



ORIGINAL

Tratamiento grupal multicomponente para dejar de fumar en atención primaria. Resultados de 5 años de intervención en un centro de salud

J.A. Ochoa-Prieto*, R. Aurrecoechea-Corral, P. Llanderas-López y S. Aparicio-García

Centro de Salud Villaviciosa de Odón, Madrid, España

Recibido el 2 de febrero de 2009; aceptado el 13 de enero de 2010

Disponible en Internet el 31 de marzo de 2010

PALABRAS CLAVE

Tabaquismo;
Tratamiento del
tabaquismo;
Terapia grupal;
Atención primaria;
Tasa de abstinencia

Resumen

Introducción: El propósito del estudio es presentar los resultados obtenidos en la tasa de abstinencia del hábito tabáquico y analizar las variables asociadas en un abordaje grupal multicomponente en un centro de salud.

Sujetos y método: Se incluyeron todos los registros de los pacientes que habían participado en terapia de grupo para dejar de fumar. Estudio descriptivo. Se analizaron variables sociodemográficas, del hábito tabáquico y del contexto social. Se consideró la abstinencia continua como variable dependiente. Análisis estadístico: descripción de variables cualitativas y cuantitativas y evaluación de la relación entre las variables por medio de regresión logística.

Resultados: Se incluyó a 262 sujetos (65% mujeres) con una edad media (DE) de 43,69 (10,61) en 18 talleres. La media (DE) del test de Fagerström fue 5,33 (2,54). El 71% recibió tratamiento farmacológico. La abstinencia continua al año fue 27,1%. Las mujeres, aquellos con test de Fagerström ≥ 4 , fuman en los primeros 30 min, refieren múltiples recaídas y los que estuvieron menos de seis meses abstinentes en anteriores intentos se beneficiaron del tratamiento farmacológico en relación a la abstinencia final. Las variables asociadas a la abstinencia continua fueron el tratamiento farmacológico y la abstinencia previa mayor de 6 meses.

Conclusiones: La terapia grupal para dejar de fumar en Atención Primaria es un abordaje eficiente. El tratamiento farmacológico triplica la probabilidad de éxito al año. Los pacientes con test de Fagerström ≥ 4 global o ≥ 2 en la primera pregunta, aquellos con múltiples recaídas, las mujeres y los que se habían mantenido abstinentes menos de seis meses en anteriores intentos son los que más se beneficiaron del tratamiento farmacológico.

© 2009 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jochoaprieto@gmail.com (J.A. Ochoa-Prieto).

KEYWORDS

Smoking;
Smoking treatment;
Group therapy;
Primary health care;
Cessation rate

Multicomponent group treatment for smoking cessation in a health care center**Abstract**

Introduction: The aim of this study is to present the results obtained in smoking cessation rates and to analyze the associated variables in a multicomponent group intervention in Primary Health Care.

Subjects and method: All of the records of patients who had participated in group therapy for smoking cessation were included. A descriptive study was made. The sociodemographic, smoking habits and social context variables were analyzed. Continuous abstinence was considered as the dependent variable. The statistical analyses included description of quantitative and qualitative variables and evaluation of the relationship between variables by means of logistic regression.

Results: The study included 262 subjects (65% women), with a mean age (standard deviation) of 43.69 (10.61) in 18 workgroups. Mean (SD) of the Fagerström test was 5.33 (2.54). A total of 71% received drug treatment. Continuous abstinence at 12 months was 27.1%. Women, and those with test of Fagerström ≥ 4 , who smoke within the first 30 min, report multiple relapses. Women and those who were abstinent less than six months in previous attempts benefited from the drug treatment in relation to final abstinence. Variables associated to continuous abstinence were drug treatment and previous abstinence of $>$ than 6 months.

Conclusions: Group therapy for smoking cessation in primary health care is an efficient approach. Drug treatment triples the probability of success at one year. Patients with Fagerström's test ≥ 4 global or ≥ 2 on the first question, those who report multiple relapses, women, and those who had been abstinent for less than six months in previous attempts are those who benefited the most from drug treatment.

© 2009 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

En el momento actual el tabaquismo continúa siendo la primera causa de muerte evitable en los países desarrollados. En nuestro país fuma aproximadamente el 30% de los mayores de 15 años según la encuesta nacional de salud de 2003¹. La naturaleza adictiva del tabaco lo convierte en un problema crónico y los fumadores atravesarán por distintas etapas en su proceso de «fumar-dejar de fumar». Por tanto, nos encontramos ante un problema de salud de primer orden: de carácter crónico, muy prevalente y responsable de una de cada 6 muertes en mayores de 35 años en nuestro país².

