

Determinación de la fase del cambio en que se encuentran los pacientes fumadores del Centro de Salud Fontenla Maristany de Ferrol, según el modelo de cambio de Prochaska

Determination of the changing stage for the smoker patients in the Health Care Centre Fontenla Maristany (Ferrol) according to prochaska's transtheoretical model of behavior change

Autores: Daniel López Fresno, Laura Reyes Valdivieso.

Dirección de contacto: danyel109@hotmail.com

Fecha recepción: 12/03/2019

Aceptado para su publicación: 15/05/2019

Fecha de la versión definitiva: 19/07/2019

Resumen

Introducción. Ciertas conductas de las personas son un factor determinante en el desarrollo de numerosas enfermedades. Muchas de estas conductas son modificables, y disponemos de una serie de intervenciones de salud pública que favorecen que su prevalencia en la población decrezca. Un ejemplo es el consumo de tabaco; una de las mayores amenazas para la salud pública en nuestro país. Los profesionales de Atención Primaria tenemos una posición privilegiada para abordar esta adicción. Este proyecto nace por la necesidad de ubicar al paciente fumador según la fase del Modelo del Cambio de Prochaska, siendo el objetivo principal del mismo identificar el porcentaje de pacientes fumadores del Centro de Salud Fontenla Maristany que se encuentran en la *fase de preparación* según el Modelo del Cambio de Prochaska. **Metodología.** Para dar respuestas a los objetivos, se realizó un estudio observacional de prevalencia en dicho Centro, con una muestra total de 100 pacientes. **Resultados.** Tras analizar datos obtenidos en los cuestionarios, se obtuvieron numerosos resultados. El porcentaje de fumadores que se encontraban en fase de preparación, sobre los cuáles sería pertinente realizar una intervención avanzada para la deshabituación tabáquica ascendió a un 28%. **Discusión.** Un dato concluyente es que al 66% de fumadores les gustaría recibir ayuda de su enfermera para cesar su hábito. Este dato nos debería de hacer reflexionar a cerca de la importancia del papel de enfermería en la deshabituación tabáquica de los pacientes en Atención Primaria.

Palabras clave

Tabaco; Fumadores; Motivación; Actitud; Reducción del Hábito de Fumar.

Abstract

Introduction. People set certain behaviors that are a key factor for developing numerous diseases. Most of these behaviors are modifiable and there are several public health care interventions to promote their decrease. Tobacco consumption is an example; one of the greatest threats for public healthcare that represents the first avoidable cause of morbimortality in our environment. Primary Care professionals hold a privileged position to approach this addiction. The current analysis was risen by the necessity of locating the patients along the phases of Prochaska's Change Model, which would help improving our intervention for detoxification. The main target of the analysis was to identify the percentage of smokers patients in Fontenla Maristany HealthCare Center undergoing the preparation phase according to Prochaska's Model. **Methodology.** An observational analysis of prevalence was accomplished at the HealthCare Center, under a sample of 100 patients. **Results.** After analyzing the data from the questionnaires, numerous results were obtained. The rate of patients on the preparation phase, to whom an advanced intervention for detox would be applicable, was 28%. **Discussion.** Furthermore, the 66% of smokers would like to receive help from their nurse to stop their habit. This fact should make us reflect on the importance of the role of nursing in the smoking cessation in Primary Care.

Key words

Tobacco; Smokers; Motivation; Attitude; Smoking Reduction.

Categoría profesional y lugar de trabajo

(1,2) Enfermero. Centro de Salud Puerta la Villa. (Gijón, Asturias).

INTRODUCCIÓN

Es ampliamente conocido por todos desde hace tiempo que ciertas conductas de las personas son un factor determinante en el origen y pronóstico de numerosas enfermedades. Ya en 1974 en su "Teoría de los Determinantes de la Salud" el Ministro de Sanidad canadiense Marc Lalonde expuso que aproximadamente el 50% de la salud de una comunidad depende de los estilos de vida y las conductas de salud, quedando en segundo plano otros factores como el medio ambiente, el sistema de asistencia sanitaria o la propia biología humana. A pesar de esto, el gasto público destinado a este determinante de salud, es en proporción mucho menor que el destinado al resto de determinantes, especialmente al sistema de asistencia sanitaria; así como los esfuerzos de los profesionales (1).

