



Universitat de Girona

EVALUACIÓN EVOLUTIVA DE LA SALUD PERCIBIDA SEGÚN LAS ETAPAS DEL CAMBIO DEL MODELO TRANSTEÓRICO EN EL TABAQUISMO

Armando Jesús GRAU MARTÍN

Dipòsit legal: GI-1313-2011

<http://hdl.handle.net/10803/38712>

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei [TDX](#) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio [TDR](#) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the [TDX](#) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



Universitat de Girona

TESIS DOCTORAL

Evaluación evolutiva de la Salud Percibida según
las Etapas del Cambio del Modelo Transteórico
en el Tabaquismo.

Armando Jesús Grau Martín

Any 2011



TESIS DOCTORAL

Evaluación evolutiva de la Salud Percibida según las
Etapas del Cambio del Modelo Transteórico en el
Tabaquismo.

Armando Jesús Grau Martín

Año 2011

PROGRAMA DE DOCTORAT

“SALUT I QUALITAT DE VIDA”

Departament de Psicologia

Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida

Dirigida por:

Dra. Sílvia Font-Mayolas y Dra. Maria Eugènia Gras

Memoria presentada para optar al título de doctor por la Universitat de Girona



La Dra. **Sílvia Font-Mayolas**, profesora del Departament de Psicologia de la Universitat de Girona y investigadora del Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida de la Universitat de Girona.


Y

La Dra. **M^a Eugènia Gras**, profesora del Departament de Psicologia de la Universitat de Girona y investigadora del Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida de la Universitat de Girona.

CERTIFICAN:

Que el trabajo titulado “Evaluación Evolutiva de la Salud Percibida según las Etapas del Cambio del Modelo Transteórico en el Tabaquismo.”, que presenta **Armando Jesús Grau Martín** para la obtención del título de doctor, ha estado realizado bajo nuestra dirección.

Signat,



Girona 2 de febrero de 2011

DEDICATORIA

A todos los fumadores que han querido y han podido dejarlo a tiempo... y también a los que no quisieron o no pudieron.

A ti, tú ya sabes porqué.

AGRADECIMIENTOS

A Silvia Font-Mayolas y a M^a Eugènia Gras, por ser muy trabajadoras, meticulosas y capaces de imprimir un grado más de exigencia en cada revisión, pero sobre todo porque proporcionan el estímulo positivo durante el proceso de investigación.

A Albert Llensa y a Jordi Coderch por su apoyo en el inicio del proyecto.

A todos los que se ofrecieron a colaborar, aunque a muchos no les ha sido posible hacerlo, gracias por intentarlo:

Pepi Heras, Caty Gelabert, José Antonio Alvarez, Juan Carlos Sevilla, Pere Comas, Anna Juanola, Esperança Llover, Cesca Lleixà, Gemma Fossas, Daniel Carmona, Rosa Cantó, Judit Noguera, Ramón Tarrés, Jero Dorado, Ferran Vaquero, Pere Sors, Lluïsa Alcoberro, Tei Marsillach, Judit Masdevall, Roser Piarnau, José Vallejo, Lluís Martínez, Joan Pagés, Salvi Sendra, Miguel Cajal, Cristina Montañes, Eva Carpintero, Francesc Tobias, Rosa Pascual, Pilar Rovira y Marian Gimeno.

A mi esposa, que me empujó para empezar, me levantó cuando caí, me hizo retroceder cuando me equivoqué de atajo y me detuvo para que finalizara el camino.

INDICE

RESUMEN EN CASTELLANO	1
RESUMEN EN CATALAN	3
RESUMEN EN INGLES	5
0. INTRODUCCION	7
1. EPIDEMIOLOGIA DEL TABAQUISMO	15
1.1. PREVALENCIA MUNDIAL DEL TABAQUISMO	15
1.2. PREVALENCIA ESPAÑOLA DEL TABAQUISMO	23
1.3. PREVALENCIA CATALANA DEL TABAQUISMO	27
1.4. INDICADORES ECONOMICOS DE PREVALENCIA DE CONSUMO	31
2. EL CONSUMO DE TABACO Y LA SALUD	36
2.1. INTRODUCCION	36
2.2. CANCER	37
2.2.1. Cáncer de Pulmón	38
2.2.2. Cáncer del tracto aerodigestivo superior	39
2.2.3. Cáncer urogenital	40
2.2.4. Otros cánceres	40
2.3. ENFERMEDADES CORONARIAS Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES	41

2.4. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	43
2.5. EFECTOS SOBRE LA REPRODUCCION	45
2.6. OTROS EFECTOS SOBRE LA SALUD FÍSICA	46
2.7. EFECTOS SOBRE LA SALUD FISICA DE FORMAS ESPECIALES DE CONSUMO DE TABACO	48
2.7.1. Consumo de cigarros	48
2.7.2. Tabaco sin humo	49
2.8. EFECTOS SOBRE LA SALUD DEL HUMO AMBIENTAL DEL TABACO	49
2.9. SALUD MENTAL	50
2.10. ADICCION A LA NICOTINA	51
3. LA CALIDAD DE VIDA	59
3.1. VISION GLOBAL DE LA CALIDAD DE VIDA	59
3.2. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	64
3.3. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y TABAQUISMO	75
4. MODELO TRANSTEORICO DEL CAMBIO DE PROCHASKA, DICLEMENTE Y NORCROSS	100
4.1. INTRODUCCION	100
4.2. ORIGEN E HISTORIA DE LAS ETAPAS DEL CAMBIO	101
4.3. CARACTERISTICAS DE LAS ETAPAS DEL CAMBIO	104
4.3.1. Etapa de Precontemplación	105
4.3.2. Etapa de Contemplación	106

4.3.3. Etapa de Preparación _____	108
4.3.4. Etapa de Acción _____	109
4.3.5. Etapa de Mantenimiento _____	110
4.3.6. Etapa de Finalización _____	110
4.4. EVALUACION DE LOS “PROS” Y DE LOS “CONTRAS” EN LAS ETAPAS DEL CAMBIO _____	111
4.5. LOS PROCESOS DEL CAMBIO EN LAS ETAPAS DEL CAMBIO _____	113
4.6. EPIDEMIOLOGIA DE LAS ETAPAS DEL CAMBIO _____	114
4.7. LAS ETAPAS DEL CAMBIO COMO PREDICTORAS DE FUTURA ABSTINENCIA _____	117
4.8. COMENTARIO FINAL _____	118
5. OBJETIVOS _____	122
6. METODOLOGIA _____	128
6.1. PARTICIPANTES _____	128
6.2. VARIABLES E INSTRUMENTOS _____	131
6.2.1. Datos de filiación _____	131
6.2.2. Variables demográficas _____	132
6.2.3. Etapas del cambio del modelo transteórico _____	132
6.2.4. Hábitos relacionados con la salud _____	133
6.2.5. Historial de salud _____	134
6.2.6. Optimismo y satisfacción con la vida _____	137
6.2.6.1. Optimismo _____	137
6.2.6.2. Satisfacción con la vida _____	139
6.2.7. Variables relacionadas con el tabaquismo _____	140

6.2.7.1. Historia del tabaquismo y carga tabáquica _____	140
6.2.7.2. Variables relacionadas con la dependencia y el abandono del tabaquismo _____	140
6.2.7.3. Creencias sobre los efectos del tabaco sobre la salud _____	142
6.2.8. Calidad de vida relacionada con la salud: Cuestionario de Salud Genérico SF-36 _____	143
6.3. PROCEDIMIENTO _____	150
6.4. ANALISIS ESTADISTICO _____	155
6.4.1. Análisis estadístico del estudio transversal _____	155
6.4.2. Análisis estadístico del estudio longitudinal _____	157
6.4.2.1. Análisis estadístico del estudio de las percepciones de salud según las modificaciones en las etapas del cambio _____	157
6.4.2.2. Análisis estadístico del estudio del optimismo, satisfacción con la vida y dependencia a la nicotina según las modificaciones en las etapas del cambio agrupadas _____	159
6.4.2.3. Análisis estadístico de las variables de percepción de salud entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que consiguen dejar de fumar _____	160
6.4.2.4. Análisis estadístico de las variables de percepción de salud entre los fumadores activos que no progresan en las etapas del cambio con los fumadores activos que progresan sin llegar a dejar de fumar _____	162
6.4.2.5. Análisis estadístico de las variables de percepción de salud entre los exfumadores que no recayeron con los exfumadores que tuvieron una recaída _____	164
6.4.2.6. Análisis estadístico del tamaño del efecto de las percepciones de salud _____	165
7. RESULTADOS _____	169
7.1. Variables demográficas de la muestra global _____	169
7.2. Etapas del cambio del modelo transteórico _____	169
7.3. Etapas del Cambio en función de las variables demográficas _____	172

7.3.1. Sexo _____	172
7.3.2. Edad _____	172
7.3.3. Nivel de Estudios _____	174
7.3.4. Pareja _____	174
7.4. Hábitos relacionados con la salud en función de las Etapas del Cambio _____	175
7.4.1. Consumo de alcohol diario o habitual _____	175
7.4.2. Ejercicio físico diario _____	176
7.5. Historial de salud en función de las Etapas del Cambio _____	178
7.5.1. Enfermedad crónica _____	178
7.5.2. Enfermedad aguda _____	179
7.5.3. Enfermedades en cuya etiopatogenia interviene claramente el tabaquismo _____	180
7.5.4. Índice de Comorbilidad de Charlson _____	181
7.6. Optimismo y satisfacción con la vida en función de las Etapas del Cambio _____	182
7.7. Variables relacionadas con el tabaquismo según la etapa de cambio _____	186
7.7.1. Historia del tabaquismo y carga tabáquica _____	186
7.7.1.1. Edad de inicio del tabaquismo _____	186
7.7.1.2. Edad de abandono del tabaquismo _____	186
7.7.1.3. Cigarrillos/día y Paquetes-año en fumadores activos _____	187
7.7.2. Variables relacionadas con la dependencia y el abandono del tabaquismo _____	188
7.7.2.1. Intentos de abandono _____	188
7.7.2.2. Tratamientos realizados para abandonar el tabaco _____	189
7.7.2.3. Valoración de la dependencia a la nicotina _____	191
7.7.3. Creencias sobre los efectos del tabaco sobre la salud _____	193
7.7.3.1. Creencia en la nocividad del consumo de tabaco para la salud en general _____	193
7.7.3.2. Creencia en la nocividad del consumo de tabaco para la propia salud _____	193
7.7.3.3. Grado de nocividad del consumo de tabaco en la salud actual _____	194

7.7.3.4. Influencia del consumo de tabaco en el deterioro de la salud física y mental _____	198
7.8. Calidad de vida relacionada con la salud: Cuestionario de Salud Genérico SF-36 _____	204
7.8.1. Función Física (FF) _____	204
7.8.2. Rol Físico (RF) _____	208
7.8.3. Dolor Corporal (DC) _____	212
7.8.4. Salud General (SG) _____	214
7.8.5. Vitalidad (VT) _____	217
7.8.6. Función Social (FS) _____	220
7.8.7. Rol Emocional (RE) _____	223
7.8.8. Salud Mental (SM) _____	226
7.8.9. Evolución Declarada de la Salud (EDS) _____	229
7.8.10. Componente Físico del SF-36 (PCS) _____	233
7.8.11. Componente Mental del SF-36 (MCS) _____	235
7.8.12. Visión global de la comparación de las dimensiones del SF-36 con la población de referencia _____	239
7.8.13. Análisis de la influencia de la actividad física sobre la intención de cambio del fumador ____	242
7.9. Dependencia a la nicotina y calidad de vida en la etapa de Precontemplación o Fumadores Sin Intención de Cambio _____	243
7.10. Dependencia a la nicotina y calidad de vida en las etapas de Contemplación y Preparación o Fumadores Con Intención de Cambio _____	245
7.11. Carga tabáquica y calidad de vida _____	246
7.12. Estudio de las percepciones de salud según las modificaciones en las etapas del cambio _____	249
7.12.1. Persistencia en la etapa de Precontemplación _____	252
7.12.2. Avances desde la etapa de Precontemplación _____	253
7.12.3. Persistencia en la etapa de Contemplación _____	254

7.12.4. Avances desde la etapa de Contemplación _____	256
7.12.5. Retrocesos desde la etapa de Contemplación _____	258
7.12.6. Persistencia en la etapa de Preparación _____	259
7.12.7. Avances desde la etapa de Preparación _____	259
7.12.8. Retrocesos desde la etapa de Preparación _____	261
7.12.9. Persistencia en la etapa de Acción _____	262
7.12.10. Avances desde la etapa de Acción _____	262
7.12.11. Retrocesos desde la etapa de Acción _____	264
7.12.12. Persistencia en la etapa de Mantenimiento _____	265
7.12.13. Avances desde la etapa de Mantenimiento _____	267
7.12.14. Retrocesos desde la etapa de Mantenimiento _____	267
7.12.15. Persistencia en la etapa de Finalización _____	268
7.13. Estudio del optimismo, satisfacción con la vida y dependencia a la nicotina según las modificaciones en las etapas del cambio agrupadas _____	271
7.14. Estudio comparativo de las percepciones de salud entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que consiguen dejar de fumar _____	272
7.14.1. Evaluaciones de salud percibida _____	273
7.14.2. Comparación de la evaluación de las dimensiones del SF-36 con los valores normativos ____	280
7.14.3. Estudio de variables sociodemográficas y de la historia tabáquica _____	288
7.15. Estudio comparativo de las percepciones de salud entre los fumadores activos que no progresan en las etapas del cambio y los fumadores activos que progresan pero no dejan de fumar _____	288
7.15.1. Evaluaciones de salud percibida _____	290
7.15.2. Comparación de la evaluación de las dimensiones del SF-36 con los valores normativos ____	294
7.15.3. Estudio de variables sociodemográficas y de la historia tabáquica _____	302
7.16. Estudio comparativo de las percepciones de salud entre los exfumadores que no recayeron y los exfumadores que tuvieron una recaída _____	302

7.16.1. Evaluaciones de salud percibida _____	303
7.16.2. Comparación de la evaluación de las dimensiones del SF-36 con los valores normativos ____	309
7.16.3. Estudio de variables sociodemográficas y de la historia tabáquica _____	316
7.17. Estudio del tamaño del efecto de las percepciones de salud _____	317
7.17.1. Tamaño del efecto de las percepciones de salud en los fumadores activos que persisten fumadores y en los que consiguen dejar de fumar _____	318
7.17.2. Tamaño del efecto de las percepciones de salud en los fumadores activos que no progresan en las etapas del cambio y en los fumadores activos que progresan pero no dejan de fumar _____	323
7.17.3. Tamaño del efecto de las percepciones de salud en los exfumadores que no recayeron y en los exfumadores que tuvieron una recaída _____	327
8. DISCUSIÓN _____	331
8.1. Objetivo 1: Conocer la distribución de los participantes según las etapas del cambio del modelo transteórico _____	331
8.2. Objetivo 2: Comparar las distribuciones de la muestra en las etapas del cambio según el sexo, la edad, el nivel de estudios y la vida en pareja _____	334
8.3. OBJETIVO 3: Estudiar hábitos relacionados con la salud como el consumo de alcohol o el ejercicio físico según las etapas del cambio _____	337
8.4. OBJETIVO 4: Evaluar el historial de salud de los participantes según las etapas del cambio _____	338
8.5. OBJETIVO 5: Analizar el optimismo y la satisfacción con la vida de acuerdo con las etapas del cambio _____	339
8.6. OBJETIVO 6: Estudiar variables relacionadas con el tabaquismo en función de las etapas del cambio _____	342

- 8.7. OBJETIVO 7:** Conocer las creencias respecto a la nocividad del tabaco sobre la salud, el grado de nocividad del consumo de tabaco en su salud actual, y la influencia del consumo de tabaco en el deterioro de su salud física y mental, según las etapas del cambio, la presencia de patología relacionada con el tabaco y el sexo _____ 349
- 8.8. OBJETIVO 8:** Evaluar las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el cuestionario SF-36, según la etapa del cambio _____ 355
- 8.9. OBJETIVO 9:** Comparar las dimensiones del SF-36 de la muestra estudiada con los valores normativos poblacionales según la etapa del cambio _____ 369
- 8.10. OBJETIVO 10:** Estudiar la asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la dependencia a la nicotina en los fumadores _____ 374
- 8.11. OBJETIVO 11:** Estudiar la relación entre la carga tabáquica y la calidad de vida _____ 376
- 8.12. OBJETIVO 12:** Conocer las variaciones en las medidas de percepción de salud que acompañan a las modificaciones en las etapas del cambio durante el seguimiento _____ 378
- 8.13. OBJETIVO 13:** Conocer las variaciones en las medidas de optimismo, satisfacción con la vida y dependencia a la nicotina que acompañan a las modificaciones en las etapas del cambio durante el seguimiento _____ 386
- 8.14. OBJETIVO 14:** Conocer las diferencias en las medidas de percepción de salud entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que consiguen dejar de fumar, durante el seguimiento evolutivo _____ 387
- 8.15. OBJETIVO 15:** Conocer las diferencias en las medidas de percepción de salud entre los valores normativos y los valores obtenidos por los fumadores activos que persisten fumadores y por aquellos que consiguen dejar de fumar, durante el seguimiento evolutivo _____ 394

- 8.16. OBJETIVO 16: Conocer las diferencias en las variables sociodemográficas y la historia tabáquica entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que consiguen dejar de fumar, durante el seguimiento evolutivo _____ 396
- 8.17. OBJETIVO 17: Conocer las diferencias en las medidas de percepción de salud entre los fumadores activos que no progresan en las etapas del cambio y los fumadores activos que progresan pero no dejan de fumar, durante el seguimiento evolutivo _____ 398
- 8.18. OBJETIVO 18: Conocer las diferencias en las medidas de percepción de salud entre los valores normativos y los valores obtenidos por los fumadores activos que no progresan en las etapas del cambio y por aquellos que progresan pero no dejan de fumar, durante el seguimiento evolutivo __ 400
- 8.19. OBJETIVO 19: Conocer las diferencias en las variables sociodemográficas y la historia tabáquica entre los fumadores activos que no progresan en las etapas del cambio y los fumadores activos que progresan pero no dejan de fumar, durante el seguimiento evolutivo _____ 401
- 8.20. OBJETIVO 20: Conocer las diferencias en las medidas de percepción de salud entre los exfumadores que no recayeron y los exfumadores que tuvieron una recaída, durante el seguimiento evolutivo _____ 402
- 8.21. OBJETIVO 21: Conocer las diferencias de las medidas de percepción de salud entre los valores normativos y los valores obtenidos por los exfumadores que no recayeron y por los exfumadores que tuvieron una recaída, durante el seguimiento evolutivo _____ 404
- 8.22. OBJETIVO 22: Conocer las diferencias en las variables sociodemográficas y de la historia tabáquica entre los exfumadores que no recayeron y los exfumadores que tuvieron una recaída, durante el seguimiento evolutivo _____ 405
- 8.23. OBJETIVO 23: Conocer el tamaño del efecto de las percepciones de salud en los fumadores activos que persisten fumadores y en los que consiguen dejar de fumar, durante el seguimiento evolutivo _____ 406

8.24. OBJETIVO 24: Conocer el tamaño del efecto de las percepciones de salud en los fumadores activos que no progresan en las etapas del cambio y en los fumadores activos que progresan pero no dejan de fumar, durante el seguimiento evolutivo	410
8.25. OBJETIVO 25: Conocer el tamaño del efecto de las percepciones de salud en los exfumadores que no recayeron y en los exfumadores que tuvieron una recaída, durante el seguimiento evolutivo	411
8.26. Limitaciones	412
8.27. Contextualización de los principales resultados	415
9. CONCLUSIONES	423
10.REFERENCIAS	426
ANEXO 1. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	456
ANEXO 2. CUESTIONARIO DE ELABORACIÓN PROPIA	458
ANEXO 3. INDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON	462
ANEXO 4. TEST DE FAGERSTRÖM	463
ANEXO 5. CUESTIONARIO DE SALUD SF-36.	464
ANEXO 6. INSTRUCCIONES PARA EL PERSONAL SANITARIO COLABORADOR	470
ANEXO 7. HISTORIA DE LA LOGÍSTICA DEL TRABAJO	474

INDICE DE FIGURAS

Figura 0.1: Riesgos para la salud del consumo de tabaco. Fuente: O.M.S. (2005b)	9
Figura 0.2: Causas comparativas de muerte anual en los Estados Unidos de América	10
Figura 1.1: Tabaquismo en los hombres. Fuente: O.M.S. (2005b)	20
Figura 1.2: Tabaquismo en las mujeres. Fuente: O.M.S. (2005b)	21
Figura 1.3: Consumo mundial de cigarrillos. Fuente: O.M.S. (2005b)	22
Figura 1.4: Consumo de tabaco en España durante el año 2003 por sexos. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2004a)	23
Figura 1.5: Consumo de tabaco en España durante el año 2003 por edades. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2004a)	24
Figura 1.6: Consumo de tabaco en España durante el año 2003 por edades, en varones. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2004a)	24
Figura 1.7: Consumo de tabaco en España durante el año 2003 por edades, en mujeres. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2004a)	25
Figura 1.8: Consumo de tabaco en España durante el año 2006 por sexos. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2007)	26
Figura 1.9: Prevalencia de tabaquismo por grupo de edad y sexo en Catalunya en el año 2006. Obtenido de la web del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya	28
Figura 1.10: Evolución de la prevalencia del hábito tabáquico por sexo en el grupo etario de 15 a 24 años, en Catalunya 1982-2006. Obtenido de la web del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya	29
Figura 1.11: Evolución de la prevalencia del hábito tabáquico por sexo en el grupo etario de 15 a 64 años, en Catalunya 1982-2006. Obtenido de la web del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya	29

Figura 1.12: Prevalencia de Tabaquismo en Catalunya durante el período 1982-2002. Adaptado de Saltó, Jané, Pardell, Taberner, Tresserras y Salleras. (2003)	31
Figura 7.1: Distribución de la muestra total en porcentajes según la etapa del cambio	170
Figura 7.2: Distribución de la muestra de fumadores activos en porcentajes según la etapa del cambio	171
Figura 7.3: Distribución de la muestra de exfumadores en porcentajes según la etapa del cambio	171
Figura 7.4: Valoraciones del optimismo según las etapas del cambio	184
Figura 7.5: Valoraciones de la satisfacción con la vida según las etapas del cambio	184
Figura 7.6: Valoraciones de la afectación actual de la salud causada por el tabaco según la etapa del cambio	196
Figura 7.7: Valoraciones de la influencia del tabaco sobre la salud física según la etapa del cambio.	200
Figura 7.8: Valoraciones de la influencia del tabaco sobre la salud mental según la etapa del cambio	200
Figura 7.9: Valoraciones de la dimensión Función Física del SF-36 según la etapa del cambio	205
Figura 7.10: Valoraciones de la dimensión Rol Físico del SF-36 según la etapa del cambio	209
Figura 7.11: Valoraciones de la dimensión Dolor Corporal del SF-36 según la etapa del cambio	213
Figura 7.12: Valoraciones de la dimensión Salud General del SF-36 según la etapa del cambio	215
Figura 7.13: Valoraciones de la dimensión Vitalidad del SF-36 según la etapa del cambio	218
Figura 7.14: Valoraciones de la dimensión Función Social del SF-36 según la etapa del cambio	222
Figura 7.15: Valoraciones de la dimensión Rol Emocional del SF-36 según la etapa del cambio	225
Figura 7.16: Valoraciones de la dimensión Salud Mental del SF-36 según la etapa del cambio	229

Figura 7.17: Valoraciones de la Evolución Declarada de la Salud del SF-36 según la etapa del cambio.	231
Figura 7.18: Valoraciones del Componente Sumario Físico del SF-36 según la etapa del cambio	234
Figura 7.19: Valoraciones del Componente Sumario Mental del SF-36 según la etapa del cambio	237
Figura 7.20: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los fumadores sin intención de cambio, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo	240
Figura 7.21: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los fumadores con intención de cambio, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo	241
Figura 7.22: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los exfumadores, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo	241
Figura 7.23: Valoraciones de las dimensiones Dolor Corporal y Salud General del SF-36 en participantes situados en la etapa de Precontemplación en la visita previa y en la visita actual	253
Figura 7.24: Valoraciones de las dimensiones Función Social y Rol Emocional del SF-36 en participantes situados en la etapa de Precontemplación en la visita previa y de Contemplación en la visita actual	254
Figura 7.25: Valoraciones de las dimensiones Dolor Corporal, Función Social, Función Física y Salud Mental del SF-36 en participantes situados en la etapa de Contemplación en la visita previa y en la visita actual	255
Figura 7.26: Valoración en la Evolución Declarada de la Salud del SF-36 en participantes situados en la etapa de Contemplación en la visita previa y en la visita actual	256
Figura 7.27: Valoraciones de la dimensión Función Física del SF-36 en participantes situados en la etapa de Contemplación en la visita previa y de Preparación o Acción en la visita actual	257
Figura 7.28: Valoraciones de la afectación de la salud actual por el uso del tabaco (TASA) y de la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental (TASM) en participantes situados en la etapa de Contemplación en la visita previa y de Acción en la visita actual	257

- Figura 7.29:** Valoraciones de la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud física (TASF) y de la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental (TASM) en participantes situados en la etapa de Contemplación en la visita previa y de Precontemplación en la visita actual 258
- Figura 7.30:** Valoraciones de la afectación de la salud actual por el uso del tabaco (TASA) y de la Evolución Declarada de la Salud en participantes situados en la etapa de Preparación en la visita previa y de Acción en la visita actual 260
- Figura 7.31:** Valoraciones de las dimensiones Salud General, Vitalidad y Función Física del SF-36 en participantes situados en la etapa de Preparación en la visita previa y de Acción en la visita actual 260
- Figura 7.32:** Valoraciones de las dimensiones Salud General, Vitalidad, Función Física y Salud Mental del SF-36 en participantes situados en la etapa de Acción en la visita previa y de Mantenimiento en la visita actual 264
- Figura 7.33:** Valoraciones en la afectación de la salud actual por el uso del tabaco (TASA), en la Evolución Declarada de la Salud y en la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental (TASM), en participantes situados en la etapa de Acción en la visita previa y de Mantenimiento en la visita actual 264
- Figura 7.34:** Valoraciones de la afectación de la salud actual por el uso del tabaco (TASA) y de la Evolución Declarada de la Salud en participantes situados en la etapa de Mantenimiento en la visita previa y en la visita actual 266
- Figura 7.35:** Valoración de la dimensión Salud Mental del SF-36 en participantes situados en la etapa de Mantenimiento en la visita previa y en la visita actual 267
- Figura 7.36:** Comparación de la dimensión Salud Mental del SF-36 en participantes situados en la etapa de Mantenimiento (M) en la visita previa y en la visita actual (Persistencia) respecto a los que retrocedían a etapas previas (Retroceso) 268
- Figura 7.37:** Comparación de la percepción en la dimensión Función Social (FS) entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que dejan de fumar 275

Figura 7.38: Comparación de la percepción en la dimensión Rol Físico (RF) entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que dejan de fumar	275
Figura 7.39: Comparación de la percepción en la Evolución Declarada de la Salud (EDS) entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que dejan de fumar	275
Figura 7.40: Comparación de la percepción en la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental (TASM) entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que dejan de fumar	276
Figura 7.41: Comparación de la percepción en la afectación de la salud actual por el uso del tabaco (TASA) entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que dejan de fumar	276
Figura 7.42: Comparación de la percepción en la dimensión Función Física (FF) entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que dejan de fumar	276
Figura 7.43: Comparación de la percepción en la dimensión Salud General (SG) entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que dejan de fumar	277
Figura 7.44: Comparación de la percepción en la dimensión Vitalidad (VT) entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que dejan de fumar	277
Figura 7.45: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los fumadores que no entraron en la etapa de Acción, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 1	280
Figura 7.46: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los fumadores que no entraron en la etapa de Acción, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 2	282
Figura 7.47: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los fumadores que no entraron en la etapa de Acción, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 3	283
Figura 7.48: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los fumadores que entraron en la etapa de Acción, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 1	284

Figura 7.49: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los fumadores que entraron en la etapa de Acción, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 2	285
Figura 7.50: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los fumadores que entraron en la etapa de Acción, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 3	286
Figura 7.51: Comparación de la percepción en la dimensión Función Social (FS) entre los fumadores activos con progresión y sin progresión en las etapas del cambio	291
Figura 7.52: Comparación de la percepción en la dimensión Función Física (FF) entre los fumadores activos con progresión y sin progresión en las etapas del cambio	291
Figura 7.53: Comparación de la percepción en la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud física (TASF) entre los fumadores activos con progresión y sin progresión en las etapas del cambio	292
Figura 7.54: Comparación de la percepción en la dimensión Salud General (SG) entre los fumadores activos con progresión y sin progresión en las etapas del cambio	292
Figura 7.55: Comparación de la percepción en el Componente Sumario Físico (CSF) entre los fumadores activos con progresión y sin progresión en las etapas del cambio	292
Figura 7.56: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los fumadores que no realizaron una progresión hacia la intención de cambio, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 1	295
Figura 7.57: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los fumadores que no realizaron una progresión hacia la intención de cambio, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 2	296
Figura 7.58: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los fumadores que no realizaron una progresión hacia la intención de cambio, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 3	297

Figura 7.59: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los fumadores que realizaron una progresión hacia la intención de cambio, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 1	299
Figura 7.60: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los fumadores que realizaron una progresión hacia la intención de cambio, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 2	300
Figura 7.61: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los fumadores que realizaron una progresión hacia la intención de cambio, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 3	301
Figura 7.62: Comparación de la percepción en el Componente Sumario Físico (CSF) entre los exfumadores que no tuvieron recaídas y los que experimentaron una recaída	304
Figura 7.63: Comparación de la percepción en la afectación de la salud actual por el uso del tabaco (TASA) entre los exfumadores que no tuvieron recaídas y los que experimentaron una recaída	305
Figura 7.64: Comparación de la percepción en la dimensión Vitalidad (VT) entre los exfumadores que no tuvieron recaídas y los que experimentaron una recaída	306
Figura 7.65: Comparación de la percepción en la dimensión Salud Mental (SM) entre los exfumadores que no tuvieron recaídas y los que experimentaron una recaída	306
Figura 7.66: Comparación de la percepción en el Componente Sumario Mental (CSM) entre los exfumadores que no tuvieron recaídas y los que experimentaron una recaída	307
Figura 7.67: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los exfumadores que no recidivaron, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 1	309
Figura 7.68: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los exfumadores que no recidivaron, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 2	311
Figura 7.69: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los exfumadores que no recidivaron, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 3	312
Figura 7.70: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los exfumadores que recidivaron, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 1	313

- Figura 7.71:** Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los exfumadores que recidivaron, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 2 314
- Figura 7.72:** Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los exfumadores que recidivaron, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 3 315
- Figura 7.73:** Tamaño del efecto de los cambios en la percepción de salud entre la visita 1 y la visita 2 en los fumadores activos que persisten fumadores (no Acción) y en los que dejan de fumar (sí Acción) 319
- Figura 7.74:** Tamaño del efecto de los cambios en la percepción de salud entre la visita 1 y la visita 3 en los fumadores activos que persisten fumadores (no Acción) y en los que dejan de fumar (sí Acción) 320
- Figura 7.75:** Tamaño del efecto de los Componentes Sumario Físico (CSF) y Mental (CSM), entre la visita 1 y las visitas 2 o 3, en los fumadores activos que persisten fumadores (no Acción) y en los que dejan de fumar (sí Acción) 321
- Figura 7.76:** Tamaño del efecto de los cambios en la percepción de salud entre la visita 1 y la visita 2 en los fumadores activos que no progresan en las etapas del cambio y en los fumadores activos que progresan pero no dejan de fumar 324
- Figura 7.77:** Tamaño del efecto de los cambios en la percepción de salud entre la visita 1 y la visita 3 en los fumadores activos que no progresan en las etapas del cambio y en los fumadores activos que progresan pero no dejan de fumar 325
- Figura 7.78:** Tamaño del efecto de los Componentes Sumario Físico (CSF) y Mental (CSM), entre la visita 1 y las visitas 2 o 3, en los fumadores activos que no progresan en las etapas del cambio y en los fumadores activos que progresan pero no dejan de fumar 326
- Figura 7.79:** Tamaño del efecto de los cambios en la percepción de salud entre la visita 1 y la visita 2 entre los exfumadores que no recayeron y entre los exfumadores que tuvieron una recaída 328
- Figura 7.80:** Tamaño del efecto de los cambios en la percepción de salud entre la visita 1 y la visita 3 entre los exfumadores que no recayeron y entre los exfumadores que tuvieron una recaída 329

Figura 7.81: Tamaño del efecto de los Componentes Sumario Físico (CSF) y Mental (CSM), entre la visita 1 y las visitas 2 o 3, en los exfumadores que no recayeron y en los exfumadores que tuvieron una recaída 330

FIGURA ANEXO 6: DIAGRAMA PARA SITUAR A LOS PACIENTES SIGUIENDO EL MODELO TRANSTEORICO DEL CAMBIO 473

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.1: Consumo de tabaco durante el año 2006 en España, en población de 16 años o mayor, según sexo y edad. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2007)	27
Tabla 1.2: Importe en euros de las ventas de labores de tabaco por Comunidades Autónomas durante el año 2004. Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda. Comisionado para el mercado de tabacos (2005)	33
Tabla 1.3: Número de labores de tabaco vendidas durante el año 2004 por Comunidades Autónomas. Adaptado de: Ministerio de Economía y Hacienda. Comisionado para el mercado de tabacos (2005)	34
Tabla 1.4: Cuota de mercado de las diez marcas de cigarrillos más vendidas en España durante el año 2004. Adaptado de: Ministerio de Economía y Hacienda. Comisionado para el mercado de tabacos (2005)	35
Tabla 3.1: Principales características de algunos estudios sobre Calidad de Vida y Tabaquismo	95
Tabla 6.1: Descripción del significado de las puntuaciones bajas y altas de las dimensiones del SF-36	146
Tabla 6.2: Cálculo de las puntuaciones directas de las dimensiones del SF-36, puntuaciones mínimas y máximas y recorrido	148
Tabla 6.3: Resumen del diseño de la investigación	153
Tabla 7.1: Distribución de los participantes según la etapa del cambio y el sexo.	172
Tabla 7.2: Medias y desviaciones típicas de la edad en función de la etapa del cambio simple y agrupada.	173
Tabla 7.3: Distribución de los participantes según la etapa del cambio y el nivel de estudios.	174

Tabla 7.4: Distribución de los participantes según la etapa del cambio y la vida en pareja	175
Tabla 7.5: Distribución de los participantes según la etapa del cambio y el consumo de alcohol	176
Tabla 7.6: Distribución de los participantes según la etapa del cambio y el grado de ejercicio físico habitual	177
Tabla 7.7: Distribución de los participantes según la etapa del cambio y la presencia de una enfermedad crónica	178
Tabla 7.8: Distribución de los participantes según la etapa del cambio y la presencia de una enfermedad aguda	179
Tabla 7.9: Prevalencia de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco según la etapa del cambio	181
Tabla 7.10: Puntuación en el Índice de Comorbilidad de Charlson según la etapa del cambio.	182
Tabla 7.11: Valoración de las escalas de optimismo percibido y de satisfacción con la vida según la etapa del cambio	183
Tabla 7.12: Medias y desviaciones típicas de la edad de inicio y de abandono del tabaquismo en función de la etapa del cambio	187
Tabla 7.13: Medias y desviaciones típicas del consumo en cigarrillos diarios y en paquetes-año en función de la etapa del cambio entre los fumadores activos	187
Tabla 7.14: Medias y desviaciones típicas de los intentos de abandono del consumo de tabaco totales, de una semana o más de duración, y de más de 24 horas de duración en el último año, en función de la etapa del cambio	188
Tabla 7.15: Distribución de los participantes según la recepción de consejo para abandonar el tabaco y la etapa del cambio	190
Tabla 7.16: Distribución de los participantes según la etapa del cambio y los tratamientos realizados para ayudar al abandono del tabaco	191

Tabla 7.17: Medias y desviaciones típicas de las valoraciones “subjetiva” (de 0 a 10) y “objetiva” (según el test de Fagerström de 0 a 10) de dependencia a la nicotina según la etapa del cambio	192
Tabla 7.18: Distribución de los participantes según la opinión sobre la capacidad del tabaco de perjudicar la salud en general y la etapa del cambio	194
Tabla 7.19: Distribución de los participantes según la opinión sobre la capacidad del tabaco de perjudicar la salud propia y la etapa del cambio	194
Tabla 7.20: Media y desviación típica de la afectación actual de la salud causada por el tabaco (de 1 “nada” a 5 “mucho”) según la etapa del cambio simple y agrupada	196
Tabla 7.21: Media y desviación típica de la creencia respecto a la influencia del tabaco sobre la salud física (de 0= “nada” a 5= “mucho”) y mental (de 0= “nada” a 5= “mucho”) según la etapa del cambio simple y agrupada	199
Cuadro 7.1: Resumen del estudio multivariado de las etapas del cambio agrupadas con la valoración de la afectación actual de la salud causada por el tabaco, y con la influencia del tabaco sobre la salud física y mental	203
Tabla 7.22: Media y desviación típica de la dimensión Función Física del SF-36 según la etapa del cambio	205
Tabla 7.23: Media y intervalo de confianza del 95% de la diferencia entre la media del grupo estudiado y la media de la población de referencia, ajustada por edad y sexo, en la dimensión Función Física del SF-36, global y según la etapa del cambio	208
Tabla 7.24: Media y desviación típica de la dimensión Rol Físico del SF-36 según la etapa del cambio	209
Tabla 7.25: Media y intervalo de confianza del 95% de la diferencia entre la media del grupo estudiado y la media de la población de referencia, ajustada por edad y sexo, en la dimensión Rol Físico del SF-36, global y según la etapa del cambio	211
Tabla 7.26: Media y desviación típica de la dimensión Dolor Corporal del SF-36 según la etapa del cambio	213

Tabla 7.27: Media y intervalo de confianza del 95% de la diferencia entre la media del grupo estudiado y la media de la población de referencia, ajustada por edad y sexo, en la dimensión Dolor Corporal del SF-36, global y según la etapa del cambio	214
Tabla 7.28: Media y desviación típica de la dimensión Salud General del SF-36 según la etapa del cambio	215
Tabla 7.29: Media y intervalo de confianza del 95% de la diferencia entre la media del grupo estudiado y la media de la población de referencia, ajustada por edad y sexo, en la dimensión Salud General del SF-36, global y según la etapa del cambio	216
Tabla 7.30: Media y desviación típica de la dimensión Vitalidad del SF-36 según la etapa del cambio	217
Tabla 7.31: Media y intervalo de confianza del 95% de la diferencia entre la media del grupo estudiado y la media de la población de referencia, ajustada por edad y sexo, en la dimensión Vitalidad del SF-36, global y según la etapa del cambio agrupada	220
Tabla 7.32: Media y desviación típica de la dimensión Función Social del SF-36 según la etapa del cambio	221
Tabla 7.33: Media y intervalo de confianza del 95% de la diferencia entre la media del grupo estudiado y la media de la población de referencia, ajustada por edad y sexo, en la dimensión Función Social del SF-36, global y según la etapa del cambio	223
Tabla 7.34: Media y desviación típica de la dimensión Rol Emocional del SF-36 según la etapa del cambio	224
Tabla 7.35: Media y intervalo de confianza del 95% de la diferencia entre la media del grupo estudiado y la media de la población de referencia, ajustada por edad y sexo, en la dimensión Rol Emocional del SF-36, global y según la etapa del cambio	226
Tabla 7.36: Media y desviación típica de la dimensión Salud Mental del SF-36 según la etapa del cambio	228
Tabla 7.37: Media y intervalo de confianza del 95% de la diferencia entre la media del grupo estudiado y la media de la población de referencia, ajustada por edad y sexo, en la dimensión Salud Mental del SF-36, global y según la etapa del cambio	229

Tabla 7.38: Media y desviación típica de la Evolución Declarada de la Salud del SF-36 según la etapa del cambio	230
Tabla 7.39: Media y desviación típica del Componente Sumario Físico del SF-36 según la etapa del cambio	233
Tabla 7.40: Media y desviación típica del Componente Sumario Mental del SF-36 según la etapa del cambio	237
Cuadro 7.2: Resumen del estudio multivariado de las etapas del cambio agrupadas con la valoración de la percepción de salud mediante el cuestionario genérico SF-36	238
Tabla 7.41: Media y desviación típica de tres medidas de dependencia a la nicotina según el nivel de calidad de vida atendiendo al valor del Componente Sumario Físico del SF-36, en fumadores sin intención de cambio	244
Tabla 7.42: Media y desviación típica de tres medidas de dependencia a la nicotina según el nivel de calidad de vida atendiendo al valor del Componente Sumario Mental del SF-36, en fumadores sin intención de cambio	244
Tabla 7.43: Media y desviación típica de tres medidas de dependencia a la nicotina según el nivel de calidad de vida atendiendo al valor del Componente Sumario Físico del SF-36, en fumadores con intención de cambio	245
Tabla 7.44: Media y desviación típica de tres medidas de dependencia a la nicotina según el nivel de calidad de vida atendiendo al valor del Componente Sumario Mental del SF-36, en fumadores con intención de cambio	246
Cuadro 7.3: Total de la muestra y su distribución en las etapas del cambio en las sucesivas visitas	250
Tabla 7.45: Evaluaciones de percepción de salud con modificaciones significativas entre las visitas según la etapa del cambio en la visita previa y en la actual	269
Tabla 7.46: Evaluaciones de percepción de salud con diferencias significativas en la comparación o con diferencias significativas en la evolución, en las sucesivas visitas, entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que dejan de fumar	279

Tabla 7.47: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que no entraron en Acción y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 1	281
Tabla 7.48: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que no entraron en Acción y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 2	282
Tabla 7.49: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que no entraron en Acción y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 3	283
Tabla 7.50: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que entraron en Acción y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 1	285
Tabla 7.51: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que entraron en Acción y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 2	286
Tabla 7.52: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que entraron en Acción y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 3	287
Tabla 7.53: Evaluaciones de percepción de salud con diferencias significativas en la comparación o con diferencias significativas en la evolución, en las sucesivas visitas, entre los fumadores activos con progresión y sin progresión en las etapas del cambio	294

Tabla 7.54: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que no realizaron una progresión hacia la intención de cambio y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 1	295
Tabla 7.55: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que no realizaron una progresión hacia la intención de cambio y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 2	296
Tabla 7.56: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que no realizaron una progresión hacia la intención de cambio y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 3	297
Tabla 7.57: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que realizaron una progresión hacia la intención de cambio y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 1	299
Tabla 7.58: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que realizaron una progresión hacia la intención de cambio y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 2	300
Tabla 7.59: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que realizaron una progresión hacia la intención de cambio y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 3	301
Tabla 7.60: Evaluaciones de percepción de salud con diferencias significativas en la comparación o con diferencias significativas en la evolución, en las sucesivas visitas, entre los exfumadores que no tuvieron recaídas y los que experimentaron una recaída	308

Tabla 7.61: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que no recidivaron y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 1	310
Tabla 7.62: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que no recidivaron y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 2	311
Tabla 7.63: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que no recidivaron y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 3	312
Tabla 7.64: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que recidivaron y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 1	313
Tabla 7.65: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que recidivaron y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 2	315
Tabla 7.66: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que recidivaron y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 3	316
Tabla 7.67: Asociaciones de la entrada en Acción con el tamaño del efecto de las variables de percepción de salud	322
Tabla 7.68: Asociaciones de la progresión con el tamaño del efecto de las variables de percepción de salud	326

Tabla 7.69: Asociaciones de la recaída con el tamaño del efecto de las variables de percepción de salud

330

RESUMEN EN CASTELLANO

Evaluación evolutiva de la Salud Percibida según las Etapas del Cambio del Modelo Transteórico en el Tabaquismo.

RELEVANCIA DEL ESTUDIO: El consumo de tabaco se ha asociado a muchas enfermedades, incluyendo varios tipos de cáncer, enfermedades vasculares y del aparato respiratorio. Los trastornos derivados del consumo de tabaco constituyen la segunda causa de muerte en el mundo y la primera en los países desarrollados. Los fumadores tienen una reducción en las expectativas de vida y suelen vivir los años de supervivencia con peores condiciones subjetivas de salud, ya que expresan una peor calidad de vida relacionada con la salud, que los no fumadores.

OBJETIVOS: Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud y las atribuciones del nivel de salud al consumo de tabaco que manifiestan los fumadores de cigarrillos en las distintas etapas del cambio.

METODOLOGIA: Se han estudiado 253 personas desde enero de 2005 hasta marzo de 2008, evaluando las percepciones de salud cada 6 meses durante dos años mediante el cuestionario de salud SF-36 y un cuestionario de elaboración propia.

RESULTADOS: Los participantes tenían una edad media de 43,6 años (DT= 14,6), un 49% eran mujeres, el 10,3% sufría patología relacionada con el tabaco, con la siguiente distribución por las etapas del cambio: 27,7% Precontemplación (PC), 30% Contemplación (C), 12,6% Preparación (P), 11,9% Acción (A), 9,5% Mantenimiento y 8,3% Finalización. Reconoció haber recibido consejo antitabaco un 42,9% en PC y un 86,7% en A. Los fumadores en C o P presentaron puntuaciones inferiores a ambos (los exfumadores y los fumadores en PC) en Función Física, Función Social y en la Evolución Declarada de la Salud, y sólo a los exfumadores en Salud General, Vitalidad, en el Componente Sumario Mental y en la Satisfacción con la Vida. En comparación a los valores de referencia del SF-36, los fumadores en C o P tenían valores más bajos en todas las dimensiones, los fumadores en PC también tuvieron valores más bajos

excepto en Función Física y Rol Físico, mientras que los exfumadores tuvieron valores más bajos sólo en Dolor Corporal.

Después del cese del consumo de tabaco mejora la Evolución Declarada de la Salud, disminuye la percepción de la afectación actual de la salud causada por el tabaco y aumenta la atribución al tabaco del deterioro de la salud mental. Asimismo, a lo largo del proceso de abandono del consumo de tabaco mejoran las percepciones de salud tanto del componente físico como del componente mental, sobre todo en la dimensión Salud General. Los fumadores que no abandonan el consumo pero progresan en las etapas del cambio experimentan un descenso en Función Física, en Salud General y en el Componente Sumario Físico, en contraposición al aumento observado en los fumadores sin progresión en su planteamiento de abandono. La recaída en el consumo de tabaco se asocia a un empeoramiento en las dimensiones Vitalidad y Salud Mental, y a considerar de nuevo el consumo de tabaco como una causa del deterioro actual de la salud.

CONCLUSIONES: El estado en las etapas del cambio se asocia a diferencias en la salud percibida, con valores más bajos en las etapas más cercanas al cambio (Contemplación, Preparación y Acción). Se observa una peor percepción de salud física al plantearse el abandono del consumo de tabaco a medio plazo, una mejoría global de la salud percibida al dejar de fumar y una peor salud emocional en la recaída.

RESUMEN EN CATALAN

Avaluació evolutiva de la Salut Percebuda segons les Etapes del Canvi del Model Transteòric en el Tabaquisme.

RELLEVANCIA DE L'ESTUDI: El consum de tabac s'ha associat a moltes malalties, que incloen varies classes de càncer, malalties vasculares i de l'aparell respiratori. Els trastorns derivats del consum de tabac constitueixen la segona causa de mort en el món i la primera en els països desenvolupats. Els fumadors tenen una reducció en les expectatives de vida i solen viure els anys de supervivència amb pitjors condicions subjectives de salut, ja que expressen una pitjor qualitat de vida relacionada amb la salut, que els no fumadors.

OBJECTIUS: Avaluat la qualitat de vida relacionada amb la salut i les atribucions del nivell de salut al consum de tabac que manifesten els fumadors de cigarretes en les diferents etapes del canvi.

METODOLOGIA: S'han estudiat 253 persones des de gener de 2005 fins març de 2008, avaluant les percepcions de salut cada 6 mesos durant dos anys mitjançant el qüestionari de salut SF-36 i un qüestionari d'elaboració pròpia.

RESULTATS: Els participants tenien una edat mitjana de 43,6 anys (DT= 14,6), un 49% eren dones, el 10,3% sofria patologia relacionada amb el tabac, amb la següent distribució per les etapes del canvi: 27,7% Precontemplació (PC), 30% Contemplació (C), 12,6% Preparació (P), 11,9% Acció (A), 9,5% Manteniment i 8,3% Finalització. Van reconèixer haver rebut consell antitabac un 42,9% en PC y un 86,7% en A. Els fumadors en C o P van tenir puntuacions inferiors a ambdós (els exfumadors i els fumadors en PC) en Funció Física, Funció Social i en l'Evolució Declarada de la Salut, i únicament als exfumadors en Salut General, Vitalitat, en el Component Sumari Mental i en la Satisfacció amb la Vida. En comparació als valors de referència del SF-36, els fumadors en C o P tenien valors més baixos en totes les dimensions, els fumadors en PC també tenien valors més baixos excepte en Funció Física y Rol Físic, mentre que els exfumadors van tenir valors més baixos tan sols en Dolor Corporal.

Després de l'abandonament del consum de tabac millora l'Evolució Declarada de la Salut, disminueix la percepció de l'afectació actual de la salut causada pel tabac i augmenta l'atribució al tabac del deteriorament de la salut mental. Així mateix, en el transcurs del procés d'abandonament del consum de tabac milloren les percepcions de salut tant del component físic com del component mental, sobre tot en la dimensió Salut General. Els fumadors que no abandonen el consum experimenten durant la progressió en les etapes del canvi un descens en Funció Física, en Salut General i en el Component Sumari Físic, en contraposició al augment observat en els fumadors sense progressió en el seu plantejament d'abandonament. La recaiguda en el consum de tabac s'associa a un empitjorament en les dimensions Vitalitat i Salut Mental, i a considerar novament el consum de tabac una causa del deterior actual de la salut.

CONCLUSIONS: El posicionament en les etapes del canvi s'associa a diferències en la salut percebuda, amb valors més baixos en les etapes més properes al canvi (Contemplació, Preparació i Acció). S'observa una pitjor percepció de salut física durant el plantejament de l'abandonament del consum de tabac a mig termini, una milloria global de la salut percebuda al deixar de fumar i una pitjor salut emocional en la recaiguda.

RESUMEN EN INGLES

Evolution over time of perceived health as defined by the stages of change of the transtheoretical model for smoking addiction

IMPORTANCE OF THE STUDY: The use of tobacco has been associated with many diseases including several types of cancer as well as vascular and respiratory system diseases. Disorders resulting from the use of tobacco constitute the second cause of death in the world and the first in countries of the developed world. The life expectancy of smokers is reduced and they typically live out their final years with worse subjective conditions of health than non-smokers since they report a worse health-related quality of life.

OBJECTIVES: To evaluate the health-related quality of life and its association with tobacco use as manifested by smokers at different stages of change.

METHODOLOGY: Two-hundred and fifty-three subjects were studied from January 2005 until March 2008, evaluating their perception of health every 6 months for two years through the SF-36 health questionnaire together with a self-designed questionnaire.

RESULTS: Participants had a mean age of 43.6 years (SD= 14.6), 49% were women, 10.3% suffered from smoking-related pathologies, with the following stage of change distribution: 27.7% Precontemplation (PC), 30% Contemplation (C), 12.6% Preparation (P), 11.9% Action (A), 9.5% Maintenance and 8.3% Finalization. 42.9% manifested that they had received cessation advice during PC and 86.7% during A. Smokers in C and P had lower scores than both ex-smokers and smokers in PC in Physical Functioning, Social Functioning and in Self-evaluated Health Transition, and scores that were lower than ex-smokers only in General Health, Vitality, the Mental Component Summary and Life Satisfaction. In comparison with SF-36 reference values, smokers in C and P had lower values in all components, smokers in PC also had lower values except in Physical Functioning and Role-Physical, whilst ex-smokers only had lower values in Bodily Pain.

After stopping smoking, the Self-evaluated Health Transition improves, the perception of currently suffering health problems as a result of smoking is reduced, and considering smoking to be the cause of worse mental health increases. During the process of stopping smoking, the perception of health improves both in the physical and mental components, and especially in the component of General Health. Smokers that do not stop smoking but progress in the stages of change experience a fall in Physical Functioning, General Health and in the Physical Component Summary in contrast to the increase observed in smokers whose progression in considering stopping smoking remains unchanged. Relapse in the use of tobacco is associated with a worsening in the Vitality and Mental Health components, and in considering smoking again to be a cause of deterioration in the present state of health.

CONCLUSIONS: The position in the stages of change is associated to differences in perceived health, with lower values in stages which are closer to the change (Contemplation, Preparation and Action). Worse perception of physical health is observed when stopping smoking is contemplated as a medium-term objective, an overall improvement in health is observed on stopping smoking, and worse emotional health is observed in the case of relapse.

0. INTRODUCCION

El consumo de tabaco se ha asociado a más de 25 enfermedades (Figura 0.1). Existe una clara relación entre el uso del tabaco y diversos tipos de cáncer, entre los que destacan el cáncer de pulmón y de laringe. Así, los fumadores tienen 20 veces más probabilidad de desarrollar cáncer de pulmón que los no fumadores, de modo que el tabaquismo causa alrededor de un 90% de las muertes por cáncer de pulmón en hombres y casi el 80% en mujeres (U.S. Department of Health and Human Services, 2004). Puede producir también cáncer en labios, lengua, boca, faringe, esófago, estómago, páncreas, vejiga urinaria, riñón y cérvix uterino, entre otros (Álvarez, 2003; U.S. Department of Health and Human Services, 2004).

Las enfermedades vasculares constituyen otro grupo de patologías muy frecuentes y con clara influencia del tabaquismo en su etiopatogenia, ya que induce fenómenos inflamatorios vasculares y procoagulantes, y causa aterosclerosis. Entre ellas destaca la cardiopatía isquémica, que puede manifestarse como un infarto de miocardio, una miocardiopatía dilatada, o como muerte súbita, entre otras posibilidades (Goldenberg, Jonas, Tenenbaum, Boyko, Matetzky, Shotan, Behar y Reicher-Reiss, 2003). Otras enfermedades vasculares causadas o favorecidas por el tabaquismo son la enfermedad cerebrovascular (infarto y hemorragia cerebral), la formación de aneurismas aórticos (Lederle, Nelson y Joseph, 2003) y la arteriopatía periférica (Álvarez, 2003; U.S. Department of Health and Human Services, 2004).

También el aparato respiratorio se ve fuertemente afectado por el consumo de tabaco, siendo causa de la bronquitis crónica simple, empeorando la evolución

del asma bronquial y, principalmente, provocando la aparición de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tanto en su modalidad de bronquitis crónica obstructiva como de enfisema pulmonar. Es importante destacar, y posiblemente poco conocido, que el consumo de tabaco durante la adolescencia conduce a un menor desarrollo de la función pulmonar (Gold, Wang, Wypij, Speizer, Ware y Dockery, 1996).

Además de los problemas de salud referidos, potencialmente letales o invalidantes, puede provocar diversos trastornos menores como faringitis, halitosis o pigmentación dentaria, por ejemplo.

Los trastornos derivados del consumo de tabaco constituyen la segunda causa de muerte en el mundo y la primera en los países desarrollados (Lopez, Collishaw y Piha, 1994). El tabaquismo es el responsable de una de cada 10 muertes ocurridas en adultos, aunque en algunos países desarrollados, como sucede en EEUU, llega a provocar una de cada cinco muertes y los fumadores mueren unos 14 años antes de lo que les correspondería por las expectativas de vida (U.S. Department of Health and Human Services, 2004).

Se calcula que el tabaco mata 560 personas cada hora, es decir, 13.400 personas cada día, o 4,9 millones de personas cada año. Se prevé que producirá entre 8 y 10 millones de muertes anuales hacia el 2020. De hecho, probablemente morirán a causa del tabaco la mitad de las personas que fuman persistentemente (Organización Mundial de la Salud, 2005a; World Health Organization, 2005a).

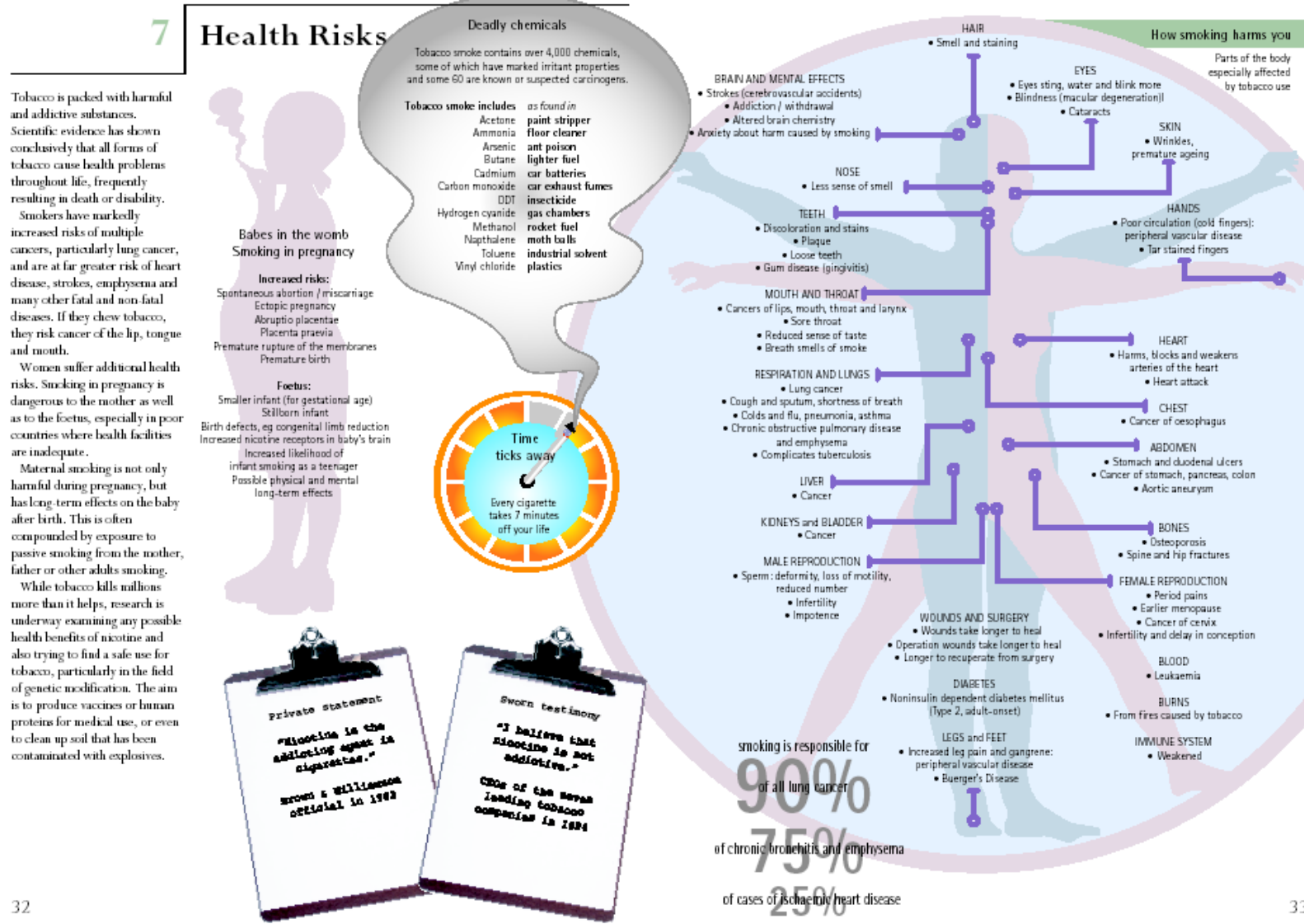


Figura 0.1: Riesgos para la salud del consumo de tabaco. Fuente: O.M.S. (2005b)

El tabaco fue la principal causa de muerte en EEUU en el año 2000 con 435.000 defunciones, constituyendo un 18,1% de la mortalidad total (Mokdad, Marks, Stroup y Gerberding, 2000). Desde 1964 hasta la redacción del Surgeon General's Report del 2004 se estiman en 12 millones las muertes provocadas por el tabaco en EEUU, de ellas 4,1 millones por cáncer, 5,5 millones por enfermedad cardiovascular, 1,1 millones por enfermedades respiratorias y 94.000 muertes infantiles y fetales. El consumo de tabaco es la principal causa de muerte evitable en EEUU, por delante del SIDA, de las muertes traumáticas por accidentes de circulación, homicidio o suicidio, y de las muertes provocadas por otras drogas (Figura 0.2).

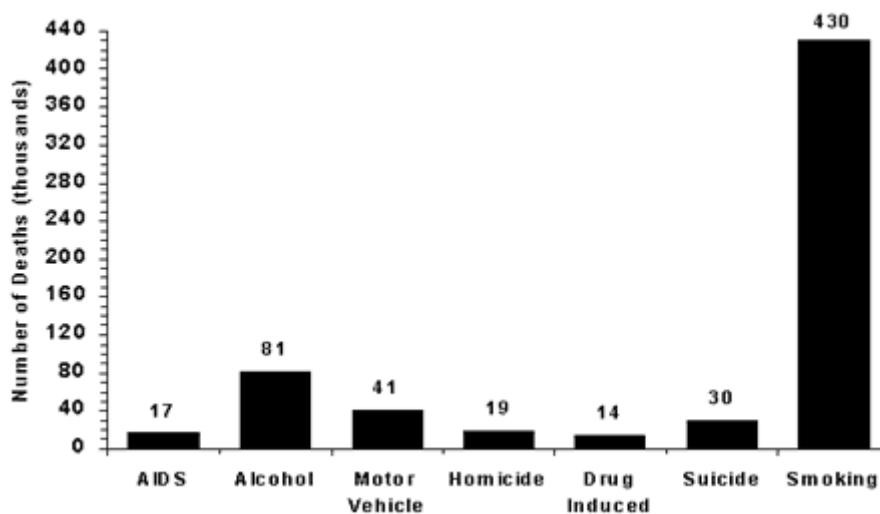


Figura 0.2: Causas comparativas de muerte anual en los Estados Unidos de América

Adaptado de una revisión realizada por el National Center For Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2005).

En España el tabaco causó 55.613 muertes en 1998, correspondiendo al 28,3% de todos los fallecimientos ocurridos en los hombres y al 2,5% de los acontecidos en mujeres (Banegas, Diez, Rodríguez-Artalejo, González, Graciani y Villar, 2001). En el año 2001 hubo un ligero descenso cuantificándose 54.233 muertes atribuibles al consumo de tabaco (Banegas, Diez, González,

Villar y Rodríguez-Artalejo, 2005). En el año 2006 aumentó el número de muertes en España causados por el tabaquismo a 58.573, con un descenso proporcional en los hombres y un incremento en las mujeres, de modo que causó el 23,9% de todos los fallecimientos ocurridos en los hombres y el 7,8% de los acontecidos en mujeres (Hernández-García, Sáenz-González y González-Celador, 2010). Las cuatro causas más frecuentes de muerte atribuida al tabaco fueron el cáncer de pulmón, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular (Banegas y cols., 2005).

La mortalidad por accidentes de tráfico en España en el año 2002 fue de 5.456 casos (Instituto Nacional de Estadística, 2003) y se redujo a 3030 casos en el 2008 (Instituto Nacional de Estadística, 2010), por lo tanto la mortalidad provocada por el consumo de tabaco respresenta entre 10 y 20 veces la mortalidad ocurrida en la carretera.

En Catalunya el tabaco produjo en 1997 un 16,4 % de los fallecimientos (unas 9.000 muertes), y unos costes sanitarios y sociales estimados en más de 460.000.000 € (Saltó, Jané, Pardell, Taberner, Tresserras y Salleras, 2003), que ya se elevaban a 550 millones de euros en el 2005 (Yagüe, 2005).

A nivel nacional se calcula que los costes atribuibles al tabaquismo oscilan entre el 80 y el 100 % de los ingresos estatales por impuestos sobre el tabaco. Estos ingresos alcanzaron en el año 2004 unos 7.400 millones de euros, una cifra cercana al presupuesto de Defensa de España para ese año (Prieto, 2005). Un cálculo del coste sanitario provocado en España por seis patologías relacionadas con el tabaco (EPOC, asma, enfermedades coronarias y cerebrovasculares, cáncer de pulmón y bajo peso al nacer), se elevó a casi 4.000 millones de euros, sin incluir los costes provocados por el resto de

enfermedades, ni las bajas laborales por tabaquismo, ni el efecto sobre el fumador pasivo, etc. (López-Nicolás, 2004). El coste del tabaquismo en EEUU ha sido estimado en 157,7 billones de dólares cada año (U.S. Department of Health and Human Services, 2004), contando los costes directos por asistencia médica, los costes indirectos por pérdida de productividad y los costes provocados por los cuidados intensivos neonatales. Cada fumador en EEUU cuesta, por lo tanto, unos 3.000 dólares anuales.

Siendo el consumo de las labores del tabaco un acto voluntario, y por lo tanto evitable o corregible, que se establece con una gran frecuencia por millones de personas, y con unas consecuencias personales de morbilidad, discapacidad y mortalidad muy importantes cuantitativa y cualitativamente, con repercusiones ambientales nocivas para el resto de la población, y con unos costes sociales y económicos de gran envergadura, toda contribución que ayude a entender mejor el problema y proporcione herramientas para combatirlo será relevante. En este contexto, el **objetivo** de la presente investigación consiste en evaluar la percepción de salud que manifiestan los fumadores de cigarrillos en las distintas etapas del cambio en el proceso hacia el abandono de la adicción, evaluando las atribuciones del nivel de salud al consumo de tabaco y las valoraciones en la calidad de vida relacionada con la salud, en un momento determinado y de una manera dinámica durante las variaciones en las etapas del cambio.

La parte teórica de esta investigación se ha estructurado en 4 capítulos.

El primer capítulo revisa la epidemiología del consumo de tabaco proporcionando cifras del consumo a nivel mundial, nacional y autonómico. Se

aporta también unos breves indicadores económicos que pueden ayudar a medir la magnitud del consumo de tabaco desde otra óptica.

El segundo capítulo informa sobre los principales riesgos para el deterioro de la salud a que se exponen los fumadores. Se comentan los problemas de salud física, mencionando los más leves o banales, y priorizando los más graves, invalidantes o incluso letales. Se comentan también los problemas de salud mental, y la adicción a la nicotina se desarrolla en un apartado propio. Se recuerda que el consumo de otras labores del tabaco, aparte del cigarrillo, también es nocivo. Se incide sobre las consecuencias de la exposición al humo ambiental, con el potencial perjuicio sobre la salud de los no fumadores. Finalmente, se establece una breve actualización sobre el estado del conocimiento en la percepción de salud por parte de los fumadores, principalmente basada en la comparación de la salud percibida de los fumadores con la de aquellos que nunca han fumado o con la de los exfumadores.

El tercer capítulo introduce el concepto de calidad de vida, con un breve recorrido histórico y una explicación sobre el significado del término. Posteriormente profundiza sobre la calidad de vida relacionada con la salud, el modo de medirla y las implicaciones de sus resultados. Finalmente revisa los estudios recopilados que tratan específicamente de la calidad de vida relacionada con la salud asociada al consumo de tabaco.

El cuarto capítulo describe las etapas del cambio del modelo transteórico, con un recorrido histórico a lo largo de su elaboración, una descripción del contenido de cada etapa, la evaluación de los “pros” y los “contras” del hábito de fumar y del abandono del tabaco durante las etapas, y la posible capacidad predictora del estado basal sobre un futuro cese del tabaquismo.

El quinto capítulo contiene los objetivos del estudio.

El sexto capítulo se ocupa de la metodología de la investigación, explicando las características de los participantes en el mismo, las variables que se recogerán para su posterior análisis, los instrumentos que se utilizarán, y se perfilan las técnicas estadísticas que se utilizarán en el análisis de resultados.

El séptimo capítulo expone los resultados obtenidos, siguiendo el orden trazado por los objetivos y el orden establecido al describir las variables en el capítulo precedente.

El octavo capítulo discute los resultados de la fase transversal y de la fase longitudinal.

El noveno capítulo detalla las principales conclusiones que se derivan de los resultados del estudio.

1. EPIDEMIOLOGIA DEL TABAQUISMO

1.1. PREVALENCIA MUNDIAL DEL TABAQUISMO

En el mundo hay más de 1.100 millones de fumadores, lo cual representa casi un tercio de la población mayor de 15 años. Fuman un 47% de los hombres y un 11% de las mujeres (Álvarez, 2003).

En China y Rusia fuman un 63% de los varones, por lo que estos países concentran una gran cantidad de fumadores teniendo en cuenta el volumen de población de cada uno de ellos. Actualmente, uno de cada tres cigarrillos que se consume en el mundo se fuma en China. En Vietnam, Corea y la República Dominicana el número relativo de hombres fumadores es todavía mayor, alrededor del 70% (Álvarez, 2003).

La oficina regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud aporta estadísticas sobre el consumo de tabaco en Europa que pueden ser consultadas on line (World Health Organization Regional Office for Europe, 2007), informando sobre el consumo total en adultos y diferenciado por sexos, en tres periodos de tiempo (1994 - 1998, 1999 – 2001 y 2002 – 2005). La comparación de estos datos debe ser realizada con cautela ya que han sido recogidos a partir de un grupo heterogéneo de estudios, con diferencias metodológicas entre los mismos, de modo que pueden variar los criterios de la definición de fumador o los grupos de edad que llegaron a incluirse en el registro. Sin embargo, de manera orientativa nos permite visualizar la prevalencia de tabaquismo en el seno de los países europeos.

Durante el periodo 2002 – 2005 el mayor consumo de tabaco europeo en varones se observó en Ucrania (62%) y Rusia (61,3%), seguida de Armenia (59,6%), Turquía (49,4%), Bosnia – Herzegovina (49,2%) y Austria (48,1%).

Merece destacarse que Ucrania y Austria muestran una preocupante tendencia ascendente, ya que la prevalencia registrada durante el período 1994 – 1998 era de 48,5% y 29,6% respectivamente. Durante el periodo 2002 – 2005 el mayor consumo de tabaco europeo en mujeres se observó en Austria (46,5%) seguida de Alemania, Andorra y Bosnia – Herzegovina (alrededor del 30%). Aunque anteriormente los países con mayor prevalencia de mujeres fumadoras eran Noruega y Dinamarca (Álvarez, 2003), este dato ha dejado de ser válido en la actualidad, ya que en el caso de Dinamarca se ha observado un descenso del 35% al 23% desde el período 1994 – 1998 hasta el periodo 2002 – 2005, y en Noruega un descenso del 32,3% al 24,8% durante estos períodos de tiempo, de manera similar a lo sucedido en Holanda (de 30,7% a 25%).

La diferencia en el consumo de tabaco entre hombres y mujeres varía según los países y la magnitud de consumo. Puede ser importante con relativo alto consumo, como sucede en Rusia con prevalencias de 61-63% para los hombres y de 15-16% para las mujeres (Bobak, Gilmore, Mckee, Rose y Marmot, 2007), o con bajo consumo, como sucede en Uzbekistán con prevalencias de 24,1% para los hombres y de 0,9% para las mujeres, o bien puede tratarse de una diferencia prácticamente inexistente como en Austria. Un país peculiar en cuanto a la diferencia de consumo de tabaco entre sexos es Suecia, donde las mujeres (19%) fuman más que los hombres (14%) constituyendo una excepción a la regla general (World Health Organization Regional Office for Europe, 2007).

Lopez, Collishaw y Piha (1994) elaboraron un **modelo de la epidemia del tabaquismo** que consta de cuatro estadios. En el estadio I se inicia el consumo entre los hombres, siendo muy poco frecuente entre las mujeres. El consumo de cigarrillos por persona es bajo y todavía no es evidente la repercusión del

tabaquismo sobre la salud. Al cabo de 10 a 20 años se pasa al estadio II, durante el cual la prevalencia de tabaquismo masculino se eleva rápidamente hasta alcanzar cifras entre el 50 y el 80%, y la prevalencia femenina comienza a aumentar. El consumo de cigarrillos por fumador se incrementa. El tabaco ya es responsable del 10 % de las muertes masculinas, aunque todavía causa pocas muertes en las mujeres. Dos o tres décadas después se entra en el estadio III, donde comienza a declinar el consumo entre los hombres, cayendo hacia el 40%. En la fase precoz de este estadio sigue aumentando el consumo entre las mujeres pero sin alcanzar nunca las altas prevalencias registradas por los hombres, de modo que no suelen pasar del 35 al 45%. En la fase tardía del estadio III disminuye también la prevalencia entre las mujeres. El tabaco ya es responsable del 25-30% de las muertes masculinas y del 5% de las femeninas. Unos treinta años después se entra en el estadio IV donde se asiste a un lento y progresivo declinar del tabaquismo en ambos sexos con prevalencias del 30 al 35%. La mortalidad masculina atribuible al tabaco alcanza su máximo (alrededor de un tercio de la mortalidad total) para comenzar a disminuir. La mortalidad femenina atribuible al tabaco sigue aumentando sin llegar a alcanzar los valores masculinos, estableciendo un pico entre el 20 y el 25% de todas las muertes.

Otro aspecto de este modelo de la epidemia del tabaquismo estriba en el **nivel económico o sociocultural**. Las clases más altas son las primeras en consumir y en abandonarlo, mientras que las clases más bajas se incorporan posteriormente (Lopez y cols., 1994). Una estimación indirecta de la mortalidad atribuible al tabaquismo en los hombres de mediana edad (entre 35 y 69 años) recogiendo datos de Inglaterra, Gales, Polonia, USA y Canadá, del año 1996, sugirió que la diferencia absoluta de probabilidad de mortalidad por todas las

causas entre los varones de mediana edad de las clases sociales alta y baja del global de estos países era del 19%, con una relación de tasas de la mortalidad total que oscilaba de 1,7 a 2,5 según los países. La diferencia absoluta de probabilidad de mortalidad atribuible al tabaquismo entre las clases sociales alta y baja del mencionado grupo poblacional era del 12%, con una relación de tasas de la mortalidad atribuible al tabaquismo que oscilaba de 2,3 a 5,6 según los países. Estos datos indican que si el tabaquismo estuviera completamente abolido y no existiera mortalidad por su causa la diferencia de mortalidad entre el estrato social más alto y el más bajo disminuiría entre un 51% y un 65% (Jha, Peto, Zatonski, Boreham, Jarvis y Lopez, 2006). En un comentario de Marmot (2006) se relativizan estos datos aportando estudios previos con un impacto de la influencia del tabaquismo en la diferencia de mortalidad entre clases sociales del 24% y 27%, ya que dicha diferencia de mortalidad es consecuencia de múltiples factores que inciden sobre la vida y el trabajo de la gente.

El modelo de la epidemia del tabaquismo en su vertiente económica o sociocultural también se cumple si lo trasladamos de la persona individual a los países. A medida que los países desarrollados son conscientes de los efectos devastadores del tabaquismo para la salud y para la economía, con políticas preventivas y disuasorias adecuadas que consiguen disminuir el consumo de tabaco, éste se inicia y expande en los países más subdesarrollados.

El estudio de las prevalencias de tabaquismo en países que se encuentran en las fases III y IV del modelo de epidemia tabáquica de Lopez y cols. (1994) ha inducido a resaltar la preocupación por el comportamiento de la población femenina en relación al consumo de tabaco y sus posibles consecuencias (Becoña y Vázquez, 2000; Consell Assessor sobre Tabaquisme a Catalunya,

2001; Fernández, Schiaffino y Peris, 2001; Joossens, Sasco, Salvador y Villalbí, 1999).

La tardía incorporación de la mujer al hábito de fumar, en una situación de mayores conocimientos y sensibilidad sobre los perjuicios del tabaco, justifican dicha preocupación. Las mujeres parecen tener más dificultades para abandonar el consumo de tabaco, en comparación con los hombres, siendo el miedo al aumento de peso uno de los factores primordiales (Becoña y Vázquez, 2000; Joossens y cols., 1999). Sin embargo, Jarvis (1994) difiere de la impresión general y después de realizar un estudio epidemiológico, con ajustes por edad y evitando catalogar como exfumadores a los hombres que al dejar los cigarrillos pasaban a fumar cigarros o pipa, concluyó que las mujeres son tan efectivas como los hombres para dejar de fumar.

La prevalencia mundial del consumo de tabaco, así como la magnitud de los cigarrillos consumidos a nivel mundial puede observarse con mayor detalle en los mapas elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005b) que se presentan sin modificaciones, respetando el idioma y los mensajes del original, en las Figuras 1.1, 1.2 y 1.3.

3 Male Smoking

Smoking has been portrayed by its sellers as a manly, masculine habit, linked to health, happiness, fitness, wealth, power and sexual success. In reality, it leads to sickness, premature death and sexual problems.

Almost one billion men in the world smoke – about 35 percent of men in developed countries and 50 percent of men in developing countries. Trends in both developed and developing countries show that male smoking rates have now peaked and, slowly but surely, are declining. However, this is an extremely slow trend over decades, and in the meantime men are dying in their millions from tobacco. In general, the educated man is giving up the habit first, so that smoking is becoming a habit of poorer, less educated males.

China deserves special mention because of the enormity of the problem. Comprising over 300 million male smokers, this huge market is, according to Philip Morris, "the most important feature on the landscape."

