



Original breve

Tratamiento por teléfono del tabaquismo. Factores predictivos de éxito

José María Carreras Castellet^{a,*}, Belén Maldonado Aróstegui^a, Mónica Quesada Laborda^b, Begoña Sánchez Sánchez^a, Isabel Nerín De La Puerta^c y Leopoldo Sánchez Agudo^a

^a Servicio de Neumología, Hospital Carlos III, Madrid, España

^b Centro Atención Drogodependencias, Getafe, Madrid, España

^c Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de enero de 2011

Aceptado el 7 de abril de 2011

On-line el 21 de junio de 2011

Palabras clave:

Tabaquismo
Teléfono
Predictores

Keywords:

Smoking
Telephone
Predictors

RESUMEN

Fundamento y objetivo: Evaluar los factores predictivos de éxito del tratamiento telefónico del tabaquismo.

Pacientes y métodos: Estudio observacional realizado en el contexto de la práctica clínica en una Unidad de Tabaquismo. Programa de tratamiento por teléfono durante 3 meses y seguimiento hasta los seis meses. Se analizaron variables sociodemográficas, de dependencia y comorbilidad, y como variable principal la abstinencia continua a las 24 semanas.

Resultados: Se incluyeron 743 sujetos (43% varones y 57% mujeres), con edad media (DE) de 41,9 (9,8) años. La abstinencia continua fue del 37,3% (intervalo de confianza del 95% [IC 95%] 34,9-40,0). El modelo multivariable mostró tres variables con valor predictivo: no padecer trastorno psiquiátrico, vivir en pareja y el primer ítem del test de Fagerström.

Conclusiones: El resultado del programa de tratamiento estuvo condicionado por las siguientes variables del fumador: la dependencia a la nicotina, la patología psiquiátrica y el soporte social.

© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Telephone-based smoking cessation. Predictors of success

ABSTRACT

Background and objective: To identify the predictors of successful outcome in a telephone smoking cessation program.

Patients and methods: Observational study in the context of clinical practice in a smoking cessation clinic. The smoking cessation program was carried out by phone over a period of 3 months and follow-up for 6 months. Sociodemographic variables were analyzed, dependence, and comorbidity and the main variable was continuous abstinence at 24 weeks.

Results: 743 smokers, 43% male and 57% female, mean (SD) age: 41.9 (9.8) years. The continuous abstinence rate at 24 weeks was 37.3% (IC 95% 34.9-40.0). The multivariable model showed three variables with predictive value: no current psychiatric diagnosis, social support and the first item of Fagerström test (time to first cigarette in the morning).

Conclusions: Treatment outcomes of this smoking cessation program was influenced by the following variables: nicotine dependence, psychiatric disorders and social support.

© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El tabaquismo es la primera causa de morbimortalidad prevenible en nuestro país¹. En España, según la Encuesta Nacional

de Salud de 2006, el 26,4% de la población mayor de 16 años fuma a diario. El 70% de los fumadores quiere dejar de serlo y cada año el 40% lo intenta pero sólo el 3% consigue consolidar la abstinencia. Hacer accesibles a las personas fumadoras las medidas terapéuticas científicamente eficaces puede mejorar las tasas de abstinencia. Estas medidas son tratamiento psicológico cognitivo-conductual y tratamiento farmacológico, que se pueden ofertar a través de tres marcos: individual, grupal o telefónico². La eficacia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jcarreras.hcii@salud.madrid.org (J.M. Carreras Castellet).

Tabla 1
Características de la población y resultado del análisis univariable (variables cualitativas)

	Total (743)	Abstinencia total	Abstinencia %	p
Sexo				0,039
Hombre	322	134	41,6	
Mujer	421	143	34,0	
Hábitat				0,371
Rural	132	54	38,2	
Urbano	610	222	36,4	
Situación laboral				0,282
Activo	607	232	38,2	
No activo	136	45	33,1	
Estado civil				0,001
Con pareja	462	197	42,6	
Sin pareja	281	80	28,5	
Opinión convivientes sobre la conducta de fumar				0,482
Se oponen	190	66	34,7	
Prefieren que no	515	199	38,6	
Están de acuerdo	38	12	31,6	
¿Considera que está en buen momento para dejarlo?				0,146
No	53	15	28,3	
Sí	296	121	40,9	
No lo sé	394	141	35,8	
¿Tiene algún problema actual importante?				0,175
No	539	209	38,8	
Sí	204	68	33,3	
Intentos previos de cesación				0,997
Ninguno	115	43	37,4	
De 1 a 3	401	149	37,2	
Más de 3	227	85	37,4	
Tratamiento utilizado en intento previo				0,059
Ninguno	235	100	42,7	
Científico	294	96	32,7	
No científico	99	37	37,4	
Minutos transcurridos hasta fumar el primer cigarrillo				0,001
Menos de 5 minutos	271	76	28,0	
De 5 a 30 minutos	285	117	41,1	
De 31 a 60 minutos	110	49	44,5	
Más de 60 minutos	77	35	45,5	
N.º cigarrillos fumados al día				0,360
Más de 30	162	56	34,6	
De 21 a 30	244	84	34,4	
De 11 a 20	269	111	41,3	
10 o menos	68	26	38,2	
Toma medicación				0,058
No	366	149	40,7	
Sí	377	128	34,0	
Problema de salud por fumar				0,634
No	262	101	38,5	
Sí	481	176	36,6	
Problema crónico de salud				0,498
No	539	205	38,0	
Sí	204	72	35,3	
Enfermedad respiratoria				0,082
No	620	240	38,7	
Sí	123	37	30,1	
Otro riesgo cardiovascular				0,930
No	556	208	37,4	
Sí	187	69	36,9	
Enfermedad vascular				0,999
No	686	256	37,3	
Sí	57	21	36,8	
Diagnóstico previo de trastorno psiquiátrico				0,004
No	415	174	41,9	
Sí	328	103	31,4	
Trastorno actual psiquiátrico				0,001
No	595	241	40,5	
Sí	148	36	24,3	

