

Opiniones, prácticas, barreras y predisposición al cambio, a la hora de dar consejo para dejar de fumar

E. Cerrada Cerrada^a, C. López Olmeda^a, E. Bouzas Senande^a, B. Gómez Rodríguez^b y T. Sanz Cuesta^c

Objetivo. Conocer las opiniones, las prácticas actuales, las barreras percibidas y la predisposición al cambio con respecto al consejo para dejar de fumar (CF) ofertado a los pacientes por los diferentes profesionales sanitarios (PS) de atención primaria.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Centros de salud del Área Sanitaria 9, de Madrid.

Participantes. Participaron 480 PS, entre médicos de familia, pediatras, residentes de medicina familiar y comunitaria, y enfermería.

Mediciones. Mediante cuestionario autocumplimentado y anónimo se recogen variables sociodemográficas, sobre actitudes, creencias y utilización de estrategias en CF y sobre barreras percibidas para darlo, así como la predisposición al cambio.

Resultados. Contestó al cuestionario el 75,2% (el 94,2, 61,1, 51,6 y 88% de los médicos, enfermeros, pediatras y residentes, respectivamente). El 72% pregunta de manera habitual, con un incremento hasta el 92,4% en las enfermedades relacionadas con el tabaquismo, sin diferencias respecto al sexo, el PS, el hábito tabáquico y la formación previa. El 85,8% ofrece realizar un seguimiento y el 63,5% proporciona consejos escritos. El 75% de los no fumadores se considera modelo social, frente al 40% de los fumadores. Las principales barreras son la falta de tiempo y la baja motivación en los pacientes. El 93,5% cree que es necesaria una formación específica para proporcionar CF.

Conclusiones. Se pregunta y se ofrece CF, independientemente del hábito tabáquico del PS. A pesar de las barreras, hay una adecuada utilización de las estrategias para proporcionar CF. Hay buena predisposición al cambio para optimizar el CF.

Palabras clave: Consejo antitabaco. Atención primaria. Tabaco. Predisposición al cambio.

VIEWS, PRACTICES, BARRIERS, AND THE WILL TO CHANGE, WHEN COUNSELLING TO GIVE UP SMOKING IS BEING GIVEN

Objective. To get to know the opinions, current practices, perceived barriers and stage of change in respect to the smoking cessation advice (SCA) offered to patients by the different health professionals (HP) from primary care.

Design. Descriptive cross-sectional study.

Location. Área Sanitaria 9's Health Centers, in Madrid, Spain.

Participants. 480 HPs, including primary care doctors, pediatricians, primary care residents, and nursery staff.

Measurements. Using a self-filled and anonymous questionnaire, we will gather sociodemographic variables and from the HP's office, regarding the attitudes towards tobacco, efficiency beliefs and use of strategies in the advice, and the perceived barriers to give it, as well as the state of change.

Results. 75.2% of the HPs filled the questionnaire (94.2%, 61.1%, 51.6%, and 88% by doctors, nurses, pediatricians, and residents respectively). 72% ask regularly, this rate increasing to 92.4% over tobacco-related diseases. No differences were made between sexes, professional types, tobacco habits, or previous attendance to courses. 85.8% offers tracing and 63.5% give written advices. Nearly 75% of non-smokers are considered social role models, that against only 40% of smokers. The main barriers found were lack of time and low motivation from the patients. 93.5% consider an specific education necessary to give efficient SCA.

Conclusions. Inquiries are made and SCA is given, independently of the smoking habits of the SCA. Likewise, there is a good state of change by the HPs to optimize the treatment of tobacco dependency.

Key words: Smoking cessation advice. Primary health care. Tobacco. Stage of change.

^aEAP Dr. Mendiguchía II. Leganés. Madrid. España.

^bEAP Francia I. Fuenlabrada. Madrid. España.

^cTécnico de Salud. Área 9. Madrid. España.

Correspondencia:
E. Cerrada Cerrada.
Barcelona, 30. 28945 Fuenlabrada.
Madrid. España.
Correo electrónico:
ecerradas@yahoo.es

Manuscrito recibido el 28 de octubre de 2004.
Manuscrito aceptado para su publicación el 9 de marzo de 2005.