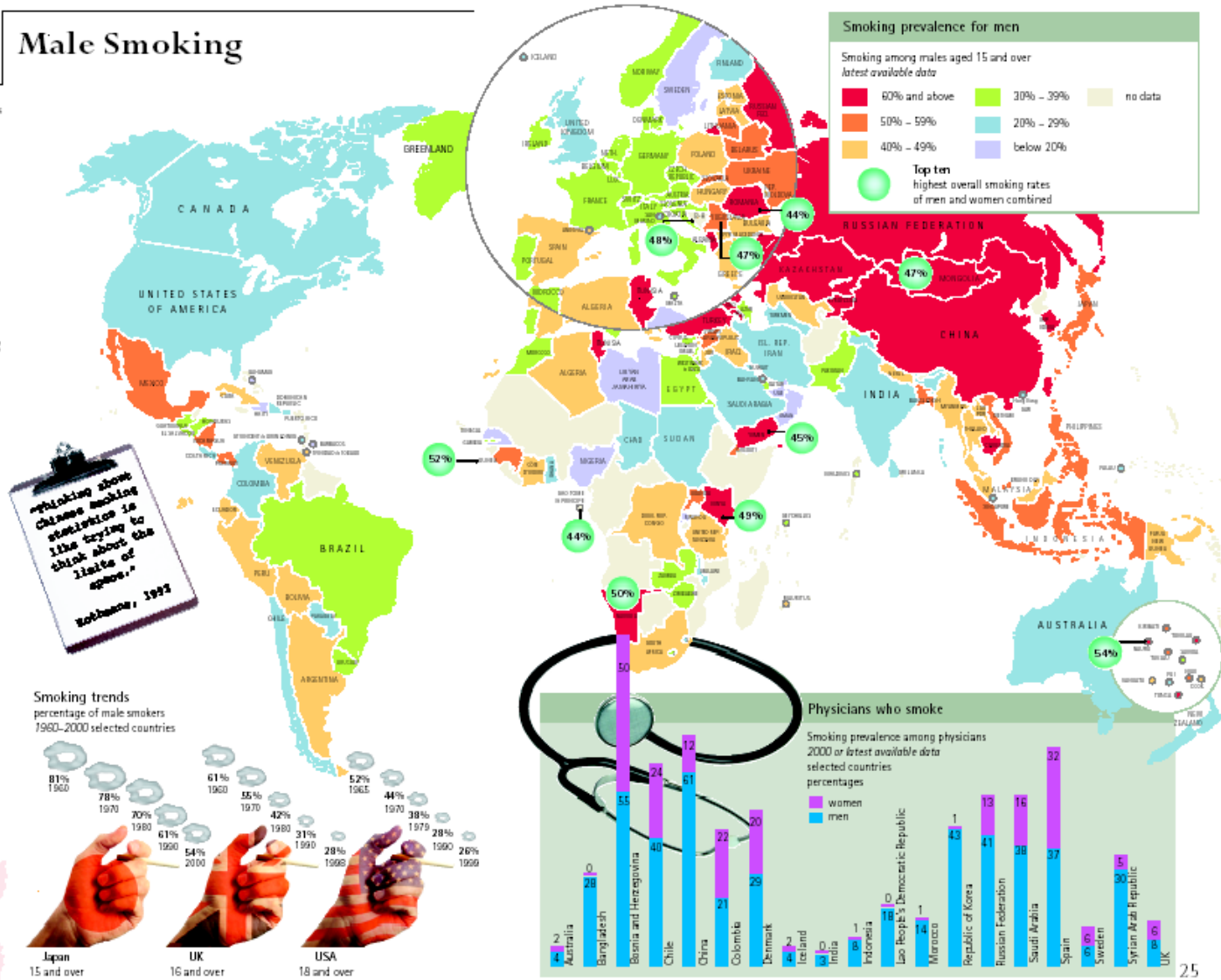


Figura 1.1: Tabaquismo en los hombres. Fuente: O.M.S. (2005b)

4 Female Smoking

"...the current lower level of tobacco use among women in the world... does not reflect health awareness, but rather social traditions and women's low economic resources." Dr. Gro Harlem Brundtland, Director General, WHO, 1998

About 250 million women in the world are daily smokers. About 22 percent of women in developed countries and 9 percent of women in developing countries smoke tobacco. In addition, many women in south Asia chew tobacco.

Cigarette smoking among women is declining in many developed countries, notably Australia, Canada, the UK and the USA. But this trend is not found in all developed countries. In several southern, central and eastern European countries cigarette smoking is either still increasing among women or has not shown any decline.

The tobacco industry promotes cigarettes to women using seductive but false images of vitality, slimmness, modernity, emancipation, sophistication, and sexual allure. In reality, it causes disease and death. Tobacco companies have now produced a range of brands aimed at women. Most notable are the "women-only" brands: these "feminised" cigarettes are long, extra slim, low-tar, light-coloured or menthol.

"Smoking behaviour of women differs from that of men... more highly motivated to smoke... they find it harder to stop smoking... women are more neurotic than men... these may be a cause for launching a female oriented cigarette with relatively high deliveries of nicotine..."

1976 research report, British American Tobacco

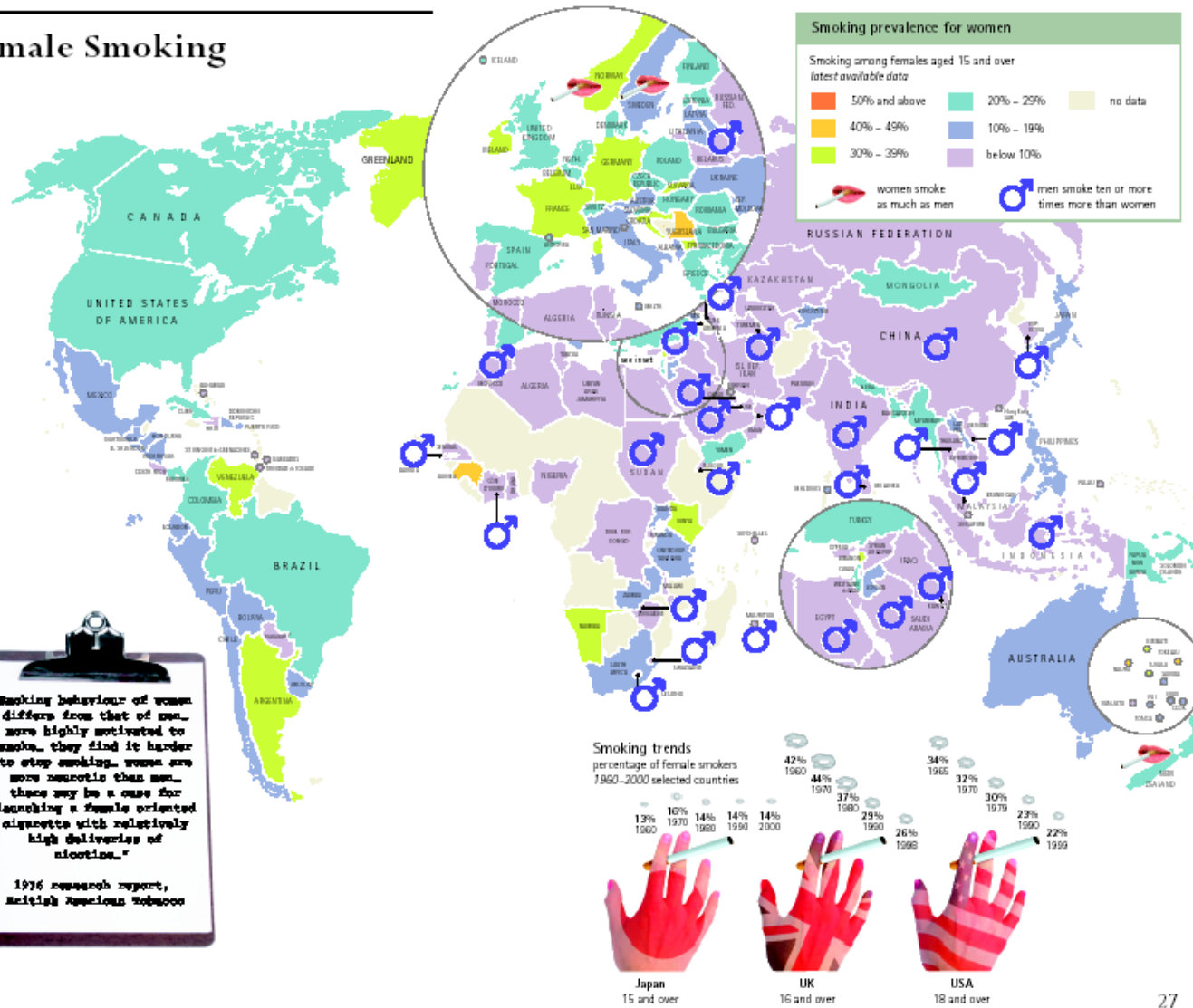


Figura 1.2: Tabaquismo en las mujeres. Fuente: O.M.S. (2005b)

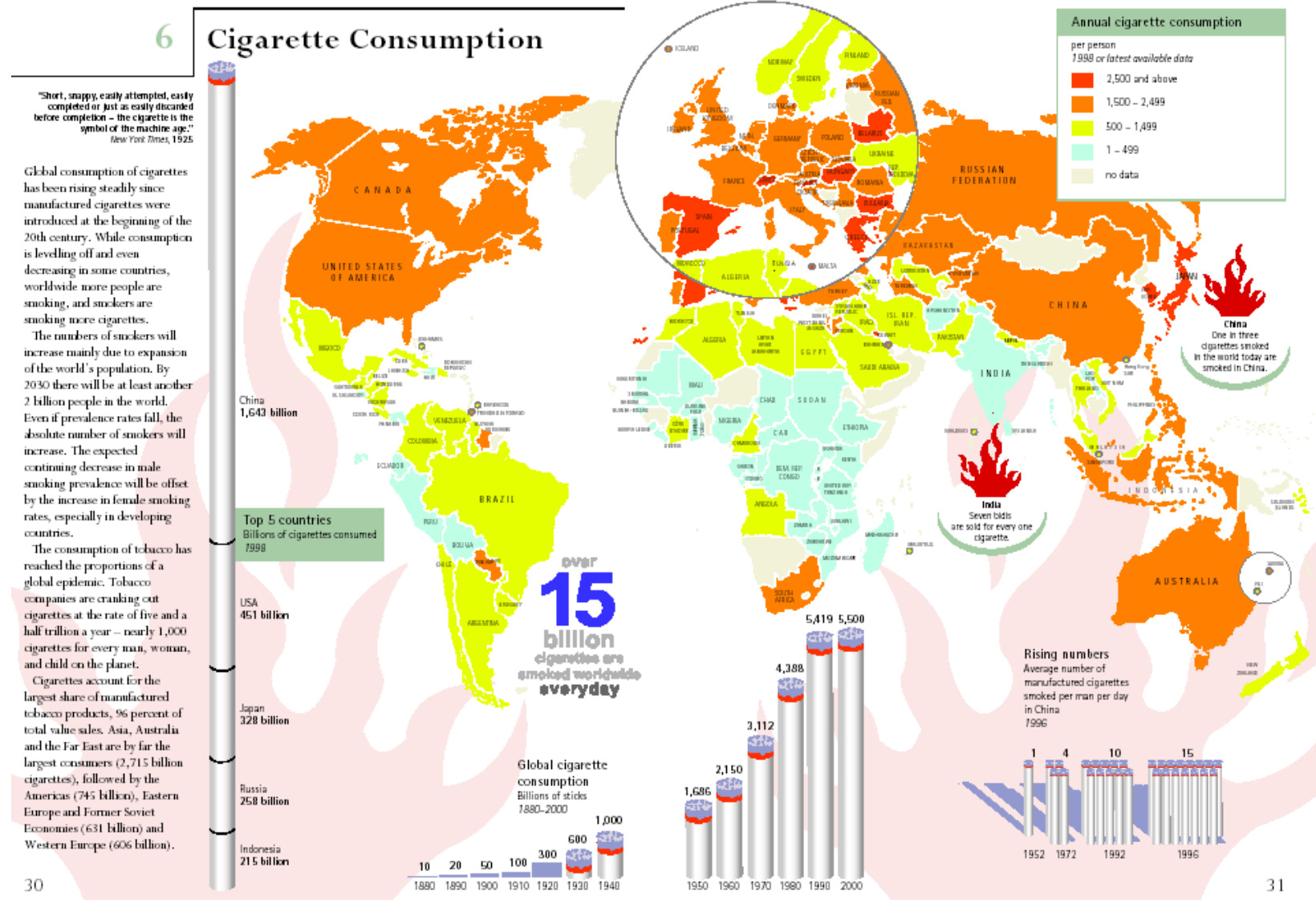


Figura 1.3: Consumo mundial de cigarrillos. Fuente: O.M.S. (2005b)

1.2. PREVALENCIA ESPAÑOLA DEL TABAQUISMO

En España, según datos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2003, obtenidos en población general a partir de los 16 años, fuman diariamente 9.912.904 personas (un 28,11% de la población) y ocasionalmente consumen tabaco 1.095.539 personas (un 3,10% adicional) (Instituto Nacional de Estadística, 2004a). Más de 6 millones de varones y de 4 millones de mujeres fuman a diario, lo cual representa un 38,7 % de los varones y un 24 % de las mujeres en España (Figura 1.4). Si comparamos estas cifras con las obtenidas durante la primera encuesta nacional sobre el consumo de tabaco realizada durante el año 1978, con un porcentaje de fumadores diarios del 53,9% entre los hombres y del 16,5% entre las mujeres, se manifiesta la tendencia hacia la “equiparación” entre ambos sexos, destacada por otros autores (Zamora, Elosua i Marrugat, 2004).

Consumo de tabaco en España en el año 2003

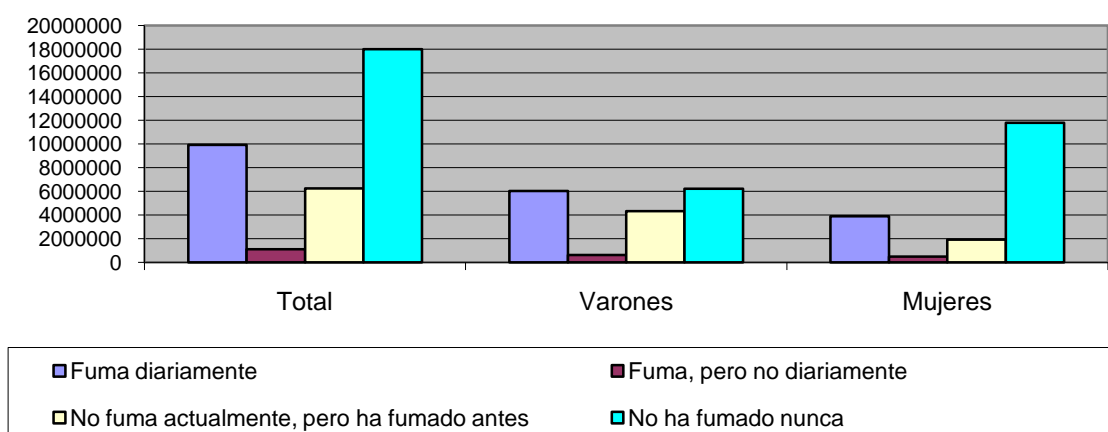


Figura 1.4: Consumo de tabaco en España durante el año 2003 por sexos. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2004a)

Por comunidades autónomas, la prevalencia más elevada de fumadores diarios de 16 años o más corresponde a la Comunidad Valenciana con un 30,92% y el porcentaje más bajo corresponde a Galicia con un 22,98% de fumadores (Instituto Nacional de Estadística, 2004a).

La adquisición del hábito tabáquico durante la adolescencia y la juventud ocasiona las mayores prevalencias entre los 25 y los 44 años (Figura 1.5), tanto en varones (Figura 1.6) como en mujeres (Figura 1.7).

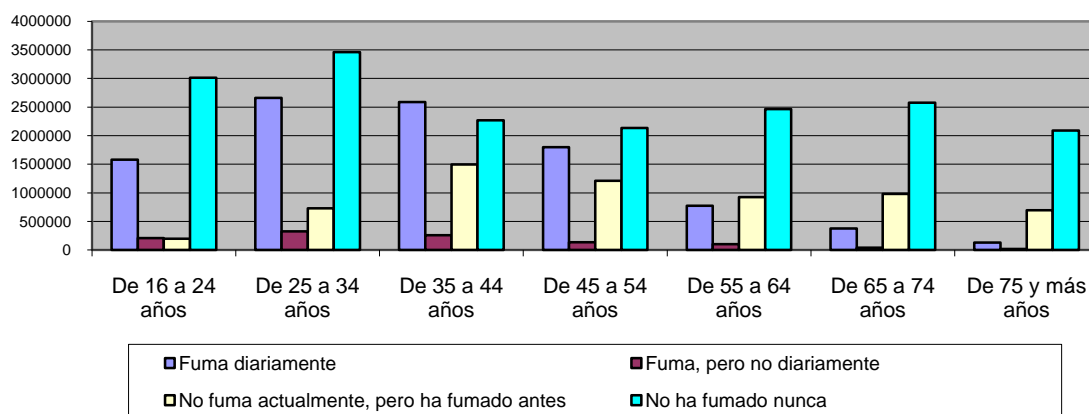


Figura 1.5: Consumo de tabaco en España durante el año 2003 por edades. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2004a)

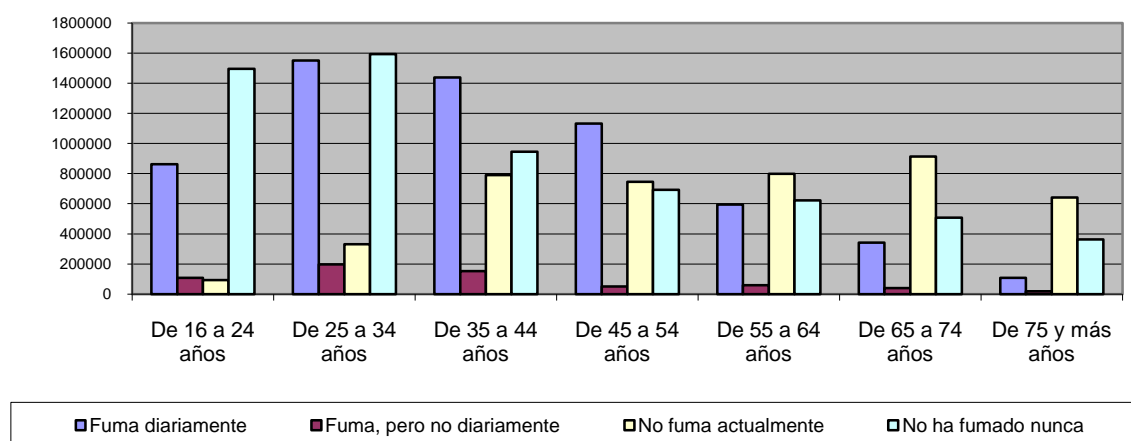


Figura 1.6: Consumo de tabaco en España durante el año 2003 por edades, en varones. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2004a)

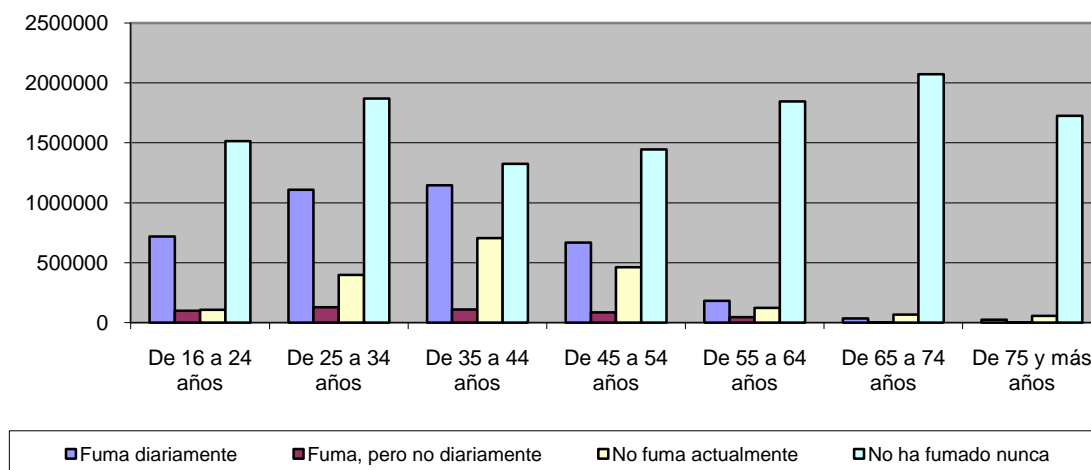


Figura 1.7: Consumo de tabaco en España durante el año 2003 por edades, en mujeres. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2004a)

Posteriormente se han publicado los resultados preliminares correspondientes a la Encuesta Nacional de Salud de España 2006-2007, que incluye los datos de las encuestas realizadas durante el último semestre del año 2006. Los resultados del consumo de tabaco en población de 16 años o mayores y su distribución por sexos, es representada gráficamente en la Figura 1.8. A diferencia de los datos expuestos con anterioridad correspondientes al año 2003, estos resultados se expresan en porcentajes en vez de hacerlo en cifras absolutas.

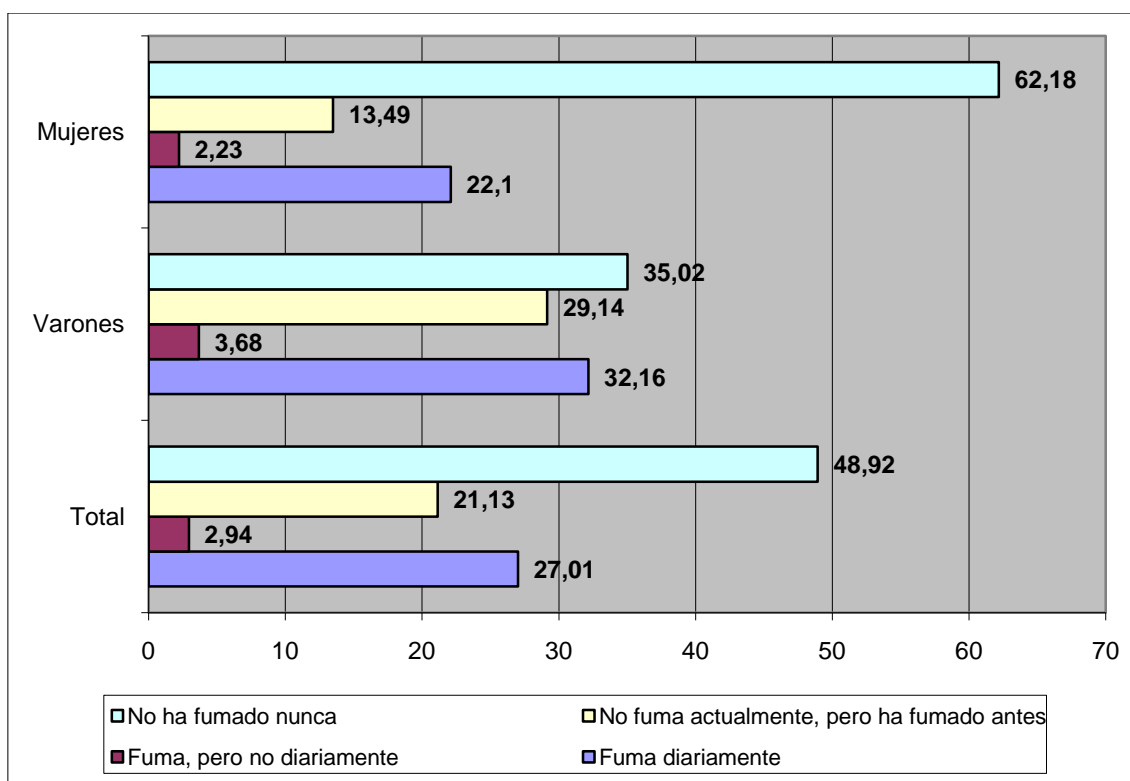


Figura 1.8: Consumo de tabaco en España durante el año 2006 por sexos. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2007)

Se detecta un ligero descenso en el porcentaje de hombres fumadores en el año 2006 respecto al año 2003. Este dato es manifiesto en la franja de edad comprendida entre los 16 y los 24 años, donde el porcentaje de varones fumadores a diario ha descendido del 34,8% (Instituto Nacional de Estadística, 2004a) al 25,5% (Instituto Nacional de Estadística, 2007). En cambio, en las mujeres de esta franja de edad el consumo diario de tabaco se mantiene inalterado en el 31,1%. La prevalencia del hábito tabáquico en España durante el año 2006 según sexo y grupo de edad, puede observarse en la Tabla 1. 1.

Tabla 1.1: Consumo de tabaco durante el año 2006 en España, en población de 16 años o mayor, según sexo y edad. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2007)

	Fumador/a diario/a	Fumador/a ocasional	Ex-fumador/a	Nunca ha fumado
Varones				
Total	32,16	3,68	29,14	35,02
De 16 a 24 años	25,53	6,60	5,99	61,88
De 25 a 44 años	40,19	4,48	17,45	37,87
De 45 a 64 años	34,03	2,89	40,53	22,55
De 65 y más años	14,52	0,75	56,75	27,99
Mujeres				
Total	22,10	2,23	13,49	62,18
De 16 a 24 años	31,15	3,30	6,96	58,59
De 25 a 44 años	31,90	3,32	20,14	44,64
De 45 a 64 años	20,90	1,86	14,27	62,97
De 65 y más años	2,33	0,31	4,87	92,48

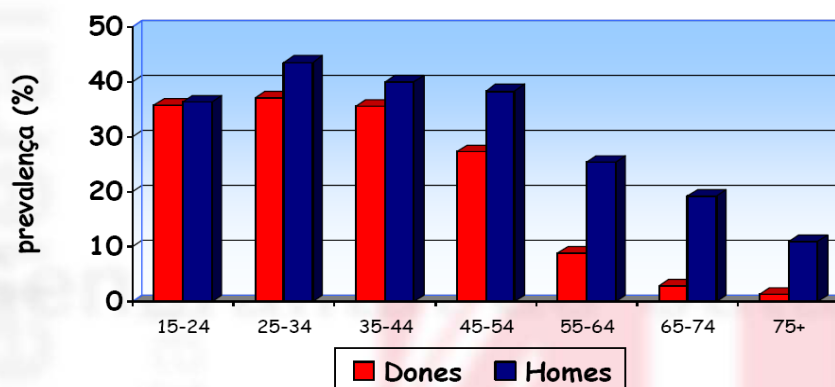
1.3. PREVALENCIA CATALANA DEL TABAQUISMO

En Catalunya se realizó una encuesta epidemiológica sobre el consumo de tabaco en 15.926 personas de 15 años o mayores, durante el año 2006 (Generalitat de Catalunya, 2007). El porcentaje de fumadores a diario fue de 30,3% en hombres y 20,9% en mujeres, y de fumadores ocasionales de 4,2% en hombres y 3,4% en mujeres.

La prevalencia de tabaquismo por grupo de edad y sexo en Catalunya está representada en la figura 1.9. Esta figura, al igual que sucede con las figuras

1.10 y 1.11 que se mostrarán a continuación, se ha obtenido de la web del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya y se ha copiado íntegramente respetando el idioma y los mensajes del original.

Prevalença de tabaquisme*, per grups d'edat i sexe. Catalunya, 2006



* fumadors diaris + ocasionals

Figura 1.9: Prevalencia de tabaquismo por grupo de edad y sexo en Catalunya en el año 2006. Obtenido de la web del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

En la Figura 1.9 se puede apreciar como la diferencia en el consumo de tabaco entre ambos sexos ha ido disminuyendo hasta prácticamente igualarse en los más jóvenes. De hecho, al estudiar la evolución del grupo de edad entre 15 y 24 años en Catalunya (Figura 1.10) se observa que las mujeres ya superaron a los hombres en el consumo de tabaco durante el año 2002, y ahora han iniciado un descenso.

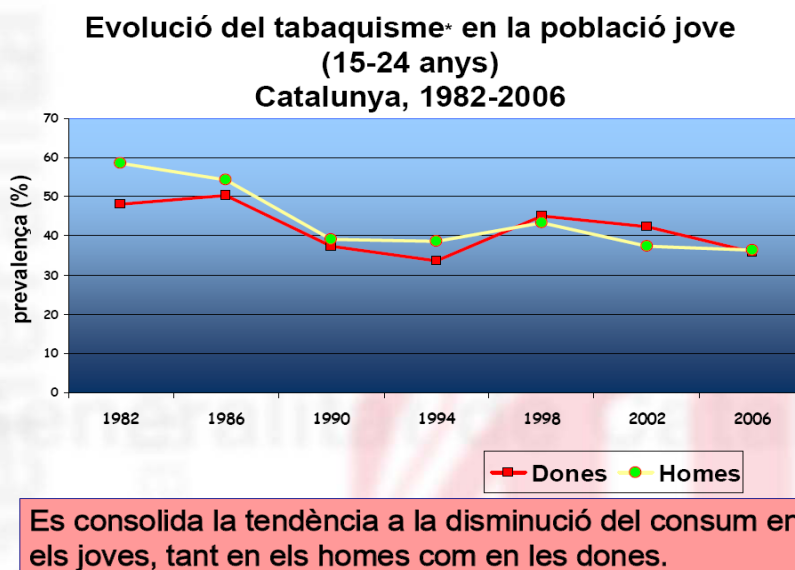


Figura 1.10: Evolución de la prevalencia del hábito tabáquico por sexo en el grupo etario de 15 a 24 años, en Catalunya 1982-2006. Obtenido de la web del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

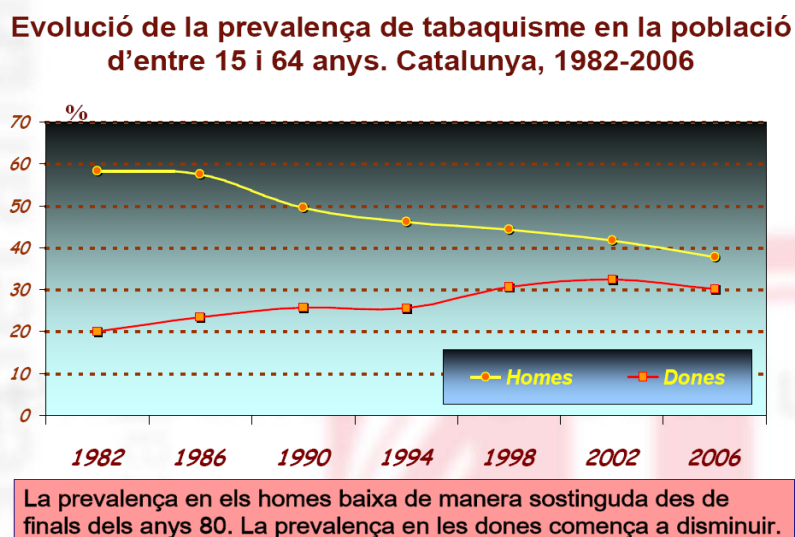


Figura 1.11: Evolución de la prevalencia del hábito tabáquico por sexo en el grupo etario de 15 a 64 años, en Catalunya 1982-2006. Obtenido de la web del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

En el grupo de edad de 15 a 64 años (no en el global de la población) la prevalencia de tabaquismo en los varones disminuyó 16,5 puntos desde 1982 hasta el año 2002, quedando en el 41,8% de la población, mientras que en las mujeres se elevó de un 20% a un 32,5%. Durante el periodo de tiempo del 2002 hasta los datos más recientes del 2006 ha disminuido un 3,9% adicional en los hombres quedando en 37,9% y, por primera vez ha dejado de aumentar y ha comenzado a declinar en las mujeres, con un descenso del 2,4% en los últimos 4 años que dejan la prevalencia femenina en este grupo de edad en un 30,1% (Figura 1.11). La prevalencia de tabaquismo en el hombre es mayor entre los trabajadores manuales, mientras que en las mujeres predominan las universitarias (Nebot y cols., 2004). La edad media de inicio del consumo de tabaco en Catalunya es de 17,14 en hombres y de 18,09 en mujeres (Generalitat de Catalunya, 2007).

Entre las profesiones “ejemplarizantes” y con una amplia y documentada información científica sobre los perjuicios del tabaco, se observó que en los médicos y el personal docente tendía a disminuir su consumo, mientras que en los diplomados en enfermería el descenso fue mucho menor y actualmente mantienen la mayor prevalencia con un 35,1% (Saltó, Jané, Pardell, Taberner, Tresserras y Salleras, 2003). La evolución del consumo de tabaco, entre los años 1982 y 2002, en población general y en estos colectivos se presenta en la Figura 1.12.

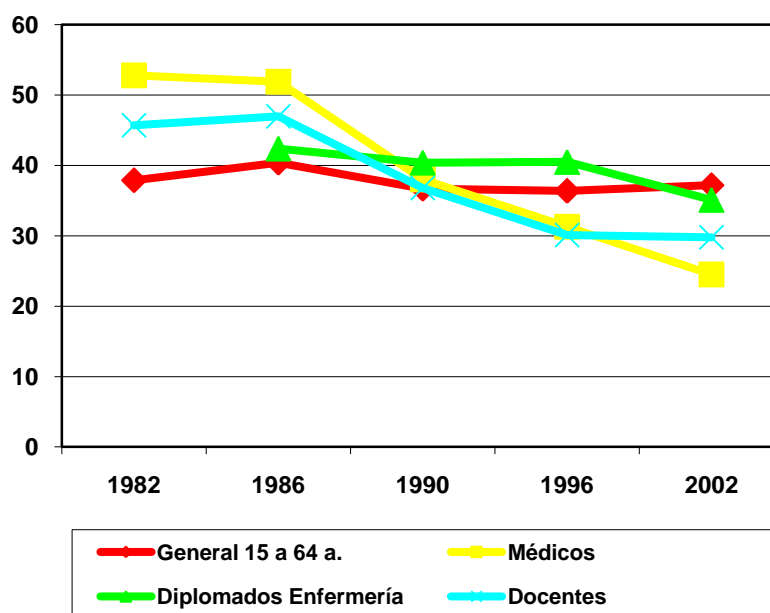


Figura 1.12: Prevalencia de Tabaquismo en Catalunya durante el período 1982-2002. Adaptado de Saltó, Jané, Pardell, Taberner, Tresserras y Salleras. (2003)

1.4. INDICADORES ECONOMICOS DE PREVALENCIA DE CONSUMO

Otra medida de la magnitud del problema en España la podemos obtener conociendo el importe de la venta de las labores de tabaco en las comunidades autónomas españolas de la península y en las Islas Baleares. En la Tabla 1.2 se describe el importe del consumo de cigarrillos, cigarros, bolsas de picadura para liar cigarrillos y para pipa, valorado en precio de venta al público en las

expendedurías y expresado en millones de euros, durante el año 2004. El importe total en España fue cercano a los 11.000 millones de euros, sin contar las Islas Canarias ni las provincias del norte de África.

Estas ventas suponen millones de euros de beneficios para la industria tabaquera y para el Estado e indican el elevado consumo de labores del tabaco en España, como queda reflejado en la Tabla 1.3. Para interpretar adecuadamente esta tabla hemos de tener en consideración que nos estamos refiriendo a millones de cajetillas de cigarrillos (cada cajetilla contiene 20 cigarrillos) y a millones de bolsas o latas de picadura.

Más del 80% del mercado español de cajetillas de cigarrillos se lo repartieron 10 marcas (Tabla 1.4).

Tabla 1.2: Importe en euros de las ventas de labores de tabaco por Comunidades Autónomas durante el año 2004. Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda. Comisionado para el mercado de tabacos (2005)

COMUNIDAD	CIGARRILLOS	CIGARROS	PIC.LIAR	PIC.PIPA	TOTAL
Andalucía	1.829,250	46,372	21,654	1,306	1.898,583
Aragón	293,177	16,946	1,547	0,176	311,846
Asturias (Principado de)	223,631	12,934	0,499	0,158	237,223
Balears (Illes)	468,683	15,677	29,898	0,835	515,093
Cantabria	130,738	8,069	1,142	0,080	140,029
Castilla - La Mancha	400,705	17,652	0,520	0,105	418,982
Castilla y León	508,982	36,782	1,208	0,246	547,218
Cataluña	1.903,763	98,299	32,757	2,006	2.036,824
Comunidad Valenciana	1.293,105	42,123	37,635	1,239	1.374,102
Extremadura	226,883	8,745	0,304	0,065	235,997
Galicia	495,228	21,360	1,637	0,226	518,450
Madrid (Comunidad de)	1.222,567	47,616	2,747	1,000	1.273,930
Murcia (Región de)	328,709	11,469	2,595	0,146	342,919
Navarra Comunidad Foral	191,827	15,969	3,092	0,171	211,059
País Vasco	518,522	52,745	7,001	0,328	578,595
Rioja (La)	60,876	7,124	0,111	0,019	68,131
TOTALES	10.096,648	459,882	144,345	8,103	10.708,980

PIC. = Picadura

Tabla 1.3: Número de labores de tabaco vendidas durante el año 2004 por Comunidades Autónomas. Adaptado de: Ministerio de Economía y Hacienda. Comisionado para el mercado de tabacos (2005)

COMUNIDAD	CIGARRILLOS	CIGARROS	PIC.LIAR	PIC.PIPA
Andalucía	851,902	123,213	6,781	0,414
Aragón	137,343	43,336	0,648	0,059
Asturias				
(Principado de)	104,451	34,443	0,218	0,054
Balears (Illes)	199,853	35,565	9,197	0,243
Cantabria	59,885	20,791	0,386	0,026
Castilla - La				
Mancha	189,393	44,209	0,242	0,044
Castilla y León	236,607	97,315	0,516	0,083
Cataluña	865,354	243,410	11,122	0,679
Comunidad				
Valenciana	594,179	99,656	12,003	0,383
Extremadura	109,762	23,921	0,135	0,022
Galicia	232,268	54,813	0,717	0,074
Madrid				
(Comunidad de)	570,683	97,503	1,055	0,327
Murcia (Región				
de)	148,858	23,730	0,838	0,049
Navarra				
(Comunidad Foral	91,449	44,654	1,233	0,065
País Vasco	242,940	133,362	2,418	0,111
Rioja (La)	28,124	17,050	0,045	0,006
TOTALES	4.663,050	1.136,970	47,556	2,639

PIC. = Picadura

Tabla 1.4: Cuota de mercado de las diez marcas de cigarrillos más vendidas en España durante el año 2004. Adaptado de: Ministerio de Economía y Hacienda. Comisionado para el mercado de tabacos (2005)

MARCA	%CAJETILLAS	% ACUMULADO
FORTUNA	17,50%	17,50%
MARLBORO	17,04%	34,53%
DUCADOS	11,79%	46,32%
CHESTERFIELD	11,23%	57,55%
CAMEL	6,49%	64,04%
L.M.	6,32%	70,37%
NOBEL	4,83%	75,20%
LUCKY STRIKE	3,60%	78,80%
WINSTON	2,18%	80,98%
ELIXYR	1,90%	82,88%

Con estas estadísticas no debe extrañar que la producción y venta de tabaco continúe siendo un buen negocio, como refleja el resumen de resultados de Altadis (la principal empresa tabaquera en España) del primer trimestre del año 2005, donde se podía leer: *“Las ventas económicas de Altadis han aumentado un 9,7%, hasta 885 millones de euros. El beneficio neto del primer trimestre se ha elevado a 114 millones de euros, frente a los 110 millones de euros del año anterior. A finales de marzo, el Grupo poseía 4,4 millones de acciones en autocartera. El beneficio por acción resultante ha sido de 40,9 céntimos de euro, frente a los 38,1 en 2004, lo que supone un aumento del 7,2%.”* (Altadis, 2005).

2. EL CONSUMO DE TABACO Y LA SALUD

2.1. INTRODUCCION

El consumo de los productos del tabaco ha sido muy pequeño hasta la mecanización de la manufactura de los cigarrillos a finales del siglo XIX, y la gran popularización del consumo que se produjo a principios del siglo XX durante la Primera Guerra Mundial y los años posteriores (Álvarez, 2003). Han tenido que pasar años de masivo consumo de tabaco para que los efectos devastadores de la salud causados por este hábito se hicieran evidentes. Durante el siglo XX han proliferado los descubrimientos científicos epidemiológicos y empíricos que han permitido ampliar cada vez más la lista de enfermedades atribuibles al tabaquismo que, todavía en la actualidad, sigue creciendo. A los efectos sobre los propios fumadores se han añadido posteriormente los efectos perjudiciales sobre la salud de los no fumadores.

Es curioso que fuera Hernández, el médico de cámara del rey Felipe II, el introductor de la planta de tabaco en España, y que la difusión del uso en la nobleza europea se iniciara después que Jean Nicot le regalara rapé a Catalina de Médicis para que aliviara las migrañas. En el año 1580 se editó el libro “La historia medicinal de las cosas que se traen de nuestras Indias Occidentales”, con un amplio capítulo dedicado a las virtudes curativas de la planta de tabaco (Álvarez, 2003). El estado actual del conocimiento científico modificaría considerablemente el contenido de ese capítulo.

A continuación efectuaremos una breve revisión de los potenciales perjuicios sobre la salud asociados al consumo de tabaco.

2.2. CANCER

El cáncer fue una de las primeras enfermedades que se relacionó con el tabaquismo. Ya se sospechó a principios de siglo, pero fue necesario superar los años cincuenta para que el consumo masivo permitiera recoger las primeras evidencias epidemiológicas. En el humo del tabaco se han descrito más de cuarenta sustancias capaces de inducir cáncer, actuando como iniciadoras o como promotoras. Las iniciadoras actúan sobre los genes celulares de forma irreversible induciendo una expresión neoplásica. Las promotoras favorecen el desarrollo de células que ya se han vuelto neoplásicas (de Granda, 2004).

En las células normales existen unos genes, denominados protooncogenes que tienen un papel destacado en su desarrollo fisiológico y crecimiento, a través de la codificación de diversas proteínas. Cuando se produce la activación de estos protooncogenes por translocaciones o mutaciones pasan a oncogenes. Las proteínas codificadas por los oncogenes estimulan de forma continuada el crecimiento celular, en vez de controlarlo, lo que supone la transformación a un genotipo maligno (Álvarez y Castillo, 1998).

Los más potentes carcinógenos del humo del tabaco son los hidrocarburos aromáticos policíclicos, las nitrosaminas y las aminas aromáticas. Actúan principalmente sobre los tejidos directamente expuestos al humo del cigarrillo, pero además de ser inhalados se disuelven en la saliva, recorren el tracto digestivo, son absorbidos en el intestino y eliminados por la orina (Álvarez, 2003). En los casos de cáncer que se pueden atribuir al tabaquismo, el riesgo por lo general aumenta de acuerdo con la cantidad de cigarrillos que se fuman

y la cantidad de años que se ha fumado, y por lo general, estas cifras disminuyen después de dejar de fumar completamente (U.S. Department of Health and Human Services, 2004).

2.2.1. Cáncer de Pulmón

El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por procesos neoproliferativos, y fumar cigarrillos es el causante de la mayoría de los casos. En comparación con los hombres no fumadores, las probabilidades de que los hombres que fuman sufran de cáncer de pulmón son aproximadamente 23 veces mayores y en el caso de las mujeres, las probabilidades son 13 veces más altas. El tabaquismo causa alrededor del 90% de las muertes por cáncer de pulmón en hombres y casi el 80% en mujeres porque provoca cambios genéticos en las células pulmonares que conducen al desarrollo de cáncer de pulmón (U.S. Department of Health and Human Services, 2004).

El tabaco puede aumentar el riesgo de los cuatro tipos histológicos principales, que son el escamoso, de células pequeñas, de células grandes y el adenocarcinoma (de Granda, 2004; Khuder, 2001). Hasta ahora el carcinoma escamoso era el más frecuente pero pueden haberse producido cambios en los carcinógenos del tabaco que justifiquen que el adenocarcinoma haya aumentado su frecuencia entre los fumadores. Los cigarrillos bajos en nicotina y alquitrán no evitan la aparición de cáncer de pulmón (U.S. Department of Health and Human Services, 2004) porque los fumadores regulan su entrada de nicotina, para conseguir mantener las sensaciones placenteras y evitar el síndrome de abstinencia, mediante mecanismos compensatorios, que pueden ser inconscientes, como dar pipadas más largas o más profundas o más

frecuentes, o bloquear la ventilación de los filtros (Borland, Yong, King, Cummings, Fong, Elton-Marshall, Hammond y McNeill, 2004).

2.2.2. Cáncer del tracto aerodigestivo superior

El consumo de tabaco está relacionado con los cánceres de laringe, cavidad bucal, faringe, y esófago.

El 83% de las neoplasias de laringe se deben al tabaco, ya que un fumador tiene 10 veces más riesgo de adquirir cáncer de laringe que un no fumador (Álvarez, 2003).

El 92 % de los tumores en boca y faringe en los hombres, y el 61% en mujeres, son atribuibles al tabaco. El riesgo de sufrir cáncer de la boca también aumenta en personas que fuman puros y pipas. Si se redujera la cantidad de personas que fuman cigarrillos, pipas o puros o que mastican tabaco se podría prevenir la mayoría de las muertes causadas por el cáncer de la cavidad bucal y la faringe. Estos cánceres se producen en labios, lengua, encías, paladar, glándulas salivales, suelo de la boca y orofaringe. Un 90 % de los casos son carcinomas escamosos, que se vuelven invasivos tras una fase de carcinoma in situ, por la malignización de cambios displásicos premalignos en forma de leucoplasia o eritroplasia (U.S. Department of Health and Human Services, 2004).

El 80 % del total de los carcinomas esofágicos, especialmente los del tercio superior, están relacionados con el consumo de tabaco. Pueden ser adenocarcinomas o carcinomas escamosos.

Asimismo se conoce que la combinación del tabaquismo con el consumo de alcohol potencia el efecto carcinógeno sobre los cánceres del tracto aerodigestivo superior (U.S. Department of Health and Human Services, 2004).

2.2.3. Cáncer urogenital

El cáncer de vejiga urinaria está relacionado con las aminas aromáticas como la beta-naftilamina. El tabaco es responsable de un 40% de los tumores vesicales, siendo el riesgo de padecerlo de 3 a 4 veces mayor en los fumadores. También se ha establecido un incremento del riesgo del cáncer renal y de uréter. En el caso de las mujeres, el riesgo de sufrir cáncer de cuello uterino aumenta de acuerdo con el tiempo que fumen (U.S. Department of Health and Human Services, 2004).

2.2.4. Otros cánceres

El tabaco duplica la posibilidad de padecer cáncer de páncreas (U.S. Department of Health and Human Services, 2004). Es uno de los cánceres más malignos y con mala respuesta al tratamiento, de modo que el promedio de tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la muerte es inferior a un año.

También hay relación entre tabaquismo y cáncer gástrico. Los exfumadores tienen una tasa inferior de cáncer de estómago que las personas que siguen fumando.

Asimismo, se sabe que el benceno es una causa de la leucemia mieloide aguda, y que el humo del cigarrillo es una de las fuentes principales de exposición al benceno. Entre los fumadores estadounidenses, el 90% de la

exposición al benceno proviene de cigarrillos (U.S. Department of Health and Human Services, 2004).

2.3. ENFERMEDADES CORONARIAS Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES

Las enfermedades coronarias y los accidentes cerebrovasculares (infarto y hemorragia cerebral) son los principales tipos de enfermedades cardiovasculares causadas por el tabaquismo. Las enfermedades del aparato circulatorio fueron la segunda causa de muerte en España en los varones (después de los tumores) y la primera causa en las mujeres (Elosua y Marrugat, 2004). La probabilidad de padecer enfermedad vascular se incrementa al consumir tabaco entre dos y cuatro veces para la enfermedad coronaria, y entre dos y tres veces para la enfermedad cerebrovascular. En el estudio epidemiológico de Framingham se observó que por cada 10 cigarrillos diarios fumados aumentaba la mortalidad un 18% en hombres y un 31% en mujeres (Treat, Cornifield y Kannel, 1967). El tabaco además potencia de manera sinérgica los otros factores de riesgo cardiovascular. Cuando se abandona el tabaco el riesgo de enfermedad coronaria disminuye a la mitad al cabo de un año equiparándose al de un no fumador al cabo de 15 años, mientras que para la enfermedad cerebrovascular oscila entre 5 y 15 años. Fumar cigarrillos contribuye a la aparición de la aterosclerosis. La aterosclerosis es el endurecimiento progresivo de las arterias causado por la acumulación de placas de grasa y por la inflamación y engrosamiento de las paredes arteriales. La inflamación de la pared arterial y la aparición de coágulos sanguíneos pueden obstruir la circulación de la sangre y provocar un

ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular (U.S. Department of Health and Human Services, 2004).

La nicotina provoca una descarga catecolaminérgica, con incremento de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca que conducen a un aumento de la demanda de oxígeno por las células del miocardio. El tabaco provoca también un aumento de las lipoproteínas de baja densidad y de ácidos grasos libres con un descenso de las lipoproteínas de alta densidad, lesiona las células endoteliales induciendo disfunción endotelial, induce vasoconstricción, facilita la adherencia plaquetaria y estimula la proliferación de la capa muscular (Stafford y Becker, 1997). El monóxido de carbono tiene 240 veces más afinidad por la hemoglobina que el oxígeno, de modo que desplaza al oxígeno de la hemoglobina y se une a ella formando la carboxihemoglobina, con lesiones endoteliales y miocárdicas, poliglobulia y efectos proagregantes. En definitiva el tabaco provoca aterosclerosis, espasmos vasculares, alteraciones en el equilibrio entre la demanda tisular de oxígeno y el aporte, tiene efecto protrombótico, y provoca alteraciones hemodinámicas que incluyen efectos arritmogénicos (Viejo, Rodríguez y Terán, 1998), lo cual conduce a lesiones crónicas con la posibilidad de eventos obstructivos agudos con infarto de miocardio transmural o no transmural, o episodios de angina de pecho inestable.

Fumar cigarrillos está relacionado con la forma más grave de enfermedad coronaria que es la muerte cardíaca súbita, provocada generalmente por arritmias ventriculares (Goldenberg y cols., 2003). Las enfermedades coronarias relacionadas con el cigarrillo contribuyen a que la persona sufra de insuficiencia cardíaca congestiva por miocardiopatía isquémica. Parece ser que

fumar cigarrillos con un contenido menor de alquitrán o nicotina, en lugar de los cigarrillos normales, tiene muy poco efecto en la disminución del riesgo de sufrir enfermedades coronarias (U.S. Department of Health and Human Services, 2004).

La enfermedad arterial periférica es de tres a seis veces más frecuente en los fumadores, y se manifiesta de forma crónica por claudicación intermitente, un dolor en extremidades inferiores al caminar que les obliga a detenerse, o por accidentes isquémicos agudos que pueden provocar necrosis de los tejidos distales (Álvarez, 2003). Además, el tabaquismo causa aneurismas aórticos abdominales, que son dilataciones de la principal arteria del cuerpo, las cuales tienen unas paredes débiles que pueden romperse con el peligro de hemorragia interna y muerte por hipovolemia (Lederle y cols., 2003).

La tromboangitis obliterante o enfermedad de Buerger afecta a varones jóvenes fumadores. Cursa con inflamación de la pared de los pequeños vasos arteriales y venosos de las extremidades inferiores, que pueden producir flebitis recidivantes y lesiones isquémicas. La enfermedad mejora con la supresión del consumo de tabaco (Fernández, Sobregrau y Matas, 2004)

2.4. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por una obstrucción crónica y poco reversible al flujo aéreo, debido a una reacción inflamatoria, que en más del 90% de los casos se atribuye al tabaco (Álvarez, 2003). Alrededor de un 20 % de los fumadores acaban desarrollando EPOC.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una de las 10 enfermedades crónicas más comunes y está entre las 10 principales

enfermedades que limitan las actividades diarias. En España, estudiando la población comprendida entre los 40 y 70 años se encontró una prevalencia de EPOC del 10,6% , afectando al 15,8% de los varones y al 5,5% de las mujeres. (Sobradillo, Miravittles, Jiménez, Gabriel, Viejo, Masa, Fernández-Fau y Villasante, 1999). La función pulmonar de los pacientes afectados de EPOC que continúan fumando se deteriora con mayor rapidez que las de aquellos que abandonan el hábito tabáquico.

De acuerdo con el Segundo Estudio de Prevención de la Sociedad Americana del Cáncer, las probabilidades de que las mujeres fumadoras mueran de enfermedad pulmonar obstructiva crónica son 13 veces mayores que las de aquellas que nunca han fumado. En el caso de los hombres fumadores, las probabilidades de morir de la misma enfermedad son casi 12 veces más altas que las de los hombres que nunca han fumado (U.S. Department of Health and Human Services, 2004). La inflamación bronquial induce un acúmulo de neutrófilos y macrófagos en las vías aéreas, que liberan proteasas con capacidad de destruir el tejido conectivo pulmonar. El efecto compensador, mediante la acción de antiproteasas como la alfa-1-antitripsina está dificultado por la acción de los oxidantes. Cada succión del cigarrillo contiene más de 1000 moléculas de oxidantes (Sobradillo, 1998). El consumo de tabaco disminuye las células bronquiales con cilios que limpian los bronquios y aumenta las células productoras de moco viscoso, justificando los síntomas de la bronquitis crónica simple, con tos y expectoración varios meses al año. El tabaquismo facilita una mayor predisposición a las infecciones por efectos locales e inmunológicos sistémicos. Así, en los fumadores la incidencia de infecciones respiratorias de vías altas y bajas, tanto víricas como bacterianas,

es mayor que en los no fumadores. La respuesta broncoconstrictora de la hiperreactividad bronquial también está incrementada en los fumadores.

El tabaquismo facilita la aparición y empeora la evolución del asma bronquial. (Sobradillo, 1998). El consumo de tabaco durante la adolescencia conduce a un menor desarrollo de la función pulmonar, la cual se deteriora más precozmente que en los no fumadores (Gold y cols., 1996).

2.5. EFECTOS SOBRE LA REPRODUCCION

Las mujeres que consumen tabaco corren un mayor riesgo de ser estériles ya que fumar dificulta la capacidad de la mujer para quedar embarazada porque acorta los ciclos menstruales y aumenta los ciclos anovulatorios, destruye los oocitos, afecta la liberación de gonadotropinas, la formación del cuerpo luteo, la división del huevo fecundado y su implantación uterina (U.S. Department of Health and Human Services, 2004). Una vez que quedan embarazadas, las mujeres que fuman tienen dos veces más probabilidades de tener complicaciones, por ejemplo placenta previa, un trastorno en el que la placenta crece demasiado cerca de la abertura del útero. Este trastorno frecuentemente conduce a un parto por cesárea. También tienen más probabilidades de sufrir un desprendimiento prematuro de la placenta, un trastorno en el cual la placenta se separa de la pared del útero. Esto puede causar un parto prematuro, bebés muertos al nacer o muerte del recién nacido. Se calcula que el riesgo de desprendimiento de placenta de las fumadoras es de 1,4 a 2,4 mayor que el de las mujeres que no fuman (U.S. Department of Health and Human Services, 2004). Las mujeres embarazadas que fuman también corren un riesgo mayor de rotura prematura de membranas (antes de que comience el

trabajo de parto). Por lo tanto el parto prematuro, y el aborto espontáneo, son más frecuentes en la mujer fumadora.

La nicotina de los cigarrillos puede causar constricción de los vasos sanguíneos del cordón umbilical y el útero, lo que disminuye la cantidad de oxígeno que le llega al feto. La nicotina también puede disminuir la cantidad de sangre existente en el aparato cardiovascular del feto. Fumar durante el embarazo causa retraso del crecimiento intrauterino, bebés con bajo peso al nacer, bebés que nacen muertos y muerte precoz de los recién nacidos (incluyendo el síndrome de muerte súbita infantil). El riesgo de tener un bebé muy bajo de peso es 2,5 mayor que el riesgo que tienen las mujeres embarazadas que no fuman. El bajo peso al nacer es la causa principal de muerte de bebés y causa más de 300.000 muertes al año en Estados Unidos (Ventura, Mosher, Curtin, Abma y Henshaw, 2000). Los niños de las fumadoras tienen menos masa muscular y más grasa, y un mayor riesgo de enfermedades durante la infancia y edad adulta.

A pesar de ello se calcula que solamente entre el 18% y el 25% de las fumadoras dejan de fumar cuando quedan embarazadas (U.S. Department of Health and Human Services, 2004). Por otra parte, en los hombres se ha sugerido que el consumo de tabaco podría estar asociado con un aumento en el riesgo de sufrir disfunción eréctil, pero los estudios realizados no son concluyentes.

2.6. OTROS EFECTOS SOBRE LA SALUD FÍSICA

La periodontitis es una enfermedad de las encías que puede dar como resultado la pérdida de los dientes. El tabaquismo es una de las causas de

periodontitis. También facilita la caries, provoca estomatitis y faringitis, tiñe los dientes y es causa de halitosis (U.S. Department of Health and Human Services, 2004).

El efecto tóxico de los radicales libres de oxígeno y la acción de la elastasa de los neutrófilos sobre la elastina, son los principales responsables del envejecimiento cutáneo precoz que se produce en los fumadores con la aparición de arrugas y una coloración ligeramente grisácea.

Las úlceras pépticas, que se localizan en estómago y duodeno, por lo general se observan en personas infectadas por la bacteria *Helicobacter pylori*. Entre las personas que tienen esta infección, los fumadores tienen más probabilidades de sufrir úlceras pépticas que las personas que no fuman (U.S. Department of Health and Human Services, 2004). El tabaquismo disminuye la densidad de los huesos facilitando la osteoporosis, sobre todo en las mujeres posmenopáusicas. Por este motivo, el tabaquismo está vinculado con un aumento del riesgo de sufrir fracturas de la cadera.

El tabaquismo está relacionado con cataratas nucleares del cristalino, el tipo más común de cataratas. Las cataratas son la causa principal de ceguera en todo el mundo. El riesgo de sufrir cataratas que tienen los fumadores es dos a tres veces mayor que el de las personas que no fuman (U.S. Department of Health and Human Services, 2004).

Los fumadores tienen un índice de supervivencia después de cirugía más bajo que las personas que no fuman debido a los daños causados al sistema de defensa del cuerpo, a la lenta cicatrización de heridas y a la respuesta mermada del sistema inmunológico. Los fumadores tienen un riesgo mayor de

sufrir complicaciones después de cirugías, incluidas la infección de las heridas, neumonía postoperatoria y otras complicaciones respiratorias.

En definitiva, los fumadores de tabaco tienen peor salud física que los no fumadores. Es más probable que los fumadores falten al trabajo que las personas que no fuman y sus enfermedades duran más tiempo. Los fumadores tienden a incurrir en costos médicos más altos, a consultar al médico en consulta externa en más ocasiones y a ser hospitalizados con más frecuencia y por períodos más largos que las personas que no fuman (U.S. Department of Health and Human Services, 2004).

2.7. EFECTOS SOBRE LA SALUD FISICA DE FORMAS ESPECIALES DE CONSUMO DE TABACO

Además del consumo de cigarrillos, existen otras formas de consumo de las labores del tabaco que en ocasiones se adoptan con la intención de disminuir los peligros para la salud referidos previamente, pero como exponemos a continuación no están libres de asociarse a morbilidad y mortalidad inducida por el tabaco.

2.7.1. Consumo de cigarros

Comparando a los no fumadores con los que consumían cigarros se observó que los fumadores de cigarros tenían 27% más de riesgo de enfermedad coronaria, 45% más riesgo de EPOC, y superaban el doble de riesgo para cáncer de pulmón y cáncer del tracto aerodigestivo alto (Iribarren, Tekawa, Sidney y Friedman, 1999).

2.7.2. Tabaco sin humo

Los dos tipos principales de tabaco sin humo son el tabaco para mascar y el rapé o “snuff”. El tabaco para mascar puede tener la forma de hojas de tabaco sueltas o rollos. El rapé o snuff es tabaco molido finamente que puede estar seco, húmedo o contenido en bolsitas (parecidas a las bolsas de té) (Federal Trade Commission, 2003; National Cancer Institute, 1992). Aunque algunas presentaciones del rapé se pueden inhalar por la nariz, la mayoría de las personas que consumen tabaco sin humo se lo colocan en la boca, junto a la mejilla o entre la encía y la mejilla.

El consumo de tabaco sin humo puede causar adicción y dependencia de la nicotina. Los problemas de salud bucal están estrechamente relacionados con el consumo de tabaco sin humo como la leucoplasia y la enfermedad periodontal. El tabaco sin humo contiene 28 agentes carcinógenos que aumentan el riesgo de contraer cáncer de la cavidad bucal (U.S. Department of Health and Human Services, 1986).

2.8. EFECTOS SOBRE LA SALUD DEL HUMO AMBIENTAL DEL TABACO

Cuando se consume un cigarrillo se origina una corriente principal de humo que representa el 25% del humo producto de la combustión del tabaco y que es inhalada por el fumador, y una corriente lateral que pasa al aire ambiental, procedente de la combustión pasiva del cigarrillo, que representa el 75% del humo total (Álvarez, 2003).

El humo secundario o pasivo, también conocido como humo ambiental del tabaco (HAT), es una mezcla del humo que se desprende al quemar productos

del tabaco (corriente de humo lateral) y del humo que exhalan los fumadores (humo principal). Cuando se fuma en espacios cerrados, este humo es respirado también por las personas no fumadoras. Las personas entran en contacto con el humo secundario en el hogar (las parejas y los hijos de los fumadores son los más afectados), en el lugar de trabajo y en sitios públicos como bares si la legislación lo permite. El humo secundario contiene una mezcla compleja de más de 4,000 compuestos químicos, de los cuales más de 50 son agentes carcinógenos. Los niños son especialmente susceptibles al humo secundario porque sus pulmones no están completamente desarrollados. Los siguientes problemas de salud se han asociado de forma causal al HAT: bajo peso al nacer, muerte súbita infantil, infecciones respiratorias bajas como bronquitis y neumonía en niños, síntomas respiratorios crónicos, asma, otitis media en niños, cáncer de pulmón, senos paranasales y mama, y enfermedades coronarias. Existe evidencia sugestiva de asociación causal con el aborto espontáneo y parto pretérmino, trastornos de la cognición y de la conducta, sensibilización alérgica, disminución del crecimiento pulmonar, cáncer de cervix uterino, cáncer cerebral y linfomas en niños (U.S. Environmental Protection Agency, 1992; Vaqué, 2005).

2.9. SALUD MENTAL

Entre los enfermos psiquiátricos se ha observado una mayor prevalencia de tabaquismo (Lasser, Boyd, Woolhandler, Himmelstein, McCormick y Bor, 2000). Entre los fumadores hay más casos de depresión mayor y de síntomas depresivos que entre los no fumadores (Daniel, Cargo, Lifshay y Green, 2004; Vázquez y Becoña, 1999). No se conoce si hay una relación de causalidad

entre ambos en uno o en otro sentido, es decir si la depresión induce a fumar o si fumar provoca depresión (Daniel y cols., 2004). Los fumadores con depresión fracasan más en los intentos de abandono y recaen con mayor frecuencia, que los fumadores no deprimidos (Vázquez y Becoña, 1999). Por otra parte la retirada de la nicotina puede cursar con sintomatología depresiva y el cese del tabaquismo en ocasiones precipita la depresión en participantes predispuestos (Becoña, 2000a; Hughes, Stead y Lancaster, 2007).

Se ha observado que los adolescentes fumadores, especialmente los consumidores de más de un paquete diario de cigarrillos, desarrollan con mayor frecuencia trastornos de ansiedad generalizada, agorafobia y sobre todo crisis de pánico durante la edad adulta (Isensee, Wittchen, Stein, Hofler y Lieb, 2003; Johnson, Cohen, Pine, Klein, Kasen y Brook, 2000).

2.10. ADICCION A LA NICOTINA

El tabaco induce adicción porque contiene un alcaloide adictivo llamado nicotina. Puede que no sea la única sustancia responsable de la adicción, es posible que entre las más de 4.000 sustancias químicas identificadas en el humo de los productos de tabaco, se encuentren otras sustancias capaces de inducir cambios neurobiológicos que provoquen adicción. Por otra parte los cambios placenteros producidos por la nicotina se asocian a una serie repetitiva de conductas y situaciones que recuerdan y potencian los efectos neuroquímicos de la misma. Nuestros conocimientos actuales apoyan que la mayoría de los fumadores utilizan el tabaco regularmente porque son adictos a la nicotina. El poder adictivo de la nicotina es comparable al de la heroína, cocaína y alcohol (Stolerman y Jarvis, 1995). La adicción se caracteriza por la

búsqueda y uso compulsivo de las drogas, a pesar de las consecuencias negativas para la salud, y el consumo de tabaco cumple con los requisitos de esta descripción (American Psychiatric Association, 2002). La fuerza del poder adictivo de la nicotina queda reflejada en la dificultad para su abandono, porque menos del 7 por ciento de las personas que tratan de dejar el hábito de fumar por su cuenta logran más de un año de abstinencia, y la mayoría tiene una recaída a los pocos días después del abandono (National Institute on Drug Abuse, 2005).

La nicotina activa los circuitos cerebrales de gratificación porque induce la liberación de dopamina por el núcleo Accumbens, la cual activa el sistema dopaminérgico-mesolímbico (Pérez, 2004), responsable de regular las sensaciones placenteras del organismo. Las peculiares propiedades farmacocinéticas de la nicotina también aumentan el potencial para su abuso. Fumar cigarrillos produce una distribución rápida de la nicotina al cerebro, donde llega a los 10 segundos de inhalada. Los efectos agudos de la nicotina se disipan en unos minutos, lo que causa que el fumador continúe dosificándose frecuentemente durante el día para mantener los efectos placenteros de la droga y evitar el síndrome de abstinencia (National Institute on Drug Abuse, 2005).

Con cada fumada o "pipada" que inhala, el fumador puede trasladar la nicotina rápidamente al cerebro. En un período de 5 minutos, un fumador típico le da 10 fumadas a un cigarrillo encendido. Por lo tanto, una persona que fuma alrededor de un paquete y medio (30 cigarrillos) al día, le da a su cerebro unos 300 "chutes" diarios de nicotina (National Institute on Drug Abuse, 2005). Estos factores contribuyen considerablemente a la naturaleza altamente adictiva de la

nicotina, especialmente mediante la dispensación por cigarrillos. Los cigarrillos “light” comparten esta capacidad adictiva, con el agravante de que la población infravalora su potencial adictivo y piensa que necesitará más tiempo para “engancharse” y será más fácil dejarlos (Kropp y Halpern-Felsher, 2004).

La nicotina es un alcaloide o base natural. Se trata de una sustancia oleaginosa y volátil, es incolora pero en contacto con el aire adquiere un color marrón. Se piensa que es la sustancia responsable del característico sabor del tabaco. Durante la combustión se destruye una tercera parte, otra tercera parte pasa al humo ambiental, un 8% se retiene en la porción no consumida del cigarrillo, y alrededor del 22% es inhalada por el fumador a través de la corriente principal (Solano, García-Tenorio y Granda, 2003).

La mayoría de los cigarrillos en el mercado hoy en día contienen 10 miligramos (mg) o más de nicotina. Al inhalar el humo, el fumador promedio ingiere entre 1 a 2 mg de nicotina por cigarrillo, alcanza una nicotinemía de 40-50 ng/ml a los 5 minutos, que desciende a 10 ng/ml a los 10 minutos al distribuirse la nicotina por los diferentes tejidos orgánicos. El descenso posterior es más lento, se debe a la metabolización hepática de la nicotina, con nicotinemias de 1 a 8 ng/ml a los 120 minutos de haber fumado el cigarrillo (Pérez, 2004). Los cigarros, el tabaco para pipa, y los productos de tabaco sin humo, como el tabaco en polvo o rapé y el tabaco de mascar, también contienen altos niveles de nicotina. La nicotina de estos productos del tabaco tiene pH alcalino y predomina la forma no ionizada, lo cual facilita su absorción por la piel y básicamente por la mucosa de la boca y la nariz. La nicotina de los cigarrillos, con pH ácido, se inhala y se absorbe en un 90% a través de la membrana alveolocapilar de los pulmones (Solano y cols., 2003).

La nicotina actúa como estimulante y como sedante. Inmediatamente después de la exposición a la nicotina se produce un efecto estimulante causado en parte por la descarga de catecolaminas de las glándulas adrenales inducida por la droga. Acompañando el "rush" (sensación de placer inmediato percibido con la administración de ciertas drogas) la adrenalina estimula al cuerpo y causa un incremento de glucosa así como un aumento en la presión arterial, la respiración y el ritmo del corazón (National Institute on Drug Abuse, 2005). Además, la nicotina genera una liberación de dopamina en las regiones del cerebro que controlan el placer y la motivación. Esta reacción es similar a la que provocan otras drogas de abuso como la cocaína y heroína y se cree que es la causa principal de las sensaciones de placer que muchos fumadores sienten. En contraste, la nicotina también ejerce un efecto sedante, dependiendo del nivel de excitación del sistema nervioso del fumador y de la dosis de nicotina tomada. Esta acción dual (psicoestimulante y relajante) que depende de la dosis y del estado previo del fumador contribuye a su elevada capacidad adictiva.

La nicotina produce en el cuerpo sensación de placer, excitación, alivio de la ansiedad, mejora la capacidad mental y la concentración, reduce el apetito y el peso corporal, aumenta el gasto cardiaco, la frecuencia cardiaca y la tensión arterial, y relaja el músculo esquelético. La nicotina también aumenta los niveles de acetil-colina, noradrenalina, dopamina, betaendorfinas, vasopresina, ACTH, cortisol, prolactina, hormona del crecimiento e inhibe la liberación de insulina y serotonina (Pérez, 2004).

La exposición repetida a la nicotina resulta en el desarrollo de la tolerancia, esto significa que el fumador requiere dosis más altas para producir la misma estimulación inicial (American Psychiatric Association, 2002).

La suspensión del uso de nicotina después de un consumo diario de varias semanas de duración puede estar seguida por un síndrome de abstinencia. Los síntomas de abstinencia de la nicotina pueden comenzar a las 6 - 12 horas después del último cigarrillo, con un pico entre el primer y tercer día y una duración de 3 a 4 semanas, que en ocasiones se prolonga hasta 4 meses. Entre los síntomas se incluyen la irritabilidad o ira, disforia, ansiedad, insomnio, dificultad de concentración, inquietud y aumento en el apetito (American Psychiatric Association, 2002).

Un componente importante del síndrome de abstinencia de la nicotina es el "craving", un deseo poderoso por la nicotina que puede constituirse en el mayor obstáculo para lograr el éxito en la abstinencia. Los niveles altos de deseo por el tabaco pueden durar 6 meses o más. Muchos factores conductuales también pueden afectar la severidad de los síntomas de abstinencia. Para algunas personas, el hecho de sentir, oler o mirar un cigarrillo así como el rito de obtener, manipular, encender y fumar el cigarrillo, están asociados con los efectos placenteros del fumar y pueden hacer difícil la abstinencia. Estos factores conductuales no se controlan mediante los tratamientos de sustitución de la nicotina (Pérez, 2004).

La terapia sustitutiva con nicotina puede realizarse mediante la administración de chicles de 2 o 4 mg de nicotina; parches de nicotina de absorción transdérmica, con áreas de 30, 20 y 10 cm² y liberación de 24 h (que contienen 21, 14 y 7 mg de nicotina, respectivamente), o bien con áreas de 15, 10 y 5

cm² de liberación de 16 h (conteniendo 15, 10 y 5 mg respectivamente de nicotina); comprimidos de nicotina para chupar con 1 mg de nicotina; nebulizador nasal con solución acuosa de nicotina a concentración de 10 mg/ml, de modo que cada rociada (0,05 ml) libera 0,5 mg de nicotina. Todavía no está disponible en nuestro país el inhalador bucal de nicotina (Díaz, Nadal, Pérez, Horta, y Sánchez, 2004; Public Health Service de los Estados Unidos, 2000). Estas formas de administración de nicotina se utilizan para aliviar los síntomas de la abstinencia, producen menos problemas que la nicotina del tabaco y en general son necesarios niveles de nicotina más bajos que los del tabaco. Además, estas formas de nicotina tienen poco potencial para ser abusadas ya que no producen los efectos placenteros de los productos de tabaco. En un metaanálisis sobre 123 estudios, con un seguimiento mínimo de 6 meses, se llegó a la conclusión de que la odds ratio para dejar de fumar a favor de la terapia sustitutiva con nicotina en comparación a un grupo control fue de 1,77 (Silagy, Lancaster, Stead, Mant y Fowler, 2004). La duración del tratamiento oscila entre 3 y 6 meses, y el descenso siempre es progresivo (Honorato, Manubens y Urdaneta, 2009).

Si bien la adicción al consumo de tabaco ha tendido a atribuirse principalmente a la nicotina, es posible que otras sustancias incorporadas en el humo del tabaco tengan efectos neurobiológicos que influyan en la adicción.

En los fumadores se ha encontrado una disminución marcada en los niveles de la monoaminooxidasa (MAO), una enzima responsable de la descomposición de la dopamina (Fowler y cols., 1998). El cambio en la MAO debe ser causado por algún ingrediente en el humo del tabaco distinto a la nicotina, ya que la nicotina no altera los niveles de la MAO. La disminución de la MAO resulta en

niveles más altos de dopamina y puede ser otra razón por la cual los fumadores continúan fumando. Ciertos fármacos con capacidad de inhibir la enzima MAO se utilizan en clínica como antidepresivos de segunda línea, y son también eficaces para las fobias, crisis de angustia y bulimia, entre otras patologías (Gastó, 2004).

Como tratamiento farmacológico no nicotínico con eficacia demostrada para dejar de fumar se dispone de un antidepresivo atípico con acción dopaminérgica y adrenérgica, llamado bupropion, que se comercializa en comprimidos de 150 mg, siendo la dosis habitual de 2 comprimidos diarios. (Díaz y cols., 2004; Public Health Service de los Estados Unidos, 2000). En un metaanálisis sobre 31 estudios, se observó que la odds ratio para dejar de fumar a favor de bupropion en comparación a un control fue de 1,94 (Hughes y cols., 2007). Los efectos secundarios más frecuentes son el insomnio, la sequedad de boca y la cefalea, y el más grave la aparición de convulsiones en personas con una reducción del umbral convulsivo (Díaz-Maroto y Jiménez-Ruiz, 2008). El porcentaje de consumidores que abandona el tratamiento con bupropion a causa de las reacciones adversas oscila entre el 7 y el 12% (Honorato y cols., 2009).

La vareniclina actúa como agonista parcial selectivo de los receptores nicotínicos de las neuronas del área tegmental ventral del mesencéfalo. Al ser agonista tiene la capacidad de estimular el receptor nicotínico evitando la aparición del craving y de la sintomatología del síndrome de abstinencia a la nicotina. El agonismo parcial implica un antagonismo parcial, que se ve reflejado en un bloqueo sobre los efectos que realiza la nicotina sobre el receptor, de tal manera que el individuo que consume vareniclina mientras deja

de fumar, si sufre una recaída y vuelve a fumar un cigarrillo, no experimentará la sensación placentera y de recompensa que le proporcionaba la nicotina (Díaz-Maroto y Jiménez –Ruiz, 2008).

La vareniclina se administra por vía oral a dosis progresivamente ascendentes durante la primera semana hasta alcanzar la dosis habitual de 1 mg dos veces al día que se mantiene durante doce semanas, y si ha sido efectiva se pueden mejorar los resultados de mantenimiento de la abstinencia prolongando el tratamiento hasta 24 semanas (Díaz-Maroto y Jiménez–Ruiz, 2008). Ha demostrado ser más efectivo que el placebo (OR= 3,22), la sustitución con nicotina (OR= 1,70) y el bupropion (OR= 1,66) alcanzando mayores tasas de abstinencia (Aubin y cols., 2008).

El efecto secundario más frecuente son las náuseas, pero el más grave es la depresión, sobre todo cuando la sintomatología depresiva incluye la ideación suicida o el intento de suicidio (Anónimo, 2008; Cahill, Stead y Lancaster, 2008). Por dicho motivo las personas tratadas con vareniclina deben ser controladas por su médico y se debe retirar el fármaco si aparecen alteraciones neuropsiquiátricas.

3. LA CALIDAD DE VIDA

3.1. VISION GLOBAL DE LA CALIDAD DE VIDA

La expresión “Calidad de Vida” apareció a mediados de los años sesenta ante el creciente interés por el bienestar humano y por las condiciones de vida de las personas, especialmente de las que habitaban en el medio urbano y formaban parte de las sociedades industrializadas. La crisis de valores en las sociedades industriales avanzadas comportó el abandono de un interés exclusivamente centrado en los valores económicos y materiales para dar paso a aspiraciones orientadas a los valores postmateriales. Es decir, se pasó de un interés centrado en la vivienda, el vestir y la alimentación, a un interés por la protección ambiental, la equidad, la participación y el crecimiento personal (Casas, 1996).

Un economista llamado Pigou fue el primero en utilizar el concepto “Calidad de Vida” en 1932 cuando se refirió a la necesidad de cuantificar los costes sociales de las decisiones de gobierno (Casas, 2005). El concepto “Calidad de Vida” se empleó por primera vez en un contexto público y mediático en el año 1964, durante un discurso del entonces presidente de los Estados Unidos de Norteamérica el Sr. Lindon B. Jonson (Suardíaz, 2004). Así, el origen del vocablo “Calidad de Vida” proviene de fuentes sociopolíticas con implicaciones económicas y se trata de un concepto que enfatiza sobre las necesidades, los deseos y las metas.

La Calidad de Vida se valoraba mediante indicadores que cuantificaban datos objetivos de tipo económico y social, y con posterioridad se incorporaron los

elementos subjetivos (Gómez-Vela y Sabeh, 2000). Así, los indicadores evolucionaron desde la vertiente de las condiciones de vida cuantificables hasta la valoración perceptiva de estas condiciones (Grau, 1998). Esta evolución sucedió a mediados de los años 70 cuando se consideró la Calidad de Vida como un concepto integrador multidimensional que comprende todas las áreas de la vida, haciendo referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos (Gómez-Vela y Sabeh, 2000). Es decir la Calidad de Vida se define en función de las condiciones materiales objetivables (bienestar social) y del entorno psicosocial (bienestar psicológico y otros componentes) (Casas, 1999).

En la misma línea, Levi y Anderson (1980) afirmaban que la Calidad de Vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo. También la OMS definió la Calidad de Vida como la percepción que tiene el individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (Schwartzmann, 2003).

La Calidad de Vida, por lo tanto, se relaciona de manera estrecha con el sistema de valores de cada persona. El único ser autorizado para opinar sobre la calidad de vida de una persona es esa misma persona. Aunque, es preciso asumir que las apreciaciones del ser humano sobre su Calidad de Vida serán aproximadas y variables, y no tendrán la condición de exactas ni inmutables (Suardíaz, 2004).

Según Felce y Perry (1995) existen cuatro modelos conceptuales de la Calidad de Vida. El primero define este constructo como la calidad de las condiciones de vida de una persona, el segundo se basa en la satisfacción experimentada

por la persona con dichas condiciones de vida, el tercero es la combinación de los dos precedentes, y el último tiene en cuenta la combinación mencionada (condiciones de vida y satisfacción que experimenta) ponderada por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. Esta última concepción es la más actual.

Cuando las condiciones objetivas de la vida son buenas y se perciben como tales se habla de bienestar, pero si se perciben y evalúan como malas se habla de disonancia. Cuando las condiciones objetivas de la vida son malas y se perciben como malas se considera deprivación, mientras que la percepción como buenas de unas malas condiciones de vida se considera adaptación (Glatzer y Mohr, 1987).

