 ^b (23,7-36,9)	31,4 ^b (25,1-38,6)
Mujeres (n = 208)	30,8 ^b (24,7-37,6)	21,6 ^b (16,4-28,0)	9,1 ^b (5,7-14,1)	69,2 ^b (62,4-75,3)
<i>Grupos de edad</i>				
15-39 años (n = 138)	51,4 ^a (42,8-60,0)	42,0 ^a (33,8-50,7)	9,4 ^a (5,3-15,9)	48,6 ^a (40,0-57,2)
40-64 años (n = 128)	64,0 ^a (55,1-72,2)	34,4 ^a (26,4-43,4)	29,7 ^a (22,1-38,5)	35,9 ^a (27,8-44,9)
> 64 años (n = 136)	32,4 ^a (24,7-41,0)	13,2 ^a (8,2-20,4)	19,1 ^a (13,1-26,9)	67,6 ^{a,b} (59,0-75,3)
<i>Varones</i>				
15-39 años (n = 67)	58,2 ^a (45,5-69,9)	47,8 ^a (35,6-60,2)	10,4 ^a (4,7-20,9)	41,8% ^a (30,1-54,5)
40-64 años (n = 67)	80,6 ^{a,b} (68,8-88,9)	40,3 ^a (28,7-53,0)	40,3 ^{a,b} (28,7-53,0)	19,4 ^{a,b} (11,1-31,2)
> 64 años (n = 60)	66,7 ^{a,b} (53,2-78,0)	26,7 ^{a,b} (16,5-39,9)	40,0 ^{a,b} (27,8-53,5)	33,3 ^a (22,0-46,8)
<i>Mujeres</i>				
15-39 años (n = 71)	45,1 ^a (33,4-57,3)	36,6 ^a (25,7-49,0)	8,5 ^a (3,5-18,1)	54,9 ^a (42,7-66,6)
40-64 años (n = 61)	45,9 ^{a,b} (33,3-59,1)	27,9 ^a (17,5-41,0)	18,0 ^{a,b} (9,8-41,6)	54,1 ^{a,b} (40,9-66,7)
> 64 años (n = 76)	5,3 ^{a,b} (1,7-13,6)	2,6% ^{a,b} (0,5-10)	2,6 ^{a,b} (0,5-10)	94,7 ^{a,b} (86,4-98,3)

^aDiferencias significativas entre los grupos de edad (test de la χ^2).

^bDiferencias significativas entre sexos (test χ^2).

Entre paréntesis se expresa el intervalo de confianza del 95% de la prevalencia.

Definiciones

Para medir el grado de dependencia física que los fumadores tienen por la nicotina se utilizó el test de Fageström¹⁵; se considera alta dependencia una puntuación de 7 puntos o más.

El índice paquetes/año se utilizó como medida del tabaco consumido a lo largo de toda la vida (la cifra se obtiene multiplicando el número de cigarrillos consumidos al día por el número de años que lleva consumiendo esa cantidad de tabaco, y el resultado se divide por 20).

Para estimar la actitud del paciente ante el hábito y su grado de decisión de cese se clasificó a los pacientes fumadores en función de los Estadios de Cambio de Prochaska y DiClemente¹⁰, en 1 de las 5 fases siguientes: precontemplación (fu-

madores que no se plantean el abandono); contemplación (fumadores que intentarán abandonar el hábito en un plazo no superior a los próximos 6 meses); preparación (harán un intento serio de abandono en el plazo de 1 mes); acción (primeros 6 meses sin fumar), y mantenimiento (ex fumadores a partir de los 6 meses).

Resultados

De los 415 pacientes incluidos en la muestra, finalmente se evaluó a 402. Hemos tenido 13 pérdidas (3,13%), 12 de ellas al no haber podido localizar al