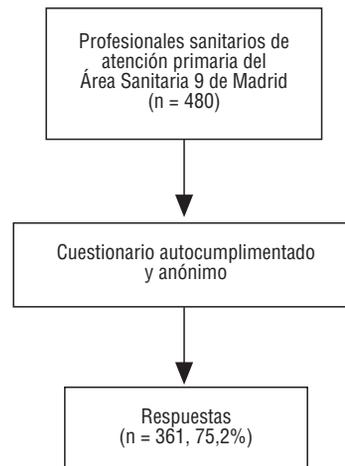
Introducción

En la última Encuesta Nacional de Salud realizada en el año 2001¹, el 34,4% de la población española afirma que fuma. El tabaco es el principal causante de la morbimortalidad prematura en los países desarrollados y provoca el 87% de los cánceres de pulmón y el 93% de los casos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)². El abandono de este hábito es una prioridad para las políticas sanitarias de numerosos países^{3,4}. Se sabe que el 1-2% de la población deja de fumar por sí misma⁵, pero diversas intervenciones para dejar de fumar llevadas a cabo por los profesionales sanitarios (PS) durante las consultas sistemáticas que realizan los fumadores pueden incrementar este porcentaje (abandono logrado de hasta el 5-10% de fumadores/año)^{6,7}. Sin embargo, y a pesar de la función ejemplificadora que el médico tiene sobre los pacientes⁸, sólo un tercio de los fumadores recibe consejo para dejar de fumar (CF)⁹. El personal de enfermería desempeña también un papel fundamental en la detección del tabaquismo y la promoción de su cese¹⁰.

Hay numerosos consensos, programas de optimización y guías de práctica clínica que hacen referencia a la eficacia del CF mediante la utilización de diferentes técnicas: intervención básica (consejo breve, claro, sistematizado y personalizado); empleo de las 5 A (*anticipate, ask, advise, assist, arrange*, es decir, anticipar, preguntar, aconsejar, ayudar y ofrecer seguimiento); consejo y seguimiento telefónico; trabajo con grupos de fumadores; asistencia a través de Internet; consejos por escrito y material de ayuda en la consulta, y apoyo farmacológico^{3,7,11-14}. Se sabe que hay diferencias en el sexo (las mujeres proporcionan más consejo que los varones), la especialidad (aconsejan más los médicos generales o los internistas que los pediatras), la edad, la situación geográfica (se ofrece más consejo en el ámbito urbano que en el rural) y el propio estado del profesional con respecto al consumo de tabaco, que influyen en la motivación para proporcionar el CF¹². También hay que considerar la formación del profesional sanitario (mayor y mejor motivación en los profesionales mejor formados)¹⁵.

A estas conclusiones se ha llegado a raíz de diversos estudios realizados fundamentalmente en otros países^{12,14,16,17}. En España hay algún estudio al respecto¹⁸, aunque con escasa participación (55,7%), lo que hace que sus resultados deban contemplarse con precaución.

El presente estudio pretende conocer la situación actual en nuestro medio acerca de las actitudes y los factores que influyen en los PS a la hora de ofrecer el CF a los fumadores, así como valorar sus creencias, los métodos utilizados para su abordaje y las barreras percibidas para su implantación. Como objetivo secundario se valorarán

Material y métodos
Cuadro resumen

Esquema general del estudio

Estudio descriptivo, transversal para conocer las opiniones, las prácticas actuales, las barreras percibidas y la predisposición al cambio con respecto al consejo para dejar de fumar ofrecido por los profesionales de atención primaria.

las diferencias de estas variables según el sexo, el estamento y el consumo actual de tabaco de los PS.

Material y métodos

Sujetos

Se realizó un estudio transversal entre los meses de mayo y junio del 2004. La población de estudio incluía a los 480 PS (174 médicos de familia, 53 residentes de medicina de familia de primer, segundo y tercer año de residencia, 60 pediatras y 193 enfermeros) de los 17 centros de salud, todos urbanos excepto uno de características semiurbanas, que componen el Área Sanitaria 9 de Madrid.

Los PS fueron invitados a participar a través de una carta informativa dirigida a los directores de los equipos de atención primaria (EAP), en la que el grupo investigador explicaba el objetivo del estudio. Posteriormente se concertaba una visita para solicitar la colaboración voluntaria de los PS en cada centro de salud.

Variables

Se administró un cuestionario autocumplimentado y anónimo, elaborado por el grupo investigador, para el que se utilizó la revisión bibliográfica^{12,14,16-18}. Antes de su administración a los participantes se realizó un estudio piloto. El cuestionario se completa en menos de 10 min y consta de las siguientes variables:

