



Adicciones

ISSN: 0214-4840

secretaria@adicciones.es

Sociedad Científica Española de Estudios
sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las
otras Toxicomanías
España

Raich, Antònia; Martínez-Sánchez, Jose Maria; Marquilles, Emili; Rubio, Lidia; Fu,
Marcela; Fernández, Esteve

Abstinencia a los 12 meses de un programa multicomponente para dejar de fumar
Adicciones, vol. 27, núm. 1, 2015, pp. 37-46

Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras
Toxicomanías
Palma de Mallorca, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289139629005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Abstinencia a los 12 meses de un programa multicomponente para dejar de fumar

Smoking cessation after 12 months with multi-component therapy

ANTÒNIA RAICH*,****; JOSE MARIA MARTÍNEZ-SÁNCHEZ**,***; EMILI MARQUILLES*; LÍDIA RUBIO*; MARCELA FU**; ESTEVE FERNÁNDEZ**,****

*Unidad de Tabaquismo, Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa FP. **Unidad de Control del Tabaquismo, Institut Català d'Oncologia (ICO-IDIBELL). *** Unidad de Bioestadística, Departamento de Ciencias Básicas, Universitat Internacional de Catalunya, Sant Cugat del Vallès. ****Departamento de Ciencias Clínicas, Campus de Bellvitge, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona.

Resumen

El tabaquismo es una de las causas de morbilidad y mortalidad más importantes en los países desarrollados. Uno de los objetivos prioritarios de los programas de salud pública es la disminución de su prevalencia lo que implica que millones de personas dejen de fumar, sin embargo los programas de cesación a menudo tienen resultados discretos, especialmente con algunos grupos de población.

El objetivo de este estudio fue analizar la eficacia de un tratamiento de cesación tabáquica multicomponente realizado en una unidad de tabaquismo hospitalaria. Fue realizado en la Unidad de Tabaquismo del Hospital de Manresa, e incluyó 314 pacientes (91,4% presentaban un nivel de dependencia medio o alto). Se observó que el nivel de estudios, no convivir con fumadores, seguir la terapia multicomponente y utilizar tratamiento farmacológico son factores relevantes en el éxito al dejar de fumar. La tasa de abstinencia no se asocia con otras características como el sexo, la edad, las características del hábito tabáquico o el presentar antecedentes psiquiátricos. La combinación del tratamiento farmacológico y psicológico aumentó las tasas de éxito en la terapia multicomponente. La terapia psicológica única también obtuvo resultados positivos aunque más modestos.

Palabras clave: tratamiento multicomponente, deshabituación tabáquica, trastornos mentales, pacientes con alta dependencia.

Abstract

Smoking is one of the most important causes of morbidity and mortality in developed countries. One of the priorities of public health programs is the reduction of its prevalence, which means millions of people quit smoking, but cessation programs often have modest results, especially within some population groups. The aim of this study was to analyze the variables determining the success of a multicomponent therapy program for smoking cessation. We conducted the study in the Tobacco Unit of the Hospital of Manresa, with 314 patients (91.4% have a medium or high level dependency). We observed that education and not living with a smoker, following a multimodal program for smoking cessation with psychological therapy and pharmacological treatment are relevant factors to quit. The abstinence rate is not associated with other factors such as sex, age, and the characteristics of the smoking behavior or psychiatric history. The combination of pharmacological and psychological treatment increased success rates in multicomponent therapy. Psychological therapy only also obtained positive, through more modest results.

Key words: multimodal treatment, smoking cessation, mental disorders, heavy smokers.

Recibido: Junio 2014; Aceptado: Octubre 2014

Enviar correspondencia a:

Antònia Raich. Unidad de Tabaquismo. Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa FP. C/Dr. Llatjós, 6-8, edifici CSAM. 08243 Manresa. E-mail: araich@althaia.cat

Una de las grandes dificultades en el abordaje del tabaquismo radica en su cronicidad y los resultados limitados que obtienen los programas para dejar de fumar. Para diseñar intervenciones con el máximo nivel de eficiencia, resultan de suma importancia todos aquellos estudios que nos puedan aportar datos para analizar las condiciones y características de los tratamientos eficaces, los predictores de buenos resultados, las características de los sujetos y sus éxitos o fracasos ante un programa de tabaquismo.

Existen diferentes tipos de intervenciones para dejar de fumar: el consejo breve realizado por un profesional de la salud (se recomienda a la persona dejar de fumar), los materiales de autoayuda, la prescripción de tratamientos farmacológicos con o sin seguimiento, las intervenciones motivacionales y la terapia multicomponente (Hays, Ebbert y Sood 2009; Hays, Leischow, Lawrence y Lee 2010; Stead y Lancaster 2012). Esta última sería acaso la intervención de mayor intensidad, puesto que combina las intervenciones psicológicas y farmacológicas de eficacia demostrada. Los resultados de los tratamientos para dejar de fumar de que disponemos actualmente son modestos, ya que aquellos que han mostrado mayor eficacia consiguen alrededor de un 30-40% de abstinentes al año de tratamiento (Ranney, Melvin, Lux, McClain y Lohr, 2006) con población general.

El tratamiento farmacológico y el consejo para dejar de fumar han sido analizados ampliamente en la literatura científica: la mayoría de estudios coinciden en que aumentan las probabilidades de éxito en la cesación (PHS Guideline Update Panel, Liaisons, and Staff 2008; Silagy, Lancaster, Stead, Mant y Fowler, 2004; Wilkes 2008). Se ha puesto de manifiesto en diversos estudios que las variables sociodemográficas (sexo, nivel de estudios, nivel socioeconómico) influyen en los resultados, así como las características de la adicción tabáquica y los antecedentes de salud (Nerin, Novella, Beaumont, Gargallo, Jimenez-Muro y Marqueta, 2007; Ramon y Bruguera, 2009). Sin embargo apenas existen estudios que analicen estos aspectos en la terapia multicomponente, de la cual se ha estudiado su eficacia, pero no cómo influyen dichas características (Bauld, Bell, McCullough, Richardson y Greaves, 2010; Hays et al. 2009).