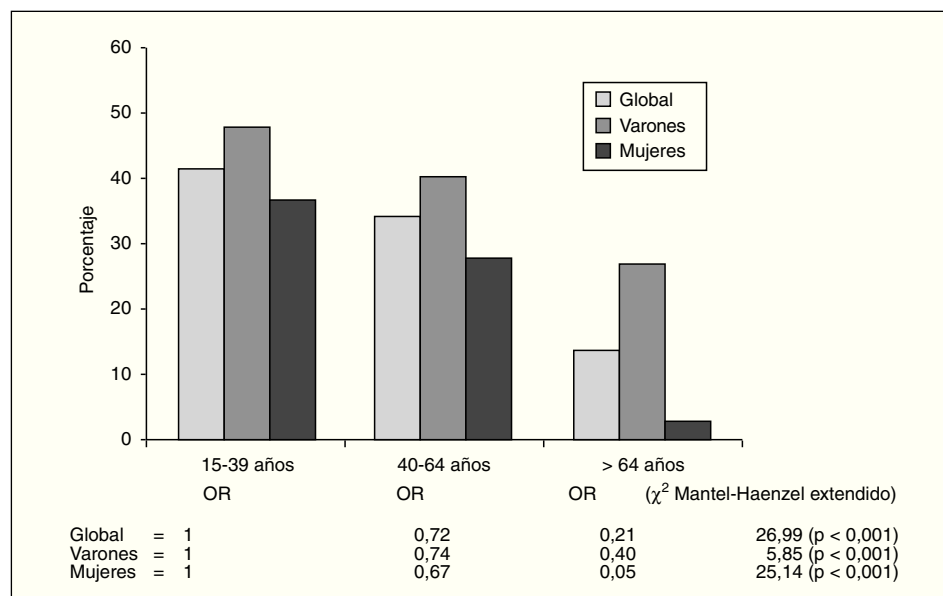


Figura 2. Tendencia lineal del hábito de fumar por grupos edad y sexo. OR: odds ratio.

Tabla 2. Diferencias entre sexos global y en los distintos grupos de edad en los que han sido fumadores, fuman en la actualidad, son ex fumadores o no han fumado nunca

	Varones	Mujeres	OR*	χ^2	p
<i>Han sido fumadores</i>					
Global	(133/194) 68,60%	(64/208) 30,80%	4,9 (3,2-7,7)	57,35	< 0,001
15-39 años	(34/67) 51,40%	(32/71) 45,10%	1,7 (0,8-3,5)	2,38	0,504
40-64 años	(54/67) 80,60%	(28/61) 45,90%	4,9 (2,1-11,7)	16,69	< 0,001
> 64 años	(40/60) 66,70%	(4/76) 5,30%	36 (10,6-135,6)	57,76	< 0,001
<i>Fuman en la actualidad</i>					
Global	(75/194) 38,70%	(45/208) 21,60%	2,3 (1,4-3,6)	13,89	< 0,001
15-39 años	(32/67) 47,80%	(26/71) 36,60%	1,6 (0,8-3,3)	1,76	0,185
40-64 años	(27/67) 40,30%	(17/61) 27,90%	1,8 (0,8-3,9)	1,75	0,139
> 64 años	(16/60) 26,70%	(2/76) 2,60%	13,5 (2,8-89,1)	16,87	< 0,001
<i>Ex fumadores</i>					
Global	(58/194) 29,90%	(19/208) 9,10%	4,2 (2,3-7,8)	27,94	< 0,001
15-39 años	(7/67) 10,40%	(6/71) 8,50%	1,3 (0,4-4,6)	0,16	0,688
40-64 años	(27/67) 40,30%	(11/61) 18,00%	2,8 (1,2-6,8)	6,4	< 0,001
> 64 años	(24/60) 40,00%	(2/76) 2,60%	24,7 (5,2-160,2)	30,28	< 0,001
<i>Nunca fumadores</i>					
Global	(61/194) 31,40%	(144/208) 69,20%	0,2 (0,1-0,3)	57,35	< 0,001
15-39 años	(28/67) 41,80%	(39/71) 54,90%	0,6 (0,3-1,2)	2,38	0,122
40-64 años	(13/67) 19,40%	(33/61) 54,10%	0,2 (0,1-0,5)	16,69	< 0,001
> 64 años	(20/60) 33,30%	(72/76) 94,80%	0,03 (0,01-0,09)	57,76	< 0,001

*Entre paréntesis se expresa el intervalo de confianza del 95% de la *odds ratio* (OR).