La calidad de vida es función del bienestar social (condiciones materiales) y del bienestar psicológico. Los conceptos de bienestar psicológico, bienestar subjetivo y satisfacción vital están estrechamente relacionados, para algunos autores son equivalentes a calidad de vida, mientras que otros autores consideran que el concepto Calidad de Vida es un concepto superior que los engloba (Casas, 1999). Según Diener (1994) el bienestar psicológico se consigue al alcanzar un estado o situación perseguido, que resultaba un objetivo o aspiración (teoría finalista). O bien, el bienestar psicológico es el resultado de determinadas combinaciones entre el placer y el displacer, de modo que se experimenta mayor bienestar cuanto mayor es la deprivación previa (teoría del placer-dolor). O bien, es el producto de una actividad bien hecha (teoría de la actividad). O es la suma de muchos pequeños placeres (teoría del "bottom-up") o la consecuencia de una propensión a experimentar las cosas de forma positiva (teoría del "top-down"). O en base a los recuerdos,

condicionamientos y cogniciones de cada persona (teoría asociacionista). O el bienestar psicológico resulta de comparar unas condiciones estándar y las condiciones reales (teorías de juicio o valorativas).

Para Casas (1999), los modelos basados en las teorías de juicio son los que más consolidación han conseguido. El problema estriba en conocer cuáles son los estándares de comparación que se adoptan y cuáles serían los idóneos. La satisfacción neta se puede considerar en función de las discrepancias entre la percepción y cada uno de los siguientes estándares: lo que se desea; lo que otros tienen; lo mejor que se ha tenido en el pasado; lo que se esperaba conseguir en el pasado reciente; lo que se espera lograr en un futuro próximo; lo que cada persona considera que se merece; y lo que cada persona considera que necesita (Michalos, 1995).

El bienestar psicológico es el producto de procesar el bienestar objetivo atendiendo a las aspiraciones, las expectativas, las referencias vividas y conocidas, las necesidades y los valores de la persona. Así, la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende de sus propios valores y creencias, de su historia personal y de su contexto cultural (Schwartzmann, 2003).

Aunque el concepto de Calidad de Vida apareció en el siglo pasado, la preocupación por un “estado saludable” del sujeto se remonta a las antiguas civilizaciones como la egipcia, la hebrea, la griega o la romana. Este interés prácticamente desapareció durante la Edad Media, donde imperaba la noción de “providencia”, derivada de la firme creencia en la existencia de un “Plan Divino” que marcaba el destino de los hombres y al que no debía oponerse, de modo que no se consideraba el progreso como algo viable, y por ello tampoco

deseable (Casas, 1999). Hubo que esperar hasta comienzos del siglo XIX para que emergiera de nuevo la inquietud por el bienestar de las personas. Durante su desarrollo histórico el concepto de Calidad de Vida se fue ampliando desde la salud personal a la salud pública, se extendió a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuó con la capacidad de acceso a los bienes económicos y, después se convirtió en la preocupación por la experiencia del sujeto de su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud (Moreno y Ximénez, 1996).

Entre 1966 y 1970 sólo 4 artículos científicos incluían el término “Calidad de Vida” en el título, en los siguientes 5 años lo hicieron 33 (Spitzer, 1987), a mediados de los 70 se extendió el término en las revistas científicas, adquiriendo la categoría de palabra clave de búsqueda en el Index Medicus en 1977 (Grau, 1998).

La mayoría de los trabajos sobre Calidad de Vida a principios de la década de los 80 provenían de las ciencias médicas. De hecho, Spitzer (1987) preconizaba que la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud era una medida a aplicar a la población enferma, con mayor interés cuanto mayor era la gravedad de la enfermedad, mientras que en la población con problemas de salud menores lo adecuado era aplicar cuestionarios de estado de salud. A finales de la década de los 80 las ciencias psicosociales se dedicaron con frecuencia al estudio de la Calidad de Vida, al tratarse de un término más fácil de operativizar que los conceptos de bienestar o de felicidad, con los que está relacionado y que eran utilizados con anterioridad.

Una visión aproximada del interés actual que motiva el estudio de este concepto nos lo proporciona el siguiente dato: en una búsqueda realizada en la

base de datos Medline a través del Pub Med de la United States National Library of Medicine en fecha veinte y seis de septiembre del 2010, mediante la palabra clave "Quality of Life", se obtuvieron 131.166 artículos científicos, entre los cuales 27.945 artículos incluían el término "Quality of Life" en el título.

3.2. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

El gran objetivo de las ciencias de la salud es combatir la morbilidad, es conseguir que no haya enfermedad, bien evitando su aparición o bien sanando cuando ya se ha manifestado. En los casos en que no puede eliminarse la enfermedad, los esfuerzos se dirigen al objetivo de paliar sus efectos y combatir sus consecuencias, mediante acciones que también retardan en el tiempo el momento del fallecimiento. En el estado actual del conocimiento de la medicina es frecuente que no se consiga el primer objetivo (que no exista enfermedad) pero sí el segundo con una disminución de la mortalidad, lo cual implica el aumento de población con enfermedades crónicas. Los pacientes con enfermedades crónicas pueden expresar síntomas y signos de diferente gravedad, que les pueden conducir a limitaciones de diversas intensidades.

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud recoge la percepción que tiene el paciente de los efectos de una o varias enfermedades, o de los tratamientos, o de las condiciones de vida, sobre diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provocan sobre el bienestar físico, emocional y social (Gómez-Vela y Sabeh, 2000). La Calidad de Vida Relacionada con la Salud también se puede denominar como Estado de Salud Percibido o llamarla simplemente Salud Percibida. Se refiere a la evaluación subjetiva de la

influencia de la salud sobre la capacidad del individuo para tener un nivel de funcionamiento que le permita realizar las actividades que le son importantes y que afectan a su bienestar (Rebollo, Valderas y Ortega, 2005).

Es, a su vez, la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y las políticas de salud (Patrick y Erickson, 1993).

Dentro del concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud se recoge una concepción de salud que no se limita a la mera ausencia de enfermedad, sino que implica un estado de bienestar físico, mental y social, siguiendo el camino trazado por la OMS a mediados del siglo XX.

La Calidad de Vida es una valoración subjetiva que, como ya hemos comentado con anterioridad, únicamente es capaz de realizar el propio sujeto. Los familiares y los profesionales de la salud pueden emitir juicios sobre cual es, en su opinión, la Calidad de Vida del paciente, pero no tienen porqué coincidir con la verdadera percepción del individuo.

La Calidad de Vida no depende sólo de la biología. Hay muchas personas cuya biología es francamente precaria, pero sienten que su existencia tiene calidad, por sus relaciones con el entorno, sus afectos, su satisfacción emocional o intelectual (Suardiaz, 2004). De hecho, las puntuaciones de los cuestionarios de salud suelen correlacionar moderadamente con las medidas clínicas y poco con los indicadores de fisiopatología. Por ejemplo, en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se ha observado una mejor asociación entre los cuestionarios de calidad de vida con la intensidad de la disnea que con los valores de la espirometría forzada (Geijer, Sachs, Verheij, Kerstjens,

Kuyvenhoven y Hoes, 2007; Hajiro, Nishimura, Tsukino, Ikeda, Oga y Izumi, 1999). Sin embargo, no hay que escoger entre la información recopilada por los profesionales de la salud y la información de la percepción del paciente, sino que se debe complementar.

La visión externa de la Calidad de Vida se centra en medir el grado de limitación o deterioro que provoca la enfermedad con un intento de objetividad, aunque el evaluador no puede impedir que sus propias creencias y expectativas modelen su supuesta evaluación crítica y aséptica. Pero, en realidad, más que disfunciones existen personas discapacitadas, con posibles reacciones ante las disfunciones que van desde la desesperación y abandono hasta la integración y la aceptación positiva del hecho (Moreno y Ximénez, 1996). Un proceso morboso totalmente idéntico, con la misma sintomatología y grado de secuelas, puede conducir a una mala, a una moderada, o a una buena Calidad de Vida Relacionada con la Salud, dependiendo de las realidades sociales, familiares y sobre todo personales del enfermo que expresa la percepción.

Aunque puede medirse la Calidad de Vida o la valoración sobre la Salud General mediante una pregunta simple, en estas medidas hay que considerar la ambigüedad y variabilidad interpersonal del propio concepto, de modo que Calidad de Vida puede ser entendida de diferente manera por cada encuestado. Por dicho motivo se han desarrollado cuestionarios de medida, con el menor número de preguntas posibles pero con el suficiente para establecer los valores de las limitaciones objetivas y de las percepciones subjetivas en diferentes ámbitos o dimensiones. Los cuestionarios de Calidad

de Vida Relacionada con la Salud incluyen síntomas, limitaciones funcionales y percepciones generales de salud y bienestar psicológico (Alonso, 2000b).

Todos los cuestionarios utilizados en la práctica clínica o investigadora deben estar previamente adaptados a la cultura del país donde se aplicarán, mediante un sistema de traducción, retrotraducción y consenso de la traducción, valoración del concepto a medir, aplicación a población sana y enferma de una versión piloto, comprobación de las propiedades psicométricas del cuestionario (validez y fiabilidad), reescalamiento de los ítems y comprobación de la sensibilidad al cambio (Badía, 1995).

Los **instrumentos de medición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud** pueden ser genéricos o específicos. Los genéricos son aplicables a la población general y a cualquier grupo de pacientes. Permiten realizar encuestas de salud generales, comparar poblaciones y los efectos de diferentes enfermedades. Los específicos evalúan una determinada patología, con la inclusión del impacto de los síntomas propios de esta enfermedad. Son los más apropiados para los ensayos clínicos con la evaluación del efecto de una intervención terapéutica determinada en una enfermedad (Testa y Simonson, 1996).

Dentro de los genéricos los más utilizados son el Sickness Impact Profile (Perfil de Impacto de la Enfermedad), el EuroQol (EQ-5D), el Nottingham Health Profile (Perfil de Salud de Nottingham) y el Health Survey SF-36 (Cuestionario de Salud SF-36). A continuación se describen brevemente los tres primeros y con más detalle el cuarto por ser el utilizado en el presente trabajo.

El Perfil de Impacto de la Enfermedad (Bergner, Bobbitt, Carter y Gilson, 1981) es un instrumento de evaluación conductual de las disfunciones psicosociales y físicas provocadas por la enfermedad. Consta de 136 ítems agrupados en doce subescalas. La unión de algunas de las subescalas permite obtener un valor específico para la dimensión psicosocial y otro para la dimensión física (Vázquez-Barqueo, Arias, Peña, Díez, Ayesterán y Miró, 1991).

El EuroQol consta de dos partes. La primera mide cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor-malestar y ansiedad-depresión) con tres niveles de gravedad evaluados a través de una escala de tipo Likert. La segunda consiste en puntuar el estado de salud en ese momento sobre una escala visual analógica milimetrada con un valor de 0, indicando el peor estado de salud, a 100, el mejor estado de salud (Badía, Roset, Montserrat, Herdman y Segura, 1999).

El Perfil de Salud de Nottingham (Alonso, Antó y Moreno, 1990) también consta de dos partes. La primera tiene 38 ítems para medir seis dimensiones (energía, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño y aislamiento social), con puntuaciones que oscilan de 0 a 100. La segunda parte explora en una escala dicotómica (sí o no) la existencia de limitaciones en siete actividades funcionales de la vida diaria (Tuesca, 2005).

El cuestionario de Salud SF-36 fue desarrollado a principios de los años noventa para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcome Study), el cual proporciona un perfil del estado de salud con aplicación para la población general y para los pacientes (Vilagut, Ferrer, Rajmil, Rebollo, Permanyer-Miralda, Quintana y cols., 2005; Ware y Donald,

1992). Puede ser autocumplimentado o administrado mediante entrevista, sin que se afecte su consistencia interna.

La traducción al español se realizó dentro de un proyecto internacional de adaptación del cuestionario original, el International Quality of Life Assessment (IQOLA), siguiendo todos los países participantes un protocolo común (Ware y Gandek, 1998). Valora ocho dimensiones del estado de salud: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental.

Ha sido validado en la población española (Alonso, Prieto y Antó, 1995) y se han realizado estudios para ajustar el estándar de referencia en España (Alonso, Regidor, Barrio, Prieto, Rodríguez y De la Fuente, 1998). La duración de la cumplimentación es de alrededor de los 10 minutos, por ello se han elaborado versiones abreviadas como el SF-12 que proporciona una medida de salud mental y otra de salud física, o el SF-8 que reduce la valoración de cada dimensión a un solo ítem, permitiendo también la medida del componente sumario físico y mental (Tuesca, 2005).

En la revisión de los estudios publicados con la versión española del SF-36 (Vilagut y cols., 2005) se ha documentado una fiabilidad medida con el alfa de Cronbach que osciló entre el 0.74 de Función Social y el 0.91 de Rol Físico. Así mismo, se demostró una correcta reproducibilidad y un buen éxito de escalaje (más bajo para Función Social). Los efectos suelo y techo en general fueron adecuados, pero demasiado elevados en Rol Físico y Rol Emocional. Este hecho ya se había constatado en los estudios de validación del cuestionario original (McHorney, Ware, Rachel y Donald, 1994), y para subsanarlo se decidió el aumento del número de niveles en Rol Físico y Rol Emocional en la

versión 2 del SF-36. El análisis factorial diferenció dos factores: el físico y el mental. Los resultados del cuestionario pueden ser ofrecidos atendiendo a estos dos factores como Componentes Sumario Mental y Físico. Las dimensiones del SF-36 Función Física, Rol Físico y Dolor Corporal, se correlacionan con el Componente Físico. El Componente Mental se correlaciona con las dimensiones Salud Mental, Rol Emocional y Función Social. Salud General y Vitalidad se correlacionan notablemente con ambos componentes (McHorney, Ware y Raczek, 1993). En la citada revisión también se demostró la validez del constructo y la sensibilidad a los cambios (Vilagut y cols., 2005). Estas características del cuestionario refuerzan su uso para la cuantificación de las modificaciones en la Calidad de Vida de las personas que se producen como consecuencia de cambios controlados, como una intervención terapéutica o el cambio de estilos de vida.

Por lo que se refiere a posibles limitaciones de este instrumento, el cuestionario de Salud SF-36 no incluye conceptos de salud importantes como los trastornos del sueño, la función cognitiva, la función familiar o la sexual, dentro de las dimensiones valoradas. Otra limitación del cuestionario es que se han descrito problemas de cumplimentación en personas mayores. Además, no hay estudios en la población española que hayan estimado la mínima diferencia importante, dato que permitiría el cálculo del tamaño de la muestra en estudios de evaluación (Vilagut y cols., 2005).

Asimismo, se han desarrollado cuestionarios de salud percibida específicos para múltiples enfermedades. Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa (2002) recopilaron cuestionarios para evaluar la salud percibida en personas que

padecían hipertensión, insuficiencia venosa crónica, diabetes, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, epilepsia, enfermedad inflamatoria intestinal, artritis, cáncer de próstata, infección por virus de la inmunodeficiencia humana, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma bronquial, entre otros. La biblioteca virtual en español BiblioPRO aporta cuestionarios de Calidad de Vida Relacionada con la Salud y otros resultados percibidos por los pacientes (Patient Reported Outcomes). En consulta realizada el 26 de septiembre del 2010 BiblioPRO tenía disponibles 523 cuestionarios entre genéricos y específicos dirigidos a patologías concretas como: el cáncer de cabeza y cuello, cáncer colorrectal, cáncer de mama, cáncer de pulmón, colon irritable, reflujo gastroesofágico, accidente vascular cerebral, implante coclear, transplante hepático, transplante renal, osteoporosis, incontinencia urinaria, espondilitis anquilosante, acromegalia, cardiomiopatías, hepatopatías, rinoconjuntivitis, ansiedad, depresión, dolor neuropático, dolor lumbar, fibrosis quística, vértigo, hemofilia, fibromialgia y migraña, entre otras.

Inicialmente se intentaba validar las medidas de salud percibida buscando su equivalencia con las medidas de salud física, hallando correlaciones que no pasaban de moderadas. Pero las valoraciones médicas no pueden ser consideradas como la prueba de oro (“gold standard” en la literatura anglosajona) debido a su variabilidad. Por otra parte son medidas complementarias pero no necesariamente coincidentes. De manera similar, se intentó examinar la relación de la Salud Percibida con las medidas de capacidad funcional, encontrando a menudo buenas correlaciones, pero no siempre equiparables porque un deterioro funcional puede ser superado o no

dependiendo de impulsos positivos que facilitan la adaptación y que influyen, en definitiva, en una valoración positiva del estado de salud.

Se conocen muchos factores que pueden influir sobre la Salud Percibida como la edad, el sexo, la situación marital, el estado de empleo, el estrés, la satisfacción con la vida, la depresión y el optimismo, entre otros. A pesar de ello, la declaración de la Salud Percibida está realmente valorando un estado de salud, que demuestra una capacidad independiente de predicción de la supervivencia después de controlar los efectos confusores de las variables anteriormente mencionadas.

Se conoce que las personas con mala salud percibida tienen mayor riesgo de mortalidad. Uno de los primeros estudios en describirlo fue el de Mossey y Shapiro (1982), en población mayor de 65 años de ambos sexos. Se observó que la evaluación subjetiva de salud, mediante una pregunta simple, tenía un valor predictivo independiente sobre la mortalidad cercana (en los tres años siguientes) y tardía (en un período de cuatro años adicional), con mayor fuerza que la evaluación objetiva de la salud y con una mayor estabilidad en el tiempo, ya que la capacidad predictiva del estado de salud objetivo disminuía en el período tardío más que la capacidad predictiva del estado de salud subjetivo. Resultados similares se describen en el estudio de Kaplan y Camacho (1983), con casi 7000 adultos de ambos sexos, en el cual una pregunta simple de tasación de Salud Percibida predijo la mortalidad en los siguientes nueve años a un nivel igual o ligeramente inferior (según los modelos de regresión logística) que las medidas físicas de estado de salud, una vez ajustado por las variables confusoras. En las curvas de supervivencia se demuestra una capacidad predictiva de la Salud Percibida a largo plazo.

Las curvas de supervivencia también ofrecieron resultados similares en el trabajo de Idler y Angel (1990), con una supervivencia a los 12 años en las personas que tasaron su salud como mala, mediante una pregunta simple, del 80% en las mujeres y del 60% en los hombres. Sin embargo, el estudio multivariado demostró una predominancia de las conductas de salud (especialmente tabaquismo y alto consumo de alcohol) y de las variables sociodemográficas sobre las tasaciones subjetivas y objetivas de salud, en la predicción de mortalidad ajustada por edad. De hecho la asociación de Salud Percibida con mortalidad sólo se mantuvo en los hombres de mediana edad, pero no en los hombres ancianos ni en las mujeres de cualquier edad.

Estos resultados discordantes, que hemos querido reflejar como contrapunto, no se repitieron en posteriores estudios de Idler. En una revisión de veintisiete estudios en lengua inglesa, con una muestra poblacional, que recogían el efecto de la autotasaación de salud sobre la mortalidad, con ajustes por factores sociodemográficos y por el estado de salud objetivo, se llegó a la conclusión de que la autoevaluación de la salud global es un predictor independiente de la mortalidad en casi la totalidad de los estudios (Idler y Benyamini, 1997). Cuando se realizaron valoraciones independientes por género, se observó que este efecto era más fuerte para los hombres que para las mujeres, tal vez porque las mujeres perciben peor salud por multitud de condiciones agudas y crónicas más frecuentes pero menos graves que les suceden durante la vida, y el hombre tiene menos sucesos pero de mayor importancia vital, como lo demuestra su inferior supervivencia en el tiempo.

Estos resultados no pueden utilizarse para restar valor a las medidas clínicas. Así, las evaluaciones de Salud Percibida se comportaron como predictores

independientes de mortalidad en estudios realizados en pacientes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, pero por debajo de la medida del funcionalismo respiratorio mediante el valor del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (Anthonisen, Wrihgt, Hodgkin y IPPB Trial Group, 1986; Ries, Kaplan, Limberg y Prewitt, 1995).

La capacidad predictiva de mortalidad de la autotasación del estado de salud puede deberse a que actúe como un fino indicador de bienestar fisiológico detectando la persona en su propio cuerpo cambios imperceptibles para las medidas objetivas, a que la valoración positiva de la salud se acompañe de unos hábitos de vida también más positivos, o porque la valoración negativa de la salud puede estar reflejando problemas emocionales como la depresión (Mossey y Shapiro, 1982).

La percepción del propio estado de salud está más asociada al uso de los servicios de salud que la propia condición clínica o patológica del sujeto. Las personas con mala salud percibida tienen mayor riesgo de hospitalización (Siu, Reuben, Ouslander y Osterwell, 1993), y frecuentan más las consultas de atención primaria. La mala percepción de salud fue el motivo de consulta en atención primaria en 5 de cada 100 visitas, por debajo de la hipertensión arterial (9 de cada 100) y por encima de las 3 de cada 100 atribuibles a la diabetes (Connelly, Philbrick, Smith, Kaiser y Wymer, 1989).

La información sobre la Calidad de Vida puede ser utilizada para evaluar las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios, la dirección y guía en la provisión de los servicios, y la formulación de políticas dirigidas a la población (Gómez-Vela y Sabeh, 2000). Para los últimos propósitos, los gestores y economistas de la

salud prefieren instrumentos genéricos, con resultados de intervalo y que se puedan combinar con la duración del estado, ya que pretenden valorar la ganancia en años de vida ajustados por calidad de vida (Pinto-Prades, 2000).

3.3. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y TABAQUISMO

A continuación se presenta una revisión de trabajos que estudian la asociación de la Calidad de Vida con el consumo de tabaco, siguiendo un orden cronológico por fecha de publicación. En la tabla 3.1 se han resumido los datos fundamentales para permitir una revisión rápida de estos artículos.

Lyons, Lo y Littlepage (1994) compararon la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, medida mediante el cuestionario SF-36, entre las personas que habían fumado alguna vez durante más de 6 meses y las personas que no habían fumado nunca o durante menos de 6 meses. Los sujetos que eran o habían sido en algún momento fumadores puntuaron menos en las dimensiones del SF-36 Función Física (-5,9), Dolor Corporal (-5,8), Salud General (-7,8) y Vitalidad (-4,5), después de realizar un ajuste por edad, sexo, consumo de alcohol y pertenencia a grupo social. Es conocido que la Calidad de Vida suele irse deteriorando a medida que transcurren los años y es habitual que sea inferior en las personas de más edad. Basándose en el descenso que se observa en estas dimensiones en la población normal por cada año de edad, los autores establecieron que la Calidad de Vida de las personas que han fumado alguna vez es equivalente a la que tienen los que nunca han fumado que son 6,6 años más viejos en Función Física, 15,6 años mayores en

Dolor Corporal, 14,6 años más viejos en Salud General y 14 años mayores en Vitalidad (Lyons, Lo y Littlepage, 1994; Tarlov, 1994). Es decir, el tabaco no sólo es responsable de que los fumadores mueran de media 7 años antes que los no fumadores, sino que los años de supervivencia son vividos en peores condiciones subjetivas de salud.

Tillmann y Silcock (1997) valoraron la Calidad de Vida Relacionada con la Salud mediante el cuestionario SF-36 y el EuroQol, en los exfumadores con más de 5 años de abstinencia y en los fumadores activos. Consideraron que cinco años era un tiempo prudencial para que disminuyeran los efectos deletéreos del tabaquismo sobre el aparato respiratorio y cardiocirculatorio. Aunque la comparación de medias para muestras independientes obtuvo diferencias significativas en todas las dimensiones del SF-36 y en el EuroQol, estas diferencias fueron pequeñas. Solamente las dimensiones Salud General, Vitalidad y Salud Mental del SF-36 tuvieron diferencias superiores a 5 puntos (5,3, 5,4 y 5,1, respectivamente), y fueron las únicas dimensiones que mantuvieron la asociación con el consumo de tabaco en el análisis de regresión, después de proceder a un ajuste por características socioeconómicas.

Woolf, Rotchemich, Johnson y Marsland (1999) también utilizaron el cuestionario SF-36. Observaron diferencias estadísticamente significativas en todos los dominios del SF-36 entre los fumadores activos y los no fumadores activos en el momento de la encuesta, que incluía a los que nunca habían fumado y a quienes habían dejado de fumar. Sin embargo, en el análisis multivariado con ANCOVA (ajustado por características sociodemográficas y económicas) solamente se mantuvieron las diferencias en Salud General,

Salud Mental y en el Componente Sumario Mental. Estos autores realizan la asociación del tabaquismo activo con la peor salud mental, sugieren que la afectación en salud mental puede estar influida por problemas de ansiedad y depresión entre los fumadores a los cuales podría conducir el tabaquismo, o bien, que las personas con problemas de salud mental tendrían más dificultades para conseguir abandonar el hábito del tabaco.

Wilson, Parsons y Wakefield (1999) comunicaron que los fumadores tuvieron peores valoraciones que los no fumadores en todas las dimensiones del SF-36. Además observaron que el descenso en la valoración era mayor en los fumadores de gran consumo (más de 24 cigarrillos diarios) sobre los fumadores moderados, y en éstos sobre los fumadores de bajo consumo (menos de 15 cigarrillos diarios), de modo que la diferencia entre los fumadores de gran y de bajo consumo superaba los 5 puntos en todas las dimensiones excepto Función Física. Los exfumadores puntuaron peor que los nunca fumadores excepto en Función Social, Rol Emocional y Salud Mental. Estos autores también calcularon el tamaño del efecto del tabaquismo sobre los valores normativos poblacionales, que fue pequeño en los fumadores de bajo y medio consumo, acercándose en los fumadores importantes al efecto moderado en las dimensiones propias del componente mental y sobre todo en Salud General.

Sippel, Pedula, Vollmer, Buist y Osborne (1999) valoraron la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en una muestra de enfermos de asma bronquial de 15 a 55 años, mediante un cuestionario específico (el Asthma Quality of Life Questionnaire) y un cuestionario genérico (el SF-36). Mediante el primero se observaron peores valoraciones en Disnea y Humor en los fumadores que en

los no fumadores. Mediante el SF-36 los fumadores activos tuvieron peores percepciones de salud que los no fumadores en Función Física, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad y Salud Mental. Los exfumadores manifestaron peor valoración que los no fumadores en todas estas dimensiones y también en Rol Físico, aunque su Evolución Declarada de la Salud era mejor que la de los fumadores. En este estudio también compararon las percepciones de salud entre los asmáticos que declaraban estar expuestos al humo ambiental y los que no, con peores valoraciones en Disnea, Humor, Función Física, Dolor Corporal y Salud General, entre los expuestos. Sin embargo esta comparativa no excluyó a los fumadores activos y por lo tanto no refleja el impacto de la exposición pasiva entre aquellos asmáticos que no fumaban en la actualidad o que nunca habían fumado.

Manderbacka, Lundberg y Martikainen (1999) estudiaron la asociación de varias conductas de riesgo para la salud con la percepción de salud mediante una pregunta simple. Los fumadores y los exfumadores tuvieron una mayor probabilidad que los no fumadores de percibir su salud como mala, con OR que variaban según los modelos de ajuste de 1,45 a 1,67 para los exfumadores y de 1,37 a 1,81 para los fumadores. No identificaron diferencias entre los exfumadores y los fumadores activos.

Taira y cols. (2000) evaluaron a 1432 pacientes con coronariopatía que habían sido tratados con revascularización coronaria percutánea. Diferenciaron a los pacientes en tres grupos según su relación con el consumo de tabaco: pacientes que fumaban y siguieron fumando después de la intervención, aquellos que fumaban pero dejaron de fumar tras la intervención y los que ya no fumaban previamente. En la valoración efectuada a los 6 meses tras el

procedimiento, los fumadores activos consiguieron inferiores mejoras en todas las dimensiones del SF-36 que los otros dos grupos, alcanzando diferencias entre 6 y 16 puntos. Aunque las diferencias entre las evaluaciones de los fumadores activos con los otros dos grupos disminuyeron a los 12 meses de seguimiento, estas diferencias persistieron significativas y se hallaban entre 4 y 7 puntos en todas las dimensiones menos en Rol Emocional y Dolor Corporal, en la comparación con los no fumadores previos, y sólo se mantuvieron en Función Física, Función Social y Salud Mental, en la comparación con los pacientes que dejaron de fumar tras la intervención. El análisis multivariado se realizó ajustando por características demográficas, comorbilidad, aspectos clínicos de la coronariopatía y la situación basal de percepción de salud. En la discusión los autores comentan que este decremento de 4 a 7 puntos en una dimensión del SF-36 equivale al efecto ocasionado por cinco años más de edad.

Holmen, Barret-Connor, Holmen y Bjermer (2000), realizaron una investigación transversal con estudiantes de 13 a 18 años de edad en Noruega. Los participantes contestaron a la pregunta “¿cómo es tu salud ahora?” y respondieron con una apreciación de mala salud un 6% de los chicos y un 8% de las chicas no fumadores, y un 23% y 30% de los respectivamente chicos y chicas fumadores.

Brønnum-Hansen y Juel (2001) utilizaron datos de una cohorte danesa para establecer que los fumadores de gran consumo (definidos por un consumo de más de 15 g de tabaco diarios) perdían en su expectativa de vida saludable 12,2 años en el caso del varón y 12,6 años en el caso de la mujer si tenían una edad alrededor de los 20 años, y unos 4,8 años en hombres y 5,6 años en

mujeres si ya tenían una edad alrededor de los 65 años, en comparación con la expectativa de vida saludable de los no fumadores. Por otra parte, los jóvenes de 20 años catalogados como fumadores de gran consumo tenían una reducción en su expectativa de vida en un poco más de 7 años respecto a quienes nunca habían fumado.

Mulder, Tjihuis, Smit y Kromhout (2001) recogieron valoraciones de calidad de vida de 4.348 hombres y 5.312 mujeres de una edad comprendida entre 20 y 59 años, integrantes de una muestra de la población general holandesa sin historia de enfermedades crónicas relacionadas con el tabaco. Los fumadores activos tuvieron peores puntuaciones en las 8 dimensiones del RAND-36 (una adaptación del SF-36) que los no fumadores, y peores puntuaciones en todas las dimensiones, menos en Dolor Corporal, que los exfumadores. Las diferencias fueron estadísticamente significativas pero pequeñas, de modo que sólo Rol Emocional y Salud Mental llegaron a alcanzar diferencias de 5 o más puntos en las comparaciones. La calidad de vida disminuía entre los fumadores que consumían más cigarrillos diariamente.

Shaw, Coons, Foster, Leischow y Hays (2001), observaron los cambios que sucedían alrededor de un mes en las dimensiones del SF-36 en un grupo de fumadores que intentaron la retirada del tabaco. Comparado con quienes no consiguieron permanecer un día sin fumar, en los participantes que consiguieron abstinencias de 7 días o más (llegaron a entrar en Acción) se apreció mejor evolución en Salud General (aumentó 6,7 puntos), Vitalidad (aumentó 5,4), Salud Mental (se mantuvo estable mientras que descendió 7,8 puntos en los fumadores sin un día de abstinencia) y Componente Sumario

Mental (se mantuvo estable mientras que el grupo de comparación descendió 6,6 puntos).

Guallar-Castillón, Rodríguez-Artalejo, Díez-Gañán, Banegas, Lafuente y del Rey (2001), explotaron datos de la Encuesta Nacional de Salud de España de 1993, realizada en una población no institucionalizada de 16 años o más. Definieron la salud subóptima como la autotasaación de la salud de regular, mala o muy mala. Detectaron una mayor frecuencia de salud subóptima en los exfumadores y en los fumadores con un consumo superior a 10 cigarrillos diarios que en los no fumadores. La relación del tabaco con la salud subóptima variaba con la edad, de modo que en los menores de 25 años había una relación dosis-respuesta positiva con mayor frecuencia de salud subóptima a mayor consumo de cigarrillos; de los 25 a los 44 años esta relación sólo aparecía a partir de los 10 cigarrillos diarios, mientras que con consumos inferiores tenían incluso mejor salud percibida que los no fumadores; de los 45 a los 64 no existía una clara relación; y en los de 65 años o más había una relación dosis-respuesta negativa, con menos salud subóptima entre los más fumadores y una mayor frecuencia de salud subóptima en los exfumadores, puede que debido a la disminución del consumo o al abandono del tabaco en quienes percibían mala salud.

En otro trabajo, Díez-Gañán, Guallar-Castillón, Banegas, Lafuente, Fernández, González y Rodríguez-Artalejo (2002) explotaron datos de la Encuesta Nacional de Salud de España de los años 1993, 1995 y 1997, realizada en una población no institucionalizada de 16 años o más, con una muestra de 13.674 hombres y la exclusión de la muestra femenina. Definieron de nuevo la salud subóptima como la autotasaación de la salud de regular, mala o muy mala. Los

hombres exfumadores tuvieron un mayor porcentaje (39%) de salud subóptima que los nunca fumadores (22.1%) y los fumadores activos (23.8%), aunque también tenían mayor edad y una mayor frecuencia de enfermedades crónicas. En el análisis ajustado los exfumadores tuvieron una odds ratio para salud subóptima superior a los fumadores activos cuando su carga tabáquica era superior a 13 paquetes/año, pero la odds ratio fue inferior con menos de 13 paquetes/año. Limitándose posteriormente a la muestra de 2588 exfumadores observaron que la odds ratio cruda aumentaba con la duración y la cantidad de tabaco consumido, pero después de ajustar por factores de confusión y tiempo sin fumar, la frecuencia de salud subóptima se asoció con los años de duración del tabaquismo y no con los cigarrillos diarios fumados.

Zillich, Ryan, Adams, Yeager y Farris (2002) realizaron un seguimiento dentro de un programa de cesación tabáquica. A los 3 meses del abandono del consumo de tabaco había una clara mejoría en Vitalidad y en Autocontrol respecto a los valores basales. En Salud Mental se observó un descenso a las 2 semanas del abandono del consumo de tabaco, con un posterior incremento significativo en la valoración a los 3 meses. La muestra de este estudio es muy baja ya que sólo 11 personas permanecieron en el seguimiento a los 3 meses.

Yin Ho, Hing Lam, Fielding y Janus (2003) estudiaron una muestra de la población de Hong Kong con una edad entre 25 y 74 años. Los que reportaron con mayor frecuencia mala salud percibida fueron los exfumadores (11% si hombres y 18% si mujeres), seguidos por los fumadores activos (6% en hombres y 15% en mujeres) y los no fumadores (4 y 8%). Un estudio multivariado focaliza estas diferencias en la franja de edad de 60 a 74 años.

Schmitz, Kruse y Kugler (2003) explotaron los datos de una encuesta nacional estratificada en Alemania que incluyó población de 18 a 65 años. Observaron que los fumadores con mayor dependencia a la nicotina obtuvieron peores valoraciones en todas las dimensiones del SF-36, excepto en Función Física, que los fumadores con menor dependencia a la nicotina y que los nunca fumadores. Los exfumadores fueron excluidos del análisis. Las mayores diferencias (alrededor de 7 puntos) se obtuvieron en las dimensiones del Componente Mental. En este estudio los participantes nunca fumadores puntuaron muy ligeramente peor que los fumadores con menor dependencia a la nicotina, lo cual podría ser atribuible al hecho que los nunca fumadores tenían un 9% más de personas con una enfermedad crónica que los fumadores con baja dependencia.

Riise, Moen y Nortvedt (2003) utilizaron el SF-12 para valorar la Calidad de Vida en una muestra de ambos sexos de una región de Noruega, con edades comprendidas entre los 40 y los 47 años. Habían ligeras diferencias en el Componente Sumario Físico y en el Componente Sumario Mental, con 1,5 puntos menos en los fumadores activos respecto a los exfumadores y a los nunca fumadores. Estas diferencias se incrementaban a medida que aumentaba el número de cigarrillos diarios que fumaban, de modo que alcanzaba los 4 ó 5 puntos si fumaban más de un paquete diario y hasta los 8 puntos si fumaban más de 30 cigarrillos diarios.

Gulliford, Sedgwick y Pearce (2003) estudiaron una población de diabéticos tipo I y tipo II del sudeste de Londres, con un 16% de fumadores activos y un 31% de exfumadores. Los fumadores tuvieron peores valoraciones en todas las dimensiones del SF-36, excepto Dolor Corporal, que los no fumadores, con

diferencias entre los 5 y los 10 puntos. Los exfumadores tuvieron valores intermedios, pero solamente Función Física fue significativamente inferior que en los no fumadores.

Baddini, Asis, Oliveira, Terra, Alves y Luiz (2004) se plantearon la posibilidad de que las diferencias en salud percibida se debieran a enfermedades relacionadas con el tabaquismo no reconocidas o a otras comorbilidades. Por ello, escogieron una muestra de estudiantes sanos de menos de 26 años, sin enfermedad crónica conocida ni consumo de medicamentos o drogas ilegales. Se consideró fumador al estudiante que hubiera fumado al menos un cigarrillo diario durante el último mes. La media de edad fue de 20,5 años, con una media de consumo acumulado de 1,7 paquetes-año. Observaron un deterioro en las dimensiones del SF-36 Función Física, Salud Mental, Vitalidad, y con mayor intensidad en Función Social y Salud General, en los fumadores respecto a los no fumadores. Había un mayor porcentaje de consumidores de alcohol entre los fumadores pero este consumo de alcohol no influyó en el resultado. La percepción de Salud no estuvo relacionada con la cantidad de cigarrillos diarios consumidos, a diferencia de lo observado en los fumadores participantes en otros estudios.

Østbye y Taylor (2004) calcularon los Años de Vida Saludable en una población de mediana edad en el momento del reclutamiento (de 50 a 65 años) mediante un seguimiento de 8 años con medidas simples de Salud Percibida cada dos años. Observaron que los fumadores de mayor consumo perdieron de 2 a 3 Años de Vida Saludable en el caso de los varones, y de 1 a 2 en el caso de las mujeres, en comparación con los nunca fumadores. En el caso de los fumadores de bajo consumo la pérdida de Años de Vida Saludable oscilaba

alrededor de 2 en varones y de 1 en mujeres. Los exfumadores con menos de 3 años desde el abandono del consumo de tabaco experimentaban una mayor pérdida de Años de Vida Saludable que los fumadores de bajo consumo, y este índice no se igualaba en los exfumadores y en los participantes que nunca habían fumado hasta los 15 años del abandono. Para valorar estos resultados hemos de recordar que los participantes ya han vivido hasta los 50 ó 60 años, y que sus expectativas de vida (y de vida saludable) son limitadas.

Garces, Yang, Parkinson, Zhao, Wampfler, Ebbert y Sloan (2004) siguieron una cohorte de supervivientes de cáncer de pulmón. La valoración simple de la Calidad de Vida mostró una respuesta progresiva siendo peor entre los fumadores activos en el momento del diagnóstico que persistieron fumando, seguido por quienes abandonaron el consumo, los exfumadores previos al diagnóstico y finalmente los no fumadores. Los autores realizaron un estudio comparativo entre los fumadores persistentes y los nunca fumadores, pero no entre los fumadores persistentes y aquellos fumadores activos que dejaron de fumar después del diagnóstico.

Bellido-Casado, Martín-Escudero, Dueñas-Laita, Mena-Martín, Arzúa-Mouronte y Simal-Blanco (2004) no encontraron diferencias con significación estadística entre los fumadores, exfumadores y no fumadores en un estudio transversal mediante el cuestionario SF-36 en una muestra de Valladolid, aunque en ocasiones los exfumadores superaban en 5 puntos a uno de los otros grupos. La tendencia observada fue que los exfumadores tenían mejor salud percibida que los fumadores y estos, a su vez, que los no fumadores, hallazgos que según los autores pueden deberse al bienestar psicológico de los exfumadores al liberarse de un hábito tóxico, y al mayor nivel de educación y clase social

que tenían los fumadores. La comparación del tamaño del efecto respecto a los valores normativos mostró en los fumadores una peor percepción de salud de tamaño pequeño en Dolor Corporal, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud General. En los no fumadores un efecto pequeño en Dolor Corporal, Vitalidad, Rol Emocional y Salud General. En los exfumadores se identificó un efecto pequeño sólo en Dolor Corporal y Salud General.

Erickson, Thomas, Blitz y Pontius (2004), estudiaron una pequeña muestra con participantes de un programa de cesación tabáquica. Mediante el Smoking Cessation Quality of Life Questionnaire, que incluye todo el cuestionario genérico SF-36 y cinco dimensiones más específicas para el cese del tabaco, valoraron los cambios que se producían en una semana de abstinencia. Observaron una mejoría en Salud General del SF-36, una mejoría en Autocontrol, y empeoramientos en Función Cognitiva y en Ansiedad.

Rius, Fernández, Schiaffino, Borràs y Rodríguez-Artalejo (2004) seleccionaron 2261 adolescentes entre 16 y 18 años de una muestra nacional española con datos obtenidos de tres encuestas transversales realizadas en los años 1993, 1995 y 1997. No se analizaron los fumadores ocasionales ni los exfumadores. Los fumadores comunicaron peor salud percibida que los no fumadores, con OR de 2 (IC:1,4-3) en las chicas y de 1,8 (IC: 1,2-2,7) en los chicos, sin diferencias entre ambos en el uso de los servicios de salud.

Mitra, Chung, Wilber y Walker (2004) evaluaron una población de adultos con discapacidad física mediante un SF-36 adaptado. Los fumadores activos puntuaron peor que los no fumadores activos en Dolor Corporal, Vitalidad, Salud Mental, Rol Emocional y Salud General con diferencias de 10 a 13 puntos. Los fumadores que abandonaron el consumo de tabaco mejoraron en

todas las dimensiones menos en Función Física, aunque el cambio sólo alcanzó significación estadística en Salud Mental, Rol Emocional, Rol Físico y Salud General. La comparación evolutiva con los fumadores activos indicó una mayor probabilidad de mejora en quienes abandonaron el tabaco en Vitalidad, Salud Mental y Salud General.

Croghan, Schroeder, Hays, Eberman, Patten, Berg y Hurt (2005) seleccionaron a personas que se habían mantenido abstinentes durante todo un año y a personas que no habían conseguido mantenerse abstinentes durante toda una semana, después de recibir los servicios de un centro de deshabituación tabáquica. En la valoración inicial la percepción de salud fue baja en todas las dimensiones en ambos grupos (valores inferiores a 50 puntos), aunque ligeramente mejor (alrededor de 4 puntos) en los futuros abstinentes en el Componente Sumario Físico, Función Física, Dolor Corporal y Salud General. Los participantes que se mantuvieron sin fumar experimentaron al año una mejora significativa en Función Social, Rol Emocional, Rol Físico, Salud General y en el Componente Sumario Mental, así como una mejora con tendencia a la significación en Salud Mental y Función Física.

Strine, Okoro, Chapman, Balluz, Ford, Ajani y Mokdad (2005) explotaron los resultados de una encuesta multiestatal en USA valorando diversas dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud mediante nueve preguntas simples. Los fumadores activos tenían una mayor probabilidad de mala salud percibida en todas las dimensiones que los no fumadores, con OR ajustados que oscilaban de 1,3 a 2,3. De manera similar, los fumadores activos tenían una mayor probabilidad de mala salud percibida que los exfumadores en todas las dimensiones excepto en Distrés Físico y Limitación de la Actividad.

Por su parte los exfumadores tenían mayor probabilidad de mala salud percibida que los no fumadores en Salud General, Distrés Físico, Distrés Mental, Dolor y Síntomas Depresivos.

Wiggers, Oort, Peters, Legemate, de Haes y Smets (2006) reclutaron fumadores de al menos 5 cigarrillos diarios con enfermedad aterosclerótica, afectados por enfermedad arterial coronaria o por enfermedad arterial periférica, que entraron en un programa de deshabituación tabáquica que ofrecía sólo tratamiento nicotínico sustitutivo o con un programa educativo añadido, según aleatorización. Se declaró abstinente al participante que declaraba no estar fumando desde hacía una semana en los cuestionarios enviados a los 2, 6 y 12 meses de la intervención. A los 12 meses continuaban fumando el 79% de los 159 participantes que seguían en el estudio (un 46 % de los 343 que lo iniciaron). Los resultados obtenidos difieren de lo observado previamente en la literatura, ya que existió una mejora en la Calidad de Vida en el componente Físico y Mental de manera progresiva tras la entrada en el programa, pero que no tuvo ninguna relación con el estado de tabaquismo de los integrantes de la muestra. Otro resultado de este estudio de intervención fue un peor Componente Mental entre quienes recibieron el programa educativo que en el grupo control.

Laaksonen, Rahkonen, Martikainen, Karvonen y Lahelma (2006) estudiaron una amplia muestra con predominio femenino y de mediana edad (entre 40 y 60 años). No hubo diferencias significativas entre los exfumadores y los no fumadores de ambos sexos. La comparación entre los fumadores activos y los no fumadores detectó peores valoraciones de los fumadores en las dimensiones del Componente Mental y en el Componente Sumario Mental en

ambos sexos, excepto Rol Emocional en los varones. En los varones también se detectó peor percepción en el Componente Sumario Físico, Función Física y Salud General, y en las mujeres en Salud General. Sin embargo, todas las diferencias detectadas fueron pequeñas, generalmente inferiores a 5 puntos, y con un tamaño del efecto calculado pequeño o inexistente.

Quist-Paulsen, Bakke y Gallefoss (2006) siguieron a una cohorte de 240 fumadores admitidos tras un episodio de cardiopatía coronaria con infarto de miocardio, angina de pecho inestable o cirugía de pontaje coronario, que fueron aleatorizados a un programa de cesación tabáquica o como controles. Utilizaron un cuestionario de calidad de vida específico para coronariopatías denominado CAST QoL. No encontraron diferencias significativas entre los participantes que no fumaban al año de seguimiento y aquellos que continuaban fumando, en ninguna de las dimensiones del cuestionario de calidad de vida, ni en la encuesta basal ni en la realizada al cabo de un año. Los participantes que dejaron de fumar sólo mostraron mejoría en la dimensión de Satisfacción con la Vida.

Balfour, Cooper, Kowal, Tasca, Silverman, Kane y Garber (2006) estudiaron la Calidad de Vida en personas infectadas por el virus de la hepatitis C, con diferentes grados de afectación hepática. Los fumadores activos expresaron peores percepciones en Salud General, Vitalidad, Dolor Corporal y Salud Mental que los no fumadores, y puntuaron peor que la población normativa en todas las dimensiones del SF-36. Al detectar un alto porcentaje de depresión (61%) con una gran influencia sobre la Calidad de Vida realizaron nuevas comparaciones por subgrupos según la presencia de depresión y consumo de tabaco. Los sujetos no deprimidos y no fumadores sólo puntuaron por debajo

de los valores normativos en Función Física, pero los no deprimidos y fumadores siguieron con valores inferiores a los normativos en Función Física, Rol Físico, Salud General, Vitalidad y Función Social.

Mody y Smith (2006) explotaron los resultados de una encuesta nacional multiestatal en USA valorando aspectos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud mediante cuatro preguntas simples. Los fumadores activos respecto a los no fumadores tenían una probabilidad de mala Salud General 1,6 veces mayor, de mala Salud Física de 1,6 veces mayor, de mala Salud Mental de 2 veces mayor y de Limitación Actividad de 1,8 veces superior. Las OR de los exfumadores respecto a los no fumadores para estos ítems oscilaron de 1,2 a 1,3. Entre los exfumadores el porcentaje de personas que declararon mala Salud General y la media de días con mala Salud Física y con Limitación de Actividad fue similar a la de los fumadores, pero con una media de días con mala Salud Mental cercana a la de los no fumadores, en los resultados no ajustados.

Castro, Oliveira, Miguel y Araujo (2007) valoraron la Calidad de Vida mediante el World Health Organization Quality of Life Instrument – Bref en 276 fumadores, observando peores puntuaciones en las cinco dimensiones del instrumento (psicológica, física, social, ambiental y global) cuanto mayor era la dependencia a la nicotina, la cual fue medida con el test de Fagerström y clasificada como ligera, moderada y alta.

Cayuela, Rodríguez-Domínguez y Otero (2007) seleccionaron varones fumadores de más de 30 años, sin enfermedades conocidas, y los emparejaron con no fumadores sanos. Los fumadores tuvieron peores valoraciones en todas las dimensiones del SF-36 que los no fumadores, de promedio unos 10 puntos

menos, con una diferencia de hasta 14 puntos en Rol Emocional y de sólo 4 puntos en Función Física. No comentamos los resultados estadísticos porque aplicaron la prueba de Wilcoxon para grupos relacionados a pesar de tratarse de grupos independientes. En comparación con los valores normativos los fumadores presentaron en promedio 12 puntos menos en el global de las dimensiones del SF-36.

Sarna, Bialous, Cooley, Jun y Feskanich (2008) estudiaron datos de dos cohortes de enfermeras de ámbito multiestatal en USA. Las enfermeras fumadoras tuvieron peores valoraciones en todas las dimensiones del SF-36 y en los dos Componentes Sumario que las no fumadoras, y se observó una asociación negativa con el número de cigarrillos diarios fumados. Las exfumadoras tuvieron peores valoraciones en el Componente Sumario Mental y en todas las dimensiones del SF-36, excepto en Vitalidad que era mejor, que las no fumadoras, y se observó una asociación positiva con el tiempo de abandono del tabaco. Al realizar un seguimiento de las enfermeras fumadoras con un control a los 8 años, todas ellas empeoraron en las dimensiones del componente físico y mejoraron en las dimensiones del componente mental, con el lógico reflejo en ambos Componentes Sumarios, sin diferencias entre las enfermeras que dejaron de fumar y aquellas que siguieron fumando, excepto una ligera mayor mejoría mental en las que dejaron de fumar.

Heikkinen, Jallinoja, Saarni y Patja (2008) evaluaron una amplia muestra de 6166 sujetos en Finlandia mediante un cuestionario llamado 15D, y observaron que los fumadores tenían inferiores valoraciones en Calidad de Vida Relacionada con la Salud que los no fumadores, y en menor grado que los

exfumadores. Las diferencias fueron muy pequeñas, de escasa significación clínica, aunque con significación estadística.

Strandberg, Strandberg, Pitkälä, Salomaa, Tilvis y Miettinen (2008) valoraron la mortalidad y la calidad de vida de los supervivientes 26 años después de registrar su consumo de tabaco. En comparación con los fumadores de más de 20 cigarrillos diarios, los no fumadores vivieron un promedio de 10 años más, y los supervivientes manifestaban mejores percepciones de salud en Función Física (13,7 puntos de diferencia), Rol Físico (11,7 puntos de diferencia), Salud General, Vitalidad, Dolor Corporal y en el Componente Sumario Físico.

McClave, Dube, Strine y Mokdad (2009) explotaron los datos de una encuesta en USA que valoraba la Salud Percibida mediante nueve preguntas simples. Como novedad los fumadores activos fueron separados en dos grupos, los no cesantes, que no hicieron ningún intento durante el año previo para dejar el tabaco, y los cesantes sin éxito, que estuvieron al menos un día sin fumar durante el año previo con la intención de abandonar el consumo. Tomando como referencia a los no cesantes los no fumadores tuvieron menor probabilidad de Insatisfacción con la Vida, Síntomas Depresivos, Síntomas de Ansiedad y Trastornos del Sueño. Los exfumadores tuvieron menor probabilidad de Insatisfacción con la Vida y de Síntomas Depresivos. Los cesantes sin éxito tuvieron, en cambio, más probabilidad que los no cesantes de comunicar Distrés Físico (OR ajustada de 1,8), Distrés Mental (OR ajustada de 2,2) y Dolor (OR ajustada de 1,8). Sin embargo, al realizar un análisis estratificado por sexos el aumento de probabilidad en estas tres percepciones de salud se perdió en los varones y aumentó en las mujeres.

Pisinger, Toft, Aadahl, Glümer y Jørgensen (2009), valoraron mediante el SF-12 la percepción de salud mental y física en población general danesa según los estilos de vida. Los no fumadores tuvieron mejor percepción de salud mental y física que los exfumadores, y éstos a su vez que los fumadores activos. Sin embargo, durante un seguimiento de 5 años no observaron modificaciones significativas de las percepciones de salud según el estado de tabaquismo, lo cual implicaba que no mejoraba más la percepción de salud entre los que permanecían abstinentes o entre quienes se incorporaban a la abstinencia (dejaban de fumar) que entre los fumadores activos.

Guitérrez-Bedmar, Seguí-Gómez, Gómez-Gracia, Bes-Rastrollo y Martínez-González (2009), analizaron transversalmente el estado de fumador con la calidad de vida medida con el SF-36, en una cohorte de graduados universitarios sin patología relacionada con el tabaco. Detectaron diferencias estadísticamente significativas en varias dimensiones entre los grupos (no fumador, exfumador, fumador de menos de 15 cigarrillos diarios, fumador entre 15 y 24 cigarrillos, fumador de más de 25 cigarrillos diarios), pero que sólo superaban los 5 puntos de diferencia, que definía la significación clínica, en Salud General y Rol Emocional en el grupo fumador entre 15 y 24 cigarrillos diarios, y en Salud General y en las cuatro dimensiones del componente mental (Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental) en el grupo de mayor consumo de cigarrillos. El seguimiento durante cuatro años de la cohorte permitió clasificarlos en fumadores activos, abandonadores recientes e iniciados recientes, y observar en la comparación peores valoraciones en los fumadores activos en Salud General y Rol Emocional, aunque sólo con significación clínica en este último.

En conclusión, aunque se aprecia una heterogeneidad en los resultados, en la mayoría de los estudios los fumadores activos tenían peores percepciones de salud que los no fumadores, lo cual era más evidente en los fumadores de mayor cantidad de cigarrillos. Los exfumadores suelen estar en una situación intermedia entre fumadores y no fumadores y, en ocasiones se igualan a los fumadores o a los no fumadores, o llegan incluso a expresar una peor salud percibida.

Aunque se ha descrito que la asociación de mala salud percibida con el consumo de tabaco se mantiene después de realizar ajustes con la presencia de problemas de salud objetivos y con el grado de limitación funcional, a diferencia de lo que sucede con otras conductas de riesgo como el consumo de alcohol y la escasa práctica de ejercicio físico (Manderbacka y cols., 1999), es probable que la intensidad de la afectación objetiva de la salud contribuya a estas variaciones.

Tabla 3.1: Principales características de algunos estudios sobre Calidad de Vida y Tabaquismo

Autor (Año)	Muestra	Medición CVRS	Ajustes y significación	Resultados
Lyons y cols. 1994	825 UK	SF-36 (Transv.)	Edad, sexo, alcohol, grupo social	Peor FF, DC, SG y VT en alguna vez fumadores que en nunca fumadores
Tillmann y cols. 1997	1665 UK	SF-36 EuroQol (Transv.)	Edad, sexo, educación, economía	Peor SG, VT y SM en fumadores activos que en exfumadores
Wolf y cols. 1999	837 USA	SF-36 (Transv.)	Variables demográficas y socioeconómicas	Peor SG, SM y CSM en fumadores activos que en no fumadores activos
Wilson y cols. 1999	3010 Australia	SF-36 (Transv.)	Variables demográficas y socioeconómicas	Peores valoraciones en todas las dimensiones en fumadores que en no fumadores, con mayor deterioro en el fumador de mayor consumo
Sippel y cols. 1999	619 USA Asmáticos	SF-36 AQLQ (Transv.)	Edad, sexo, datos clínicos	Peor FF, SG, VT, DC y SM en fumadores activos que en no fumadores
Manderbacka y cols. 1999	5036 Suecia	Pregunta simple (Transv.)	Edad, sexo, otros factores de riesgo, problemas de salud y limitación funcional	Mayor probabilidad de mala salud percibida en los fumadores y exfumadores respecto a los no fumadores
Taira y cols. 2000	1432 USA Post-RCP	SF-36 (Longit.)	Variables clínicas y demográficas	Menor mejoría a los 6 meses en las 8 dimensiones del SF-36 en fumadores activos que en no fumadores activos
Holmen y cols. 2000	4267 Noruega. Edad de 13 a 18 años	Pregunta simple (Transv.)	No ajustes	La probabilidad de mala salud percibida en los fumadores respecto a los no fumadores era de 4,5 en chicos y de 5 en chicas
Brønnum-Hansen y Juel 2001	5811 Dinamarca	Pregunta simple (Longit.)	No ajustes	Expectativa de pérdida de años de vida saludable en jóvenes de 20 años si fumadores importantes, de unos 12 años respecto a los nunca fumadores
Mulder y cols. 2001	9660 Holanda	RAND-36 (Transv.)	Edad, sexo y nivel educación	Fumadores peor que no fumadores en todas las dimensiones (sobre todo del componente

				mental), y peor que exfumadores en todas menos DC
Shaw y cols. 2001	140 USA Fumadores	SF-36 (Longit.)	No ajustes	Mejor evolución en 1 mes en SG, VT, SM y CSM en abstinentes durante más de 7 días que en no abstinentes
Guallar-Castillón y cols. 2001	19573 España	Pregunta simple (Transv.)	Variables demográficas, socioeconómicas, enfermedad crónica y hábitos de vida	Peor salud percibida en los exfumadores y en los fumadores con consumo superior a 10 cigarrillos día que en no fumadores
Díez-Gañan y cols. 2002	13674 España Hombres	Pregunta simple (Transv.)	Variables demográficas, socioeconómicas, enfermedad crónica y hábitos de vida	Peor salud percibida en los exfumadores con una carga tabáquica mayor a 13 paquetes/año, que en los fumadores activos
Zillich y cols. 2002	11 USA Fumadores	SCQoLQ (Longit.)	No ajustes	A los 3 meses del abandono del tabaco hay mejoría en VT y autocontrol. SM mejora después de descenso inicial
Yin Ho y cols. 2003	6117 Hong Kong	Pregunta simple (Transv.)	Variables demográficas, socioeconómicas y hábitos de vida	Peor salud percibida en los exfumadores, y en menor medida en los fumadores activos, que en los no fumadores.
Schmitz y cols. 2003	3288 Alemania	SF-36 (Transv.)	No ajustes	Peor valoración en todas las dimensiones del SF-36, excepto FF, sólo en los fumadores con mayor dependencia a la nicotina
Riise y cols. 2003	19662 Noruega	SF-12 (Transv.)	No ajustes	Peor CSF y CSM en fumadores activos, con mayor descenso al aumentar el consumo de cigarrillos diarios
Gulliford y cols. 2003	1415 UK Diabéticos	SF-36 (Transv.)	Variables demográficas y socioeconómicas; tipo y duración de diabetes	Peor valoración en todas las dimensiones del SF-36, excepto DC, en los fumadores activos
Baddini y cols. 2004	174 Brasil Jóvenes de < 26 años	SF-36 (Transv.)	Consumo de alcohol	Peor FF, VT y SM, y sobre todo peor FS y SG en fumadores respecto a no fumadores
Østbye y Taylor 2004	12652 USA Edad de 50 a 65 años	Pregunta simple (Longit.)	Variables sociodemográficas, IMC, ejercicio y consumo de alcohol	Pérdida de 1 a 3 años de vida saludable en los fumadores de gran consumo respecto a los no fumadores

Garces y cols, 2004	1028 USA Supervivientes de cáncer de pulmón	Pregunta simple (Longit.)	Edad, sexo, estadio de la enfermedad y tiempo de seguimiento	Peor valoración en fumadores persistentes, seguido de abstinentes recientes, exfumadores y nunca fumadores
Bellido-Casado y cols. 2004	265 España	SF-36 (Transv.)	Variables sociodemográficas, IMC y consumo de alcohol <i>NoE</i>	No diferencias significativas entre los fumadores, exfumadores y no fumadores
Erickson y cols. 2004	34 USA Fumadores	SCQoLQ (Longit.)	No ajustes	A la semana de cese del tabaco mejora SG y autocontrol, y empeora función cognitiva y ansiedad
Rius y cols. 2004	2261 España Edad de 16 a 18 años	Pregunta simple (Transv.)	Edad, año de la encuesta, nivel de educación del cabeza de familia	Peor percepción de salud en fumadores que en no fumadores
Mitra y cols. 2004	355 USA Discapacitados	SF-36 (Longit.)	Variables sociodemográficas y dependencia en actividades de la vida diaria	Mejoría evolutiva si abandono del tabaco frente a persistencia en SM, VT y SG
Croghan y cols. 2005	206 USA Fumadores	SF-36 (Longit.)	Valor basal, etapa del cambio y localización de la consulta	Mejoría evolutiva si abandono del tabaco frente a persistencia en CSM, RE, RF, FS y SG
Strine y cols. 2005	82918 USA	Preguntas simples (Transv.)	Variables sociodemográficas	Peor percepción de salud en los fumadores, en todos los ítems frente a no fumadores y en 7 de 9 ítems frente a exfumadores
Wiggers y cols. 2006	344 Holanda Ateroscleróticos fumadores	SF-36 Aquarel VascuQoL (Longit.)	Variables sociodemográficas y clínicas <i>NoE y NoC</i>	No diferencias en la evolución de la Calidad de Vida entre los abstinentes y los fumadores persistentes
Laaksonen y cols. 2006	8970 Finlandia	SF-36 (Transv.)	Edad y clase ocupacional <i>NoC en mujeres</i>	Pequeñas diferencias en dimensiones mentales y en algunas físicas entre fumadores activos y no fumadores. Sin diferencias entre exfumadores y no fumadores
Quist-Paulsen y cols. 2006	240 Noruega Afectados por coronariopatía	CAST QoL (Longit.)	Infarto o no, antecedente de coronariopatía y tener empleo. <i>NoE y NoC</i>	No diferencias entre fumadores y abstinentes a los 0 y 12 meses
Balfour y cols. 2006	123 Canadá Infectados por VHC	SF-36 (Transv.)	Variables sociodemográficas y clínicas	Peor SG, VT, DC y SM en fumadores activos que en no fumadores

Mody y Smith 2006	209031 USA	Preguntas simples (Transv.)	Variables sociodemográficas y comorbilidad	OR de mala salud percibida de 1,6 en fumadores y de 1,24 en exfumadores, con no fumadores como referentes
Castro y cols. 2007	276 Brasil	WHOQOL – Bref (Transv.)	No ajustes	Los fumadores con mayor dependencia a nicotina tienen peor salud percibida
Cayuela y cols. 2007	240 España Hombres > 30 años y sin enfermedad crónica	SF-36 (Transv.)	No análisis estadístico valorable	Peor valoración en todas las dimensiones del SF-36, en los fumadores que en no fumadores, pero diferencia en FF inferior a 5 puntos
Sarna y cols. 2008	158734 USA Mujeres enfermeras	SF-36 (Longit.)	Edad, IMC, actividad física, vivir solo y comorbilidad	Peor valoración en todas las dimensiones del SF-36, en los fumadores que en no fumadores. Ligera mayor mejoría en componente mental en quienes dejaron de fumar
Heikkinen y cols. 2008	6166 Finlandia	15 D (Transv.)	Edad NoC	Muy pequeñas diferencias, con peor valoración en fumadores que en no fumadores
Strandberg y cols. 2008	1658 Finlandia Hombres sanos	RAND-36 (Longit.)	Edad	Peor FF, RF, SG, DC, VT y CSF en fumadores de gran consumo que en no fumadores a los 26 años de seguimiento
McClave y cols. 2009	209031 USA	Preguntas simples (Transv.)	Variables sociodemográficas y comorbilidad	Peor Distrés Físico, Distrés Mental y Dolor en mujeres fumadoras que intentaron dejarlo que en fumadoras sin intento en el último año
Pisinger y cols. 2009	9292 Dinamarca	SF-12 (Longit.)	Edad, sexo y estado laboral	Peor salud percibida física y mental en los fumadores que en los exfumadores y que en los no fumadores
Guitérrez y cols. 2009	5106 España Graduados universitarios	SF-36 (Longit.)	Edad y sexo	Peor valoración en las dimensiones del componente mental y en SG en los fumadores con mayor consumo de cigarrillos. Mejor puntuación en SG y RE en quienes dejan de fumar

AQLQ: Asthma Quality of Life Questionnaire
Aquarel: Assessment of Quality of Life and Related Events Questionnaire
CSF = Componente Sumario Físico
CSM = Componente Sumario Mental
DC = Dolor Corporal
FF = Función Física
FS = Función Social
IMC: Índice de Masa Corporal
(Longit.): Longitudinal
NoC = No significación clínica de los resultados
NoE = No significación estadística de los resultados
RCP: Revascularización coronaria percutánea
RE = Rol Emocional
RF = Rol Físico
SCQoLQ: Smoking Cessation Quality of Life Questionnaire (incluye todo el SF-36)
SG = Salud General
SM = Salud Mental
(Transv.): Transversal
UK: Gran Bretaña
USA: Estados Unidos de América
VascuQoL: Vascular Quality of Life Questionnaire
VHC: Virus C de la Hepatitis
VT = Vitalidad
WHOQOL – Bref: World Health Organization Quality of Life Instrument – Bref

4. MODELO TRANSTEORICO DEL CAMBIO DE PROCHASKA, DICLEMENTE Y NORCROSS

4.1. INTRODUCCION

Desde el modelo transteórico de cambio se entiende que el abandono del consumo de tabaco se lleva a cabo a lo largo del tiempo mediante una serie de cambios cognitivos y conductuales. Durante este proceso se pasan diversas etapas, cada una de las cuales se caracteriza por el predominio de determinados pensamientos, actitudes y motivaciones. El modelo transteórico se obtuvo a partir de la búsqueda de principios comunes en el proceso de cambio para el abandono de las adicciones (Becoña y Vázquez, 1996a).

Un antecedente a este modelo se encuentra en el modelo de cambio en la conducta de fumar propuesto por Horn y Waingrow (1966), que contempla cuatro dimensiones: la motivación para el cambio, la percepción de la amenaza, el desarrollo y uso de mecanismos psicológicos alternativos, y los factores que facilitan o inhiben seguir con el refuerzo del consumo de tabaco. A efectos de esta revisión desarrollaremos sólo la segunda dimensión al ser la más relacionada con los objetivos de este trabajo. Así, respecto a la dimensión “percepción de la amenaza” los autores consideran que sigue cuatro etapas, que son: 1- conocimiento de la amenaza (fumar supone un peligro para la salud); 2- aceptación de la importancia de la amenaza (puede invalidar o matar); 3- relevancia de la amenaza (fumar puede afectar la propia salud); 4- susceptibilidad de la amenaza a la intervención (debe y puede dejarse el consumo de tabaco).

Actualmente, más de 40 años después de la formulación del modelo de Horn y Waingrow (1966), en nuestro país las dos primeras etapas están asumidas por casi todos los fumadores. El conocimiento de que el consumo de tabaco es perjudicial para la salud y puede matar ha llegado a todos los consumidores, y de hecho llega cada vez que compran una cajetilla de cigarrillos, aunque a menudo no lo comunican. Se ha observado que los fumadores sanos tienden a no expresar espontáneamente las consecuencias graves para la salud del tabaquismo, por negación, evitación o minimización de la amenaza (Planes, Font y Gras, 2000).

Los puntos clave, por lo tanto, se establecen en el salto a las dos últimas etapas, considerando que el perjuicio puede actuar, o ya está actuando, sobre nuestro cuerpo y/o mente, y que el mismo es evitable abandonando la adicción al tabaco.

4.2. ORIGEN E HISTORIA DE LAS ETAPAS DEL CAMBIO

La primera formulación del modelo transteórico del cambio la elabora Prochaska en el libro "*Systems of Psychotherapy*" en el año 1979 (Font-Mayolas, 2002), donde compara 18 sistemas de terapia para el abandono del consumo de sustancias, de donde procede el término "transteórico".

En este modelo se considera que el abandono del consumo de tabaco es un proceso que se realiza por medio de las denominadas etapas del cambio. Previamente se consideraba que el cambio ocurría de manera brusca, y sólo se contemplaba la presencia o ausencia del cambio, sin la opción de una gradación del mismo. Este hecho motivaba que los programas de

deshabitación se diseñaran para conseguir la abstinencia en pocas semanas, con la exigencia de alcanzar la acción y su posterior mantenimiento rápidamente para no ser catalogado como fracaso y etiquetado como falta de motivación para el cambio (Prochaska, Norcross y DiClemente, 1994).

Las etapas del cambio se han ido modificando en los sucesivos estudios realizados por el grupo de investigadores hasta alcanzar la configuración actual (Font-Mayolas, 2002). Antes de describir el modelo actual realizaremos un repaso histórico de estas modificaciones.

Inicialmente, los investigadores propusieron cinco etapas del cambio en el modelo: Precontemplación (no piensa dejar de fumar), Contemplación (piensa dejar de fumar), Toma de Decisión (decide dejar de fumar pero no lo intenta), Cambio Activo (deja de fumar) y Mantenimiento (a partir de las dos semanas de haber fumado el último cigarrillo) (Prochaska y DiClemente, 1983).

En un estudio posterior (Velicer, DiClemente, Prochaska y Brandenburg, 1985) utilizaron la siguiente clasificación de las etapas del cambio: Inmóviles (sin intención de dejar de fumar en un futuro próximo), Contempladores (fumadores con la intención de abandonar el consumo el próximo año), Recaídos (fumadores que habían dejado de fumar por lo menos 24 horas en los últimos 6 meses), Cesantes Recientes (llevan menos de 6 meses sin fumar) y Cesantes a Largo Plazo (llevan más de 6 meses sin fumar).

Más adelante, clasificaron a los participantes en las etapas que exponemos a continuación (Prochaska, Velicer, DiClemente y Fava, 1988): Precontemplación (fumadores sin intención de dejar el consumo de tabaco en un futuro próximo), Contemplación (fumadores que planean dejar de fumar en un futuro próximo), Acción (participantes que no fuman desde hace menos de 6 meses),

Mantenimiento (no fuman desde hace más de 6 meses) y Recaída (participantes que dejaron de fumar en los pasados 6 meses y que han vuelto a fumar).

Posteriormente (DiClemente, Prochaska, Fairhurst, Velicer, Velasquez y Rossi, 1991) clasificaron a los participantes fumadores activos en el estadio de Precontemplación (sin intención de dejar de fumar en los próximos 6 meses), Contemplación (con intención de dejar de fumar en los próximos 6 meses, pero no en los próximos 30 días) y Preparación (fumadores con intención de dejar de fumar en los próximos 30 días y que habían realizado un intento de abandono de más de 24 horas de duración en el pasado año). En este modelo se considera que 6 meses es el tiempo máximo en que un fumador puede plantearse un cambio de conducta de manera verosímil.

En un artículo publicado un año después (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992) mantuvieron cinco etapas del cambio: Precontemplación (sin intención de dejar de fumar en los próximos 6 meses), Contemplación (con intención de dejar de fumar en los próximos 6 meses, pero no en los próximos 30 días), Preparación (fumadores con intención de dejar de fumar en los próximos 30 días y que habían realizado un intento de abandono de más de 24 horas de duración en el pasado año), Acción (participantes que no fuman desde hace menos de 6 meses), y Mantenimiento (no fuman desde hace más de 6 meses). Posteriormente en el libro "Changing for good" (Prochaska, Norcross y DiClemente, 1994) añadieron la etapa Finalización, para describir el estado en que ya no se experimenta tentación para volver a la conducta adictiva. Aunque en este libro no incluyeron el requisito de haber realizado un intento de abandono de más de un día durante el último año para poder clasificar al

fumador como Preparado, y bastaba con expresar una intención de abandono en los próximos treinta días, en los estudios posteriores de aplicación del modelo sí lo exigieron, de modo que este criterio quedaría incluido en el modelo final. El hecho de no haber sido incluido en esta publicación ha facilitado que este requisito no sea de aplicación universal en la clasificación de la etapa Preparación y que existan grupos de trabajo seguidores del modelo que no lo usan (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria,1997) y manuales que no lo incluyen (Barrueco, Hernández y Torrecilla, 2003). La inclusión de un intento de abandono previo para permitir el estadiaje de Preparación ha sido objeto de críticas, que no encuentran justificación para su adición en el desarrollo del modelo teórico de los estados del cambio. Hay autores que consideran que la inclusión de un intento de abandono previo responde al propósito de mejorar el poder predictivo del modelo, pero que mediante esta definición un fumador nunca se podrá considerar “preparado” para su primer intento de abandono (Etter y Perneger,1999a).

4.3. CARACTERISTICAS DE LAS ETAPAS DEL CAMBIO

El proceso de abandono de la adicción no es siempre lineal hasta la consecución del objetivo, sino que está sujeto a retrocesos en las etapas de cambio, y es habitual que haya recaídas que trasladen a un sujeto desde la etapa de Acción o de Mantenimiento hasta etapas previas como la Preparación, la Contemplación o incluso la Precontemplación, de modo que alrededor del 15% ya no se plantean dejar de fumar después de una recaída

(Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992). Se han establecido cuatro grandes patrones de cambio: Estable (se mantienen en la misma etapa); Progresivo (cambio consecutivo de una etapa a la siguiente); Regresivo (movimiento hacia una etapa anterior) y Recíclico (estableciendo una o más vueltas a través de las etapas del cambio) (Prochaska y cols., 1992).

En el presente estudio seguiremos el modelo de 1994 (Prochaska y cols., 1994), pero manteniendo el criterio de un intento de abandono de más de 24 horas de duración en el pasado año incluido en el modelo de 1992 (Prochaska y cols., 1992). A continuación revisaremos las definiciones y algunas de las características de las etapas del cambio.

4.3.1. Etapa de Precontemplación

Se define por la ausencia de intención de abandono del consumo de tabaco en los próximos 6 meses.

Los Precontempladores tienden a no considerar su adicción al tabaco como un problema, más bien como un placer, y defienden su consumo como un derecho. Algunos de ellos están menos informados sobre las consecuencias del tabaco, o hacen lo posible para no creérselas y crear una duda que les permita contemporizar su consumo de tabaco con los perjuicios que se le suponen. Otros tan sólo consideran que estas consecuencias no les afectarán a ellos, o que ya lo dejarán "a tiempo". Hay quienes se justifican buscándole beneficios al tabaco, de modo que su abandono repercutiría nocivamente sobre su bienestar porque aumentarían de peso, o tendrían estreñimiento o estarían nerviosos, por ejemplo. También pueden mantenerse en la etapa de Precontemplación los fumadores que no tienen confianza en su capacidad para

abandonar el consumo de tabaco y se protegen no pensando en afrontar este reto. Los Precontempladores suelen responsabilizar de su problemática a factores que ellos no pueden controlar como la genética, la neurobiología de las sustancias adictivas, la familia o la sociedad (Prochaska y cols., 1994).

Esta etapa incluye cuatro subgrupos de personas atendiendo a sus planteamientos en los Pros y Contras del tabaquismo, dentro del Balance Decisional, y a las Tentaciones Situacionales, constructos que, junto a los Procesos del Cambio, forman parte del Modelo Transteórico del Cambio (Anatchkova, Velicer y Prochaska, 2006b). El grupo "Inmotivado" corresponde al perfil clásico del Precontemplador con altos Pros y Tentaciones para fumar y bajos Contras hacia el hábito de fumar. El grupo "Progresista" tiene los Pros y los Contras para fumar en un nivel similar, lo cual le plantea un conflicto cognitivo pero se mantiene sin intención de cambio por un alto nivel de Tentaciones para seguir fumando. El "Desenganchado o Libre tipo 1" tiene un perfil similar al "Inmotivado" pero con niveles más bajos en los Pros y en las Tentaciones para fumar. El "Desenganchado o Libre tipo 2" es un fumador Precontemplador que no percibe como importantes ni los Pros ni los Contras ni las Tentaciones para fumar, es decir podría permanecer sin fumar pero no se lo plantea porque no concede importancia a los efectos nocivos del tabaco (Anatchkova y cols, 2006b).

4.3.2. Etapa de Contemplación

Se define por una intención de abandono del consumo de tabaco en los próximos 6 meses, pero no en el próximo mes, o bien la intención de abandono

del consumo de tabaco en el próximo mes, pero sin haber realizado como mínimo un intento de abandono de más de 24 horas durante el último año.

Los Contempladores ya se plantean abandonar el consumo de tabaco, saben que quieren hacerlo, pero todavía no se sienten preparados para afrontarlo. Los pensamientos sobre los aspectos negativos de su hábito (sobre los perjuicios del tabaco) predominan sobre los pensamientos acerca de los aspectos positivos del mismo, aunque permanece establecida una confrontación entre los mismos. Se facilita el paso hacia la etapa de Preparación cuando el fumador dedica más esfuerzos a pensar en la solución que en el problema de su adicción. Sin embargo, existe la figura del llamado Contemplador Crónico (Prochaska y cols., 1994) que permanece en esta etapa durante largo tiempo sin llegar a progresar hacia la Preparación ni retroceder a la Precontemplación. Se mantiene en el pensamiento sin iniciar la acción por diversas causas, que pueden incluir la comodidad, el miedo al fracaso, o la escasa capacidad de sacrificio entre otras.

Esta etapa incluye cuatro subgrupos de personas atendiendo a sus planteamientos en los Pros y Contras del tabaquismo y a las Tentaciones Situacionales. El grupo "Contemplador Clásico" corresponde a una persona altamente tentada para fumar, sometida a un conflicto cognitivo porque se plantea niveles altos de los Contras, pero son superados por niveles todavía superiores de los Pros. El grupo "Contemplador Precoz" valora más los Pros del tabaquismo que los Contras, y expresa un nivel medio en las Tentaciones, con un perfil más similar al de Precontemplación que el mostrado por la mayoría de contempladores. El tercer grupo ha sido denominado "Progresista" y expresa un perfil parecido al de un fumador en estado de Preparación. El

“Progresista” tiene un nivel medio en las Tentaciones para fumar, y la característica más importante es que los Contras de fumar superan con claridad a los Pros, indicando que los sujetos ya están listos para realizar cambios en su estado. El último grupo es el “Desenganchado” con bajos niveles en los Contras, y sobre todo en los Pros y en las Tentaciones para fumar. Son fumadores de bajo consumo que no reconocen su conducta como un problema y que no muestran interés en dejar el tabaco (Anatchkova, Velicer y Prochaska, 2005).

4.3.3. Etapa de Preparación

En esta etapa existe la intención de abandono del consumo de tabaco en el próximo mes y se ha realizado al menos un intento de abandono de más de 24 horas durante el último año.

La etapa de Preparación, originalmente llamada de Toma de Decisión, se caracteriza por un planteamiento de pasar próximamente a la acción y por un antecedente de haberlo ya realizado durante un periodo superior a 24 horas durante los doce meses precedentes. Recordemos que cuando sólo se verbaliza esta intención de pronto abandono pero no han ocurrido hechos precedentes que corroboren dicha preparación se considera una etapa de Contemplación. El pensamiento está más centrado en las posibles soluciones que en el problema. Esta etapa puede ir acompañada de algún gesto que demuestre que “van en serio”, como disminuir la cantidad de cigarrillos (Prochaska y cols., 1992), o tirarlos a medio consumir, o fijar una fecha para el inicio de la Acción.

En la etapa de Preparación también se han identificado cuatro subgrupos de personas al estudiar las Tentaciones, los Pros y los Contras del tabaquismo. El grupo “Preparación Clásica” tiene valores altos de los Contras para fumar, pero también de los Pros y de las Tentaciones. El grupo “Progresista” muestra niveles medios de Pros y Tentaciones, pero los Contras para fumar son altos, por encima de los Pros. El grupo en “Preparación Precoz” también expresa valores medios de Pros, y un poco más elevados de Tentaciones, pero a diferencia del “Progresista” los Contras para continuar fumando son más bajos. El cuarto grupo es el “Desenganchado” con niveles medios en los Contra, y bajos niveles en los Pros, y sobre todo un nivel bajo en Tentaciones (Anatchkova, Velicer y Prochaska, 2006a).