La Atención Primaria es el lugar preferente de atención a estos pacientes por su gran accesibilidad. Sabemos que el 75% de la población visita a su médico de atención primaria al año³ y que la incorporación sistemática de los programas para dejar de fumar recomendados por las guías de práctica clínica en Atención Primaria es factible y altamente efectiva⁴. Algunos autores han preconizado la necesidad de una «atención específica» (más allá del consejo breve) en los centros de salud solo para aquellos fumadores dispuestos a dejar de fumar que cumplieran 3 de los siguientes criterios: fumadores de más de 10 cigarrillos, fuman su primer cigarrillo antes de 60 min después de levantarse, dispuestos al abandono en 4 semanas y remitidos por un profesional sanitario⁵. Sin embargo, el informe del Public Health Service de EEUU sobre el tratamiento del tabaquismo aconseja que las intervenciones más intensivas sean ofrecidas a todo fumador que desee participar en las mismas

y no limitarse a subpoblaciones de fumadores, por ejemplo, a aquellos con dependencia física más alta⁶.

Las intervenciones sobre los sujetos fumadores descritas en la literatura varían en la intensidad (consejo breve, asesoramiento, seguimiento...) y en la forma de aplicación (individual o grupal). Sabemos que el tratamiento grupal es una intervención efectiva para dejar de fumar. La revisión Cochrane reconoce que vale la pena que los fumadores que quieran dejar de fumar lo intenten en tratamiento grupal, si está disponible, ya que aumentarán las probabilidades de éxito⁷. Ofrecer tanto intervención individual como grupal en las clínicas dedicadas al tratamiento del tabaquismo se ha demostrado efectivo⁸.

El objetivo del presente estudio es presentar los resultados obtenidos en la terapia grupal ofrecida entre los años 2001–05 en un centro de salud, conocer la proporción de sujetos que lograron la abstinencia continua y las variables asociadas al éxito.

Pacientes y método

Se trata de un estudio descriptivo en el que se incluyeron todos los pacientes que acudieron a «talleres para dejar de fumar» entre los años 2001–05 en el Centro de Salud de Villaviciosa de Odón del Área 8 de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. En el centro trabajan 12 médicos, 12 enfermeras y tres pediatras que atienden a toda la población del municipio de unos 27.000 habitantes. Se obtuvieron los datos del formulario que contestaron los pacientes previo al taller (datos personales, historia clínica

del fumador y test de Fagerström) y de la hoja de volcado de datos y seguimiento de los talleres (indicación de tratamiento farmacológico, estado de abstinencia y recaída durante el taller y registro de contacto telefónico a los 1, 3, 6 y 12 meses). Los sujetos perdidos durante el seguimiento se han considerado como fumadores.

Se obtuvieron variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, nivel de estudios), variables en relación con el hábito tabáquico (edad de inicio, intentos previos de abandono y tratamientos utilizados, tiempo mayor de abstinencia, test de Fagerström), entorno familiar (fumadores en el mismo domicilio), autopercepción de enfermedades relacionadas con el tabaco (propias y familiares), asistencia a las sesiones, enfermedades y abstinencia durante el taller y en el seguimiento.

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo presentándose las variables cualitativas con proporciones y las variables cuantitativas mediante media y desviación estándar. Para estudiar la posibilidad de asociación entre variables se empleó la prueba de la t de Student y la prueba de la χ^2 según procediera. Todas las pruebas estadísticas se realizaron a dos colas y con un nivel de significación estadística de 0,05. Se realizó un análisis multivariante mediante un modelo de

regresión logística donde se incluyeron las variables con significación en el análisis bivalente y aquellas asociadas a la abstinencia continua según la literatura. El análisis estadístico se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 11.

Resultados

Durante los 5 años participaron 262 personas (35% varones y 65% mujeres) en 18 talleres de 5 sesiones cada uno. La edad media (DE) de los pacientes fue de 43,69 (10,61) años. La mayoría de los pacientes estaban casados. La media (DE) del test de Fagerström fue 5,33 (2,54) y la mediana y la moda fue 6. En la [tabla 1](#) se muestran las características de los participantes por sexo.

Al cabo del año, 71 sujetos (27,1%) se habían mantenido sin fumar de forma continuada. Al mes de la intervención el 63% de los pacientes no fumaba, a los 3 meses el porcentaje bajó hasta el 44,3%, a los 6 meses un 34,4% seguía sin fumar. La abstinencia puntual al año fue del 32,1%.