paciente. Ciento noventa y cuatro eran varones (48,3%) y 208, mujeres (51,7%). La edad media fue de 50,2 años, con una desviación típica (DT) de 19,9. La prevalencia de fumadores en la actualidad fue del 29,9% (25,5-34,6); estaba en fase de abandono (llevaban menos de 1 año sin fumar) o era ex fumador (lo había dejado hacía más tiempo) el 19,1% (15,5-23,4); finalmente, los que nunca han sido fumadores representaban el 51,0% (46,0-56,0). Entre los varones, eran fumadores actualmente el 38,7% (31,8-45,9), habían sido fumadores alguna vez el 68,6% (61,4-74,9), y nunca ha fumado el 31,4% (25,1-38,6). En mujeres, eran fumadoras actualmente el 21,6% (16,4-28,0), han sido fumadoras alguna vez el 30,8% (24,7-37,6), y nunca han sido fumadoras el 69,2% (62,4-75,3). Entre los fumadores actuales, la media de edad era de 42,4 años (DT, 15,5); en los varones era de 45,1 años (DT, 16,6), y en las mujeres de 37,7 años (DT, 12,2). Entre

los no fumadores, la media de edad fue de 53,6 años (DT, 20,1); en los varones, de 51,3 años (DT, 19,2), y en las mujeres, de 55,2 años (DT, 21,8), y existen diferencias estadísticamente significativas en todos los casos. Por grupos de edad, también hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas. Las prevalencias de fumar en la actualidad y de haber sido fumador fueron más altas en los varones que en las mujeres y decrecen con la edad, especialmente el ser fumador actualmente. Por grupos de edad y sexo no hemos encontrado diferencias en el grupo de edad de 15 a 39 años, pero sí son diferencias muy importantes en el grupo de más de 64 años (tabla 1). Los abandonos del hábito de fumar son menores en el grupo de 15-39 años. En la figura 2 se muestra la tendencia lineal de descenso del hábito tabáquico según los grupos de edad. En la tabla 2 se muestra la magnitud de la asociación según sexo y por grupos de edad.

Tabla 3. Prevalencias de seguir fumando o de ser ex fumadores según sexo y grupos de edad en la población que ha sido fumadora

	Fumadores	Ex fumadores
Global (n = 197)	60,90% (53,7-67,7)	39,10% (32,3-46,3)
<i>Sexo</i>		
Varones (n = 133)	56,40% (47,5-64,9)	43,60% (35,1-52,5)
Mujeres (n = 64)	70,30% (57,4-80,8)	29,7% ^b (19,2-42,6)
<i>Grupos de edad</i>		
15-39 años (n = 71)	81,7% ^a (70,4-89,5)	18,3% ^a (10,5-29,8)
40-64 años (n = 82)	53,7% ^a (42,4-64,6)	46,3% ^a (35,4-57,6)
> 64 años (n = 44)	40,9% ^a (26,7-56,7)	59,1% ^a (43,3-73,3)
<i>Varones</i>		
15-39 años (n = 39)	82,1% ^a (65,9-91,9)	17,9% ^a (8,1-34,1)
40-64 años (n = 54)	50,0% ^a (36,3-63,7)	50,0% ^a (36,3-63,7)
> 64 años (n = 40)	40,0% ^a (25,3-56,6)	60,0% ^a (43,4-74,7)
<i>Mujeres</i>		
15-39 años (n = 32)	81,20% (63,0-92,1)	18,80% (7,9-37,0)
40-64 años (n = 28)	60,70% (40,7-77,9)	39,30% (22,1-59,3)
> 64 años (n = 4)	50% (9,2-90,8)	50,00% (9,2-90,8)

^aDiferencias significativas entre los grupos de edad (test de la χ^2).

^bDiferencias significativas entre sexos (test de la χ^2).

Entre paréntesis se expresa el intervalo de confianza del 95% de la prevalencia.

De los pacientes que alguna vez habían sido fumadores lo había dejado el 39,1% (32,3-46,3). El abandono del tabaco se incrementó con la edad y no hubo diferencias de sexo (tabla 3).

Al investigar los antecedentes familiares de los encuestados, aquellos cuyos padres (padre y/o madre) habían sido fumadores tenían 2 veces más posibilidades de haberlo sido a su vez (tabla 4).

Presenta elevada dependencia según la escala de Fageström (7 o más puntos sobre un máximo de 10) el 13,1% de los fumadores (el 18,3% de los varones y sólo el 4,2% de las mujeres).