4.3.4. Etapa de Acción

Cuando el fumador realiza abstinencia en el consumo de tabaco de un día a seis meses de duración.

En la etapa de Acción es donde se produce el abandono total del consumo de tabaco, la completa abstinencia. Significa un gran esfuerzo para el fumador que implica modificaciones del comportamiento y del entorno. Puede percibir síntomas y signos de abstinencia, tanto físicos como psíquicos, y debe luchar contra ellos sabiendo que los evitaría volviendo a coger el cigarrillo.

Para que esta etapa sea exitosa deben haberse integrado adecuadamente las modificaciones cognitivas y conductuales del proceso del cambio, y requiere un trabajo persistente para evitar la Recaída y continuar con el Mantenimiento.

4.3.5. Etapa de Mantenimiento

Se hallan en esta etapa aquellas personas que han mantenido abstinencia en el consumo de tabaco durante más de seis meses y menos de tres años.

Permanecer en la etapa de Mantenimiento implica la capacidad para mantenerse alejado del comportamiento adictivo (fumar tabaco) y el compromiso de prolongar su nuevo comportamiento. No es una etapa estática, sin cambio, sino que constituye la continuación del cambio iniciado, principalmente a través de la prevención de la recaída. Su duración puede ser objeto de discusión, algunos consideran que puede durar toda la vida.

4.3.6. Etapa de Finalización

En esta etapa se considera que el sujeto está curado y ya no experimenta tentación para volver a fumar independientemente de la situación ambiental en que se encuentre. Cuando se alcanza la Finalización se acaba la etapa de Mantenimiento. Como hemos comentado previamente la etapa de Mantenimiento puede tener una duración variable, en ocasiones muy prolongada, sin llegar a conseguir la Finalización. No está bien definida la duración de la abstinencia del consumo de tabaco para ser clasificado como exfumador en etapa de Finalización. Los autores del modelo calcularon que era necesario permanecer en Mantenimiento entre 3 o 4 años (Prochaska y cols., 1994), y en un trabajo sobre conocimiento de los efectos del tabaco sobre la salud según el estado de cambio, fueron clasificados en esta etapa los participantes que llevaban más de tres años sin fumar (Cohen, Pederson, Ashley, Bull, Ferrence y Poland, 2002). Otros autores, sin embargo, sitúan en cinco años sin fumar el límite para pasar de Mantenimiento a Finalización

(Becoña, 2000b). En este estudio hemos escogido 3 años de abstinencia continuada para considerar que una persona se halla en fase de Finalización. Pero, la recaída también es posible después de muchos años sin fumar, ya en fase de Finalización, por lo que esta fase no implica una finalización real y completa con total resolución de la adicción al tabaco, y marca tan sólo una cronología teórica en el proceso de curación.

4.4. EVALUACION DE LOS “PROS” Y DE LOS “CONTRAS” EN LAS ETAPAS DEL CAMBIO

Se han realizado estudios sobre la evaluación de los “pros” y de los “contras” tanto de la conducta de fumar como del cambio de conducta hacia el abandono de la adicción, en las distintas etapas del cambio de Prochaska. Se basan en una interacción entre el modelo de Prochaska que nos ocupa, y el modelo del “balance decisional” de Janis y Mann (1977), creadores de la Teoría del Conflicto. Aunque ya hemos descrito diferentes patrones dentro de algunos estadios, a continuación estableceremos la relación más habitual que se ha observado entre los diferentes estadios.

Los “pros” de fumar son valorados como más importantes en la Precontemplación y la valoración de su importancia disminuye progresivamente en la Contemplación y la Preparación, mientras que los “contras” de fumar son valorados como más importantes en la Preparación y disminuye la importancia que se les atribuye en la Contemplación y Precontemplación (DiClemente y cols., 1991).

En la fase de Contemplación es donde se produce el cruce entre la valoración de los “pros” de continuar fumando y los “contras” de hacerlo (Prochaska, Velicer, Rossi, Goldstein, Marcus, Rakowski, y cols., 1994), de modo que la importancia otorgada a los “contras” puede llegar a superar a los “pros”, a diferencia de lo que sucede en la etapa de Precontemplación.

Sin embargo en el estudio longitudinal de Etter y Perneger (1999b) con una muestra de fumadores suizos no se observaron diferencias en los “pros” de fumar entre los Precontempladores y los Contempladores, mientras que los Precontempladores valoraron más los “pros” de fumar que los Preparados. En cambio, los Precontempladores valoraban menos los “contras” de fumar que los Contempladores. Durante el seguimiento estos autores observaron que la progresión de Precontemplación a Contemplación y de Contemplación a Preparación estaba asociada a un significativo incremento en la valoración de los “contras” de fumar sin un claro descenso en la valoración de los “pros” de fumar. Al parecer, es la asimilación e integración de los perjuicios del tabaquismo quien promueve el cambio hasta la Acción, no la pérdida de la evaluación positiva (placentera, relajante, etc.) del consumo.

Si para pasar de Precontemplación a Contemplación o Preparación es necesario que dominen claramente los “pros” del cambio hacia el abandono de la adicción (que no debemos confundir con los “pros” del mantenimiento del consumo de tabaco que hemos comentado previamente), para pasar a la Acción es preciso disminuir la valoración de los “contras” hacia dicho abandono para poder enfrentarse a todos los aspectos negativos que se esperan encontrar en esta fase (Prochaska, Velicer, y cols., 1994). La puntuación más elevada en los “pros” de dejar de fumar se observa en la etapa

de Preparación, y la menor valoración de los “contras” del abandono aparece en la etapa de Mantenimiento (Dijkstra, De Vries y Bakker, 1996).

Los “pros” y los “contras” están en parte influidos por la información de que se dispone y analiza. En un estudio canadiense mediante encuesta telefónica se observó que los Precontempladores comunicaban un peor conocimiento en referencia a los efectos del tabaquismo sobre la salud, mientras que no existían diferencias entre los Contempladores y los Preparados. Los autores se plantearon que estos resultados podían expresar una verdadera ignorancia (con la necesidad de mensajes educativos para combatirla), una incredulidad (con necesidad de estrategias de educación sobre la salud) o una resistencia (entonces los esfuerzos informativos y educativos podían ser incluso contraproducentes) (Cohen y cols., 2002).

En una investigación realizada en Girona con una muestra de 144 fumadores y exfumadores se observó que el cruce de la valoración de “pros” y “contras” se produjo en la etapa con intención de cambio (unión de Contempladores y Preparados). Además, se identificó que en la etapa de Mantenimiento los exfumadores seguían valorando muy positivamente los beneficios que obtenían al fumar (Font-Mayolas, Planes, Gras y Sullman, 2007).

4.5. LOS PROCESOS DEL CAMBIO EN LAS ETAPAS DEL CAMBIO

Las etapas del cambio permiten situar actitudes, intenciones, creencias y comportamientos dentro de una dimensión temporal, y contestar a la pregunta de “cuándo” suceden las cosas. Los procesos del cambio constituyen la

segunda dimensión del modelo transteórico de Prochaska y cols. (1992), con ellos se puede comprender “cómo” suceden los cambios. Hay una integración entre los procesos del cambio y las etapas del cambio, de modo que en las diferentes etapas del cambio predominan ciertos procesos del cambio. Así, en la etapa de Precontemplación los procesos más relevantes son la Concienciación (con incremento de información sobre el problema y sobre uno mismo), el Alivio por Dramatización (experimentar y expresar sentimientos sobre los problemas propios y sus soluciones), y la Reevaluación Ambiental (evaluación sobre como los propios problemas afectan al entorno físico). En la etapa de Contemplación predomina la Autoevaluación (evaluación sobre los propios sentimientos y pensamientos respecto al problema). En la etapa de Preparación sigue la Autoevaluación y se añade la Autoliberación (escoger actuar, comprometerse y creer en la propia capacidad de cambio). Durante la etapa de Acción continua siendo importante la Autoliberación y se añaden cuatro procesos más que se mantendrán durante toda la etapa de Mantenimiento, que son el Autogobierno (vigilancia en los cambios por uno mismo o por otras personas), Relaciones de Ayuda (ser abierto y confiar los problemas), Contracondicionamiento (alternativas sustitutorias para la conducta de fumar) y Control de Estímulos (evitar o limitar los estímulos que facilitan el consumo de tabaco) (Prochaska y cols., 1992).

4.6. EPIDEMIOLOGIA DE LAS ETAPAS DEL CAMBIO

Con la intención de situar aproximadamente en qué estadio del cambio se suelen encontrar los fumadores, mencionaremos los resultados aportados por

Prochaska y cols. (1992), al revisar diversos estudios. Estos autores comunican que del 10% al 15% de los fumadores se sitúan como Preparados, del 30% al 40% como Contempladores y del 50% al 60% como Precontempladores. Estudios posteriores establecieron el porcentaje de precontempladores en un 40%, de contempladores también en el 40%, y de preparados en el 20% en población de USA (Velicer, Fava, Prochaska, Abrams, Emmons y Pierce, 1995), mientras que en dos muestras de Ginebra (Suiza) los precontempladores representaron el 72 y 74% de la muestra, los contempladores el 20 y 22%, y los fumadores en estado de Preparación tan sólo el 8 y 4% respectivamente (Etter, Perneger y Ronchi, 1997).

Al analizar la prevalencia de los estados del cambio en el tabaquismo en diversos segmentos de edad en población norteamericana, incluyendo los estados después del abandono del tabaco, se observó de menor a mayor segmento de edad una tendencia a la disminución de precontempladores (de 21,3% en menores de 55 años a 10,1% en mayores de 75 años), contempladores (de 19,3% a 3,7% en dichos grupos etarios), preparados (de 9,3% a 3,7%), con igual prevalencia en fase de Acción (5,2% y 5,5% respectivamente), y un incremento acusado de exfumadores en la fase de mantenimiento (de 45% a 77%) (Nigg, Burbank, Padula, Dufresne, Rossi, Velicer y cols., 1999). La valoración de las prevalencias de los estados del cambio debe tener en consideración la edad de la muestra estudiada.

Estudios epidemiológicos más recientes en España, como el realizado en población general de Valladolid, han comunicado un 48% de las mujeres y un 36% de los hombres fumadores en la etapa de Precontemplación, un 45,5% de las mujeres y un 46,8% de los varones en la etapa de Contemplación, y un

6,5% de las fumadoras y un 14,6% de los fumadores dentro de una etapa llamada Preparación-Acción (Bellido, Martín, Dueñas, Mena, Arzúa y Simal, 2001).

En una muestra de población general de Galicia, el 68% de los participantes se encontraban en Precontemplación (74,8 % en mujeres y 64,2% en hombres), 25,1% en la fase de Contemplación (20,2% en mujeres y 27,9 en hombres) y un 6,9% en Preparación (5% en mujeres y 7,9% en varones) (Becoña y Vázquez, 1996b).

En una investigación con una muestra aleatoria de 144 fumadores y exfumadores, miembros del personal de la Universidad de Girona, con una edad media (dt) de 44,9 (6,8) años, se detectó la siguiente distribución por etapas: 36,8% Precontemplación, 13,2% Contemplación, 3,5% Preparación, 3,5% Acción y 43% Mantenimiento (Font-Mayolas, Planes y Gras, 2004). En un posterior estudio, también con una muestra aleatoria de 154 fumadores y exfumadores (media de edad (dt) de 37,4 (9,4) años), miembros del personal de la Universidad de Girona, se observó la siguiente distribución por etapas: 30,1% Precontemplación, 11,8% Contemplación, 1,3% Preparación, 7,8% Acción y 49% Mantenimiento (Font-Mayolas, Gras, Planes y Gómez, 2008). En un trabajo en el cual formaron parte como muestra los estudiantes de la Facultad de Educación y Psicología de la Universidad de Girona (n=223, media de edad= 22 años y dt= 4,8 años) la distribución de fumadores y exfumadores fue la siguiente: 49,4% Precontemplación, 30,6% Contemplación, 8,2% Preparación, 6,5% Acción y 5,3% Mantenimiento (Font-Mayolas, Gras, Planes, Casals, Cresta, Trijueque, y cols., 2005).

El porcentaje de Preparados es mayor entre los pacientes que ingresan en un hospital de agudos, posiblemente por el impacto que supone padecer una enfermedad aguda. Así en una muestra de participantes que ingresaron en un servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal catalán se estudiaron a los fumadores según su intención de abandono del consumo de tabaco, quedando un 40,4% en Precontemplación, un 17% en Contemplación y un 42,6% en Preparación, siendo la edad media de los fumadores de 49,5 años y el 75% eran varones (Grau, 2002, datos no publicados). Resultados con mayor desviación hacia la Preparación se observaron en una muestra de un servicio de Medicina Interna de un Hospital de Virginia (EEUU) con una edad media de 52 años y con un 52% de varones, donde un 33,3% de los sujetos fueron catalogados en Precontemplación, un 15,5% en Contemplación y un 51,2% en Preparación (Goodman, Nadkarni y Schorling, 1998).

4.7. LAS ETAPAS DEL CAMBIO COMO PREDICTORAS DE FUTURA ABSTINENCIA

Se ha postulado que los estadios del cambio pueden tener capacidad de predecir la posibilidad de cesación tabáquica en el futuro. En un estudio (Farkas, Pierce, Zhu, Rosbrook, Gilpin, Berry y Kaplan, 1996) las etapas del cambio no fueron predictores independientes del abandono del tabaco en 1-2 años. En cambio sí fueron predictores independientes de abandono el fumar menos de 15 cigarrillos diarios (OR 1,8), no fumar a diario (OR 1,9), haberlo dejado más de 5 días en el último año (OR 1,5) o haberlo dejado más de un año durante la vida de fumador (OR 1,9). Además, la duración de los intentos

de abandono predijo mejor un futuro cese tabáquico que el número de intentos previos. Esta afirmación fue rebatida posteriormente por Prochaska, Velicer, Prochaska y Johnson (2004) defendiendo el efecto estadio. En su estudio se cumplía en un 94 % de las ocasiones un mayor porcentaje de cese del tabaquismo a lo largo del tiempo cuanto más avanzado era el estadio del cambio. Las diferencias se mantuvieron estables en los diferentes tiempos de medida (6,12 y 18 meses), por lo que el estadiaje basal mantenía una capacidad predictiva a lo largo del tiempo. La diferencia absoluta media de cesación entre los estadios fue del 7,8%, y el tamaño medio del efecto estadio basado en la diferencia relativa fue del 74%. Esto significa que el progreso de un estadio a otro supone un 75 % más de probabilidad de ser abstinentes, y el progreso con un salto de dos estadios puede producir un 300% más de abstinencia (Prochaska y cols., 2004).

4.8. COMENTARIO FINAL

Las etapas del cambio de Prochaska permiten fraccionar el progreso desde la adicción hasta la abstinencia en diferentes momentos. Cada momento tiene su predominancia en creencias, motivaciones, actitudes y percepciones. El éxito global del proceso de la deshabituación requiere de la suma de pequeños procesos adecuados a la situación de cada etapa. Estos procesos pueden ser gestionados de modo autónomo por el adicto o pueden ser incorporados y modelados por los profesionales que ayudan al sujeto a vencer su adicción. En nuestra opinión, debe convertirse en un objetivo preferente conseguir que los pensamientos y percepciones del fumador se aproximen hasta la Acción y el

Mantenimiento, y en la búsqueda de este objetivo hemos de acompañarle desde las etapas más lejanas al cambio (Precontemplación) hasta las más próximas (Preparación).

El modelo ha recibido críticas por su categorización en etapas. Se ha comentado que podría ser más valioso categorizar por la intensidad del deseo del abandono que por la proximidad temporal al abandono, y valorar el proceso de cambio como variable continua con diversas opciones más que como categórica (Pearlman, Wernicke, Thordike y Haaga, 2004).

Es evidente que dentro de cada etapa del cambio hay una heterogeneidad que diversifica los pensamientos, los planteamientos y las conductas. El intento de clasificar subgrupos dentro de las etapas del cambio es demostrativo, y se ha de tener en consideración que el predominio de un subgrupo en una etapa puede modificar los resultados obtenidos en una etapa valorada en global. La fragmentación permite una mayor especificidad pero aumenta la complejidad y, en consecuencia, disminuye la utilización práctica. En este estudio se mantendrá la clasificación en etapas e incluso se agruparán etapas para simplificar los resultados y aumentar la potencia de las pruebas estadísticas, con el riesgo de que representen a un grupo heterogéneo de personas.

Aunque un 53% de los clientes que acudieron a los centros para deshabituación del consumo de tabaco del Servicio Nacional de Salud británico, consiguieron dejar de fumar durante 4 semanas, sólo un 14,6% permanecieron abstinentes al cabo de un año (Bauld, Bell, McCullough, Richardson y Greaves, 2009) a pesar de estar motivados para ello. Las intervenciones convencionales para el abandono del consumo de tabaco están

dirigidas sólo a los fumadores en Preparación, y no influyen a los fumadores en las etapas de Precontemplación y Contemplación, que representan más del 80% de los fumadores. Por dicho motivo hay autores que preconizan intervenciones a medida dirigidas a la situación de cada etapa del cambio. (Prochaska y Velicer, 1997). Sin embargo, las intervenciones para el abandono del tabaco basadas en el modelo transteórico no han demostrado mayor efectividad que las intervenciones de control en el cese del consumo ni en el movimiento entre etapas (Aveyard, Massey, Parsons, Manaseki, y Griffin, 2009).

En una reciente revisión sistemática (Cahill, Lancaster y Green, 2010) se detallan cuatro ensayos clínicos, que compararon directamente la misma intervención en las versiones basadas en etapas del cambio y las versiones estándar, y no encontraron ninguna ventaja clara para el componente de etapas del cambio. Los dos ensayos que utilizaron materiales de autoayuda basados en las etapas del cambio versus en la actuación estándar mostraron un riesgo relativo de 0,93 (IC del 95%: 0,62 a 1,39). De manera similar, los dos ensayos que incidieron en el asesoramiento basado en las etapas del cambio versus en la actuación estándar resultaron en un riesgo relativo de 1,00 (IC del 95%: 0,82 a 1,22). En adicción, la revisión de treinta y un ensayos de intervenciones de autoayuda o asesoramiento basadas en las etapas del cambio versus cualquier condición de control mostraron niveles de efectividad equivalentes a las mismas intervenciones que no se basan en las etapas del cambio. Los autores concluyen que la provisión de estas formas de apoyo práctico a los participantes que intentan abandonar el hábito de fumar parece

ser más eficaz que ninguna intervención. Sin embargo, el valor adicional de adaptar la intervención a las etapas del cambio del fumador es incierto

Estas evidencias no deben utilizarse para invalidar el modelo de las etapas del cambio, por otra parte ampliamente utilizado, pero **justifican la necesidad de enriquecerlo mediante la obtención de nueva información sobre los factores asociados a cada etapa, que podría permitir mejorar la planificación de los programas de deshabituación del consumo de tabaco**. En este sentido, el estudio de las percepciones de salud en las etapas del cambio podría ayudar a comprender mejor el proceso de abandono del tabaquismo para conseguir el cese o para incrementar la motivación hacia el abandono, ya que dentro de ciertos límites fisiológicos la percepción de salud es tan importante, o incluso más influyente, para la toma de decisiones que el propio estado orgánico de salud.

5. OBJETIVOS

El **objetivo general** de la presente investigación es evaluar la percepción de salud de los fumadores de cigarrillos en las distintas etapas del cambio en el proceso hacia el abandono de la adicción. Es decir, se pretende conocer por una parte, si cada etapa de cambio cursa con diferentes valoraciones en la percepción de calidad de vida relacionada con la salud y, por otra parte, si cada etapa de cambio implica variaciones en la atribución del nivel de salud al consumo de tabaco, en base a las siguientes **hipótesis**:

El cambio hacia la intención de abandono del consumo de tabaco está asociado a una peor percepción de salud física y a una atribución de este deterioro de la salud al propio consumo de tabaco.

El consumo de tabaco activo se asocia a una peor percepción de salud mental o emocional.

El abandono del consumo de tabaco se asocia a una mejora en la percepción de salud.

Como objetivos específicos del presente estudio se plantea:

5.1. OBJETIVO 1:

Conocer la distribución de los participantes según las etapas del cambio del modelo transteórico.

5.2. OBJETIVO 2:

Comparar las distribuciones de la muestra en las etapas del cambio según el sexo, la edad, el nivel de estudios y la vida en pareja.

5.3. OBJETIVO 3:

Estudiar hábitos relacionados con la salud como el consumo de alcohol o el ejercicio físico según las etapas de cambio.

5.4. OBJETIVO 4:

Evaluar el historial de salud de los participantes según las etapas del cambio, considerando la presencia de enfermedad crónica, de enfermedad aguda, de enfermedades relacionadas con el tabaco y de la comorbilidad incluida en el índice de Charlson.

5.5. OBJETIVO 5:

Analizar el optimismo y la satisfacción con la vida de acuerdo con las etapas del cambio.

5.6. OBJETIVO 6:

Estudiar variables relacionadas con el tabaquismo en función de las etapas del cambio.

Se estudiarán las siguientes variables: la edad de inicio del tabaquismo, la edad de abandono del tabaquismo en el caso de los exfumadores, el consumo de tabaco medido por el número de cigarrillos/día y la fórmula paquetes-año, los intentos de abandono del consumo, los tratamientos realizados para abandonar el tabaco y la valoración de la dependencia a la nicotina.

5.7. OBJETIVO 7:

Conocer las creencias respecto a la nocividad del tabaco sobre la salud, el grado de nocividad del consumo de tabaco en su salud actual, y la influencia del consumo de tabaco en el deterioro de su salud física y mental, según las etapas del cambio, la presencia de patología relacionada con el tabaco y el sexo.

5.8. OBJETIVO 8:

Evaluar las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el cuestionario SF-36, según la etapa del cambio.

5.9. OBJETIVO 9:

Comparar las dimensiones del SF-36 de la muestra estudiada con los valores normativos poblacionales en fumadores sin intención de cambio, fumadores con intención de cambio y exfumadores.

5.10. OBJETIVO 10:

Estudiar la asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la dependencia a la nicotina en los fumadores en estado de Precontemplación.

5.11. OBJETIVO 11:

Estudiar la relación entre la carga tabáquica y la calidad de vida.

5.12. OBJETIVO 12:

Conocer las variaciones en las medidas de percepción de salud que acompañan a las modificaciones en las etapas del cambio durante el seguimiento.

5.13. OBJETIVO 13:

Analizar las variaciones en las medidas de optimismo, satisfacción con la vida y dependencia a la nicotina que acompañan a las modificaciones en las etapas del cambio durante el seguimiento.

5.14. OBJETIVO 14:

Conocer las diferencias en las medidas de percepción de salud entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que consiguen dejar de fumar, durante el seguimiento evolutivo.

5.15. OBJETIVO 15:

Evaluar las diferencias en las medidas de percepción de salud entre los valores normativos y los valores obtenidos por los fumadores activos que persisten fumadores y por aquellos que consiguen dejar de fumar, durante el seguimiento evolutivo.

5.16. OBJETIVO 16:

Conocer las diferencias en las variables sociodemográficas y de la historia tabáquica entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que consiguen dejar de fumar, durante el seguimiento evolutivo.

5.17. OBJETIVO 17:

Estudiar las diferencias en las medidas de percepción de salud entre los fumadores activos que no progresan en las etapas del cambio y los fumadores activos que progresan pero no dejan de fumar, durante el seguimiento evolutivo.

5.18. OBJETIVO 18:

Estudiar las diferencias en las medidas de percepción de salud entre los valores normativos y los valores obtenidos por los fumadores activos que no progresan en las etapas del cambio y por aquellos que progresan pero no dejan de fumar, durante el seguimiento evolutivo.

5.19. OBJETIVO 19:

Conocer las diferencias en las variables sociodemográficas y de la historia tabáquica entre los fumadores activos que no progresan en las etapas del cambio con los fumadores activos que progresan pero no dejan de fumar, durante el seguimiento evolutivo.

5.20. OBJETIVO 20:

Evaluar las diferencias en las medidas de percepción de salud entre los exfumadores que no recayeron y los exfumadores que tuvieron una recaída, durante el seguimiento evolutivo.

5.21. OBJETIVO 21:

Analizar las diferencias en las medidas de percepción de salud entre los valores normativos y los valores obtenidos por los exfumadores que no recayeron y por los exfumadores que tuvieron una recaída, durante el seguimiento evolutivo.

5.22. OBJETIVO 22:

Estudiar las diferencias en las variables sociodemográficas y de la historia tabáquica entre los exfumadores que no recayeron y los exfumadores que tuvieron una recaída, durante el seguimiento evolutivo.

5.23. OBJETIVO 23:

Evaluar el tamaño del efecto de las percepciones de salud en los fumadores activos que persisten fumadores y en los que consiguen dejar de fumar, durante el seguimiento evolutivo.

5.24. OBJETIVO 24:

Conocer el tamaño del efecto de las percepciones de salud en los fumadores activos que no progresan en las etapas del cambio y en los fumadores activos que progresan pero no dejan de fumar, durante el seguimiento evolutivo.

5.25. OBJETIVO 25:

Analizar el tamaño del efecto de las percepciones de salud en los exfumadores que no recayeron y en los exfumadores que tuvieron una recaída, durante el seguimiento evolutivo.

6. METODOLOGIA

Es un estudio observacional y analítico, con una primera fase transversal y una segunda fase longitudinal con un máximo de seguimiento de dos años.

6.1. PARTICIPANTES

La muestra del presente estudio está compuesta por 253 personas (51% hombres y 49% mujeres), con una edad media de 43,58 años y una desviación típica de 14,6, siendo la edad mínima de 18 años y la máxima de 80 años. Se trata de fumadores activos o exfumadores que por algún motivo (relacionado o no con el tabaco) han establecido contacto con los servicios sanitarios y han sido visitados en un centro de atención primaria o en las consultas externas de un hospital.

Participaron en el estudio, y por lo tanto fueron los lugares a donde consultaron los participantes, los siguientes departamentos sanitarios:

ABS de la Escala

ABS de Peralada

ABS de la Bisbal

ABS de Palamós

ABS de Palafrugell

Consulta de Neumología del Hospital de Palamós

Consulta de Neumología del Hospital de Figueres

Consulta de Diabetes del Hospital de Figueres

Consulta de Medicina Interna del Hospital de Figueres

Los criterios de inclusión y exclusión quedaron definidos del siguiente modo:

Criterios de Inclusión:

- Tener la mayoría de edad legal (18 años o más).
- Ser fumador activo de más de un cigarrillo diario o ser exfumador con un tiempo de abandono del tabaquismo de hasta 10 años. No se incluyeron los fumadores ocasionales ni los fumadores de pipa o puros.

Criterios de Exclusión:

- Cualquier motivo físico o mental que no le permitiera entender los cuestionarios (trastorno cognitivo o incapacidad intelectual, afasia, etc.).
- Negarse a participar en el estudio.

Fumador activo se definió como la persona que realiza un consumo diario de cigarrillos, y por lo tanto fuma como mínimo un cigarrillo al día. Esta definición ya ha sido utilizada en otros estudios (Agudo y cols, 2004; Baddini y cols., 2004).

La incorporación al estudio de los participantes que cumplían los criterios de inclusión se realizaba de manera consecutiva hasta que se alcanzaba el máximo estipulado de incorporación diaria de pacientes al estudio, el cual era variable dependiendo de la capacidad y de las condiciones de cada consulta y equipo de investigadores, debido al tiempo suplementario al tiempo asistencial normal que exige la aplicación de los cuestionarios. Si una persona no aceptaba participar no contaba a los efectos del límite máximo de incorporación

diaria, permitiendo la incorporación del siguiente paciente que cumplía con los criterios de selección. Una vez alcanzado el límite diario se cerraba el reclutamiento hasta el siguiente día de consulta. Por lo tanto la selección de la muestra era no probabilística con un reclutamiento consecutivo mediante la incorporación al estudio de todos los pacientes que cumplían los criterios de elegibilidad. El investigador no podía escoger qué personas incluía o no en el estudio atendiendo a preferencias personales.

Se calculó el tamaño muestral para establecer la comparación de medias entre tres grupos y entre seis grupos de similar tamaño, dependiendo de si la mencionada comparación de medias se realizaría entre los fumadores sin intención de cambio, los fumadores con intención de cambio y los exfumadores (3 grupos) o entre los participantes situados en cada una de las seis etapas del cambio del modelo transteórico. La variable principal de valoración fue el valor de cada una de las dimensiones del cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud SF-36. El cálculo del tamaño muestral se realizó considerando la diferencia en 10 puntos de la media de un grupo respecto a los otros 2 como la diferencia entre cada dimensión del SF-36 con una relevante significación clínica, considerando una desviación típica de 20, de modo que para obtener una potencia ($1-\beta$) de 80% con un nivel de significación alfa (α) de 0,05 se requerían 180 sujetos. En el caso de establecer comparaciones entre seis grupos, con los mismos valores prefijados, se requerían 236 personas.

Los participantes que aceptaron participar en el estudio después de ser informados de los objetivos y de la estructura del mismo, firmaron su consentimiento. El modelo de consentimiento informado, junto con el resto del protocolo del estudio, fue revisado y aprobado por el Comité Ético de

Investigación Clínica del Hospital Trueta de Girona en enero del año 2005 (ver anexo 1).

6.2. VARIABLES E INSTRUMENTOS

Para la recogida de información se utilizó un instrumento de elaboración propia (ver anexo 2) que además de los **datos de filiación** y las **variables demográficas**, evaluaba diferentes **hábitos relacionados con la salud**, el **historial de salud**, el **optimismo** y la **satisfacción con la vida**, y algunas **variables relacionadas con el tabaquismo**.

Asimismo se utilizaron tres instrumentos estandarizados como son el **Índice de Comorbilidad de Charlson** (anexo 3), que se incluye dentro del **historial de salud**, el **Test de Fagerström** de dependencia a la nicotina (anexo 4) en el apartado de **variables relacionadas con el tabaquismo** y el **Cuestionario de Salud SF-36** (anexo 5), como medida de la calidad de vida relacionada con la salud.

6.2.1. Datos de filiación

Se recogió el nombre y apellidos, con varias direcciones y teléfonos para facilitar un posterior seguimiento. A cada paciente se le adjudicó un código de identificación. El código de identificación constaba de un número con cuatro dígitos. El primer número correspondía a cada centro de asistencia primaria u hospital, por ejemplo el 2 para ABS L'Escala. El segundo era diferente para cada investigador de cada centro. Los otros dos números eran correlativos según la cronología de incorporación del paciente, con lo que en teoría un

investigador podía incluir hasta 99 pacientes. Por ejemplo, el paciente con la identificación 2311 es el onceavo paciente que incluyó la Dra. Juanola, investigadora 3 del ABS L'Escala (centro número 2). Este código de identificación y las iniciales del paciente fueron los únicos datos de filiación que se introdujeron en la base de datos, permaneciendo los datos explícitos bajo custodia de cada investigador. El código de identificación y las iniciales del paciente estaban presentes en cada hoja del cuaderno de recogida de datos.

6.2.2. Variables demográficas

Sexo y edad.

Estudios: Para conocer el mayor nivel académico alcanzado. Se permitían cinco respuestas por este orden: 1- No sabe leer ni escribir, 2-No dispone de estudios pero no es analfabeto, 3- Tiene estudios primarios, 4- Tiene estudios secundarios, y 5- Tiene estudios universitarios. Para el estudio estadístico se recodificará en dos opciones: estudios primarios o menos, y estudios secundarios o más.

Profesión: Se optó por una respuesta abierta no codificada, que describiera con exactitud la ocupación laboral actual del sujeto.

Pareja: Se evaluó si el participante vivía en pareja (casado o no) o no vivía en pareja (soltero, separado o viudo).

6.2.3. Etapas del cambio del modelo transteórico

Es una de las principales variables independientes de este estudio. Para clasificar a los participantes en una etapa del cambio se les realizaron las preguntas ilustradas en la figura del anexo 6. Este diagrama de flujo permitía

situar a los pacientes en las diferentes etapas que a continuación nominamos y definimos:

1-Precontemplador (*Fuma y no tiene intención de dejarlo en los próximos 6 meses*)

2- Contemplador (*Fuma y se plantea dejarlo en los próximos 6 meses, o en el próximo mes pero no ha intentado dejar de fumar en el último año*)

3- Preparado (*Fuma, se ha planteado dejar de fumar en el próximo mes y ha intentado dejarlo en el último año*)

4- Acción (*No fuma desde hace menos de 6 meses, lo está dejando*)

5- Mantenimiento (*No fuma desde hace más de 6 meses y menos de 3 años*)

6- Finalización (*No fuma desde hace más de 3 años*)

En ocasiones se realizarán agrupaciones de los pacientes en función del estado del cambio en que se encuentren, de manera que pueden ser clasificados como **fumadores sin intención de cambio** aquellos que son Precontempladores, **fumadores con intención de cambio** los Contempladores y Preparados, y **exfumadores** los participantes que se encuentran en Acción, Mantenimiento o Finalización.

6.2.4. Hábitos relacionados con la salud

Consumo de alcohol diario o habitual: Esta variable se ha incorporado porque el consumo de alcohol puede estar asociado al consumo de tabaco (Romberger y Grant, 2004), y es una causa potencial de deterioro de la salud física y mental (Room, Babor y Rhem, 2005). Puede ser útil para ajustar las

percepciones de los participantes en las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud. La cuantificación del consumo de alcohol diario se realizó en unidades/día siguiendo las equivalencias de las unidades de alcohol obtenidas en el portal sanitario de Fisterra.com (2004). Cada unidad equivale a 8 – 10 gr de alcohol. Para el cálculo se tuvo en cuenta un listado de equivalencias que acompañaba a la variable en el cuaderno de recogida de datos:

- 1U = 100 ml de vino (vaso pequeño); 200 ml de cerveza (quinto); 50 ml de jerez, cava o vermout; 1 carajillo.
- 2 U = 50 ml de coñac (una copa); un cuba-libre; 200 ml de vino (vaso grande).
- 3 U = Un Whisky.

Ejercicio físico diario: Esta variable se incorporó por su asociación con las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud (Brown y cols, 2003). Se cuantificó en 4 grados de ejercicio, siguiendo las siguientes instrucciones: Nada: No camina; Poco: Menos de 30 minutos diarios de caminar rápido o bicicleta etc; Moderado: Más de 30 minutos diarios de caminar rápido o bicicleta o similar; Intenso: Deporte o trabajo físico.

6.2.5. Historial de salud

Enfermedad crónica: Se preguntaba al participante si sufría alguna enfermedad crónica. Si la respuesta era afirmativa, se preguntaba cuál o cuáles enfermedades crónicas. Puede ser de interés su inclusión en los modelos multivariados para realizar el ajuste de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud.

Enfermedad aguda: Al igual que en la pregunta anterior, en caso afirmativo se especificaba la enfermedad. Puede ser útil su inclusión en los modelos multivariados para realizar el ajuste de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud.

La presencia de enfermedades que pueden modificar las percepciones de salud fueron también exploradas mediante el índice de comorbilidad de Charlson, Pompei, Ales y MacKenzie (1987), que se describe más adelante.

Enfermedades en cuya etiopatogenia interfiere claramente el tabaquismo:

Se escogieron cinco procesos atendiendo a su elevada incidencia. Se anotó la presencia o ausencia de cada uno de ellos basándose en los datos recogidos en la historia clínica, que incluye la anamnesis de los antecedentes personales. Las cinco variables estudiadas fueron: EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), cardiopatía isquémica, AVC (Accidente Vascular Cerebral), arteriopatía periférica y neoplasia relacionada con tabaco. A diferencia de la enfermedad crónica y aguda recogidas con anterioridad, estas enfermedades están muy influidas por el consumo de tabaco y podemos atribuir su presencia al mismo. Es importante conocer su efecto sobre las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud, y sobre todas las preguntas que exploran la relación que el sujeto establece entre sus problemas de salud y el consumo de tabaco.

Índice de Comorbilidad de Charlson:

Este índice, cuyo protocolo reproducimos en el anexo 3, contiene 19 categorías de comorbilidad con distintos pesos asociados según el riesgo relativo ajustado de mortalidad anual, estudiado en una cohorte de 604 pacientes que ingresaron durante un mes en un hospital neoyorquino (Charlson y cols, 1987). A las condiciones con riesgo relativo mayor o igual a 1,2 y menor a 1,5 se les asignó un peso de 1; si tenían un riesgo de muerte mayor o igual a 1,5 y menor a 2,5, un peso de 2; si el riesgo era mayor o igual a 2,5 y menor a 3,5 un peso de 3; y a los riesgos relativos mayores a 3,5 se les asignó el peso 6.

En una validación posterior en una cohorte de mujeres con carcinoma primario de mama seguida durante 10 años (Charlson y cols, 1987) se apreció un riesgo relativo de mortalidad de 2,3 para cada punto de aumento del índice de comorbilidad testado, mientras que cada década de vida representaba un riesgo relativo de 2,4, era por lo tanto equivalente cada punto de más en el índice de comorbilidad a 10 años más de edad. En los estudios longitudinales con más de 5 años de seguimiento se emplea una variable combinada de edad-comorbilidad, elaborada de modo que cada década por encima de 40 años tiene 1 punto que se suma al índice de comorbilidad.

La cohorte de estudio inicial fue valorada en 1984. Posteriores avances terapéuticos en algunas de las patologías ponderadas han cambiado probablemente su peso como en la úlcera gastroduodenal después del descubrimiento etiopatogénico del *Helicobacter pylori* y la posibilidad de realizar tratamiento erradicador del mismo, o en el caso del SIDA tratado con las combinaciones de los nuevos antiretrovirales, que ya no tiene una mortalidad equivalente a la enfermedad neoplásica diseminada con metástasis,

y se acerca más a un proceso crónico. A pesar de estas limitaciones, el índice de Charlson sigue siendo un instrumento muy utilizado para valorar la comorbilidad (Covinsky, Kahana, Marshall, Palmer, Fortinsky, y Landefeld, 1999; Hermann-Lingen, Klemme y Meyer, 2001).

6.2.6. Optimismo y satisfacción con la vida

6.2.6.1. Optimismo

Se recogió la autovaloración del encuestado sobre su grado de optimismo. Se le mostró una escala del 0 al 10, y se le estimuló para que marcara un número de la misma con el siguiente texto “¿Se considera una persona optimista?. VALORE DE 0 A 10 PUNTOS SU OPTIMISMO, siendo el valor 0 la ausencia total de optimismo y el valor 10 el mayor optimismo posible”.

El optimismo es una característica de las personas que puede influir en sus percepciones y por lo tanto en las respuestas que realicen en cuestionarios que miden aspectos subjetivos, como puede ser la percepción de salud, estados de ánimo y encuestas de satisfacción, entre otras.

En un estudio previo con una muestra de 1091 profesionales sanitarios se halló una relación entre la valoración personal del grado de optimismo mediante una escala lineal numerada de 0 a 10 y las puntuaciones en el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF-36, el cuestionario de desgaste profesional Maslach Burnout Inventory, y un cuestionario de clima organizacional (Grau, Suñer y García, 2005), de modo que las personas con un mayor nivel de optimismo tuvieron mayores puntuaciones en todas las dimensiones del SF-36, menor nivel de Burnout y una mejor percepción del clima organizacional.

Por otra parte, es conocida la influencia del grado de optimismo-pesimismo sobre la morbilidad (Peterson, Seligman y Vaillant, 1988) y la mortalidad (Maruta, Colligan, Malinchoc y Offord, 2000).

Se han conceptualizado dos tipos principales de optimismo: el optimismo disposicional y el estilo explicatorio optimista (Peterson, 2000). El optimismo disposicional consiste en la creencia de que generalmente pasarán cosas buenas y los sucesos malos serán escasos (Scheier y Carver, 1987). Se trata del mantenimiento estable de unas expectativas generalizadas de obtener buenos resultados en importantes aspectos de la vida (Wrosch y Scheier, 2003). Dentro del optimismo disposicional, además de la expectativa de acontecimientos favorables futuros, hay una tendencia a valorarse a sí mismo en positivo (Dember, Martin, Hummer, Howe, y Melton, 1989).

El estilo explicatorio optimista se fundamenta en la observación de la diferente respuesta ante acontecimientos adversos, entre quienes explican el proceso con una visión optimista y quienes lo hacen con visión pesimista. Los optimistas no se consideran responsables directos del hecho, no son los causantes y no se culpabilizan. Valoran una determinada situación como un proceso transitorio, pasajero, no definitivo, y siempre individualizan el hecho, sin extenderlo y generalizarlo al resto de los actos de su vida (Peterson y De Avila, 1995).

Para conocer qué tipo de optimismo (el disposicional o el explicativo) está representado la evaluación personal del optimismo mediante una pregunta simple, con la escala numérica aplicada, se realizó un estudio previo con 265 personas (170 mujeres) con una edad media de 36,24 años (dt 17,9) y un rango de 17 a 83 años (Grau, Font-Mayolas, Gras, Suñer, Masferrer y Salamó,

2006). El optimismo disposicional se midió mediante la escala LOTR (Scheier, Carver y Bridges, 1994) y el optimismo explicativo mediante la escala EASQS (Peterson y Villanova, 1988). Se observó que la medida simple de optimismo mediante la escala numérica correlaciona mejor con el optimismo disposicional ($r= 0,624$) que con la escala de optimismo explicativo ($r= -0,167$).

Esta variable también puede ser de interés para ajustar las valoraciones de las dimensiones del cuestionario de calidad de vida.

6.2.6.2. Satisfacción con la vida

Fue valorada de manera similar al optimismo. Se utilizó una escala del 0 al 10 y el siguiente texto “¿Se considera una persona satisfecha?. VALORE DE 0 A 10 PUNTOS SU SATISFACCION CON LA VIDA, siendo el valor 0 la ausencia total de satisfacción y el valor 10 la mayor satisfacción posible”. Con esta variable se pretendió ampliar el concepto de salud al de bienestar total mediante una pregunta que no mencionara el término “salud”. Al-Windi (2005) opina que la pregunta sobre satisfacción con la vida puede ser usada como medida de salud, al realizar un estudio multivariable donde la baja satisfacción con la vida se comportó como el mejor predictor de mala salud percibida, acompañando a la depresión, al número de síntomas somáticos y al país de nacimiento. Así mismo, en un estudio sobre la influencia del tabaquismo en la productividad de los trabajadores se observaron diferencias en la satisfacción personal con la vida entre fumadores activos, exfumadores y nunca fumadores (Halpern, Shikar, Rentz y Khan, 2001).

6.2.7. Variables relacionadas con el tabaquismo

6.2.7.1. Historia del tabaquismo y carga tabáquica

Edad de inicio del tabaquismo: Edad a la que comenzó a fumar con asiduidad.

Edad de finalización del tabaquismo: Se recogió sólo en aquellos participantes que habían abandonado el consumo de tabaco.

Días que lleva sin fumar: Esta variable sólo se recogió en el caso de que hubieran abandonado el consumo de tabaco. La unidad de medida siempre fue el día, de modo que si contestaban aportando meses o años se realizaba la conversión correspondiente.

Cigarrillos/día: Número de cigarrillos diarios que fuma o fumaba habitualmente durante su etapa de fumador.

Paquetes-año: Esta es la medida más informativa de la carga tabáquica acumulada. El cálculo se obtiene mediante la siguiente fórmula: *[(cigarrillos diarios dividido por 20) multiplicado por años de consumo]*. Como puede observarse en la fórmula es el producto del número de cigarrillos consumidos a diario por los años que lleva fumando. De este modo es equivalente el fumador de 40 cigarrillos diarios durante 10 años con el fumador de 20 cigarrillos diarios durante 20 años.

6.2.7.2. Variables relacionadas con la dependencia y el abandono del tabaquismo

Intentos de abandono durante su vida de fumador: Esta variable nos informa de las veces que el sujeto ha entrado con anterioridad en fase de Acción según el modelo transteórico del cambio de Prochaska, independientemente de que su duración haya sido larga o breve (Prochaska y cols., 1992).

Intentos de abandono de una semana o más durante su vida de fumador: Si la duración de los intentos de abandono ha superado una semana el fumador tiene más posibilidades de conseguir finalmente dejar el hábito tabáquico que cuando las recurrencias se han producido siempre de modo precoz (Farkas y cols, 1996).

Intentos de abandono de más de 24 horas el último año (sólo si es fumador activo): Mediante esta pregunta se situaba al participante en una de las etapas del cambio del modelo transteórico. Cuando declara la intención de abandonar el tabaco en el próximo mes, si la respuesta es positiva (un intento o más), es clasificado como “*Preparado*”, pero si la respuesta es negativa (ningún intento) es clasificado como “*Contemplador*”.

Tratamientos realizados para abandonar el tabaco: Se les preguntó si en alguna ocasión durante su vida de fumador les habían dado algún tipo de *consejo antitabáquico*, o si habían recibido *tratamiento psicológico* para ayudarles a dejar de fumar, o bien *tratamiento farmacológico*, ya sea *tratamiento substitutivo con nicotina* o *tratamiento con el antidepresivo bupropion*.

Valoración de la dependencia a la nicotina:

Se estudió a través de dos variables: a partir de la pregunta: “¿*Cuánto cree usted que depende de la nicotina del tabaco? VALORE DE 0 A 10 PUNTOS SU DEPENDENCIA DE LA NICOTINA, siendo el valor 0 la ausencia total de dependencia y el valor 10 la mayor dependencia posible*” y mediante el test de Fagerström que se describe a continuación:

Test de Fagerström

El cuestionario de Fagerström (ver anexo 4), correlaciona con las medidas bioquímicas propuestas como marcadores de dependencia a la nicotina, como el nivel de CO expirado, los niveles plasmáticos de nicotina o de su metabolito cotinina. La relación del test de Fagerström con los síntomas de privación es débil pero capaz de predecir adecuadamente la abstinencia cuando no se utiliza tratamiento sustitutivo con nicotina que pueda enmascarar los resultados (Fagerström y Scheider, 1989).

El test de Fagerström consta de 6 preguntas que evalúan el grado de adicción o dependencia física a la nicotina (Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991). Las puntuaciones posibles van de 0 a 10. El nivel de dependencia física a la nicotina se considera muy bajo cuando el test de Fagerström está en 0 ó 1 puntos, bajo si está en 2 ó 3 puntos, moderado en 4 ó 5 puntos, alto en 6 ó 7 puntos, y muy alto por encima de 7 puntos (Jiménez-Ruiz y Fagerström, 2003).

Otra posible medida de la dependencia a la nicotina puede obtenerse con el número de cigarrillos fumados diariamente. Sin embargo, la diferencia en la cantidad de nicotina de cada marca de tabaco, el número de succiones realizadas, su duración e intensidad, el hecho de aprovechar el cigarrillo hasta el final o no, entre otras variables, pueden modificar este parámetro.

6.2.7.3. Creencias sobre los efectos del tabaco sobre la salud

Creencia en la nocividad del consumo de tabaco para la salud en general.

Se utilizó la pregunta “¿considera que el tabaco es perjudicial para la salud?” con opción de respuesta dicotómica “sí /no”.

Creencia en la nocividad del consumo de tabaco para la propia salud.

Se empleó la pregunta “¿cree que el tabaco puede afectar a su salud?” con opción de respuesta dicotómica “sí/no”.

Grado de nocividad del consumo de tabaco en su salud actual.

Se solicitó a los participantes: “valore el grado en que el tabaco está actualmente afectando a su salud” con opción de respuesta múltiple: “nada, poco, algo, bastante o mucho”. Así como la pregunta anterior establecía una posibilidad, en esta pregunta se le pedía que dejara constancia de la repercusión que el consumo de tabaco estaba teniendo, en esos momentos, sobre su salud. Esta variable sirve para valorar la atribución al tabaco de un posible deterioro en la salud percibida detectado mediante el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud.

Influencia del consumo de tabaco en el deterioro de su salud física y mental.

Se solicitó a los participantes: “valore la influencia que usted cree que tiene el tabaco que fuma (o fumaba) en el deterioro de su salud”. Esta variable mide también la atribución al consumo de tabaco de un posible deterioro de la salud. Se ha utilizado el mismo formato de pregunta y respuesta que las del cuestionario de salud SF-36 (Alonso, 2000a). Los participantes debían escoger entre las opciones “nada”, “poco”, “algo”, “bastante” y “mucho” para ponderar las dos afirmaciones siguientes: “el tabaco ha perjudicado mi salud física” y “el tabaco ha perjudicado mi salud emocional o mental”

6.2.8. Calidad de vida relacionada con la salud: Cuestionario de Salud Genérico SF-36

La calidad de vida relacionada con la salud se valoró mediante el Cuestionario de Salud SF-36 (Alonso y cols., 1995; Ware, Snow, Kosinski y Gandek, 1993;

Ware y Gandek, 1998), un instrumento genérico de calidad de vida que contiene 36 ítems que cubren ocho dimensiones del estado de salud: Función Física (FF), Rol Físico (RF), Dolor Corporal (DC), Salud General (SG), Vitalidad (VT), Función Social (FS), Rol Emocional (RE) y Salud Mental (SM). El cuestionario puede consultarse en el anexo 5, y a continuación se describen las dimensiones que evalúa:

Función Física (FF) consta de 10 ítems y 21 niveles. Indica el grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos.

Rol Físico (RF), tiene 4 ítems y 5 niveles. Expresa el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.

Dolor Corporal (DC), con 2 ítems y 11 niveles, refleja la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.

Salud General (SG), 5 ítems y 21 niveles. Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.

Vitalidad (VT), 4 ítems y 21 niveles. Expresa un sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.

Función Social (FS) cuenta con 2 ítems y 9 niveles. Se evalúa el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.

Rol Emocional (RE) dispone de 3 ítems y 4 niveles. Evalúa el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.

Salud Mental (SM), 5 ítems, 26 niveles. Salud mental general, que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional, y el efecto positivo en general.

Además de estas 8 dimensiones, el cuestionario proporciona la Evolución Declarada de la Salud (EDS) con 1 solo ítem y 5 niveles, a partir del cual se valora la salud actual comparada con la de un año atrás. En este caso las puntuaciones bajas indican mejor EDS, la cual es peor a medida que se incrementa el valor de la puntuación.

El significado de las puntuaciones queda resumido en la tabla 6.1.

Para cada dimensión, los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala desde 0 a 100 (de peor a mejor calidad de vida percibida).

Los ítems y las escalas del SF-36 se valoran de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Por ejemplo, en las escalas de función una puntuación alta indica una mejor función; y en la escala de "dolor" una puntuación alta indica estar libre de dolor.

Después de la introducción de los datos, deben realizarse tres pasos: recodificación de los ítems (para los 10 ítems que requieren recodificación), cálculo de la puntuación directa de la escala sumando los ítems en cada

subescala, y transformación de las puntuaciones a una escala de 0-100 (Alonso, 2000a).

Tabla 6.1: Descripción del significado de las puntuaciones bajas y altas de las dimensiones del SF-36

Dimensión	Peor puntuación (0)	Mejor puntuación (100)
Función Física	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol Físico	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor Corporal	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud General	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función Social	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol Emocional	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud Mental	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Evolución Declarada de la Salud	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

Fuente: Vilagut y cols (2005) y Ware y cols. (1992).

Para evitar al máximo los valores fuera de rango, se introdujeron los datos en una base de datos del programa Acces con un formulario que no aceptaba valores fuera de los límites establecidos.

Se procedió a la recodificación de los valores para 10 de los ítems. Siete ítems se puntúan a la inversa. La puntuación a la inversa de los ítems se hace para asegurar que un valor más alto indica una mejor salud en todos los ítems y escalas del SF-36. Los ítems del SF-36 que necesitan puntuarse a la inversa están enunciados de manera que cuanto mayor es el valor precodificado del ítem, peor es el estado de salud.

Para 34 de los ítems del SF-36, los resultados de estudios previos ofrecen un buen apoyo para asumir una relación lineal entre puntuaciones de ítems y el concepto subyacente de salud definido por sus escalas. Sin embargo, el trabajo empírico demuestra que dos de los ítems requieren recalibración para satisfacer la asunción del escalamiento. Estos ítems están en dos escalas diferentes del SF-36: la escala de Salud General (ítem número 1) y la escala del Dolor Corporal (ítem número 7) (Alonso, 2000a).

Se recomienda que la puntuación de la escala se calcule cuando el encuestado haya contestado al menos la mitad de los ítems en una escala multi-ítem (o la mitad más una en el caso de escalas con número impar de ítems). El algoritmo recomendado sustituye con una estimación específica y personal cualquier ítem ausente cuando el encuestado contestó al menos el 50 por ciento de los ítems de una escala. Una estimación psicométricamente correcta es el promedio de la puntuación, a través de los ítems completados en la misma escala, para ese encuestado. Por ejemplo, si un encuestado deja un ítem de la escala de 5 ítems de la Salud Mental en blanco, se asignará el promedio de la

puntuación del encuestado en los cuatro ítems completos de salud mental, a ese ítem.

En la Tabla 6.2. se muestra el procedimiento para obtener las puntuaciones directas de cada escala, las puntuaciones mínimas y máximas y el máximo recorrido posible en cada una de ellas. Para la transformación de estas puntuaciones, se utilizó la siguiente fórmula (Alonso, 2000a):

$$\text{Escala Transformada} = \frac{(\text{Puntuación real} - \text{Puntuación más baja posible})}{\text{Máximo recorrido posible}} \times 100$$

Tabla 6.2: Cálculo de las puntuaciones directas de las dimensiones del SF-36, puntuaciones mínimas y máximas y recorrido

Dimensión	Suma de los valores de los ítems (después de recodificados)	Puntuaciones mínimas y máximas posibles	Máximo recorrido posible
Función Física	3a + 3b + 3c + 3d + 3e + 3f + 3g + 3h + 3i + 3j	10 , 30	20
Rol Físico	4a + 4b + 4c + 4d	4 , 8	4
Dolor Corporal	7 + 8	2 , 12	10
Salud General	1 + 11a + 11b + 11c + 11d	5 , 25	20
Vitalidad	9a + 9e + 9g + 9i	4, 24	20
Función Social	6 + 10	2 , 10	8
Rol Emocional	5a + 5b + 5c	3 , 6	3
Salud Mental	9b + 9c + 9d + 9f + 9h	5 , 30	25

Los valores de referencia de la población española se obtuvieron en una entrevista en el hogar en una muestra de 9151 personas no institucionalizadas de 18 años o más y residentes en España (Alonso y cols., 1998). Hay tablas que especifican la media, la desviación estándar, el percentil 5 y los cuartiles de cada dimensión separados por grupos de edad (con intervalos de 10 años) y según el sexo.

Para estudiar los factores asociados a la calidad de vida y reducir el número de comparaciones estadísticas puede utilizarse el Componente Físico del SF-36 (PCS) y el Componente Mental (MCS). Se calculan restándole al valor de cada dimensión la media de la población de referencia, y el valor resultante es dividido por la desviación estándar de la media poblacional. Posteriormente se procede a una ponderación diferente para cada dimensión en cada Componente. Estos Componentes Estandarizados tienen una media de 50 y una desviación estándar de 10. Tres dimensiones del SF-36, la Función Física, el Rol Físico y Dolor Corporal, correlacionan con el Componente Físico y contribuyen mayoritariamente a la puntuación de este Componente. El Componente Mental correlaciona con las dimensiones Salud Mental, Rol Emocional y Función Social, que contribuyen de forma importante en su puntuación. Salud General y Vitalidad correlacionan notablemente con ambos, siendo mayor la correlación de Salud General con el Componente Físico y la de Vitalidad con el Componente Mental (Ware y Gandek, 1998; Ware, Kosinski y Keller, 1994).

6.3. PROCEDIMIENTO

Se incluyeron en el estudio a fumadores activos y exfumadores recientes, con menos de diez años desde que dejaron el hábito de fumar, visitados por cualquier problema de salud en los centros de atención primaria o en las consultas externas hospitalarias que participaron en la investigación. Por lo tanto, todos eran pacientes ambulatorios, que permanecían en sus domicilios. La participación fue voluntaria previo consentimiento informado. Las entrevistas se realizaron dentro de la consulta y los cuestionarios fueron rellenados en la propia consulta o en salas de espera. La duración de la recogida de datos osciló entre 15 y 30 minutos. Según las características del paciente los cuestionarios fueron cumplimentados por un investigador o por el propio paciente, con una comprobación posterior.

Los datos de la primera visita se recogieron desde el 4 de enero del 2005 hasta el 31 de marzo del 2006. En esta primera visita se administraba a los pacientes el cuestionario descrito en el subapartado 6.2 (anexo 2). Una vez finalizada esta visita los participantes eran citados para seis meses después dentro del proceso asistencial. Si el paciente no acudía a la visita no se procedía a actuaciones activas destinadas a recuperarlo.

Durante la segunda visita (a los 6 meses) se preguntaba a los participantes si fumaban y la etapa del cambio en que se encontraban. Si fumaban se les preguntaba el número de cigarrillos diarios que consumían, el número de intentos de abandono de más de 24 horas y de más de una semana realizados en los últimos 6 meses, y el número de intentos de abandono de más de 24 horas en el último año (con el objetivo de validar la situación en la etapa del

cambio entre contemplador y preparado). Si no fumaban se les preguntaba por los días que llevaban sin fumar.

A todos los participantes que acudieron a la segunda visita se les aplicó el cuestionario de salud SF-36, y se les preguntó sobre el grado de nocividad del consumo de tabaco en su salud actual y sobre la influencia del consumo de tabaco en el deterioro de su salud física y mental, y también se les preguntó si habían recibido tratamiento para abandonar el tabaco. Además, se recogió el consumo de alcohol, la actividad física, la presencia de enfermedades crónicas o agudas, el índice de comorbilidad de Charlson y su situación actual de vida en pareja.

En la tercera visita (doce meses después de la primera) se seguía la misma sistemática que en la segunda visita, pero además se volvía a preguntar sobre el grado de optimismo y de satisfacción con la vida y, si era un fumador activo, se cumplimentaba el test de Fagerström sobre dependencia a la nicotina.

La cuarta visita (a los 18 meses del inicio del seguimiento) era una repetición de la segunda visita.

La quinta y última visita (a los 24 meses) registraba los mismos datos que la tercera visita. La recogida de información del estudio finalizó el 31 de marzo de 2008.

Cada investigador colaborador recogía todos estos datos mediante unos formularios diseñados en formato papel y posteriormente los transcribía a un formulario electrónico diseñado con el programa Acces de Microsoft. En este formulario se establecieron límites de rango de los valores con la intención de evitar en la medida de lo posible el error de la entrada de valores fuera de rango. También para disminuir errores en la entrada de datos, las opciones de

respuesta múltiple se podían contestar mediante el sistema de persianas que se abrían y mostraban los posibles resultados para ser escogidos. Desde el formulario los datos eran captados automáticamente por una tabla de Acces.

Periódicamente se les solicitó a los investigadores a través de correo electrónico el envío de sus bases de datos. Estas bases de datos sólo disponían de las iniciales y de la codificación, sin ningún dato que permitiera la identificación de los participantes. La única persona capaz de identificar a los participantes era el investigador que había recopilado y transcrito los datos.

Las tablas de datos en Acces eran transformadas en base de datos de SPSS mediante el programa informático Stat Transfer. Las distintas bases de datos eran unificadas mediante el sistema de adición de casos, y las variables procedentes de las visitas consecutivas se añadieron a cada caso mediante el sistema de adición de variables utilizando el número de identificación como variable clave.

En la tabla 6.3 se presenta un resumen del diseño de la investigación.

El personal sanitario colaborador disponía de unas breves instrucciones de actuación que incidían sobre conceptos claves, y que han sido recogidas en el anexo 6. En el anexo 7 se explican detalles complementarios sobre la organización y el desarrollo del estudio.

Tabla 6.3: Resumen del diseño de la investigación

VISITAS	VARIABLES E INSTRUMENTOS
1	<p>Datos de filiación</p> <p>Sexo, edad, estudios, profesión y vida en pareja</p> <p>Etapas del cambio del modelo transteórico</p> <p>Consumo de alcohol y ejercicio físico</p> <p>Enfermedad crónica y aguda</p> <p>Enfermedades relacionadas con el tabaquismo</p> <p>Índice de Comorbilidad de Charlson</p> <p>Optimismo y satisfacción con la vida</p> <p>Edad de inicio y de finalización del tabaquismo</p> <p>Días sin fumar</p> <p>Cigarrillos/día</p> <p>Intentos de abandono</p> <p>Tratamientos realizados para abandonar el tabaco</p> <p>Valoración de la dependencia percibida a la nicotina</p> <p>Test de Fagerström de dependencia a la nicotina</p> <p>Creencia en la nocividad del consumo de tabaco y grado de nocividad del consumo de tabaco en su salud actual</p> <p>Influencia del consumo de tabaco en el deterioro de su salud física y mental.</p> <p>Calidad de vida relacionada con la salud (Cuestionario de Salud Genérico SF-36)</p>
2	<p>Consumo de tabaco</p> <p>Vida en pareja</p> <p>Etapas del cambio del modelo transteórico</p> <p>Consumo de alcohol y ejercicio físico</p> <p>Enfermedad crónica y aguda</p> <p>Índice de Comorbilidad de Charlson</p>

	<p>Días sin fumar</p> <p>Cigarrillos/día</p> <p>Intentos de abandono</p> <p>Tratamientos realizados para abandonar el tabaco</p> <p>Test de Fagerström de dependencia a la nicotina</p> <p>Grado de nocividad del consumo de tabaco en su salud actual</p> <p>Influencia del consumo de tabaco en el deterioro de su salud física y mental.</p> <p>Calidad de vida relacionada con la salud (Cuestionario de Salud Genérico SF-36)</p>
3	<p>Consumo de tabaco</p> <p>Vida en pareja</p> <p>Etapas del cambio del modelo transteórico</p> <p>Consumo de alcohol y ejercicio físico</p> <p>Enfermedad crónica y aguda</p> <p>Enfermedades relacionadas con el tabaquismo</p> <p>Índice de Comorbilidad de Charlson</p> <p>Optimismo y satisfacción con la vida</p> <p>Días sin fumar</p> <p>Cigarrillos/día</p> <p>Intentos de abandono</p> <p>Tratamientos realizados para abandonar el tabaco</p> <p>Creencia en la nocividad del consumo de tabaco y grado de nocividad del consumo de tabaco en su salud actual</p> <p>Influencia del consumo de tabaco en el deterioro de su salud física y mental.</p> <p>Calidad de vida relacionada con la salud (Cuestionario de Salud Genérico SF-36)</p>
4	Igual que la visita 2
5	Igual que la visita 3

6.4. ANALISIS ESTADISTICO

6.4.1. Análisis estadístico del estudio transversal

Los resultados correspondientes a las variables cualitativas se expresan en frecuencias (porcentaje) y los de las variables cuantitativas en media (desviación típica).

Las variables cualitativas se analizaron mediante el estadístico Chi-cuadrado si se cumplían las condiciones de aplicación de la prueba. En las variables cuantitativas se utilizó el ANOVA para la comparación de más de dos grupos independientes. Cuando no se cumplía la homogeneidad de varianzas se recurrió al test no paramétrico de Kruskal-Wallis.

Con la intención de aumentar la potencia de las comparaciones las etapas del cambio han sido agrupados en tres categorías. Por una parte se han separado los sujetos que han dejado de fumar de aquellos que todavía continúan fumando, y estos últimos se han dividido en dos grupos según la ausencia o presencia de intención de abandono del tabaco (o cambio) a corto o medio plazo. Así, en el momento de realizar el ANOVA se planteó una prueba para contrastes comparando estos tres grupos entre ellos mediante la T de Student para grupos independientes. Cuando no se cumplió la condición de homogeneidad de varianzas y se recurrió al test de Kruskal-Wallis, el estudio de contrastes se realizó mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

La comparación de medias de dos grupos independientes se realizó mediante la T de Student para grupos independientes o mediante la U de Mann-Whitney.

Se calculó el valor teórico o normativo de la media que le correspondería a cada participante, según el sexo y la edad, para cada una de las dimensiones del SF-36, utilizando los valores de referencia de la población española (Alonso y cols., 1998). Para estudiar las diferencias en las dimensiones del SF-36, entre los valores poblacionales teóricos o normativos del sujeto y los valores obtenidos en el cuestionario, se utilizó la T de Student para datos relacionados. Como medida de asociación entre dos variables cuantitativas se recurrió al coeficiente Rho de Spearman.

Estudio Multivariado

El estudio multivariado de las medidas de percepción de salud se realizó mediante Regresión Logística Multinomial. La variable dependiente fue recodificada para transformarla de variable cuantitativa a variable cualitativa con tres valores (alto, medio y bajo). Los tres valores se obtuvieron después de aplicar como puntos de corte el valor de los terciles obtenidos en esta variable. Cuando la variable era claramente asimétrica y coincidían los valores de dos terciles o el valor del tercil superior era el máximo posible (como sucedía en Rol Físico y Rol Emocional, por el efecto cielo de estas variables) no se realizó el estudio multivariado. Se estudió la asociación de la variable dependiente con las etapas del cambio agrupadas (fumadores sin intención de cambio, fumadores con intención de cambio, y los exfumadores, actuando este último grupo como referente), ajustado por edad, sexo, nivel de estudios, vida en pareja, consumo de alcohol, presencia de enfermedad aguda y de enfermedad crónica.

Se ajustó un modelo de regresión logística con el método Forward Stepwise (utilizando el estadístico de Wald) siendo la variable dependiente ser un

fumador sin intención de cambio respecto a ser un fumador con intención de cambio, y con las siguientes variables independientes sujetas a selección por el modelo: sexo, edad, estudios, ejercicio físico, patología relacionada con el tabaco, índice de Charlson, enfermedad aguda, enfermedad crónica, Rol Físico del SF-36 y Función Física del SF-36.

Todos los estudios estadísticos se realizaron mediante el programa SPSS versión 12.0.

6.4.2. Análisis estadístico del estudio longitudinal

6.4.2.1. Análisis estadístico del estudio de las percepciones de salud según las modificaciones en las etapas del cambio

Se procedió a la valoración de la etapa del cambio en cada visita. Según la etapa del cambio en la visita sujeta a valoración (llamada en adelante visita actual) y la etapa del cambio que tenía en la visita previa se establecieron 8 posibles variaciones que suponían un avance en las etapas del cambio, 6 posibles valoraciones que suponían un mantenimiento en el tiempo de la etapa del cambio (era la misma en las dos visitas), y 10 posibles variaciones que implicaban un retroceso en las etapas del cambio. Por ejemplo, una variación que supone un avance es el paso de contemplador a preparado, o de precontemplador a Acción; una valoración que supone una persistencia de etapa es mantenerse como precontemplador; y una variación que indica un retroceso es el paso de preparado a contemplador.

Se registraron 487 valoraciones de la posible variación en la etapa del cambio. Cada valoración se trató como un caso recogándose como variables a estudio, además del sexo y la edad del participante, las 8 dimensiones del cuestionario

de calidad de vida relacionada con la salud SF-36, la Evolución Declarada de la Salud, el Componente Sumario Físico, el Componente Sumario Mental, la influencia del consumo de tabaco en el deterioro de su salud física y mental, y el grado de nocividad del consumo de tabaco en su salud actual. Las variables de percepción de salud tenían el valor evaluado en la visita previa, en la visita actual y, en caso de que la hubiera, también en la visita posterior. Por lo tanto, cada valoración de la posible variación en la etapa del cambio contaba con dos o tres puntuaciones de cada variable de percepción de salud.

Se establecieron comparaciones entre los valores de las medias de las variables estudiadas durante la visita previa y la visita actual mediante el estadístico T de Student para datos relacionados. El mismo procedimiento se realizó comparando los valores de la visita actual con la visita posterior, y de nuevo en la comparación de la visita previa con la visita posterior.

Debido a la posible ausencia de visita posterior, que podría deberse a una interrupción en el seguimiento del participante o a que la visita actual valorada fuera la quinta y última visita del estudio, el número de casos que comparaban la visita actual respecto a la previa era superior al número de casos que comparaban la visita actual respecto a la posterior. El cálculo de la media de la visita actual cuando se comparaba con la visita posterior se realizaba sólo a partir de los casos que contaban con un seguimiento posterior, y podía diferir del cálculo de la media realizado con todos los casos evaluados en la visita actual, que sí aparecían en la comparación con la visita previa. Por dicho motivo se repite en el texto el valor de la visita actual y en los gráficos evolutivos aparecen dos valores de visita actual: en visita actual 1 está la media obtenida con todos los casos y en visita actual 2 aparece solamente la media

de los casos comparados con la visita posterior. Por el mismo motivo, en el texto el valor de la visita previa cuando se compara con la visita posterior puede diferir del valor de la visita previa comparado con la visita actual.

6.4.2.2. Análisis estadístico del estudio del optimismo, satisfacción con la vida y dependencia a la nicotina según las modificaciones en las etapas del cambio agrupadas

Las variables optimismo, satisfacción con la vida y puntuación en el test de Fagerström fueron evaluadas en las visitas primera, tercera y quinta. Al no disponer de evaluación en cada visita no pudieron ser analizadas con el resto de las variables de percepción de salud comparando el resultado de la visita actual con la previa y posterior.

Se establecieron comparaciones entre los valores de las medias de estas tres variables durante la primera visita y la tercera visita mediante el estadístico T de Student para datos relacionados. El mismo procedimiento se realizó comparando los valores de la tercera visita con la quinta visita, y de nuevo en la comparación de la primera visita con la quinta visita. Para realizar el análisis según la variación evolutiva en las etapas del cambio se tuvieron en consideración los cambios que se produjeron en la etapa del cambio entre la primera y la tercera visita, entre la tercera y la quinta, y finalmente entre la primera y la quinta visita. Para disminuir las subpoblaciones de estudio se agruparon las etapas del cambio, siendo clasificados como fumadores sin intención de cambio aquellos que eran Precontempladores, fumadores con intención de cambio los Contempladores y Preparados, y exfumadores los participantes que se encontraban en Acción, Mantenimiento o Finalización. De

este modo, se establecieron 3 posibles variaciones que suponían un avance en las etapas del cambio, 3 posibles variaciones que suponían un mantenimiento en el tiempo de la etapa del cambio (era la misma en las dos visitas), y 2 posibles variaciones que implicaban un retroceso en las etapas del cambio.

6.4.2.3. Análisis estadístico de las variables de percepción de salud entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que consiguen dejar de fumar

A partir de la base de datos principal que contenía todas las variables recogidas en cada una de las visitas realizadas a los participantes, se procedió a elaborar una nueva base de datos que incluyó a todos los fumadores activos durante la visita inicial o de reclutamiento que tenían como mínimo una visita de seguimiento. Se excluyeron, por lo tanto, en esta base de datos todos los participantes que se encontraban en las etapas de cambio de Acción, Mantenimiento o Finalización durante la visita de reclutamiento.

Los fumadores incluidos en la base de datos fueron recodificados para dividirlos en dos subgrupos que permitieran realizar un estudio comparativo de las variables de percepción de salud entre ellos. La característica definitoria para separar los grupos fue haber entrado en algún momento de la evolución en la etapa de Acción. Uno de los subgrupos lo integran los fumadores activos en la primera visita que persistieron fumadores activos durante todo el seguimiento, y el otro los fumadores activos en la primera visita que habían dejado de fumar (paso a la etapa de Acción) durante alguna de las visitas del seguimiento. Los participantes que en algún momento del seguimiento entraron en etapa de Acción pero provenían de una etapa catalogada como exfumador (Acción, Mantenimiento o Finalización), al ser inicialmente exfumadores y no fumadores activos quedaron excluidos de la comparación.

Para el subgrupo que en un momento determinado dejó de fumar (estuvo en etapa de Acción) se consideró como visita 1 la visita previa a la entrada en la etapa de Acción, como visita 2 la visita en la que declararon haber dejado de fumar desde hacía menos de 6 meses, y como visita 3 la posterior a la visita donde quedaron catalogados como Acción, independientemente de la etapa del cambio en que se encontraran. Si no hubo seguimiento posterior a la declaración de la etapa de Acción no se registró la visita 3. Para los participantes que persistieron como fumadores activos la visita 3 era la última visita de seguimiento realizada, la visita 2 la penúltima y la visita 1 la antepenúltima. Cuando sólo tenían dos visitas de seguimiento la última se clasificaba como visita 2 y la primera como visita 1, y no se registraba ninguna visita 3.

Se realizó un estudio comparativo de las medias de las variables de percepción de salud entre los dos subgrupos mediante la prueba T de Student para grupos independientes, en cada una de las tres visitas.

Posteriormente se procedió a crear unas nuevas variables que consistían en el valor de las diferencias entre las visitas de cada variable de percepción. Para su cálculo la valoración obtenida en la visita 2 era restada por la valoración de la visita 1; a la valoración de la visita 3 se restó la valoración de la visita 2; y por último se calculó la resta de la valoración de la visita 3 menos la valoración de la visita 1. El valor obtenido en estas nuevas variables podía ser negativo o positivo indicando una peor o una mejor evolución en la percepción. Se realizó un estudio comparativo de las medias de las nuevas variables (diferencias en la valoración entre las visitas) entre los dos subgrupos mediante la prueba T de Student para grupos independientes.

Se calculó el valor teórico o normativo de la media que le correspondería a cada participante, según el sexo y la edad, para cada una de las dimensiones del SF-36, utilizando los valores de referencia de la población española (Alonso y cols., 1998). Se estudiaron las diferencias en las dimensiones del SF-36, mediante la T de Student para datos relacionados, entre los valores poblacionales teóricos y los valores obtenidos en cada una de las tres visitas, de manera independiente para cada subgrupo (según si entraron en Acción o siempre persistieron fumando)

6.4.2.4. Análisis estadístico de las variables de percepción de salud entre los fumadores activos que no progresan en las etapas del cambio con los fumadores activos que progresan sin llegar a dejar de fumar

A partir de la base de datos principal se procedió a elaborar una nueva base de datos que incluyó a todos los fumadores activos durante la visita inicial o de reclutamiento que tenían como mínimo una visita de seguimiento, como se explicó en el apartado anterior.

Los fumadores incluidos en esta base de datos fueron recodificados para dividirlos en dos subgrupos que permitieran realizar un estudio comparativo de las variables de percepción de salud entre ellos. La característica definitoria para separar los grupos fue haber progresado en las etapas del cambio sin llegar a entrar en Acción, ya que los participantes que habían entrado en Acción fueron estudiados en el análisis anterior.

Se compararon los fumadores activos en la visita previa que permanecían fumadores activos en la visita actual y que habían permanecido sin cambios o habían retrocedido en las etapas del cambio, con los fumadores activos en la

visita previa y en la actual que habían progresado en las etapas del cambio. El segundo subgrupo incluye, por lo tanto, sólo las variaciones de Precontemplación a Contemplación y Preparación, y la variación de Contemplación a Preparación. Los exfumadores en la visita previa se excluyeron de la comparación y también los participantes que entraron en Acción en la visita actual. Si se detectó una progresión en la etapa del cambio previa a la entrada en Acción el participante fue incorporado en el estudio, es decir, se incluyeron a todos los fumadores activos que progresaron con independencia de si posteriormente dejaron de fumar o no en algún momento de la evolución.

De la misma manera que se realizó en el apartado anterior, para el subgrupo que en un momento determinado progresó en las etapas del cambio, permaneciendo como fumador activo, se consideró como visita 1 la visita previa a la progresión, como visita 2 la visita en la que declaran hallarse en una etapa más cercana al abandono, y como visita 3 la posterior a la progresión, independientemente de la etapa del cambio en que se encontraban. Si no hubo seguimiento posterior a la situación de progresión no se registró la visita 3. Para el subgrupo de participantes que persistieron como fumadores activos sin progresión la visita 3 es la última visita de seguimiento realizada en este paciente, la visita 2 la penúltima y la visita 1 la antepenúltima. Cuando sólo tenían dos visitas de seguimiento la última se clasificaba como visita 2 y la penúltima como visita 1, y no se registraba ninguna visita 3.

Se realizaron los análisis estadísticos utilizando las técnicas descritas en el apartado anterior.

6.4.2.5. Análisis estadístico de las variables de percepción de salud entre los exfumadores que no recayeron con los exfumadores que tuvieron una recaída

A partir de la base de datos principal que contenía todas las variables recogidas en cada una de las visitas realizadas a los participantes, se procedió a elaborar una nueva base de datos que incluyó a todos los exfumadores durante la visita inicial o de reclutamiento que tenían como mínimo una visita de seguimiento. Se excluyeron, por lo tanto, en esta base de datos todos los participantes que declararon las etapas de cambio de Precontemplación, Contemplación o Preparación durante la visita de reclutamiento, excepto si posteriormente habían dejado de fumar y además sufrido una recaída.

Los exfumadores incluidos en la base de datos fueron recodificados para dividirlos en dos subgrupos que permitieran realizar un estudio comparativo de las variables de percepción de salud entre ellos. La característica definitoria para separar los grupos fue haber fumado de nuevo en algún momento de la evolución. En este apartado se compararon los exfumadores que habían permanecido sin fumar con los exfumadores que habían recaído en el tabaquismo, aunque luego pudieran hallarse en etapa de Acción, y volver a ser exfumadores. El subgrupo de exfumadores que habían recaído incluyó, por lo tanto, las variaciones de Acción a Precontemplación, a Contemplación y a Preparación, así como la permanencia en Acción durante dos visitas de seguimiento (que implicaba una recaída para volver a intentar el abandono del tabaco, ya que las visitas se realizaban cada 6 meses) y las variaciones de Mantenimiento a Precontemplación, a Contemplación, a Preparación, y a Acción. No se detectó ningún retroceso desde Finalización.

De la misma manera que en los apartados anteriores, para el subgrupo que en un momento determinado volvió a fumar, se consideró como visita 1 la recogida de datos previa a la recaída, como visita 2 la recogida de datos en la que declaran hallarse en una etapa de cambio que implica un consumo activo de tabaco o la repetición en la etapa de Acción, y como visita 3 la posterior a la recaída, independientemente de la etapa del cambio en que se encontraban. Si no hubo seguimiento posterior a la situación de recaída no se registró la visita 3. Para el subgrupo de participantes que persistieron como exfumadores sin recaída la visita 3 es la última visita de seguimiento realizada en este paciente, la visita 2 la penúltima y la visita 1 la antepenúltima. Cuando sólo tenían dos visitas de seguimiento la última se clasificaba como visita 2 y la penúltima como visita 1, y no se registraba ninguna visita 3.

Se realizaron los análisis estadísticos utilizando las mismas técnicas descritas en el apartado 6.4.2.3.

