

Fumadores con patologías crónicas ¿por qué siguen fumando?

M.J. Bedoya Frutos, M.T. Rollán Landeras, A.B. Cifuentes Muñoz y S. Ruiz de Cueto Posadas

Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP M^a Jesús Hereza Cuellar. Leganés. Madrid. España.

OBJETIVO. Conocer la prevalencia, fase de abandono, grado de dependencia, motivación y percepción del consejo anti-tabáquico en pacientes fumadores con enfermedades crónicas.

MÉTODO. Estudio descriptivo transversal en una población de dos cupos de Atención Primaria del municipio de Leganés.

DETERMINANTES. Edad, sexo, patologías crónicas seleccionadas, antigüedad del diagnóstico, consejo antitabaco y percepción, consumo de tabaco, motivación, dependencia y fase de abandono del hábito.

RESULTADOS. La prevalencia de tabaquismo fue 13,5% (89 de 659). Estaban en fase de precontemplación el 43%. El grado de dependencia fue nulo-mínimo en el 69,7%. El nivel de motivación fue bajo en el 67,4% y alto en el 9%. Se había hecho consejo antitabaco al 98% y lo percibió el 98%. No hubo relación entre el grado de dependencia y la fase de abandono. La motivación fue mayor en fase de contemplación ($5,25 \pm 2,45$ frente a $3,1 \pm 2,57$; $p < 0,001$). La antigüedad de más de 5 años del diagnóstico se asoció con mayor probabilidad de estar en fase de contemplación (*odds ratio* [OR] 1,65; IC 95% 1,12 a 2,42) y a mayor motivación ($5,09 \pm 2,97$ frente a $3,57 \pm 2,19$; $p = 0,007$). La intensidad del consumo se relacionó con la dependencia (por grupos de consumo: $1,1 \pm 1,1$; $3,9 \pm 1,7$; $6,6 \pm 1,7$; $p < 0,001$), pero no con la motivación ni con la fase de abandono.

CONCLUSIONES. Los pacientes estudiados tienen un perfil desfavorable para el abandono de tabaco por la baja motivación. La dependencia no es la mayor dificultad para el abandono.

Palabras clave: tabaco, dependencia, enfermedad crónica.

OBJECTIVE. To know the prevalence, abandonment stage, dependence degree, motivation, anti-tobacco advice perception in patients with chronic diseases who smoke.

METHODS. Cross-sectional descriptive study in two Primary Health Care populations from Leganés Municipality.

PRINCIPAL MEASUREMENTS. Age, gender, chronic diseases chosen, when diagnosis was made, anti-tobacco advice and perception, tobacco consumption, motivation, dependence and abandonment stage of the habit.

RESULTS. Prevalence of smoking habit was 13.5% (89/659). Forty three percent were in "precontemplation" stage. The prevalence degree was null to minimum in 69.7%. Motivation level was low in 67.4% and high in 9%. A total of 98% had received anti-tobacco advice and 97.7% perceived it. There was no relationship between dependence degree and abandonment stage. Motivation was greatest in the contemplation stage (5.25 ± 2.45 vs 3.1 ± 2.57 ; $p < 0.001$). The greatest time to diagnosis of over 5 years was associated to greater likelihood of being in the contemplation stage (OR 1.65; 95% CI 1.12 to 2.42) and to greater motivation (5.09 ± 2.97 vs 3.57 ± 2.19 ; $p = 0.007$). Consumption intensity was related to dependence (by consumption groups: 1.1 ± 1.1 ; 3.9 ± 1.7 ; 6.6 ± 1.7 ; $p < 0.001$) but not with motivation nor abandonment stage.

CONCLUSIONS. The patients studied had an unfavorable profile to quit the smoking habit due to their lack of motivation. Dependence is not the major difficulty to achieve the abandonment.