Los trastornos adictivos son entidades complejas que afectan a la conducta humana con bases fisiológicas, psicológicas y sociológicas. El abordaje integral que aporta la terapia multicomponente es el que ha mostrado mejores resultados a medio y largo plazo (PHS Guideline Update Panel 2008; Alonso-Perez, Alonso-Cardenoso, Garcia-Gonzalez, Fraile-Cobos, Lobo-Llorente y Secades-Villa, 2013; Stead y Lancaster 2005). Así pues el objetivo de este estudio fue analizar la eficacia de un tratamiento multicomponente para dejar de fumar realizado en una unidad de tabaquismo hospitalaria y cómo influían en sus resultados las características de los sujetos y de su adicción, los condicionantes sociales, los distintos tratamientos farmacológicos, así como la terapia psicológica.

Método

Diseño y sujetos

Estudio longitudinal de 314 pacientes que acudieron a la unidad de tabaquismo del Hospital de Manresa para dejar de fumar, entre enero de 2001 y diciembre de 2009. Esta unidad recibe a pacientes derivados de distintos servicios del resto del hospital o de atención primaria, donde todos ellos han recibido intervenciones breves para dejar de fumar y más del 65% de los pacientes han recibido intervenciones específicas de cesación tabáquica en las que han fracasado (realizadas por personal de enfermería especializado: desde atención primaria, unidad de cardiología, unidad de neumología y otros). Se incluyó en el estudio a todos los pacientes tratados en la unidad que siguieron la terapia multicomponente, la inclusión fue según el orden de inscripción en la lista de espera, donde permanecieron un promedio de nueve meses. Se consideró como criterio de exclusión para recibir tratamiento multicomponente, presentar una enfermedad psiquiátrica en fase aguda o un trastorno psicótico, problemas de lectoescritura u otros trastornos que dificultaran seguir la terapia. Los pacientes venían derivados de otros servicios del hospital y mayoritariamente procedían del área de Cataluña Central (Manresa y comarcas circundantes).

Procedimiento

Se realizó un seguimiento de un año a partir del momento en que dejaron o debían haber dejado de fumar, lo que supuso para los pacientes 14 meses de media de tiempo acumulado en el proceso asistencial. El 90% de los pacientes siguió la terapia multicomponente en formato grupal, tan solo el 10% la siguió en formato individual. La estructura de la terapia fue la misma en la modalidad individual o grupal. A todos los pacientes se les asignaba la modalidad grupal, y tan solo en casos excepcionales se realizaba terapia individual (pacientes embarazadas que no podían esperar el inicio de un grupo o personas con dificultades para seguir el horario grupal). La terapia fue dirigida por los mismos profesionales (psicóloga y neumólogo) a lo largo de todo el estudio.

El programa de tratamiento multicomponente integra todas aquellas estrategias que han mostrado eficacia (Alonso-Perez et al. 2014; Fiore, Jaen, Baker, Bailey, Benowitz y Curri, 2009): tratamientos psicológicos basados en técnicas conductuales, cognitivas, motivacionales y de prevención de recaídas unidos a tratamiento farmacológico mediante sustitutivos nicotínicos (Becona y Míguez, 2008; Ranney et al. 2006), bupropión y vareniclina (Wu, Wilson, Dimoulas y Mills, 2006; Tinich y Sadler 2007; Cahill, Stevens y Lancaster 2014). La terapia multicomponente consta de 3 fases: a) "preparación", donde se trabaja psicoeducación sobre la adicción, motivación para la cesación, cambio de hábitos y monitorización del consumo con o sin reducción en seis sesiones semanales de 75 minutos; b) "cesación", donde se

instaura el tratamiento farmacológico si procede, se trabaja el afrontamiento del día de dejar de fumar (día D), del síndrome de abstinencia y del “*craving*”, en cuatro sesiones quincenales de 60 minutos; y c) “prevención de recaídas” según el modelo de Marlatt, Curry y Gordon (1988); Baer y Marlatt (1991) en 10 sesiones mensuales de 60 minutos.

La terapia no supuso coste monetario directo para los pacientes con excepción del tratamiento farmacológico, cuyo coste iba a cargo del paciente. Todos los pacientes recibieron la misma terapia psicológica y la asignación a un tipo de tratamiento farmacológico u otro se hizo en función de criterios clínicos, teniendo en cuenta en cada momento el tratamiento que más podía beneficiar al paciente en función de la disponibilidad, las experiencias previas, los antecedentes personales de salud y las interacciones farmacológicas con otros tratamientos que realizase en aquel momento. Algunos pacientes decidieron no realizar tratamiento, así mismo se han incluido en este grupo a los pacientes que no lo realizaron por que abandonaron el programa antes de iniciarlo (n=69).

Los pacientes que abandonaron el tratamiento continuaron en el estudio y fueron localizados telefónicamente y/o personalmente para obtener los datos de seguimiento del estudio. La distribución de los pacientes en las distintas modalidades de tratamiento y la supervivencia hasta los 12 meses de seguimiento se describe con detalle en la figura 1.

La información sobre las variables sociodemográficas, antecedentes de salud y características del tabaquismo se obtuvieron en la primera visita (que se realizó siempre de forma individual) a partir de la entrevista con el paciente y de los datos que constaban en la historia clínica unificada del hospital. La información sobre evolución y fármacos utilizados se recogió al primer, tercer, sexto y duodécimo mes

después del día D. Todos los pacientes fueron contactados en persona en la consulta o telefónicamente para el seguimiento (meses uno, tres, seis y 12) y se registró toda la información. A todos los pacientes que manifestaron mantenerse abstinentes se les citó para realizar una cooximetría.

Instrumentos

Se utilizó como medida objetiva de abstinencia el nivel de monóxido de carbono (CO) en aire espirado medido mediante cooximetría (abstinente si $CO \leq 6$ ppm) (Middleton y Morice, 2000) realizada mediante un cooxímetro (Bedfont Pico Smokerlyzer®).

Para el análisis de datos se trabajó con las variables sexo, edad, nivel de estudios, convivencia con fumadores, profesión, número de cigarrillos fumados diariamente, años fumando, grado de dependencia según Test de Fagerström (dependencia baja ≤ 4 ; media=5; alta ≥ 6), antecedentes psiquiátricos (sí/no), terapia multicomponente (sí/no), tratamiento (farmacológico sí/no), y fármaco utilizado para dejar de fumar.