Respecto a la variable principal de abstinencia continua al año no hubo diferencias en las siguientes variables: media de edad, nivel de estudios, número de años fumando, edad de inicio del hábito, número de cigarrillos al día, fumadores en casa y dependencia física medida con el test de Fagerström. Sí se identificaron diferencias estadísticamente

Tabla 1 Características de los participantes por sexo

Variables	Mujer (171)	Varón (91)	Significación
Edad (n: 262)	41,94 (8,64)*	46,98 (12,99)*	<0,0005
Test de Fagerström (n: 260)	5,34 (2,56)*	5,31 (2,53)*	0,915
Dependencia baja (0-3)	46 (27,2%)	23 (25,3%)	0,892
Dependencia media (4-6)	62 (36,7%)	36 (39,6%)	
Dependencia alta (7-10)	61 (36,1%)	32 (35,2%)	
Número de sesiones (n: 262)	3,13 (1,04)*	3,33 (1,00)*	0,132
Años fumando (n: 223)			0,490
Menos de 5	1 (0,7%)	2 (2,5%)	
6-10 años	11 (7,6%)	7 (8,9%)	
Más de 10 años	132 (91,7%)	70 (88,8%)	
Edad de inicio (n: 220)			0,014
Antes de los 15 años	30 (21,1%)	30 (38,5%)	
Entre los 16-20 años	93 (65,5%)	34 (43,6%)	
Entre 21-25 años	12 (8,5%)	11 (14,1%)	
Después de los 26 años	7 (4,9%)	3 (3,8%)	
Intentos previos (n: 262)			<0,0005
Ninguno	55 (32,2%)	10 (11%)	
1 ó 2	70 (40,9%)	42 (46,2%)	
Más de 2	46 (26,9%)	39 (42,9%)	
Tiempo de abstinencia (n: 197)			0,410
<7 días	30 (25,9%)	19 (23,5%)	
8 días a 1 mes	23 (19,8%)	24 (29,6%)	
1-6 meses	27 (23,3%)	14 (17,3%)	
>6 meses	36 (31%)	24 (29,6%)	
*Media (desviación estándar)			

Tabla 2 Descripción de variables cuantitativas y cualitativas en relación a la abstinencia continua

Variables cuantitativas			
Variables (n)	No abstinencia continua, media (DS)	Sí abstinencia continua, media (DS)	p
Edad (262)	42,95 (10,263)	45,68 (11,337)	0,065
Test de Fagerström (260)	5,48 (2,490)	4,93 (2,667)	0,122
CO previo (113)	22,49 (14,956)	17,85 (13,484)	0,126
Variables cualitativas			
Variables (n)	Proporción	De los cuales abstinencia continua (%)	p
Sexo (262)			
Mujer	65,27	22,2	0,015
Varón	34,73	36,3	
Edad (262)			
Menor/igual 50	76,3	23,5	0,019
Mayor 50	23,7	38,7	
Estado civil (228)			
Casado	82,9	27,5	0,366
Otros	17,1	20,5	
Nivel de estudios (190)			
Básicos	20,5	28,2	0,964
Bachillerato/FP	29,5	26,8	
Universitario Medios	27,9	24,5	
Universitario Superior	22,1	23,8	
Edad de inicio (220)			
Menos de 16 años	27,3	21,7	0,320
Entre 16–20 años	57,7	29,1	
Más de 20 años	15	18,2	
Años fumando (223)			
Hasta 10 años	9,4	28,6	0,740
Más de 10 años	90,6	25,2	
Número cigarrillos/día (235)			
< 10	15	30,8	0,235
10–20	31,2	25,9	
21–30	35	31,9	
> 30	18,8	16,3	
Fuman en casa (262)			
No	63,4	26,5	0,776
Sí	36,6	28,1	
Autopercepción de enfermedades relacionadas con el tabaco (262)			
No	80,9	25,5	0,222
Sí	19,1	34	
Intentos previos de abandono (262)			
Ninguno	24,8	13,8	0,016
1 o 2 intentos	42,7	29,5	
Más de 2 intentos	32,4	34,1	
Tiempo de abstinencia previo (262)			
Nada (no intentos)	24,8	13,8	0,030
Menos de 1 mes	36,6	22,9	
1–6 meses	15,6	31,7	
Más de 6 meses	22,9	45	

Tabla 2 (continuación)

Variables cualitativas			
Variables (n)	Proporción	De los cuales abstinencia continua (%)	p
Test de Fagerström (260)			
Menor de 4	26,5	29,5	0,161
4 o más	73,5	32,4	

CO: monóxido de carbono por cooximetría en partículas por millón; DS: desviación estándar.

significativas respecto al sexo, al número de intentos de abandono previo, el máximo tiempo de abstinencia y la edad tomando como punto de corte los 50 años. Los resultados se muestran en la tabla 2. Respecto a las preguntas del test de Fagerström, dejaron de fumar el 22,6% de los que fumaban el primer cigarrillo en los primeros 30 min vs. 37,8% de los que fumaban después (p 0,012). No se encontraron diferencias en las preguntas 2, 3, 4 y 5. En la sexta pregunta, aquellos que respondieron que fumaban incluso cuando estaban enfermos y tenían que guardar cama, dejaron de fumar un 18,8 vs. 30,6%, que contestaron lo contrario (p 0,048).