Muchas de estas conductas son modificables, y hoy en día se disponen de una serie de intervenciones de salud pública que pueden favorecer un cambio, haciendo que su prevalencia en la población mude hacia una frecuencia más saludable (2). Un claro ejemplo de esto es el consumo de tabaco. El tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública. El tabaquismo activo y pasivo son respectivamente la primera y la tercera causa de morbilidad evitable en nuestro medio (3). Se estima que es el responsable del 15% del total de muertes y del 10% del número total de años de vida perdidos (4). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada 6 segundos aproximadamente muere una persona a causa del tabaco, lo que representa una de cada diez muertes en personas adultas (5).

En nuestro país, se sabe que el tabaco provoca más de 50.000 muertes al año según reporta el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). El tabaco es el responsable en España de aproximadamente el 30% de las muertes por cáncer, especialmente de pulmón; y del 20% de las producidas por enfermedades cardiovasculares. Además, presenta una morbilidad muy elevada, siendo el responsable del 80% de las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC) (6,7) así como numerosas patologías muy diversas (osteoporosis, degeneración macular, úlcera gástrica, esterilidad, etc.) Su efecto también se extiende al sistema cardiovascular, haciendo que la posibilidad de padecer una enfermedad del corazón sea tres veces superior que en los no fumadores. Asimismo, es el responsable directo de numerosas complicaciones durante el embarazo. Además, el tabaco no sólo perjudica a los que lo consumen, si no que se sabe que el humo ambiental del tabaco tiene efectos nocivos para la población no fumadora (fumador pasivo) (8).

La OMS en su última actualización de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), incluye el tabaquismo dentro de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas (9).

A pesar de las consecuencias que genera su consumo, según recientes encuestas se sabe que uno de cada cuatro ciudadanos españoles mayores de dieciséis años declara fumar a diario, existiendo una diferencia de nueve puntos porcentuales de los hombres con respecto a las mujeres, aunque esta diferencia está marcada sobre todo por el grupo de edad de mayores de cincuenta y cinco años, ya que las diferencias por sexo se han acortado notablemente en menores de veinticinco años (10,11,12).

Aunque afortunadamente, cada vez existe una mayor sensibilidad en la población sobre los efectos perjudiciales del tabaco en la salud del fumador y los que le rodean, viendo todos estos datos, parece oportuno pensar que nos quedan muchas cosas por hacer para mejorar esta realidad. Las estrategias de deshabituación tabáquica son importantes para reducir la morbilidad asociada al tabaquismo (13). Ayudar al paciente fumador a dejar el hábito puede constituir una de las intervenciones más importantes concernientes a la salud del mismo, ya que es una medida que incide directamente sobre su calidad y esperanza de vida. Muchos de los fumadores son conscientes del daño que origina en su salud tal hábito, produciéndoles un malestar que les lleva a la idea de querer abandonar su consumo. Lamentablemente muchos de ellos no reciben el estímulo adecuado para llevarlo a cabo o no saben muy bien cómo hacerlo ni a quién recurrir (14).

Dada su accesibilidad a los fumadores, los profesionales de Atención Primaria (AP) tienen una posición privilegiada para intervenir contra esta adicción. Se cree que cerca del 70% de los fumadores visitan anualmente a un profesional de AP, por lo que estos centros tienen un papel estratégico en el abandono del hábito de fumar (14). Además, las ventajas de los profesionales sanitarios a tratar este tema se basan no solo en el acceso a un alto porcentaje de la población, sino que poseen la credibilidad y la confianza de los pacientes (15).

Ya que en AP se llega a conocer al paciente y su entorno social, es más probable que haya un seguimiento a largo plazo. Por otro lado, los pacientes esperan que, al ser atendidos, el personal sanitario se preocupe de sus hábitos y su estilo de vida, saliendo más satisfechos de la consulta si el profesional ha tenido en cuenta el área del tabaquismo (15).

Según la Encuesta de Salud Navarra, el 65% de los fumadores habituales quisiera dejarlo, y se sabe que más de la mitad de los fumadores que han acudido a un centro de salud en los últimos 5 años no han recibido consejo de abandono de tabaco en ninguna ocasión. Se estima que si cada médico o enfermero de AP realizase el consejo sanitario protocolizado y de forma sistemática en las consultas, se podría lograr que hasta un 5% de los fumadores dejaran de fumar, es decir, 500.000 personas cada año en España (16).