6.4.2.6. Análisis estadístico del tamaño del efecto de las percepciones de salud

El tamaño del efecto representa una medida estandarizada del cambio que se produce en el transcurso del tiempo. Para calcularlo se obtiene la diferencia entre las dos puntuaciones de la dimensión, restándole al valor obtenido durante la evolución el valor que tenía al principio del seguimiento o valor basal. La diferencia de las puntuaciones se divide por la desviación estándar del valor basal.

Media seguimiento – Media basal

Tamaño del efecto = $\frac{\text{Media seguimiento} - \text{Media basal}}{\text{Desviación estándar basal}}$

Cuando se produce una intervención o un suceso el valor evolutivo es el valor post-intervención o post-suceso y el valor basal es el valor pre-intervención o pre-suceso (Crosby, Kolotkin y Williams, 2003).

El tamaño del efecto representa el cambio individual medido por el número de desviaciones estándar del valor basal. Así, por ejemplo, un tamaño del efecto de 0,5 indica que se ha producido un aumento equivalente a un 0,5 (la mitad) de la desviación estándar del valor basal. Siguiendo a Cohen (1988) se considera que un efecto de un tamaño alrededor de 0,2 es un efecto pequeño, alrededor de 0,5 es un efecto moderado y próximo a 0,8 es un efecto grande. La “mínima diferencia clínicamente importante” correspondería a la consecución de un tamaño del efecto pequeño y quedaría en 0,2 (Samsa, Edelman, Rothman, Williams, Lipscomb y Matchar, 1999).

Una limitación de esta medida es su dependencia del grado de heterogeneidad de la muestra basal, de modo que un mismo cambio individual tendrá un menor tamaño del efecto si la desviación estándar de la muestra basal es grande que si la desviación estándar de la muestra basal es pequeña. Otra limitación es que no tiene en cuenta la propia variabilidad del cambio. Las ventajas que aporta es permitir la interpretación y la comparación entre diferentes muestras al estandarizar el resultado, y que el resultado obtenido es independiente del tamaño de la muestra (Crosby y cols., 2003).

El tamaño del efecto aporta una información relacionada, pero complementaria, a la información aportada por la significación estadística. Diversas asociaciones profesionales y políticas editoriales de revistas científicas apostaron por detallar en los informes de investigación la estimación del tamaño del efecto (Frías, Llobell y García, 2000).

El tamaño del efecto se estudió en subpoblaciones seleccionadas previamente a partir de la base principal, como se ha descrito en los apartados previos. Así, se analizó de manera separada el tamaño del efecto en los fumadores activos que persistieron como tales durante todo el seguimiento y en los fumadores activos que dejaron de fumar (paso a la etapa de Acción) durante alguna de las visitas del seguimiento. Del mismo modo, se valoró el tamaño del efecto en los fumadores activos que habían permanecido sin cambios o habían retrocedido en las etapas del cambio, y en los fumadores activos que habían progresado en las etapas del cambio sin llegar a dejar de fumar. Por último se estudió por separado el tamaño del efecto en los exfumadores que habían permanecido sin fumar y en los exfumadores que habían recaído en el tabaquismo.

En todos los casos se valoró la evolución de la primera a la segunda visita y de la primera a la tercera visita, en el global de la muestra. Se estudiaron, por lo tanto, los cambios ocurridos en las percepciones de salud durante un periodo de 6 y de 12 meses.

Se realizó un análisis multivariado mediante regresión logística con “entrada en acción” o “progresión” o “recaída” como variable dependiente, según la subpoblación elegida como muestra, y como variables independientes la edad, el sexo, el nivel de estudios, la vida en pareja, el consumo de alcohol, la presencia de enfermedad crónica, la edad de inicio del tabaquismo, los

cigarrillos diarios fumados y la dependencia a la nicotina objetiva medida con el test de Fagerström. En el caso de recaída no se incluyeron las dos últimas variables al no estar recogidas en los exfumadores. Estas variables fueron utilizadas como medidas de ajuste, a las que se añadieron cada una de las percepciones de salud con un tamaño del efecto que se diferenciaba al menos en 0.4 desviaciones estándar entre los dos grupos a estudio, de modo que variables con un tamaño del efecto inferior a 0,4 y con sentido positivo podían alcanzar esta diferencia si el tamaño del efecto en el grupo de comparación tenía un sentido negativo.

7. RESULTADOS

7.1. Variables demográficas de la muestra global

La muestra estaba formada por 253 participantes, de los cuales 129 eran hombres (51%) y 124 mujeres (49%).

La edad media era de 43,58 años (desviación típica de 14,6) con un mínimo de 18 y un máximo de 80 años.

Respecto al nivel de estudios de los participantes, 3 personas (1,2%) no sabían leer ni escribir, 9 personas (3,6%) no realizaron estudios, 106 (41,9%) tenían estudios primarios, 89 (35,2%) tenían estudios secundarios y 46 participantes (18,2%) alcanzaron estudios universitarios. Vivían en pareja 189 personas (un 74,7%) de los integrantes de la muestra.

FASE 1: ESTUDIO TRANSVERSAL

OBJETIVO 1: Conocer la distribución de los participantes según las etapas del cambio del modelo transteórico

7.2. Etapas del cambio del modelo transteórico

De las 253 personas que participaron en el estudio, 178 (70,4%) eran fumadores activos en el momento de ser incluidos, quedando clasificados en el total de la muestra como precontempladores 70 fumadores (27,7%), como contempladores 76 (30%) y como preparados 32 (12,6%) (figura 7.1). La clasificación por etapas sólo en el grupo de fumadores era la siguiente: 39,3% en Precontemplación, 42,7% en Contemplación y 18% en Preparación (figura 7.2).

Habían dejado de fumar 75 personas (29,6%), de las cuales en el total de la muestra 30 (11,9%) estaban en la etapa de Acción, otras 24 (9,5%) se encontraban en Mantenimiento y 21 (8,3%) fueron clasificadas en la etapa de Finalización (figura 7.1). La clasificación por etapas sólo en el grupo de exfumadores fue la siguiente: 40% en Acción, 32% en Mantenimiento y 28% en Finalización (figura 7.3).

En las etapas agrupadas según la intención de cambio, los fumadores sin intención de cambio (precontempladores) eran 70 personas (27,7%); los fumadores con intención de cambio (contempladores y preparados) eran 108 personas (42,7%), y los exfumadores (etapas de Acción, Mantenimiento y Finalización) eran 75 participantes (29,6%).

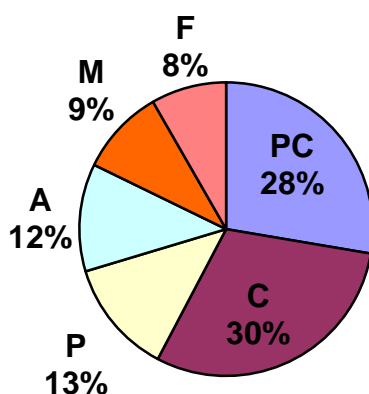


Figura 7.1: Distribución de la muestra total en porcentajes según la etapa del cambio

PC= Precontemplación; C= Contemplación; P= Preparación; A= Acción; M= Mantenimiento; F= Finalización.

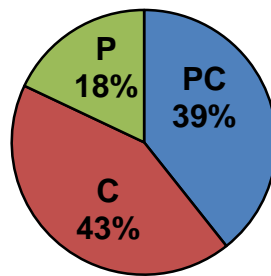


Figura 7.2: Distribución de la muestra de fumadores activos en porcentajes según la etapa del cambio
PC= Precontemplación; C= Contemplación; P= Preparación.

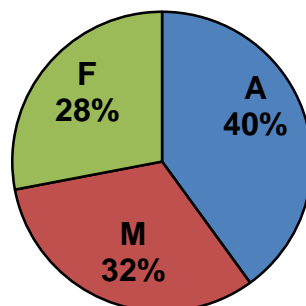


Figura 7.3: Distribución de la muestra de exfumadores en porcentajes según la etapa del cambio
A= Acción; M= Mantenimiento; F= Finalización.

OBJETIVO 2: Comparar las distribuciones de la muestra en las etapas del cambio según el sexo, la edad, el nivel de estudios y la vida en pareja

7.3. Etapas del Cambio en función de las variables demográficas

7.3.1. Sexo

La distribución de los participantes según la Etapa del Cambio y el sexo era uniforme (tabla 7.1). Sólo en la etapa de Finalización se observó un predominio de hombres respecto a las mujeres, sin significación estadística ($\chi^2(5) = 3,3$; $p = 0,64$).

Tabla 7.1: Distribución de los participantes según la etapa del cambio y el sexo.

Etapa del Cambio	Hombre n	Mujer n
Precontemplación	32 (45,7) [24,8]	38 (54,3) [30,6]
Contemplación	41 (53,9) [31,8]	35 (46,1) [28,2]
Preparación	16 (50) [12,4]	16 (50) [12,9]
Acción	15 (50) [11,6]	15 (50) [12,1]
Mantenimiento	11 (45,8) [8,5]	13 (54,2) [10,5]
Finalización	14 (63,7) [10,9]	7 (33,3) [5,6]

() Porcentaje por filas; [] Porcentaje por columnas

7.3.2. Edad

Los participantes en etapa de Finalización eran los de mayor edad. Al agrupar las etapas del cambio este efecto quedó parcialmente compensado por la

menor edad de la etapa de Mantenimiento. Los participantes en estado de Precontemplación eran los más jóvenes y, en este caso el efecto pasó a ser más importante después de agrupar las etapas del cambio (tabla 7.2).

Los resultados del análisis de la variancia (ANOVA) indicaron que existían diferencias significativas entre los grupos ($F(5, 246) = 5,1; p < 0,001$). Mediante los contrastes con el estadístico de Scheffé se observó que las diferencias se establecían entre la etapa de Finalización y las etapas de Preparación ($p = 0,043$) y Precontemplación ($p = 0,003$).

Tabla 7.2: Medias y desviaciones típicas de la edad en función de la etapa del cambio simple y agrupada.

Etapa del Cambio	Simple	Agrupada
	Edad Media (dt)	Edad Media (dt)
Precontemplación	39,11 (14,6)	39,11 (14,6)
Contemplación	45,53 (14,4)	44,08 (14,2)
Preparación	40,66 (13,5)	
Acción	47,67 (12)	47,05 (14,2)
Mantenimiento	40,21 (12,4)	
Finalización	54,35 (15,9)	

A fin de simplificar el análisis estadístico de los resultados, los contrastes entre grupos se han realizado agrupando a los participantes del siguiente modo: fumadores sin intención de cambio (precontempladores), fumadores con intención de cambio (contempladores y preparados) y ex fumadores (acción, mantenimiento y finalización). Los exfumadores fueron significativamente mayores que los fumadores sin intención de cambio ($t(246) = 3,5; p = 0,001$).

Aunque las diferencias no alcanzaron la significación estadística, los exfumadores fueron ligeramente mayores que los fumadores con intención de cambio ($t(246) = 1,9$; $p = 0,056$), y los fumadores con intención de cambio mayores que los fumadores sin intención de cambio ($t(246) = -1,7$; $p = 0,077$).

7.3.3. Nivel de Estudios

El nivel de estudios de los participantes era similar entre las etapas del cambio (tabla 7.3). El predominio de estudios fue de mayor nivel en la etapa Mantenimiento y de menor nivel en Finalización a pesar de que no mostró significación estadística ($\chi^2(5) = 2,6$; $p = 0,74$).

Tabla 7.3: Distribución de los participantes según la etapa del cambio y el nivel de estudios.

Etapa del Cambio	Estudios Primarios o Menos n	Estudios Secundarios o Más n
Precontemplación	30 (42,9) [25,4]	40 (57,1) [29,6]
Contemplación	36 (47,4) [30,5]	40 (52,6) [29,6]
Preparación	15 (46,9) [12,7]	17 (53,1) [12,6]
Acción	16 (53,3) [13,6]	14 (46,7) [10,4]
Mantenimiento	9 (37,5) [7,6]	15 (62,5) [11,1]
Finalización	12 (57,1) [10,2]	9 (42,9) [6,7]

() Porcentaje por filas; [] Porcentaje por columnas

7.3.4. Pareja

Se observó un menor porcentaje de personas con pareja entre los fumadores activos que entre los exfumadores, especialmente entre los fumadores que se declararon en fase de Preparación ($\chi^2(5) = 11,4$; $p = 0,044$) (tabla 7.4). O

expresado de otra manera, se observó que hay un menor porcentaje de fumadores activos y un mayor porcentaje de exfumadores entre las personas que vivían en pareja respecto a los participantes que no vivían en pareja.

Tabla 7.4: Distribución de los participantes según la etapa del cambio y la vida en pareja

Etapa del Cambio	Vive en pareja n	No vive en pareja n
Precontemplación	50 (71,4) [26,5]	20 (28,6) [31,3]
Contemplación	55 (72,4) [29,1]	21 (27,6) [32,8]
Preparación	19 (59,4) [10,1]	13 (40,6) [20,3]
Acción	25 (83,3) [13,2]	5 (16,7) [7,8]
Mantenimiento	20 (83,3) [10,6]	4 (16,7) [6,3]
Finalización	20 (95,2) [10,6]	1 (4,8) [1,6]

() Porcentaje por filas; [] Porcentaje por columnas

OBJETIVO 3: Estudiar hábitos relacionados con la salud como el consumo de alcohol o el ejercicio físico según las etapas de cambio

7.4. Hábitos relacionados con la salud en función de las Etapas del Cambio

7.4.1. Consumo de alcohol diario o habitual

Alrededor de dos tercios de los participantes (67,3%) declararon no consumir alcohol.

El consumo más importante (dos o más unidades diarias) predominó en las etapas de Preparación y Acción, y el moderado (una unidad diaria) en las etapas de Acción y Mantenimiento (tabla 7.5).

Para evitar el incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba χ^2 se analizaron los participantes agrupados del siguiente modo: fumadores sin intención de cambio (precontempladores), fumadores con intención de cambio (contempladores y preparados) y exfumadores (acción, mantenimiento y finalización). No se observó significación estadística ($\chi^2(4) = 2,1$; $p = 0,71$).

Tabla 7.5: Distribución de los participantes según la etapa del cambio y el consumo de alcohol

Etapa del Cambio	Consumo de alcohol en unidades diarias		
	No consumo n	Una unidad n	Dos o más n
Precontemplación	49 (70) [28,8]	11 (15,7) [23,4]	10 (14,3) [27,8]
Contemplación	51 (67,1) [30]	15 (19,7) [31,9]	10 (13,2) [27,8]
Preparación	23 (71,9) [13,5]	3 (9,4) [6,4]	6 (18,8) [16,7]
Acción	17 (56,7) [10]	8 (26,7) [17]	5 (16,7) [13,9]
Mantenimiento	15 (62,5) [8,8]	6 (25) [12,8]	3 (12,5) [8,3]
Finalización	15 (71,4) [8,8]	4 (19) [8,5]	2 (9,5) [5,6]

() Porcentaje por filas; [] Porcentaje por columnas

7.4.2. Ejercicio físico diario

Los contempladores y los preparados eran los que realizaban menos ejercicio, seguidos por los participantes en etapa de Acción (tabla 7.6). Estas diferencias no pudieron ser analizadas mediante la prueba de Chi cuadrado al no cumplirse las condiciones de aplicación, aunque se agruparan las etapas.

Tabla 7.6: Distribución de los participantes según la etapa del cambio y el grado de ejercicio físico habitual

Etapa del Cambio	Ejercicio Físico				
	Nada n *	Poco n *	Moderado n *	Intenso n *	Media (dt) **
Precontemplación	13 (19,1) [20]	24 (35,3) [26,7]	22 (32,4) [28,6]	9 (13,2) [50]	2,40 (0,9)
Contemplación	25 (33,3) [38,5]	31 (41,3) [34,4]	15 (20) [19,5]	4 (5,3) [22,2]	1,97 (0,8)
Preparación	10 (31,3) [15,4]	11 (34,4) [12,2]	9 (28,1) [11,7]	2 (6,3) [11,1]	2,09 (0,9)
Acción	10 (33,3) [15,4]	7 (23,3) [7,8]	11 (36,7) [14,3]	2 (6,7) [11,1]	2,17 (0,9)
Mantenimiento	2 (8,3) [3,1]	11 (45,8) [12,2]	10 (41,7) [13]	1 (4,2) [5,6]	2,42 (0,7)
Finalización	5 (23,8) [7,7]	6 (28,6) [6,7]	10 (47,6) [13]	0 (0) [0]	2,24 (0,8)

* Resultados como variable cualitativa con frecuencia y porcentaje.

** Resultados como variable cuantitativa con media y desviación típica.

() Porcentaje por filas; [] Porcentaje por columnas

Al estudiar la variable ejercicio como una variable ordinal con una gradación de 1 a 4, y aplicar un test de Kruskal Wallis según las etapas del cambio, no se obtuvo significación estadística ($\chi^2(5) = 10$; $p = 0,074$). Pero al realizar una prueba para los contrastes comparando las etapas del cambio agrupadas mediante el estadístico U de Mann-Whitney, la menor cantidad de ejercicio físico que realizaban los fumadores con intención de cambio alcanzó significación en la comparación con los fumadores sin intención de cambio ($z = -2,7$; $p = 0,008$) y con los exfumadores ($z = -2,1$; $p = 0,035$). Sin embargo, no hubo diferencias entre los fumadores sin intención de cambio y los exfumadores ($z = -0,7$; $p = 0,49$).

En esta muestra los participantes que realizaban ejercicio intenso eran en su mayoría fumadores y predominaban los precontempladores. Aquellos que realizaban poco o nada de ejercicio predominaban en la etapa de Contemplación.

OBJETIVO 4: Evaluar el historial de salud de los participantes según las etapas del cambio

7.5. Historial de salud en función de las Etapas del Cambio

7.5.1. Enfermedad crónica

Tenían una enfermedad crónica 99 personas (un 39,1%) de la muestra.

No se detectaron diferencias en la prevalencia de enfermedades crónicas entre las diferentes etapas del cambio ($\chi^2(5) = 4,6$; $p = 0,45$), como se puede observar en la tabla 7.7, aunque había una ligera mayor morbilidad crónica entre los exfumadores.

Tabla 7.7: Distribución de los participantes según la etapa del cambio y la presencia de una enfermedad crónica

Etapa del Cambio	No enfermedad crónica n	Sí enfermedad crónica n
Precontemplación	47 (67,1) [30,5]	23 (32,9) [23,2]
Contemplación	46 (60,5) [29,9]	30 (39,5) [30,3]
Preparación	21 (65,6) [13,6]	11 (34,4) [11,1]
Acción	14 (46,7) [9,1]	16 (53,3) [16,2]
Mantenimiento	15 (62,5) [9,7]	9 (37,5) [9,1]
Finalización	11 (52,4) [7,1]	10 (47,6) [10,1]

() Porcentaje por filas; [] Porcentaje por columnas

Las enfermedades crónicas más frecuentes, sin tener en consideración la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fueron la diabetes mellitus con 32 casos (12,6%), la hipertensión arterial con 28 casos (11%), el asma bronquial con 10 casos (3,9%) y la ansiedad crónica con 5 casos (2%).

7.5.2. Enfermedad aguda

Padecían una enfermedad aguda 37 personas (14,6%), con una mayor prevalencia de enfermedad aguda entre los fumadores (tabla 7.8), con significación en el estudio estadístico ($\chi^2(2) = 9,0$; $p = 0,011$) al agrupar las etapas del cambio.

Entre las enfermedades agudas registradas destacaban las infecciones de las vías respiratorias altas y bajas con 17 casos (6,7%) y la ansiedad aguda con 4 casos (1,6%).

Tabla 7.8: Distribución de los participantes según la etapa del cambio y la presencia de una enfermedad aguda

Etapa del Cambio	No enfermedad aguda	Sí enfermedad aguda
	n	n
Precontemplación	60 (85,7) [27,8]	10 (14,3) [27]
Contemplación	61 (80,3) [28,2]	15 (19,7) [40,5]
Preparación	24 (75) [11,1]	8 (25) [21,6]
Acción	29 (96,7) [13,4]	1 (3,3) [2,7]
Mantenimiento	21 (87,5) [9,7]	3 (12,5) [8,1]
Finalización	21 (100) [9,7]	0 (0) [0]

() Porcentaje por filas; [] Porcentaje por columnas

7.5.3. Enfermedades en cuya etiopatogenia interviene claramente el tabaquismo

En la población estudiada la prevalencia de enfermedades relacionadas con el tabaquismo era baja. Se detectó que 223 participantes (88,1%) no tenían ninguna patología relacionada con el tabaco, 26 (10,3%) sufrían una enfermedad relacionada con el tabaco, 3 (1,2%) tenían dos trastornos vinculados al tabaquismo y 1 participante (0,4%) padecía tres de estas enfermedades. Había 25 personas (9,9%) afectadas de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), 5 (2%) con cardiopatía isquémica, 2 participantes (0,8%) que habían sufrido un accidente vascular cerebral, 2 (0,8%) con arteriopatía periférica, y un único paciente (0,4%) con una enfermedad neoplásica (cáncer) asociada al consumo de tabaco (tabla 7.9).

Había una mayor prevalencia de EPOC entre los exfumadores, especialmente entre los que se encontraban en estado de Acción, y una menor prevalencia entre los fumadores sin intención de cambio ($\chi^2(2) = 7,4; p = 0,024$). Se realizó el análisis según las etapas del cambio agrupadas porque el análisis mediante las etapas del cambio simples no cumplía con las condiciones de aplicación de la prueba de chi cuadrado. El estudio estadístico de la presencia o ausencia del resto de entidades patológicas relacionadas con el tabaco según las etapas del cambio agrupadas, no pudo realizarse mediante chi cuadrado ya que en todas las tablas habían tres celdas que tenían un resultado esperado inferior a cinco.

Tabla 7.9: Prevalencia de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco según la etapa del cambio

Etapa del Cambio	EPOC n	CI n	AVC n	AP n	Neo n
Precontemplación	3 (4,3)	0 (0)	0 (0)	1 (1,4)	0 (0)
Contemplación	6 (7,9)	3 (3,9)	1 (1,3)	1 (1,3)	1 (1,3)
Preparación	3 (9,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Acción	8 (26,7)	0 (0)	1 (3,4)	0 (0)	0 (0)
Mantenimiento	2 (8,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Finalización	3 (14,3)	2 (9,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; CI: cardiopatía isquémica; AVC: accidente vascular cerebral; AP: arteriopatía periférica; Neo: neoplasia (cáncer).

7.5.4. Índice de Comorbilidad de Charlson

Un 78,6% de la población estudiada no tenía ninguna de las enfermedades recogidas en el índice de Charlson, puntuaron un solo punto un 13,5% y puntuaron dos o más puntos un 7,9% de los participantes. Precontemplación y

Mantenimiento eran las etapas del cambio con menor comorbilidad y Finalización y Acción eran los que expresaban mayor comorbilidad basada en el índice de Charlson como se describe en la tabla 7.10.

El estudio estadístico se ha realizado mediante la agrupación de las etapas del cambio (sin intención de cambio, con intención de cambio y exfumadores) para cumplir con las condiciones de aplicación de la prueba chi cuadrado. Las diferencias observadas tienden a la significación estadística ($\chi^2(4) = 9,3$; $p = 0,054$).

Tabla 7.10: Puntuación en el Índice de Comorbilidad de Charlson según la etapa del cambio.

Etapa del Cambio	Índice de Comorbilidad de Charlson		
	0 puntos n	1 punto n	2 o más puntos n
Precontemplación	63 (90) [31,8]	3 (4,3) [8,8]	4 (5,7) [20]
Contemplación	57 (76) [28,8]	13 (17,3) [38,2]	5 (6,7) [25]
Preparación	25 (78,1) [12,6]	4 (12,5) [11,8]	3 (9,4) [15]
Acción	20 (66,7) [10,1]	7 (23,3) [20,6]	3 (10) [15]
Mantenimiento	20 (83,3) [10,1]	4 (16,7) [11,8]	0 (0) [0]
Finalización	13 (61,9) [6,6]	3 (14,3) [8,8]	5 (23,8) [25]

() Porcentaje por filas; [] Porcentaje por columnas

OBJETIVO 5: Analizar el optimismo y la satisfacción con la vida de acuerdo con las etapas del cambio

7.6. Optimismo y satisfacción con la vida en función de las Etapas del Cambio

La puntuación media (dt) en la escala de optimismo (valores de 0 a 10) de toda la muestra fue de 6,6 (2,1). Los valores eran muy similares en todas las etapas del cambio excepto en Finalización, que mostró valores más altos (tabla 7.11).

La menor evaluación del optimismo se situó en las etapas de Preparación y Acción (figura 7.4). El estudio estadístico mediante ANOVA ($F(5,248) = 1,9; p = 0,087$) y la prueba de contrastes no halla significación en estas diferencias.

La puntuación media (dt) de la valoración global en la escala de satisfacción con la vida (valores de 0 a 10) fue de 6,85 (2,1). La satisfacción con la vida era mayor entre el grupo de exfumadores y, sobre todo, en la etapa de

Finalización. Como se puede observar en los valores de la tabla 7.11 y en la representación gráfica de la figura 7.5, la satisfacción con la vida desciende progresivamente desde la etapa de Precontemplación hasta la de Preparación, donde alcanza el punto más bajo, para después incrementarse progresivamente a medida que avanza en las etapas hasta alcanzar el máximo en la Finalización.

Estas diferencias son significativas ($F(5,248) = 4,5; p = 0,001$), detectándose la significación en la prueba de Scheffé en la comparación entre Finalización y las dos etapas con intención de cambio (Contemplación y Preparación). En las pruebas para los contrastes con las etapas agrupadas se observó que las diferencias fueron significativas entre los exfumadores y los otros dos grupos (fumadores sin intención de cambio ($t(128,2) = 2,5; p = 0,012$) y fumadores con intención de cambio ($t(97,4) = 4,3; p < 0,001$), pero no llegó a conseguir la significación en la comparación entre los fumadores activos ($t(116,1) = 1,8; p = 0,069$).

Tabla 7.11: Valoración de las escalas de optimismo percibido y de satisfacción con la vida según la etapa del cambio

Etapa del Cambio	Optimismo Media (dt)	Satisfacción con la vida Media (dt)
Precontemplación	6,51 (1,8)	6,89 (1,9)
Contemplación	6,62 (2,1)	6,51 (2,3)
Preparación	6,28 (2,5)	5,97 (2,5)
Acción	6,30 (2,2)	6,9 (1,7)
Mantenimiento	6,46 (1,8)	7,63 (1,6)
Finalización	7,9 (1,8)	8,38 (1,1)

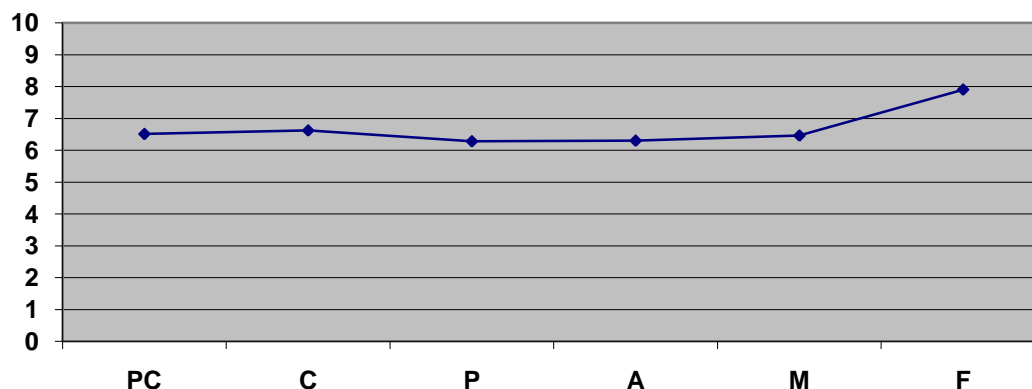


Figura 7.4: Valoraciones del optimismo según las etapas del cambio

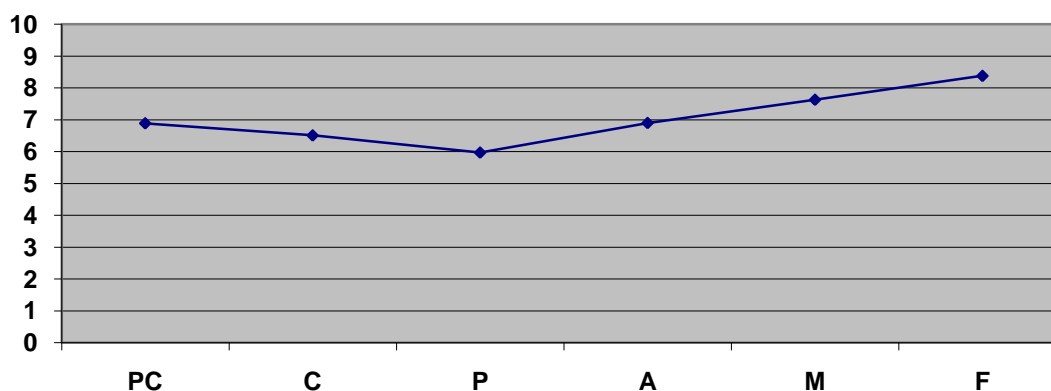


Figura 7.5: Valoraciones de la satisfacción con la vida según las etapas del cambio

En el estudio multivariado de la asociación de la satisfacción con la vida con las etapas del cambio agrupadas, realizado mediante Regresión Logística Multinomial, los resultados ajustados por edad, sexo, nivel de estudios, vida en pareja, consumo de alcohol, presencia de enfermedad aguda y de enfermedad crónica, fueron los siguientes:

Los fumadores con intención de cambio tenían una menor probabilidad que los exfumadores de percibir una alta satisfacción con la vida en contraposición a

una baja satisfacción con la vida ($B = -1,2$ ($EE = 0,5$); $Wald = 6,2$; $OR = 0,29$ ($IC\ 95\% = 0,11-0,77$); $p = 0,012$).

Los fumadores con intención de cambio tenían una menor probabilidad que los exfumadores de percibir un nivel medio de satisfacción con la vida en contraposición a una baja satisfacción con la vida ($B = -1,1$ ($EE = 0,4$); $Wald = 6,9$; $OR = 0,33$ ($IC\ 95\% = 0,14-0,75$); $p = 0,009$).

Los fumadores sin intención de cambio, tenían una tendencia no significativa a una menor probabilidad que los exfumadores de percibir una alta satisfacción con la vida en contraposición a una baja satisfacción con la vida ($B = -1,1$ ($EE = 0,5$); $Wald = 3,8$; $OR = 0,34$ ($IC\ 95\% = 0,12-1,00$); $p = 0,051$).

Los fumadores sin intención de cambio tenían una tendencia no significativa a una menor probabilidad que los exfumadores de percibir un nivel medio de satisfacción con la vida en contraposición a una baja satisfacción con la vida ($B = -0,8$ ($EE = 0,5$); $Wald = 3,1$; $OR = 0,44$ ($IC\ 95\% = 0,18-1,10$); $p = 0,078$).

Los fumadores sin intención de cambio tenían una probabilidad similar que los fumadores con intención de cambio de percibir un nivel alto ($OR = 1,19$ ($IC\ 95\% = 0,47-3,01$); $p = 0,72$) o medio ($OR = 1,36$ ($IC\ 95\% = 0,66-2,79$); $p = 0,40$) de satisfacción con la vida en contraposición a una baja satisfacción con la vida.

OBJETIVO 6: Estudiar variables relacionadas con el tabaquismo en función de las etapas del cambio

7.7. Variables relacionadas con el tabaquismo según la etapa de cambio

7.7.1. Historia del tabaquismo y carga tabáquica

7.7.1.1. Edad de inicio del tabaquismo

La edad media (dt) de inicio del tabaquismo de la población estudiada era de 16,91 (4,4) años, con un mínimo de 11 y un máximo de 43 años, sin diferencias según las etapas del cambio (tabla 7.12) ($F(5,247) = 1,6; p = 0,15$).

7.7.1.2. Edad de abandono del tabaquismo

Entre los exfumadores la edad media de abandono del consumo de tabaco era de 44,85 (14,2) años, con un mínimo de 18 y un máximo de 73 años. Los participantes en etapa de Mantenimiento dejaron el tabaco con menor edad como queda reflejado en la tabla 7.12. El estudio estadístico de la edad de abandono del tabaquismo en las 3 etapas del cambio de exfumador, al no cumplirse la condición de homogeneidad de varianzas, se realizó mediante la prueba de Kruskal-Wallis, mostrando significación estadística de las diferencias ($\chi^2(2) = 7,1; p = 0,028$). En el estudio de contrastes mediante el estadístico U de Mann - Whitney, la etapa Mantenimiento obtuvo significación estadística en la comparación con Acción ($z = -2,6; p = 0,008$) y una tendencia a la significación en la comparación con Finalización ($z = -1,9; p = 0,060$), sin diferencias entre Acción y Finalización ($z = -0,1; p = 0,92$).

Tabla 7.12: Medias y desviaciones típicas de la edad de inicio y de abandono del tabaquismo en función de la etapa del cambio

Etapa del Cambio	Edad inicio Media (dt)	Edad abandono Media (dt)
Precontemplación	17,11 (4,9)	–
Contemplación	17,36 (5)	–
Preparación	16,5 (3,6)	–
Acción	17,57 (3,9)	47,8 (12,2)
Mantenimiento	16,75 (2,9)	39 (12,4)
Finalización	14,52 (2,6)	47,33 (17,3)

7.7.1.3. Cigarrillos/día y Paquetes-año en fumadores activos

El consumo de tabaco medio entre los fumadores activos fue de 19,42 (12,4) cigarrillos diarios y 25,11 (21,6) paquetes – año. De acuerdo con los resultados de los análisis de la variancia no se aprecian diferencias entre las etapas del cambio que mantienen la conducta de fumar en el consumo de cigarrillos ($F(2,174)= 1,39$; $p= 0,25$) ni en los paquetes – año ($F(2,173)= 2,01$; $p= 0,13$) (tabla 7.13).

Tabla 7.13: Medias y desviaciones típicas del consumo en cigarrillos diarios y en paquetes-año en función de la etapa del cambio entre los fumadores activos

Etapa del Cambio	Cigarrillos diarios Media (dt)	Paquetes - Año Media (dt)
Precontemplación	19,7 (13,1)	23,59 (22,7)
Contemplación	20,51 (11,8)	28,56 (21,3)
Preparación	16,13 (12,2)	20,04 (18,9)

7.7.2. Variables relacionadas con la dependencia y el abandono del tabaquismo

7.7.2.1. Intentos de abandono

La media (dt) de intentos de abandono durante la vida de fumador en la muestra de estudio era de 1,98 (2,2), con un rango de 0 a 12. Como se puede observar en la tabla 7.14, los participantes que se encontraban en las etapas con intención de cambio eran los que manifestaban más intentos de abandono previos, mientras que los precontempladores eran los participantes que menos veces habían intentado dejarlo ($F(5,247)= 1,4$; $p= 0,21$). En los contrastes con las etapas agrupadas se observan diferencias significativas entre los fumadores sin intención de cambio y los fumadores con intención de cambio ($t(247)= -2,5$; $p= 0,012$). Los exfumadores no son significativamente diferentes a los fumadores sin intención de cambio ($t(247)= 1$; $p= 0,29$), ni a los fumadores con intención de cambio ($t(247)= -1,4$; $p= 0,15$).

Tabla 7.14: Medias y desviaciones típicas de los intentos de abandono del consumo de tabaco totales, de una semana o más de duración, y de más de 24 horas de duración en el último año, en función de la etapa del cambio

Etapa del Cambio	Intentos de abandono		
	Totales Media (dt)	Una semana o más Media (dt)	> 24 horas ultimo año Media (dt)
Precontemplación	1,49 (2,3)	0,87 (1,9)	0,34 (0,8)
Contemplación	2,38 (2,5)	1,07 (1,8)	0,66 (1,2)
Preparación	2,38 (1,8)	1,44 (1,5)	1,06 (1,3)
Acción	1,87 (1,7)	1,07 (1,3)	0,90 (1,6)
Mantenimiento	1,92 (1,7)	0,33 (0,5)	0,71 (1,1)
Finalización	1,86 (2,1)	0,86 (0,9)	0 (0)

La media (dt) de intentos de abandono de una semana o más durante la vida de fumador era de 0,97 (1,6), con un rango de 0 a 12. Los participantes en Preparación habían realizado más intentos de abandono prolongados que en el resto de las etapas (tabla 7.14), pero la diferencia no alcanzó significación ($F(5,247)=1,3$; $p = 0,25$), y no la logró tampoco para la comparación con las etapas agrupadas de los fumadores con intención de cambio (que incluye a los “preparados”) con los fumadores sin intención de cambio ($t(247)=-1,4$; $p=0,15$) ni con los exfumadores ($t(247)=1,9$; $p=0,058$).

La media (dt) de Intentos de abandono de más de 24 horas el último año era de 0,64 (1,2), con un rango de 0 a 8. Al estar incluida esta variable en la definición de la etapa Preparación predomina en los preparados. En Precontemplación, en cambio, la media de intentos previos recientes es baja. En Finalización es 0, ya que llevan más de un año sin fumar por definición (tabla 7.14). Los fumadores con intención de abandono consiguieron diferencias significativas con los fumadores sin intención de abandono ($t(247)=-2,6$; $p=0,009$) pero no con los exfumadores ($t(247)=-1,08$; $p=0,39$) porque en la etapa de Contemplación el número de intentos era inferior.

7.7.2.2. Tratamientos realizados para abandonar el tabaco

Informaron haber recibido consejo antitabáquico 136 de los participantes (53,8%). Los que tenían una patología relacionada con el tabaco comunicaron haber sido receptores del consejo en un 76,7% de los casos, mientras que los participantes sin patologías relacionadas con el tabaco lo hicieron en el 50,7% de los casos ($\chi^2(1)=7,19$; $p=0,007$). Como puede observarse en la tabla 7.15, los participantes que se hallaban en el proceso reciente de abandonar el

consumo de tabaco (Acción) habían recibido el consejo con mayor frecuencia que los fumadores que permanecían activos y que el resto de exfumadores (χ^2 (5)= 18,5; p=0,002), o dicho de otra manera, quienes admitían haber recibido consejo antitabáquico se situaban más en la etapa de Acción que quienes referían no haberlo recibido.

La frecuencia en la utilización de alguna de las tres opciones terapéuticas para ayudar a dejar de fumar (psicológica, nicotínica y bupropion) se expone en la tabla 7.16.

Habían intentado tratamiento psicológico para combatir el tabaquismo 13 de los participantes en el estudio (5,1%). Ninguno de los fumadores en la etapa de Preparación recibió tratamiento psicológico pero uno de cada seis participantes en la etapa de Acción informó haber tenido apoyo psicológico.

Tabla 7.15: Distribución de los participantes según la recepción de consejo para abandonar el tabaco y la etapa del cambio

Etapa del Cambio	Recibió consejo antitabáquico	
	No n	Sí n
Precontemplación	40 (57,1) [34,2]	30 (42,9) [22,1]
Contemplación	34 (44,7) [29,1]	42 (55,3) [30,9]
Preparación	15 (46,9) [12,8]	17 (53,1) [12,5]
Acción	4 (14,3) [3,4]	26 (86,7) [19,1]
Mantenimiento	11 (42,3) [9,4]	13 (54,2) [9,6]
Finalización	13 (61,9) [11,1]	8 (38,1) [5,9]

() Porcentaje por filas; [] Porcentaje por columnas

Tabla 7.16: Distribución de los participantes según la etapa del cambio y los tratamientos realizados para ayudar al abandono del tabaco

Etapa del Cambio	Tratamiento para abandono del tabaco		
	Psicológico n %	Nicotínico n %	Bupropion n %
Precontemplación	2 (2,9)	5 (7,1)	2 (2,9)
Contemplación	4 (5,3)	9 (11,8)	5 (6,6)
Preparación	0 (0)	2 (6,3)	1 (3,1)
Acción	5 (16,7)	4 (13,3)	4 (13,3)
Mantenimiento	1 (4,2)	3 (12,5)	1 (4,2)
Finalización	1 (4,8)	1 (4,8)	1 (4,8)

Probaron un tratamiento sustitutivo con nicotina 24 de los miembros de la muestra (9,5%), con mayor frecuencia en Acción y Mantenimiento.

El fármaco antidepresivo Bupropion fue utilizado por 14 personas (5,5%); se observó un mayor uso en los participantes en estado de Acción.

Sólo la parte de la tabla correspondiente al tratamiento con nicotina según las etapas del cambio agrupadas cumplió con las condiciones de aplicación de la prueba chi cuadrado ($\chi^2 (2) = 1,6$; $p=0,46$), sin que se detectaran diferencias estadísticamente significativas.

7.7.2.3. Valoración de la dependencia a la nicotina

Dependencia “*subjetiva*”. Escala numerada.

La media (dt) del global de la muestra en dependencia subjetiva a la nicotina era de 5,48 (3,4). Revisando los valores de la tabla 7.17 se aprecia que los fumadores activos se sentían más dependientes de la nicotina, con valores similares tuvieron intención de cambio o no ($t (129) = -1,2$; $p=0,21$). Los exfumadores iban disminuyendo su percepción de dependencia a medida que

avanzaban en las etapas del cambio, hasta ser declarada como nula al llegar a Finalización. Las diferencias con los fumadores sin (t (118,6)=-6,6; $p<0,001$) y con intención de cambio (t (105,2)=-8,7; $p<0,001$) son significativas.

Dependencia “objetiva”. El cuestionario de Fagerström.

Esta variable sólo ha sido cuantificada en los fumadores activos ya que las preguntas del cuestionario están planteadas en presente, y no se han realizado al total de exfumadores. La media (dt) del resultado global del test de Fagerström fue de 4,12 (2,8). Los valores observados en las tres etapas del cambio de los fumadores activos eran inferiores a la puntuación subjetiva de dependencia a la nicotina comentada previamente (tabla 7.17), con una correlación de Spearman entre ambas variables de 0,593 ($p<0,001$). No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en el cuestionario de Fagerström entre los fumadores activos según la etapa del cambio ($F(2,175)=0,56$; $p=0,56$).

Tabla 7.17: Medias y desviaciones típicas de las valoraciones “subjetiva” (de 0 a 10) y “objetiva” (según el test de Fagerström de 0 a 10) de dependencia a la nicotina según la etapa del cambio

Etapa del Cambio	Dependencia “ <i>subjetiva</i> ”. Media (dt)	Dependencia “ <i>objetiva</i> ”. Media (dt)
Precontemplación	6,13 (2,9)	3,95 (2,9)
Contemplación	6,80 (2,8)	4,38 (2,4)
Preparación	6,56 (2,4)	3,87 (3,1)
Acción	4,43 (3,3)	–
Mantenimiento	3,71 (3,8)	–
Finalización	0,43 (1,1)	–

OBJETIVO 7: Conocer las creencias respecto a la nocividad del tabaco sobre la salud, el grado de nocividad del consumo de tabaco en su salud actual, y la influencia del consumo de tabaco en el deterioro de su salud física y mental, según las etapas del cambio, la presencia de patología relacionada con el tabaco y el sexo

7.7.3. Creencias sobre los efectos del tabaco sobre la salud

7.7.3.1. Creencia en la nocividad del consumo de tabaco para la salud en general

Estaban de acuerdo con la afirmación de que el consumo de tabaco perjudica la salud 248 (98%) personas. Los que se manifestaban en desacuerdo tendían a situarse en las primeras etapas del cambio (tabla 7.18), pero fueron valores absolutos muy pequeños y no se cumplían las condiciones de aplicación de la prueba chi cuadrado.

7.7.3.2. Creencia en la nocividad del consumo de tabaco para la propia salud

Pensaban que el consumo de tabaco podía perjudicar su propia salud 247 (97,6%) personas. Las afirmaciones de este apartado fueron casi coincidentes con las expuestas en el apartado previo, excepto en tres ocasiones (tabla 7.19). Tampoco en este caso se cumplían las condiciones de aplicación de la prueba chi cuadrado.

Tabla 7.18: Distribución de los participantes según la opinión sobre la capacidad del tabaco de perjudicar la salud en general y la etapa del cambio

Etapa del Cambio	El tabaco es perjudicial para la salud	
	SI n	NO n
Precontemplación	69 (98,6) [27,8]	1 (1,4) [20]
Contemplación	73 (96,1) [29,4]	3 (3,9) [60]
Preparación	32 (100) [12,9]	0 (0) [0]
Acción	30 (100) [12,1]	0 (0) [0]
Mantenimiento	23 (95,8) [9,3]	1 (4,2) [20]
Finalización	21 (100) [8,5]	0 (0) [0]

() Porcentaje por filas; [] Porcentaje por columnas

Tabla 7.19: Distribución de los participantes según la opinión sobre la capacidad del tabaco de perjudicar la salud propia y la etapa del cambio

Etapa del Cambio	El tabaco es perjudicial para la propia salud	
	SI n	NO n
Precontemplación	68 (97,1) [27,5]	2 (2,9) [33,3]
Contemplación	73 (96,1) [29,6]	3 (3,9) [50]
Preparación	31 (96,9) [12,6]	1 (3,1) [16,7]
Acción	30 (100) [12,1]	0 (0) [0]
Mantenimiento	24 (100) [9,7]	0 (0) [0]
Finalización	21 (100) [8,5]	0 (0) [0]

() Porcentaje por filas; [] Porcentaje por columnas

7.7.3.3. Grado de nocividad del consumo de tabaco en la salud actual

En este apartado la percepción de que el tabaco está afectando la salud propia en la actualidad podía ser puntuada de 1 (nada) a 5 (mucho). La media (dt) obtenida fue de 3,19 (1,2) para el conjunto de la muestra. Como se observa en

la tabla 7.20 y en la figura 7.6 los precontempladores le daban una valoración media, que se elevaba en el grupo con intención de cambio (contempladores y preparados), se igualaba en la etapa de Acción, y descendía en las etapas de Mantenimiento y Finalización ($F(5,244)=6,3$; $p<0,001$). La prueba de Scheffé detectó significación entre el estado de Contemplación y las etapas de Mantenimiento y Finalización. En la prueba para los contrastes con las etapas agrupadas hubo diferencias en las comparaciones entre los tres grupos: fumador sin intención de cambio frente a fumador con intención de cambio ($t(244)=-2,2$; $p=0,026$); sin intención de cambio frente a exfumador ($t(244)=-2,2$; $p=0,025$) y fumador con intención de cambio frente a exfumador ($t(244)=-4,6$; $p<0,001$).

En el estudio multivariado de las etapas del cambio agrupadas con la valoración de la afectación actual de la salud causada por el tabaco, realizado mediante Regresión Logística Multinomial, ajustada por edad, sexo, nivel de estudios, vida en pareja, consumo de alcohol, presencia de enfermedad aguda y de enfermedad crónica, los resultados fueron los siguientes:

Los fumadores con intención de cambio tenían una mayor probabilidad que los exfumadores de percibir una alta afectación actual de la salud causada por el tabaco en contraposición a una baja afectación actual de la salud causada por el tabaco ($B= 1,6$ ($EE= 0,4$); $Wald= 16,5$; $OR= 5,38$ ($IC\ 95\%= 2,39-12,12$); $p< 0,001$).

Los fumadores con intención de cambio tenían una mayor probabilidad que los exfumadores de percibir un nivel medio de afectación actual de la salud causada por el tabaco en contraposición a una baja afectación actual de la

salud causada por el tabaco ($B= 1,2$ ($EE= 0,4$); $Wald= 6,9$; $OR= 3,18$ ($IC\ 95\%= 1,35-7,50$); $p= 0,008$).

Tabla 7.20: Media y desviación típica de la afectación actual de la salud causada por el tabaco (de 1 “nada” a 5 “mucho”) según la etapa del cambio simple y agrupada

Etapa del Cambio	El tabaco perjudica mi salud actual Media (dt)	
	Simple	Agrupada
Precontemplación	3,10 (1,1)	3,10 (1,1)
Contemplación	3,68 (1)	3,52 (1,2)
Preparación	3,38 (1,2)	
Acción	3,10 (1,4)	2,67 (1,4)
Mantenimiento	2,48 (1,3)	
Finalización	2,38 (1,2)	

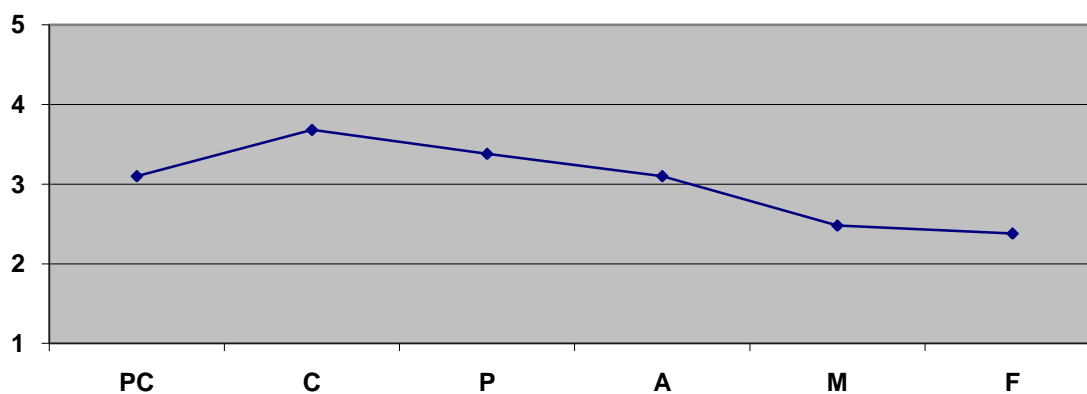


Figura 7.6: Valoraciones de la afectación actual de la salud causada por el tabaco según la etapa del cambio

Los fumadores sin intención de cambio, tenían una mayor probabilidad que los exfumadores de percibir una alta afectación actual de la salud causada por el tabaco en contraposición a una baja afectación actual de la salud causada por

el tabaco ($B= 0,9$ ($EE= 0,4$); $Wald= 4,1$; $OR= 2,43$ ($IC\ 95\%= 1,03-5,71$); $p= 0,042$).

Los fumadores sin intención de cambio tenían una mayor probabilidad que los exfumadores de percibir un nivel medio de afectación actual de la salud causada por el tabaco en contraposición a una baja afectación actual de la salud causada por el tabaco ($B= 0,9$ ($EE= 0,4$); $Wald= 4,3$; $OR= 2,52$ ($IC\ 95\%= 1,05-6,02$); $p= 0,038$).

Los fumadores sin intención de cambio tenían una tendencia no significativa a una menor probabilidad que los fumadores con intención de cambio de percibir un nivel alto de afectación actual de la salud causada por el tabaco en contraposición a un nivel bajo ($B= -0,8$ ($EE= 0,4$); $Wald= 3,4$; $OR= 0,45$ ($IC\ 95\%= 0,20-1,05$); $p= 0,064$).

Los fumadores sin intención de cambio tenían una probabilidad similar que los fumadores con intención de cambio de percibir un nivel medio de afectación actual de la salud causada por el tabaco en contraposición a un nivel bajo ($OR= 0,79$ ($IC\ 95\%= 0,33-1,89$); $p= 0,60$).

Los resultados del estudio multivariado pueden verse resumidos más adelante en el cuadro 7.1.

Grado de nocividad del consumo de tabaco en la salud actual y patología relacionada con el tabaco: Las personas con patología importante relacionada con el tabaco ($n= 30$) valoraron en promedio más este ítem (media (dt)= 3,90 (1,2)) que los participantes sin enfermedades graves causadas por el tabaco ($n= 220$; media (dt)= 3,09 (1,2)), con significación estadística mediante la T de Student para muestras independientes ($t(248)= 3,3$; $p= 0,001$).

Grado de nocividad del consumo de tabaco en la salud actual según el sexo:

No se apreciaron diferencias en la valoración del grado actual en que el tabaco afectaba a la salud de los participantes en función del sexo (media (dt) de 3,20 (1,2) los hombres y 3,17 (1,2) las mujeres; $t(248) = 0,21$; $p = 0,83$).

7.7.3.4. Influencia del consumo de tabaco en el deterioro de la salud física y mental

Los participantes estudiados consideraban que el tabaco les había perjudicado en su salud física (media (dt)= 3,18 (1,2)) más que en su salud mental o emocional (media (dt)= 2 (1,1)), con una correlación directa entre las dos valoraciones mediante la Rho de Spearman de 0,502 ($p < 0,001$). La influencia atribuida al tabaco sobre el deterioro de la salud física (tabla 7.21 y figura 7.7) consiguió el valor máximo en la etapa de Acción y los mínimos en las etapas de Finalización y Precontemplación. Las diferencias entre las etapas se encontraban en el límite de la significación por ANOVA ($F(5,247) = 2,2$; $p = 0,051$). En la prueba para los contrastes con las etapas agrupadas, cuando se estableció la comparación entre el fumador sin intención de cambio y el fumador con intención de cambio también se obtuvo una tendencia a la significación ($t(247) = -1,8$; $p = 0,062$).

La influencia atribuida al tabaco sobre el deterioro de la salud mental (tabla 7.21 y figura 7.8) mostró una distribución muy similar a la influencia del tabaco sobre la salud física aunque de menor intensidad, de modo que alcanzaba también su valor más bajo en Finalización y Precontemplación, y el más alto en la etapa de Acción.

Se detectaron diferencias significativas ($F(5,247)= 3,4$; $p < 0,005$) en la influencia percibida del consumo de tabaco en el deterioro de la salud mental entre las etapas del cambio Precontemplación y Acción (mediante los contrastes de Scheffé). Cuando las etapas del cambio se estudiaron agrupadas, la diferencia se observaba entre los fumadores sin intención de cambio y los fumadores con intención de cambio ($t(135,99)= -2,2$; $p= 0,024$) y los exfumadores ($t(127,76)= 2,5$; $p= 0,013$), mientras que la comparación de los fumadores con intención de cambio con los exfumadores ($t(122,16)= 0,5$; $p= 0,60$) no mostraba diferencias significativas.

Tabla 7.21: Media y desviación típica de la creencia respecto a la influencia del tabaco sobre la salud física (de 0= “nada” a 5= “mucho”) y mental (de 0= “nada” a 5= “mucho”) según la etapa del cambio simple y agrupada

Etapa del Cambio	El tabaco ha perjudicado mi salud Física Media (dt)		El tabaco ha perjudicado mi salud Mental Media (dt)	
	Simple	Agrupada	Simple	Agrupada
Precontemplación	2,90 (1,2)	2,90 (1,2)	1,66 (1)	1,66 (1)
Contemplación	3,38 (1)	3,31 (1,1)	2,14 (1,1)	2,08 (1,1)
Preparación	3,13 (1,2)		1,94 (1)	
Acción	3,60 (1)	3,25 (1,3)	2,50 (1,1)	2,19 (1,3)
Mantenimiento	3,13 (1,3)		2,29 (1,4)	
Finalización	2,90 (1,3)		1,62 (0,9)	

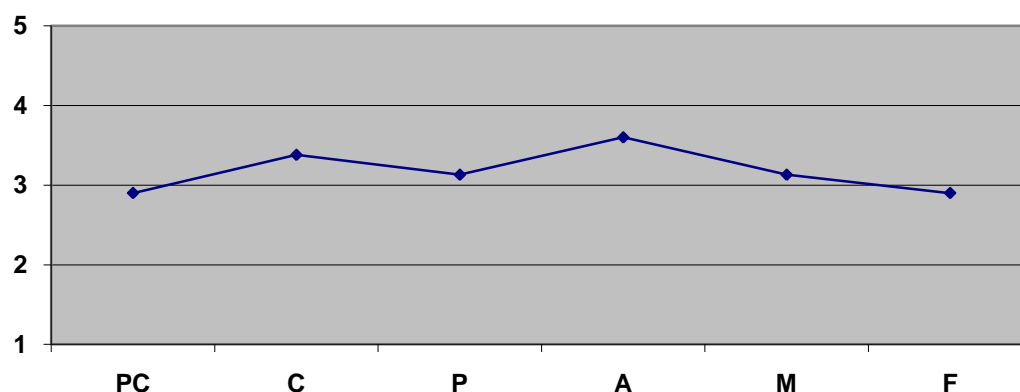


Figura 7.7: Valoraciones de la influencia del tabaco sobre la salud física según la etapa del cambio.

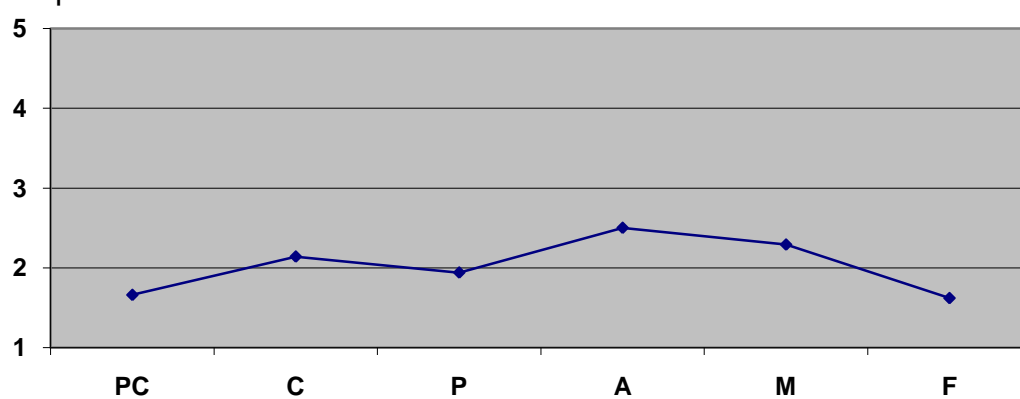


Figura 7.8: Valoraciones de la influencia del tabaco sobre la salud mental según la etapa del cambio

El grado en que el tabaco está actualmente afectando a la salud (valorado en el apartado previo) correlacionaba positivamente mediante la Rho de Spearman con la evaluación de la influencia del tabaco sobre la salud física ($\rho = 0,608$, $p < 0,001$) y con la evaluación de la influencia del tabaco sobre la salud mental ($\rho = 0,407$, $p < 0,001$).

En el estudio multivariado ajustado por edad, sexo, nivel de estudios, vida en pareja, consumo de alcohol, presencia de enfermedad aguda y de enfermedad crónica, no se apreciaron asociaciones entre la situación en las etapas del cambio agrupadas y el nivel de valoración de la influencia atribuida al tabaco sobre el deterioro de la salud física cuando se comparó a los exfumadores con

los fumadores activos. Así, tomando como referencia a los exfumadores y el nivel bajo de atribución al tabaco sobre el deterioro de la salud física, los fumadores con intención de cambio tenían una probabilidad similar de situarse en el nivel alto (OR= 1,52 (IC 95%= 0,70-3,31); p= 0,29) y en el nivel medio de atribución (OR= 1,19 (IC 95%= 0,50-2,84); p= 0,68). Los fumadores sin intención de cambio también tenían una probabilidad similar de situarse en el nivel alto (OR= 0,65 (IC 95%= 0,28-1,55); p= 0,33) y en el nivel medio de atribución (OR= 1,37 (IC 95%= 0,57-3,30); p= 0,48).

Sin embargo, los fumadores sin intención de cambio tenían una menor probabilidad que los fumadores con intención de cambio de percibir un nivel alto (B= -0,8 (EE= 0,4); Wald= 4,2; OR= 0,43 (IC 95%= 0,19-0,96); p= 0,040) de atribución al tabaco sobre el deterioro de la salud física en contraposición a un nivel bajo. Los fumadores sin intención de cambio tenían una probabilidad similar que los fumadores con intención de cambio de percibir un nivel medio (OR= 1,15 (IC 95%= 0,51-2,58); p= 0,74) de atribución al tabaco sobre el deterioro de la salud física en contraposición a un nivel bajo.

En el estudio multivariado de las etapas del cambio agrupadas con la valoración de la influencia atribuida al tabaco sobre el deterioro de la salud mental, los resultados ajustados fueron los siguientes:

Los fumadores con intención de cambio tenían una probabilidad similar que los exfumadores de percibir una atribución al tabaco sobre el deterioro de la salud mental alta o media, en contraposición a una baja atribución (OR= 0,91 (IC 95%= 0,46-1,81); p= 0,79) y (OR= 0,74 (IC 95%= 0,30-1,83); p= 0,51), respectivamente.

Los fumadores sin intención de cambio, tenían una menor probabilidad que los exfumadores de percibir una alta atribución al tabaco sobre el deterioro de la salud mental en contraposición a una baja atribución ($B = -1,0$ ($EE = 0,4$); $Wald = 6,2$; $OR = 0,36$ ($IC\ 95\% = 0,16-0,80$); $p = 0,012$).

Los fumadores sin intención de cambio mostraron una tendencia a una menor probabilidad que los exfumadores de percibir una atribución al tabaco sobre el deterioro de la salud mental media en contraposición a una baja atribución ($B = -1,0$ ($EE = 0,5$); $Wald = 3,8$; $OR = 0,35$ ($IC\ 95\% = 0,12-1,00$); $p = 0,050$).

Los fumadores sin intención de cambio tenían una menor probabilidad que los fumadores con intención de cambio de percibir una alta atribución al tabaco sobre el deterioro de la salud mental en contraposición a una baja atribución ($B = -0,9$ ($EE = 0,4$); $Wald = 6,2$; $OR = 0,40$ ($IC\ 95\% = 0,19-0,82$); $p = 0,013$).

Los fumadores sin intención de cambio tenían una probabilidad similar que los fumadores con intención de cambio de percibir una atribución media al tabaco sobre el deterioro de la salud mental en contraposición a una baja atribución ($OR = 0,50$ ($IC\ 95\% = 0,18-1,26$); $p = 0,14$).

Los resultados del estudio multivariado pueden verse resumidos en el cuadro 7.1.

Influencia atribuida al consumo de tabaco en el deterioro de su salud física y mental y patología relacionada con el tabaco: La influencia atribuida al tabaco sobre el deterioro de la salud física era mayor entre los participantes con patología relacionada con el tabaco (media (dt) = 4,03 (0,7)) que entre los participantes libres de la misma (media (dt) = 3,06 (1,2); ($t(53,9) = 6,3$; $p < 0,001$). La influencia atribuida al tabaco sobre el deterioro de la salud mental

era también superior en los participantes con patología relacionada con el tabaco, pero sin significación estadística (media (dt)= 2,30 (1) versus 1,96 (1,1); (t (251)= 1,5; p= 0,13).

Cuadro 7.1: Resumen del estudio multivariado de las etapas del cambio agrupadas con la valoración de la afectación actual de la salud causada por el tabaco, y con la influencia del tabaco sobre la salud física y mental

Percepción de Salud	Nivel Alto frente Bajo	Nivel Medio frente Bajo
Afectación actual de la salud causada por el tabaco	CIC > EXF	CIC > EXF
	SIC > EXF	SIC > EXF
	SIC < = CIC	SIC = CIC
Influencia del tabaco sobre la salud física	CIC = EXF	CIC = EXF
	SIC = EXF	SIC = EXF
	SIC < CIC	SIC = CIC
Influencia del tabaco sobre la salud mental	CIC = EXF	CIC = EXF
	SIC < EXF	SIC < = EXF
	SIC < CIC	SIC = CIC

Regresión Logística Multinomial, ajustada por edad, sexo, nivel de estudios, vida en pareja, consumo de alcohol, presencia de enfermedad aguda y de enfermedad crónica.

CIC= Con Intención de Cambio

EXF= Exfumador

SIC= Sin Intención de Cambio

Influencia atribuida al consumo de tabaco en el deterioro de su salud física y mental y sexo: No se aprecian diferencias relevantes en la atribución al tabaco

de un perjuicio en la propia salud, en sus componentes físico y mental, en relación al sexo de los encuestados.

Los resultados para el componente de salud física fueron: media (dt)= 3,19 (1,2) para los hombres y 3,16 (1,1) para las mujeres; (t (251)=0,21; p= 0,83).

Los resultados para el componente de salud mental o emocional fueron: media (dt)= 1,88 (1) para los hombres y 2,11 (1,2) para las mujeres; (t (251)= -1,5; p= 0,12).

OBJETIVO 8: Evaluar las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el cuestionario SF-36, según la etapa del cambio

Y

OBJETIVO 9: Comparar las dimensiones del SF-36 de la muestra estudiada con los valores normativos poblacionales según la etapa del cambio

7.8. Calidad de vida relacionada con la salud: Cuestionario de Salud Genérico SF-36

7.8.1. Función Física (FF)

Descripción: La media (dt) de la dimensión Función Física en el global de la población estudiada fue de 82,53 (20,5).

En los fumadores que manifestaban intención de cambio se apreció un descenso en la percepción de esta dimensión, que comenzó a recuperarse cuando dejaban de fumar para igualarse a las evaluaciones de los

precontempladores (tabla 7.22). La distribución gráfica (figura 7.9) proporciona una morfología en valle con una concavidad desplazada hacia la izquierda (por descenso precoz).

Tabla 7.22: Media y desviación típica de la dimensión Función Física del SF-36 según la etapa del cambio

Etapa del Cambio	Función Física Media (dt)	
	Simple	Agrupada
Precontemplación	86,73 (16,4)	86,73 (16,4)
Contemplación	77,43 (24,6)	77,50 (24)
Preparación	77,65 (22,7)	
Acción	80,83 (19,4)	85,93 (16,9)
Mantenimiento	87,50 (16,8)	
Finalización	91,42 (10,9)	

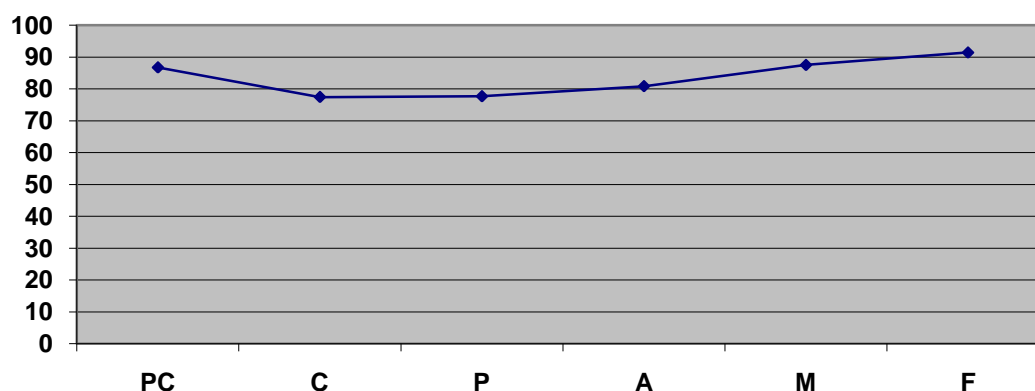


Figura 7.9: Valoraciones de la dimensión Función Física del SF-36 según la etapa del cambio

Comparaciones estadísticas entre etapas del cambio:

Simple: El estudio estadístico de la evaluación de la Función Física en las 6 etapas del cambio se realizó mediante la prueba de Kruskal-Wallis al no

cumplirse la condición de homogeneidad de varianzas del ANOVA, mostrando significación estadística de las diferencias ($\chi^2(5) = 15$; $p = 0,010$).

Agrupadas: Al unir las etapas del cambio en tres grupos se produjeron los siguientes resultados en las tres posibles comparaciones:

Fumadores sin intención de cambio (precontempladores) frente a fumadores con intención de cambio (contempladores y preparados): Las diferencias fueron significativas ($z = -2,7$; $p = 0,007$), de modo que los fumadores con intención de cambio tenían peor salud percibida en la dimensión Función Física que los fumadores sin intención de cambio.

Fumadores sin intención de cambio (precontempladores) frente a exfumadores (en etapa de Acción, Mantenimiento o Finalización): No existieron diferencias entre ambos grupos ($z = -0,3$; $p = 0,75$).

Fumadores con intención de cambio (contempladores y preparados) frente a exfumadores (en etapa de Acción, Mantenimiento o Finalización): Los fumadores con intención de cambio tenían peor salud percibida en la dimensión Función Física que los exfumadores, alcanzando significación estadística ($z = -2,5$; $p = 0,013$).

Estudio Multivariado

En el estudio multivariado de las etapas del cambio agrupadas con la valoración de la dimensión Función Física, realizado mediante Regresión Logística Multinomial, ajustada por edad, sexo, nivel de estudios, vida en pareja, consumo de alcohol, presencia de enfermedad aguda y presencia de enfermedad crónica, los resultados fueron los siguientes:

Los fumadores con intención de cambio tenían una menor probabilidad que los exfumadores de percibir un nivel alto de Función Física en contraposición a un

nivel bajo ($B = -1,0$ ($EE = 0,4$); $Wald = 6,3$; $OR = 0,38$ ($IC\ 95\% = 0,18-0,81$); $p = 0,012$).

Los fumadores con intención de cambio tenían una probabilidad similar que los exfumadores de percibir un nivel medio de Función Física en contraposición a un nivel bajo ($OR = 0,76$ ($IC\ 95\% = 0,33-1,76$); $p = 0,52$).

Los fumadores sin intención de cambio tenían una probabilidad similar que los exfumadores de percibir un nivel alto o medio de Función Física en contraposición a un nivel bajo ($OR = 0,79$ ($IC\ 95\% = 0,33-1,88$); $p = 0,59$) y ($OR = 1,83$ ($IC\ 95\% = 0,72-4,68$); $p = 0,20$).

Los fumadores sin intención de cambio tenían una tendencia no significativa a una mayor probabilidad que los fumadores con intención de cambio de percibir un nivel alto de Función Física en contraposición a un nivel bajo ($B = 0,73$ ($EE = 0,4$); $Wald = 3,2$; $OR = 2,07$ ($IC\ 95\% = 0,94-4,59$); $p = 0,073$).

Los fumadores sin intención de cambio tenían una mayor probabilidad que los fumadores con intención de cambio de percibir un nivel medio de Función Física en contraposición a un nivel bajo ($B = -0,9$ ($EE = 0,4$); $Wald = 4,5$; $OR = 2,41$ ($IC\ 95\% = 1,07-5,46$); $p = 0,035$).

Los resultados del estudio multivariado de las percepciones de salud recogidas con el SF-36 pueden verse resumidos más adelante en el cuadro 7.2.

Comparaciones estadísticas con los valores poblacionales de referencia

La percepción de la dimensión Función Física estaba 4,85 puntos por debajo de los valores de la población de referencia equiparados en función de la edad y del sexo de la muestra estudiada (tabla 7.23). Sin embargo, al realizar el estudio según las etapas del cambio observamos que la diferencia era mayor

en el grupo de fumadores con intención de cambio (Contemplación y en especial Preparación), con significación estadística, mientras que en las etapas previa (Precontemplación) y posterior (Acción) la diferencia era menor y estadísticamente no significativa. En la etapa de Mantenimiento, la percepción de Función Física estaba equiparada con la poblacional de referencia. En la etapa de Finalización la percepción de Función Física era incluso mejor que en la población de referencia.

Tabla 7.23: Media y intervalo de confianza del 95% de la diferencia entre la media del grupo estudiado y la media de la población de referencia, ajustada por edad y sexo, en la dimensión Función Física del SF-36, global y según la etapa del cambio

	Diferencia			t	gl	p
	Media	Intervalo de Confianza del 95 %				
Global	- 4,85	- 7,63	- 2,07	- 3,4	250	0,001
Precontemplación	- 3,03	- 6,96	0,89	- 1,5	68	0,128
Contemplación	- 8,94	- 14,90	- 2,97	- 2,9	75	0,004
Preparación	-12,45	- 20,54	-4,36	- 3,1	31	0,004
Acción	-5,82	-13,71	2,07	-1,5	29	0,143
Mantenimiento	-2,42	-10,27	5,43	-0,6	23	0,530
Finalización	15,10	5,60	24,60	3,3	19	0,004

7.8.2. Rol Físico (RF)

Descripción: La media (dt) fue de 80,53 (35,2). Los valores de Rol Físico descendieron en los fumadores con intención de cambio y en la etapa de Acción, y se mantuvieron bajos en la etapa de Finalización, a pesar de un incremento considerable durante la etapa de Mantenimiento (tabla 7.24 y figura 7.10)

Comparaciones estadísticas entre etapas del cambio:

Simple: El estudio estadístico de la evaluación del Rol Físico en las etapas del cambio se realizó también mediante la prueba de Kruskal-Wallis al no

cumplirse la condición de homogeneidad de varianzas del ANOVA, y no hubo significación estadística de las diferencias entre las etapas ($\chi^2(5) = 7,0$; $p = 0,217$).

Tabla 7.24: Media y desviación típica de la dimensión Rol Físico del SF-36 según la etapa del cambio

Etapa del Cambio	Rol Físico Media (dt)	
	Simple	Agrupada
Precontemplación	87,50 (27,5)	87,50 (27,5)
Contemplación	77,96 (37,1)	76,38 (37,8)
Preparación	72,65 (39,8)	
Acción	77,50 (39,0)	80 (36,9)
Mantenimiento	89,58 (26,4)	
Finalización	72,61 (43,2)	

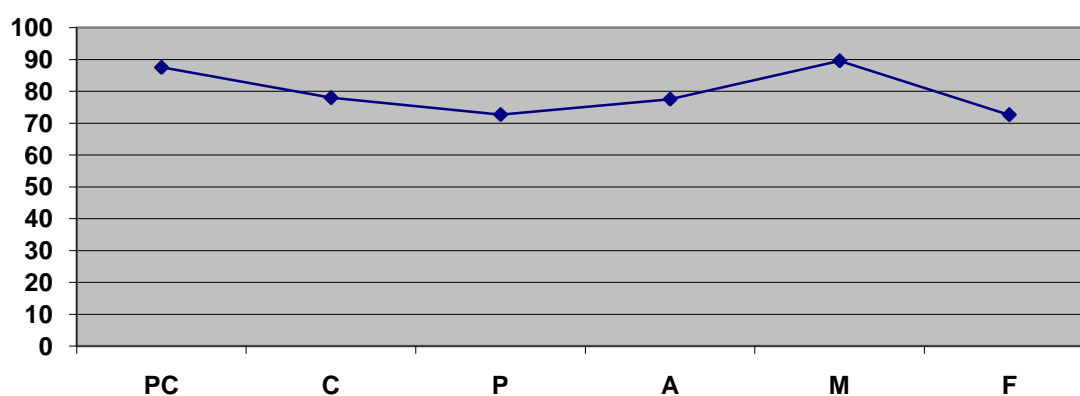


Figura 7.10: Valoraciones de la dimensión Rol Físico del SF-36 según la etapa del cambio

Agrupadas: Al agrupar las etapas del cambio en tres grupos obtuvimos los siguientes resultados:

Fumadores sin intención de cambio frente a fumadores con intención de cambio: Las diferencias eran significativas ($z = -2$; $p = 0,048$) de modo que los

fumadores con intención de cambio tenían peor salud percibida en la dimensión Rol Físico que los fumadores sin intención de cambio.

Fumadores sin intención de cambio frente a exfumadores: No existían diferencias entre ambos grupos ($z = -1,0$; $p = 0,34$).

Fumadores con intención de cambio frente a exfumadores: No hubo diferencias, porque las puntuaciones de Acción y Finalización contrarrestaron el valor alto que mostró Mantenimiento en el grupo de exfumadores ($z = -0,9$; $p = 0,35$).

Estudio Multivariado

Para el estudio multivariado de las etapas del cambio agrupadas con la valoración de la dimensión Rol Físico, hubo que limitarse a dos niveles de valoración de Rol Físico, ya que el valor del tercil inferior, medio y superior coincidía en la máxima puntuación (100). El estudio multivariado fue realizado mediante Regresión Logística Multinomial, y los resultados ajustados por edad, sexo, nivel de estudios, vida en pareja, consumo de alcohol, presencia de enfermedad aguda y de enfermedad crónica:

Los fumadores con intención de cambio tenían una probabilidad similar que los exfumadores de percibir un nivel alto (OR= 0,78 (IC 95%= 0,39-1,54); $p = 0,78$) de Rol Físico en contraposición a un nivel bajo.

Los fumadores sin intención de cambio tenían una probabilidad similar que los exfumadores de percibir un nivel alto de Rol Físico en contraposición a un nivel bajo (OR= 1,36 (IC 95%= 0,60-3,05); $p = 0,46$).

Los fumadores sin intención de cambio tenían una probabilidad similar que los fumadores con intención de cambio de percibir un nivel alto de Rol Físico en contraposición a un nivel bajo (OR= 1,75 (IC 95%= 0,85-3,60); $p = 0,13$).

Los resultados del estudio multivariado de las percepciones de salud recogidas con el SF-36 pueden verse resumidos más adelante en el cuadro 7.2.

Comparaciones estadísticas con los valores poblacionales de referencia

La percepción de la dimensión Rol Físico del global de la muestra estudiada era 4,9 puntos inferior a la evaluación de la población de referencia (tabla 7.25)..

Tabla 7.25: Media y intervalo de confianza del 95% de la diferencia entre la media del grupo estudiado y la media de la población de referencia, ajustada por edad y sexo, en la dimensión Rol Físico del SF-36, global y según la etapa del cambio

	Diferencia			t	gl	p
	Media	Intervalo de Confianza del 95 %				
Global	-4,92	-9,29	-0,55	-2,2	251	0,027
Precontemplación	0,63	-6,08	7,34	0,2	69	0,85
Contemplación	-6,83	-15,13	1,45	-1,6	75	0,10
Preparación	-13,96	-28,48	0,54	-1,9	31	0,059
Acción	-5,81	-20,58	8,95	-0,8	29	0,42
Mantenimiento	2,67	-8,99	14,35	0,4	23	0,64
Finalización	-10,41	-31,08	10,25	-1	19	0,30

Aunque en el global de la muestra se consiguió significación estadística, ésta se perdió al realizar el análisis de cada etapa del cambio por separado. El estado de Preparación es el que expresa la mayor diferencia negativa y muestra un nivel de significación estadística cercano al establecido. El estado de Finalización muestra un resultado negativo que interrumpe la tendencia observada en la serie de descenso del Rol Físico hasta Preparación y posterior recuperación

7.8.3. Dolor Corporal (DC)

Descripción: La dimensión Dolor Corporal tuvo una media (dt) de 67,61 (26,8).

Los valores de Dolor Corporal mostraron un ligero ascenso en los exfumadores (tabla 7.26 y figura 7.11)

Comparaciones estadísticas entre etapas del cambio:

Simple: Las diferencias entre las 6 etapas del cambio no tenían significación estadística mediante ANOVA ($F(5,247) = 0,6; p = 0,66$).

Agrupadas: No se observaron diferencias significativas en ninguna de las tres comparaciones:

Fumadores sin intención de cambio frente a fumadores con intención de cambio ($t(247) = -0,4; p = 0,61$).

Fumadores sin intención de cambio frente a exfumadores ($t(247) = 1,5; p = 0,11$).

Fumadores con intención de cambio frente a exfumadores ($t(247) = 1,1; p = 0,24$).