– Sociodemográficas: edad y sexo.
 – El profesional y la consulta: número de tarjetas sanitarias individuales (a los residentes se les asignó el cupo de su tutor/a), media de pacientes/día atendidos por el PS en la última semana, estamento (médico, residente de medicina familiar y comunitaria, enfermero, pediatra), tipo de contrato (titular, interino, suplente, residente de familia) y años de experiencia profesional.
 – Actitudes frente al tabaco: formación académica en CF, estado personal actual en relación con el consumo de tabaco, frecuencia con que se interroga sobre el consumo de tabaco a los pacientes en la «consulta sistemática» y cuando consultan por enfermedades relacionadas con el tabaquismo, y tiempo empleado en proporcionar el CF durante el último mes.
 – Creencias de los profesionales en la efectividad de su CF. Se interrogó sobre los conocimientos, la necesidad de formación, el papel de modelo social, la ayuda de las guías o el material escrito en las consultas, y el tipo y eficacia del CF. Se midieron en una escala de Likert de 4 puntos: desde 4 (muy de acuerdo) a 1 (nada de acuerdo).
 – Utilización por parte de los PS de alguna de las estrategias recomendadas en las guías y consensos sobre el CF y que han demostrado su utilidad, como dar consejo personalizado y por escrito, utilizar sistemas de identificación, negociar con los fumadores y ofrecer ayuda y seguimiento para el abandono del tabaco, y recomendar tratamientos farmacológicos, como la terapia sustitutiva de nicotina (TSN) o el bupropión en los pacientes con alta dependencia a la nicotina (puntuación > 6 en el test de Fagerstrom). Se miden en una escala de 3 puntos: 3: sí, siempre o casi siempre, 2: sí, sólo en ocasiones concretas, 1: no, rara vez o nunca.
 – Barreras percibidas por los PS a la hora de dar CF a sus pacientes. Se miden en una escala de 4 puntos: 4 (muy importante), 3 (alguna vez es importante), 2 (poco importante), 1 (no tiene importancia). Se distribuyen en 3 bloques: a) barreras que el PS percibe en él mismo y que le influyen cuando va a dar el CF a los pacientes, como son la falta de formación y/o experiencia, olvido, pensar que es poco útil y agradecido o considerar que, al dar el CF, la relación médico-enfermero/paciente puede verse deteriorada; b) barreras que el PS percibe en los pacientes a la hora de darles el CF y que le influyen para darlo sistemáticamente: percepción de baja motivación, de que no entienden que es importante para ellos o que no escuchan u olvidan fácilmente el consejo; c) barreras estructurales, como la falta de tiempo, no obtener recompensa o no considerar eficaz el CF.
 – Predisposición al cambio, al comparar el CF que se oferta actualmente con el que se podría dar en un futuro, si se dispusiera de más tiempo, más recompensa, más formación o más material de apoyo. Se miden en una escala: 3: sí, siempre o casi siempre, 2: sí, sólo en ocasiones concretas, 1: no, rara vez o nunca.

TABLA 1 Características de los profesionales sanitarios que participaron en el estudio (n = 361)

Porcentaje de respuesta	75,2%
Sexo	259 mujeres/102 varones (71,7%/28,3)
Edad media	38 años (IC del 95%, 30,1-45,9)
Media años de ejercicio	12,7 (IC del 95%, 4,8-20,6)
Media pacientes/día	35,8 (IC del 95%, 20,9-50,8)
Situación laboral	Titular 116, interino 138, suplente 58, residente 49
Media n.º tarjetas sanitarias	1.711 (IC del 95%, 1352-2070)
Ha asistido a algún curso de formación en CF	26,9%
En consulta sistemática	
Nunca-rara vez	2,7%
Alguna vez-la mitad de las veces	24,7%
Frecuentemente-siempre	72,6%
En consulta por enfermedades relacionadas	
Nunca-rara vez	2,5%
Alguna vez-la mitad de las veces	5,1%
Frecuentemente-siempre	92,4%
Tiempo en dar consejo	
No consejo	1,8%
< 1-2 min	58,7%
≥ 3 min	39,5%
Estado actual con respecto al consumo de tabaco*	
Fumadores activos	21,6%
Ex fumadores	30,2%
Nunca ha fumado	48,1%

IC: intervalo de confianza; CF: consejo para dejar de fumar.

*Fumadores activos: fuma a diario o fuma pero no diariamente; ex fumadores: no fuma, pero ha fumado antes diaria o no diariamente; no fumador: no fuma ni ha fumado nunca de forma habitual.

Los cuestionarios fueron entregados a los PS participantes, de forma individual en la sesión concertada o a través de los directores del EAP, quienes los distribuían posteriormente a cada uno de ellos. En la primera modalidad, los cuestionarios contestados de manera voluntaria se recogían al final de la sesión. En la segunda se remitían, a través del correo interno del Área, a los centros de trabajo del grupo de investigadores.

Análisis

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS. Se realizaron técnicas de estadística descriptiva. Se calcularon los intervalos de confianza (IC) del 95% de las frecuencias de las respuestas. Estas frecuencias se compararon según el sexo, el estamento y el consumo de tabaco del profesional mediante la prueba de la χ^2 .