Análisis estadístico

Las variables categóricas se muestran como valor absoluto y frecuencia relativa. Las variables continuas se muestran con la media y la desviación estándar. Se calculó la incidencia acumulada de abstinencia global y según programa multicomponente a 1, 3, 6 y 12 meses junto a su intervalo de confianza del 95%. Las variables asociadas con la recaída a los 12 meses fueron examinadas utilizando modelos de regresión logística bivariantes y multivariantes. En el modelo de regresión logística multivariante se introdujeron las covariables significativas en el análisis bivalente o con evidencia sobre su asociación. Se empleó una estrategia de exclusión

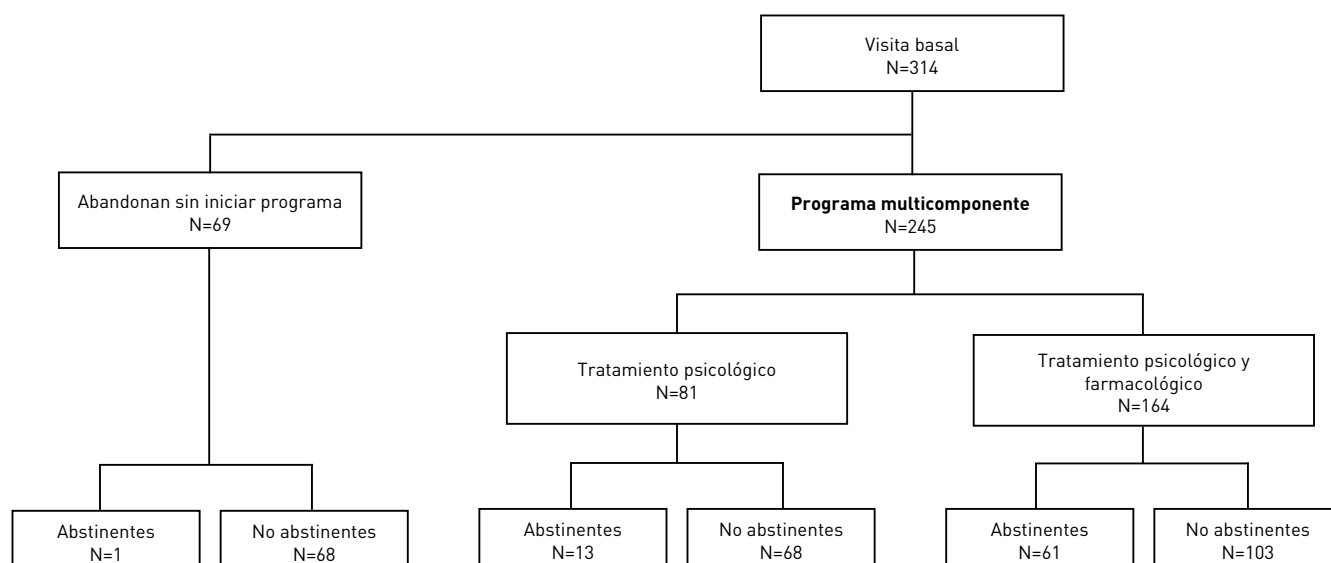


Figura 1. Flujo de pacientes

escalonada controlada por el investigador. Se calcularon las *odds ratio* crudas y ajustadas (OR) y los intervalos de confianza del 95% (IC 95%). El nivel de significación estadística fue del 5% bilateral ($p < 0,05$).

Para el análisis estadístico se emplearon los programas IBM® SPSS® Statistics para Windows v.22 (IBM Corporation, Armonk, New York, EEUU) y Stata® v.10 (StataCorp LP, College Station, Texas, EEUU).

Resultados

La edad media de los pacientes fue de 48,5 años, el 61,8% fueron hombres, el 61,9% tenía estudios primarios y el 32,6% eran trabajadores cualificados. Según las características del consumo de tabaco el 50,3% convivía en su domicilio con fumadores, el 34,4% llevaba más de 35 años fumando, el 48,2% de los pacientes fumaba 21 o más cigarrillos diarios, el 68,8% tenían una dependencia alta (puntuación ≥ 6) a la nicotina según el test de Fagerström. Un 57,1% habían realizado anteriormente dos o más intentos de dejar de fumar. El 85% de los pacientes venían derivados de otros servicios hospitalarios donde eran tratados por otras enfermedades asociadas al consumo de tabaco y el 58% tenían antecedentes psiquiátricos (Tabla 1).

Del total de 314 pacientes, se incluyeron todos los que durante el periodo de tiempo estudiado se apuntaron en lista de espera y acudieron a la primera visita cuando fueron citados; de éstos, 69 abandonaron el programa antes de iniciar la primera sesión de terapia multicomponente, los 245 restantes iniciaron la terapia multicomponente (Figura 1). De 245 pacientes 81 no siguieron tratamiento farmacológico, por decisión del paciente o de los facultativos ($n=29$), o porque abandonaron la terapia antes de completar la primera fase ($n=52$).

La abstinencia total de la muestra fue de 50,3% al mes de seguimiento, de 38,5% a los tres meses, de 29,0% a los seis meses y del 23,9% a los 12 meses. Los pacientes que realizaron tratamiento psicológico y farmacológico obtuvieron las

tasas de abstinencia más elevadas en todos los periodos de seguimiento, mostrando una tasa de abstinencia a los doce meses del 37,2%, seguidos de los que realizaron sólo terapia psicológica con una tasa de abstinencia del 16% y los que no realizaron ningún tratamiento 1,4% (Tabla 2).