Parece entonces que este nivel de atención ofrece un marco idóneo para realizar el tratamiento del tabaquismo. Dada la gravedad y la magnitud del problema, disponer de intervenciones sencillas, breves y eficaces en un entorno de alta accesibilidad es muy pertinente. La intervención desde las consultas de AP tiene alta efectividad y una de las mejores relaciones coste-beneficio entre todas las actividades preventivas (17).

Antes de comenzar la intervención es importante saber qué entendemos por fumador. La OMS considera fumador a aquella persona que consume, al menos, un cigarrillo al día durante el último mes. Así mismo, previamente debemos identificar la fase en la que se encuentra el fumador, su nivel de dependencia y su grado de motivación para abandonar el consumo de tabaco, ya que la intervención va a variar dependiendo de todas estas variables (3,9)

Para estas dos últimas se utilizan los test de Fagerström y Richmond (18). Dejar de fumar es un cambio de conducta que responde a un proceso descrito por Prochaska y DiClemente en el que cada fumador pasa por varias etapas. Los fumadores se encuentran en una u otra etapa en función del grado de motivación que tienen para dejar de fumar. Para evaluar la fase en que se encuentra el fumador se sigue este modelo de etapas del cambio de Prochaska: (19)

- **Fase precontemplativa:** aquí se engloban aquellos fumadores que no quieren dejar de fumar, y no piensan cambiar su conducta en los próximos 6 meses. No perciben su conducta como un problema; se trata de fumadores consonantes con su hábito (25-30% de los fumadores). (3,4)
- **Fase contemplativa:** en ella se incluyen aquellos fumadores que piensan dejar de fumar en los próximos 6 meses (50-60% de los fumadores). La mayor parte de los fumadores que se encuentran en esta fase ya han intentado dejar de fumar en otras ocasiones. Se caracteriza por ambivalencia o sentimientos contrapuestos res-

pecto al hecho de fumar. Estos fumadores pueden entrar en una fase de contemplación crónica debido a sus continuos e infructuosos intentos. (3, 4, 20)

- **Fase de preparación:** fumadores que quieren abandonar el consumo en el próximo mes, y son capaces de fijar una fecha y pensar en un plan para hacerlo en este plazo de un mes. (10-15%). (3)
- **Fase de acción:** se considera que un fumador se encuentra en esta fase cuando ha conseguido dejar de hacerlo durante un período igual o inferior a 6 meses. (4)
- **Fase de mantenimiento:** en ella se encuentran aquellos que han conseguido dejar de fumar durante un período superior a 6 meses. (3, 4, 20)
- **Fase de recaída:** es la fase que "cierra el círculo". Lo ideal es que no se llegue a esta fase. En ella se incluyen los pacientes que habiendo entrado en la fase de acción o mantenimiento, comienzan nuevamente con el hábito tabáquico (3, 4, 20, 21).

Identificar adecuadamente la fase de abandono en la que se encuentra el fumador mejorará nuestra intervención en el proceso de deshabituación tabáquica (22). En cualquiera de las fases podríamos intervenir en mayor o menor medida desde enfermería en AP, siendo la intervención más avanzada en la [fase de preparación](#) (23). En las primeras fases bastaría con un "Consejo Breve Antitabaco" también llamado "Consejo sistematizado" que consiste en la realización de dicho consejo de una manera clara, directa y personalizada, acompañado de la entrega de documentación escrita a todos los fumadores, sea cual sea el motivo de la consulta (24, 25).

Por su parte, la intervención avanzada está indicada en personas con alta dependencia a la nicotina que estén dispuestas a dejar de fumar en el próximo mes ([fase de preparación](#)). Esta intervención incluye diversas actividades entre las que se encuentran el establecimiento y preparación de la fecha para dejar de fumar, proporción del material de autoayuda (folletos, guías...), enseñanza de técnicas conductuales y la valoración de la necesidad de tratamiento farmacológico adecuado. (26)

Se ha podido comprobar que la complejidad de la intervención aumenta cuando el profesional encuentra individuos con baja motivación para el cambio, siendo muy bajo en estos casos el porcentaje de pacientes que deja de fumar (14,26), por lo que pa-

rece oportuno conocer su nivel de motivación para conseguirlo antes de comenzar seriamente ninguna intervención para la deshabituación.

En definitiva, este proyecto nace por la necesidad de conseguir ubicar al paciente fumador en una u otra fase del Proceso del Cambio de Prochaska y Di Clemente (Anexo I), lo cual nos ayudaría a centrar mejor nuestra intervención para la deshabituación tabáquica, y de evaluar los resultados en los Test de Richmond y Fagerström (18), que nos permitirá conocer cuán motivado está para conseguirlo, y de qué manera le puede costar dejar el hábito.