Resultados

Respondieron 361 PS (75,2%), de los cuales el 71,7% era mujer. El porcentaje de respuesta fue del 94,2% para los médicos, del 61,1% para los enfermeros, del 51,6% para los pediatras y del 88% para los residentes. Las principales características de los PS se exponen en la tabla 1.

TABLA 2 Creencias sobre el grado de efectividad que el consejo para dejar de fumar logra en los pacientes

	Bastante o muy de acuerdo	IC del 95% (%)
Me considero un modelo social frente a los pacientes, en relación al hábito tabáquico	66,1%	63,5-68,6
Actualmente tengo los conocimientos necesarios para ayudar a mis pacientes de forma efectiva a dejar de fumar	61,6%	59-64,2
Es necesario que los profesionales sanitarios reciban una formación y preparación específica para poder ayudar a sus pacientes a dejar de fumar	93,5%	92,2-94,8
Las guías y otro material similar tienen mucha utilidad como ayuda al profesional sanitario para dar al paciente el consejo para dejar de fumar	82,1%	80,1-84,1
Puedo llegar a ser muy persuasivo y lograr que alguno de mis pacientes fumadores abandonen el consumo de tabaco, gracias a mi consejo para dejar de fumar	53,8%	51,1-56,5
Mi consejo para dejar de fumar es más eficaz cuando lo doy a pacientes que consultan por un problema relacionado con el tabaco	89,1%	87,5-90,7
Cuando los pacientes continúan fumando después de haberle dado ya el consejo para dejar de fumar, puedo repetirlo, porque creo que en esta nueva ocasión va a ser efectivo	63,5%	60,9-66,1
Mi consejo para dejar de fumar es más eficaz que cualquier otro método para abandonar el tabaco que puedan recibir mis pacientes	33,4%	30,9-35,9

IC: intervalo de confianza.

El 72,6% de los PS refiere interrogar sobre el consumo de tabaco siempre o con frecuencia en la consulta sistemática. Esta proporción se incrementa notablemente (92,4%) cuando se trata de pacientes con enfermedades relacionadas con el tabaquismo. El 89,1% de los encuestados opina que el consejo es más efectivo en este último supuesto. No se han encontrado diferencias respecto al sexo, la asistencia previa a algún curso, el consumo propio de tabaco o el tipo profesional, aunque los pediatras sólo preguntan en el 60% de los casos frente a los médicos de familia, que lo hacen en el 98%. Las mujeres preguntan con mayor frecuencia por el consumo en la consulta sistemática (el 75,6% lo hace con frecuencia o siempre, frente al 65,3% de los varones), aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Los resultados del resto de las creencias y las estrategias empleadas por los PS (tablas 2 y 3) no muestran diferen-

cias significativas según el sexo, el consumo de tabaco o el tipo de profesional. Sin embargo, destaca que el 62% de los pediatras y el 44,7% de los residentes consideran que no tienen actualmente los conocimientos necesarios para dar CF, frente al 30% de los médicos y el 40% de los enfermeros.

Algo más de la mitad de los encuestados (53,8%) se considera persuasivo a la hora de dar CF, sin diferencias significativas entre los distintos grupos sanitarios, ni entre los profesionales fumadores y los no fumadores. El 93,5% considera necesario recibir una formación específica para poder ayudar a sus pacientes a dejar de fumar y el 82,1% considera útiles las guías y otros materiales similares para dar CF. Destaca que el 74,7% de los no fumadores está bastante o muy de acuerdo con ser considerados un modelo social respecto al consumo de tabaco, frente al 60% de los fumadores. Cuando se emplean fármacos para la des-

TABLA 3 Utilización de estrategias sobre el consejo para dejar de fumar recomendadas en las principales guías y consensos y que han demostrado aumentar la eficacia del consejo para dejar de fumar

	En ocasiones/siempre	IC del 95% (%)
¿Das consejo «personalizado» cuando estás con un paciente fumador que presenta un problema de salud, relacionado directamente con el tabaco (EPOC, cardiopatía isquémica, etc.)?	97,2%	96,4-98
¿Utilizas en la consulta algún sistema de identificación (preguntas a los pacientes sobre su estado actual con respecto al consumo de tabaco) y posterior registro de los fumadores activos?	85,4%	83,6-87,2
¿A los fumadores activos, les das consejo sobre el cese del consumo de tabaco?	98,9%	98,4-99,4
¿Cuándo estás con un paciente fumador, negocias-discutes con él sobre los pros y contras del consumo de tabaco?	91,9%	90,5-93,3
¿Tras el intento del paciente de cesar en el hábito tabáquico, le ofreces seguimiento en las semanas siguientes a su cese?	85,8%	84-87,6
¿Das consejos escritos a tus pacientes fumadores como método de refuerzo de tu consejo para dejar de fumar?	63,5%	61-66
En los pacientes con alta dependencia a la nicotina (Fagerström > 6), ¿recomiendas tratamientos farmacológicos, como la terapia sustitutiva de nicotina o el bupropión?	81,6%	79,6-83,6