En el análisis bivariado, el sexo, la edad, los años fumando, la dependencia según el test de Fagerström y la presencia de antecedentes psiquiátricos, no se presentaron como

Tabla 1.
Características basales de los participantes ($n=314$)

| | n=(%) |
|---|-------------|
| Edad (media [desviación estándar]) | 48,5±[12,1] |
| Sexo | |
| Hombre | 194 (61,8) |
| Mujer | 120 (38,2) |
| Estudios | |
| Primarios | 192 (61,9) |
| Secundarios | 63 (20,3) |
| Universitarios | 55 (17,7) |
| Convivencia con fumadores | |
| No | 156 (49,7) |
| Sí | 158 (50,3) |
| Años fumando | |
| ≤ 20 | 68 (21,7) |
| 21-35 | 138 (43,9) |
| > 35 | 108 (34,4) |
| Test de Fagerström | |
| < 4 Bajo | 27 (8,6) |
| 4-5 Medio | 71 (22,6) |
| ≥ 6 Alto | 216 (68,8) |
| Antecedentes Psiquiátricos | |
| No | 132 (42,0) |
| Sí | 182 (58,0) |
| Programa multicomponente | |
| No tratamiento psicológico ni farmacológico | 69 (22,0) |
| Tratamiento psicológico | 81 (25,8) |
| Tratamiento psicológico y farmacológico | 164 (52,2) |
| Tratamiento sustitutivo con nicotina | 84 (51,2) |
| Bupropión | 30 (18,3) |
| Vareniclina | 50 (30,5) |

Tabla 2.
Abstinencia global y según programa multicomponente a 1, 3, 6 y 12 meses.

| | n | 1 mes ^a | 3 meses ^a | 6 meses ^a | 12 meses ^a |
|---|-----|--------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| Global | 314 | 50,3 [44,6-56,0] | 38,5 [33,1-44,2] | 29,0 [24,0-34,3] | 23,9 [19,3-29,0] |
| Según programa multicomponente | | | | | |
| No tratamiento psicológico ni farmacológico | 69 | 2,9 [0,4-10,1] | 1,4 [0,04 -7,8] | 1,4 [0,04 -7,8] | 1,4 [0,04 -7,8] |
| Tratamiento psicológico | 81 | 27,2 [17,9-38,2] | 23,5 [14,8-24,2] | 16,0 [8,8-25,9] | 16,0 [8,8-25,9] |
| Tratamiento psicológico y farmacológico | 164 | 81,7 [74,9-87,3] | 61,6 [53,7-69,1] | 47,0 [39,1-54,9] | 37,2 [29,8-45,1] |
| Tratamiento sustitutivo con nicotina | 84 | 83,3 [73,6-90,6] | 61,9 [50,7-72,3] | 50,0 [38,9-61,1] | 44,0 [33,2-55,3] |
| Bupropión | 30 | 83,3 [65,3-94,4] | 70,0 [50,6-85,3] | 50,0 [31,3-68,7] | 36,7 [19,9-53,9] |
| Vareniclina | 50 | 78,0 [64,0-88,5] | 56,0 [41,3-70,0] | 40,0 [26,4-54,8] | 26,0 [14,6-40,3] |

^a % (Intervalo de Confianza del 95%)

Tabla 3.
Factores de riesgo de recaída a los 12 meses. Análisis bivalente.

| | Abstinentes ^a n=75 | Recaídas ^a n=239 | OR cruda (IC95%) | p-valor |
|---|----------------------------------|--------------------------------|-------------------|---------|
| Edad (media [desviación estándar]) | 50,7±[12,0] | 47,8±[12,0] | 0,98 [0,96-1,00] | 0,068 |
| Sexo | | | | |
| Hombre | 51 [26,3] | 143 [73,7] | 1 ^b | |
| Mujer | 24 [20,0] | 96 [80,0] | 1,43 [0,82-2,47] | 0,205 |
| Estudios | | | | |
| Primarios | 35 [18,2] | 157 [81,8] | 1 ^b | |
| Secundarios | 23 [36,5] | 40 [63,5] | 0,39 [0,21-0,73] | 0,003 |
| Universitarios | 16 [29,1] | 39 [70,9] | 0,54 [0,27-1,08] | 0,082 |
| Convivencia con fumadores | | | | |
| No | 47 [30,1] | 109 [69,9] | 1 ^b | |
| Si | 28 [17,7] | 130 [82,3] | 2,00 [1,18-3,41] | 0,011 |
| Años fumando | | | | |
| > 35 | 32 [29,6] | 76 [70,4] | 1 ^b | |
| 21-35 | 31 [22,5] | 107 [77,5] | 1,45 [0,82-2,58] | 0,202 |
| <= 20 | 12 [17,6] | 56 [82,4] | 1,96 [0,93-4,15] | 0,077 |
| Test de Fagerström | | | | |
| <4 Bajo | 7 [25,9] | 20 [74,1] | 1 ^b | |
| 4-5 Medio | 24 [33,8] | 47 [66,2] | 0,68 [0,25-1,85] | 0,455 |
| <= 6 Alto | 44 [20,4] | 172 [79,6] | 1,37 [0,54-3,44] | 0,505 |
| Antecedentes Psiquiátricos | | | | |
| No | 36 [27,3] | 96 [72,7] | 1 ^b | |
| Si | 39 [21,4] | 143 [78,6] | 1,38 [0,82-2,32] | 0,231 |
| Programa multicomponente | | | | |
| No tratamiento psicológico ni farmacológico | 1 [1,4] | 68 [98,6] | 1 ^b | |
| Tratamiento psicológico | 13 [16,0] | 68 [84,0] | 0,08 [0,01-0,60] | 0,015 |
| Tratamiento psicológico y farmacológico | 61 [37,2] | 103 [62,8] | 0,02 [0,003-0,18] | < 0,001 |
| Tratamiento sustitutivo con nicotina | 37 [44,0] | 47 [56,0] | 1 ^b | |
| Bupropión | 11 [36,7] | 19 [63,3] | 1,36 [0,58-3,21] | 0,483 |
| Vareniclina | 13 [26,0] | 37 [74,0] | 2,24 [1,04-4,81] | 0,039 |

^a Número de individuos [% de fila]. ^b Categoría de referencia
OR: Odds Ratio; IC95%: Intervalo de confianza del 95%.

factores de riesgo de recaída. Se observó una tendencia a la significación con mayor tasa de recaída en los pacientes más jóvenes OR 0,98, y en los que llevan 20 años o menos fumando (OR 1,96). Tener estudios secundarios, no convivir con fumadores y realizar terapia multicomponente con tratamiento psicológico solo o psicológico y farmacológico se muestran como predictores de éxito ($p < 0,05$). Respecto a los tratamientos farmacológicos, el tratamiento sustitutivo con nicotina se muestra como mejor predictor de éxito en el tratamiento, con diferencias significativas respecto a vareniclina, aunque no respecto a bupropión (Tabla 3).

En el análisis multivariante se mantienen como factores protectores para la recaída el tener un nivel de estudios secundarios o universitarios, no convivir con fumadores y realizar algún tipo de tratamiento para la deshabituación tabáquica, sea sólo psicológico o psicológico más farmacológico (Tabla 4).