Por tanto, antes de cualquier intervención parece muy importante conocer los términos de prevalencia de los fumadores del centro de salud sobre el cual se va a actuar (CS Fontenla Maristany de Ferrol), y en qué fase del cambio estarían con respecto a su adicción, ya que como se ha visto, dependiendo de ésta, las intervenciones se enfocarían de una manera u otra.

El objetivo principal del estudio consistió en identificar el porcentaje de pacientes fumadores del Centro de Salud Fontenla Maristany de Ferrol que se encuentran en la *fase de preparación* según el Modelo del Cambio de Prochaska.

Además, como objetivos secundarios, se fijó establecer una relación del porcentaje de fumadores del CS Fontenla Maristany de Ferrol sobre los que sería pertinente realizar una intervención de deshabituación tabáquica en función de su motivación y su estado en la fase del cambio. (ANEXO 1), así como conocer el nivel de dependencia a la nicotina de los pacientes fumadores del CS Fontenla Maristany de Ferrol, según el Test de Fagerström y el grado de motivación para dejar de fumar de los pacientes fumadores del CS Fontenla Maristany de Ferrol, según el Test de Richmond.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio observacional de prevalencia se ha realizado en el Centro de Salud Fontenla Maristany de la Estructura Organizativa de Xestión Integrada de Ferrol. Se llevó a cabo un muestreo por conglomerados, abarcando a los pacientes fumadores del CS Fontenla Maristany de Ferrol.

Población

Pacientes fumadores del CS Fontenla Maristany de Ferrol

Criterios de inclusión

- Fumadores del CS Fontenla Maristany de Ferrol mayores de 18 años y menores de 75 años.
- Que acepten de manera implícita participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Analfabetismo (no saber leer o escribir).
- Pacientes incapacitados legalmente.
- Pacientes fuera del rango de edad descrito.
- No hablar/entender el castellano.

Justificación del tamaño muestral

Se consideró necesario un tamaño muestral de 87 pacientes para estimar una prevalencia de pacientes fumadores en fase de preparación con una seguridad del 95 % y una precisión de ± 7 %, asumiendo un 5 % de posibles pérdidas.

Mediciones

FASE DEL CAMBIO

Para la detección de la fase del cambio utilizamos la tabla que aparece en el anexo I.

TEST DE FAGERSTRÖM

Es un cuestionario que se utiliza para medir la dependencia del paciente a la nicotina. Así, pueden presentar:

- Dependencia baja a la nicotina (<4ptos): si lo sufre, el síndrome de abstinencia será muy leve. Puede no precisar terapia farmacológica.
- Dependencia moderada (4-7ptos): sufrirá síndrome de abstinencia. Es recomendable el uso de terapia farmacológica.
- Dependencia alta (> 8 pto): sufrirá un síndrome de abstinencia fuerte. Es necesario un tratamiento que una apoyo psicológico y terapia farmacológica.

TEST DE RICHMOND

Este cuestionario valora el grado de motivación para dejar de fumar. Es un instrumento de uso fácil,

seguro y eficaz que permite conocer si un fumador está realmente preparado para hacer un serio intento de abandono.

- Motivación baja para dejar de fumar: <3 pts
- Motivación moderada: 4-6 pts
- Alta motivación: 7-10 pts

En general, se considera que para incluir a un fumador en un programa de tratamiento, es necesario un resultado de 9-10 en este test.

También se les preguntó si les gustaría recibir ayuda de su enfermera cuando deseen dejar de fumar.

Además de esto, como variables secundarias para buscar alguna posible relación, se les preguntó por el sexo, la edad, el estado civil y el nivel de estudios, categorizando las variables como se indica a continuación:

- **Sexo:** Masculino / Femenino
- **Edad:** Años
- **Estado civil:** Soltero / Casado / Separado / Divorciado / Viudo
- **Nivel de estudios:** Sin estudios / Estudios primarios / Estudios secundarios / Bachillerato / Estudios Universitarios

La medición de la variable principal, se midió con la pregunta número 2 del Anexo 1.