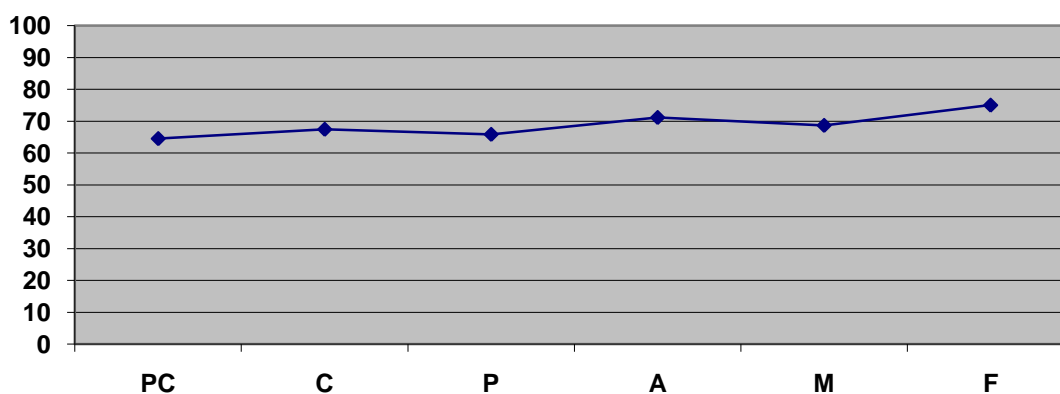
Estudio Multivariado

Las probabilidades de ubicación en los niveles alto, medio y bajo de la dimensión Dolor Corporal fueron similares en las tres etapas agrupadas, confirmando el resultado esperado atendiendo a los resultados del estudio bivariado.

Los resultados del estudio multivariado de las percepciones de salud recogidas con el SF-36 pueden verse resumidos más adelante en el cuadro 7.2.

Tabla 7.26: Media y desviación típica de la dimensión Dolor Corporal del SF-36 según la etapa del cambio

Etapa del Cambio	Dolor Corporal Media (dt)	
	Simple	Agrupada
Precontemplación	64,5 (26,8)	64,5 (26,8)
Contemplación	67,43 (27,2)	66,96 (27,9)
Preparación	65,84 (30)	
Acción	71,16 (23,5)	71,45 (25)
Mantenimiento	68,66 (21,3)	
Finalización	75,04 (31,2)	

**Figura 7.11:** Valoraciones de la dimensión Dolor Corporal del SF-36 según la etapa del cambio

Comparaciones estadísticas con los valores poblacionales de referencia

La dimensión Dolor Corporal presentaba peores puntuaciones que los valores de referencia en el global de la muestra, en las tres etapas del cambio de fumador activo y en la etapa de Mantenimiento (tabla 7.27). En las restantes dos etapas de exfumadores (Acción y Finalización) las diferencias no fueron significativas.

Tabla 7.27: Media y intervalo de confianza del 95% de la diferencia entre la media del grupo estudiado y la media de la población de referencia, ajustada por edad y sexo, en la dimensión Dolor Corporal del SF-36, global y según la etapa del cambio

	Diferencia			t	gl	p
	Media	Intervalo de Confianza del 95 %				
Global	- 13,52	- 16,89	- 10,15	- 7,9	251	<0,001
Precontemplación	-17,60	-23,94	-11,27	-5,5	69	<0,001
Contemplación	-13,09	-19,47	-6,7	-4	75	<0,001
Preparación	-16,05	-26,77	-5,33	-3	31	0,005
Acción	-6,63	-16,73	1,14	-1,7	29	0,085
Mantenimiento	-14,61	-22,97	-4,68	-3,1	23	0,005
Finalización	-5,07	-20,01	9,87	-0,7	19	0,48

7.8.4. Salud General (SG)

Descripción: El conjunto de la muestra obtuvo una media (dt) de 61,50 (19,6).

En los fumadores que manifestaban intención de cambio se producía un descenso en la percepción de esta dimensión, que comenzaba a recuperar cuando dejaban de fumar y alcanzaba en la etapa de Finalización las puntuaciones más elevadas (tabla 7.28). La distribución gráfica (figura 7.12) dibuja una morfología en forma de valle con la zona más profunda en la etapa de Preparación.

Comparaciones estadísticas entre etapas del cambio:

Simple: El estudio estadístico de la dimensión Salud General en las 6 etapas del cambio se realizó mediante la prueba de Kruskal-Wallis al no cumplirse la condición de homogeneidad de varianzas del ANOVA, hallándose significación estadística de las diferencias ($\chi^2(5) = 12,7$; $p = 0,026$).

Agrupadas: Los fumadores sin intención de cambio no diferirían significativamente de los exfumadores ($z = -1,3$; $p = 0,18$), y mostraron una tendencia a la significación en la comparación con los fumadores con intención de cambio ($z = -1,8$; $p = 0,078$).

Los fumadores con intención de cambio evaluaron su salud general por debajo de los exfumadores con significación estadística ($z = -3,1$; $p = 0,002$).

Tabla 7.28: Media y desviación típica de la dimensión Salud General del SF-36 según la etapa del cambio

Etapa del Cambio	Salud General Media (dt)	
	Simple	Agrupada
Precontemplación	62,78 (17,1)	62,78 (17,1)
Contemplación	57,73 (16,86)	56,97 (19,7)
Preparación	55,19 (25,5)	
Acción	66,21 (18,7)	66,82 (19,9)
Mantenimiento	62,12 (20,3)	
Finalización	73,04 (20,69)	

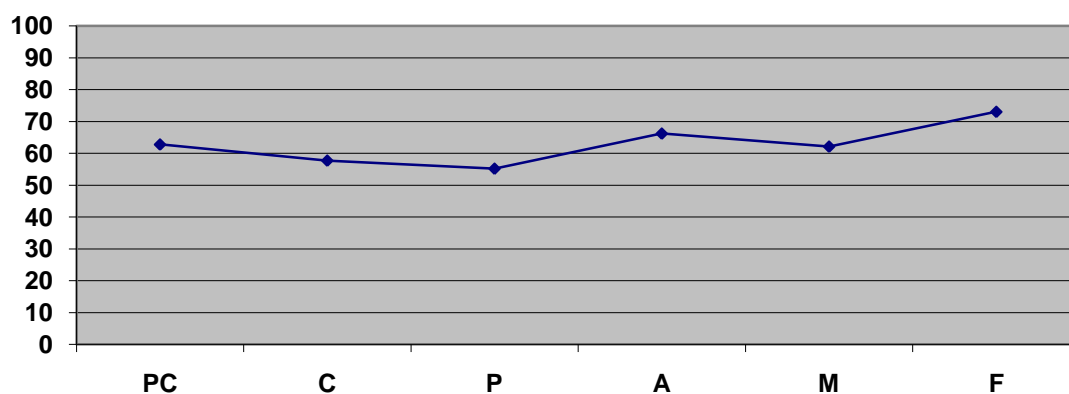


Figura 7.12: Valoraciones de la dimensión Salud General del SF-36 según la etapa del cambio

Estudio Multivariado

Los fumadores con intención de cambio tenían una menor probabilidad que los exfumadores de percibir un nivel alto de Salud General en contraposición a un nivel bajo ($B = -0,8$ ($EE = 0,4$); $Wald = 4,2$; $OR = 0,43$ ($IC\ 95\% = 0,20-0,97$); $p = 0,041$).

Los fumadores con intención de cambio tenían una probabilidad similar que los exfumadores de percibir un nivel medio de Salud General en contraposición a un nivel bajo (OR= 0,74 (IC 95%= 0,33-1,63); p= 0,45).

Los fumadores sin intención de cambio tenían una probabilidad similar que los exfumadores de percibir un nivel alto o medio de Salud General en contraposición a un nivel bajo (OR= 0,85 (IC 95%= 0,35-2,07); p= 0,72) y (OR= 1,13 (IC 95%= 0,46-2,74); p= 0,79), respectivamente.

Los fumadores sin intención de cambio tenían una probabilidad similar que los fumadores con intención de cambio de percibir un nivel alto o medio de Salud General en contraposición a un nivel bajo (OR= 1,96 (IC 95%= 0,88-4,40); p= 0,10) y (OR= 1,53 (IC 95%= 0,70-3,31); p= 0,28), respectivamente.

Los resultados del estudio multivariado de las percepciones de salud recogidas con el SF-36 pueden verse resumidos más adelante en el cuadro 7.2.

Tabla 7.29: Media y intervalo de confianza del 95% de la diferencia entre la media del grupo estudiado y la media de la población de referencia, ajustada por edad y sexo, en la dimensión Salud General del SF-36, global y según la etapa del cambio

	Diferencia			t	gl	p
	Media	Intervalo de Confianza del 95 %				
Global	- 8,85	- 11,49	- 6,21	- 6,6	251	< 0,001
Precontemplación	- 9,23	- 13,85	- 4,60	- 3,9	69	< 0,001
Contemplación	- 11,67	- 16,30	- 7,05	- 5,0	75	< 0,001
Preparación	-16,78	- 25,82	- 7,73	- 3,7	31	0,001
Acción	-2,15	- 9,48	5,17	-0,6	29	0,552
Mantenimiento	-9,97	-18,7	- 1,21	-2,3	23	0,023
Finalización	7,18	- 1,69	16,06	1,69	19	0,107

Comparaciones estadísticas con los valores poblacionales de referencia

Los valores en Salud General expresados por la muestra estudiada fueron claramente inferiores a los valores teóricos que le corresponderían por su edad

y sexo, obtenidos de la población de referencia (tabla 7.29). Las diferencias fueron significativas en el grupo de fumadores activos, y casi desaparecieron en los exfumadores (persistía en Mantenimiento) al mejorar la percepción de Salud General.

7.8.5. Vitalidad (VT)

Descripción: El global de la muestra tuvo una media (dt) de 58,80 (22,22).

Los fumadores activos expresaron unos niveles de Vitalidad que iban disminuyendo a medida que se acercaban a la cesación tabáquica, y que tendían a incrementarse de nuevo en los exfumadores (tabla 7.30). La distribución gráfica (figura 7.13) muestra una silueta descendente con el valor más bajo en Preparación, y un posterior ascenso en las etapas del cambio sin tabaquismo activo.

Tabla 7.30: Media y desviación típica de la dimensión Vitalidad del SF-36 según la etapa del cambio

Etapa del Cambio	Vitalidad Media (dt)	
	Simple	Agrupada
Precontemplación	58,88 (22,36)	58,88 (22,36)
Contemplación	56,38 (23,62)	55,35 (22)
Preparación	52,91 (17,9)	
Acción	60,44 (24,8)	63,71 (21,6)
Mantenimiento	66,38 (15,2)	
Finalización	65,31 (23,3)	

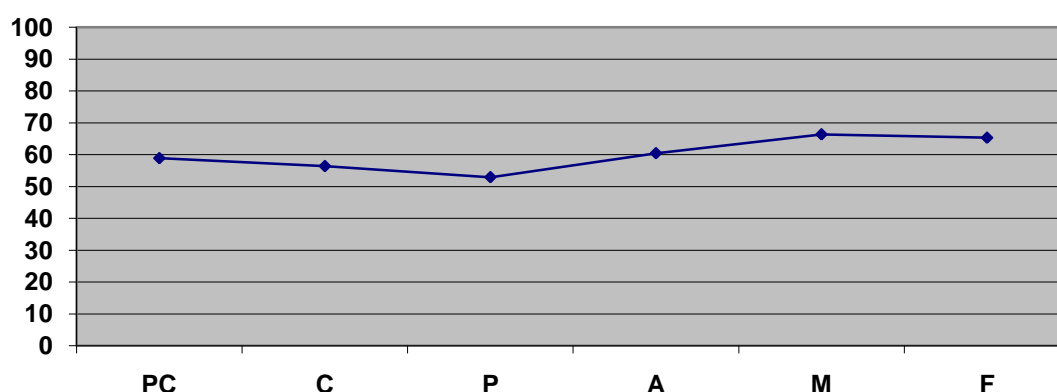


Figura 7.13: Valoraciones de la dimensión Vitalidad del SF-36 según la etapa del cambio

Comparaciones estadísticas entre etapas del cambio:

Simple: La comparación entre las 6 etapas del cambio no mostró diferencias significativas mediante la prueba de Kruskal-Wallis ($\chi^2(5) = 9,1$; $p = 0,103$).

Agrupadas: Al agrupar las etapas del cambio en tres grupos se observaron los siguientes resultados:

Fumadores sin intención de cambio frente a fumadores con intención de cambio ($z = -1,1$; $p = 0,28$).

Fumadores sin intención de cambio frente a exfumadores ($z = -1,3$; $p = 0,18$).

Fumadores con intención de cambio frente a exfumadores ($z = -2,6$; $p = 0,009$), siendo la Vitalidad mayor en los exfumadores que en los fumadores.

Estudio Multivariado

Los fumadores con intención de cambio tenían una menor probabilidad que los exfumadores de percibir un nivel alto de Vitalidad en contraposición a un nivel bajo ($B = -0,8$ (EE = 0,4); Wald = 4,2; OR = 0,44 (IC 95% = 0,20-0,97); $p = 0,041$).

Los fumadores con intención de cambio tendieron a una menor probabilidad que los exfumadores de percibir un nivel medio de Vitalidad en contraposición a un nivel bajo (OR = 0,50 (IC 95% = 0,22-1,11); $p = 0,089$).

Los fumadores sin intención de cambio tenían una probabilidad similar que los exfumadores de percibir un nivel alto o medio de Vitalidad en contraposición a un nivel bajo (OR= 0,92 (IC 95%= 0,39-2,17); $p= 0,85$) y (OR= 0,60 (IC 95%= 0,24-1,49); $p= 0,27$), respectivamente.

Los fumadores sin intención de cambio tenían una tendencia no significativa a una mayor probabilidad que los fumadores con intención de cambio de percibir un nivel alto de Vitalidad (B= -0,7 (EE= 0,4); Wald= 3,5; OR= 2,10 (IC 95%= 0,97-4,55); $p= 0,06$).

Los fumadores sin intención de cambio tenían una probabilidad similar que los fumadores con intención de cambio de percibir un nivel medio de Vitalidad en contraposición a un nivel bajo (OR= 1,20 (IC 95%= 0,53-2,75); $p= 0,66$).

Los resultados del estudio multivariado de las percepciones de salud recogidas con el SF-36 pueden verse resumidos más adelante en el cuadro 7.2.

Comparaciones estadísticas con los valores poblacionales de referencia

Los participantes estudiados manifestaban valores inferiores de Vitalidad de casi 10 puntos comparado con la población general (tabla 7.31).

Los fumadores activos de la muestra se sentían menos vitales en comparación con los valores de referencia, especialmente los ubicados en la etapa de Preparación. Los exfumadores expresaron mayor vitalidad a medida que sus etapas del cambio implicaban mayor tiempo desde el cese definitivo del consumo de tabaco, diferenciándose cada vez menos de los valores de la población general. En todo caso, ya desde el abandono del tabaco la menor Vitalidad del exfumador respecto a la población de referencia perdió significación estadística.

Tabla 7.31: Media y intervalo de confianza del 95% de la diferencia entre la media del grupo estudiado y la media de la población de referencia, ajustada por edad y sexo, en la dimensión Vitalidad del SF-36, global y según la etapa del cambio agrupada

	Diferencia			t	gl	p
	Media	Intervalo de Confianza del 95 %				
Global	- 9,70	- 12,55	- 6,86	- 6,7	251	< 0,001
Precontemplación	- 10,45	- 15,93	- 4,98	- 3,8	69	< 0,001
Contemplación	- 11,65	- 17,28	- 6,02	- 4,1	75	< 0,001
Preparación	-16,57	- 23,07	- 10,07	- 5,2	31	< 0,001
Acción	- 6,9	-16,45	2,46	-1,5	29	0,141
Mantenimiento	-3,03	- 9,81	3,73	-0,9	23	0,363
Finalización	- 0,78	- 12,10	10,52	- 0,1	19	0,886

7.8.6. Función Social (FS)

Descripción: En esta dimensión la media (dt) obtenida por el total de los participantes fue de 81,42 (25,38).

Las valoraciones más bajas las encontramos en la etapa de Contemplación (tabla 7.32) dibujando un valle desplazado a la izquierda (figura 7.14), y las más altas en los exfumadores en etapa de Acción y sobre todo Mantenimiento, causando un pico en la derecha, con posterior descenso en Finalización.

Comparaciones estadísticas entre etapas del cambio:

Simple: Las diferencias observadas en Función Social entre las etapas del cambio tienen significación estadística mediante la prueba de Kruskal-Wallis (χ^2 (5)= 12,2; p= 0,032), al no cumplirse la condición de homogeneidad de varianzas del ANOVA.

Agrupadas: Al agrupar las etapas del cambio, las diferencias entre fumadores sin intención de cambio (precontempladores) frente a fumadores con intención de cambio (z= -2,0; p= 0,045) fueron significativas, sin embargo la comparación de fumadores con intención de cambio (contempladores y preparados) frente a

exfumadores consiguió una mayor significación estadística ($z = -3,2$; $p = 0,001$), con mejor evaluación entre los exfumadores.

En cambio, las diferencias entre fumadores sin intención de cambio frente a exfumadores no eran significativas ($z = -1$; $p = 0,31$).

Estudio Multivariado

El estudio multivariado de las etapas del cambio agrupadas con la valoración de la dimensión Función Social, tuvo que limitarse a dos niveles de valoración de Función Social, ya que el valor del tercil medio y del tercil superior coincidía en la máxima puntuación (100). Se realizó también mediante Regresión Logística Multinomial, y los resultados fueron ajustados por edad, sexo, nivel de estudios, vida en pareja, consumo de alcohol, presencia de enfermedad aguda y de enfermedad crónica.

Tabla 7.32: Media y desviación típica de la dimensión Función Social del SF-36 según la etapa del cambio

Etapa del Cambio	Función Social Media (dt)	
	Simple	Agrupada
Precontemplación	83,39 (24,4)	83,39 (24,4)
Contemplación	75,82 (28,38)	76,27 (26,6)
Preparación	77,34 (22,32)	
Acción	86,66 (22,48)	87 (23,1)
Mantenimiento	91,66 (16,3)	
Finalización	82,14 (29,9)	

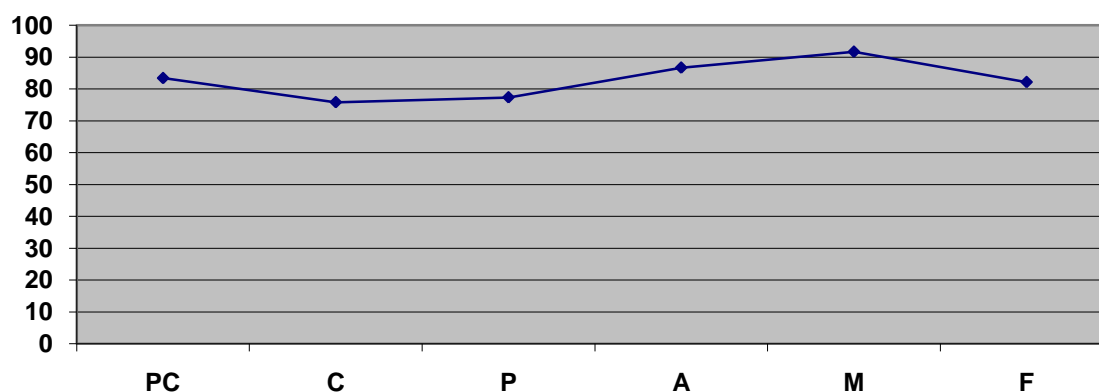


Figura 7.14: Valoraciones de la dimensión Función Social del SF-36 según la etapa del cambio

Se observó que los fumadores con intención de cambio tenían una menor probabilidad que los exfumadores de percibir un nivel alto de Función Social en contraposición a un nivel bajo ($B = -1,1$ ($EE = 0,3$); $Wald = 9,8$; $OR = 0,34$ ($IC\ 95\% = 0,18-0,67$); $p = 0,002$).

Los fumadores sin intención de cambio tenían una probabilidad similar que los exfumadores de percibir un nivel alto de Función Social en contraposición a un nivel bajo ($OR = 0,85$ ($IC\ 95\% = 0,41-1,77$); $p = 0,66$).

Los fumadores sin intención de cambio tenían una probabilidad mayor que los fumadores con intención de cambio de percibir un nivel alto de Función Social en contraposición a un nivel bajo ($B = 0,9$ ($EE = 0,3$); $Wald = 7,1$; $OR = 2,47$ ($IC\ 95\% = 1,27-4,79$); $p = 0,008$).

Los resultados del estudio multivariado de las percepciones de salud recogidas con el SF-36 pueden verse resumidos más adelante en el cuadro 7.2.

Comparaciones estadísticas con los valores poblacionales de referencia

En la dimensión Función Social los participantes de este estudio puntuaron 10,1 puntos por debajo de la media de la población de referencia de igual edad y sexo (tabla 7.33).

Esta baja puntuación se apreció en los fumadores en etapa de Precontemplación, y se incrementó en los fumadores con intención de cambio, mientras que en los exfumadores no se detectaron diferencias relevantes respecto a los valores normativos poblacionales. De modo que únicamente los fumadores activos expresaron un deterioro en la dimensión de Función Social respecto a la población de referencia, de manera similar a lo observado en la dimensión Vitalidad.

Tabla 7.33: Media y intervalo de confianza del 95% de la diferencia entre la media del grupo estudiado y la media de la población de referencia, ajustada por edad y sexo, en la dimensión Función Social del SF-36, global y según la etapa del cambio

	Diferencia			t	gl	p
	Media	Intervalo de Confianza del 95 %				
Global	- 10,10	- 13,31	- 6,89	- 6,1	251	<0,001
Precontemplación	- 8,72	- 14,72	- 2,72	- 2,9	69	0,005
Contemplación	- 15,33	- 21,98	- 8,68	- 4,5	75	<0,001
Preparación	-14,93	- 22,75	- 7,11	- 3,8	31	<0,001
Acción	- 4,03	-12,43	4,36	- 0,9	29	0,334
Mantenimiento	- 0,62	- 7,58	6,33	- 0,1	23	0,854
Finalización	- 7,77	- 22,63	7,08	- 1,0	19	0,287

7.8.7. Rol Emocional (RE)

Descripción: La media (dt) del global de la muestra fue de 81,81 (33,5).

Los valores más bajos se encontraron en las etapas de cambio de los fumadores activos. En Contemplación todavía descendió más que en Precontemplación, para posteriormente incrementarse en Preparación y en las etapas incluidas dentro del grupo de exfumadores (tabla 7.34 y figura 7.15)

Comparaciones estadísticas entre etapas del cambio:

Simple: El estudio estadístico de la evaluación del Rol Emocional en las 6 etapas del cambio se realizó mediante la prueba de Kruskal-Wallis al no cumplirse la condición de homogeneidad de varianzas, sin que las diferencias alcanzaran significación estadística ($\chi^2(5) = 10,3$; $p = 0,065$).

Agrupadas: En el estudio de las etapas del cambio agrupadas se observa una clara significación en la comparación entre exfumadores y fumadores sin intención de cambio ($z = -2,7$; $p = 0,006$), y entre exfumadores y fumadores con intención de cambio ($z = -2,7$; $p = 0,007$), de modo que los exfumadores refieren mejor calidad de vida en Rol Emocional que los fumadores activos.

La comparación entre los fumadores sin intención de cambio con los fumadores con intención de cambio no tiene significación estadística ($z = -0,04$; $p = 0,97$).

Tabla 7.34: Media y desviación típica de la dimensión Rol Emocional del SF-36 según la etapa del cambio

Etapa del Cambio	Rol Emocional Media (dt)	
	Simple	Agrupada
Precontemplación	79,04 (33,1)	79,04 (33,1)
Contemplación	74,12 (39,4)	76,23 (38,9)
Preparación	81,25 (37,8)	
Acción	92,22 (16,8)	92,44 (20,9)
Mantenimiento	94,44 (16)	
Finalización	90,47 (30)	

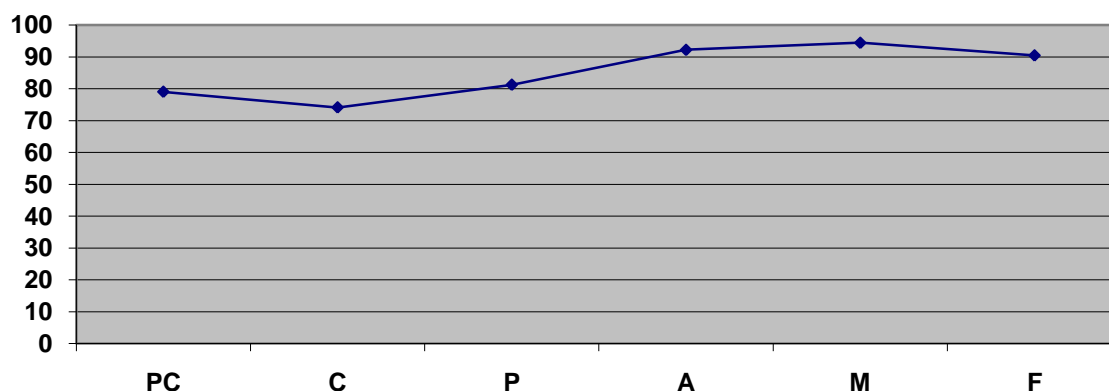


Figura 7.15: Valoraciones de la dimensión Rol Emocional del SF-36 según la etapa del cambio

Estudio Multivariado

El estudio multivariado de las etapas del cambio agrupadas con la valoración de la dimensión Rol Emocional, tuvo que limitarse a dos niveles de valoración de Rol Emocional, ya que el valor del tercil inferior, medio y superior coincidía en la máxima puntuación (100).

Los fumadores con intención de cambio tenían una tendencia no significativa a una menor probabilidad que los exfumadores de percibir un nivel alto de Rol Emocional en contraposición a un nivel bajo ($B = -0,7$ ($EE = 0,4$); $Wald = 3,1$; $OR = 0,48$ ($IC\ 95\% = 0,21-1,09$); $p = 0,078$).

Los fumadores sin intención de cambio tenían una tendencia no significativa a una menor probabilidad que los exfumadores de percibir un nivel alto de Rol Emocional en contraposición a un nivel bajo ($B = -0,8$ ($EE = 0,4$); $Wald = 3,1$; $OR = 0,45$ ($IC\ 95\% = 0,19-1,08$); $p = 0,075$).

Los fumadores sin intención de cambio tenían una probabilidad similar que los fumadores con intención de cambio de percibir un nivel alto de Rol Emocional en contraposición a un nivel bajo ($OR = 0,95$ ($IC\ 95\% = 0,47-1,93$); $p = 0,88$).

Los resultados del estudio multivariado de las percepciones de salud recogidas con el SF-36 pueden verse resumidos más adelante en el cuadro 7.2.

Comparaciones estadísticas con los valores poblacionales de referencia

En la dimensión Rol Emocional los valores del conjunto se hallaban 8,5 puntos por debajo de los esperados, apreciándose unos evidentes valores bajos en los fumadores activos (tabla 7.35).

Los fumadores en el estado de Precontemplación y Contemplación expresaron valores de Rol Emocional significativamente inferiores a los de la población de referencia. Los fumadores en el estado de Preparación también tenían valores inferiores pero sin potencia suficiente para alcanzar la significación. El grupo de exfumadores, por su parte, expresó valores de Rol Emocional equivalentes a los de la población normativa.

Tabla 7.35: Media y intervalo de confianza del 95% de la diferencia entre la media del grupo estudiado y la media de la población de referencia, ajustada por edad y sexo, en la dimensión Rol Emocional del SF-36, global y según la etapa del cambio

	Diferencia			t	gl	p
	Media	Intervalo de Confianza del 95 %				
Global	- 8,53	- 12,68	- 4,38	- 4,0	251	<0,001
Precontemplación	- 11,42	- 19,28	- 3,55	- 2,8	69	0,005
Contemplación	- 16,09	- 25,20	- 6,97	- 3,5	75	0,001
Preparación	- 9,44	- 22,42	3,53	- 1,4	31	0,148
Acción	2,53	- 3,99	9,07	- 0,7	29	0,434
Mantenimiento	3,64	- 3,53	10,83	- 1,0	23	0,304
Finalización	0,52	- 13,57	14,62	0,07	19	0,939

7.8.8. Salud Mental (SM)

Descripción: El conjunto de los participantes estudiados obtuvo una media (dt) de 64,16 (21,91).

Los fumadores activos partieron de valores bajos de Salud Mental, que descendieron ligeramente en el progreso por las etapas del cambio. Los exfumadores presentaron valores más altos en Salud Mental (tabla 7.36). El

punto de inflexión se observó en el paso de Preparación a Acción, mostrando un gráfico con elevación de la Salud Mental al dejar de consumir tabaco (figura 7.16)

Comparaciones estadísticas entre etapas del cambio:

Simple: La comparación entre las etapas del cambio no obtiene significación estadística mediante ANOVA ($F(5,247) = 1,8; p = 0,098$)

Agrupadas: Los exfumadores expresan mejor Salud Mental de modo estadísticamente significativo que los fumadores sin intención de cambio ($t(247) = 2,0; p = 0,042$), y que los fumadores con intención de cambio ($t(247) = 2,8; p = 0,004$). En cambio la percepción de Salud Mental entre los fumadores activos es similar ($t(247) = 0,6; p = 0,48$).

Estudio Multivariado

Los fumadores con intención de cambio tenían una tendencia no significativa a una menor probabilidad que los exfumadores de percibir un nivel alto de Salud Mental en contraposición a un nivel bajo ($B = -0,8$ ($EE = 0,4$); $Wald = 3,6$; $OR = 0,43$ ($IC\ 95\% = 0,18-1,03$); $p = 0,059$).

Los fumadores con intención de cambio tenían una probabilidad similar que los exfumadores de percibir un nivel medio de Salud Mental en contraposición a un nivel bajo ($OR = 0,63$ ($IC\ 95\% = 0,22-1,80$); $p = 0,39$).

Los fumadores sin intención de cambio tenían una probabilidad similar que los exfumadores de percibir un nivel alto ($OR = 0,57$ ($IC\ 95\% = 0,23-1,44$); $p = 0,23$) o medio ($OR = 0,63$ ($IC\ 95\% = 0,22-1,80$); $p = 0,39$) de Salud Mental en contraposición a un nivel bajo.

Los fumadores sin intención de cambio tenían una probabilidad similar que los fumadores con intención de cambio de percibir un nivel alto de Salud Mental

(OR= 1,32 (IC 95%= 0,57-3,08); p= 0,52), o un nivel medio (OR= 0,89 (IC 95%= 0,35-2,30); p= 0,82), en contraposición a un nivel bajo.

Los resultados del estudio multivariado de las percepciones de salud recogidas con el SF-36 pueden verse resumidos más adelante en el cuadro 7.2.

Comparaciones estadísticas con los valores poblacionales de referencia

Los integrantes de nuestra muestra tenían valores bajos de Salud Mental, comparado con los valores poblacionales de referencia. Esta afirmación es manifiesta en los fumadores activos, con unos 11 a 15 puntos por debajo de la norma. Por lo tanto, de modo similar a las descripciones realizadas en las dimensiones Función Social y Vitalidad, y de manera menos evidente en Salud General y Rol Emocional, únicamente los fumadores activos expresaron un deterioro en la dimensión de Salud Mental. Las etapas que forman el grupo de exfumadores tenían tendencia a equipararse con la población de referencia (tabla 7.37).

Tabla 7.36: Media y desviación típica de la dimensión Salud Mental del SF-36 según la etapa del cambio

Etapa del Cambio	Salud Mental Media (dt)	
	Simple	Agrupada
Precontemplación	62,84 (23,8)	62,84 (23,8)
Contemplación	61,03 (22,2)	60,67 (21,1)
Preparación	59,81 (18,4)	
Acción	70,86 (20,4)	70,42 (19,9)
Mantenimiento	70,83 (17,3)	
Finalización	69,33 (22,8)	

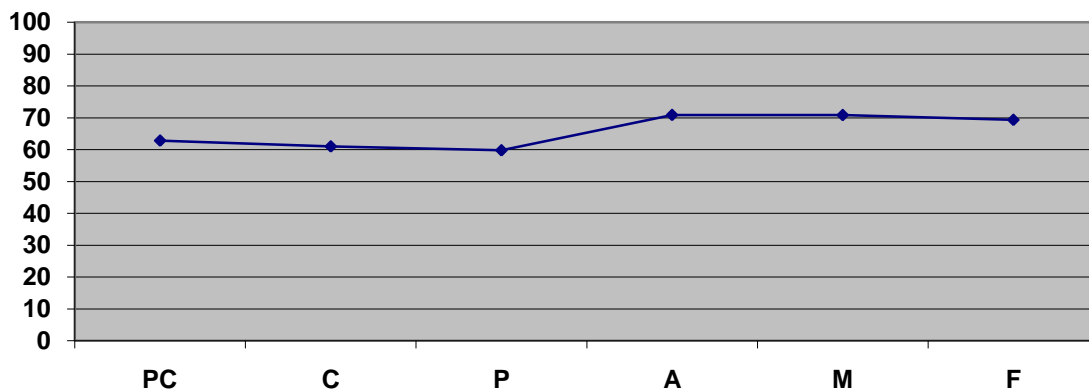


Figura 7.16: Valoraciones de la dimensión Salud Mental del SF-36 según la etapa del cambio

Tabla 7.37: Media y intervalo de confianza del 95% de la diferencia entre la media del grupo estudiado y la media de la población de referencia, ajustada por edad y sexo, en la dimensión Salud Mental del SF-36, global y según la etapa del cambio

	Diferencia			t	gl	p
	Media	Intervalo de Confianza del 95 %				
Global	- 10,33	- 13,01	- 7,65	- 7,5	251	<0,001
Precontemplación	- 11,65	- 17,25	- 6,06	- 4,1	69	<0,001
Contemplación	- 13,20	- 18,25	- 8,15	- 5,2	75	<0,001
Preparación	-14,87	- 21,28	- 8,45	- 4,7	31	<0,001
Acción	- 3,11	-10,62	4,40	- 0,8	29	0,404
Mantenimiento	- 4,01	-11,22	3,19	- 1,1	23	0,262
Finalización	- 5,97	- 16,64	4,70	- 1,1	19	0,256

7.8.9. Evolución Declarada de la Salud (EDS)

Descripción: En este ítem del cuestionario SF-36 se valora la percepción de salud actual comparada con la de un año atrás. El rango de la variable es de 1 a 5 puntos. Cuanto más pequeño es el valor mejor es la percepción de la evolución del estado de salud (ver pregunta 2 del SF-36 en anexo 5). La media (dt) del conjunto de personas estudiadas fue 2,90 (0,88).

Según las etapas del cambio se apreció un aumento progresivo de la percepción de deterioro evolutivo de la salud que alcanzó el valor máximo en la

etapa de Preparación, para luego descender hasta valores inferiores a los de Precontemplación (ver tabla 7.38 y figura 7.17).

Comparaciones estadísticas entre etapas del cambio:

Simple: El estudio estadístico de la Evolución Declarada de la Salud en las 6 etapas del cambio se realizó mediante la prueba de Kruskal-Wallis al no cumplirse la condición de homogeneidad de varianzas del ANOVA, evidenciando que las diferencias tenían significación estadística ($\chi^2(5) = 31,5$; $p < 0,001$).

Tabla 7.38: Media y desviación típica de la Evolución Declarada de la Salud del SF-36 según la etapa del cambio

Etapa del Cambio	Evolución Declarada de la Salud Media (dt)	
	Simple	Agrupada
Precontemplación	2,87 (0,7)	2,87 (0,7)
Contemplación	3,08 (0,8)	3,17 (0,8)
Preparación	3,38 (0,7)	
Acción	2,80 (1)	2,53 (1)
Mantenimiento	2,13 (0,9)	
Finalización	2,62 (0,9)	

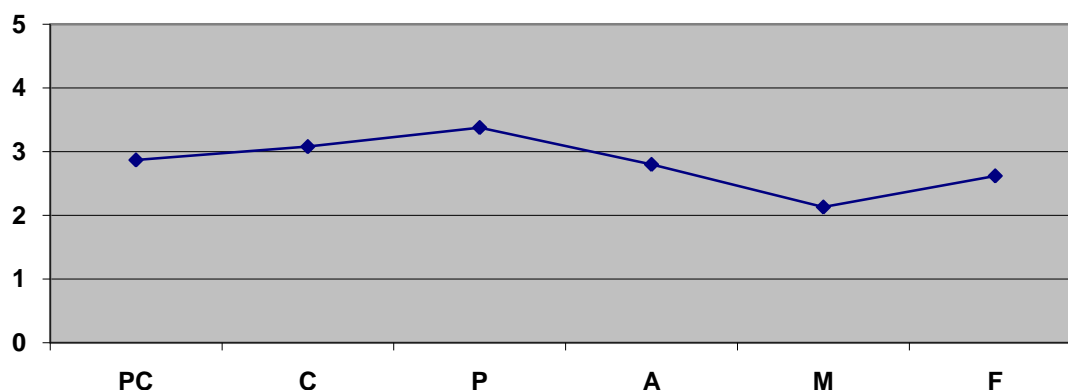


Figura 7.17: Valoraciones de la Evolución Declarada de la Salud del SF-36 según la etapa del cambio.

Agrupadas: Al unir las etapas del cambio en tres grupos se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en la prueba para los contrastes en las tres posibles comparaciones, con los siguientes resultados:

Los fumadores con intención de cambio (contempladores y preparados) percibieron más deterioro en la evolución de su salud que los fumadores sin intención de cambio (precontempladores) ($z = -3,0$; $p = 0,002$).

Los fumadores con intención de cambio percibieron más deterioro en la evolución de su salud que los exfumadores en etapa de Acción, Mantenimiento o Finalización ($z = -4,3$; $p < 0,001$).

Los fumadores sin intención de cambio tenían tendencia a percibir más deterioro en la evolución de su salud que los exfumadores ($z = -1,9$; $p = 0,063$).

Estudio Multivariado

Los fumadores con intención de cambio tenían una mayor probabilidad que los exfumadores de percibir una mala Evolución Declarada de la Salud en contraposición a una buena Evolución ($B = 2,0$ ($EE = 0,5$); $Wald = 14,7$; $OR = 7,18$ ($IC\ 95\% = 2,63-19,66$); $p < 0,001$).

Los fumadores con intención de cambio tenían una mayor probabilidad que los exfumadores de percibir una regular Evolución Declarada de la Salud en contraposición a una buena Evolución ($B= 1,7$ ($EE= 0,4$); $Wald= 14,5$; $OR= 5,42$ ($IC\ 95%= 2,27-12,92$); $p < 0,001$).

Los fumadores sin intención de cambio tenían una probabilidad similar que los exfumadores de percibir una mala Evolución Declarada de la Salud en contraposición a una buena Evolución ($OR= 1,62$ ($IC\ 95%= 0,55-4,73$); $p= 0,38$), y una mayor probabilidad de percibir una regular Evolución Declarada de la Salud en contraposición a una buena Evolución ($B= 0,9$ ($EE= 0,4$); $Wald= 4,6$; $OR= 2,47$ ($IC\ 95%= 1,09-5,62$); $p= 0,031$).

Los fumadores sin intención de cambio tenían una menor probabilidad que los fumadores con intención de cambio de percibir una mala Evolución Declarada de la Salud en contraposición a una buena Evolución ($B= -1,5$ ($EE= 0,5$); $Wald= 7,8$; $OR= 0,23$ ($IC\ 95%= 0,08-0,64$); $p= 0,005$).

Los fumadores sin intención de cambio tenían una tendencia no significativa a una menor probabilidad que los fumadores con intención de cambio de percibir una regular Evolución Declarada de la Salud en contraposición a una buena Evolución ($B= -0,8$ ($EE= 0,5$); $Wald= 3,0$; $OR= 0,46$ ($IC\ 95%= 0,19-1,10$); $p= 0,082$). Los resultados del estudio multivariado de las percepciones de salud recogidas con el SF-36 pueden verse resumidos más adelante en el cuadro 7.2.

7.8.10. Componente Físico del SF-36 (PCS)

Descripción: La media (dt) fue de 48,49 (8,3), lo cual indica un ligero deterioro del componente sumario físico en el global de la muestra, ya que el valor medio estándar es de 50.

Al estudiarlo según las etapas del cambio (tabla 7.39 y figura 7.18), se apreció un valor cercano al estándar en Precontemplación, con un descenso a medida que progresaban en la intención de cambio hasta llegar al valor más bajo en Preparación, donde el deterioro percibido del Componente Físico alcanzó la mayor intensidad. En los exfumadores se recuperaba el valor del Componente Físico, de modo que en las etapas de Mantenimiento y Finalización era ya similar a la etapa de Precontemplación. La representación gráfica dibuja, por lo tanto, un ligero valle con Preparación en la zona más profunda.

Tabla 7.39: Media y desviación típica del Componente Sumario Físico del SF-36 según la etapa del cambio

Etapa del Cambio	Componente Sumario Físico Media (dt)	
	Simple	Agrupada
Precontemplación	50,16 (6,8)	50,16 (6,8)
Contemplación	47,69 (9,3)	47,25 (9,5)
Preparación	46,21 (10)	
Acción	47,39 (7,8)	48,72 (7,4)
Mantenimiento	48,93 (6,1)	
Finalización	50,39 (8,2)	

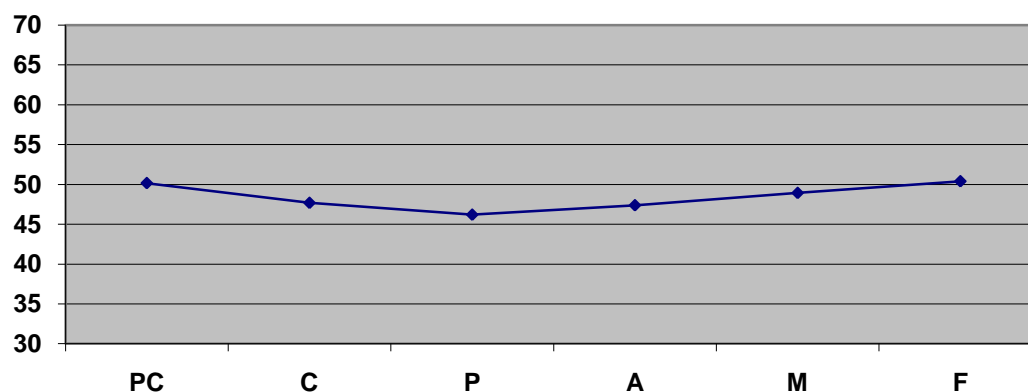


Figura 7.18: Valoraciones del Componente Sumario Físico del SF-36 según la etapa del cambio

Comparaciones estadísticas entre etapas del cambio:

Simple: La comparación entre las etapas del cambio no alcanzó la significación estadística mediante ANOVA ($F(5,246) = 1,5$; $p = 0,18$).

Agrupadas: El Componente Físico en los fumadores sin intención de cambio era mejor que en los fumadores con intención de cambio ($t(246) = 2,4$; $p = 0,016$), y no se diferenciaba del de los exfumadores ($t(246) = -0,9$; $p = 0,34$).

Los exfumadores tendían a evaluar mejor el Componente Físico que los fumadores con intención de cambio, pero en el análisis agrupado no se obtuvo significación ($t(246) = 1,4$; $p = 0,15$) porque la etapa precoz de exfumador (Acción) tenía una valoración similar a la de Contemplación y Preparación, y compensó a la baja la valoración de las etapas más tardías del exfumador, con la consecuente pérdida de significación estadística.

Estudio Multivariado

Los fumadores con intención de cambio tenían una probabilidad similar que los exfumadores de obtener un nivel alto o un nivel medio en el Componente Sumario Físico en contraposición a un nivel bajo ($OR = 0,76$ ($IC\ 95\% = 0,35-1,63$); $p = 0,48$ y $OR = 1,00$ ($IC\ 95\% = 0,47-2,16$); $p = 0,99$).

Los fumadores sin intención de cambio tenían una probabilidad similar que los exfumadores de obtener un nivel alto o un nivel medio en el Componente Sumario Físico en contraposición a un nivel bajo (OR= 1,60 (IC 95%= 0,66-3,91); $p= 0,30$ y OR= 2,14 (IC 95%= 0,87-5,24); $p= 0,096$).

Los fumadores sin intención de cambio tenían una tendencia no significativa a una mayor probabilidad que los fumadores con intención de cambio de obtener un nivel alto (B= 0,7 (EE= 0,4); Wald= 3,2; OR= 2,12 (IC 95%= 0,93-4,82); $p= 0,075$) o un nivel medio (B= 0,8 (EE= 0,4); Wald= 3,3; OR= 2,13 (IC 95%= 0,94-4,81); $p= 0,069$) en el Componente Sumario Físico en contraposición a un nivel bajo.

Los resultados del estudio multivariado de las percepciones de salud recogidas con el SF-36 pueden verse resumidos en el cuadro 7.2.

7.8.11. Componente Mental del SF-36 (MCS)

Descripción: La media (dt) de la muestra fue de 45,60 (12,9), indicativo de un deterioro en el Componente Mental, atendiendo a que el valor medio estándar es de 50.

Los valores más altos se observaron en las etapas que siguen al abandono del tabaco (Acción y Mantenimiento), mientras que las tres etapas de fumador activo, especialmente Contemplación, tenían los valores más bajos (tabla 7.40 y figura 7.19).

Comparaciones estadísticas entre etapas del cambio:

Simple: El estudio estadístico de la evaluación del Componente Mental se realizó mediante la prueba de Kruskal-Wallis al no cumplirse la condición de

homogeneidad de varianzas del ANOVA, y las diferencias tuvieron significación estadística ($\chi^2(5) = 11,7$; $p = 0,039$).

Agrupadas: Los exfumadores tenían mejor puntuación en el Componente Mental que los fumadores sin intención de cambio ($z = -2,2$; $p = 0,028$), y que los fumadores con intención de cambio ($z = -3,4$; $p = 0,001$). En cambio el valor del Componente Mental entre los fumadores activos fue similar, independientemente de la intención de cambio ($z = -0,9$; $p = 0,39$).

Estudio Multivariado

Los fumadores con intención de cambio tenían una menor probabilidad que los exfumadores de obtener un nivel alto en el Componente Sumario Mental en contraposición a un nivel bajo ($B = -1,3$ ($EE = 0,5$); $Wald = 8,6$; $OR = 0,27$ ($IC\ 95\% = 0,11-0,65$); $p = 0,003$).

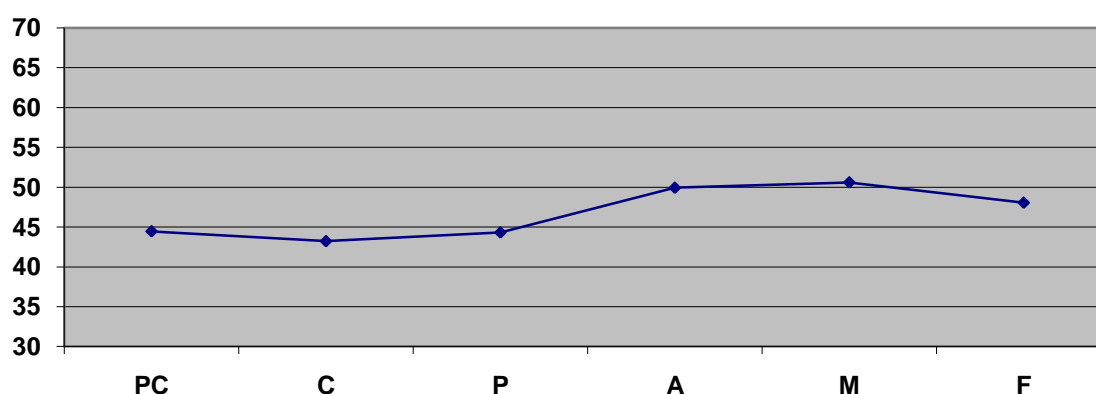
Los fumadores con intención de cambio tenían una probabilidad similar que los exfumadores de obtener un nivel medio en el Componente Sumario Mental en contraposición a un nivel bajo ($OR = 0,59$ ($IC\ 95\% = 0,26-1,36$); $p = 0,22$).

Los fumadores sin intención de cambio tenían una tendencia no significativa a una menor probabilidad que los exfumadores de obtener un nivel alto en el Componente Sumario Mental en contraposición a un nivel bajo ($B = -0,8$ ($EE = 0,5$); $Wald = 3,1$; $OR = 0,44$ ($IC\ 95\% = 0,17-1,10$); $p = 0,079$).

Los fumadores sin intención de cambio tenían una menor probabilidad que los exfumadores de obtener un nivel medio en el Componente Sumario Mental en contraposición a un nivel bajo ($B = -1,0$ ($EE = 0,5$); $Wald = 4,3$; $OR = 0,37$ ($IC\ 95\% = 0,14-0,95$); $p = 0,038$).

Tabla 7.40: Media y desviación típica del Componente Sumario Mental del SF-36 según la etapa del cambio

Etapa del Cambio	Componente Sumario Mental Media (dt)	
	Simple	Agrupada
Precontemplación	44,46 (13,9)	44,46 (13,9)
Contemplación	43,22 (14)	43,54 (13,2)
Preparación	44,31 (11,2)	
Acción	49,93 (9,8)	49,62 (10,7)
Mantenimiento	50,60 (7,3)	
Finalización	48,05 (14,8)	

**Figura 7.19:** Valoraciones del Componente Sumario Mental del SF-36 según la etapa del cambio

Los fumadores sin intención de cambio tenían una probabilidad similar que los fumadores con intención de cambio de obtener un nivel alto (OR= 1,65 (IC 95%= 0,71-3,80); $p= 0,24$) o un nivel medio (OR= 0,62 (IC 95%= 0,28-1,40); $p= 0,25$) en el Componente Sumario Mental en contraposición a un nivel bajo.

Los resultados del estudio multivariado de las percepciones de salud recogidas con el SF-36 pueden verse resumidos en el cuadro 7.2.

Cuadro 7.2: Resumen del estudio multivariado de las etapas del cambio agrupadas con la valoración de la percepción de salud mediante el cuestionario genérico SF-36

Percepción de Salud	Nivel Alto frente Bajo	Nivel Medio frente Bajo
Función Física	CIC < EXF SIC = EXF SIC > = CIC	CIC = EXF SIC = EXF SIC > CIC
Rol Físico	CIC = EXF SIC = EXF SIC = CIC	
Dolor Corporal	CIC = EXF SIC = EXF SIC = CIC	CIC = EXF SIC = EXF SIC = CIC
Salud General	CIC < EXF SIC = EXF SIC = CIC	CIC = EXF SIC = EXF SIC = CIC
Vitalidad	CIC < EXF SIC = EXF SIC > = CIC	CIC < = EXF SIC = EXF SIC = CIC
Función Social	CIC < EXF SIC = EXF SIC > CIC	
Rol Emocional	CIC < = EXF SIC < = EXF SIC = CIC	

Salud Mental		CIC < = EXF	CIC = EXF
		SIC = EXF	SIC = EXF
		SIC = CIC	SIC = CIC
Evolución Declarada de la Salud Negativa		CIC > EXF	CIC > EXF
		SIC = EXF	SIC > EXF
		SIC < CIC	SIC < = CIC
Componente Físico	Sumario	CIC = EXF	CIC = EXF
		SIC = EXF	SIC = EXF
		SIC > = CIC	SIC > = CIC
Componente Mental	Sumario	CIC < EXF	CIC = EXF
		SIC < = EXF	SIC < EXF
		SIC = CIC	SIC = CIC

Regresión Logística Multinomial, ajustada por edad, sexo, nivel de estudios, vida en pareja, consumo de alcohol, presencia de enfermedad aguda y de enfermedad crónica.

CIC= Con Intención de Cambio

EXF= Exfumador

SIC= Sin Intención de Cambio

7.8.12. Visión global de la comparación de las dimensiones del SF-36 con la población de referencia

Como hemos descrito anteriormente, cuando se expusieron los resultados obtenidos en cada dimensión del cuestionario de calidad de vida SF-36, los valores obtenidos por los participantes que componen la muestra de estudio pueden diferir de los valores esperados normativos poblacionales calculados según su edad y sexo.

En este apartado pretendemos aportar una visión global, con datos pero incidiendo especialmente en la visión gráfica, de la situación del valor obtenido en cada una de las dimensiones del SF-36 en los tres agrupamientos de las

etapas del cambio (Precontemplación en un grupo, Contemplación y Preparación en otro grupo, y las etapas del cambio de los exfumadores en el tercer grupo). Esta situación se compara visualmente con los valores normativos que tendrían los participantes de su misma edad e igual sexo, calculados independientemente para cada uno de los agrupamientos de las etapas del cambio.

Como puede observarse en la figura 7.20, los precontempladores evalúan peor todas las dimensiones excepto Rol Físico, y la dimensión Función Física se encuentra por debajo pero cercana al valor normativo. En los fumadores con intención de cambio (figura 7.21) todas las dimensiones del SF-36 se sitúan por debajo del valor normativo, incluyendo Rol Físico y Función Física. Estas dos

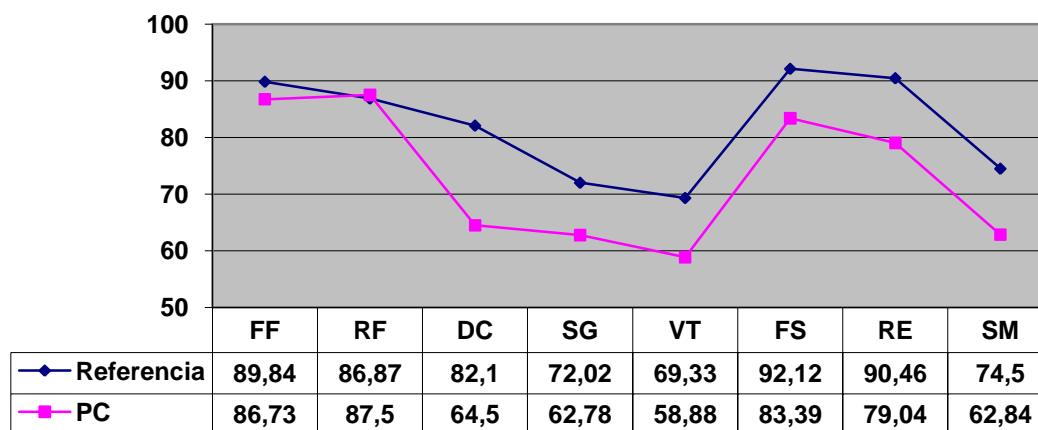


Figura 7.20: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los fumadores sin intención de cambio, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo

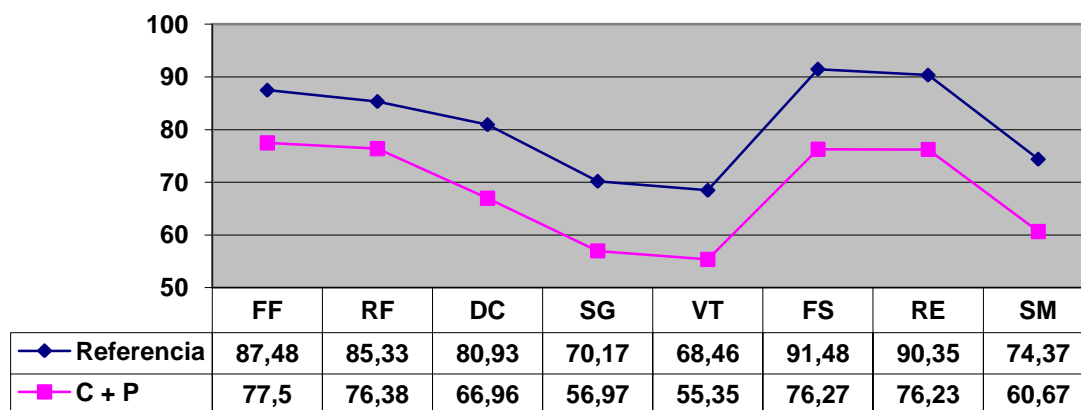


Figura 7.21: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los fumadores con intención de cambio, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo

últimas alcanzan diferencias equivalentes al resto de dimensiones del SF-36, dando lugar a un perfil prácticamente idéntico.

En los exfumadores (figura 7.22) se observan valores cercanos al normativo.

Dolor Corporal es la única dimensión que se encuentra por debajo de los valores poblacionales. Hay dimensiones, como Función Física, Salud General y Rol Emocional, que se superponen con los valores poblacionales esperados.

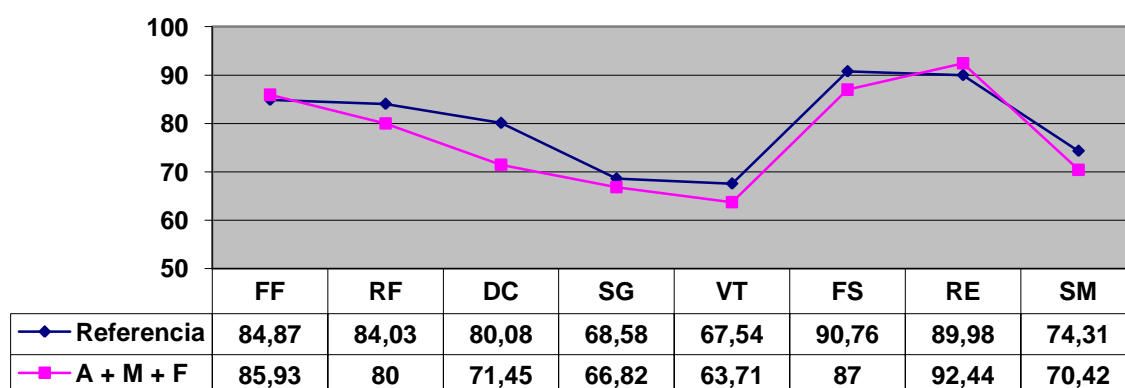


Figura 7.22: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los exfumadores, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo

7.8.13. Análisis de la influencia de la actividad física sobre la intención de cambio del fumador

Ante la observación de que se produce un descenso en las dimensiones Función Física y Rol Físico en los fumadores con intención de cambio respecto a los fumadores sin intención de cambio, decidimos analizar la fortaleza de la asociación de estas percepciones de salud con las etapas del cambio.

Para ello utilizamos un modelo de regresión logística con el método Forward Stepwise (utilizando el estadístico de Wald) siendo la variable dependiente ser un fumador sin intención de cambio respecto al fumador con intención de cambio, y con las siguientes variables independientes sujetas a selección por el modelo: sexo, edad, estudios, ejercicio físico, patología relacionada con el tabaco, índice de Charlson, enfermedad aguda, enfermedad crónica, Rol Físico del SF-36 y Función Física del SF-36. El modelo sólo introdujo la variable Función Física en la ecuación con los siguientes valores:

$B=0,024$; $Wald= 7,02$; $Exp (B)= 1,024$ (IC 95%= 1,00-1,04); $p=0,008$.

OBJETIVO 10: Estudiar la asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la dependencia a la nicotina en los fumadores

Ante la posibilidad de que los fumadores en etapa de Precontemplación que perciben deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud no progresen a una etapa del cambio con intención de abandono del tabaco porque tengan una dependencia más alta a la nicotina, se ha considerado de interés estudiar la asociación entre estas variables.

7.9. Dependencia a la nicotina y calidad de vida en la etapa de Precontemplación o Fumadores Sin Intención de Cambio

Se han dividido los precontempladores en dos grupos según el valor del Componente Estandarizado Físico y en otros dos grupos según el valor del Componente Estandarizado Mental.

El percentil 50 del Componente Físico en la etapa de Precontemplación era el valor 50,48, de modo que a los precontempladores con puntuaciones inferiores a 50,5 en el Componente Físico se les clasificó en el grupo de peor calidad de vida física (n= 35), y aquellos con puntuaciones de 50,5 o más en el grupo de mejor calidad de vida física (n= 34). Se estudió posteriormente si había diferencias entre los dos grupos respecto a la dependencia a la nicotina mediante la T de Student para grupos independientes. La dependencia a la nicotina se valoró con la medida de la dependencia a la nicotina subjetiva o percibida, la medida de la dependencia a la nicotina objetiva o test de Fagerström, y la medida del consumo diario de cigarrillos fumados.

Los precontempladores con peor calidad de vida física eran más dependientes a la nicotina que los precontempladores con mejor puntuación en el Componente Físico del SF-36, atendiendo a que consumían significativamente más cigarrillos diarios y tenían puntuaciones más altas en el test de Fagerström y en la escala de dependencia percibida (tabla 7.41).

Realizamos una operación similar con el Componente Mental. El percentil 50 del Componente Mental en la etapa de Precontemplación era el valor 49,18. A los precontempladores con puntuaciones inferiores a 49,2 en el Componente

Mental se les clasificó en el grupo de peor calidad de vida mental (n= 35), y aquellos con puntuaciones iguales o superiores a 49,2 en el grupo de mejor calidad de vida mental (n= 34).

Aunque los precontempladores con peor calidad de vida mental mostraron niveles superiores en los tres criterios utilizados para medir la dependencia al tabaco, la diferencia sólo obtuvo una tendencia a la significación en la dependencia subjetiva o percibida (tabla 7.42).

Tabla 7.41: Media y desviación típica de tres medidas de dependencia a la nicotina según el nivel de calidad de vida atendiendo al valor del Componente Sumario Físico del SF-36, en fumadores sin intención de cambio

	Componente Físico inferior a 50,5 Media (dt)	Componente Físico de 50,5 o superior Media (dt)	t	gl	p
Cigarrillos diarios	24,31 (14,7)	14,94 (9,4)	- 3,1	67	0,003
Dependencia subjetiva	7,00 (2,5)	5,21 (3)	- 2,6	67	0,011
Dependencia objetiva	5,20 (3)	2,64 (2,3)	- 3,8	67	<0,001

Tabla 7.42: Media y desviación típica de tres medidas de dependencia a la nicotina según el nivel de calidad de vida atendiendo al valor del Componente Sumario Mental del SF-36, en fumadores sin intención de cambio

	Componente Mental inferior a 49,2 Media (dt)	Componente Mental de 49,2 o superior Media (dt)	t	gl	p
Cigarrillos diarios	21,86 (12,8)	17,47 (13,4)	- 1,3	67	0,17
Dependencia subjetiva	6,74 (2,7)	5,47 (3)	- 1,8	67	0,07
Dependencia objetiva	4,40 (3)	3,47 (2,9)	- 1,2	67	0,20

7.10. Dependencia a la nicotina y calidad de vida en las etapas de Contemplación y Preparación o Fumadores Con Intención de Cambio

El percentil 50 del Componente Físico en los fumadores con intención de cambio era el valor 48,59, de modo que a los contempladores y preparados con puntuaciones inferiores a 48,6 en el Componente Físico se les clasificó en el grupo de peor calidad de vida física (n= 54), y aquellos con puntuaciones de 48,6 o más en el grupo de mejor calidad de vida física (n= 54). Los fumadores con intención de cambio con peor calidad de vida física obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en el test de Fagerström y en la escala de dependencia percibida, y una tendencia a un mayor consumo de cigarrillos diarios, que los fumadores con intención de cambio con mejor puntuación en el Componente Físico del SF-36 (tabla 7.43).

Tabla 7.43: Media y desviación típica de tres medidas de dependencia a la nicotina según el nivel de calidad de vida atendiendo al valor del Componente Sumario Físico del SF-36, en fumadores con intención de cambio

	Componente Físico inferior a 48,6 Media (dt)	Componente Físico de 48,6 o superior Media (dt)	t	gl	p
Cigarrillos diarios	21,53 (13,2)	17,00 (10,3)	- 1,9	105	0,052
Dependencia subjetiva	7,43 (2,4)	6,04 (2,8)	- 2,7	106	0,008
Dependencia objetiva	4,76 (2,8)	3,48 (2,5)	- 2,1	81	0,038

El percentil 50 del Componente Mental en los fumadores con intención de cambio tenía el valor 46,66. A los fumadores con intención de cambio con puntuaciones inferiores a 46,7 en el Componente Mental se les clasificó en el

grupo de peor calidad de vida mental (n= 54), y aquellos con puntuaciones iguales o superiores a 46,7 en el grupo de mejor calidad de vida mental (n= 54).

Los fumadores con intención de cambio con peor calidad de vida mental obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en el test de Fagerström y una tendencia a mayor dependencia percibida, pero no se apreciaron diferencias en el consumo de cigarrillos diarios, respecto a los fumadores con intención de cambio con mejor puntuación en el Componente Mental del SF-36 (tabla 7.44).

Tabla 7.44: Media y desviación típica de tres medidas de dependencia a la nicotina según el nivel de calidad de vida atendiendo al valor del Componente Sumario Mental del SF-36, en fumadores con intención de cambio

	Componente Mental inferior a 46,7	Componente Mental de 46,7 o superior			
	Media (dt)	Media (dt)	t	gl	p
Cigarrillos diarios	19,48 (13,5)	19,00 (10,5)	- 0,2	105	0,83
Dependencia subjetiva	7,24 (2,5)	6,22 (2,8)	- 1,9	106	0,054
Dependencia objetiva	4,85 (3,1)	3,46 (2,2)	- 2,2	70,4	0,026

OBJETIVO 11: Estudiar la relación entre la carga tabáquica y la calidad de vida

7.11. Carga tabáquica y calidad de vida

La variable Paquetes – Año nos indica la carga de consumo de tabaco acumulado durante toda la vida del fumador. Esta variable sólo ha sido recogida en los fumadores activos y, por lo tanto, el estudio de su asociación

con la salud percibida incluirá únicamente las etapas de Precontemplación, Contemplación y Preparación.

Mediante una correlación de Spearman se observó que sólo la dimensión Función Física del SF-36 y el Componente Sumario Físico correlacionaban inversamente con la carga tabáquica de modo significativo para la muestra de 178 fumadores activos. Los coeficientes de correlación fueron de $-0,363$ para Función Física ($p < 0,001$) y de $-0,271$ para el Componente Físico ($p < 0,001$). El resto de coeficientes de correlación fueron inferiores a 0,2 en valor absoluto, y se consideraron asociaciones débiles sin interés clínico-epidemiológico, independientemente de su significación estadística.

Con la intención de disminuir el efecto de la edad y del sexo en los valores obtenidos en la muestra de este estudio en las dimensiones del SF-36, se calculó el valor normativo poblacional que le correspondería a cada participante según su edad y sexo en las tablas de valores de referencia. A este valor teórico de normalidad se le restó el valor real obtenido en este estudio y se utilizó la diferencia resultante como valor de cada dimensión del SF-36 para establecer las asociaciones. Mediante este cálculo la carga tabáquica no correlacionaba con ninguno de los valores del SF-36. El mayor coeficiente de correlación lo obtuvo la diferencia de Rol Físico con $-0,137$ ($p = 0,06$), y el resto estuvo por debajo de 0,1 o de $-0,1$.

La mediana de la variable Paquetes – Año fue 19,4. Una comparación de medias con la T de Student entre los participantes con carga tabáquica menor a 19,4 paquetes – año y los de carga igual o superior a 19,4 paquetes – año no obtuvo diferencias significativas en ninguna de las dimensiones del SF-36,

utilizando el valor de la diferencia entre el valor esperado normativo por edad y sexo y el valor real del participante, mediante el cálculo descrito previamente.

FASE 2: ESTUDIO DE SEGUIMIENTO

OBJETIVO 12: Conocer las variaciones en las medidas de percepción de salud que acompañan a las modificaciones en las etapas del cambio durante el seguimiento.

7.12. Estudio de las percepciones de salud según las modificaciones en las etapas del cambio

A los 6 meses de la primera visita se evaluaron de nuevo 163 participantes, entre los cuales había 49 precontempladores, 45 contempladores y 11 preparados, 21 estaban en la etapa de Acción, 25 en la etapa de Mantenimiento y 12 en la de Finalización.

A los 12 meses de la primera visita acudieron al control 125 participantes, estando 38 en la etapa de Precontemplación, 32 en Contemplación, 8 en Preparación, 13 en Acción, 23 en la etapa de Mantenimiento y 11 en la de Finalización.

A los 18 meses de la primera visita fueron evaluados 108 participantes, siendo 39 precontempladores y 20 contempladores, 5 se hallaban en la etapa de Preparación, 5 en la de Acción, 28 en la de Mantenimiento y 11 en la de Finalización.

A los 24 meses de la primera visita se realizó la evaluación final en 102 participantes, estando 43 en Precontemplación, 11 en Contemplación, 6 en Preparación, 10 en Acción, 21 en Mantenimiento y 11 en Finalización.

La distribución de las etapas del cambio en las sucesivas visitas se ha recopilado en el cuadro 7.3.

Cuadro 7.3: Total de la muestra y su distribución en las etapas del cambio en las sucesivas visitas

PC 70	C 76	P 32	INICIAL 253	A 30	M 24	F 21
PC 49	C 45	P 11	6 MESES 163	A 21	M 25	F 12
PC 38	C 32	P 8	12 MESES 125	A 13	M 23	F 11
PC 39	C 20	P 5	18 MESES 108	A 5	M 28	F 11
PC 43	C 11	P 6	24 MESES 102	A 10	M 21	F 11

PC = Precontemplación; C = Contemplación; P = Preparación; A = Acción; M = Mantenimiento; F = Finalización;

Según la etapa del cambio en la visita sujeta a valoración (llamada en adelante visita actual) y la etapa del cambio que tenía en la visita previa se establecieron 8 posibles variaciones que suponían un avance en las etapas del cambio, 6 posibles situaciones que suponían un mantenimiento en el tiempo de la etapa del cambio (era la misma en las dos visitas), y 10 posibles variaciones que implicaban un retroceso en las etapas del cambio. Por ejemplo, una variación que supone un avance es el paso de contemplador a preparado, una situación que supone una persistencia de etapa es mantenerse como contemplador; y una variación que indica un retroceso es el paso de preparado a contemplador. Se registraron 487 valoraciones de la posible variación o mantenimiento en la etapa del cambio. Cada valoración se trató como un caso. Las variables de percepción de salud tenían el valor evaluado en la visita previa, en la visita

actual y, en caso de que la hubiera, también en la visita posterior. Por lo tanto, cada valoración de la posible variación en la etapa del cambio contaba con dos o tres puntuaciones de cada variable de percepción de salud.

Se establecieron comparaciones entre los valores de las medias de las variables estudiadas, mediante el estadístico T de Student para datos apareados, entre la visita previa y la visita actual, entre la visita actual y la visita posterior, y de la visita previa con la visita posterior.

Debido a la posible ausencia de visita posterior, que podría deberse a una interrupción en el seguimiento del participante o a que la visita actual valorada fuera la quinta y última visita del estudio, el número de casos que comparaban la visita actual respecto a la previa era superior al número de casos que comparaban la visita actual respecto a la posterior. El cálculo de la media de la visita actual cuando se compara con la visita posterior se realiza sólo a partir de los casos que cuentan con un seguimiento posterior, y puede diferir del cálculo de la media realizado con todos los casos evaluados en la visita actual, que sí aparecen en la comparación con la visita previa. Por dicho motivo se repite en el texto el valor de la visita actual y en los gráficos evolutivos aparecen dos valores de visita actual: en visita actual 1 está la media obtenida con todos los casos y en visita actual 2 solamente la media de los casos comparados con la visita posterior. Por el mismo motivo, en el texto el valor de la visita previa cuando se compara con la visita posterior puede diferir del valor de la visita previa comparado con la visita actual.

Como hemos mencionado anteriormente, en el global de las cuatro visitas de seguimiento se analizaron 487 valoraciones evolutivas con potenciales

modificaciones en la etapa de cambio, que con independencia del momento (tiempo desde el reclutamiento) en que se produjeron, permite clasificarlas en diferentes patrones de movimiento evolutivo.

Todos los resultados, que procederemos a detallar a continuación, están resumidos en la tabla 7.45, que se presenta más adelante.

7.12.1. Persistencia en la etapa de Precontemplación

Los participantes se mantuvieron en la etapa de Precontemplación en 118 (24,2%) de las valoraciones evolutivas.

Al comparar las percepciones de la visita actual con las que tenía en la visita previa mediante la comparación de medias con la T de Student para datos apareados, sólo se observaron diferencias con significación estadística en Dolor Corporal con un incremento de 75,7 (24,7) a 81 (23,1), ($t(117) = -2,2$; $p = 0,027$), representado en la figura 7.23. Se apreció una tendencia a la mejora del Componente Sumario Físico ($t(108) = -1,7$; $p = 0,088$) con un incremento de 51,30 (5,7) a 52,29 (5,1).

Cuando se compararon las percepciones de la visita actual con la siguiente visita se observó un descenso en Salud General pasando de 70,2 (18) a 67,0 (20,2), ($t(70) = 2,0$; $p = 0,047$), como se ilustra en la figura 7.23.

No se detectaron modificaciones significativas en ninguna de las percepciones de salud en la comparación entre la visita previa y la visita posterior.

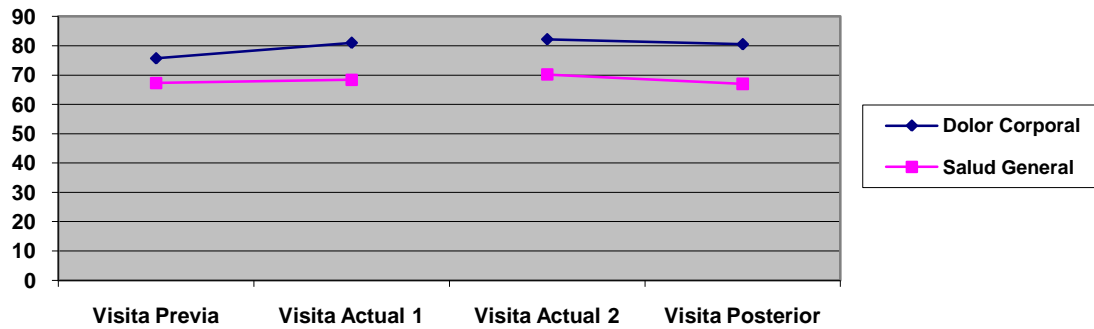


Figura 7.23: Valoraciones de las dimensiones Dolor Corporal y Salud General del SF-36 en participantes situados en la etapa de Precontemplación en la visita previa y en la visita actual

7.12.2. Avances desde la etapa de Precontemplación

Se observaron 23 (4,7 %) variaciones de Precontemplación a Contemplación, 4 (0,8%) avances desde Precontemplación a Preparación y 9 (1,9%) precontempladores entraron en Acción.

En el paso de Precontemplación a Contemplación se apreció un descenso con tendencia a la significación en el Componente Sumario Físico que pasó de 51,07 (7,7) en la visita previa a 47,89 (7,4) en la actual ($t(22) = 1,9$; $p = 0,067$). En la comparación de la visita actual con la visita posterior se detectó un incremento de 2,3 (1,3) a 3 (1,1) en la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud física ($t(19) = -2,4$; $p = 0,023$). También se observó una tendencia a la significación ($t(19) = -2,0$; $p = 0,054$) para la mejoría en calidad de vida en la dimensión Función Social, que pasó de 84,3 (26,5) en la visita actual a 96,8 (7,9) en la visita posterior, y como el aumento era progresivo llegó a alcanzar significación en la comparación entre la visita previa y la posterior a la variación de etapa, aumentando de 83,1 (24,7) a 96,8 (7,9), ($t(19) = -2,9$; $p = 0,009$), como se puede apreciar en la figura 7.24. También se detectó un incremento

gradual en la dimensión Rol Emocional (figura 7.24) pasando de 73,3 (36,8) en la visita previa a 95 (22,3) en la posterior, ($t(19) = 2,0$; $p = 0,05$).

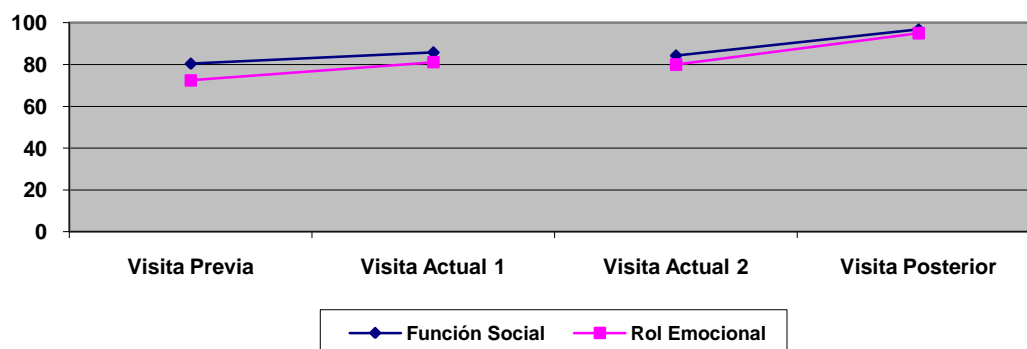


Figura 7.24: Valoraciones de las dimensiones Función Social y Rol Emocional del SF-36 en participantes situados en la etapa de Precontemplación en la visita previa y de Contemplación en la visita actual

En el avance de Precontemplación a Preparación, al comparar la visita previa con la visita actual, sólo se apreció una tendencia en Vitalidad con un incremento de 69,5 (6,7) a 80,4 (9,4), ($t(3) = -2,9$; $p = 0,058$).

En el paso de Precontemplación a la etapa de Acción hubo un incremento en la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud física que pasó de 1,8 (1,1) en la visita actual a 2,7 (1) en la posterior ($t(5) = -2,7$; $p = 0,042$).

7.12.3. Persistencia en la etapa de Contemplación

Sucedió en 67 (7,9 %) ocasiones. Los fumadores que permanecieron en la etapa de Contemplación aumentaron significativamente ($t(64) = -2,6$; $p = 0,009$) la valoración de Función Física en la visita actual (87,9 (15,9)) respecto a la previa (80,4 (24,4)), mejorando también en las dimensiones de Dolor Corporal ($t(64) = -2,0$; $p = 0,049$) y Función Social ($t(64) = -1,9$; $p = 0,052$), con ascensos de 64,1 (29,4) a 70,7 (30,6) en la primera dimensión y de 77,1 (29,7) a 83,2 (26,6) en la segunda. Se observó una tendencia a la mejora en la percepción

de Salud Mental ($t(64) = -1,8$; $p = 0,070$) que pasó de 57,5 (22,2) en la visita previa a 61,9 (20,9) en la actual. Estos resultados se ilustran en la figura 7.25.

Sin embargo en la comparación de la visita actual con la visita posterior sólo se apreció una tendencia a la significación en la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental ($t(46) = 1,9$; $p = 0,053$) que descendió de 2,2 (1,3) a 1,8 (1).

La comparación de la visita previa con la posterior permitió detectar una variación progresiva en la Evolución Declarada de la Salud, representada en la figura 7.26, con una mejoría en la percepción de salud con el paso del tiempo, que era de 3,3 (0,8) en la visita previa y de 3 (0,8) en la posterior, ($t(47) = 2,4$; $p = 0,018$).