Tabla 4.
Factores de riesgo de recaída a los 12 meses.
Análisis multivariante.

| | OR ajustada (IC95%) | p-valor |
|---|---------------------|---------|
| Edad | 0,98 [0,96-1,01] | 0,169 |
| Sexo | | |
| Hombre | 1 ^a | |
| Mujer | 1,36 [0,69-2,66] | 0,371 |
| Estudios | | |
| Primarios | 1 ^a | |
| Secundarios | 0,36 [0,18-0,73] | 0,005 |
| Universitarios | 0,41 [0,19-0,89] | 0,024 |
| Convivencia con fumadores | | |
| No | 1 ^a | |
| Sí | 2,03 [1,12-3,68] | 0,020 |
| Programa multicomponente | | |
| No tratamiento psicológico ni farmacológico | 1 ^a | |
| Tratamiento psicológico | 0,06 [0,01-0,51] | 0,010 |
| Tratamiento psicológico y farmacológico | 0,02 [0,003-0,17] | <0,001 |

^a OR: Odds Ratio; IC95%: Intervalo de confianza del 95%.

Discusión

Mediante una intervención multicomponente para dejar de fumar, 1 de cada 4 fumadores con un alto nivel de dependencia se mantiene abstinentes a los 12 meses. Estos resultados son independientes del sexo, la edad, los antecedentes psiquiátricos o las características del tabaquismo. En cambio los factores sociales como el nivel de estudios o convivir con fumadores sí que influyen en los resultados con esta modalidad de terapia. Así mismo el realizar la terapia multicomponente con o sin tratamiento farmacológico aumenta claramente las posibilidades de éxito aunque los pacientes que realizan además tratamiento farmacológico obtienen las mejores tasas de abstinencia.

Los resultados obtenidos en este estudio plantean diversas cuestiones. Algunos de los resultados difieren de lo que han mostrado estudios previos. Así, las tasas de abstinencia son algo menores de lo esperable para una terapia de alta intensidad; y aspectos como el género o los antecedentes psiquiátricos que en la mayoría de estudios inciden en el éxito del tratamiento (Fernández, García, Schiaffino, Borràs, Nebot y Segura, 2001; Nerín et al. 2007; Perkins y Scott, 2008; Piper et al. 2010) no muestran, en cambio, diferencias en nuestro estudio.

Estas tasas de abstinencia algo inferiores en relación a otros estudios (Becoña y Vazquez, 1998; Nerín et al. 2007) podrían ser debidas a que no son pacientes reclutados entre la población general, sino altamente seleccionados al realizarse el estudio en una unidad de tabaquismo especializada: se trata de pacientes con fracasos en intentos previos para dejar de fumar, con un nivel de dependencia tabáquica muy alta derivados desde distintos servicios del hospital por presentar patología asociada al tabaquismo, considerados en algunos estudios como fumadores recalcitrantes (Wilson, Wakefield, Owen y Roberts, 1992). Los resultados además han sido analizados “con intención de tratar”, lo cual dificulta la comparación con estudios previos que excluyen a los pacientes que abandonaron después de la primera visita.

No hemos encontrado diferencias entre hombres y mujeres en ninguna etapa de seguimiento ni al final del tratamiento. Aunque algunos estudios previos hablan de diferencias de género (Bjornson et al. 1995) en las tasas de éxito en dejar de fumar, estudios más recientes en poblaciones que se hallan en fase IV de la epidemia tabáquica no muestran diferencias (Villalbí, Rodríguez-Sanz, Villegas, Borrell, 2009; Wilson et al. 1992). La ausencia de diferencias de género en nuestro estudio podría ser debida a esto o bien a la intervención psicológica intensiva que supone la terapia multicomponente. Aunque algunos estudios encuentran mayor índice de recaídas en las mujeres (Heatherton, Kozlowsky, Frecker y Fagerstrom, 1991), otros hablan de una mejora importante de los resultados en las mujeres cuando se añade terapia psicológica al tratamiento farmacológico (Nerín y Jané, 2007) aunque éste es un aspecto que requeriría más investigaciones.

El nivel de estudios se asocia al éxito de la terapia, como ya han demostrado diversos estudios (Fernández et al. 2001; Piper et al. 2010), sin que el hecho de realizar terapia multicomponente disminuya el peso de esta variable. En el análisis univariante observamos que tan solo es significativo tener estudios secundarios y no alcanza la significación estadística tener estudios universitarios, que sí resulta significativo en el análisis multivariante. Ello es debido probablemente a que en el subgrupo con estudios universitarios hay mayor proporción de personas jóvenes en los que ya veíamos una tendencia mayor a la recaída, por ello cuando se ajusta por edad resulta significativa también tener estudios universitarios. Así pues el nivel de estudios es significativo como predictivo de éxito en la terapia multicomponente. Teniendo en cuenta que diversos estudios muestran como las personas con niveles de formación más elevados responden mejor a las terapias psicológicas del tipo que sean (Haustein, 2004; Piper et al. 2010; Siahpush, McNeill, Borland y Fong, 2006), todo ello reforzaría la hipótesis de que los aspectos psicológicos tienen un papel relevante en la deshabituación tabáquica (Likura, 2010).

El nivel profesional también fue analizado aunque sólo mostró diferencias significativas durante el primer mes y el sexto mes, pero no a los doce meses de seguimiento. El nivel de estudios es estable en adultos mientras que la variable profesión puede presentar una inestabilidad importante en la vida (Belleudi et al. 2006), lo cual explicaría que la primera presente una mayor significación y unos resultados más robustos que la segunda, como ya han mostrado también los estudios citados anteriormente (Fernández et al. 2006; Yanez, Leiva, Gorreto, Estela, Tejera y Torrent, 2013).

El nivel de dependencia mostró diferencias en los resultados, como ya se observó en estudios previos (Baer y Marlatt, 1991; Fernández et al. 1998), aunque estas diferencias sólo fueron significativas al mes y a los tres meses de seguimiento. Ello es debido probablemente al efecto del tratamiento farmacológico. El test de Fagerström es un buen indicador del nivel de dependencia física del fumador, pero no es fiable para medir la dependencia psicológica (Nerín et al. 2007). Las personas con un alto nivel de dependencia física son las que más se benefician del tratamiento farmacológico (De Leon, Diaz, Bevona, Gurpegui, Jurado, Gonzalez-Pinto, 2003). Sin embargo a medio y largo plazo, cuando finaliza el tratamiento farmacológico, lo que puede estar determinando las recaídas no es tanto el nivel de dependencia física sino no la dependencia psicológica y la capacidad de desarrollar estrategias de prevención de recaídas (Hajek, Stead, West, Jarvis, Hartmann-Boyce y Lancaster, 2013; Siahpush et al. 2006).