de programas de tratamiento intensivo telefónico está contrastada, existiendo relación dosis-respuesta². El marco telefónico es apropiado para acercar el tratamiento especializado del tabaquismo a un gran número de fumadores con una relación coste/beneficio muy favorable³. En un estudio previo, comunicamos los primeros resultados de un programa de tratamiento realizado por teléfono, comparados con los obtenidos en un marco presencial, concluyendo que en nuestro medio resulta de igual eficacia⁴. El objetivo de este estudio es identificar las variables predictivas del éxito del tratamiento del tabaquismo utilizando el marco telefónico en la práctica clínica diaria.

Método

Estudio observacional realizado en la práctica asistencial en una Unidad de Tabaquismo. La población a estudio fueron todos los fumadores que aceptaron participar en el programa de tratamiento telefónico entre octubre de 2003 y junio de 2006. El programa, descrito en un estudio previo⁴, se realizó por teléfono y correo, utilizando técnicas de tratamiento cognitivo-conductual y farmacológico. El fármaco utilizado (bupropión o terapia sustitutiva con nicotina [TSN] en parches dérmicos o en forma oral) se consensuó con cada paciente. Tras evaluación inicial se realizó tratamiento intensivo durante 3 meses con 7 intervenciones telefónicas y 3 contactos por correo y seguimiento hasta los seis meses, con 4 intervenciones telefónicas y una por correo. En todos los contactos se registró la abstinencia.

Variables analizadas: edad, sexo, hábitat (rural o urbano), estado civil (vivir en pareja o no), actividad laboral, test de Fagerström, tiempo que tarda en fumar el primer cigarrillo del día (1^{er} ítem) y n° de cigarrillos/día (4° ítem), intentos previos de cesación y tratamiento utilizado, comorbilidad, antecedentes de diagnóstico de trastorno psiquiátrico o padecerlo en el momento actual, opinión de convivientes, situación favorable o no para dejar de fumar y existencia o no de problemas personales. La variable dependiente fue la abstinencia continua a la 24^a semana.

Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 11.0. Para obtener el modelo predictivo se utilizó regresión logística. La presencia o influencia de variables confusoras o de posibles interacciones entre variables independientes se controló mediante análisis de regresión logística incondicionada dicotómica. Un nivel de significación menor de 0,2 en el análisis univariable fue el criterio empleado para seleccionar las variables candidatas a formar parte del modelo.

Resultados

Se incluyeron 743 fumadores, con una edad media (DE) de 41,97 (9,88) años, cuyas características se muestran en la *tabla 1*; 496 pacientes (66,8%) utilizaron parches de nicotina, 90 (12,1%) bupropión y 152 (21,1%) formas orales de nicotina. La abstinencia continua a las 24 semanas fue del 37,3% (n = 277) (intervalo de confianza del 95% [IC 95%] 34,9-40,0). A las 24 semanas, 707 pacientes (95,2%) atendieron la llamada.

El análisis univariable mostró diferencias en la abstinencia según sexo y según estado civil. El análisis del primer ítem del test de Fagerström muestra que las tasas de abstinencia aumentan a medida que es mayor el tiempo que transcurre hasta fumar el primer cigarrillo, lo que también se muestra cuando lo analizamos como variable cuantitativa (media de 26,67 [44,79] minutos frente a 34,55 [52,90] minutos; p = 0,031); el valor absoluto del test de Fagerström fue menor en los abstinentes que en los no abstinentes (media de 5,82 [2,30] frente a 6,29 [2,31]; p = 0,008). Las tasas de abstinencia fueron significativamente menores en los sujetos que tenían o habían tenido un trastorno psiquiátrico (*tabla 1*).

Tabla 2
Modelo multivariable

Predictor	Odds ratio	IC 95%	p
<i>Trastorno psiquiátrico actual</i>			
Sí	1.000		
No	1.724	1.129-2.633	0,021
<i>Vivir con pareja</i>			
No	1.000		
Sí	1.697	1.227-2.349	0,001
<i>Primer ítem del test de Fagerström</i>			
Menos de 5 minutos	1.000		
De 5 a 30 minutos	1.584	1.101-2.280	0,013
De 31 a 60 minutos	1.750	1.093-2.803	0,020
Más de 60 minutos	1.876	1.103-3.193	0,020

IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

El modelo final multivariable puso de manifiesto tres variables con valor predictivo: no padecer trastorno psiquiátrico en el momento de realizar el tratamiento, vivir en pareja y el primer ítem del test de Fagerström (*tabla 2*).