IC: intervalo de confianza; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

TABLA 4 Barreras que influyen a la hora de dar consejo para dejar de fumar

	Alguna vez/muy importante	IC del 95% (%)
Barreras percibidas en los pacientes		
Percibes en los pacientes una baja motivación para abandonar el consumo de tabaco	92,3%	90,9-93,7
Percibes que los pacientes no contemplan dejar de fumar de modo inmediato	89%	87,3-90,7
Percibes que los pacientes no comprenden la importancia que para ellos tiene cesar en el hábito tabáquico	80,4%	78,3-82,5
Percibes que los pacientes olvidan fácilmente tu consejo, tras recibirlo en la consulta	76%	75,7-78,3
Percibes que los pacientes no escuchan con atención tu consejo	70,3%	67,9-72,7
Barreras percibidas en el profesional		
La falta de experiencia para dar el CF	69,4%	66,9-71,9
La falta de formación para dar el CF	79,5%	77,4-81,6
Olvidar preguntar sobre el hábito tabáquico a los pacientes que acuden a la consulta	72,5%	70,1-74,9
Pensar que dar CF es poco agradecido	55,8%	53,1-58,5
Pensar que dar CF no es un punto prioritario dentro de tu actividad habitual	50,8%	48,1-53,5
Pensar que el CF no es el método más efectivo que se puede dar a los pacientes fumadores	50,4%	47,7-53,1
Pensar que al dar el CF, la relación médico-enfermería/paciente puede verse deteriorada	18,7%	16,6-20,8
Barreras estructurales		
No tener tiempo para dar el CF	88,8%	87,2-90,4
Considerar que el CF oportunístico (aprovechando las consultas de rutina) no es una utilización eficiente de tu tiempo	47,2%	44,6-49,8
No verse recompensado por dar el CF	36,3%	33,8-38,8

CF: consejo para dejar de fumar; IC: intervalo de confianza.

habitación tabáquica, el 83,2% emplea bupropión y el 89,5% utiliza TSN.

Las principales barreras para dar CF referidas por los PS son la percepción en los pacientes de baja motivación o que no contemplan dejar de fumar de manera inmediata, la falta de formación en dar CF y la escasez de tiempo para proporcionarlo (tabla 4). La mayoría (el 81,3%) no cree que, al dar CF, la relación médico-enfermera/paciente pueda verse deteriorada.

No hay diferencias significativas en la percepción de las barreras con respecto al sexo o al tipo de profesional. El 63% de los encuestados no ve como barrera el no ser recompensado y, además, el 60,2% cree que si obtuviera recompensa, ésta no le motivaría más para dar CF.

De los PS que consideran la falta de formación, la falta de material en las consultas o la falta de tiempo como las barreras más importantes para dar el CF, el 94,1, el 92,1 y el 96,9% estarían dispuestos a ofertar más CF si dispusieran de más formación, de más material o de más tiempo para darlo, respectivamente (tabla 5).

Discusión

Como en todas las encuestas en las que se solicita la participación voluntaria, cabe considerar que los PS que han contestado a nuestro cuestionario han sido los más colaboradores, los más formados y los que ofrecen más CF; sin

TABLA 5 Predisposición al cambio en los profesionales sanitarios

	Parcial o totalmente de acuerdo	IC del 95% (%)
¿Estarías dispuesto a ofrecer más consejo para dejar de fumar, con respecto al que actualmente ofreces a tus pacientes, si tuvieras posibilidad de aumentar tu formación sobre consejo para dejar de fumar?	94,1%	92,9-95,3
¿Estarías dispuesto a ofrecer más consejo para dejar de fumar, con respecto al que actualmente ofreces a tus pacientes, si tuvieras más tiempo en consulta?	96,9%	96-97,8
¿Estarías dispuesto a ofrecer más consejo para dejar de fumar, con respecto al que actualmente ofreces a tus pacientes, si tuvieras algún tipo de recompensa (incentivos económicos, etc.)?	39,8%	37,2-42,2
¿Estarías dispuesto a ofrecer más consejo para dejar de fumar, con respecto al que actualmente ofreces a tus pacientes, si tuvieras material de apoyo en la consulta?	92,1%	90,7-93,5

IC: intervalo de confianza.