La mayoría de estudios existentes con pacientes psiquiátricos (Killen et al. 2008) han mostrado más dificultades para conseguir dejar de fumar y un mayor número de recaídas de estos pacientes. En nuestro estudio, sin embargo, no se aprecian estas diferencias. Distintos factores podrían explicarlo:

en primer lugar, el concepto amplio que se ha considerado como antecedente psiquiátrico en este estudio, puesto que consideramos como tal a cualquier paciente que hubiese presentado en algún momento de su vida un diagnóstico psiquiátrico y recibido tratamiento, es decir, trastornos con un margen amplio de gravedad. En segundo lugar el hecho de que se excluyan directamente a los pacientes con esquizofrenia o trastornos psicóticos graves. Aunque quizás lo más relevante es el marco donde se desarrolla el tratamiento de tabaquismo, puesto que la unidad de tabaquismo donde se realiza el programa forma parte del servicio de salud mental del hospital donde el paciente realiza seguimiento psiquiátrico. Pensamos que esto podría haber incidido en una mayor adscripción al tratamiento y a las sesiones así como a una mejor monitorización y ajuste del tratamiento psiquiátrico en función de su evolución en la cesación tabáquica, facilitada por la coordinación entre los profesionales de la unidad de tabaquismo y de salud mental. Otros estudios en medios similares sí han mostrado una mayor tasa de cesación en estos pacientes (Cepeda-Benito et al. 2004; Fagerstrom y Aubin, 2009). Por último es razonable pensar que el tratamiento intensivo que supone la terapia multicomponente mejora los resultados de estos pacientes como ya apuntan algunos autores (Brown et al. 2001; Himelhoch y Daumit, 2003).

En este estudio la terapia multicomponente con o sin tratamiento farmacológico mejora los resultados de la abstinencia al año de tratamiento. Si nos centramos en los 81 pacientes que optaron por realizar únicamente tratamiento psicológico, observamos una tasa de cesación tabáquica importante que nos muestran el efecto de la terapia psicológica por sí misma aunque no venga reforzada con tratamiento farmacológico, como ya han mostrado diversos estudios (Killen et al. 2008). Puesto que los datos están analizados con intención de tratar, entre los 81 pacientes que realizaron la terapia sin tratamiento farmacológico se hallan también pacientes que abandonaron durante la primera fase del tratamiento, con lo cual pueden estar infraestimando los resultados reales de la terapia psicológica sin tratamiento farmacológico. Si nos fijamos en las diferencias entre abstinencia a un mes y a doce meses, podemos ver que el grupo de sólo tratamiento psicológico pierde un 11% de sujetos que recaen, mientras que el grupo de tratamiento psicológico y farmacológico pierde un 44% de sujetos. Esto nos lleva a pensar que los sujetos que consiguen la abstinencia el primer mes sin tratamiento farmacológico son más ávidos a mantenerla que los que la consiguen con la ayuda de tratamiento farmacológico, aunque sería necesario realizar más estudios con diseño experimental para poder confirmar esta hipótesis.

Respecto a los tratamientos farmacológicos, observamos que todos ellos tienen un papel importante en todas las fases del proceso (Hajek, Stead, West, Jarvis, Hartmann-Boyce y Lancaster, 2013; Tinich y Sadler, 2007). Los resultados sugieren que el tratamiento farmacológico aumenta las posibilidades de conseguir la cesación tabáquica los primeros

tres meses y una vez se consigue un periodo de abstinencia, aumenta de forma importante la probabilidad de mantenerse abstinentes a medio y largo plazo (PHS Guideline Update Panel 2008). Un estudio con un diseño experimental con pacientes de características similares a los nuestros mostraba que seguir terapia psicológica después del tercer mes sin fumar es eficaz para el mantenimiento de la abstinencia (Hajek et al. 2013). Así mismo existen diversos estudios de revisión que muestran cómo la terapia grupal, la terapia cognitivo-conductual y las intervenciones con un seguimiento intensivo son más eficaces a largo plazo (Bauld et al. 2010; Hall, Humfleet, Muñoz, Reus, Robbins, Prochaska, 2009).

Hemos observado una clara ventaja de la terapia sustitutiva con nicotina frente a vareniclina. Dado que se trata de un estudio descriptivo se debe tener en cuenta que pueden existir sesgos debidos a la selección de las opciones farmacológicas ya que no se asignaron aleatoriamente. Por ello no podemos derivar conclusiones causales propias de un estudio con diseño experimental. Estas diferencias podrían ser debidas a que una mayor eficacia de vareniclina para reducir los síntomas de “craving” (Stapleton et al. 2008) dificultaría el aprendizaje de estrategias de afrontamiento del “craving” por parte de estos pacientes. Por ello, al finalizar el tratamiento farmacológico observamos una mayor tasa de recaída. Puesto que se trata de pacientes con importantes dificultades para dejar de fumar, podría ser que fuesen debidas a poca capacidad para aplicar estrategias de prevención de recaídas. Si fuese así la terapia sustitutiva con nicotina se perfilaría como el tratamiento farmacológico más adecuado para intervenciones con terapia multicomponente con este tipo de pacientes, mientras que la vareniclina sería más adecuada para los pacientes que no tienen fracasos previos en dejar de fumar, que no realizarán seguimiento después del tratamiento farmacológico, o con los que no han seguido tratamiento psicológico, aunque esta hipótesis tendría que ser contrastada con estudios adecuados.

Sería interesante analizar la adherencia a la terapia en función de las características de los sujetos que completan el tratamiento, puesto que ello nos aportaría información sobre predictores de adherencia a la terapia multicomponente y ayudaría a plantear posibles aspectos a mejorar para aumentarla.