Key words: tobacco, dependence, chronic disease.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es la mayor causa prevenible de enfermedad y muerte en países desarrollados. En España afecta al 31% de la población adulta^{1,2}. Se relaciona con enferme-

dad cerebrovascular, vasculopatía periférica y cardiopatía isquémica, aumentando el riesgo en presencia de hipertensión arterial, diabetes y consumo de anticonceptivos orales, entre otros³. También se asocia con obstrucción crónica del flujo aéreo y con diferentes tumores. Entre la patología que se ha relacionado con el tabaquismo pasivo hay que incluir el asma infantil y el síndrome de muerte súbita del lactante⁴.

Dejar de fumar produce beneficios importantes³; a los 10-15 años de abstinencia el riesgo de mortalidad global vuelve a ser igual que en no fumadores, y en personas con cardiopatía isquémica se reduce considerablemente

Correspondencia: M.J. Bedoya Frutos.
C/ Jesús Miguel Haddad Blanco, 2.
28913 Leganés. Madrid. España.
Correo electrónico: mjbedoya@telefonica.net

Financiación:
Este trabajo no ha sido financiado por ninguna entidad pública ni privada.

Recibido el 10-11-06; aceptado para su publicación el 18-09-07.

(50-80%) el riesgo de reinfarcto o muerte cardiovascular⁵.

En cualquier estadio de la enfermedad pulmonar crónica los pacientes que dejan de fumar presentan una pérdida de función pulmonar menos acusada que aquellos que continúan fumando⁶.

El consejo médico es una de las intervenciones preventivas con mejor relación coste-efectividad, con un 6% de abandonos³.

Los tratamientos con fármacos pueden conseguir tasas de abandono durante la fase activa de tratamiento de hasta el 30-50%, pero disminuye a la mitad a partir de los 6-12 meses⁷.

El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de tabaquismo en pacientes con enfermedades cardiovasculares o respiratorias crónicas o con factores de riesgo, el grado de dependencia, de motivación, la fase en que se encuentran respecto del posible abandono del hábito y la percepción del consejo antitabáquico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal de una población de adultos con patología crónica de dos consultas de Atención Primaria del municipio de Leganés (Madrid).

Para seleccionar la población se buscaron en la base de datos del centro los códigos diagnósticos de las siguientes patologías: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, claudicación intermitente, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Los listados de pacientes obtenidos se cruzaron para evitar duplicidades. Se buscó en cada historia el registro de consumo de tabaco. Se consideró fumador habitual a la persona que fuma al menos un cigarrillo al día, y fumador ocasional al que consume menos de un cigarrillo al día⁸.

Se realizó una captación activa de las personas fumadoras durante un año, bien en las consultas programadas para revisión de sus patologías, bien citándoles por teléfono para que acudieran a consulta.

Las variables de estudio fueron la edad, el sexo, las patologías crónicas y los factores de riesgo cardiovascular seleccionados (tabla 1), la antigüedad del diagnóstico, la constancia escrita en la historia clínica del consejo antitabaco y su percepción por el paciente, el consumo medio diario de cigarrillos, la motivación para dejar de fumar, la dependencia y la fase de abandono del hábito.

La fase de abandono se clasificó según los criterios de Prochazka- Di Clemente (fase de precontemplación: no piensa dejar de fumar en los siguientes 6 meses; fase de contemplación: piensa dejar de fumar en los próximos 6 meses)⁹. El grado de dependencia se midió con la prueba de Fagerström (de 0-2 puntos sin dependencia; 3-4 mínima dependencia; 5-6 moderada dependencia; 7-8 gran dependencia; 9-10 máxima dependencia)¹⁰. El grado de motivación se midió con la prueba de Richmond (menos de 5 puntos poca motivación; 6-8 mediana motivación; más de 8 puntos buena motivación)¹¹.

Las variables cualitativas se describen en porcentajes y las cuantitativas con la media y la desviación estándar. Las medias se comparan con la prueba de la "t" de Student o el análisis de la varianza. La comparación de riesgos se establece mediante la *odds ratio* con su intervalo de confianza. Se consideró un error alfa de 0,05.

RESULTADOS

De un total de 2.935 pacientes adscritos a las dos consultas se identificaron 659 con una o más de las patologías seleccionadas para el estudio. De éstos, 89 (13,5%) eran fumadores, y al no haber pérdidas pudieron obtenerse resultados de todos ellos. Las características de esta población se resumen en la tabla 1.