Discusión

Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- La intervención de los profesionales sanitarios puede incrementar el porcentaje de abandono del tabaco en los fumadores.
- En estudios realizados en otros países se ha observado que a la hora de dar consejo para dejar de fumar (CF) influyen factores como el sexo, la edad, la especialidad, la situación geográfica, el estado del profesional respecto al consumo de tabaco y su formación en el tema.

Qué aporta este estudio

- No se han encontrado diferencias significativas a la hora de dar CF respecto al sexo, el tipo profesional, el consumo propio de tabaco o la asistencia previa a cursos de formación.
- Se constata la necesidad de formación en CF y de disponer de más tiempo para proporcionarlo.
- Hay una buena predisposición al cambio para optimizar el abordaje del tabaquismo.

embargo, el porcentaje de respuestas alcanzado en nuestro estudio es superior al de otros trabajos^{16,17}, lo que nos permite tener un mayor margen de confianza en los resultados obtenidos. Esta mayor participación puede deberse a que nuestra población ha sido más joven que en otros estudios^{16,17} y, aunque se pueda argumentar que los residentes, con edades más jóvenes, hayan podido influir en estos resultados, otros trabajos también han contado con su participación¹² y en nuestro caso sólo suponen el 13% del total de PS. Desconocemos si el dato de que sólo el 32,1% tiene plaza en propiedad ha podido influir de alguna forma en la mayor participación.

El 81% de los enfermeros del Área 9 es mujer. A pesar de ello, y aunque no hay diferencias a la hora de dar CF entre médicos y enfermeros, hay un 32% de menor participación entre estos últimos (el 94,3% de médicos frente al 61,7% de enfermeros), datos ya reflejados en otras publicaciones¹⁰.

En nuestro estudio contestó el 88,7% de los residentes, porcentaje similar al de otros trabajos¹⁴. Del total de pediatras, sólo participó el 51,6% que, además, se consideró menos preparado y persuasivo a la hora de dar CF respecto a otros grupos de profesionales, datos ya recogidos en la bibliografía^{19,20}. Una posible explicación es que el CF no está suficientemente introducido en la actividad habitual de los pediatras y que no han adoptado todavía un papel

activo frente al tabaquismo en la infancia²¹, a pesar de que entre los adolescentes españoles escolarizados el 24% es fumador (el 13% diario y el 10,3% ocasional) y que de los niños que acuden a las consultas de neumología y alergia pediátricas, entre el 47 y el 75% es fumador pasivo en el hogar.

A diferencia de otros estudios, en los que los médicos de atención primaria ofertaban CF a los fumadores sólo en el 67% de los casos, nuestros PS dan dicho consejo en el 97,2%, cifras similares a las que ofrecen los neumólogos (99%)²². Nuestra población proporciona más consejo personalizado a los fumadores que consultan por problemas relacionados (97,2%), ofrece más seguimiento tras el intento (85,8%) y da más consejos escritos (63,5%) que en el estudio de Young et al (92, 54 y 31% respectivamente). Estas diferencias pueden estar en relación con la mayor edad (45 frente a 38 años) o el menor porcentaje de mujeres (el 31 frente al 71,7%) de los participantes del estudio australiano¹⁷. En nuestro trabajo, el 66,1% se considera modelo social para los pacientes en cuanto al hábito tabáquico, cifra alejada del 90% recogida en otro estudio²³. Esta diferencia podría ser explicada por el hecho de que, en este estudio, los datos correspondieron exclusivamente a médicos y, aunque en otros trabajos también se destaca el papel de las enfermeras en el control del tabaquismo¹⁰, los médicos son considerados más influyentes a la hora de impartir educación sanitaria. Durante los últimos años se ha producido una disminución de la prevalencia del hábito tabáquico entre los PS. En nuestro caso, el 21,6% de los PS es fumador activo, datos bastante optimistas si se comparan con otras estadísticas (entre el 21 y el 47% es fumador, con mayor prevalencia de tabaquismo entre las enfermeras y menor entre los residentes), aunque todavía lejos de otros países, como el Reino Unido o Finlandia, donde menos del 10% de los médicos fuma habitualmente^{1,23-25}. A pesar de estos datos, a la hora de proporcionar CF no parece influir el hecho de que el PS sea o no fumador; lo más importante es el CF en sí mismo, como se destaca también en otros casos^{23,26}.