La principal limitación del estudio es la dimensión temporal. El hecho de que la muestra sea recogida durante un largo periodo de tiempo (9 años) hace que variables socioculturales (cambios legislativos respecto a la prohibición de fumar en espacios públicos, modificaciones en la percepción de riesgo frente al tabaquismo por parte de la sociedad, por ejemplo) puedan estar produciendo un efecto que no tenemos controlado. Así podría ser que la ley de control del tabaco de 2005 tenga cierta influencia sobre la motivación de los fumadores para dejar de fumar. Aunque por otro lado, el hecho de tratarse de fumadores con unas características homogéneas (nivel de dependencia alto, muchos

de ellos con patologías previas, varios intentos de cesación) aporta elementos de corrección y hace que este aspecto no influya tanto en los resultados como lo haría si tuviéramos un estudio realizado en población general. Otra limitación es no tener registrada la fecha exacta de recaída del paciente, puesto que ello nos impide saber si recaen en el consumo de tabaco y por ello abandonan el programa o primero abandonan el programa y esto facilita la recaída.

Una ventaja del estudio es el hecho de utilizar la cooximetría para confirmar la abstinencia, puesto que da mucha más validez a los resultados que la mera información reportada por el paciente.

El ámbito geográfico restringido podría parecer una limitación, puesto que toda la muestra está recogida en la misma unidad de tabaquismo, que atiende a un tipo de población con unas determinadas características socio-culturales y con una organización sanitaria concreta, lo que podría restar valor de generalización de los resultados. Sin embargo, se trata de una muestra de población heterogénea en cuanto a características socioculturales, ya que en ella está representada tanto población de ámbito rural como urbana: Manresa es una ciudad de más de setenta mil habitantes, incluida en la tercera corona del área metropolitana de Barcelona, con una cultura urbana, mientras que otra parte de la muestra procede de las comarcas de la Cataluña Central con un entorno socioeconómico mayoritariamente rural.

El hecho de tratarse de un estudio clínico en un entorno natural real, en que se busca el tratamiento más adecuado según las características del paciente y el análisis de los datos con intención de tratar son aspectos relevantes de este estudio ya que aportan información que complementa los resultados obtenidos en los ensayos clínicos realizados en condiciones ideales (Brown et al. 2001; Garrison y Dugan, 2009; Tinich et al. 2007). Por ello creemos que este estudio permite obtener datos sobre la efectividad de la terapia multicomponente en el ámbito clínico, con fumadores importantes y en un entorno natural real.

Los resultados obtenidos en este estudio nos muestran cómo la terapia multicomponente facilita la cesación tabáquica al mes, tres meses, seis meses y doce meses. Características socio-ambientales como el nivel de estudios y no convivir con fumadores predijeron el éxito en la cesación tabáquica con terapia multicomponente, no en cambio otras variables como el sexo, las características del consumo de tabaco o el tener antecedentes personales psiquiátricos. La combinación del tratamiento farmacológico y psicológico aumentó las tasas de éxito en la terapia multicomponente y la terapia psicológica única también obtuvo resultados positivos, aunque más modestos. A la luz de estos resultados, que necesitan confirmación mediante estudios experimentales que tengan un mayor control sobre otros posibles determinantes del abandono y éxito de la terapia, cabría considerar la aplicación de forma más generalizada de este tipo de terapia, especialmente con fumadores importantes o recalcitrantes.

Agradecimientos

A Anna Arnau, Rosa Cobacho, Joan Taberner y Alejandro Gella por su ayuda en diferentes fases del estudio.

Antònia Raich, Jose M. Martínez-Sánchez y Esteve Fernández cuentan con financiación del Instituto de Salud Carlos III (RETICC, beca RD12/0036/0053) y del Departament d'Economia i Coneixement de la Generalitat de Catalunya (2009 SGR 192).

Este trabajo ha recibido el XVI Premi del Bages de Ciències Mèdiques, que otorgan la Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya filial del Bages y el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses

Referencias

- Alonso-Pérez, F., Alonso-Cardenoso, C., García-González, J. V., Fraile-Cobos, J. M., Lobo-Llorente, N., y Secades-Villa, R. (2014). Effectiveness of a multicomponent smoking cessation intervention in primary care. *Gaceta Sanitaria*, 28, 222-224.
- Baer J. S., y Marlatt G. A. (1991). Maintenance of smoking cessation. *Clinics in Chest Medicine*, 12, 793-800.
- Bauld, L., Bell, K., McCullough, L., Richardson, L., y Greaves, L. (2010). The effectiveness of NHS smoking cessation services: a systematic review. *Journal of Public Health*, 32, 71-82.
- Becoña E., y Vazquez F. L. (1998). The course of relapse across 36 months for smokers from a smoking-cessation program. *Psychological Reports*; 82:143-146.
- Becoña, E., y Míguez, M. C. (2008). Group behavior therapy for smoking cessation. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 3, 63-78.
- Belleudi, V., Bargagli, A. M., Davoli, M., Di Pucchio, A., Pacifici, R., Pizzi, E., ... Perucci, C. A. (2006). Characteristics and effectiveness of smoking cessation programs in Italy. Results of a multicentric longitudinal study. *Epidemiologia e Prevenzione*, 31, 148-157.
- Bjornson, W., Rand, C., Connett, J. E., Lindgren, P., Nides, M., Pope, F., ... O'Hara, P. (1995). Gender differences in smoking cessation after 3 years in the Lung Health Study. *American Journal of Public Health*, 85, 223-230.
- Brown, R. A., Kahler, C. W., Niaura, R., Abrams, D. B., Sales, S. D., Ramsey, S. E., ... Miller, I. W. (2001). Cognitive-behavioral treatment for depression in smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 471-480.
- Cahill, K., Stevens, S., y Lancaster, T. (2014). Pharmacological treatments for smoking cessation. *JAMA*, 311, 193-194.
- Cepeda-Benito, A., Reynoso, J. T., y Erath, S. (2004). Meta-analysis of the efficacy of nicotine replacement therapy for smoking cessation: differences between men and