Descripción del procedimiento

Para la captación de la muestra se aprovechó un acto asistencial del paciente. Se entregó el cuestionario y se le pidió que lo depositase de manera anónima en un buzón colocado afuera de la consulta. A todos y cada uno de los pacientes que acudieron a la consulta donde el equipo de investigación ejerce sus funciones, se les preguntó si fuman o han fumado alguna vez. En caso afirmativo se les facilitaron los anexos del cuestionario y se explicó el estudio, así como dónde lo deben depositar una vez relleno.

A todos ellos se les entregó junto con la encuesta, una hoja informativa donde se recalca que la participación es voluntaria y totalmente anónima.

Se llevó a cabo un período de reclutamiento de 2 meses, durante los meses de marzo y abril de 2018

y tras la finalización del estudio se realizó el análisis estadístico en el posterior mes.

Análisis estadístico

Se realizó un estudio descriptivo de las variables recogidas en el estudio. Las variables cuantitativas se expresaron con medida de tendencia central (como media \pm dt, mediana y rango). Las variables cualitativas se expresaron como frecuencia (n) y porcentaje con la estimación del correspondiente intervalo de confianza del 95 %.

La comparación entre dos medias se realizó mediante la prueba T de Student o test de Mann-Whitney según procedía tras comprobación de normalidad con el test Kolmogorov-Smirnov. La comparación de medias entre más de dos grupos se realizó mediante el test ANOVA o test Kruskal-Wallis según procedía.

La asociación entre variables cualitativas (sexo, nivel de estudios, fase de cambio...) se estimó por medio del test estadístico Chi-cuadrado o test de Fisher según procedía.

Aspectos ético-legales

El desarrollo del proyecto se realizó respetando las Normas de Buena Práctica Clínica, los Principios Éticos Fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki y en el Convenio de Oviedo, así como los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación.

El investigador se compromete a respetar la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre).

Hoja de Información al Participante (HIP) y Consentimiento Informado (CI). Debido a que los cuestionarios utilizados son totalmente anónimos y no se recogen ni datos personales ni clínicos de los participantes, el hecho de cubrir dichos cuestionarios supone en sí la otorgación implícita del consentimiento.

RESULTADOS

Se han cumplimentado 100 cuestionarios, siendo todos ellos válidos para el estudio. Tras el análisis de los datos recogidos se han obtenido numerosos resultados.

Variables Estudiadas		Media ± dt	Mediana (mín-max)
Edad		46,17 ± 13,26	48 (21-75)
		N	%
Edad rango	< 35 años	26	26
	35-50 años	30	30
	> 50 años	44	44
Estado civil	Soltero/a	36	36
	Casado/a	38	38
	Separado/a	4	4
	Divorciado/a	12	12
	Viudo/a	10	10
Sexo	Hombre	46	46
	Mujer	54	54
Nivel de Estudios	Sin estudios	2	2
	Estudios Primarios	17	17
	Estudios Secundarios	27	27
	Bachillerato	24	24
	Estudios Universitarios	30	30
Solicitud de ayuda	Sí	66	66
	No	34	34
Fase del cambio	Preparación	28	28
	Contemplativa	24	24
	Contemplativa	48	48

Tabla 1. Características de la muestra estudiada

El 100% de la muestra estudiada eran fumadores.

		Frecuencia absoluta
¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera fácilmente?	No	8
	Si	92
¿Cuánto interés tiene en dejarlo?		
	Nada	8
	Algo	28
	Bastante	32
	Mucho	32
¿Intentará dejar de fumar en las próximas 2 semanas?		
	Definitivamente no	31
	Quizás	48
	Sí	18
	Definitivamente sí	3
¿Cabe la posibilidad de que sea un "no fumador" en los próximos 6 meses?		
	Definitivamente no	11
	Quizás	58
	Sí	28
	Definitivamente sí	3
RICHMOND TOTAL Motivación para dejar de fumar		
	Baja	24
	Moderada	50
	Alta	26

Tabla 2. Test de Richmond

A continuación, en la tabla 2 se muestran los resultados obtenidos en el test de Richmond.