El 28,6% de los sujetos no recibió tratamiento farmacológico, 41,2% utilizaron parches de nicotina, 7,6% chicles de nicotina, 8,4% comprimidos de nicotina y 14,1% bupropion. Dejaron de fumar el 31,6% de los que recibieron cualquier tipo de tratamiento farmacológico vs. 16% de los que no usaron esta modalidad de ayuda (p<0,010). No hubo diferencias entre las distintas modalidades de tratamiento farmacológico respecto a la abstinencia final. Se propuso tratamiento farmacológico al 78% de los varones y al 68% de las mujeres (p 0,082). En la tabla 3 se recogen las variables que se valoraron para proponer tratamiento farmacológico y su relación con la abstinencia continua.

La asistencia a los talleres fue disminuyendo progresivamente de la 1.^a a la 5.^a sesión. La media (DE) de asistencia a las sesiones de los que consiguieron dejar de fumar fue 3,45 (1,3). En la tabla 4 se aprecia la relación entre el número de asistencias a las sesiones y la abstinencia continua.

En el estudio multivariante se aprecia que las variables que se asociaron con el éxito al año fueron el tratamiento farmacológico, fumar el primer cigarrillo diario después de 30 min, la abstinencia previa de seis meses o mayor y haber realizado dos o más intentos previos con abstinencia mayor de un mes. Los resultados se muestran en la tabla 5.

Discusión

En el global de los talleres casi el 30% de los participantes consiguieron la abstinencia de forma continua durante un año. Los pacientes con tratamiento farmacológico presentaron en todos los casos una mayor tasa de éxito. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas en aquellos con un test de Fagerström ≥ 4 global o ≥ 2 en la primera pregunta, en aquellos con múltiples recaídas, en las mujeres, en los fumadores de menos de 10 cigarrillos y en los que se habían mantenido abstinentes menos de seis meses en anteriores intentos. Los pacientes que más probabilidades tuvieron de conseguir la abstinencia al año

fueron los que aceptaron seguir tratamiento farmacológico, los que estuvieron 6 meses abstinentes en intentos previos, los que fuman después de 30 min al levantarse y los que han intentado dejar de fumar al menos en dos ocasiones con abstinencia superior al mes.

Encontramos varias limitaciones en nuestro estudio. En primer lugar, no se realizó confirmación con cooximetría de la abstinencia. Sin embargo, ya otros autores han señalado una buena correlación entre la abstinencia manifestada por el paciente y la comprobada mediante cooximetría^{9,10}. El hecho de no tratarse de un ensayo clínico, sino de una actividad clínica del centro y el propio ámbito de actuación (Atención Primaria) nos hace pensar que los resultados reales no difieren en gran medida de los expuestos. En segundo lugar, en el desarrollo de los talleres no se realizó el test de Richmond a los participantes, lo que dificulta la comparación con otros estudios en relación al grado de motivación. En este tema creemos que la voluntad del sujeto para dejar de fumar y su petición de ayuda fueron suficientes para actuar independientemente de su grado de motivación. Existen evidencias suficientes sobre la eficacia de preguntar, aconsejar, ayudar, acompañar y poner tratamiento farmacológico a las personas fumadoras⁶ y ninguna de estas actuaciones se debe modificar en función del resultado de un test de motivación. En ausencia del test de Richmond y dado que la participación fue voluntaria hemos de pensar que el grado de motivación sería alto.

Los resultados sobre la abstinencia obtenidos en nuestro estudio son similares a los publicados por otros autores en programas multicomponente parecidos¹¹. La gran heterogeneidad de propuestas de tratamiento grupal, tanto en atención primaria como en especializada dificulta la estandarización y la evaluación de su efectividad y existe un gran interés por identificar los componentes de la terapia que más contribuyen al éxito de la intervención⁷. Otro factor a tener en cuenta es el número óptimo de sesiones. Becoña et al encontraron que los programas de 5 sesiones obtienen resultados semejantes a programas más largos¹². Todos los talleres del estudio se realizaron con cinco sesiones, obteniendo mejores resultados que otros más largos¹³. No hemos encontrado estudios similares en duración y resultados en Atención Primaria en nuestro país.