Con respecto a la actividad asistencial, a pesar de que el tiempo empleado no excede de 2 min en el 58,7% de los casos, se pregunta con frecuencia o siempre en la consulta sistemática en el 72,6%, porcentaje que se incrementa hasta el 92,4% si el paciente consulta por enfermedades relacionadas con el tabaquismo; estos datos concordantes con otros trabajos^{17,27}. Este mayor porcentaje de preguntas en el segundo caso puede ser explicado por el hecho de que acudir a la consulta por síntomas relacionados con el consumo de tabaco facilita el diálogo con los fumadores²⁸. Con respecto al empleo de las medidas farmacológicas para reforzar el CF, los porcentajes de utilización de bupropión o TSN son similares a los de otros trabajos¹⁷. En algún estudio, la falta de reembolso de la TSN por parte del sistema sanitario se ha evidenciado como una

barrera para dar el CF²⁹, y en los estudios donde sí se financiaba se producía una mayor demanda de los pacientes para dejar de fumar, con lo que también aumentaban las oportunidades para proporcionar CF y abordar su cese¹².

La formación es una herramienta actualmente infrautilizada en el control y la prevención del tabaquismo, y se ha constatado una insuficiente formación de pregrado en las facultades de medicina¹⁰. En nuestro caso, sólo un 26,1% ha asistido a algún curso sobre CF y el 93,5% cree necesaria una formación y una preparación específica de posgrado para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar, como ocurre en otros estudios^{10,30}.

La percepción de barreras a la hora de dar CF influye en la apropiada realización de esta actividad. Las principales barreras en nuestro estudio, equiparables a las de otros trabajos, han sido la receptividad de los pacientes ante el CF, o la pérdida de interés del paciente, junto con la falta de tiempo^{12,14,16,17,31}. El tiempo está íntimamente ligado con la presión asistencial. La media de 35,8 pacientes/día y 1.711 tarjetas sanitarias en nuestra población, aunque es un dato aportado de forma subjetiva por los encuestados y hace referencia a una semana concreta, es un parámetro de carga asistencial importante. Y, aunque se consigue dar el CF, el tiempo empleado en ésta (el 58,7% de los PS sólo da consejo breve) es menor del que se podría emplear con cupos y demandas menores (consejo sistematizado y personalizado). El hecho de no recibir recompensa no se ve como barrera; lo mismo sucede en otros estudios, donde sólo el 20% constató como barrera la pérdida de reembolso financiero por parte de los servicios públicos^{14,17}. Además, hay una buena predisposición al cambio, como se constata en el hecho de que, aunque sólo el 26% ha asistido a algún curso, el 94,1% estaría dispuesto a aumentar su formación y el 96,9% de los PS estaría dispuesto a ofertar más CF si dispusiera de más tiempo para darlo.

En conclusión, a pesar de la carga asistencial, los PS emplean estrategias que han demostrado su utilidad para disminuir el consumo de tabaco^{12,14,32,33}. Sin embargo, aprovechando la buena predisposición al cambio que hay en los PS, se constata la necesidad de aumentar el tiempo en la consulta, así como la formación en CF, mediante cursos sobre tabaquismo de pregrado y posgrado^{10,22}. También es necesario plantear estrategias para que dejen de tener percepciones negativas en los pacientes, cuando dan el CF¹⁷. Quizá con la nueva conciencia que, en el ámbito institucional, se vislumbra con el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007 pueda favorecerse el impulso de alguna de estas medidas. Esperemos que este deseo se acerque lo más posible a la realidad.