		Frecuencia absoluta
Fagerström 1 ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	>60 minutos	17
	31-60 minutos	20
	6-30 minutos	33
	<5 minutos	30
Fagerström 2 ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido?	No	77
	Si	23
Fagerström 3 ¿Qué cigarrillo le costaría más dejar de fumar?	Cualquier otro	48
	Primero de la mañana	52
Fagerström 4 ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	<10 cigarrillos	29
	11-20 cigarrillos	41
	21-30 cigarrillos	22
	>30 cigarrillos	8
Fagerström 5 ¿Fuma más durante las primeras horas después de levantarse?	No	52
	Sí	48
Fagerström 6 ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que estar en la cama?	No	67
	Sí	33
FAGERSTRÖM TOTAL Dependencia a la nicotina	Dependencia baja	37
	Dependencia moderada	50
	Dependencia alta	13

Tabla 3. Test de Fagerström

Con respecto a la fase del cambio de Prochaska se aprecia que la edad media de la muestra a la que le gustaría dejar de fumar en el próximo mes era de 54,64 años, mientras que la edad media de los que les gustaría dejar de fumar en los próximos 6 meses o más tarde; o no están pensando en dejarlo es de 42,79 y 42,92 años respectivamente. Esta diferencia en la media de edad entre la muestra que se encuentra en la fase de preparación y las otras dos fases es estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Atendiendo a la motivación para dejar de fumar medida en el Test de Richmond, encontramos que los individuos que presentan una motivación baja para dejar de fumar tienen una edad media de $42,38 \pm 14,04$ años, mientras que los individuos con una alta motivación para el cese del consumo

de tabaco son mayores en edad, con $53,54 \pm 9,97$ años. Se aprecia que esta diferencia en la media de edad entre la muestra que posee una alta motivación para dejar de fumar y los que no, es estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Existe una diferencia, aunque esta no es estadísticamente significativa, en relación al sexo. El 17,4% de los hombres tiene una alta dependencia, por el 9,3% de las mujeres. Además, el 28,3% de los hombres tiene una dependencia baja, por un 44,4% en el caso de las mujeres.

En cuanto a la asociación entre la fase de cambio en que se encuentran y los que les gustaría recibir ayuda de su enfermera para dejar de fumar se objetivó que sí existían diferencias estadísticamente

significativas ($p < 0,01$). El porcentaje de fumadores en fase de preparación a los que les gustaría recibir ayuda de su enfermera para dejar de fumar fue de un 37,9% mientras que a un 8,8% de los que se encontraban en dicha fase no les gustaría recibir ayuda de su enfermera. En el caso de los fumadores que no estaban pensando en modificar su conducta en los próximos 6 meses, al 33,3% les gustaría recibir ayuda de su enfermera para dejar de fumar, mientras que el 76,5% manifestó que no les gustaría.

Esto mismo ocurre con la asociación entre el Test de Richmond y la solicitud de ayuda para dejar de fumar, existiendo una relación significativa ($p < 0,01$). El 34,8% de los que les gustaría recibir ayuda presentan una alta motivación para el abandono del tabaco, por un 12,1% que presenta una baja motivación. De los que no solicitaron ayuda de su enfermera el 47,1% presenta una baja motivación en el Test de Richmond, por un 8,8% que presenta una motivación elevada. Al 87,8% de los fumadores con una motivación moderada o alta para el cese, les gustaría recibir ayuda de su enfermera para hacerlo.

El porcentaje de fumadores que presentaron una dependencia alta y se encontraban en la fase de preparación al cambio fue del 7,1%. En cambio, el porcentaje de fumadores con dependencia baja que se encontraban en esta fase de preparación ascendió al 39,3%. Además, este porcentaje aumentó al 18,8% en el caso de los fumadores con una dependencia alta que se encontraban en la fase precontemplativa y por tanto no están pensando en dejar de fumar en los próximos seis meses. Se aprecia que a mayor dependencia a la nicotina, menor motivación para dejar de fumar a corto plazo.

Existe una asociación estadísticamente significativa entre la fase de cambio en que se encuentran y la motivación para dejar de fumar ($p < 0,01$). El 100% de la muestra en fase de preparación tiene una motivación alta (57,1%) o moderada (42,9%) para el cese del tabaco, mientras que el 50% de los que están en fase precontemplativa tienen una motivación baja.

DISCUSION

La literatura disponible muestra que el porcentaje de fumadores que se encuentran en fase precontemplativa va del 25 al 35%, mientras que en este estudio realizado se puede ver que el porcentaje de fumadores que no están pensando en dejar de fumar en los próximos seis meses asciende al 48%, es decir, es más alto.

En el caso de los fumadores que se encuentran en fase contemplativa, la bibliografía marca esta cifra en el 50-60%, mientras que en este estudio, esta cifra de fumadores a los que les gustaría cesar su hábito en los próximos 6 meses desciende al 24%.