Según la literatura, los factores o características que pueden influir en el éxito final son: el grado de dependencia medido con el test de Fagerström, la edad, el sexo, el nivel educativo y el padecimiento de enfermedad cardiorrespiratoria crónica^{3,14}. En nuestro estudio sólo el sexo varón y ser mayor de 50 años se asoció a una mayor tasa de abstinencia. Ni el grado de dependencia global, ni el nivel educativo se asociaron a un mayor éxito. El número de sujetos con

Tabla 3 Comparación de variables clínicas y epidemiológicas en relación al tratamiento farmacológico y la abstinencia continua

VARIABLES	Total n	De los cuales abstinencia continua (%)	Significación
Tratamiento farmacológico			
Sí	187	59 (31,6%)	0,010
No	75	12 (16%)	
Test Fagerström ≥ 4			
Sí			
Sin tratamiento	51	6 (11,8%)	0,013
Con tratamiento	140	41 (29,3%)	
No			
Sin tratamiento	23	6 (26,1%)	0,367
Con tratamiento	46	17 (37%)	
Fumador > 10 cig/día			
Sí			
Sin tratamiento	65	12 (18,5%)	0,090
Con tratamiento	156	46 (29,5%)	
No			
Sin tratamiento	9	0 (0%)	0,022
Con tratamiento	30	12 (40%)	
Fuma en los primeros 30 min tras levantarse			
Sí			
Sin tratamiento	49	6 (12,2%)	0,044
Con tratamiento	137	36 (26,3%)	
No			
Sin tratamiento	25	6 (24%)	0,080
Con tratamiento	49	22 (44,9%)	
Abstinencia previa de los que lo intentaron*			
< 1 mes			
Sin tratamiento	30	4 (13,3%)	0,132
Con tratamiento	66	18 (27,3%)	
> 1 mes			
Sin tratamiento	28	8 (28,6%)	0,160
Con tratamiento	73	32 (43,8%)	
< 6 mes			
Sin tratamiento	40	5 (12,5%)	0,025
Con tratamiento	97	30 (30,9%)	
> 6 mes			
Sin tratamiento	18	7 (38,9%)	0,533
Con tratamiento	42	20 (47,6%)	
Múltiples recaídas			
Sí			
Sin tratamiento	29	5 (17,2%)	0,018
Con tratamiento	56	24 (42,9%)	
No			
Sin tratamiento	46	7 (15,2%)	0,115
Con tratamiento	131	35 (26,7%)	
Sexo			
Mujer			
Sin Tratamiento	55	6 (10,9%)	0,014
Con tratamiento	116	32 (27,6%)	
Varón			
Sin tratamiento	20	6 (30%)	0,509
Con tratamiento	71	27 (38%)	

*Categorías no excluyentes, por un lado se compara abstinencia previa en relación a un mes y por otra en relación a los seis meses.

Tabla 4 Asistencia a las sesiones y relación con la abstinencia continua

Asistencia n 262	% de sujetos	De los cuales abstinencia continua (%)	p
A una sesión	9,9	3,8	≤0,0001
A dos sesiones	14,1	10,8	
A tres sesiones	21,8	24,6	
A cuatro sesiones	29,0	28,9	
A cinco sesiones	25,2	45,5	

Tabla 5 Regresión logística binomial de las principales variables en relación a la abstinencia continua

Variable	Coficiente	Error estándar	Odds ratio (IC 95%)	p
Varón frente a mujer	0,406	0,348	1,501 (0,758–2,970)	0,244
Edad	0,013	0,015	1,013 (0,984–1,044)	0,380
Nivel de estudios				0,496
Fumar menos de 10 cigarrillos al día vs. 10 o más cigarrillos al día	–0,441	0,512	0,644 (0,236–1,757)	0,390
No convivientes fumadores vs. convivientes fumadores	–0,320	0,346	0,726 (0,369–1,431)	0,355
No percepción de enfermedad relacionada con el tabaco vs. percepción de enfermedad	–0,242	0,397	0,785 (0,360–1,709)	0,542
Número de intentos y tiempo de abstinencia				0,014
No intentos previos	1	–	–	–
1–2 intentos con abstinencia <1 mes	0,592	0,541	1,807 (0,626–5,213)	0,274
1–2 intentos con abstinencia 1–6 meses	0,923	0,651	2,516 (0,703–9,006)	0,156
1–2 intentos con abstinencia > 6 meses	1,949	0,560	7,025 (2,344–21,053)	0,0005
> 2 intentos con abstinencia <1 mes	0,905	0,575	2,479 (0,801–7,631)	0,115
> 2 intentos con abstinencia 1–6 meses	1,578	0,663	4,844 (1,322–17,753)	0,017
> 2 intentos con abstinencia >6 meses	1,521	0,589	4,575 (1,442–14,517)	0,010
Test de Fagerström <4 vs. ≥4	–0,163	0,519	0,850 (0,307–2,352)	0,754
Fuma 1.º cigarrillo después de 30 min vs. antes de 30 min	1,072	0,515	2,921 (1,065–8,009)	0,037
Uso de tratamiento farmacológico vs. no tratamiento	1,078	0,394	2,938 (1,357–6,361)	0,006
Constante	–2,942	1,061	0,053	0,006