Respecto a la actitud ante el hábito tabáquico (modelo teórico de los Estadios del Cambio de Prochaska y DiClemente), se encontraba en la fase precontemplativa el 46,6% (37,5-55,0); en la fase contemplativa, el 40,7% (31,8-50,1), y un 12,7% (7,5-20,4), en la de preparación (tabla 5). Los que estaban en fase contemplativa presentaban un Fageström, una media de cigarrillos/día y de paquetes/año más alto que el resto (tabla 6). El 50,8% de los fumadores

han intentado abandonar el tabaco (100 pacientes de un total de 197 fumadores).

El momento del fracaso del intento de abandono fue en un 28,0% dentro de la primera semana; el 42% fracasó antes de los 2 meses y un 30% sufrieron recaídas en el hábito más tardías.

En los pacientes con enfermedades crónicas relacionadas con el tabaquismo o factores de riesgo vascular el abandono del hábito tabáquico ha sido mayor que en los que no presentaban patología, salvo en el caso de la enfermedad respiratoria (tabla 7).

Discusión

La prevalencia de fumadores en los mayores de 14 años de nuestra población fue del 29,9%; la de ex fumadores del 19,1%, y nunca había fumado el 51%. Se aprecia un descenso en cuanto al número de fumadores respecto a los obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud en 1997², aunque en este caso era en población mayor de 16 años, el 35,7% de los cuales eran fumadores, el 15% ex fumadores y el 49,3% no había fumado nunca. En el caso de la población asturiana, en 1993 eran fumadores el 35% de los mayores de 16 años³. Respecto a la población europea en la encuesta realizada en 1994 en mayores de 15 años eran fumadores el 34%¹⁶. Se trata, pues, de unas cifras en línea con lo comprobado en otros estudios similares en nuestro medio, como el estudio IBERPOC, multicéntrico español, de 2001, con unos porcentajes de fumadores y ex fumadores del 26 y el 24%, respectivamente, aunque de edades entre 40 y 69 años¹⁷, que explican la mayor prevalencia en nuestro caso, así como el hecho de que en ese estudio se incluían consultantes por patología respiratoria.

Todo ello quizá apunte a un descenso en el número de consumidores activos, como se venía reflejando en las encuestas realizadas en estos últimos años tanto a escala nacional como europea.

Entre los varones de esta población, actualmente fuma el 38,7%, ha fumado alguna vez el 68,6% y nunca ha sido fumador el 31,4%. Estas cifras son inferiores a las de la Encuesta Nacional de 1997, pues en ésta eran fumadores el 44,8%, había fumado alguna vez el 67,3% y nunca había fumado el

Tabla 4. Influencia de los antecedentes familiares de tabaquismo en el hábito de fumar

	El padre y/o la madre han sido fumadores	Ni el padre ni la madre han sido fumadores	OR (IC del 95%)	χ^2	p
Han sido fumadores	53,40% (157/294)	37,00% (40/108)	1,9 (1,2-3,2)	8,46	< 0,01
Fuman actualmente	32,30% (95/294)	23,10% (25/108)	1,6 (0,9-2,7)	3,17	0,075

OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza del 95%.

Tabla 5. Prevalencias de la actitud ante el hábito tabáquico en los fumadores actuales según el modelo teórico de los Estadios del Cambio de Prochaska y DiClemente por sexo y grupos de edad

	Precontemplativa	Contemplativa	Preparación
Global (n = 118)	46,60% (37,5-55,0)	40,70% (31,8-50,1)	12,70% (7,5-20,4)
Sexo			
Varones (n = 75)	49,30% (37,7-61,0)	41,30% (30,3-53,3)	9,30% (4,2-18,9)
Mujeres (n = 43)	41,90% (27,4-57,8)	39,50% (25,4-53,6)	18,60% (8,9-33,9)
Grupos edad			
16-39 años (n = 58)	48,30% (35,1-61,7)	36,20% (24,3-49,4)	15,50% (7,8-27,9)
> 39 años (n = 60)	45,00% (32,3-58,3)	45,00% (32,3-58,3)	12,00% (4,1-12,2)

Entre paréntesis se expresa el intervalo de confianza del 95% de la prevalencia.