Discusión

Nuestros resultados muestran tres variables con valor predictivo: una indicadora de dependencia a la nicotina, otra de comorbilidad y otra de carácter social.

La mayoría de los trabajos que evalúan factores predictivos encuentran alguna variable que refleja la dependencia a la nicotina. Baker et al⁵, tras analizar el valor predictivo de diferentes escalas de dependencia, encontraron que el test de Fagerström era el de mayor poder predictivo y en concreto el tiempo transcurrido hasta fumar el primer cigarrillo del día el que mostraba mayor potencia predictiva a la semana y a los 6 meses. Nuestros resultados refuerzan la relevancia práctica ya sugerida por Baker et al de que este ítem es un buen evaluador de la dependencia.

Respecto a la comorbilidad, en nuestro trabajo sólo la presencia de un trastorno psiquiátrico modifica las posibilidades de éxito. Se ha sugerido que los pacientes psiquiátricos podrían mejorar su sintomatología al fumar, como una forma de automedicarse⁶. En la población estudiada existía mayor porcentaje de pacientes con enfermedad psiquiátrica que en población general. Si bien es cierto que entre los pacientes psiquiátricos el porcentaje de fumadores es muy alto, también se podría interpretar como una mayor preferencia de este grupo para el tratamiento telefónico.

Por último, los pacientes que vivían en pareja mostraron una mayor tasa de abstinencia. El apoyo social ha demostrado ser eficaz para mejorar conductas relacionadas con la salud y está ampliamente constatado su efecto en los pacientes que quieren dejar de fumar^{7,8}. En nuestro trabajo no se precisó la condición con respecto al uso del tabaco de la pareja, lo cual supone una limitación para estudiar esta influencia. Sin embargo, de los que vivían en pareja, sólo un 4,5% convivía con personas que aprobaban su conducta de fumar, lo que significa que la mayoría tenían un entorno familiar favorable para el abandono del tabaco.

En conclusión, nuestros resultados confirman la importancia del apoyo social para mantenerse abstinentes y muestran que la mayor dependencia a la nicotina y la presencia de enfermedad psiquiátrica disminuyen las posibilidades de éxito del tratamiento utilizando el marco telefónico. Estos factores han sido descritos en estudios realizados en el escenario presencial con diferentes intervenciones^{9,10}, sugiriendo que los resultados están más condicionados por características propias del fumador que por el marco en el que se aplique el tratamiento. En España, cada vez es más frecuente el uso de las nuevas tecnologías en el campo de la salud, pero su aplicación en los programas de tratamiento del

tabaquismo es escasa. Las líneas telefónicas de ayuda al fumador, facilitando la accesibilidad al tratamiento, deben ser un elemento importante de política de control del tabaquismo en nuestro país, como ya lo son en otros de nuestro entorno.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Banegas JR, Díez-Gañán L, Bañuelos-Marco B, González-Enríquez J, Villar-Álvarez F, Martín-Moreno JM, et al. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:97-102.
2. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical Practice Guideline. Rockville MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008.
3. Shearer J, Shanahan M. Cost effectiveness analysis of smoking cessation interventions. *Aust N Z J Public Health*. 2006;30:428-34.
4. Carreras JM, Fletes I, Quesada M, Sanchez B, Sanchez Agudo L. Diseño y primera evaluación de un programa de tratamiento de tabaquismo por teléfono. Comparación con un modelo estándar. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:247-50.
5. Baker TB, Piper ME, McCarthy DE, Bolt DM, Smith SS, Kim SY, et al. Time to first cigarette in the morning as an index of ability to quit smoking: Implications for nicotine dependence. *Nicotine Tob Research*. 2007;9 Suppl 4:S555-570.
6. Niaura R, Britt DM, Shadel WG, Goldstein M, Abrams D, Brown R. Symptoms of depression and survival experience among three samples of smokers trying to quit. *Psychol Addict Behav*. 2001;15:13-7.
7. Hyland A, Li Q, Bauer JE, Cummings KM. It takes two: Marriage and smoking cessation in the middle years. *J Aging Health*. 2003;14:336-54.
8. Monden CW, de Graaf MD, Kraaykamp G. How important are parents and partners for smoking cessation in adulthood? An event history analysis. *Prev Med*. 2003;36:197-203.
9. Ferguson JA, Patten CA, Schroeder DR, Offord KP, Eberman KM, Hurt RD. Predictors of 6-month tobacco abstinence among 1224 cigarette smokers treated for nicotine dependence. *Addict Behav*. 2003;28:1203-18.
10. Hyland A, Li Q, Bauer JE, Giovino GA, Steger C, Cummings KM. Predictors of cessation in a cohort of current and former smokers followed over 13 years. *Nicotine Tob Res*. 2004;6 Suppl 3:S363-369.