Se incluyeron 260 casos en el análisis con una significación del modelo de 0,001 y R cuadrado de Nagelkerke de 21,3%.

enfermedad cardiorrespiratoria crónica fue muy escaso por lo que no se pudo evaluar la asociación con esta variable. Otros estudios tampoco encuentran factores predictores de éxito clásicos a los seis meses de seguimiento¹⁵. Sin embargo, encontramos otros factores asociados a una mayor tasa de abstinencia, como el número de intentos previos y el tiempo máximo de duración de los mismos. Explicar a los pacientes desmoralizados por fracasos previos que los intentos anteriores aumentan su probabilidad de éxito actual puede ser un elemento motivador tanto para los sujetos como para los profesionales sanitarios. Las experiencias previas, por tanto, son una buena fuente de aprendizaje y deben ser aprovechadas.

En nuestros pacientes las variables asociadas al éxito en relación al tratamiento farmacológico fueron: test de Fagerström ≥4 global o ≥2 en la primera pregunta, múltiples recaídas, ser mujer, fumar menos de 10 cigarrillos

al día y abstinencias previas menores de seis meses. No encontramos significación estadística en las diferencias de abstinencia entre los que se mantuvieron abstinentes menos de un mes vs. más de un mes en anteriores intentos a pesar de que éste fue un criterio para proponer tratamiento farmacológico. Estos resultados nos hacen plantearnos la conveniencia de proponer tratamiento farmacológico a aquellos que en anteriores intentos estuvieran menos de seis meses abstinentes y no sólo a los que recaen en el primer mes. En nuestro caso se dio la paradoja de encontrar un posible beneficio de tratamiento en sujetos que fumaban menos de 10 cigarrillos al día. La mayor parte de los estudios aleatorizados no incluye sujetos que fuman menos de 10 cigarrillos al día por lo que no sabemos si el tratamiento farmacológico es beneficioso en estos pacientes⁸. Se indicó tratamiento farmacológico en mayor proporción a hombres que a mujeres (diferencia no significativa) aunque la

asociación del tratamiento farmacológico con el éxito final se observa en mujeres y no en hombres (los hombres dejan de fumar independientemente de usar tratamiento farmacológico o no). En el estudio multivariante también se aprecia que la significación estadística de la mayor proporción de hombres que deja de fumar se pierde al incluir en la ecuación el tratamiento farmacológico. Es decir, probablemente se indicó tratamiento farmacológico en hombres con más frecuencia que en mujeres a pesar de que fueron estas últimas las que se beneficiaron más del mismo. Quizá, en los criterios para indicar tratamiento farmacológico, ya sea por parte de los sanitarios o de las propias mujeres se infravalora la dependencia física a favor de la dependencia psicológica en el sexo femenino. El tratamiento farmacológico casi triplicó las probabilidades de éxito y es el único factor modificable por la actuación sanitaria. El test de Fagerström sigue siendo el recurso más utilizado para determinar la dependencia física a la nicotina y por tanto para proponer tratamiento farmacológico¹⁶. El test de Fagerström fue más alto en el grupo que no deja de fumar aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. Por otro lado, el punto de corte para determinar si la dependencia física a la nicotina es leve, moderada o alta varía según los autores consultados. Por todo ello pensamos que es importante no limitar la decisión de tratamiento farmacológico al resultado del test de Fagerström sino valorar otros aspectos que hagan sospechar algún grado de dependencia física. Nuestros resultados nos hacen plantearnos una mayor laxitud al recomendar tratamiento farmacológico en los próximos talleres.