Tabla 6. Relación entre los estadios y las variables cuantificadoras del hábito

	Fageström	Número de cigarrillos/día	Número de paquetes/año
Precontemplativos	3,13 ± 2,80	17,5 ± 3,67	21,5 ± 5,03
Contemplativos	3,99 ± 2,62	19,0 ± 3,16	23,2 ± 3,92
Preparación	2,07 ± 2,19	12,1 ± 2,66	7,8 ± 2,97
	p = 0,035*	p = 0,039*	p = 0,0013*

*Prueba de ANOVA.

32,7%. Respecto a la Encuesta Europea de 1994, en mayores de 15 años, se obtienen cifras parecidas a las de Dinamarca (37%), Alemania (36,8%), Portugal (38%), y superiores a las del resto de los países, con una media cercana al 27%. En cuanto a las mujeres, en nuestro caso fuma el 21,7%, ha fumado el 30,8% y no ha fumado nunca el 69,2%. Estos resultados también son inferiores a los de la Encuesta Nacional, con un 27,2% de fumadoras, un 7,9% que había fumado y un 64,9% que no había fumado nunca. Comparada con la Encuesta Europea de 1994, los datos son semejantes a los de Alemania (21,5%) e inferiores a los del resto de los países de la Comunidad Europea cuya media es del 27%.

Cuando valoramos la edad y el sexo, vemos que en nuestro caso en menores de 50 años actualmen-

te fuma el 44,1% de los varones y el 37,1% de las mujeres, y en mayores de 50 años, lo hace el 32,6% de los varones y sólo el 5,8% de las mujeres, datos que nos llevan a valorar que, aunque los patrones de consumo de tabaco varían considerablemente según la edad y el sexo, todavía hay un mayor porcentaje de fumadores entre los varones, pero se aprecia una evolución hacia la equiparación entre el grupo de población de menor edad.

El porcentaje de ex fumadores es superior en los varones, probablemente porque, al llevar menos años siendo fumadoras, existe menor tasa de abandono del hábito en las mujeres.

El hecho de iniciarse en el tabaquismo, en nuestra población, se asocia con el antecedente tabáquico en los padres, hecho ampliamente estudiado y confirmado en nuestro medio¹⁸, tanto por el papel ejemplar como por el nivel de permisividad ante el hábito. Si bien el ambiente familiar desempeña, pues, un papel importante en la adquisición del hábito, se acepta que en el mantenimiento en el hábito repercute más el ambiente social.

La distribución de los fumadores de nuestra población en función del modelo de los Estadios del Cambio revela un elevado número de pacientes en las fases de contemplación y no tanto en la de preparación del abandono (el 40,7 y el 12,7%, respectivamente), si los comparamos con otros estudios: el

Tabla 7. Influencia de los antecedentes patológicos en el hecho de dejar el hábito de fumar

	Sí	No	OR (IC del 95%)	χ^2	p
	Ex fumadores (%)	Ex fumadores (%)			
Enfermedad cardiovascular	72,70% (8/11)	37,10% (69/186)	4,5 (1,03-22,6)	5,57	< 0,05
Enfermedad pulmonar	43,3% (13/30)	38,30% (64/167)	1,2 (0,5-2,9)	0,27	0,604
Hipertensión arterial	60,00% (21/35)	34,60% (56/162)	2,8 (1,3-6,5)	7,82	< 0,001
Dislipemia	65,60% (21/32)	33,90% (56/165)	3,7 (1,6-9,0)	11,3	< 0,001
Diabetes mellitus	76,50% (13/17)	35,60% (64/180)	5,9 (1,7-22,7)	10,92	< 0,001

OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza del 95%.

25,7 y el 11,3%, respectivamente, en adolescentes de Texas¹⁹, el 45 y el 17% en Rhode Island²⁰ y hasta un 21% en preparación en Ohio²¹. En nuestro medio, los datos del estudio IBERPOC revelan un 57,7% de fumadores en la fase contemplativa, un 38,7% en la precontemplativa y sólo un 3,6% en la de preparación¹⁷.

Contrariamente a lo que podría esperarse, en nuestro estudio los fumadores que han decidido dejar de fumar próximamente han fumado menos a lo largo de la vida; además, fuman menos en la actualidad y tienen un grado de dependencia del tabaco menor que el resto de los fumadores. No existen diferencias significativas entre los distintos grupos de edad.