El diagnóstico de la patología crónica tenía más de 5 años de antigüedad en 45 pacientes (50%) y constaba consejo antitabaco en 87 (97,8%), que fue percibido por 85 (98%).

En el momento de realizarse la encuesta el 43% de los pacientes se encontraban en fase de precontemplación.

Respecto al grado de dependencia el 46,1% de los pacientes no tenían dependencia, era mínimo en el 23,6%, moderado en el 19%, de gran dependencia en el 9% y de máxima en el 2,2%. El nivel de motivación era bajo en el 67,4% de los pacientes, medio en el 23,6% y alto en el 9%.

Al relacionar el grado de motivación y dependencia con la fase de abandono (fig. 1) encontramos que la motivación era significativamente mayor en los que estaban en fase de contemplación ($5,25 \pm 2,45$) que en los que se encontraban en fase de precontemplación ($3,1 \pm 2,57$; $p < 0,001$). No hubo relación con en el grado de dependencia.

Con excepción de la hipercolesterolemia, el tiempo superior a 5 años desde el diagnóstico se asoció a mayor pro-

Tabla 1. Características de la población de fumadores con enfermedades crónicas (n = 89)

Variable	Resultado
Edad media en años (DE y rango)	55,7 (11,7; 18-89)
Sexo femenino	67 (75%)
Patologías	
Hipertensión arterial	64 (72%)
Diabetes	29 (32,5%)
Hipercolesterolemia	49 (55%)
Cardiopatía isquémica	3 (3%)
Claudicación intermitente	2 (2%)
Accidente cerebrovascular	6 (6,5%)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	12 (13,5%)
Tabaquismo	
Fumador diario/ocasional	86 / 3
Consumo escaso/moderado/elevado*	36 / 40 / 13

DE: desviación estándar

*Consumo diario: leve < 12 cigarrillos; moderado 12 - 24 cigarrillos; elevado > 24 cigarrillos.

abilidad de estar en fase de contemplación (*odds ratio* 1,65; intervalo de confianza [IC] 95% 1,12 - 2,42) y con mayor motivación (media y desviación estándar $5,09 \pm 2,97$ frente a $3,57 \pm 2,19$; $p = 0,007$). No hubo diferencias en el grado de dependencia. Clasificando la intensidad del consumo en tres grupos (menos de 12, de 12 a 24 y más de 24 cigarrillos al día) no encontramos ninguna diferencia entre consumo de tabaco y fase de abandono (en fase de contemplación el 56, 60 y 54% respectivamente; $p = 0,89$) ni en el grado de motivación ($p = 0,5$). Sin embargo, sí resultó diferente la puntuación media de dependencia, proporcionalmente al consumo ($1,1 \pm 1,1$; $3,9 \pm 1,7$; $6,6 \pm 1,7$; $p < 0,001$).

DISCUSIÓN

La prevalencia de tabaquismo encontrada es mucho menor que en la población general, pero aun así nos parece muy alta si consideramos que son pacientes sobre los que se realiza una intervención continuada, al menos 3 ó 4 veces al año en la consulta de enfermería, y al menos una vez al año en la consulta médica. Además se trata de personas que dicen haber percibido el mensaje de que deben dejar de fumar.

La resistencia de nuestros enfermos a dejar de fumar queda patente por el hecho de que casi la mitad no se plantea el abandono tabáquico en los próximos 6 meses. Este porcentaje es mayor que en población fumadora no seleccionada, en la que entre el 30-35% de los fumadores se encuentran en esta fase³. Se ha descrito que la intervención motivacional en fumadores que no desean dejar de fumar tiene un mayor impacto si el tabaco produce problemas de salud en el momento de realizar la intervención, y por lo tanto sería menos útil en enfermedades de curso silente, como la hipertensión, la diabetes o la hipercolesterolemia. Sin embargo, hay un estudio que compara sujetos sanos fumadores con enfermos con diabetes, hipertensión arterial y cardiopatía isquémica, en el que se encuentra una mayor motivación inicial para dejar de fumar en los enfermos, aunque esta diferencia de motivación desaparece a los 18 meses de seguimiento¹².