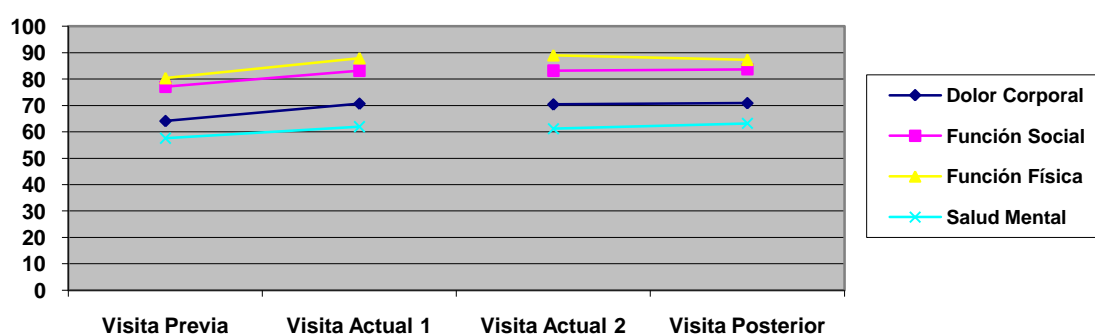


Figura 7.25: Valoraciones de las dimensiones Dolor Corporal, Función Social, Función Física y Salud Mental del SF-36 en participantes situados en la etapa de Contemplación en la visita previa y en la visita actual

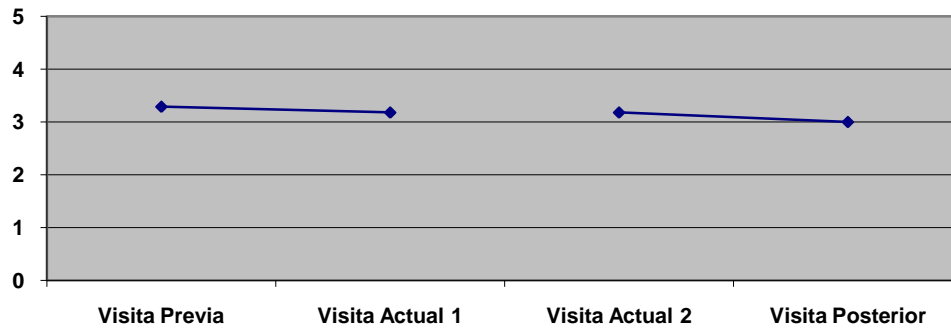


Figura 7.26: Valoración en la Evolución Declarada de la Salud del SF-36 en participantes situados en la etapa de Contemplación en la visita previa y en la visita actual

7.12.4. Avances desde la etapa de Contemplación

Se observaron 10 (2,1%) variaciones de Contemplación a Preparación y 11 (2,3%) de Contemplación a Acción.

En el paso de Contemplación a Preparación se apreció un descenso con tendencia a la significación en la dimensión Función Física (figura 7.27) que pasó de 91 (12,2) en la visita previa a 85 (11,7) en la actual ($t(9) = 2,0$; $p = 0,074$), mientras que en la comparación de la visita actual con la posterior no se observaron diferencias con significación estadística debido probablemente al escaso número de variaciones analizables (de 4 a 5 según la variable).

En el cambio de Contemplación a Acción hubo un incremento en la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental ($t(10) = 2,6$; $p = 0,025$) que se modificó de 2,2 (1,4) en la visita previa a 2,7 (1,6) en la visita actual, representado gráficamente en la figura 7.28. Asimismo hubo una tendencia estadística ($t(10) = -1,9$; $p = 0,074$) al aumento de la Función Física que fue en la visita previa de 89 (8,3) y en la actual de 93,6 (7,4), como queda reflejado en la figura 7.27. En la visita posterior se produjo un descenso en la percepción de la afectación de la salud actual por el uso del tabaco pasando de 2,5 (1,3) a 1,4

(0,7), ($t(7) = 2,8$; $p = 0,026$), y también una tendencia no significativa ($t(7) = 1,9$; $p = 0,095$) a disminuir la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental pasando de 3 (1,6) a 2,4 (1,8), como puede observarse en la figura 7.28.

En la comparación de la visita previa con la visita posterior destaca el descenso en la percepción de la afectación de la salud actual por el uso del tabaco pasando de 3,3 (1,6) a 1,4 (0,7), ($t(7) = 2,6$; $p = 0,035$) y la mejora de la Función Física de 91,2 (8,7) en la visita previa a 98,7 (2,3) en la posterior ($t(7) = -2,8$; $p = 0,026$).

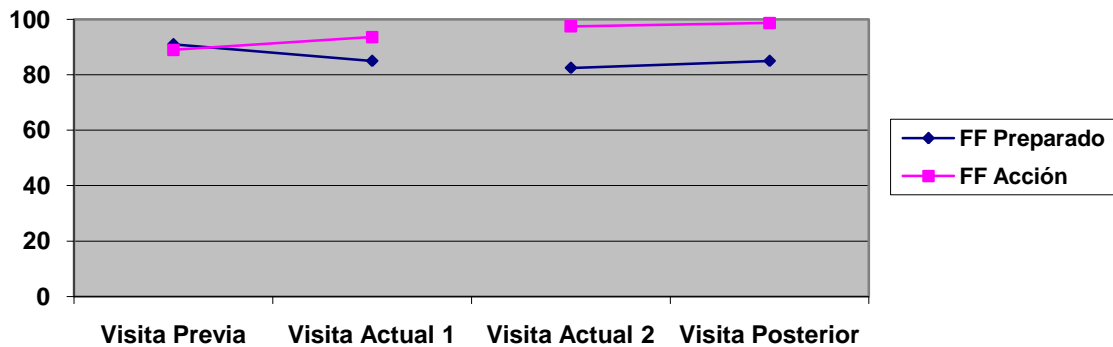


Figura 7.27: Valoraciones de la dimensión Función Física del SF-36 en participantes situados en la etapa de Contemplación en la visita previa y de Preparación o Acción en la visita actual

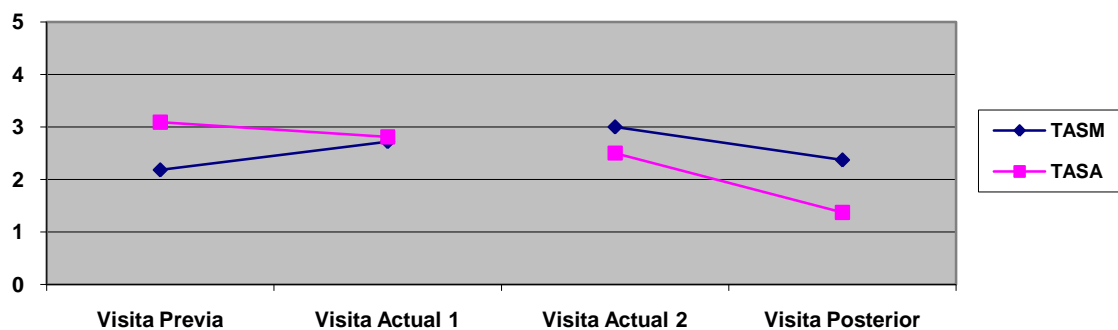


Figura 7.28: Valoraciones de la afectación de la salud actual por el uso del tabaco (TASA) y de la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental (TASM) en participantes situados en la etapa de Contemplación en la visita previa y de Acción en la visita actual

7.12.5. Retrocesos desde la etapa de Contemplación

Durante el seguimiento se detectaron 40 (8,2%) variaciones de etapa desde Contemplación a Precontemplación.

En la comparación de la visita previa con la actual se apreció un descenso en la calidad de vida en la dimensión Dolor Corporal con valores que disminuyeron de 72,4 (29,9) a 64,4 (27), ($t(37) = -2,2$; $p = 0,032$), y una tendencia al descenso en la percepción de la afectación de la salud actual por el uso del tabaco pasando de 3,0 (1,2) a 2,7 (1,1), ($t(39) = 1,8$; $p = 0,074$).

En la comparación de la visita actual con la visita posterior se observó un incremento en las dimensiones de Salud General y de Vitalidad. Salud General subió de 45,8 (21,8) a 65,4 (24), ($t(15) = -3,4$; $p = 0,003$), y Vitalidad ascendió de 51 (24) a 62 (20,5), ($t(15) = -2,7$; $p = 0,015$).

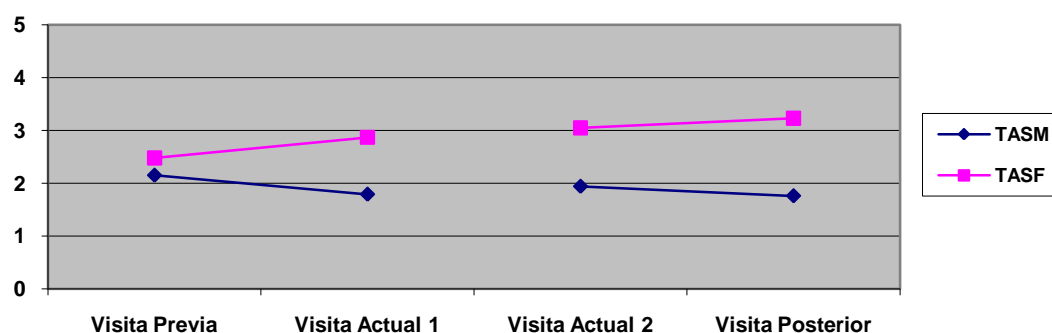


Figura 7.29: Valoraciones de la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud física (TASF) y de la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental (TASM) en participantes situados en la etapa de Contemplación en la visita previa y de Precontemplación en la visita actual

Al comparar la visita previa al cambio con la visita posterior alcanzaron significación estadística el aumento de la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud física que se elevó de 2,4 (1,3) a 3,2 (0,9), ($t(16) = -3,2$; $p = 0,005$), así como el descenso de la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud

mental que bajó de 2,8 (1,3) a 1,8 (1,2), ($t(16) = 2,8$; $p = 0,012$), como se puede observar en la figura 7.29.

7.12.6. Persistencia en la etapa de Preparación

Las 9 (1,9%) evaluaciones de etapas entre visitas que se mantuvieron en la etapa de Preparación no experimentaron ningún cambio significativo en las variables estudiadas.

7.12.7. Avances desde la etapa de Preparación

Se registraron 18 (3,7%) cambios desde Preparación a la etapa de Acción.

En la visita actual respecto a la previa disminuyó la percepción de la afectación de la salud actual por el uso del tabaco pasando de 3,2 (1,1) a 2,6 (1,2), ($t(17) = 2,7$; $p = 0,014$); mejoró la dimensión de Salud General subiendo de 57,4 (28,1) a 70,1 (21,5), ($t(17) = -2,5$; $p = 0,022$); y descendió la puntuación de la Evolución Declarada de la Salud de 3,2 (0,6) a 2,4 (0,9), ($t(17) = 3,1$; $p = 0,006$), lo cual implica una mejora en la percepción evolutiva de la salud.

En la visita posterior respecto a la visita actual siguió el descenso en la puntuación de la Evolución Declarada de la Salud, que se modifica de 2,1 (0,8) a 1,6 (0,7), ($t(11) = 2,5$; $p = 0,027$). Se apreció una mejora en la percepción de salud en las dimensiones de Función Física, Dolor Corporal, Función Social y Salud Mental, con los siguientes incrementos: de 83,7 (16,3) a 92,6 (12,3) en Función Física, ($t(11) = -3,5$; $p = 0,004$); de 68,4 (32,1) a 86,1 (16,8) en Dolor Corporal, ($t(11) = 2,2$; $p = 0,045$); de 75 (21,9) a 89,5 (15,8) en Función Social, ($t(11) = -2,4$; $p = 0,032$) y de 67,3 (16,9) a 74,3 (17,4) en Salud Mental, ($t(11) = -2,5$; $p = 0,025$). También se observó una tendencia al descenso en la percepción de

la afectación de la salud actual por el uso del tabaco, que pasó de 2,5 (1,2) en la visita actual a 1,8 (1) en la posterior, ($t(10)=1,8$; $p=0,087$).

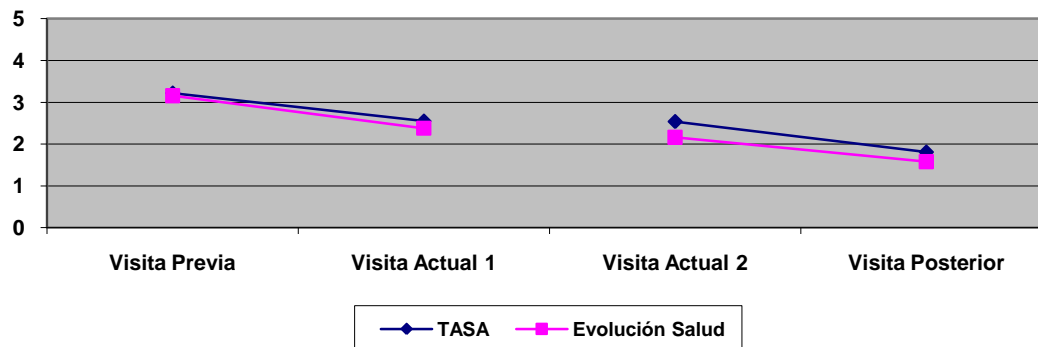


Figura 7.30: Valoraciones de la afectación de la salud actual por el uso del tabaco (TASA) y de la Evolución Declarada de la Salud en participantes situados en la etapa de Preparación en la visita previa y de Acción en la visita actual

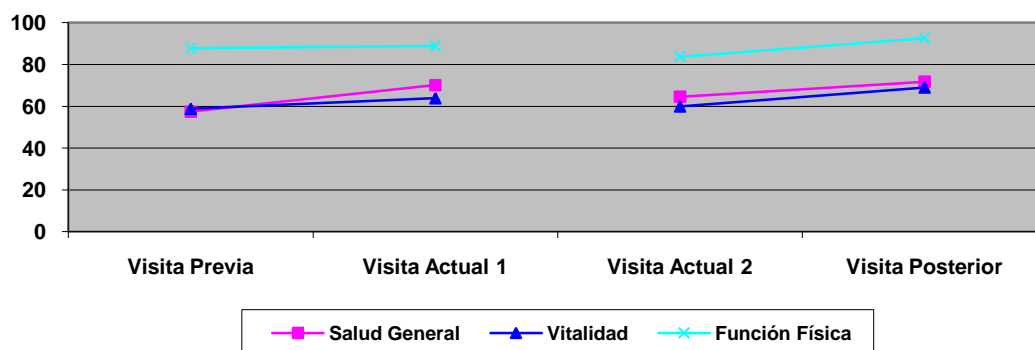


Figura 7.31: Valoraciones de las dimensiones Salud General, Vitalidad y Función Física del SF-36 en participantes situados en la etapa de Preparación en la visita previa y de Acción en la visita actual

En la comparación de la visita previa con la visita posterior se identificó el descenso en la percepción de la afectación de la salud actual por el uso del tabaco que disminuyó de 3,3 (1) a 1,8 (1), ($t(10)=3,7$; $p=0,004$); y un descenso en la puntuación de la Evolución Declarada de la Salud, que era de 3,3 (0,4) en la visita previa y de 1,6 (0,7) en la visita posterior, ($t(11)=6,2$; $p<0,001$). Las dimensiones Salud General y Vitalidad mejoraron

significativamente, con valores de 48,4 (27,2) y de 54,5 (13,3) respectivamente en la visita previa, y de 71,7 (14,3) y 69 (16,2) respectivamente en la visita posterior, con los siguientes estadísticos ($t(11) = -4,8$; $p = 0,001$) para Salud General y ($t(11) = -3,0$; $p = 0,010$) para Vitalidad. La dimensión Función Física mejoró de 83,7 (14,6) a 92,6 (12,3) sin alcanzar la significación estadística ($t(11) = -2,1$; $p = 0,055$). Estos cambios quedan reflejados en las figuras 7.30 y 7.31.

7.12.8. Retrocesos desde la etapa de Preparación

Durante el seguimiento se recogieron 4 (0,8%) cambios de Preparación a Precontemplación y 14 (2,9%) cambios de Preparación a Contemplación.

A pesar del escaso número de cambios a Precontemplación desde la Preparación, al comparar la visita previa con la visita actual se observaron tendencias a la significación en la percepción de la afectación de la salud actual por el uso del tabaco que ascendió de 1,5 (1) a 3,5 (0,5), ($t(3) = -2,8$; $p = 0,066$); en Función Física que descendió de 92,5 (8,6) a 81,2 (10,3), ($t(3) = 3,0$; $p = 0,058$); en el Componente Sumario Físico que decreció de 56 (4,6) a 45,8 (4,2), ($t(3) = 2,7$; $p = 0,072$); y en Rol Físico que disminuyó de 100 (0) a 50 (40,8), ($t(3) = 2,4$; $p = 0,092$).

En la comparación de la visita actual con la posterior existió una ligera recuperación en Función Física con un ascenso de 81,2 (10,3) a 85 (10,8), sin alcanzar significación estadística ($t(3) = -3$; $p = 0,058$).

Siguiendo con el cambio de Preparación a Precontemplación, la comparación de la visita previa con la posterior obtuvo significación en el descenso del Componente Sumario Físico de 56 (4,6) a 45,3 (7,7), ($t(3) = 3,7$; $p = 0,034$) y

una tendencia al aumento de la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud física que pasó de 1,8 (0,9) a 3 (0,8), ($t(3) = -2,6$; $p = 0,080$).

En la variación de Preparación a Contemplación no se observaron diferencias con significación estadística en la comparación de la visita previa con la actual ni en la comparación de la visita previa con la posterior. En la comparación de la visita actual con la posterior hubo un incremento en la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud física que pasó de 2,4 (1,3) a 3,1 (1,2), ($t(11) = -2,6$; $p = 0,025$).

7.12.9. Persistencia en la etapa de Acción

Durante todo el seguimiento se registraron 6 (1,2 %) persistencias en la etapa de Acción, lo cual implica una recaída intermedia en el hábito de fumar durante el intento de abstinencia tabáquica, recuperando de nuevo la abstinencia, ya que el seguimiento se realizaba aproximadamente cada 6 meses que es la duración de una etapa de Acción no interrumpida.

En la visita actual se apreció un descenso en la percepción de la afectación de la salud actual por el uso del tabaco (1,8 (0,9)) respecto a la visita previa (2,3 (1,5)), ($t(5) = -2,2$; $p = 0,076$), con tendencia a la significación. No se detectaron otras modificaciones significativas durante las visitas de evaluación en los participantes que permanecieron en la etapa de Acción.

7.12.10. Avances desde la etapa de Acción

Durante el seguimiento evolutivo se tuvo constancia de 31 (6,4%) avances desde la etapa de Acción a la etapa de Mantenimiento.

En la comparación de la visita previa a la actual se observó un incremento en las dimensiones de calidad de vida Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Salud Mental y Función Física (esta última sin alcanzar significación), con incremento del Componente Sumario Físico, y un descenso en la percepción de la afectación de la salud actual por el uso del tabaco y en la puntuación de la Evolución Declarada de la Salud (es decir una mejora en la percepción de salud). Las puntuaciones obtenidas respectivamente en ambas visitas y el estadístico fueron: Dolor Corporal se modificó de 68,3 (26,5) a 79,4 (20,8), ($t(30) = -2,0$; $p = 0,048$); Salud General de 64,8 (21,6) a 73,2 (18,2), ($t(30) = -2,9$; $p = 0,007$); Vitalidad aumentó de 59,1 (22) a 68,8 (20), ($t(30) = -2,2$; $p = 0,029$); Salud Mental de 68,7 (15,4) a 78,5 (20,3), ($t(30) = -3,1$; $p = 0,004$); Función Física de 84,6 (19,7) a 90,6 (12,6), ($t(30) = -1,9$; $p = 0,063$); y el Componente Sumario Físico de 47,8 (10,2) a 51,4 (7,7), ($t(30) = -2,1$; $p = 0,040$). La percepción de la afectación de la salud actual por el uso del tabaco disminuyó de 2,7 (1,3) a 1,9 (0,9), ($t(29) = 2,9$; $p = 0,006$), y la puntuación de la Evolución Declarada de la Salud de 2,5 (1) a 1,9 (0,8), ($t(30) = 3,3$; $p = 0,002$).

En la comparación de la visita actual con la posterior se intensificó el descenso en la percepción de la afectación de la salud actual por el uso del tabaco (de 1,7 (0,9) a 1,1 (0,7), ($t(19) = 2,7$; $p = 0,012$) y apareció una disminución en la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental que pasó de 2,4 (1,6) a 1,8 (1,4), ($t(19) = 2,5$; $p = 0,019$). Se observó también una tendencia al descenso en dos de las dimensiones que se habían elevado previamente, así Salud General disminuía de 74,7 (16,4) a 70,9 (19,2) y Salud Mental lo hacía de 78,4 (20,9) a 72 (18) ($t(20) = 1,7$; $p = 0,095$ y $t(19) = 1,8$; $p = 0,085$, respectivamente).

Al comparar la visita previa con la posterior sólo se observó significación estadística en la percepción de la afectación de la salud actual por el uso del tabaco disminuyendo de 2,5 (1,4) a 1,1 (0,7), ($t(20) = 3,7$; $p = 0,001$), y muy cercano al nivel de significación exigido se situó la mejora en el Componente Sumario Físico que ascendió de 48,6 (10,2) a 53,5 (6,9) ($t(19) = 2,0$; $p = 0,057$). Ver figuras 7.32 y 7.33.

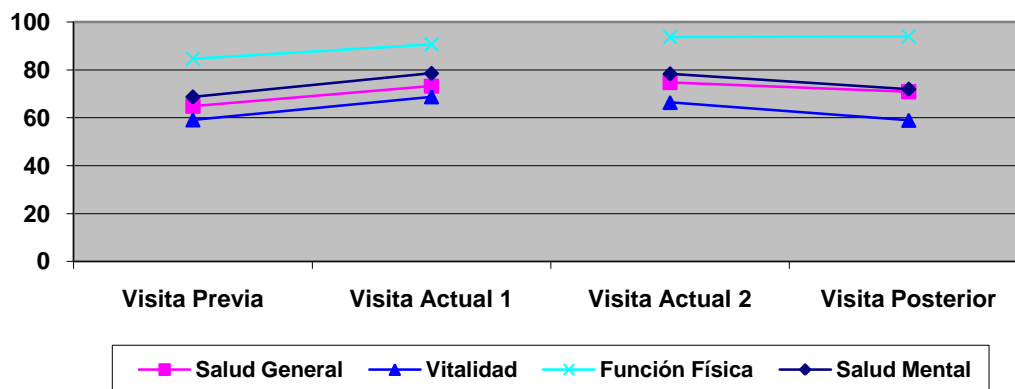


Figura 7.32: Valoraciones de las dimensiones Salud General, Vitalidad, Función Física y Salud Mental del SF-36 en participantes situados en la etapa de Acción en la visita previa y de Mantenimiento en la visita actual

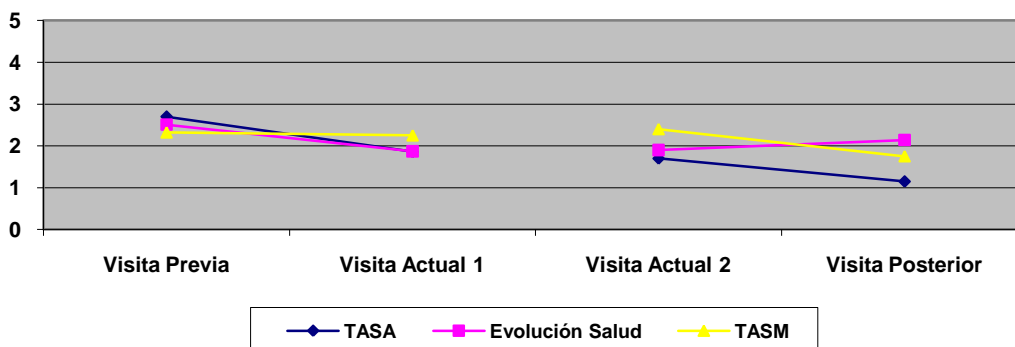


Figura 7.33: Valoraciones en la afectación de la salud actual por el uso del tabaco (TASA), en la Evolución Declarada de la Salud y en la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental (TASM), en participantes situados en la etapa de Acción en la visita previa y de Mantenimiento en la visita actual

7.12.11. Retrocesos desde la etapa de Acción

En 10 (2,1%) ocasiones se detectó una recaída en el hábito tabáquico en el fumador que intentaba el abandono y se hallaba situado en la etapa de Acción.

En la visita siguiente a la reanudación del consumo de cigarrillos 1 de los participantes se declaró precontemplador, 3 se manifestaron contempladores y 6 informaron estar preparados para intentarlo de nuevo. Las 10 recaídas se analizan conjuntamente con el propósito de elevar la potencia estadística aunque con la consiguiente pérdida de discriminación sobre los efectos de cada nueva etapa del cambio sobre las variables estudiadas.

Al comparar la visita previa con la visita actual se observaron tendencias que no alcanzaron significación estadística, con un incremento en la percepción de la afectación de la salud actual por el uso del tabaco de 2,5 (1,3) a 3 (1), ($t(9) = -1,8$; $p = 0,096$); un descenso en la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental de 2,3 (1) a 1,6 (1), ($t(9) = 2$; $p = 0,066$); un descenso también en Salud Mental con 68 (15,6) en la visita previa y 61,6 (20,2) en la visita actual, ($t(9) = 2$; $p = 0,065$); y un aumento en Función Social de 72,5 (32,1) a 87,5 (18,6), ($t(9) = -2$; $p = 0,074$).

No se detectaron diferencias significativas en la comparación de la visita posterior con la visita actual ni con la visita previa.

7.12.12. Persistencia en la etapa de Mantenimiento

Se analizaron 63 casos (12,9%) de persistencia en Mantenimiento.

Al comparar la visita previa con la actual de los exfumadores en etapa de Mantenimiento que permanecieron en la misma etapa, se observaron pequeñas diferencias en las variables, cuatro de las cuales alcanzaron significación estadística. Así, la percepción de la afectación de la salud actual por el uso del tabaco descendió de 1,6 (1) a 1,2 (0,7), ($t(58) = 3,1$; $p = 0,002$); la puntuación de la Evolución Declarada de la Salud subió de 2 (0,9) a 2,3 (0,9), (t

(62)= -2; $p= 0,047$), Salud Mental bajó de 71,6 (17,9) a 67,3 (16,4), ($t(62)= 2,5$; $p= 0,013$) y el Componente Sumario Mental también descendió de 48,9 (9,4) a 46,8 (9,1), ($t(62)= 2$; $p= 0,047$).

En la comparación de la visita actual con la visita posterior alcanzó significación un nuevo aumento en la puntuación de la Evolución Declarada de la Salud que era de 2,3 (0,9) y pasó a ser de 2,6 (0,8), ($t(35)= -2$; $p= 0,048$). Al comparar la visita previa con la posterior eran significativos los cambios en la puntuación de la Evolución Declarada de la Salud que pasó de 2 (0,8) a 2,6 (0,8), ($t(35)= -3,4$; $p= 0,002$), de la percepción de la afectación de la salud actual por el uso del tabaco de 1,7 (1,1) a 1,1 (0,6), ($t(33)= 3,2$; $p= 0,003$), y de la dimensión Salud Mental de 72 (18,3) a 65,7 (15,8), ($t(35)= 2,3$; $p= 0,027$). Se puede apreciar la representación gráfica de estas evaluaciones en las figuras 7.34 y 7.35.

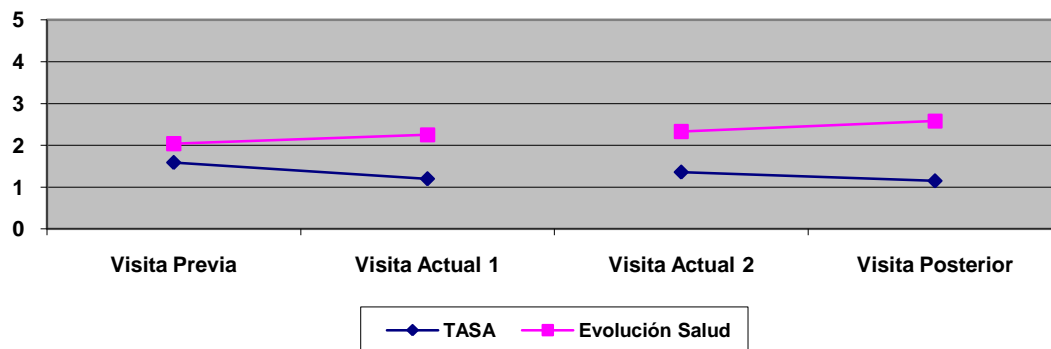


Figura 7.34: Valoraciones de la afectación de la salud actual por el uso del tabaco (TASA) y de la Evolución Declarada de la Salud en participantes situados en la etapa de Mantenimiento en la visita previa y en la visita actual

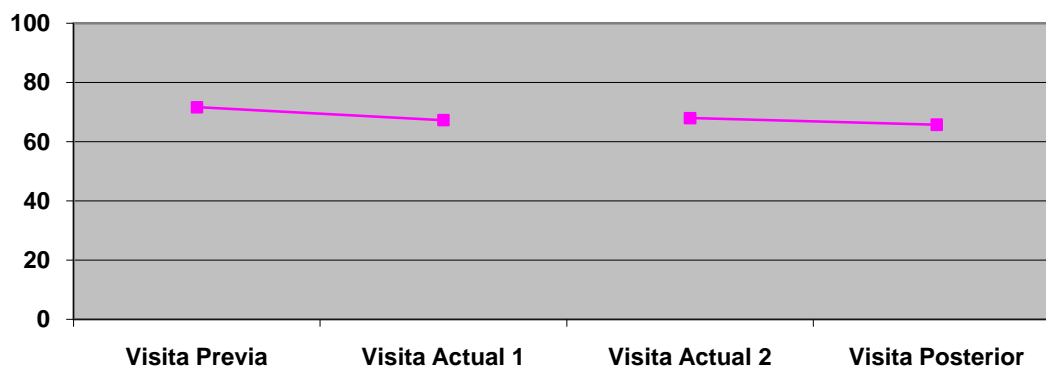


Figura 7.35: Valoración de la dimensión Salud Mental del SF-36 en participantes situados en la etapa de Mantenimiento en la visita previa y en la visita actual

7.12.13. Avances desde la etapa de Mantenimiento

Se registraron 3 (0,6 %) avances de Mantenimiento a Finalización, sin cambios estadísticamente significativos en las variables analizadas.

7.12.14. Retrocesos desde la etapa de Mantenimiento

Desde la etapa de Mantenimiento se observaron 2 variaciones a la etapa de Precontemplación, 1 variación a la etapa de Contemplación, ninguna a la etapa de Preparación y 2 variaciones a la etapa de Acción. Las 5 (1%) variaciones de retroceso desde la etapa de Mantenimiento fueron analizadas conjuntamente en la comparación de la visita previa con la actual, no pudiendo realizarse más comparaciones ya que sólo un caso pudo ser evaluado en la visita posterior. Se apreció un claro descenso en la dimensión Salud Mental que era de 87,2 (11) en la visita previa y de 72 (12) en la visita actual, ($t(4) = 3,9$; $p = 0,017$), con una tendencia a la disminución del Componente Sumario Mental, que pasó de 54,4 (2,7) a 50,5 (3,8) ($t(4) = 2,5$; $p = 0,061$).

En la figura 7.36 se representa la evolución de la dimensión Salud Mental en los exfumadores en la etapa de Mantenimiento que permanecieron estables en esta etapa del cambio y en aquellos que volvieron a fumar.

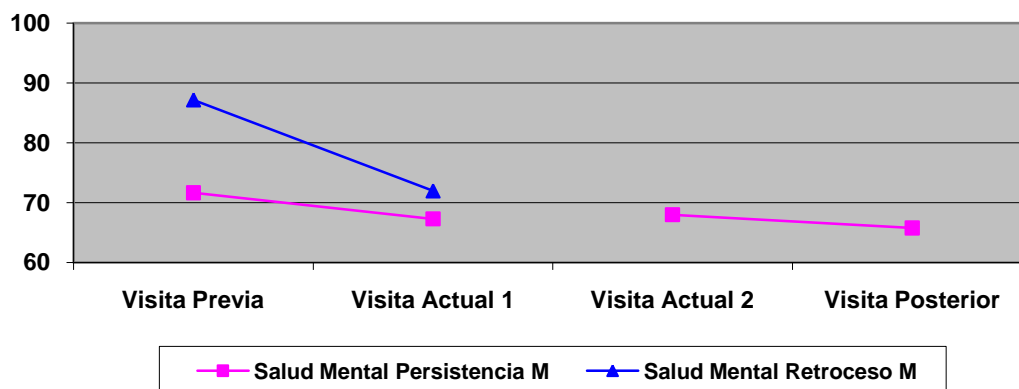


Figura 7.36: Comparación de la dimensión Salud Mental del SF-36 en participantes situados en la etapa de Mantenimiento (M) en la visita previa y en la visita actual (Persistencia) respecto a los que retrocedían a etapas previas (Retroceso)

7.12.15. Persistencia en la etapa de Finalización

Durante el seguimiento se produjeron 42 (8,6%) casos de persistencia en Finalización. No se identificó ninguna diferencia significativa en la comparación de la visita previa con la visita actual, y sólo se apreció una tendencia al descenso en la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental (de 1,2 (0,7) a 1 (0,1), $t(26) = 1,8$; $p = 0,070$), que alcanzó significación estadística en la comparación de la visita previa con la posterior al pasar de 1,3 (0,7) a 1 (0,1), $t(26) = 2,2$; $p = 0,030$).

Tal y como se señaló previamente, en la tabla 7.45 se presenta un resumen de los principales resultados expuestos en este apartado.

Tabla 7.45: Evaluaciones de percepción de salud con modificaciones significativas entre las visitas según la etapa del cambio en la visita previa y en la actual

ETAPA		VISITAS					
PREVIA	ACTUAL	PREVIA-ACTUAL		ACTUAL-POSTERIOR		PREVIA-POSTERIOR	
		Aumento	Descenso	Aumento	Descenso	Aumento	Descenso
PC	PC (n=118)	DC <i>CSF</i>			SG		
	C (n=23)		<i>CSF</i>	TASF <i>FS</i>		FS <i>RE</i>	
	P (n=4)	<i>VT</i>					
	A (n=9)			TASF			
C	PC (n=40)		DC <i>TASA</i>	SG <i>VT</i>		TASF	TASM
	C (n=67)	FF DC <i>FS</i> <i>SM</i>			<i>TASM</i>		EDS
	P (n=10)		<i>FF</i>				
	A (n=11)	TASM <i>FF</i>			TASA <i>TASM</i>	FF	TASA
P	PC (n=4)	<i>TASA</i>	<i>FF</i> <i>CSF</i> <i>RF</i>	<i>FF</i>			CSF <i>TASF</i>
	C (n=14)			TASF			
	P (n=9)						
	A (n=18)	SG	TASA EDS	FF DC FS SM	EDS <i>TASA</i>	SG VT <i>FF</i>	TASA EDS
A	PC C P (n=10)	<i>TASA</i> <i>FS</i>	<i>TASM</i> <i>SM</i>				
	A (n=6)		<i>TASA</i>				
	M (n=31)	DC SG VT SM CSF <i>FF</i>	TASA EDS		TASA TASM <i>SG</i> <i>SM</i>	<i>CSF</i>	TASA

M	PC C A (n=5)		SM <i>CSM</i>				
	M (n=63)	EDS	TASA SM CSM	EDS		EDS	TASA SM
	F (n=3)						
F	F (n=42)		<i>TASM</i>				TASM

PC = Precontemplación;

C = Contemplación;

P = Preparación;

A = Acción;

M = Mantenimiento;

F = Finalización;

FF = Función Física;

RF = Rol Físico;

FS = Función Social;

SG = Salud General;

DC = Dolor Corporal;

RE = Rol Emocional;

SM = Salud Mental;

VT = Vitalidad;

CSF = Componente Sumario Físico;

CSM = Componente Sumario Mental;

EDS = Evolución Declarada de la Salud;

TASA = afectación de la salud actual por el uso del tabaco;

TASM = atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental;

TASF = atribución al tabaquismo del deterioro de la salud física.

Comparación de medias con la T de Student para datos pareados.

En negrita = Variables con significación estadística ($p < 0,05$)

En cursiva = Variables con tendencia a la significación estadística ($0.05 < p < 0.10$).

OBJETIVO 13: Conocer las variaciones en las medidas de optimismo, satisfacción con la vida y dependencia a la nicotina que acompañan a las modificaciones en las etapas del cambio durante el seguimiento

7.13. Estudio del optimismo, satisfacción con la vida y dependencia a la nicotina según las modificaciones en las etapas del cambio agrupadas

Estas variables fueron valoradas en la primera visita o visita basal, y en las visitas tercera y quinta del seguimiento.

No se observó ninguna diferencia significativa en la puntuación del test de Fagerström ni en la valoración del nivel de optimismo ni en la satisfacción con la vida entre la primera y la tercera visita. Sólo se apreció una tendencia a la significación en el test de Fagerström ($t(23) = 1,9$; $p = 0,073$) en los fumadores que eran precontempladores en la primera visita y que permanecían en esa etapa en la tercera visita descendiendo de 4,7 (2,8) a 4,2 (2,5).

Entre la valoración de la tercera y la quinta visita se apreció un descenso en el nivel de optimismo declarado de 7,5 (1,8) a 6,7 (1,4), ($t(12) = 2,4$; $p = 0,035$), en los fumadores que manifestaban intención de cambio (etapas de Contemplación o Preparación) en ambas visitas.

Entre la valoración de la primera y la quinta visita no se observó ninguna diferencia significativa en la puntuación del test de Fagerström, en el nivel de

optimismo ni en la satisfacción con la vida. Sin embargo, se detectó una tendencia a la significación ($t(15) = -2; p = 0,064$) en el incremento del grado de satisfacción con la vida que experimentaron los fumadores con intención de cambio durante la primera visita y que eran exfumadores en la quinta visita, pasando de 6,2 (2,5) mientras fumaban a 7,6 (1,3) al dejar de fumar.

7.14. Estudio comparativo de las percepciones de salud entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que consiguen dejar de fumar

En este apartado se comparan las evaluaciones de salud percibida entre dos subgrupos de la muestra. Uno de los subgrupos lo integran los fumadores activos en la primera visita que persisten fumadores activos durante todo el seguimiento, y el otro los fumadores activos en la primera visita que han dejado de fumar (paso a la etapa de Acción) durante alguna de las visitas del seguimiento. Los participantes que en algún momento del seguimiento entraron en etapa de Acción pero provenían de una etapa catalogada como exfumador (Acción, Mantenimiento o Finalización), al ser inicialmente exfumadores y no fumadores activos quedan excluidos de la comparación.

Para el subgrupo que en un momento determinado dejó de fumar se consideró como visita 1 la visita previa a la entrada en la etapa de acción, como visita 2 la visita en la que declararon haber dejado de fumar desde hacía menos de 6 meses, y como visita 3 la posterior a la visita donde quedaron catalogados como Acción, independientemente de la etapa del cambio en que se encontraran. Si no hubo seguimiento posterior a la declaración de la etapa de

Acción no se registró la visita 3. Para los participantes que persistieron como fumadores activos la visita 3 es la última visita de seguimiento realizada, la visita 2 la penúltima y la visita 1 la antepenúltima. Cuando sólo tenían dos visitas de seguimiento la última se clasificaba como visita 2 y la primera como visita 1, y no se registraba ninguna visita 3.

OBJETIVO 14: Conocer las diferencias en las medidas de percepción de salud entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que consiguen dejar de fumar, durante el seguimiento evolutivo

7.14.1. Evaluaciones de salud percibida

El grupo de fumadores que persistieron como tales durante todo el seguimiento estuvo formado por 86 personas, y el grupo de fumadores que dejaron el consumo (entraron en la etapa de Acción), durante alguna de las visitas del seguimiento, estuvo integrado por 36 personas.

Los resultados descritos en este apartado se resumen en la tabla 7.46 que se presenta al final de este apartado. Por una parte se destacan las percepciones de salud que difieren significativamente, o con diferencias que tienden a la significación, entre los dos subgrupos y en cada una de las visitas descritas. Por otra parte, se detallan aquellas percepciones de salud que tienen una evolución diferente (habitualmente de sentido contrario) entre los dos subgrupos.

Al comparar las evaluaciones de salud percibida entre los dos subgrupos se observaron diferencias significativas en la visita 1 en la dimensión Función Social que era de 79,36 (30,1) entre los que continuarían fumando y de 88,21 (15,7) entre aquellos que en la posterior visita dejarían de fumar, ($t(111,6) = -2,1$; $p = 0,037$), como se ilustra en la figura 7.37; y una tendencia a la significación en Rol Físico (78,77 (36,3)) en fumadores que seguirán fumando y 89,58 (27) en fumadores que dejarán de fumar ($t(87,4) = -1,8$; $p = 0,073$), que se representa en la figura 7.38.

Durante la visita 2 se encontraron diferencias significativas en la Evolución Declarada de la Salud (figura 7.39), que era de 2,86 (0,6) si persistían fumando y de 2,44 (1) si ya no fumaban ($t(47,8) = 2,4$; $p = 0,020$); en la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental (figura 7.40), valorado como 1,75 (1) en los fumadores activos y 2,38 (1,6) en los exfumadores recientes ($t(48,2) = -2,1$; $p = 0,034$); y en la atribución al tabaquismo de la afectación de la salud actual (2,92 (1,1) y 2,36 (1,4), respectivamente ($t(52,9) = -2,1$; $p = 0,036$), como se aprecia en la figura 7.41.

En la visita 3, la posterior a la etapa de Acción, fueron significativas las diferencias en las dimensiones del SF-36 en Función Física (figura 7.42) con 89,30 (13,9) en fumadores activos y 95,26 (9,3) en quienes habían dejado de fumar ($t(65,2) = -2,3$; $p = 0,022$); y en Salud General (figura 7.43) con 64,22 (22,9) en fumadores activos y 74,66 (17,6) en los exfumadores en la visita anterior ($t(88) = -2$; $p = 0,043$); observándose una tendencia a la significación en

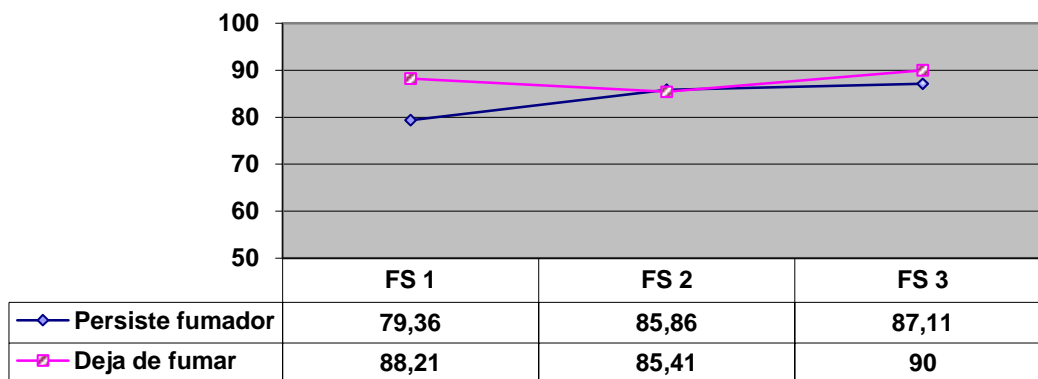


Figura 7.37: Comparación de la percepción en la dimensión Función Social (FS) entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que dejan de fumar

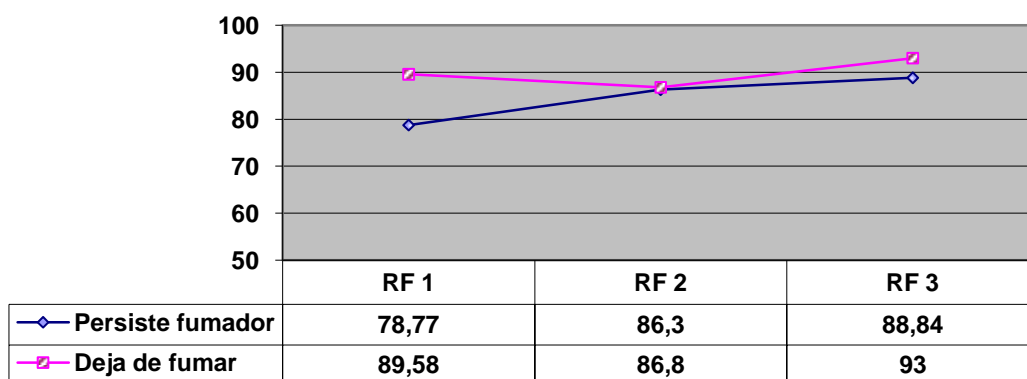


Figura 7.38: Comparación de la percepción en la dimensión Rol Físico (RF) entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que dejan de fumar

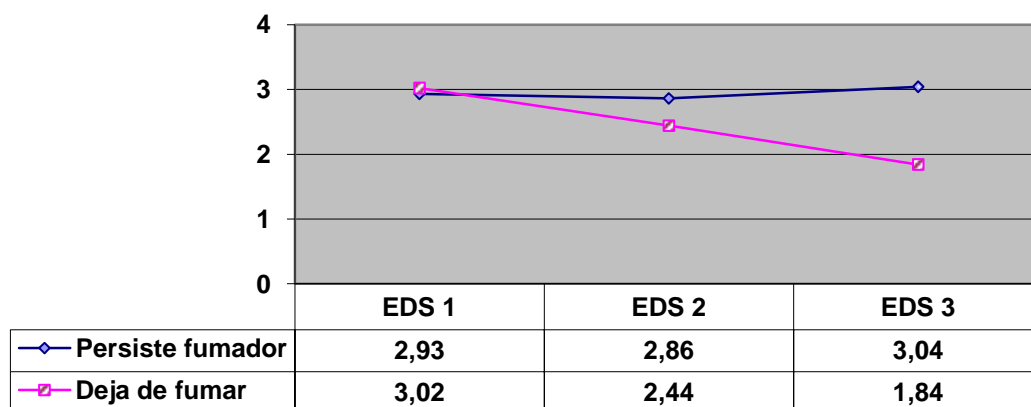


Figura 7.39: Comparación de la percepción en la Evolución Declarada de la Salud (EDS) entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que dejan de fumar

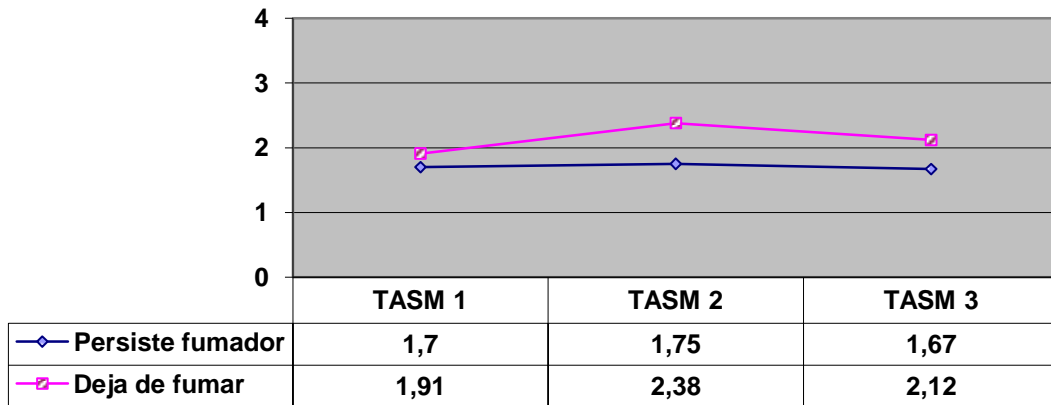


Figura 7.40: Comparación de la percepción en la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental (TASM) entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que dejan de fumar

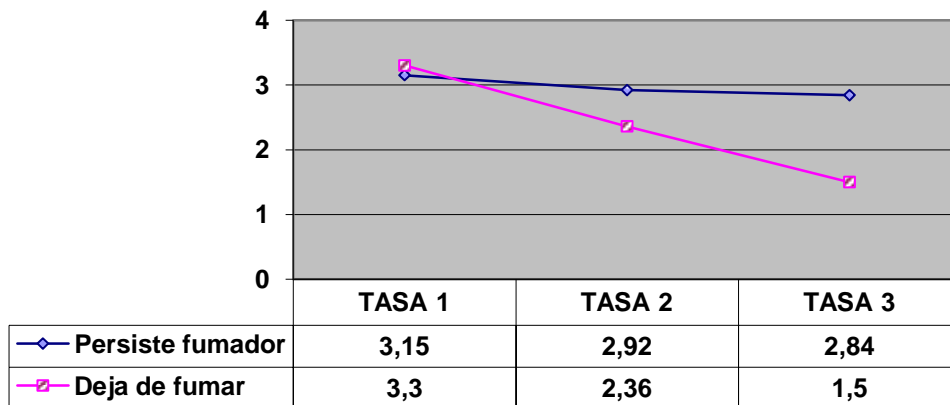


Figura 7.41: Comparación de la percepción en la afectación de la salud actual por el uso del tabaco (TASA) entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que dejan de fumar

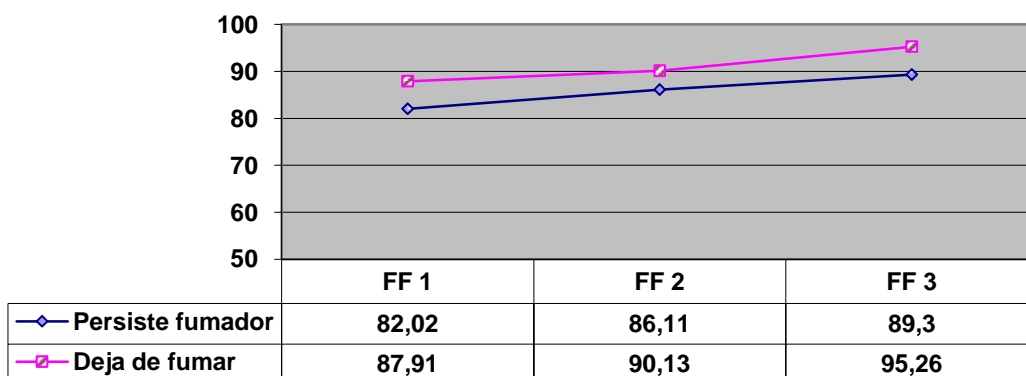


Figura 7.42: Comparación de la percepción en la dimensión Función Física (FF) entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que dejan de fumar

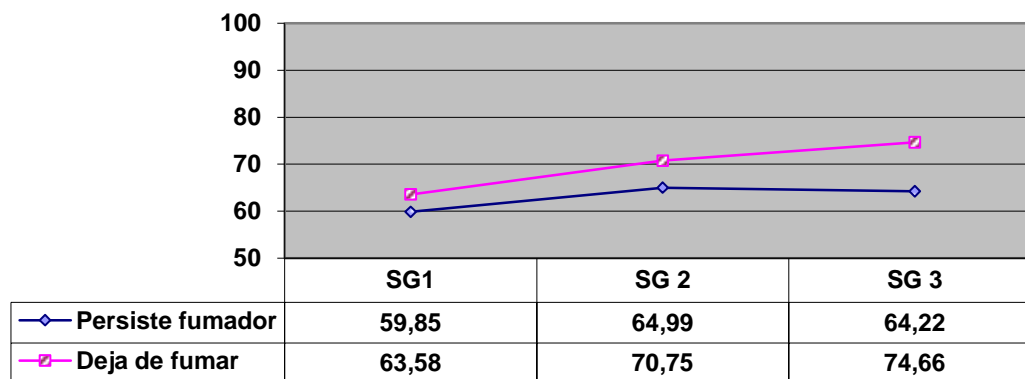


Figura 7.43: Comparación de la percepción en la dimensión Salud General (SG) entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que dejan de fumar

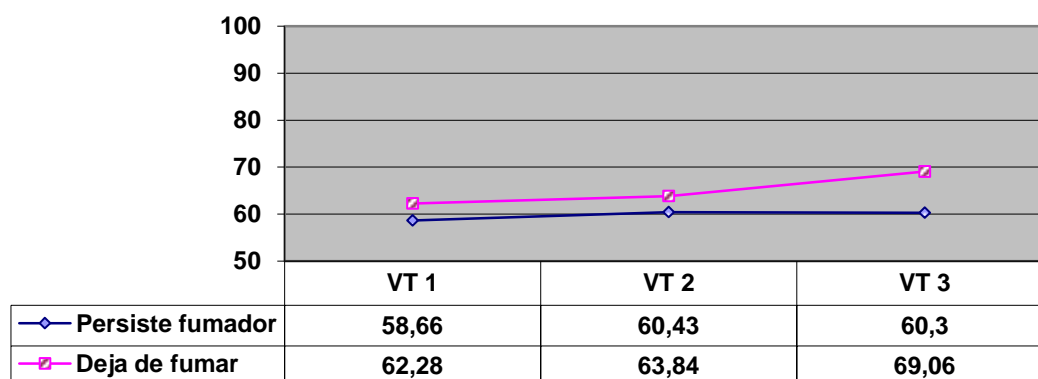


Figura 7.44: Comparación de la percepción en la dimensión Vitalidad (VT) entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que dejan de fumar

Vitalidad con 60,30 en fumadores activos (20,2) y 69,06 (21) en quienes habían dejado de fumar ($t(88) = -1,8$; $p = 0,071$), que se ilustra en la figura 7.44.

La Evolución Declarada de la Salud en la visita 3 era peor entre los que seguían fumando con 3,04 (0,5) que entre los que dejaron de fumar en la visita anterior con 1,84 (0,9), ($t(30,2) = 6,3$; $p < 0,001$), como se aprecia en la figura 7.39. Además los fumadores persistentes le atribuyeron al tabaco un mayor deterioro sobre la salud actual con 2,84 (1,1) en comparación al 1,50 (0,8) de los fumadores que habían entrado en Acción ($t(87) = 5,3$; $p < 0,001$), como se representa en la figura 7.41.

Al comparar la diferencia media que se produce en la variable afectación de la salud actual por el uso del tabaco en cada par de visitas (diferencia entre visita 1 y 2, entre visita 2 y 3, y entre visita 1 y 3), entre los dos subgrupos (persisten fumando o dejaron de fumar en algún momento del seguimiento), se observó una diferencia significativa entre la evaluación de la visita 1 y la 2 ($t(46,6) = 2,3$; $p = 0,025$), entre la evaluación de la visita 2 y la 3 ($t(29,9) = 2,1$; $p = 0,044$) y entre la evaluación de la visita 1 y la 3 ($t(27,36) = 4,7$; $p < 0,001$), ya que la percepción de afectación de la salud actual por el uso del tabaco disminuye muy ligeramente en los que persisten como fumadores activos, y en cambio desciende de manera pronunciada en el grupo que dejó de fumar en la visita 2, como puede observarse en la figura 7.41.

Las medias de las diferencias observadas en la Evolución Declarada de la Salud fueron significativamente distintas entre la evaluación de la visita 1 y la 2 ($t(53,1) = 2,3$; $p = 0,028$), entre la evaluación de la visita 2 y la 3 ($t(30) = 2,7$; $p = 0,010$) y entre la evaluación de la visita 1 y la 3 ($t(32,3) = 4,9$; $p < 0,001$). La Evolución Declarada de la Salud se mantiene sin cambios en los fumadores persistentes, mientras que desciende el valor medio (aumenta la percepción de mejor salud que en el año precedente) entre quienes dejaron de fumar en la visita 2 (ver figura 7.39).

También es significativa la prueba de comparación entre las medias de las diferencias observadas en Salud General (figura 7.43) entre la evaluación de la visita 1 y la 3 ($t(39,3) = -2,4$; $p = 0,017$). Aunque se apreció un incremento en la valoración de esta dimensión en ambos grupos, el aumento fue mayor y más sostenido en el grupo que había dejado de fumar durante la visita 2.

Tabla 7.46: Evaluaciones de percepción de salud con diferencias significativas en la comparación o con diferencias significativas en la evolución, en las sucesivas visitas, entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que dejan de fumar

Entrar en ACCIÓN (n=36) versus persistencia tabaquismo (n=86)					
VISITA 1		VISITA 2		VISITA 3	
Comparación	Evolución	Comparación	Evolución	Comparación	Evolución
> FS > <i>RF</i>	↓ TASA ↓ EDS	> TASM < EDS < TASA	↓ TASA ↓ EDS	> FF > SG > VT < EDS < TASA	↓ TASA ↓ EDS ↑ SG

FF = Función Física;

RF = Rol Físico;

FS = Función Social;

SG = Salud General;

VT = Vitalidad;

EDS = Evolución Declarada de la Salud;

TASA = Afectación de la salud actual por el uso del tabaco;

TASM = Atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental;

Comparación de medias con la T de Student para grupos independientes.

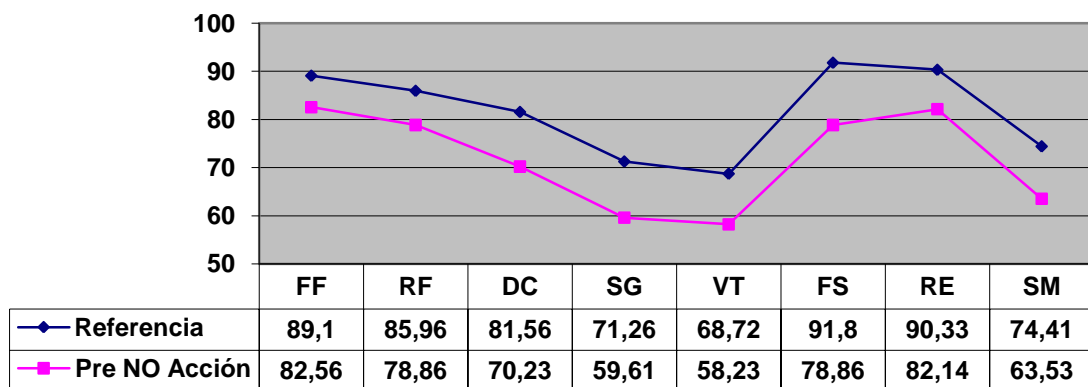
En negrita = Variables con significación estadística ($p < 0,05$)

En cursiva = Variables con tendencia a la significación estadística ($0.05 < p < 0.10$).

OBJETIVO 15: Conocer las diferencias en las medidas de percepción de salud entre los valores normativos y los valores obtenidos por los fumadores activos que persisten fumadores y por aquellos que consiguen dejar de fumar, durante el seguimiento evolutivo

7.14.2. Comparación de la evaluación de las dimensiones del SF-36 con los valores normativos

Como puede observarse en la figura 7.45, durante la visita 1 o visita previa a la entrada o no en Acción, los fumadores activos que persistirán como fumadores durante todo el seguimiento, tuvieron evaluaciones por debajo de la media normativa que les correspondía en relación a la edad y sexo de los integrantes de la muestra, en todas las dimensiones del SF-36.



FF = Función Física; RF = Rol Físico; FS = Función Social; SG = Salud General; DC = Dolor Corporal; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental; VT = Vitalidad.

Figura 7.45: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los fumadores que no entraron en la etapa de Acción, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 1

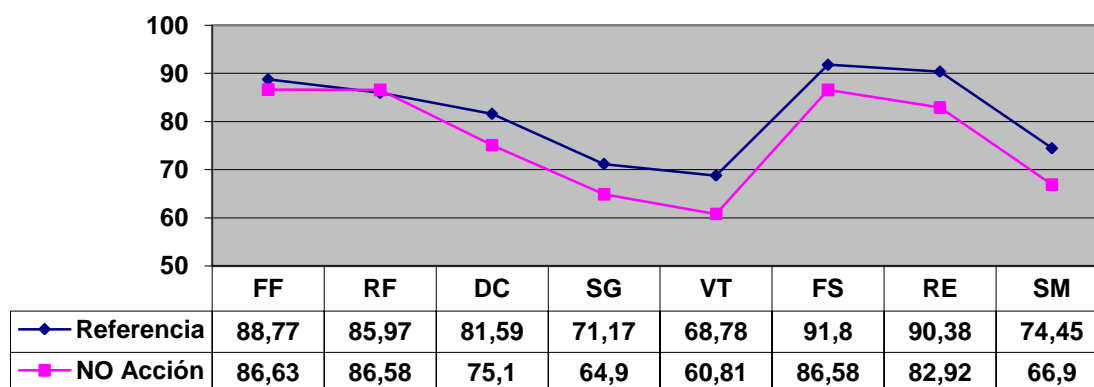
La diferencia que se apreció entre los valores obtenidos y los que les corresponderían normativamente por su edad y sexo, fue estadísticamente significativa en todas las dimensiones menos en Rol Físico, en la cual mantuvo

una tendencia hacia la significación. La tabla 7.47 detalla las diferencias observadas, con los intervalos de confianza y la significación.

Durante la visita 2, los fumadores activos que persistieron como fumadores mantuvieron las evaluaciones de 6 dimensiones por debajo de los valores normativos, pero no se observaron diferencias en Función Física y Rol Físico al producirse un incremento de sus valores respecto a la visita anterior (figura 7.46 y tabla 7.48).

Tabla 7.47: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que no entraron en Acción y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 1

	Diferencia			t	gl	p
	Media	Intervalo de Confianza del 95 %				
Función Física	-6,53	-11,23	-1,84	-2,8	81	0,007
Rol Físico	-7,09	-14,86	0,67	-1,8	83	0,073
Dolor Corporal	-11,32	-17,12	-5,53	-3,9	83	<0,001
Salud General	-11,65	-16,80	-6,50	-4,5	82	<0,001
Vitalidad	-10,53	-15,57	-5,49	-4,2	83	<0,001
Función Social	-12,93	-19,46	-6,40	-3,9	83	<0,001
Rol Emocional	-8,19	-15,91	-0,47	-2,1	83	0,038
Salud Mental	-10,87	-16,01	-5,73	-4,2	83	<0,001

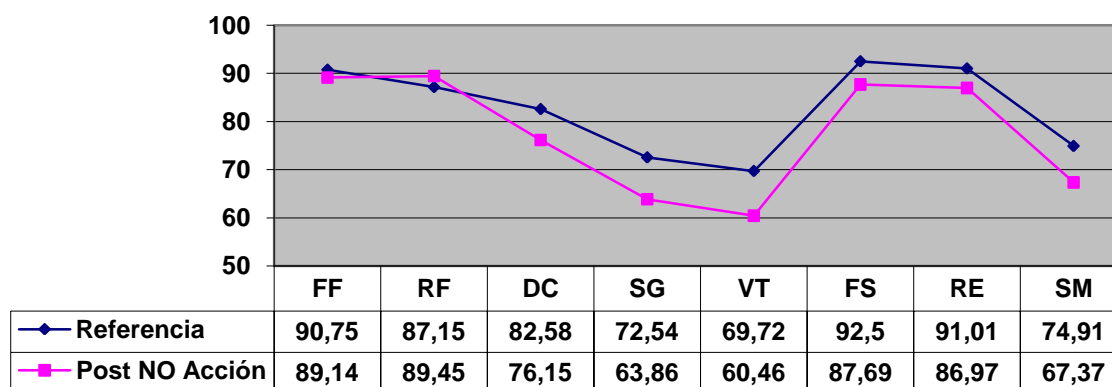


FF = Función Física; RF = Rol Físico; DC = Dolor Corporal; SG = Salud General; VT = Vitalidad; FS = Función Social; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental.

Figura 7.46: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los fumadores que no entraron en la etapa de Acción, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 2

Tabla 7.48: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que no entraron en Acción y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 2

	Diferencia			t	gl	p
	Media	Intervalo de Confianza del 95 %				
Función Física	-2,14	-6,12	1,84	-1,1	81	0,288
Rol Físico	0,60	-5,98	7,20	0,2	81	0,855
Dolor Corporal	-6,48	-11,81	-1,15	-2,4	81	0,018
Salud General	-6,27	-11,13	-1,40	-2,6	81	0,012
Vitalidad	-7,97	-12,50	-3,43	-3,5	81	0,001
Función Social	-5,22	-10,34	-0,10	-2,0	81	0,046
Rol Emocional	-7,45	-14,65	-0,25	-2,1	81	0,043
Salud Mental	-7,55	-12,37	-2,72	-3,1	81	0,003

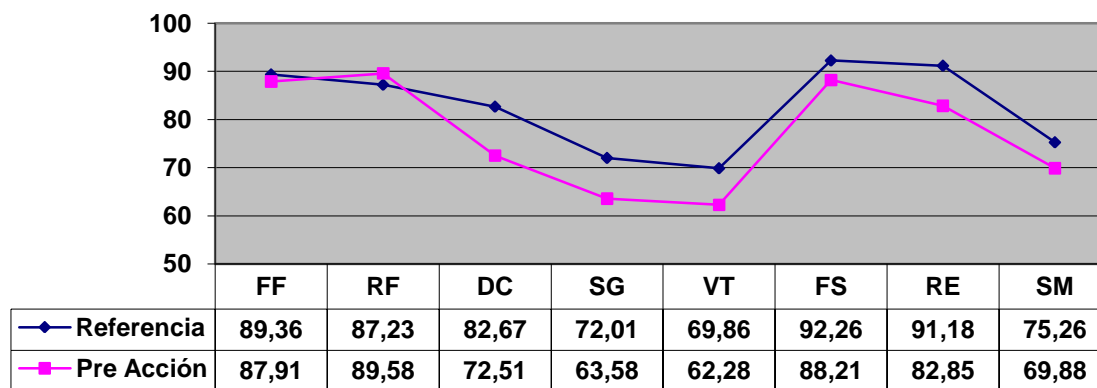


FF = Función Física; RF = Rol Físico; DC = Dolor Corporal; SG = Salud General; VT = Vitalidad; FS = Función Social; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental.

Figura 7.47: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los fumadores que no entraron en la etapa de Acción, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 3

Tabla 7.49: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que no entraron en Acción y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 3

	Diferencia			t	gl	p
	Media	Intervalo de Confianza del 95 %				
Función Física	-1,61	-5,09	1,85	-0,9	63	0,355
Rol Físico	2,30	-4,59	9,20	0,7	63	0,507
Dolor Corporal	-6,42	-12,60	-0,24	-2,1	63	0,042
Salud General	-8,68	-14,55	-2,80	-3,0	63	0,004
Vitalidad	-9,25	-14,35	-4,15	-3,6	63	0,001
Función Social	-4,80	-10,55	0,93	-1,7	63	0,100
Rol Emocional	-4,03	-11,80	3,73	-1,0	63	0,303
Salud Mental	-7,53	-12,60	-2,46	-3,0	63	0,004



FF = Función Física; RF = Rol Físico; DC = Dolor Corporal; SG = Salud General; VT = Vitalidad; FS = Función Social; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental.

Figura 7.48: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los fumadores que entraron en la etapa de Acción, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 1

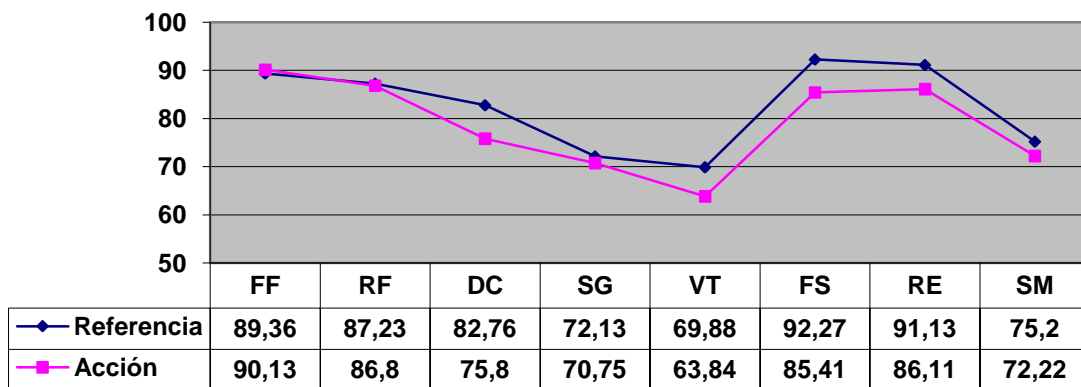
En la visita 3, Función Social y Rol Emocional se equipararon también con la población de referencia, mientras que se mantuvieron las diferencias en Dolor Corporal, Salud Mental, Salud General y Vitalidad, como puede observarse en la figura 7.47 y en la tabla 7.49.

En el grupo de fumadores activos que dejaron de fumar durante el seguimiento, en la evaluación realizada durante la visita previa a la entrada en la etapa de Acción, sólo se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto al valor normativo en 3 dimensiones (Dolor Corporal, Salud General y Vitalidad) y una tendencia a la significación en Salud Mental (figura 7.48 y tabla 7.50).

Como puede apreciarse en la figura 7.49 y en la tabla 7.51, los fumadores que entraron en la etapa de Acción registraron como media valores muy similares a los normativos, de modo que únicamente en Función Social la diferencia obtuvo significación estadística.

Tabla 7.50: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que entraron en Acción y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 1

	Diferencia			t	gl	p
	Media	Intervalo de Confianza del 95 %				
Función Física	-1,44	-7,70	4,81	-0,5	35	0,642
Rol Físico	2,35	-7,19	11,89	0,5	35	0,620
Dolor Corporal	-10,16	-18,90	-1,41	-2,4	34	0,024
Salud General	-8,42	-16,61	-0,23	-2,1	34	0,044
Vitalidad	-7,58	-13,96	-1,19	-2,4	34	0,021
Función Social	-4,04	-9,60	1,51	-1,5	34	0,148
Rol Emocional	-8,32	-20,36	3,71	-1,4	34	0,169
Salud Mental	-5,37	-11,40	0,65	-1,8	34	0,079

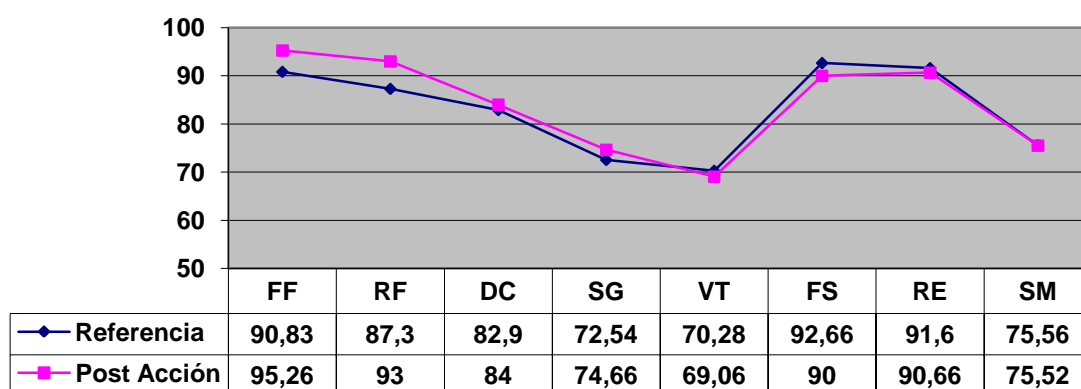


FF = Función Física; RF = Rol Físico; DC = Dolor Corporal; SG = Salud General; VT = Vitalidad; FS = Función Social; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental.

Figura 7.49: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los fumadores que entraron en la etapa de Acción, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 2

Tabla 7.51: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que entraron en Acción y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 2

	Diferencia			t	gl	p
	Media	Intervalo de Confianza del 95 %				
Función Física	0,77	-4,46	6,01	0,3	35	0,766
Rol Físico	-0,42	-11,64	10,79	-0,1	35	0,939
Dolor Corporal	-6,93	-16,10	2,24	-1,5	35	0,134
Salud General	-1,38	-9,30	6,52	-0,4	35	0,724
Vitalidad	-6,03	-13,07	0,99	-1,7	35	0,090
Función Social	-6,85	-13,64	-0,07	-2,1	35	0,048
Rol Emocional	-5,02	-15,23	5,19	-1,0	35	0,325
Salud Mental	-2,98	-8,84	2,87	-1,0	35	0,308



FF = Función Física; RF = Rol Físico; DC = Dolor Corporal; SG = Salud General; VT = Vitalidad; FS = Función Social; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental.

Figura 7.50: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los fumadores que entraron en la etapa de Acción, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 3

Tabla 7.52: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que entraron en Acción y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 3

	Diferencia			t	gl	p
	Media	Intervalo de Confianza del 95 %				
Función Física	4,43	-0,08	8,94	2,0	24	0,054
Rol Físico	5,69	-3,87	15,26	1,2	24	0,231
Dolor Corporal	1,09	-7,42	9,60	0,3	24	0,794
Salud General	2,12	-5,14	9,38	0,6	24	0,553
Vitalidad	-1,21	-9,82	7,40	-0,3	24	0,774
Función Social	-2,66	-10,34	5,01	-0,7	24	0,480
Rol Emocional	-0,93	-12,45	10,59	-0,2	24	0,869
Salud Mental	-0,04	-8,33	8,25	-0,0	24	0,992

En la visita posterior, o visita 3, la salud percibida de los que habían entrado previamente en Acción era totalmente superponible a la de referencia, o incluso mejor en la dimensión Función Física, como queda representado gráficamente en la figura 7.50, y detallado en la tabla 7.52. Es importante recordar que en esta visita 3 están incluidos los participantes con una visita de seguimiento posterior a la entrada en Acción, con independencia de la etapa del cambio en que se encontraran en ese momento, y por lo tanto sin tener en cuenta si dejaron de fumar o si volvieron a fumar.

OBJETIVO 16: Conocer las diferencias en las variables sociodemográficas y la historia tabáquica entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que consiguen dejar de fumar, durante el seguimiento evolutivo

7.14.3. Estudio de variables sociodemográficas y de la historia tabáquica

En los participantes que llegaron a alcanzar la etapa de Acción, el consumo de cigarrillos al inicio del seguimiento se situó en 15,34 (11,7) siendo inferior al declarado por los fumadores que continuaron fumando consistente en 21,55 cigarrillos (13,3), ($t(71,3) = 2,4$; $p = 0,017$). La dependencia nicotínica objetiva medida con el test de Fageström también fue menor en quienes entraron en Acción, que puntuaron una media de 2,87 (2,7) en comparación a quienes siguieron fumando con una puntuación media de 4,6 (2,9), ($t(117) = -3,0$; $p = 0,003$).

No se detectaron diferencias entre ambos subgrupos según el sexo, la edad, la vida en pareja, el nivel de estudios, el consumo de alcohol, la comorbilidad, el nivel de ejercicio, el optimismo declarado, la valoración de la satisfacción con la vida, la edad de inicio en el tabaquismo y la dependencia subjetiva a la nicotina, al inicio del seguimiento.

7.15. Estudio comparativo de las percepciones de salud entre los fumadores activos que no progresan en las etapas del

cambio y los fumadores activos que progresan pero no dejan de fumar

En este apartado se comparan los fumadores activos en la visita previa que permanecen fumadores activos en la visita actual y que han permanecido sin cambios o han retrocedido en las etapas del cambio, con los fumadores activos en la visita previa y en la actual que han progresado en las etapas del cambio. El segundo subgrupo incluye, por lo tanto, sólo las variaciones de Precontemplación a Contemplación y Preparación, y la variación de Contemplación a Preparación, ya que los participantes que entraron en Acción en la visita actual y los exfumadores en la visita previa no se incluyeron en la comparación.

De la misma manera que se realizó en el apartado anterior, para el subgrupo que en un momento determinado progresó en las etapas del cambio, permaneciendo como fumador activo, se consideró como visita 1 la visita previa a la progresión, como visita 2 la visita en la que declararon hallarse en una etapa más cercana al abandono, y como visita 3 la posterior a la progresión, independientemente de la etapa del cambio en que se encontrara. Si no hubo seguimiento posterior a la situación de progresión no se registró la visita 3. Para el subgrupo de participantes que persistieron como fumadores activos sin progresión la visita 3 es la última visita de seguimiento realizada en este paciente, la visita 2 la penúltima y la visita 1 la antepenúltima. Cuando sólo tenían dos visitas de seguimiento la última se clasificaba como visita 2 y la penúltima como visita 1, y no se registraba ninguna visita 3.

OBJETIVO 17: Conocer las diferencias en las medidas de percepción de salud salud entre los fumadores activos que no progresan en las etapas del cambio y los fumadores activos que progresan pero no dejan de fumar, durante el seguimiento evolutivo

7.15.1. Evaluaciones de salud percibida

Fueron 65 fumadores activos los que permanecieron sin cambios o retrocedieron en las etapas del cambio durante el seguimiento, y 27 fumadores activos los que progresaron en las etapas del cambio.

Los resultados que se comentan a continuación quedan resumidos en la tabla 7.53, con la comparación de las percepciones de salud en cada visita, y la evolución que se produce en las variables con diferencias entre las visitas.

Al comparar las evaluaciones de salud percibida entre los dos subgrupos se observaron diferencias significativas en la visita 1 en la dimensión Función Social (figura 7.51) que era de 75,96 (32,3) si no progresaban y de 87,50 (21,4) si en la posterior visita se producía la progresión, ($t(72,3) = -2$; $p = 0,048$); en la dimensión Función Física (78,96 (24,9) en fumadores que no progresarán y 91,85 (10,2) en fumadores que progresarán en las etapas del cambio ($t(87,9) = -3,5$; $p = 0,001$)), como se observa en la figura 7.52; y en la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud física, que era valorado como 3,02 (1,2) en los que no progresan y como 2,44 (1,3) en los que progresan ($t(90) = 2,1$; $p = 0,038$) tal y como se representa en la figura 7.53.

Durante la visita 2 no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en ninguna de las evaluaciones percibidas de salud.

En la visita 3, la posterior a la progresión, de nuevo se observaron diferencias en Función Social valorada en 84,72 (25,1) si no habían progresado y en 95,23 (10,1) si había sucedido progresión, ($t(63,1) = -2,4$; $p = 0,018$), como se aprecia en la figura 7.51.