A pesar de haber utilizado la abstinencia continua como variable principal pensamos que se ha contribuido a ese 32,1% de abstinencia puntual al año. Del mismo modo que los sanitarios debemos concienciarnos que las recaídas son

parte inherente al proceso de dejar de fumar y no debemos desmoralizarnos por ellas, los nuevos intentos de abandono y su posibilidad de éxito también lo son y reconforta pensar que quizá tuvimos algo que ver en ellos.

Existe una clara asociación entre la asistencia a las sesiones y la tasa de abstinencia al año. Otros autores han observado que aquellos sujetos que cumplen el tratamiento y no fuman en las primeras semanas tienen más probabilidades de lograr el éxito¹⁵. Solo una cuarta parte de los sujetos realizaron el taller completo y casi la mitad de ellos consiguieron la abstinencia continua al año. Una línea de investigación interesante podría ser conocer el perfil de los sujetos que dejan de acudir, para optimizar los recursos ofertados o para realizar actividades que aumenten la adhesión a las sesiones.

Aunque en los talleres sólo se realizó seguimiento hasta un año, no podemos olvidar que la recaída tardía, después de un año de tratamiento puede aparecer casi en el 50% de los que seguían sin fumar, según algunos autores¹⁴. La creación de grupos de autoayuda como asociaciones de exfumadores puede ser una herramienta más para conseguir la abstinencia continua en el tiempo.

Muchos profesionales sanitarios siguen sin ofrecer tratamiento farmacológico a pacientes que podrían beneficiarse de los mismos¹⁷. La difusión y oferta de talleres mediante carteles brinda la oportunidad de tratamiento a sujetos que no consultan a ningún sanitario porque se sienten sanos (p. ej. padres o cuidadores) y a otros que su médico o enfermera no ofrecen dicha atención. Pascual-Lledó et al encuentran en una unidad de tabaquismo integral los mejores resultados en el subgrupo de terapia grupal con medicación¹⁸ y en el estudio de Camaralles et al¹³ el tratamiento grupal casi duplicó la abstinencia del tratamiento individual a los 6 meses (26,4 vs. 15,1%), aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa.

Sesión	Objetivos	Contenidos	Técnicas	Documentos
1. ^a Decidirse	<ul style="list-style-type: none"> -Analizar la situación de cada fumador en relación al tabaco -Conocer los componentes del tabaco y los efectos de su consumo -Reconocer motivos personales para dejar de fumar y los beneficios de abandono 	<ul style="list-style-type: none"> -Presentación -Componentes y elaboración del tabaco -Motivación y dependencia -Beneficios de vivir sin fumar 	<ul style="list-style-type: none"> -Expositiva -Autopresentación video-discusión -Lección participada -Tormenta de ideas -Demostrativa: cooximetría 	<ul style="list-style-type: none"> -Programa del taller -Gráfico: "Esto es lo que ocurre cuando se deja de fumar" -Test de Fagerström -Historia personal del fumador -Hoja de registro de CO pre y post abandono
Estudio de historia personal de tabaquismo, test de Fagerström y antecedentes personales para sugerir tratamiento farmacológico individualmente en 2. ^a sesión				
2. ^a Prepararse	<ul style="list-style-type: none"> -Analizar las dificultades de abandono y buscar alternativas -Proponer el tratamiento farmacológico personalizado -Planificar la estrategia de abandono del tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> -Adicción física, psicológica y social -Guía práctica para dejar de fumar -Tratamiento farmacológico. 	<ul style="list-style-type: none"> -Expositiva -Ronda grupal -Tormenta de ideas -Lección participada -Análisis de casos 	<ul style="list-style-type: none"> -Guía práctica para dejar de fumar -Hoja(s) de tratamiento: recetas -Casos Prácticos
3. ^a Dejar de fumar	<ul style="list-style-type: none"> -Conocer el síndrome de abstinencia y los recursos para paliarlo -Potenciar la adherencia al tratamiento farmacológico -Adquirir habilidades de respiración/relajación 	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión de la situación individual: primer día sin fumar -El síndrome de abstinencia: recursos para abordarlo -Ejercicios de respiración/ respiración 	<ul style="list-style-type: none"> -Ronda grupal -Expositiva -Habilidades: respiración/relajación -Trabajo grupal 	<ul style="list-style-type: none"> -Plantillas síndrome de abstinencia -Textos relajación y respiración -Artículos para lectura
4. ^a Mantenerse	<ul style="list-style-type: none"> -Fomentar la adhesión al tratamiento farmacológico -Fomentar el cambio de hábitos: aprender conductas nuevas o retomar antiguas -Control de situaciones difíciles 	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión del tratamiento: Efectos secundarios y adherencia -El proceso de abandono -Cuidados en la alimentación -Detección de situaciones de riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> -Ronda grupal -Expositiva -Trabajo en grupo -Demostrativa: cooximetría 	<ul style="list-style-type: none"> -Nociones básicas sobre nutrición -Artículos para lectura
5. ^a Evitar afianzarse	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar situaciones de riesgo de recaída -Planificar estrategias personales de prevención de recaídas -Fomentar el cambio de la percepción social del tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión de la situación: resolución de dificultades -Compartir experiencias: cambio de hábitos 	<ul style="list-style-type: none"> -Ronda grupal -Expositiva -Trabajo en grupo -Demostrativa: cooximetría 	<ul style="list-style-type: none"> -Estrategias de prevención de recaídas -Actuación ante una recaída -Artículos para lectura -Evaluación del curso