Nos llama la atención también el bajo nivel de dependencia. El 69,7% de los pacientes tiene mínima o nula dependencia. Entonces ¿por qué no dejan de fumar? Quizás la respuesta esté en los bajos niveles de motivación, porque el 67% de ellos no tiene ninguna motivación, y la motivación alta queda restringida a un 9%. En un estudio similar en personas con arteriopatía periférica se encontró que tenían baja dependencia a la nicotina, y a pesar de conocer los efectos nocivos del tabaco, una compleja dependencia psicológica¹³.

Si exceptuamos la hipercolesterolemia, en el resto de patologías estudiadas el hecho de llevar más de 5 años desde el diagnóstico se asocia con una mayor motivación. Podríamos estar ante los llamados “contempladores crónicos”, que serían aquellos pacientes que siempre piensan dejarlo pero que nunca encuentran el momento para intentarlo definitivamente, incluso aunque reciban intervenciones intensivas¹⁴. La intensidad del consumo se relacio-

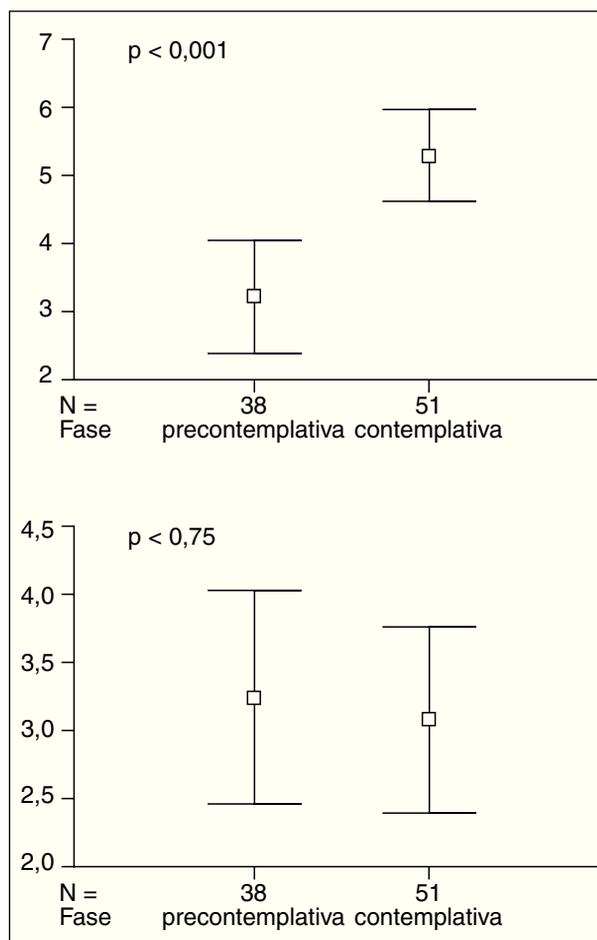


Figura 1. Comparación de las puntuaciones de motivación (prueba de Richmond) y dependencia (prueba de Fagerström) entre los sujetos en fase de contemplación y precontemplación (según los criterios de Prochazka-Di Clemente) en una población de fumadores con enfermedades crónicas.

nó con un mayor nivel de dependencia, pero no con el grado de motivación ni con la fase de abandono. No fuman más los menos motivados, ni fuman más los que se encuentran en fase de precontemplación.

La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) aconseja la prueba de Fagerström junto con el consumo, para valorar la necesidad del tratamiento sustitutivo con nicotina. Éste estaría indicado en fumadores con dependencia alta o moderada y motivación alta para la deshabituación¹⁵. Nuestros enfermos, al tener una mínima o nula dependencia de la nicotina y una motivación baja, tienen el perfil más desfavorable para beneficiarse de este tratamiento farmacológico. Tampoco tendrían el perfil adecuado para derivarles a unidades específicas de deshabituación.