- women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 712-722.
- de Leon, J., Diaz, F. J., Becona, E., Gurpegui, M., Jurado, D., y Gonzalez-Pinto, A. (2003). Exploring brief measures of nicotine dependence for epidemiological surveys. *Addictive Behaviors*, 28, 1481-1486.
- Fagerström, K., y Aubin, H. J. (2009). Management of smoking cessation in patients with psychiatric disorders. *Current Medical Research and Opinion*, 25, 511-518.
- Fernández, E., Carné, J., Schiaffino, A., Borràs, J., Saltó, E., Tresserras, R., ... Segura, A. (1998). Determinants of quitting smoking in Catalonia, Spain. *Gaceta Sanitaria*, 13, 353-360.
- Fernandez, E., Garcia, M., Schiaffino, A., Borràs, J. M., Nebot, M., y Segura, A. (2001). Smoking initiation and cessation by gender and educational level in Catalonia, Spain. *Preventive Medicine*, 32, 218-223.
- Fernández, E., Schiaffino, A., Borrell, C., Benach, J., Ariza, C., Ramon, J. M., ... Kunst, A. (2006). Social class, education, and smoking cessation: long-term follow-up of patients treated at a smoking cessation unit. *Nicotine & Tobacco Research*, 8, 29-36.
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., y Curry, S. J. (2009). Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services; May 2008.
- Garrison, G. D., y Dugan, S. E. (2009). Varenicline: a first-line treatment option for smoking cessation. *Clinical Therapeutics*, 31, 463-491.
- Hajek, P., Stead, L. F., West, R., Jarvis, M., Hartmann-Boyce, J., y Lancaster, T. (2013). Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 8.
- Hall, S. M., Humfleet, G. L., Muñoz, R. F., Reus, V. I., Robbins, J. A., y Prochaska, J. J. (2009). Extended treatment of older cigarette smokers. *Addiction*, 104, 1043-1052.
- Haustein, K. O. (2004). Smoking and low socio-economic status. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 67, 630-637.
- Hays, J. T., Ebbert, J. O., y Sood, A. (2009). Treating tobacco dependence in light of the 2008 US Department of Health and Human Services clinical practice guideline. In *Mayo Clinic Proceedings*, 84, 730-736.
- Hays, J. T., Leischow, S. J., Lawrence, D., y Lee, T. C. (2010). Adherence to treatment for tobacco dependence: Association with smoking abstinence and predictors of adherence. *Nicotine & Tobacco Research*, 12, 574-581.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., y Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119-1127.
- Himelhoch, S., y Daumit, G. (2003). To whom do psychiatrists offer smoking-cessation counseling?. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2228-2230.
- Killen, J. D., Fortmann, S. P., Schatzberg, A. F., Arredondo, C., Murphy, G., Hayward, C., ... Pandurangi, M. (2008). Extended cognitive behavior therapy for cigarette smoking cessation. *Addiction*, 103, 1381-1390.
- Likura, Y. (2010). Classification of OCD in terms of response to behavior therapy, manner of onset, and course of symptoms. *Seishin Shinkeigaku Zasshi= Psychiatry et Neurologia Japonica*, 113, 28-35.
- Marlatt, G. A., Curry, S., y Gordon, J. R. (1988). A longitudinal analysis of unaided smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 715-720.
- Middleton, E. T., & Morice, A. H. (2000). Breath carbon monoxide as an indication of smoking habit. *CHEST Journal*, 117, 758-763.
- Nerín I. y Jané M. (2007). Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Comité Nacional para la prevención del Tabaquismo. Zaragoza: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Nerín I., Novella P., Beamonte A., Gargallo P., Jimenez-Muro A. y Marqueta A. (2007) Results of smoking cessation therapy in a specialist unit. *Archives of Bronconeumology*, 43, 669-673.
- Perkins, K. A., y Scott, J. (2008). Sex differences in long-term smoking cessation rates due to nicotine patch. *Nicotine & Tobacco Research*, 10, 1245-1251.
- PHS Guideline Update Panel, Liaisons, and Staff. Treating tobacco use and dependence: (2008) update U.S. public health service clinical practice guideline executive summary. *Respiratory Care*, 53, 1217-1222.
- Piper, M. E., Cook, J. W., Schlam, T. R., Jorenby, D. E., Smith, S. S., Bolt, D. M., y Loh, W. Y. (2010). Gender, race, and education differences in abstinence rates among participants in two randomized smoking cessation trials. *Nicotine & Tobacco Research*, 12, 647-657.
- Ramon, J. M., y Bruguera, E. (2009). Real world study to evaluate the effectiveness of varenicline and cognitive-behavioural interventions for smoking cessation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6, 1530-1538.
- Ranney, L., Melvin, C., Lux, L., McClain, E., y Lohr, K. N. (2006). Systematic review: smoking cessation intervention strategies for adults and adults in special populations. *Annals of Internal Medicine*, 145, 845-856.
- Siahpush, M., McNeill, A., Borland, R., y Fong, G. T. (2006). Socioeconomic variations in nicotine dependence, self-efficacy, and intention to quit across four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 15(suppl 3), iii71-iii75.
- Silagy, C., Lancaster, T., Stead, L., Mant, D., y Fowler, G. (2004). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 3, CD000146.
- Stead, L. F., y Lancaster, T. (2005). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review*, 2, CD001292.

- Stead, L. F., y Lancaster, T. (2012). Behavioural interventions as adjuncts to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 12, CD009670.
- Stapleton, J. A., Watson, L., Spirling, L. I., Smith, R., Milbrandt, A., Ratcliffe, M., y Sutherland, G. (2008). Varenicline in the routine treatment of tobacco dependence: a pre-post comparison with nicotine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness. *Addiction*, 103, 146-154.
- Tinich, C., y Sadler, C. (2007). What strategies have you found to be effective in helping patients to stop smoking?. *ONS Connect*, 22, 14.
- Villalbí, J. R., Rodríguez-Sanz, M., Villegas, R., y Borrell, C. (2009). Changes in the population smoking patterns: Barcelona, 1983-2006. *Medicina Clinica*, 132, 414-419.
- Wilkes, S. (2008). The use of bupropion SR in cigarette smoking cessation. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 3, 45-53.
- Wilson, D., Wakefield, M., Owen, N., y Roberts, L. (1992). Characteristics of heavy smokers. *Preventive Medicine*, 21, 311-319.
- Wu, P., Wilson, K., Dimoulas, P., y Mills, E. J. (2006). Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 6, 300.
- Yáñez, A., Leiva, A., Gorreto, L., Estela, A., Tejera, E., y Torrent, M. (2013). El instituto, la familia y el tabaquismo en adolescentes. *Adicciones*, 25, 253-259.