Por otro lado, en cuanto a los fumadores que se encuentran en fase de preparación, que suponían el objetivo principal del estudio, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria en su publicación "Guía para el tratamiento del tabaquismo" (3) exponen que representan entre un 10% y un 15% de los fumadores, mientras que, en este estudio, el porcentaje de muestra a la cual le gustaría dejar el tabaco en el próximo mes asciende al 28%. Este aumento puede deberse a un posible sesgo de selección (tamaño muestral escaso) por lo que es uno de los aspectos a tener en cuenta en futuras líneas de investigación.

Por grupos de edad, los datos obtenidos en el estudio realizado son similares con respecto a la bibliografía estudiada, ya que la tendencia parece demostrar que los fumadores más interesados en dejar de fumar en el próximo mes, y por tanto se sitúan en la fase de preparación al cambio, se encuentran en el grupo de edad de mayores de 50 años.

Por sexo, los datos obtenidos en este estudio son similares a la bibliografía, no existiendo tampoco diferencias significativas en cuanto al sexo en la intención de dejar de fumar.

Un dato a tener en cuenta es que al 66% de fumadores les gustaría recibir ayuda de su enfermera para cesar su hábito. Este dato nos debería de hacer reflexionar a cerca de la importancia del papel de enfermería en la deshabituación tabáquica de los pacientes en Atención Primaria.

Además, de los resultados obtenidos en el cuestionario, llaman la atención una serie de datos:

- El 30% fuma en los primeros 5 minutos tras levantarse, mientras que la cifra asciende al 63% de las personas que fuma en los primeros 30 minutos tras levantarse.
- El 8% de la muestra manifiesta que no le gustaría dejar de fumar aunque pudiera hacerlo fácilmente.
- El 30% fuma un paquete de cigarrillos o más a lo largo del día.
- El 33% fuma aunque esté tan enfermo que tenga que estar en la cama.
- El 77% ya no encuentra difícil no fumar en los lugares donde está prohibido hacerlo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Heather MacDougall. *Reiventing public health: A New Perspective on the Health of Canadians and its international impact*. J EpidemiolCommunityHealth 2007; 61:955-959.
2. XUNTA DE GALICIA: CONSELLERÍA DE SANIDADE. Sistema de información sobre conductas de risco en Galicia. 2017. Disponible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica/SICRI-2017-Resultados> Consultado el 22 de Marzo de 2018.
3. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Guía para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo. Barcelona 2011. Disponible en: <https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/1032403/guiaBAJA.pdf/7f945968-4790-43ac-99ba-bd8855bcd5a3> Consultado el 22 de Marzo de 2018.
4. Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN). Papel de enfermería en el abordaje del tabaquismo en Atención Primaria. Madrid 2016.
5. XUNTA DE GALICIA: CONSELLERÍA DE SANIDADE. Prevención y control del consumo de tabaco. 2017. Disponible en: <http://www.sergas.es/Saude-publica/Tabaco?idioma=es> Consultado el 5 de Abril de 2018.
6. Kaplan A, Thomas M. *Screening for COPD: the gap between logic and evidence*. EurRespirRev 2017; 26: 160113
7. Carlos A J Ruiz, J Antonio Riesco Miranda, NeusAltetGomez et al. *Tratamiento del tabaquismo en fumadores en Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica*. ArchBronconeumol. 2013; 49(8): 354-363
8. Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS). *Guía Clínica para la deshabituación tabáquica*. Madrid 2015. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Guia-Deshabituacion-Tabaquica.pdf> Consultado el 26 de Marzo de 2018.
9. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud -Décima revisión- CIE-10 (F17) Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de tabaco*. 2015
10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Encuesta Europea de Salud en España. 2014. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/pdf/EESE14_inf.pdf Consultado el 22 de marzo de 2018
11. XUNTA DE GALICIA: CONSELLERÍA DE SANIDADE. SICRI-2015. Disponible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica/SICRI-2015> Consultado el 5 de Abril de 2018.
12. XUNTA DE GALICIA: CONSELLERÍA DE SANIDADE. Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública. *Estimación de las prevalencias de consumo de tabaco en las comarcas de Galicia: 2010-2011*.
13. Jesus González Enríquez. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Instituto de Salud Carlos III. *Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento del tabaquismo en España*. GacSanit 2002; 16(4): 308-17
14. Codern-Bové et al. Motivational interviewing interactions and the primary health care challenges presented by smokers with low motivation to stop smoking: a conversation analysis. Barcelona 2014. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/1225> Consultado el 3 de Abril de 2018.
15. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. *Documento técnico de consenso de la atención sanitaria en el tabaquismo: observatorio para la prevención del tabaquismo*. Madrid, España 2008 Disponible en: http://www.cnpt.es/doc_pdf/Doc_Trat_CNPT_08.pdf Consultado el 23 de Marzo de 2018.
16. Margolles M, y Donate, I. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias. *III Encuesta de Salud para Asturias 2012*. Asturias: Oct 2013.
17. B. Sanz-Pozo et al. *Efectividad de un programa de consejo antitabaco intensivo realizado por profesionales de enfermería*. Aten Primaria. 2006; 37(5):266-72