En el estudio IBERPOC, un 62,2% de los aún fumadores había hecho algún intento serio de abandono, que desciende al 50,8% en nuestra población, probablemente debido al diferente rango de edad. No obstante, el elevado número de fracasos tempranos permite pensar que una oferta de seguimiento a corto plazo más decidida podría mejorar el número de éxitos, si se asume que en buena parte de los fracasos tempranos puede haber desempeñado un papel relevante la aparición de un síndrome de abstinencia farmacológico o de dependencia psicológica, susceptibles de abordaje sencillo en la consulta.

Cuando estudiamos al subgrupo de pacientes en los que ya están presentes enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco o bien cofactores de riesgo cardiovascular, nos encontramos con que en todos los casos estudiados hay un mayor porcentaje de abandono del hábito que en el conjunto de la población. Por el pequeño tamaño de la muestra no se alcanza significación estadística en el caso de las enfermedades respiratorias y en el cáncer (sólo 2 pacientes, aunque lo habían dejado los 2). En cambio, es notable el grado de abandono conseguido tanto en pacientes con factores de riesgo cardiovascular como en aquellos con enfermedad vascular ya presente. Estos datos deben alertar a los profesionales sanitarios para que, durante su práctica asistencial, desarrollen intervenciones sobre el tabaquismo en este grupo de pacientes, pues la percepción de vulnerabilidad ante el tabaco (mucho más probable en los pacientes donde ya hay enfermedades relacionadas con el tabaquismo) se asocia con estadios más proclives al abandono²².

La decisión terapéutica óptima ante el tabaquismo es la prescripción de la abstinencia completa en todos los casos, y ésta ha sido tradicionalmente la propuesta clínica ante el paciente fumador. Esto, obviamente, no es realista, por cuanto no todos los

pacientes están preparados para hacer un intento serio de abandono. De hecho, una insistencia intempestiva sobre un paciente no motivado no sólo será ineficaz sino que puede deteriorar la relación médico-paciente y tal vez dificultar el tratamiento en un momento posterior. En la priorización del tipo de paciente sobre el que intervenir, en la práctica clínica clásicamente ha dominado el criterio de necesidad, establecido por el médico: bien por la intensidad y duración del hábito, bien por la presencia de enfermedad causada por el tabaco o potencialmente agravable por el mismo. Los datos que presentamos avalan la probabilidad de éxito en este segundo caso, pero no en el primero. Por el contrario, está bien establecido que la máxima eficacia del consejo médico, apoyado o no por medidas farmacológicas o de otro tipo, sucede en los sujetos con una actitud favorable para llevar a cabo un intento serio de abandono.

El modelo teórico de los Estadios del Cambio proporciona un soporte teórico a la historia natural de la adicción al tabaco en la mayoría de los casos, aunque tiene algunas limitaciones, como su restringida aplicabilidad en adolescentes²³. Se correlaciona con la percepción de vulnerabilidad ante el tabaco que tienen los fumadores²², así como con la tendencia de variación de la prevalencia del tabaquismo en la población²⁴, y permite una aproximación a la probabilidad del abandono; así, proporciona un instrumento para seleccionar la actitud terapéutica más eficiente ante el fumador en la consulta. Por ello, conocer la fase en que se encuentra cada paciente es un factor de importancia capital a la hora de poder predecir el éxito de una intervención y, por tanto, poder seleccionar de forma sencilla a los pacientes en los que el destino de recursos en la consulta (mínimos, por otro lado), ofrezcan las máximas posibilidades de éxito. Entonces se procederá a valorar la intervención indicada para el caso⁴, aunque aún existe gran controversia en cuanto a los estudios que han evaluado la eficacia del modelo a la hora de seleccionar pacientes para proponer intervenciones terapéuticas^{11,12}.

Finalmente, se puede proponer como paradigma el hecho de que, no siendo el abandono del tabaco un suceso ocasional, sino que tiene lugar tras un proceso prolongado en el tiempo, se puede considerar un éxito relativo conseguir que nuestros pacientes avancen a lo largo de los estadios del consumo, como una forma de acercar en el tiempo el momento en el que el abandono definitivo se produzca efectivamente, y en ese cambio de actitud la intervención del médico de cabecera también puede tener un papel no desdeñable.