Agradecimientos

A todos los profesionales sanitarios del Área 9 de Madrid que han participado voluntariamente y han facilitado la realización de este estudio.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España, 2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
2. Banegas JR, Díez L, Rodríguez-Artalejo F, González J, Graciani A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:692-4.
3. World Health Organization. WHO framework convention on tobacco control. *Rev Esp Salud Pública*. 2003;77:475-505.
4. Sáiz I, Rubio J, Espiga I, Alonso B, Blanco B, Cortés M, et al. Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. *Rev Esp Salud Pública*. 2003;77:441-73.
5. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(3):CD001118.
6. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Golstein MG, Gritz ER, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville: US Department of health and Human Services. Public Health Service; 2000.
7. Clemente ML, Alonso JA, Córdoba R, Cortada J, Grandes G, Nebot M, et al. Descripción de las guías disponibles en España para el abordaje del tabaquismo en atención primaria. *Aten Primaria*. 1999;24:101-8.
8. Wechsler H, Levine S, Idelson RK, Schor EL, Coakley E. The physician's role in health promotion revisited: a survey of primary care practitioners. *N Engl J Med*. 1996;334:996-8.
9. Silagy C, Muir J, Coulter A, Thorogood M, Yudkin O, Roe L. Lifestyle advice in general practice: rates recalled by patients. *BMJ*. 1992;305:871-4.
10. Martínez C. El rol de la enfermera en la atención al tabaquismo. *Prev Tab*. 2003;5:186-9.
11. Torrecilla M, Domínguez F, Torres A, Cabezas C, Jiménez-Ruiz CA, Barrueco M, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso. *Aten Primaria*. 2002;30:310-7.
12. Tremblay M, Gervais A, Lacroix C, O'Loughlin J, Makni H, Paradis G. Physicians taking action against smoking: an intervention program to optimise smoking cessation counselling by Montreal general practitioners. *CMAJ*. 2001;165:601-7.
13. Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(2):CD000165.
14. Gottlieb NH, Guo JL, Blozis SA, Huang PP. Individual and contextual factors related to family practice residents' assessment and counselling for tobacco cessation. *J Am Board Fam Pract*. 2001;14:343-51.
15. Alegre M, Gutiérrez A, Oliván V, Vara E, Martínez-González MA, Aguinaga I, et al. Prevalencia del tabaquismo, conocimiento y valoración de los métodos de cesación tabáquica en estudiantes de medicina. *An Sist Sanit Navar*. 1999;22:233-40.
16. Coleman T, Wilson A. Anti-smoking advice in general practice consultations: general practitioners' attitudes, reported practice and perceived problems. *Br J Gen Pract*. 1996;46:87-91.
17. Young JM, Ward JE. Implementing guidelines for smoking cessation advice in Australian general practice: opinions, current practices, readiness to change and perceived barriers. *Family Practice*. 2001;18:14-20.
18. Jordán M, Riesgo R, Ramos JM. El tabaco y los profesionales de la salud: consumo, actitudes e intervenciones. *Aten Primaria*. 2003;32 Supl 1:154.
19. Easton A, Husten C, Malarcher A, Elon L, Caraballo R, Ahluwalia E. Smoking cessation counselling by primary care women physicians. *Women Physicians' Health Study*. *Women Health*. 2001;32:77-91.

20. Tanski SE, Klein JD, Winickoff JP, Auinger P, Weitzman M. Tobacco counselling at well-child and tobacco-influenced illness visits: opportunities for improvement. *Pediatrics*. 2003;111:162-7.
21. Altet MN, Pascual MT. Tabaquismo en la infancia y adolescencia. Papel del pediatra en su prevención y control. *An Esp Pediatr*. 2000;52:168-77.
22. Jiménez CA, Robledo T, Sáiz I, Rubio J, Espiga I. Abordaje de la docencia clínica del tabaquismo en las áreas sanitarias de Madrid. *Prev Tab*. 2000;2:173-9.
23. Sampedro E, Narzabal MA, Frías O, Antero M, Berganzos E, Sáez M, et al. Actitudes frente al tabaco y prevalencia de fumadores entre los médicos de atención primaria de Guipúzcoa. *Aten Primaria*. 1994;14:1073-6.
24. Fernández ML, Sánchez M. Evolución de la prevalencia de tabaquismo entre las médicas y enfermeras de la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit*. 2003;17:5-10.
25. Arévalo JM, Baquedano FJ. Prevalencia de tabaquismo en los trabajadores de un hospital. *Rev Esp Salud Pública*. 1997;71:451-6.
26. Slama K, Karsenty S, Hirsch A. French general practitioners' attitudes and reported practices in relation to their participation and effectiveness in a minimal smoking cessation programme for patients. *Addiction*. 1999;94:125-32.
27. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Libro Blanco sobre el Tabaquismo en España. Barcelona: Glosa; 1998.
28. Walters N, Coleman T. Comparison of the smoking behaviour and attitudes of smokers attribute respiratory symptoms to smoking with those who do not. *Br J Gen Pract*. 2002;52:132-4.
29. Saywell RM, Jay SJ, Lukas PJ, Casebeer LL, Mybeck KC, Parchman ML, et al. Indiana family physician attitudes and practices concerning smoking cessation. *Indiana Med*. 1996;89:149-56.
30. Herrera M, Pérez J, Suárez C, Perona J, Paz D. Evaluación de conocimientos y actitudes ante el tabaquismo en estudiantes de medicina. *Prev Tab*. 2002;4:76-81.
31. Cornuz J, Ghali WA, Di Carantonio D, Pecoud A, Paccaud F. Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Family Practice*. 2000;17:535-40.
32. Kristeller JL, Ockene JK. Tobacco curriculum for medical students, residents and practicing physicians. *Indiana Med*. 1996;89:199-204.
33. Hall MN, Pettice YJ, Robinson MD, Alexander M. Teaching smoking cessation to family practice residents: an experimental approach. *Fam Med*. 1996;28:331-6