Estas personas constituyen un grupo especial, cuyo principal problema radica en la baja motivación y no en la dependencia. Conseguir que desarrollen suficiente motivación para el abandono no es fácil, pueden tardar meses o años en adquirirla y puede que no sea suficiente¹⁶. Aun así está justificada la repetición del consejo motivacional (estrategia de las cuatro “R”)⁷ tratando a los en-

fermos de forma diferente según en la fase en que se encuentren¹⁷.

Este estudio descriptivo tiene las limitaciones propias del pequeño tamaño de la muestra y de haber sido realizado en un único centro. Por lo tanto, los resultados no pueden considerarse representativos más que del grupo estudiado.

En conclusión, los pacientes estudiados tienen un perfil desfavorable para el abandono de tabaco por baja motivación. En esta población la dependencia no es la mayor dificultad para el abandono.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Ruiz CA, Colmenarejo Hernando JC. NEUMOMADRID, SMMFYC, SEMERGEN. Procedimientos en Enfermedades Respiratorias (PROCEDER). Atención al tabaquismo. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación S.L.; 2006. p. 5.
2. Mataix-Sancho J, Lozano-Fernández J. Programa Atención Primaria Sin Humo, mucho más que centros de salud sin humo. *Aten Primaria*. 2006;37;183-4.
3. Camarelles Guillem F. Estrategias frente a los factores de riesgo cardiovascular. Ayuda a la deshabituación tabáquica. *El médico. Formación acreditada On-line* 16 de enero de 2004. p. 29-48.
4. Grupo de trabajo para el estudio y prevención de la muerte súbita del lactante de la Asociación Española de Pediatría. Síndrome de la muerte súbita del lactante. Medidas preventivas ambientales. *An Pediatr*. 2001;54:573-4.
5. Pardell H, Saltó E, Tresserras R. Manejo terapéutico del hipertenso fumador. En: López García-Aranda V, editor. *Tabaco, hipertensión y órganos diana*. Barcelona: ed. Espaxs S.A.; 1999. p. 61-7.
6. Nuñez S, Molina J, Lumbreras G. Estado actual del tratamiento de la EPOC. Abordaje farmacológico de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. *El médico. Formación Acreditada On-line* 2 de julio de 2004.
7. Bigelow GE, Rand C. Tobacco use and dependence. En: Barker LR, Burton JR, Zieve PhD, editors. *Principles of ambulatory Medicine*. 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999. p. 223-35.
8. Monzón S, Venturini M, Nerón I, Colás C. Prevalencia de tabaquismo y prevención en pacientes con asma persistente. *Aten Primaria*. 2005;35:77-81.
9. Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages and processes of self change of smoking; toward and integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51:390-5.
10. Lee EW, D'Alonzo GE. Cigarette smoking, nicotine addiction, and its pharmacologic treatment. *Arch Intern Med*. 1993;153:34-48.
11. Richmond Ri, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models of predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*. 1993;88:1127-75.
12. Wikes S, Evans A. A cross-sectional study comparing the motivation for smoking cessation in apparently healthy patients who smoke to those who smoke and have ischaemic heart disease, hypertension or diabetes. *Fam Pract*. 1999;16:608-10.
13. Limosin F, Consoli SM, Fiessinger JN. Psychological factors associated in smoking cessation in patients with arterial occlusive disease of the legs. *Encephale*. 2000;26:7-12.
14. Sanz B, de Miguel J, Anegón M, García M. Efectividad de un programa de consejo antitabaco intensivo realizado por profesionales de enfermería. *Aten Primaria*. 2006;37:266-72.
15. López García-Franco A, Girbés Fontana M, Medina Bustillo B. Protocolo de deshabituación tabáquica. Área 9. Madrid: Instituto Madrileño de la Salud; 2003.
16. Johnston DW, Johnston M, Kinmonth AL, Mant D. Motivation is not enough: prediction of risk behaviour following diagnosis of coronary heart disease from the theory of planned behaviour. *Health Psychol*. 2004;23:533-8.
17. Bolman C, de Vries H. Psycho-social determinants and motivational phases in smoking behavior of cardiac inpatients. *Prev Med*. 1998;27:738-47.