CO: monóxido de carbono

Figura 1 Planificación de un taller multicomponente para dejar de fumar en 5 sesiones.

La Atención Primaria es un entorno idóneo y necesario para ayudar a los pacientes fumadores a dejar de fumar. La terapia grupal multicomponente es un abordaje eficiente y muy gratificante que merece la pena ofrecer, además del abordaje individual, a las personas fumadoras en nuestros centros de salud. En la [figura 1](#) se muestra el esquema de las sesiones que se ofrecieron en nuestro centro de salud.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2003. Disponible en <http://www.msc.es/estadEstudios/estadísticas/encuestaNacional/home.htm>.
2. Banegas JR, Díez Gañán L, González Enríquez J, Villar Álvarez F, Rodríguez-Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Med Clin*. 2005;124:769-71.
3. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III-Ministerio de Sanidad y Consumo. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: AETS-Instituto de Salud Carlos III; 2003.
4. Grandes G, Cortada JM, Arrazola A. An evidence-based programme for smoking cessation: effectiveness in routine general practice. *Br J Gen Pract*. 2000;50:803-7.
5. Córdoba-García R, Nerín de la Puerta I. Niveles de intervención clínica en tabaquismo. ¿Son necesarias las consultas específicas en atención primaria? *Med Clin*. 2002;119:541-9.
6. US Public Health Service. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence. *JAMA*. 2000;283:3244-54.
7. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. En: *The Cochrane Library* 2005. 3. Disponible en: <http://gateway.ut.ovid.com/gw2/ovidweb.cgi>.
8. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax*. 2000;55:987-99.
9. Barrueco M, Jiménez Ruiz C, Palomo L, Torrecilla M, Romero P, Riesco JA. Veracidad de la respuesta de los fumadores sobre su abstinencia en las consultas de deshabituación tabáquica. *Arch Bronconeumol*. 2005;41:135-40.
10. Murray RP, Connett JE, Lauger GG, Voelker HT. Error in smoking measures: effects of intervention on relations of cotinine and carbon monoxide to self-reported smoking. *Am J Public Health*. 1993;83:1251-7.
11. Carlson LE, Taenzer P, Koopmans J, Bultz BD. Eight-year follow-up of a community-based large group behavioral smoking cessation intervention. *Addictive Behaviors*. 2000;25:725-41.
12. Características del tratamiento y de los fumadores tratados: una visión clínica. En: Becoña Iglesias E, Vázquez González FL, editores. *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: DYKINSON; 1998. p. 189-217.
13. Camaralles F, Asensio A, Jiménez-Ruiz C, Becerril B, Rodero D, Vidaller O. Efectividad de la intervención grupal para la deshabituación tabáquica. Ensayo clínico aleatorizado. *Med Clin*. 2002;119:53-7.
14. Monsó E. ¿Conseguiré dejar de fumar? *Med Clin*. 2001;116:259-60.
15. Nerín I, Novella P, Crucelaegui A, Beamonte A, Sobradie N, Gargallo P. Factores predictores de éxito a los 6 meses en fumadores tratados en una unidad de tabaquismo. *Arch Bronconeumol*. 2004;40:558-62.
16. Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO. ¿Hacemos bien el test de Fagerström? *Prev Tab*. 2003;5:161-2.
17. Wilson A, Hippisley-Cox J, Coupland C, Britton J, Barrett S. Smoking cessation treatment in primary care: prospective cohort study. *Tob Control*. 2005;14:242-6.
18. Pascual-Lledó JF, De la Cruz-Amorós E, Bustamante-Navarro R, Buades-Sánchez MR, Contreras-Santos C, Castillo-Aguilar C. Abstinencia de tabaquismo tras 12 meses de seguimiento en una unidad de tabaquismo integral. *Med Clin*. 2006;126:601-606.