Bibliografía

1. Banegas Banegas JR, Díez Gañan L, Rodríguez-Artalejo F, González Enríquez J, Graciana A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:692-4.
2. Encuesta Nacional de Salud 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
3. Alonso JM, Magro R, Martínez JA, Sanz N. Tabaco y atención primaria. En: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, editor. Libro Blanco sobre el tabaquismo en España. Barcelona: Glosa; 1998. p. 211-25.
4. US Public Health Service Report. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. *JAMA*. 2000;283:3244-54.
5. Plans P, Navas E, Tarín A, Rodríguez G, Galí N, Gayta R, et al. Coste-efectividad de los métodos de cesación tabáquica. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:49-53.
6. Jamronzik F, Fowler G, Vessey M. Controlled trial of three different antismoking interventions in general practice. *Br Med J*. 1984;288:1499-503.
7. Slama K, Karsenty S, Hirsh A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomized, controlled trial in France. *Tobacco Control*. 1995;4:162-9.
8. Tønnessen P, Mikkelsen C, Markholst A, Ibsen A, Bendixen M, Pedersen L, et al. Nurse-conducted smoking cessation with minimal intervention in a lung clinic: a randomized controlled study. *Eur Respir J*. 1996;9:2351-5.
9. Torrecilla García M, Barrueco M, Maderuelo JA, Jiménez Ruiz C, Plaza Martín MD, Hernández Mezquita MA. El abordaje del tabaquismo en atención primaria y especializada, una oportunidad real y una necesidad de salud pública. *Aten Primaria*. 2002;30:197-205.
10. Prochaska J, DiClemente C. Stages and process of self-change of smoking: towards an integrative model of change. *J Clin Psychol*. 1983;3:390-5.
11. Spencer L, Pagell F, Hallien ME, Adams TB. Applying the transtheoretical model to tobacco cessation and prevention: a review of the literature. *A J Health Pro*. 2002;17:7-71.
12. Riemsma RP, Pattenden J, Bridle C, Sonden AJ, Mather L, Watt IS, et al. Systematic review of the effectiveness of stage base interventions to promote smoking cessation. *BMJ*. 2003;326:1175-7.
13. Fleiss JL. *Statistical methods for rates and proportions*. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 1981. p. 14-5.
14. Schlesselman J. *Case-control studies: design, conduct, analysis*. New York: Oxford University Press; 1982. p. 203-6.
15. Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström tolerance nicotine questionnaire. *J Behav Med*. 1989;12:159-82.
16. World Health Organization. *Inform World No-tobacco Day*. Geneva: WHO; 1999.
17. Jiménez Ruiz CA, Masa JF, Sobradillo V, Gabriel R, Miravittles M, Fernández-Fau, et al. Prevalencia y actitudes sobre tabaquismo en población mayor de 40 años. *Arch Bronconeumol*. 2000;36:241-4.
18. Altet MN, Pascual MT y Grupo de Trabajo sobre el Tabaquismo en la Infancia. Tabaquismo en la infancia y adolescencia. Papel del pediatra en su prevención y control. *An Esp Pediatr*. 2000;52:168-77.
19. Prokhorov AV, Hudmon KS, De Moor CA, Kelder SH, Conroy JL, Ordway N. Nicotine dependence, withdrawal symptoms and adolescent's readiness to quit smoking. *Nicotine Tob Res*. 2001;3:151-5.
20. Prochaska JO, Velicer WF, Fava JL, Ruggiero L, Laforge RG, Rossi JS, et al. Counselor and stimulus control enhancements of a stage-matched expert system intervention for smokers in a managed care setting. *Prev Med*. 2001;32:23-32.
21. Wewers ME, Ahijevych KL, Chen MS, Dresbach S, Kihm KE, Kuun PA. Tobacco use characteristics among rural Ohio Appalachians. *J Community Health*. 2000;25:377-88.
22. Prokhorov AV, Wameke C, De Moor C, Emmons KM, Mulling Jones M, Rosenblum C, et al. Self-reported health status, health vulnerability, and smoking behaviors in college students: implications for intervention. *Nicotine Tob Res*. 2003;5:545-52.
23. Aveyard P, Cheng KK, Almond J, Sherratt E, Lancashire R, Lawrence T, et al. Cluster randomised controlled trial of expert system based on the transtheoretical (stages of change) model for smoking prevention and cessation in schools. *BMJ*. 1999;319:948-53.
24. Etter JF. Associations between smoking prevalence, stages of change, cigarette consumption, and quit attempts across the United States. *Prev Med*. 2004;38:369-73.