18. Proyecto opticar. Test de Richmond y Test de Fagerström. Disponible: http://www.atencionprimaria.imib.es/docmanager/Cuestionarios_paciente_FUMADOR.pdf Consultado el 22 de Marzo de 2018.
19. Servizo Galego de Saúde. Área Sanitaria de Ferrol. *Guía da Abordaxe do Tabaquismo*. Ferrol 2017
20. Mataix Sancho, J et al. *Abordaje del Tabaquismo en Atención Primaria*. Revista Valenciana de Medicina de Familia Nº17. Valencia. 2004. Disponible en: <http://www.revistafml.es/upload/ficheros/noticias/201104/06.pdf> Consultado el 4 de Abril de 2018.
21. Del Pozo J, Esteban A, Nuez C, Gonzalez A. *Tratamiento del tabaquismo en la Comunidad Autónoma de la Rioja*. Trastornos adictivos 2007; 9 (1): 6-13
22. Eva Belen de Higes Martínez et al. *ManalSepar de Procedimientos: manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica diaria*. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. 2015. Dep legal: B17383-2015
23. Maria D Rubio Fernández. *Intervención en Tabaquismo desde Atención Primaria de Salud*. Asturias 2010. Disponible en: [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Tabaco%20Intervencion%20Atencion%20Primaria%20\(1\).pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Tabaco%20Intervencion%20Atencion%20Primaria%20(1).pdf) Consultado el 4 de Abril de 2018.
24. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. *Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta*. Madrid 2015. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf Consultado el 9 de Abril de 2018.
25. Paul Aveyard et al. *Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer os assistance*. Birmingham 2011. *Addiction*, 107,1066-1073.
26. Eduardo Olano-Espinosa y Cesar Minué-Lorenzo. *"No hacer", también en tabaco*. España 2016. *Aten Primaria*.2016; 48(7): 493-499

ANEXO 1

Encuesta anónima y auto administrada para la recolección de datos

“Con este documento le invitamos a participar en un estudio de investigación que se está realizando en el Centro de Salud Fontenla Maristany de Ferrol, y que fue aprobado por el Comité Territorial de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol.

La participación en este estudio es completamente voluntaria, y el cuestionario es anónimo.

Este cuestionario pretende identificar el porcentaje de pacientes fumadores del Centro de Salud Fontenla Maristany de Ferrol que se encuentran en la *fase de preparación* según el Modelo del Cambio de Prochaska.

Si decide participar en este estudio, ruego que lea con atención todas las preguntas que se le hacen y las conteste con total sinceridad. Una vez cumplimentado, deposite el cuestionario en la caja que se halla en puerta número 4, en la planta 3 del Centro de Salud Fontenla Maristany.

En caso de cualquier tipo de duda, Ud. puede contactar con su enfermero/a

Muchas gracias por su colaboración.”

Responda a la siguiente pregunta:

- ¿Le gustaría recibir ayuda de su enfermera para dejar de fumar? **SI NO**

ANEXO 2

Seleccione una sola respuesta para cada una de las dos preguntas siguientes:

PREGUNTA	RESPUESTAS	FASES
¿Usted fuma habitualmente?	Sí	Fumador
	No, lo he dejado en los últimos 6 meses.	Acción
	No, lo he dejado hace más de 6 meses.	Mantenimiento
	No, no he fumado nunca	No fumador
PREGUNTA (SÓLO PARA FUMADORES)	RESPUESTAS	FASES
¿Está pensando seriamente en dejar de fumar?	Sí, en los próximos 30 días.	Preparación
	Sí, en los próximos 6 meses.	Contemplación
	Sí, más tarde de los próximos 6 meses	Precontemplación
	o No, no lo estoy pensando	