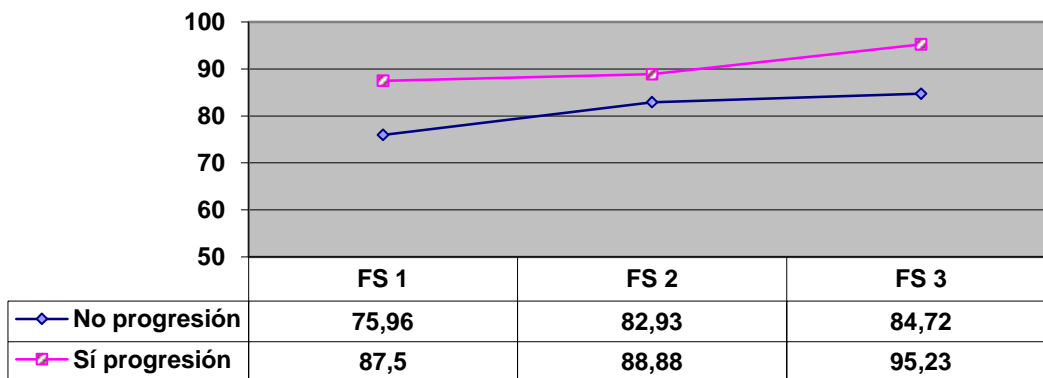


Figura 7.51: Comparación de la percepción en la dimensión Función Social (FS) entre los fumadores activos con progresión y sin progresión en las etapas del cambio

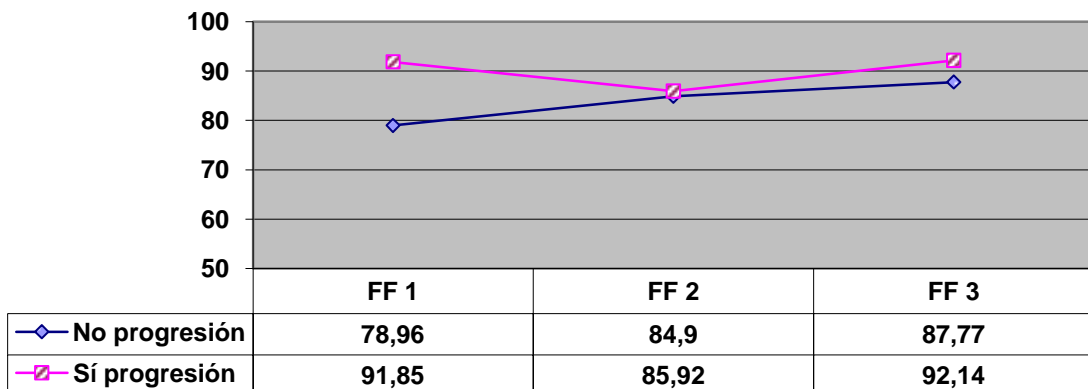


Figura 7.52: Comparación de la percepción en la dimensión Función Física (FF) entre los fumadores activos con progresión y sin progresión en las etapas del cambio

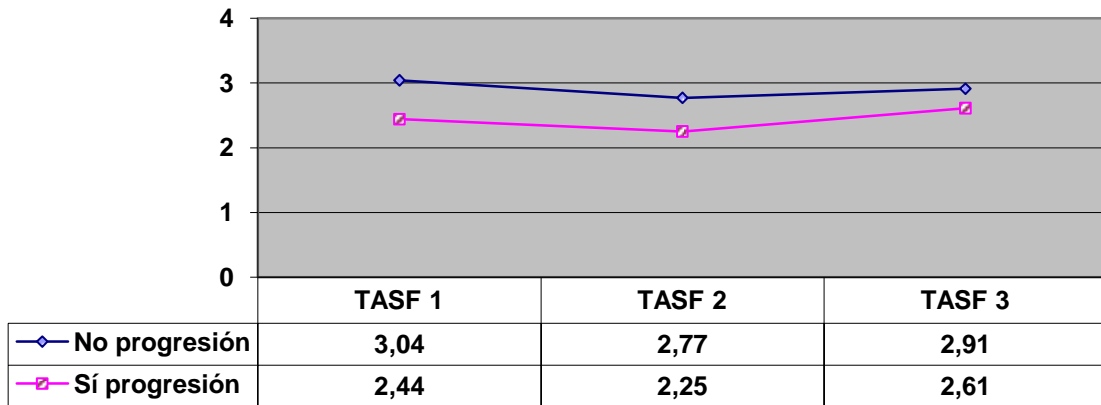


Figura 7.53: Comparación de la percepción en la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud física (TASF) entre los fumadores activos con progresión y sin progresión en las etapas del cambio

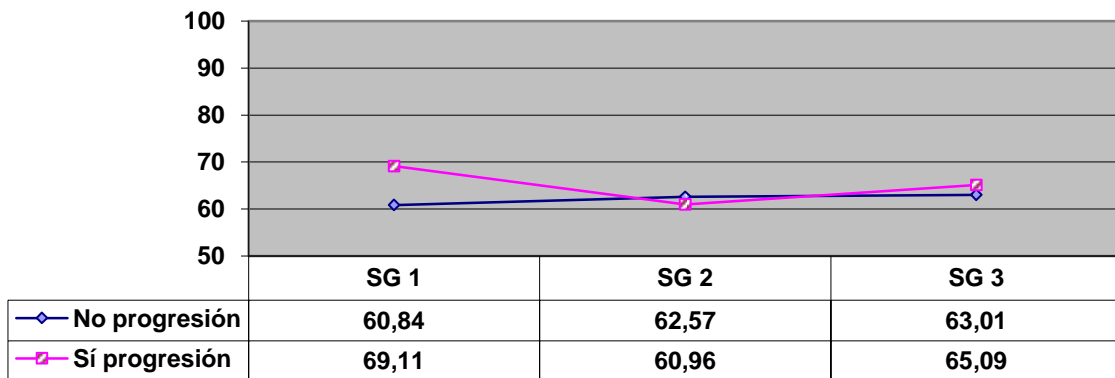


Figura 7.54: Comparación de la percepción en la dimensión Salud General (SG) entre los fumadores activos con progresión y sin progresión en las etapas del cambio

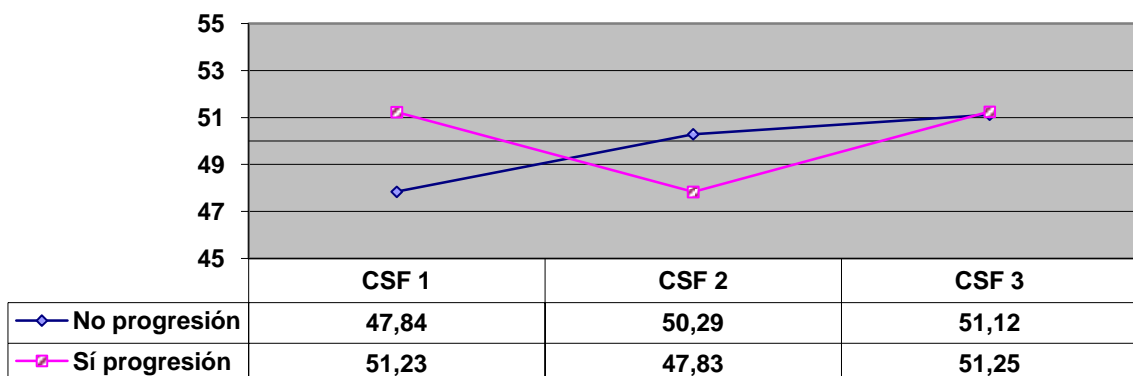


Figura 7.55: Comparación de la percepción en el Componente Sumario Físico (CSF) entre los fumadores activos con progresión y sin progresión en las etapas del cambio

La prueba de comparación entre las medias de las diferencias observadas en Función Física fue significativa entre la evaluación de la visita 1 y la 2 ($t(86) = 2,6$; $p = 0,013$). Como se observa en la figura 7.52 se produjo un descenso en la dimensión Función Física entre los que progresaron a la intención de cambio con una posterior recuperación, mientras que siempre siguió un curso ascendente entre quienes no avanzaron de etapa.

La prueba de comparación entre las medias de las diferencias observadas en Salud General fue significativa entre la evaluación de la visita 1 y la 2 ($t(87) = 2,5$; $p = 0,015$). De manera similar a lo que ocurría con la dimensión Función Física, en Salud General se produjo un ligero ascenso entre los fumadores que no progresaron, mientras que la percepción de Salud General disminuyó en el momento de la progresión por las etapas del cambio, con una tendencia posterior a la recuperación (ver figura 7.54).

La prueba de comparación entre las medias de las diferencias observadas en el Componente Sumario Físico fue significativa entre la evaluación de la visita 1 y la 2 ($t(85) = 3$; $p = 0,004$). La figura 7.55 representa gráficamente la caída y posterior recuperación en el conjunto de dimensiones físicas que se hizo patente en la progresión hacia etapas con intención de abandono del consumo de tabaco, mientras que los fumadores que no progresaron no percibieron la caída del componente físico, sino que cada vez se evaluaban mejor en este componente.

Tal y como se señaló previamente, en la tabla 7.53 se presenta un resumen de los principales resultados expuestos en este apartado.

Tabla 7.53: Evaluaciones de percepción de salud con diferencias significativas en la comparación o con diferencias significativas en la evolución, en las sucesivas visitas, entre los fumadores activos con progresión y sin progresión en las etapas del cambio

Fumador con PROGRESIÓN (n=27) en etapa del cambio versus retroceso o persistencia (n=65)					
VISITA 1		VISITA 2		VISITA 3	
Comparación	Evolución	Comparación	Evolución	Comparación	Evolución
> FS > FF < TASF	↓ FF ↓ SG ↓ CSF			> FS	

FF = Función Física;

FS = Función Social;

SG = Salud General;

CSF = Componente Sumario Físico;

TASF = Atribución al tabaquismo del deterioro de la salud física.

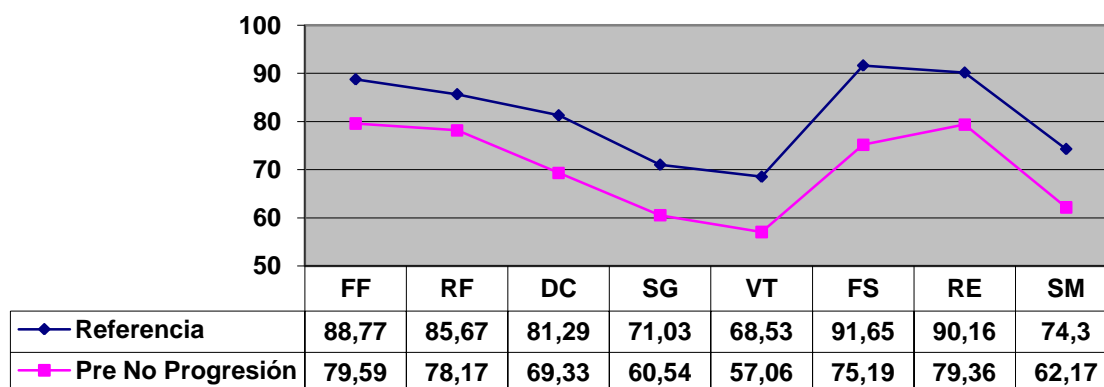
Comparación de medias con la T de Student para grupos independientes.

En negrita = Variables con significación estadística ($p < 0,05$)

OBJETIVO 18: Conocer las diferencias en las medidas de percepción de salud entre los valores normativos y los valores obtenidos por los fumadores activos que no progresan en las etapas del cambio y por aquellos que progresan pero no dejan de fumar, durante el seguimiento evolutivo

7.15.2. Comparación de la evaluación de las dimensiones del SF-36 con los valores normativos

En la visita 1 los fumadores que no progresaron en las etapas del cambio, puntuaron por debajo de los valores normativos en todas las dimensiones, si bien en Rol Físico este aspecto no alcanzó la significación estadística. La figura 7.56 nos permite tener una impresión visual del efecto y los datos son recogidos con detalle en la tabla 7.54.

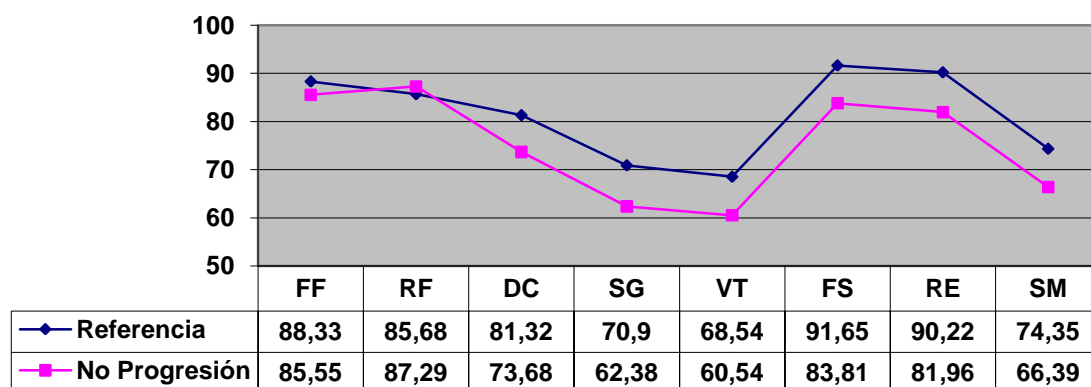


FF = Función Física; RF = Rol Físico; DC = Dolor Corporal; SG = Salud General; VT = Vitalidad; FS = Función Social; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental.

Figura 7.56: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los fumadores que no realizaron una progresión hacia la intención de cambio, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 1

Tabla 7.54: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que no realizaron una progresión hacia la intención de cambio y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 1

	Diferencia			t	gl	p
	Media	Intervalo de Confianza del 95 %				
Función Física	-9,18	-15,20	-3,17	-3,1	60	0,003
Rol Físico	-7,50	-16,54	1,53	-1,7	62	0,102
Dolor Corporal	-11,95	-18,84	-5,07	-3,5	62	0,001
Salud General	-10,48	-16,29	-4,68	-3,6	61	0,001
Vitalidad	-11,47	-17,45	-5,48	-3,8	62	<0,001
Función Social	-16,45	-24,61	-8,30	-4,0	62	<0,001
Rol Emocional	-10,80	-20,41	-1,18	-2,2	62	0,028
Salud Mental	-12,13	-18,15	-6,10	-4,0	62	<0,001

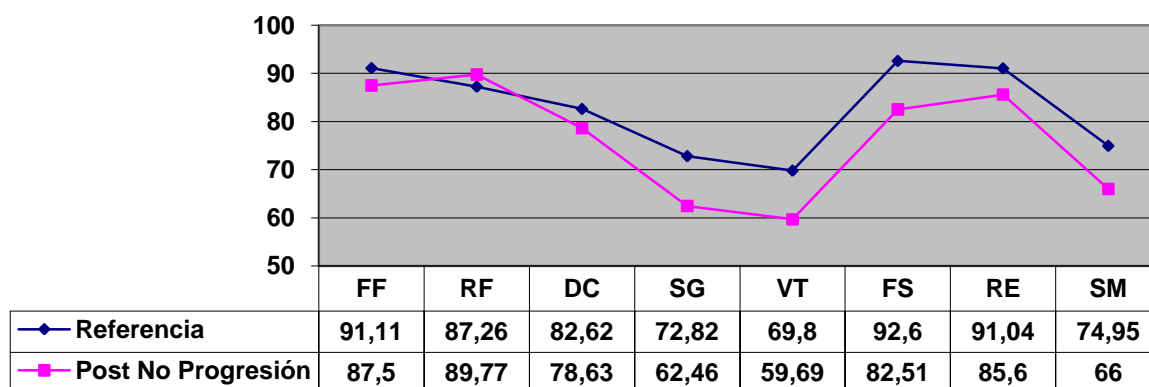


FF = Función Física; RF = Rol Físico; DC = Dolor Corporal; SG = Salud General; VT = Vitalidad; FS = Función Social; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental.

Figura 7.57: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los fumadores que no realizaron una progresión hacia la intención de cambio, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 2

Tabla 7.55: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que no realizaron una progresión hacia la intención de cambio y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 2

	Diferencia			t	gl	p
	Media	Intervalo de Confianza del 95 %				
Función Física	-2,78	-7,20	1,63	-1,3	60	0,213
Rol Físico	1,61	-6,05	9,27	0,4	60	0,675
Dolor Corporal	-7,63	-14,04	-1,21	-2,4	60	0,021
Salud General	-8,52	-14,43	-2,62	-2,9	60	0,005
Vitalidad	-8,00	-13,31	-2,69	-3,0	60	0,004
Función Social	-7,84	-14,40	-1,28	-2,4	60	0,020
Rol Emocional	-8,25	-17,04	0,52	-1,9	60	0,065
Salud Mental	-7,96	-13,81	-2,11	-2,7	60	0,008



FF = Función Física; RF = Rol Físico; DC = Dolor Corporal; SG = Salud General; VT = Vitalidad; FS = Función Social; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental.

Figura 7.58: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los fumadores que no realizaron una progresión hacia la intención de cambio, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 3

Tabla 7.56: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que no realizaron una progresión hacia la intención de cambio y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 3

	Diferencia			t	gl	p
	Media	Intervalo de Confianza del 95 %				
Función Física	-3,61	-8,00	0,77	-1,7	43	0,104
Rol Físico	2,50	-5,28	10,29	0,7	43	0,519
Dolor Corporal	-3,98	-11,12	3,14	-1,1	43	0,266
Salud General	-10,36	-17,05	-3,66	-3,1	43	0,003
Vitalidad	-10,10	-16,22	-3,98	-3,3	43	0,002
Función Social	-7,09	-14,62	0,44	-1,9	43	0,065
Rol Emocional	-5,43	-15,94	5,07	-1,0	43	0,303
Salud Mental	-8,95	-15,25	-2,64	-2,9	43	0,006

El subgrupo de fumadores que no progresaron en las etapas del cambio, siguió teniendo valores por debajo de la población de referencia en la visita 2 en todas

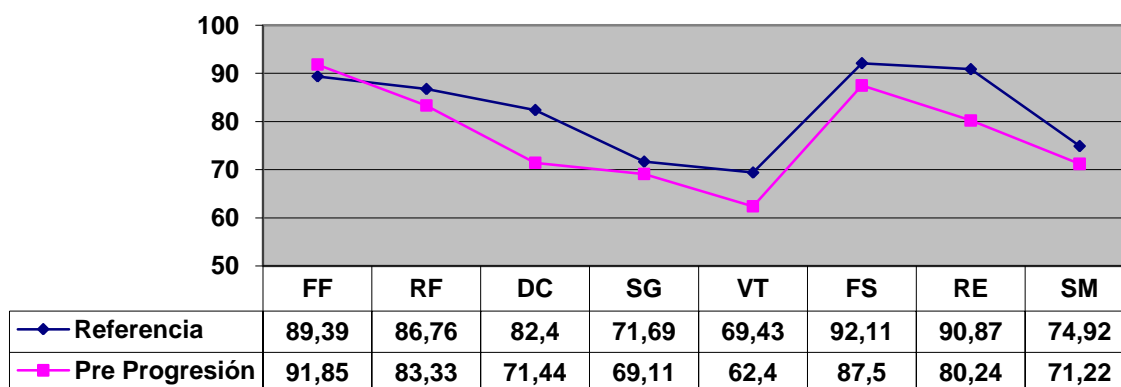
las dimensiones menos en Función Física y Rol Físico (figura 7.57), aunque en el caso de Rol Emocional sólo se observó una tendencia a la significación (tabla 7.55).

En la visita 1, los fumadores que progresaron en la siguiente visita, mostraron percepciones de salud similares a las normativas, con un valor inferior en Dolor Corporal y Rol Emocional (figura 7.59), aunque sólo fue estadísticamente significativa la diferencia en el primer caso (tabla 7.57).

Durante la visita 2, cuando se produce la progresión, hubo un descenso en Rol Físico (sin diferencias significativas respecto al valor normativo) y en Dolor Corporal y Salud General (figura 7.60 y tabla 7.58).

En la visita 3, no se apreciaron diferencias significativas (tabla 7.59) excepto en Vitalidad, cuyo valor estaba por debajo de la población de referencia (figura 7.61).

Como se puede apreciar en las figuras 7.59 a 7.61, Función Física se mueve de un valor superior al normativo a un valor inferior, para volver a situarse por encima de la valoración normativa. Al permanecer siempre cercano al valor normativo nunca llega a alcanzar una diferencia significativa.

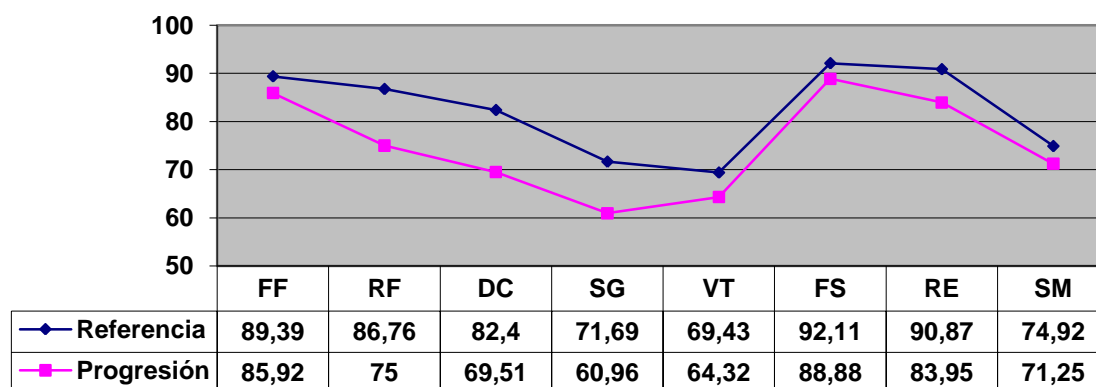


FF = Función Física; RF = Rol Físico; DC = Dolor Corporal; SG = Salud General; VT = Vitalidad; FS = Función Social; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental.

Figura 7.59: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los fumadores que realizaron una progresión hacia la intención de cambio, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 1

Tabla 7.57: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que realizaron una progresión hacia la intención de cambio y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 1

	Diferencia			t	gl	p
	Media	Intervalo de Confianza del 95 %				
Función Física	2,45	-1,33	6,24	1,3	26	0,194
Rol Físico	-3,42	-16,68	9,82	-0,5	26	0,599
Dolor Corporal	-10,95	-21,13	-0,77	-2,2	26	0,036
Salud General	-2,58	-10,19	5,03	-0,7	26	0,492
Vitalidad	-7,02	-16,47	2,41	-1,5	26	0,138
Función Social	-4,61	-13,13	3,90	-1,1	26	0,276
Rol Emocional	-10,62	-23,84	2,59	-1,7	26	0,110
Salud Mental	-3,70	-12,99	5,59	-0,8	26	0,420

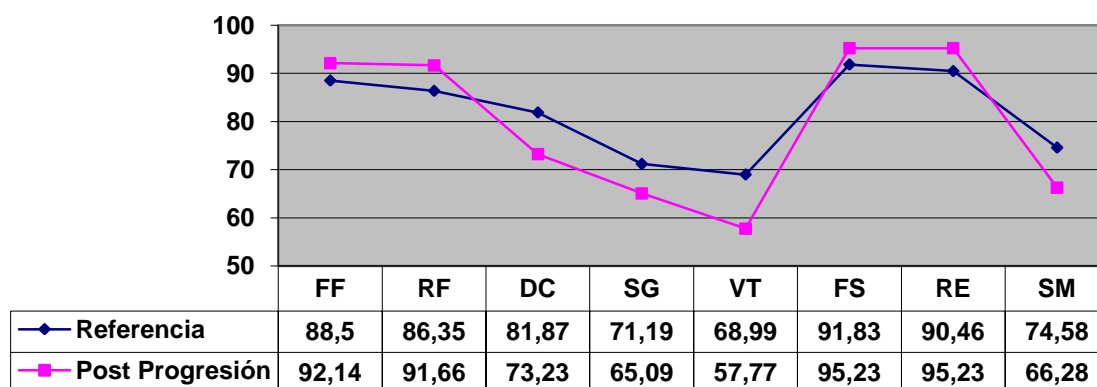


FF = Función Física; RF = Rol Físico; DC = Dolor Corporal; SG = Salud General; VT = Vitalidad; FS = Función Social; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental.

Figura 7.60: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los fumadores que realizaron una progresión hacia la intención de cambio, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 2

Tabla 7.58: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que realizaron una progresión hacia la intención de cambio y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 2

	Diferencia					
	Media	Intervalo de Confianza del 95 %		t	gl	p
Función Física	-3,47	-11,86	4,92	-0,8	26	0,403
Rol Físico	-11,76	-29,14	5,61	-1,4	26	0,176
Dolor Corporal	-12,88	-22,53	-3,23	-2,7	26	0,011
Salud General	-10,72	-20,53	-0,92	-2,3	26	0,033
Vitalidad	-5,11	-13,01	2,78	-1,3	26	0,195
Función Social	-3,22	-10,35	3,90	-0,9	26	0,361
Rol Emocional	-6,92	-19,43	5,58	-1,1	26	0,266
Salud Mental	-3,66	-12,29	4,97	-0,9	26	0,391



FF = Función Física; RF = Rol Físico; DC = Dolor Corporal; SG = Salud General; VT = Vitalidad; FS = Función Social; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental.

Figura 7.61: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los fumadores que realizaron una progresión hacia la intención de cambio, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 3

Tabla 7.59: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que realizaron una progresión hacia la intención de cambio y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 3

	Diferencia			t	gl	p
	Media	Intervalo de Confianza del 95 %				
Función Física	3,63	-1,84	9,12	1,4	20	0,182
Rol Físico	5,31	-6,08	16,71	1,0	20	0,342
Dolor Corporal	-8,63	-22,38	5,11	-1,3	20	0,205
Salud General	-6,09	-18,79	6,59	-1,0	20	0,329
Vitalidad	-11,21	-21,04	-1,38	-2,4	20	0,027
Función Social	3,40	-1,33	8,13	1,5	20	0,150
Rol Emocional	4,77	-5,11	14,67	1,0	20	0,326
Salud Mental	-8,30	-18,82	2,22	-1,6	20	0,116

OBJETIVO 19: Conocer las diferencias en las variables sociodemográficas y la historia tabáquica entre los fumadores activos que no progresan en las etapas del cambio y los fumadores activos que progresan pero no dejan de fumar, durante el seguimiento evolutivo

7.15.3. Estudio de variables sociodemográficas y de la historia tabáquica

Entre los fumadores que progresaron en las etapas del cambio y aquellos que se mantuvieron estáticos o retrocedieron no se detectaron diferencias según el sexo, la edad, la vida en pareja, el nivel de estudios, el consumo de alcohol, la comorbilidad, el nivel de ejercicio, el optimismo declarado, la valoración de la satisfacción con la vida, la edad de inicio en el tabaquismo, el consumo de cigarrillos, la dependencia objetiva a la nicotina mediante el test de Fageström y la dependencia subjetiva a la nicotina, al inicio del seguimiento.

7.16. Estudio comparativo de las percepciones de salud entre los exfumadores que no recayeron y los exfumadores que tuvieron una recaída

En este apartado se comparan los exfumadores que han permanecido sin fumar con los exfumadores que han recaído en el tabaquismo, aunque luego puedan hallarse en etapa de Acción, y volver a ser exfumadores. El segundo subgrupo incluye, por lo tanto, las variaciones de Acción a Precontemplación, a Contemplación y a Preparación, así como la permanencia en Acción durante dos visitas de seguimiento (que implicaba una recaída para volver a intentar el

abandono del tabaco, ya que las visitas se realizaban cada 6 meses) y las variaciones de Mantenimiento a Precontemplación, a Contemplación, a Preparación, y a Acción. No se detectó ningún retroceso desde Finalización.

OBJETIVO 20: Conocer las diferencias en las medidas de percepción de salud entre los exfumadores que no recayeron y los exfumadores que tuvieron una recaída, durante el seguimiento evolutivo

7.16.1. Evaluaciones de salud percibida

Durante el periodo de seguimiento se registraron 13 recaídas en el hábito de fumar entre los exfumadores de la muestra, mientras que 35 participantes permanecieron abstinentes.

Los resultados descritos en este apartado se resumen en la tabla 7.60.

Al comparar las evaluaciones de salud percibida entre los dos subgrupos se observaron diferencias significativas en la visita 1 en la dimensión Rol Físico, que era de 81,42 (36) si persistían sin fumar y de 100 (0) si en la posterior visita se producía la recaída, ($t(34) = -3$; $p = 0,004$), ya que todos los exfumadores que recayeron posteriormente tuvieron la mayor puntuación posible en Rol Físico.

Durante la visita 2 se observaron diferencias significativas entre los dos grupos de nuevo en Rol Físico que fue de 86,42 (28) en los exfumadores sin recaída y de 100 (0) en los exfumadores con recaída, ($t(34) = -2,9$; $p = 0,007$); y también en el Componente Sumario Físico (figura 7.62), cuyo valor fue de 51,01 (7,6)

entre quienes persistían sin fumar y de 55,53 (3,4) entre quienes habían vuelto a fumar ($t(44,3) = -2,8$; $p = 0,007$); con una tendencia a la significación en la valoración de la afectación de la salud actual por el uso del tabaco con una puntuación de 1,67 (1,2) en los exfumadores sin recaída y de 2,46 (1,2) en los exfumadores con recaída ($t(22,2) = -2$; $p = 0,054$).

En la visita 3, tras haberse producido la recaída, con independencia de que continuaran fumando o abandonaran una vez más el consumo de tabaco, se observó un aumento en la diferencia de la afectación de la salud actual por el uso del tabaco con una puntuación de 1,40 (1,2) en los exfumadores que no habían recaído y de 3,11 (1,1) en los exfumadores que habían recaído ($t(29) = -3,7$; $p = 0,001$), representado en la figura 7.63.

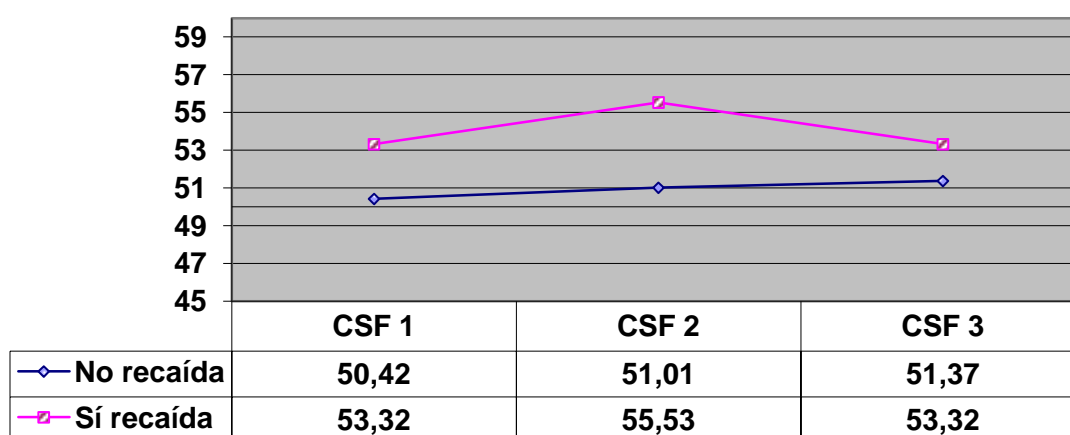


Figura 7.62: Comparación de la percepción en el Componente Sumario Físico (CSF) entre los exfumadores que no tuvieron recaídas y los que experimentaron una recaída

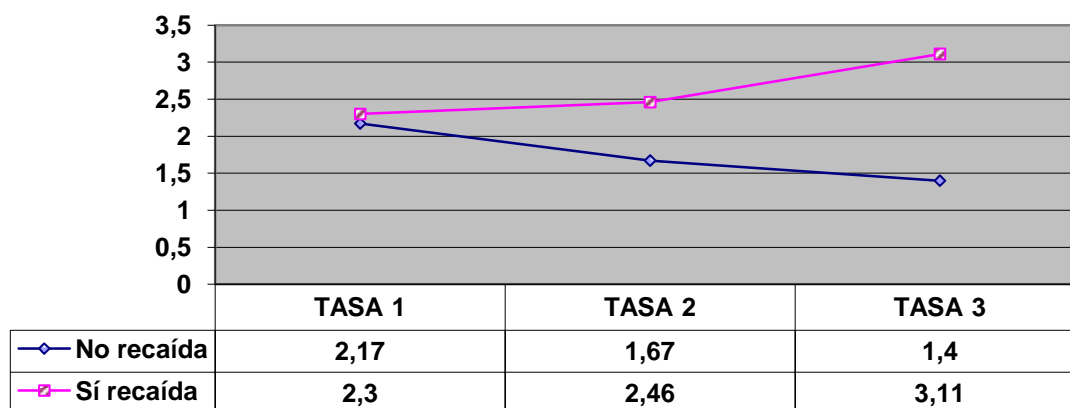


Figura 7.63: Comparación de la percepción en la afectación de la salud actual por el uso del tabaco (TASA) entre los exfumadores que no tuvieron recaídas y los que experimentaron una recaída

El estudio de la evolución de una variable a lo largo de las tres visitas permite detectar los cambios que se producen en el valor de esta variable. Estos cambios pueden tomar caminos distintos entre los dos subgrupos analizados. Se ha detectado significación estadística en la comparación de estos cambios entre los exfumadores sin recaída y los exfumadores con recaída en la afectación de la salud actual por el uso del tabaco (figura 7.63), en las dimensiones Vitalidad (figura 7.64) y Salud Mental (figura 7.65), y en el Componente Sumario Mental (figura 7.66), como se detalla a continuación:

Se identificó una tendencia a la significación estadística en la comparación de las medias de las diferencias en la afectación de la salud actual por el uso del tabaco entre la evaluación de la visita 1 y la 2 ($t(45) = -1,8$; $p = 0,074$), con un descenso entre los que no volvieron a fumar, y un incremento en los fumadores con recaída.

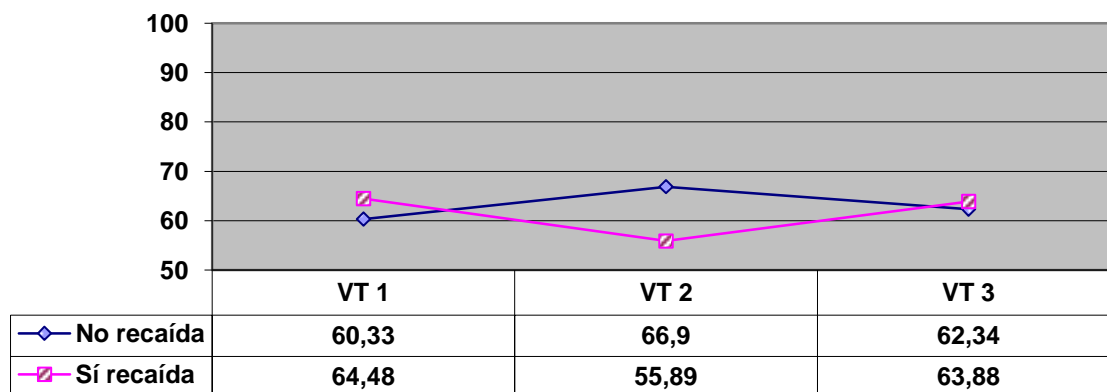


Figura 7.64: Comparación de la percepción en la dimensión Vitalidad (VT) entre los exfumadores que no tuvieron recaídas y los que experimentaron una recaída

Se observó significación estadística en la comparación de las medias de las diferencias en Vitalidad entre la evaluación de la visita 1 y la 2 ($t(46) = 2,4$; $p = 0,022$), y entre la visita 2 y la 3 ($t(29) = -2,6$; $p = 0,015$), con una caída de la Vitalidad entre los que recayeron y un ascenso entre los que no recayeron, pero con una inversión posterior que los volvió a equiparar.

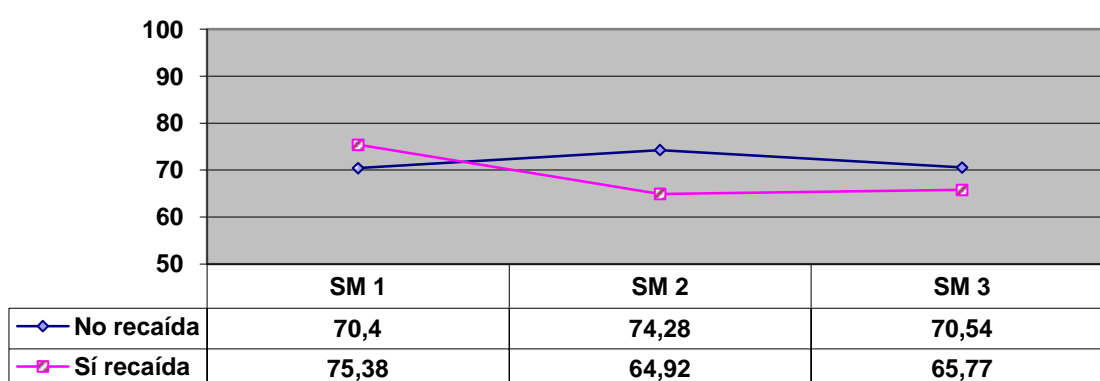


Figura 7.65: Comparación de la percepción en la dimensión Salud Mental (SM) entre los exfumadores que no tuvieron recaídas y los que experimentaron una recaída

También se halló significación estadística en la comparación de las medias de las diferencias en Salud Mental entre la evaluación de la visita 1 y la 2 ($t(46) = 2,5$; $p = 0,017$), y entre la visita 2 y la 3 ($t(29) = -2,5$; $p = 0,02$), con un incremento y posterior descenso en los exfumadores que no recayeron, y un descenso que se mantuvo en los participantes con recaída.

Se apreció significación estadística en la comparación de las medias de las diferencias en el Componente Sumario Mental entre la evaluación de la visita 2 y la 3 ($t(29) = -2,3$; $p = 0,026$), con un aumento en los que habían recaído que compensaba parcialmente un descenso previo, mientras que el sentido era contrario en los exfumadores persistentes.

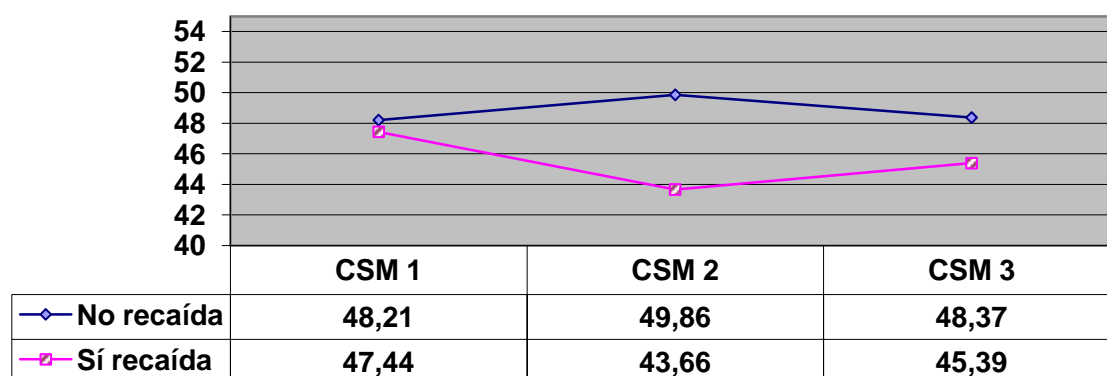


Figura 7.66: Comparación de la percepción en el Componente Sumario Mental (CSM) entre los exfumadores que no tuvieron recaídas y los que experimentaron una recaída

En la tabla 7.60 se presenta un resumen de los principales resultados de este apartado.

Tabla 7.60: Evaluaciones de percepción de salud con diferencias significativas en la comparación o con diferencias significativas en la evolución, en las sucesivas visitas, entre los exfumadores que no tuvieron recaídas y los que experimentaron una recaída

Exfumador con RECAÍDA (n=13) versus no recaída (n=35)					
VISITA 1		VISITA 2		VISITA 3	
Comparación	Evolución	Comparación	Evolución	Comparación	Evolución
> RF	↓ VT ↓ SM ↑ TASA	> RF > CSF > TASA	↑ CSM ↑ VT	> TASA	

RF = Rol Físico;

SM = Salud Mental;

VT = Vitalidad;

CSF = Componente Sumario Físico;

CSM = Componente Sumario Mental;

TASA = Afectación de la salud actual por el uso del tabaco;

Comparación de medias con la T de Student para grupos independientes.

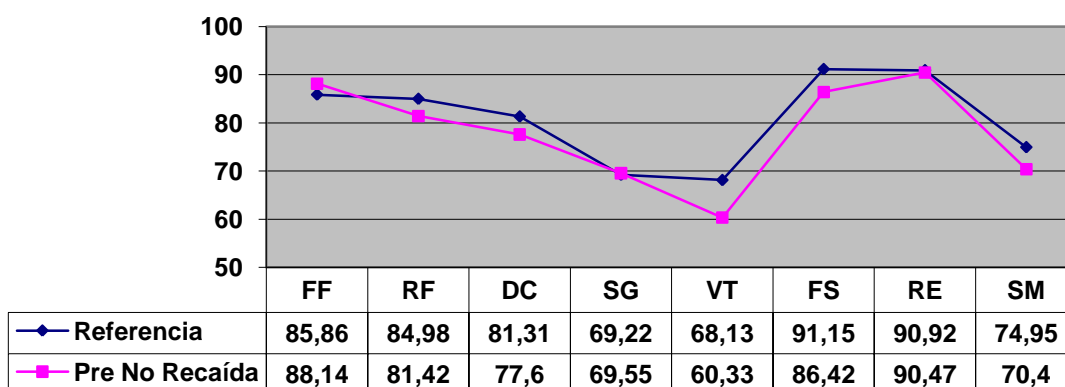
Se incluyen las variables con significación estadística ($p < 0,05$)

En cursiva = Tendencia a la significación estadística ($0.05 < p < 0.10$)

OBJETIVO 21: Conocer las diferencias de las medidas de percepción de salud entre los valores normativos y los valores obtenidos por los exfumadores que no recayeron y por los exfumadores que tuvieron una recaída, durante el seguimiento evolutivo

7.16.2. Comparación de la evaluación de las dimensiones del SF-36 con los valores normativos

Los exfumadores que no tendrían una recaída, mantenían en la visita 1 valores equiparables a los de la población de referencia, excepto en Vitalidad cuya evaluación era peor (figura 7.67 y tabla 7.61).



FF = Función Física; RF = Rol Físico; DC = Dolor Corporal; SG = Salud General; VT = Vitalidad; FS = Función Social; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental.

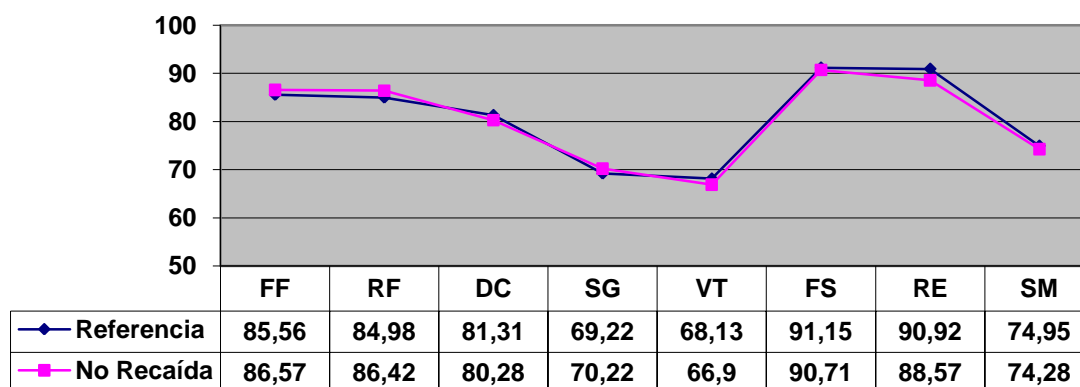
Figura 7.67: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los exfumadores que no recidivaron, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 1

Tabla 7.61: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que no recidivaron y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 1

	Diferencia			t	gl	p
	Media	Intervalo de Confianza del 95 %				
Función Física	2,57	-5,07	10,23	0,7	34	0,499
Rol Físico	-3,55	-15,77	8,67	-0,6	34	0,559
Dolor Corporal	-3,71	-11,20	3,77	-1,0	34	0,320
Salud General	,32	-6,80	7,45	0,1	34	0,926
Vitalidad	-7,80	-15,42	-0,18	-2,1	34	0,045
Función Social	-4,72	-12,79	3,34	-1,2	34	0,242
Rol Emocional	-0,44	-9,23	8,33	-,1	34	0,918
Salud Mental	-4,55	-11,31	2,20	-1,4	34	0,180

En la visita 2 se apreció una total superposición entre las percepciones de los integrantes de la muestra y las obtenidas en la población de referencia después del ajuste por edad y sexo (figura 7.68). No se observó ninguna diferencia significativa entre los exfumadores que no recayeron y la población general (tabla 7.62).

En la visita 3 se mantuvieron valores similares a los normativos. No obstante, Función Física tuvo mejor evaluación, mientras que Vitalidad y Salud Mental obtuvieron peores puntuaciones (figura 7.69), si bien estas diferencias no alcanzaron la significación estadística (tabla 7.63)

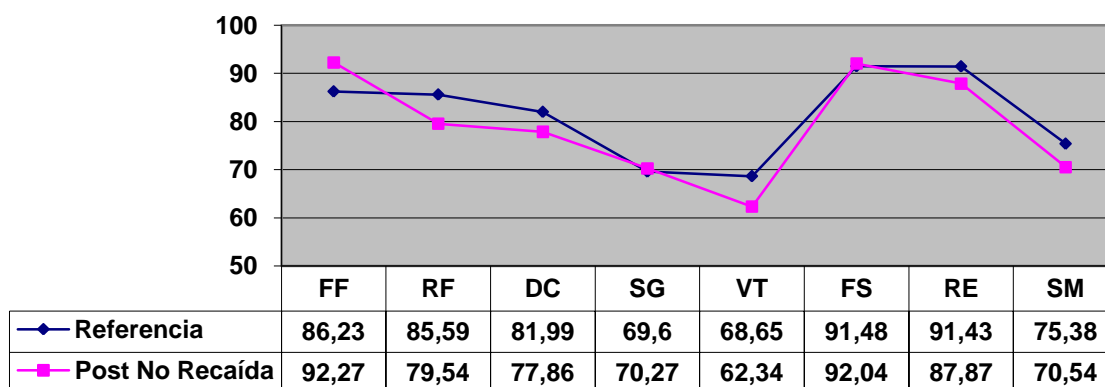


FF = Función Física; RF = Rol Físico; DC = Dolor Corporal; SG = Salud General; VT = Vitalidad; FS = Función Social; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental.

Figura 7.68: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los exfumadores que no recidivaron, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 2

Tabla 7.62: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que no recidivaron y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 2

	Diferencia			t	gl	p
	Media	Intervalo de Confianza del 95 %				
Función Física	1,00	-5,37	7,38	0,3	34	0,751
Rol Físico	1,44	-8,20	11,10	0,3	34	0,762
Dolor Corporal	-0,48	-8,20	7,23	-0,1	34	0,899
Salud General	1,00	-5,72	7,73	0,3	34	0,763
Vitalidad	-1,23	-8,30	5,83	-0,4	34	0,725
Función Social	-0,44	-5,56	4,68	-0,2	34	0,862
Rol Emocional	-2,35	-11,16	6,45	-,05	34	0,591
Salud Mental	-0,67	-6,56	5,22	-0,2	34	0,818

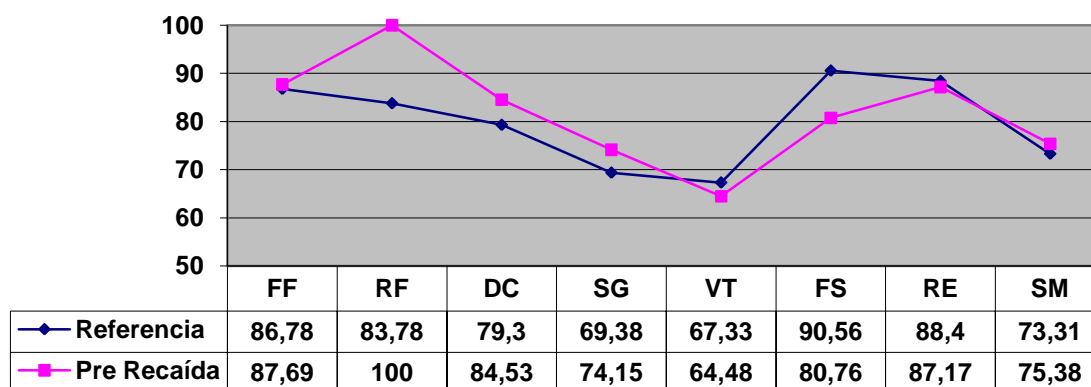


FF = Función Física; RF = Rol Físico; DC = Dolor Corporal; SG = Salud General; VT = Vitalidad; FS = Función Social; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental.

Figura 7.69: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los exfumadores que no recidivaron, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 3

Tabla 7.63: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que no recidivaron y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 3

	Diferencia			t	gl	p
	Media	Intervalo de Confianza del 95 %				
Función Física	6,03	-1,05	13,12	1,8	21	0,091
Rol Físico	-6,04	-22,14	10,05	-0,8	21	0,443
Dolor Corporal	-4,13	-16,26	8,00	-0,7	21	0,487
Salud General	0,66	-8,93	10,26	0,1	21	0,886
Vitalidad	-6,31	-14,66	2,04	-1,6	21	0,131
Función Social	0,55	-5,85	6,96	0,2	21	0,858
Rol Emocional	-3,55	-15,08	7,98	-0,6	21	0,529
Salud Mental	-4,84	-11,83	2,15	-1,4	21	0,165



FF = Función Física; RF = Rol Físico; DC = Dolor Corporal; SG = Salud General; VT = Vitalidad; FS = Función Social; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental.

Figura 7.70: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los exfumadores que recidivaron, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 1

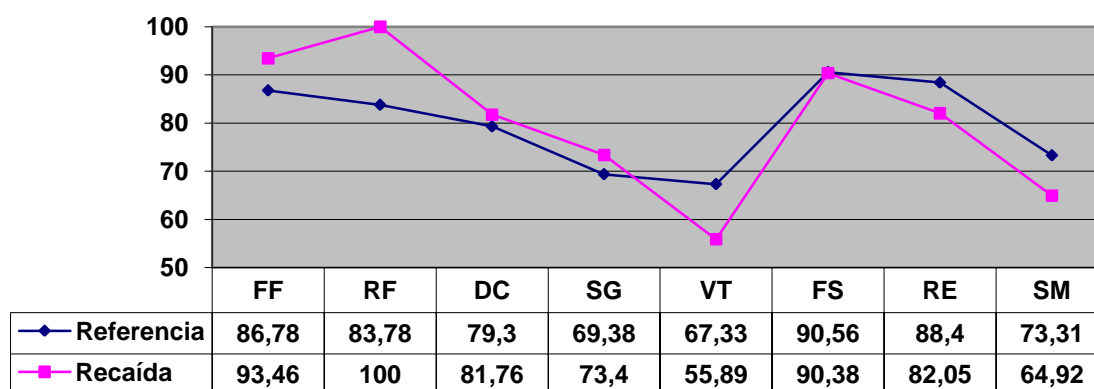
Tabla 7.64: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que recidivaron y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 1

	Diferencia			t	gl	p
	Media	Intervalo de Confianza del 95 %				
Función Física	0,90	-12,31	14,13	0,2	12	0,884
Rol Físico	16,21	10,89	21,53	6,6	12	<0,001
Dolor Corporal	5,23	-9,43	19,89	0,8	12	0,452
Salud General	4,76	-4,96	14,50	1,1	12	0,307
Vitalidad	-2,84	-15,84	10,15	-0,5	12	0,642
Función Social	-9,80	-27,34	7,74	-1,2	12	0,247
Rol Emocional	-1,22	-16,87	14,42	-0,2	12	0,867
Salud Mental	2,06	-8,80	12,94	0,4	12	0,686

En la visita 1 los exfumadores que más tarde tendrían una recaída en el hábito de fumar tuvieron valores de las dimensiones del SF-36 similares a las

normativas, excepto en Rol Físico con un valor superior al esperado por edad y sexo (ver figura 7.70 y tabla 7.64).

En la visita 2, cuando ya se ha producido la recaída, los participantes de nuevo fumadores activos mantuvieron una percepción en la dimensión Rol Físico mejor que la de la población de referencia, con una valoración en Función Física también superior aunque no alcanzaba la significación estadística como se detalla en la tabla 7.65. En cambio las puntuaciones medias en Vitalidad fueron significativamente inferiores (figura 7.71).



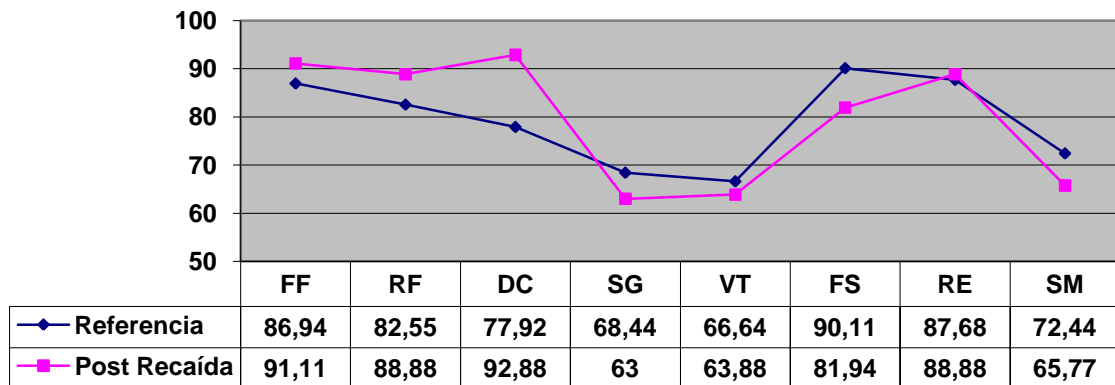
FF = Función Física; RF = Rol Físico; DC = Dolor Corporal; SG = Salud General; VT = Vitalidad; FS = Función Social; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental.

Figura 7.71: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los exfumadores que recidivaron, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 2

Finalmente, en la visita 3 o visita posterior a la recaída, se mantuvieron valores medios similares a los normativos (figura 7.72), con la mejor evaluación de la dimensión Dolor Corporal como única diferencia valorable (tabla 7.66)

Tabla 7.65: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que recidivaron y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 2

	Diferencia			t	gl	p
	Media	Intervalo de Confianza del 95 %				
Función Física	6,67	-1,06	14,41	1,9	12	0,085
Rol Físico	16,21	10,89	21,53	6,6	12	<0,001
Dolor Corporal	2,46	-12,68	17,60	0,4	12	0,729
Salud General	4,01	-9,53	17,57	0,6	12	0,530
Vitalidad	-11,43	-22,42	-0,43	-2,3	12	0,043
Función Social	-0,18	-11,21	10,84	-0,0	12	0,972
Rol Emocional	-6,35	-23,90	11,19	-0,8	12	0,445
Salud Mental	-8,39	-19,66	2,87	-1,6	12	0,131



FF = Función Física; RF = Rol Físico; DC = Dolor Corporal; SG = Salud General; VT = Vitalidad; FS = Función Social; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental.

Figura 7.72: Distribución gráfica y valores de las dimensiones del SF-36 en los exfumadores que recidivaron, y sus valores normativos ajustados por edad y sexo, durante la visita 3

Tabla 7.66: Media, intervalo de confianza del 95% y resultados de la prueba t de la diferencia de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre los valores obtenidos por los fumadores que recidivaron y sus valores normativos poblacionales ajustados por edad y sexo, en la visita 3

	Diferencia			t	gl	p
	Media	Intervalo de Confianza del 95 %				
Función Física	4,16	-4,76	13,09	1,1	8	0,313
Rol Físico	6,03	-14,46	26,53	0,7	8	0,516
Dolor Corporal	14,96	3,23	26,69	2,9	8	0,019
Salud General	-5,44	-21,77	10,89	-0,8	8	0,464
Vitalidad	-2,75	-17,81	12,30	-0,4	8	0,684
Función Social	-8,16	-24,33	8,00	-1,2	8	0,278
Rol Emocional	1,20	-17,59	19,99	0,1	8	0,887
Salud Mental	-6,66	-18,56	5,23	-1,3	8	0,232

OBJETIVO 22: Conocer las diferencias en las variables sociodemográficas y de la historia tabáquica entre los exfumadores que no recayeron y los exfumadores que tuvieron una recaída, durante el seguimiento evolutivo

7.16.3. Estudio de variables sociodemográficas y de la historia tabáquica

Los exfumadores que volvieron a fumar se habían iniciado en el tabaquismo a una edad más tardía que los exfumadores que permanecieron abstinentes. Así, la edad de inicio en el tabaquismo fue de 20,69 (7,3) en el grupo de recaída y de 16,05 (3,6) en el grupo de no recaída ($t(46) = -3,0$; $p = 0,005$).

En los participantes que tuvieron una recaída la valoración al inicio del seguimiento de la satisfacción con la vida fue inferior (6,46 (2,1)) que en los participantes que se mantuvieron en todo momento abstinentes (7,80 (1,5)) ($t(17) = 2,1$; $p = 0,048$); y había una tendencia a una peor evaluación del nivel de optimismo al inicio del seguimiento entre los exfumadores con recaída (6,23 (2,2)) que en los abstinentes (7,34 (1,7)) ($t(46) = 1,8$; $p = 0,071$).

Entre los exfumadores que tuvieron una recaída y los exfumadores que se mantuvieron en todo momento abstinentes no se detectaron diferencias según el sexo, la edad, la vida en pareja, el nivel de estudios, el consumo de alcohol, la comorbilidad y el nivel de ejercicio.

7.17. Estudio del tamaño del efecto de las percepciones de salud

El tamaño del efecto representa una medida estandarizada del cambio que se produce en el transcurso del tiempo. Para calcularlo se obtiene la diferencia entre las dos puntuaciones de la dimensión, restándole al valor obtenido durante la evolución el valor que tenía al principio del seguimiento o valor basal. La diferencia de las puntuaciones se divide luego por la desviación estándar del valor basal.

El tamaño del efecto representa el cambio individual medido por el número de desviaciones estándar del valor basal. Así, por ejemplo, un tamaño del efecto de 0,5 indica que se ha producido un aumento equivalente a un 0.5 (la mitad) de la desviación estándar del valor basal. Siguiendo a Cohen (1988) se considera que un efecto de un tamaño superior a 0,2 es un efecto pequeño,

mayor de 0,5 es un efecto moderado y mayor de 0,8 es un efecto grande. La “mínima diferencia clínicamente importante” correspondería a la consecución de un tamaño del efecto pequeño y quedaría en 0.2 (Samsa y cols., 1999).

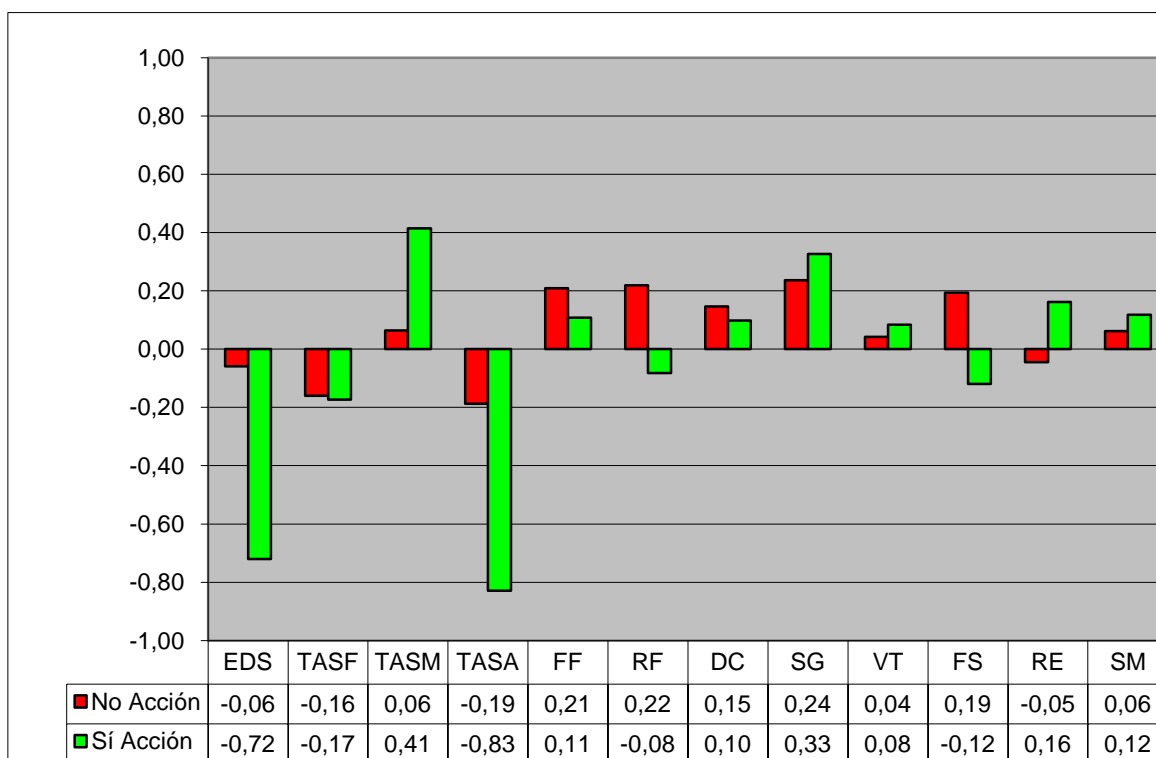
OBJETIVO 23: Conocer el tamaño del efecto de las percepciones de salud en los fumadores activos que persisten fumadores y en los que consiguen dejar de fumar, durante el seguimiento evolutivo

7.17.1. Tamaño del efecto de las percepciones de salud en los fumadores activos que persisten fumadores y en los que consiguen dejar de fumar

En el grupo de fumadores que entró en Acción, se observó un efecto grande en el descenso de la afectación de la salud actual por el uso del tabaco y un efecto moderado en la mejora de la Evolución Declarada de la Salud, en la evolución entre la primera y la segunda visita (ver figura 7.73). También hubo un efecto pequeño en este mismo grupo en el aumento en la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental y en el aumento de Salud General, pero este último tan sólo fue discretamente superior al detectado en el grupo de fumadores que persistieron fumadores activos. El resto de cambios en la evolución entre la primera y la segunda visita, fueron no significativos y sin asimetrías importantes entre los grupos.

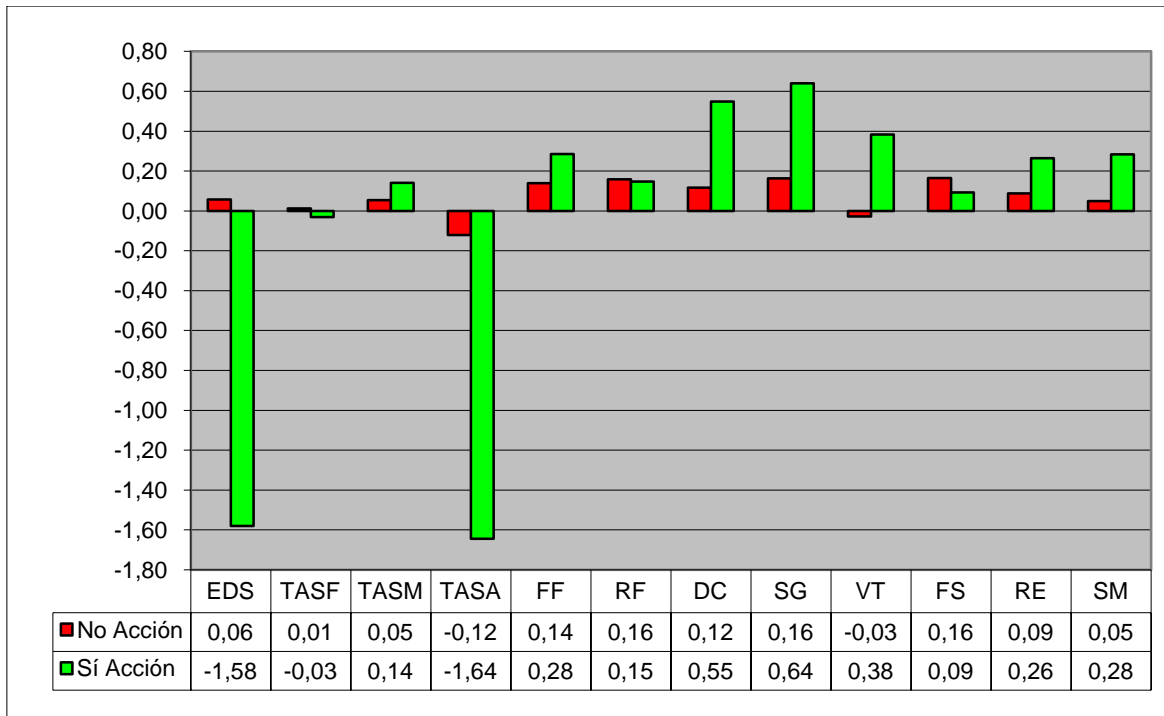
En el grupo de fumadores que entró en Acción, en la evolución entre la primera y la tercera visita se observó un efecto muy grande en el descenso de la afectación de la salud actual por el uso del tabaco y en la mejora de la

Evolución Declarada de la Salud (ver figura 7.74). También hubo un efecto moderado con incremento en las dimensiones Dolor Corporal y Salud General, así como un efecto pequeño en Vitalidad, Salud Mental, Función Física y Rol Emocional.



EDS = Evolución Declarada de la Salud; TASF = atribución al tabaquismo del deterioro de la salud física; TASM = atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental; TASA = afectación de la salud actual por el uso del tabaco; FF = Función Física; RF = Rol Físico; DC = Dolor Corporal; SG = Salud General; VT = Vitalidad; FS = Función Social; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental.

Figura 7.73: Tamaño del efecto de los cambios en la percepción de salud entre la visita 1 y la visita 2 en los fumadores activos que persisten fumadores (no Acción) y en los que dejan de fumar (sí Acción)



EDS = Evolución Declarada de la Salud; TASF = atribución al tabaquismo del deterioro de la salud física; TASM = atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental; TASA = afectación de la salud actual por el uso del tabaco; FF = Función Física; RF = Rol Físico; DC = Dolor Corporal; SG = Salud General; VT = Vitalidad; FS = Función Social; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental.

Figura 7.74: Tamaño del efecto de los cambios en la percepción de salud entre la visita 1 y la visita 3 en los fumadores activos que persisten fumadores (no Acción) y en los que dejan de fumar (sí Acción)

Entre la primera y la segunda visita se apreció un incremento en el Componente Sumario Físico en los fumadores que persistían fumando que no se produjo en los fumadores que entraron en Acción, mientras que no hubo cambios relevantes en el Componente Sumario Mental (figura 7.75).

Entre la primera y la tercera visita se apreció un mayor incremento en el Componente Sumario Físico en los fumadores que entraron en Acción, y también hubo una mejora en el Componente Sumario Mental (figura 7.75).

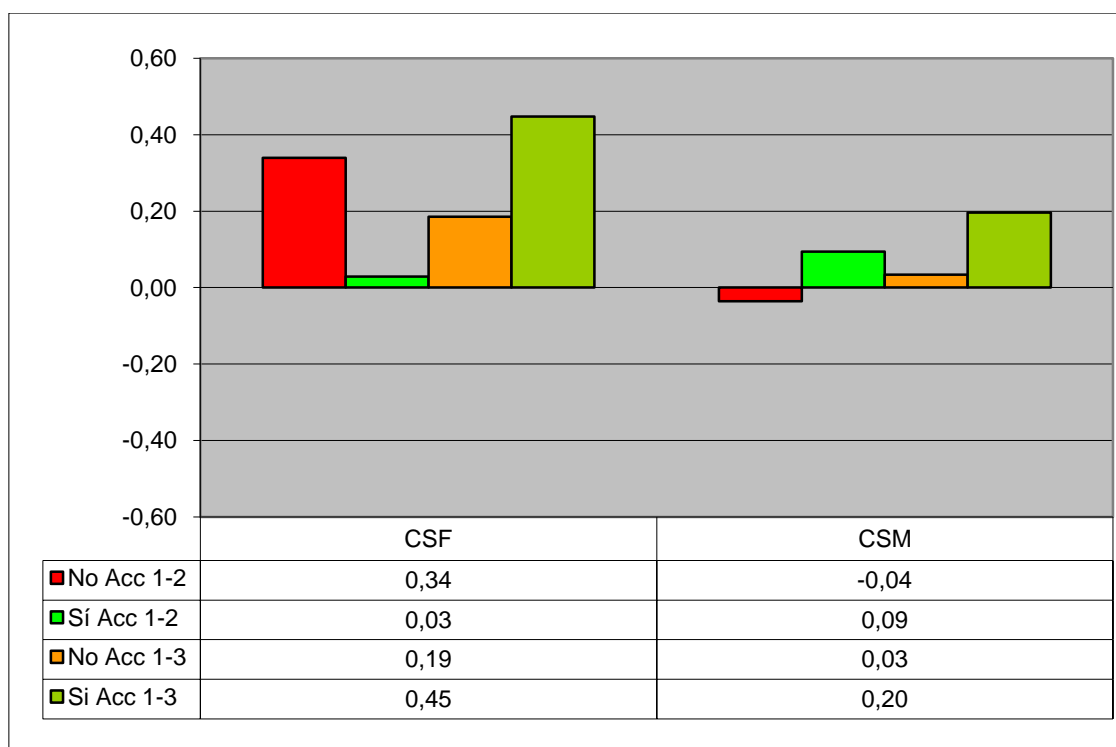


Figura 7.75: Tamaño del efecto de los Componentes Sumario Físico (CSF) y Mental (CSM), entre la visita 1 y las visitas 2 o 3, en los fumadores activos que persisten fumadores (no Acción) y en los que dejan de fumar (sí Acción)

Se realizó un análisis multivariado mediante regresión logística con “entrada en acción” como variable dependiente y como variables independientes la edad, el sexo, el nivel de estudios, la vida en pareja, el consumo de alcohol, la presencia de enfermedad crónica, la edad de inicio del tabaquismo, los cigarrillos diarios fumados y la dependencia a la nicotina objetiva medida con el test de Fagerström, utilizadas como medidas de ajuste, a las que se añadieron cada una de las percepciones de salud con un tamaño del efecto que se diferenciaba al menos en 0,4 desviaciones estándar entre quienes entraron en acción y los que no. En este análisis se obtuvieron asociaciones positivas entre la variable dependiente y el tamaño del efecto de las percepciones afectación de la salud actual por el uso del tabaco y Evolución Declarada de la Salud en el

paso de la primera a la segunda visita y de la primera a la tercera visita (ver tabla 7.67).

Tabla 7.67: Asociaciones de la entrada en Acción con el tamaño del efecto de las variables de percepción de salud

Variable	B	EE	Wald	p	OR	IC 95%	
Entre primera y segunda visita							
TASA	-0,5	0,2	6,2	0,013	0,59	0,39	0,89
EDS	-0,5	0,2	7,2	0,007	0,59	0,40	0,87
Entre primera y tercera visita							
TASA	-1,5	0,4	16,7	<0,001	0,22	0,11	0,46
EDS	-1,3	0,3	15,6	<0,001	0,26	0,14	0,51
DC	0,5	0,3	3,4	0,064	1,69	0,97	2,95
SG	0,6	0,3	3,0	0,086	1,74	0,93	3,25

Ajustado por edad, sexo, nivel de estudios, vida en pareja, consumo de alcohol, presencia de enfermedad crónica, edad de inicio del tabaquismo, cigarrillos diarios fumados y dependencia a la nicotina objetiva.

TASA = afectación de la salud actual por el uso del tabaco; EDS = Evolución Declarada de la Salud; DC = Dolor Corporal; SG = Salud General.

OBJETIVO 24: Conocer el tamaño del efecto de las percepciones de salud en los fumadores activos que no progresan en las etapas del cambio y en los fumadores activos que progresan pero no dejan de fumar, durante el seguimiento evolutivo

7.17.2. Tamaño del efecto de las percepciones de salud en los fumadores activos que no progresan en las etapas del cambio y en los fumadores activos que progresan pero no dejan de fumar

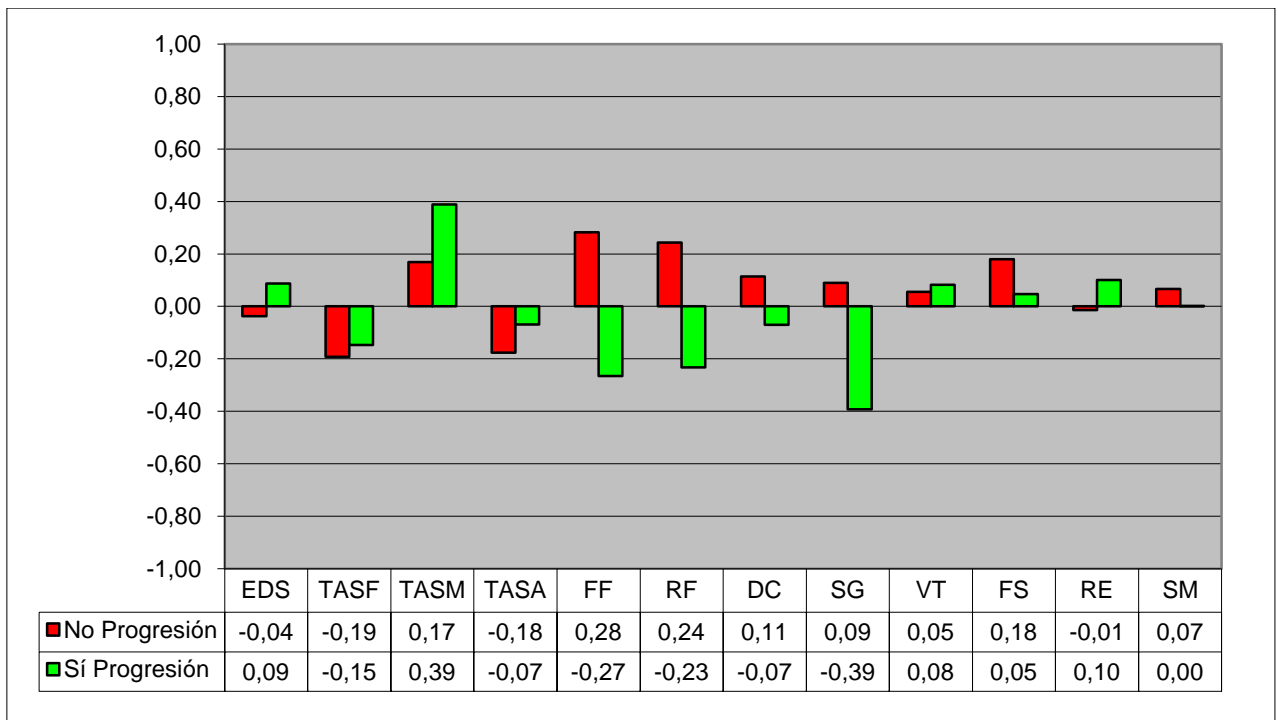
En los fumadores activos que progresaron en las etapas del cambio se observó en la evolución entre la visita 1 y la visita 2 un ascenso pequeño en la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental, y un descenso, también pequeño en Salud General (ver figura 7.76).

En Función Física y en Rol Físico se produjo un descenso pequeño, pero en el grupo de fumadores activos que no progresaron en las etapas del cambio se apreció un ascenso pequeño en estas dos dimensiones, de modo que al dirigirse la evolución en sentidos opuestos el tamaño del efecto comparativo entre los dos grupos resultante fue moderado en Función Física y casi moderado en Rol Físico.

En los cambios en la percepción de salud entre la visita 1 y la visita 3 se detectó un aumento moderado en Rol Emocional, entre los fumadores activos que progresaron sin llegar a dejar de fumar. También hubo cambios de pequeño tamaño con un incremento en la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud física, una peor Evolución Declarada de la Salud, un descenso en la afectación de la salud actual por el uso del tabaco y una disminución en Salud General (ver figura 7.77).

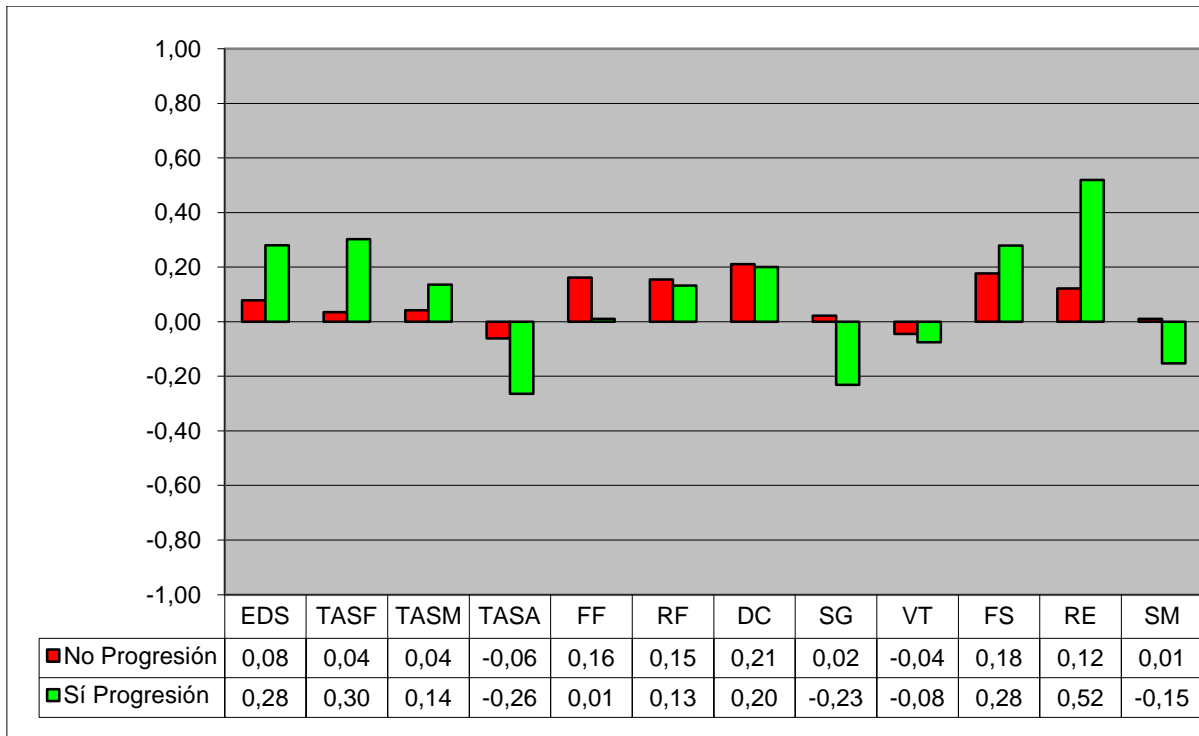
Respecto a los Componentes Sumario, entre la visita 1 y la visita 2 hubo un descenso en el Componente Sumario Físico y un ligero aumento en el Componente Sumario Mental en los fumadores que progresaron en las etapas del cambio, mientras que hubo un incremento en el Componente Sumario

Físico en los fumadores que no progresaron (ver figura 7.78). Entre la visita 1 y la visita 3 se identificó un ligero aumento en el Componente Sumario Mental en los fumadores que progresaron, y un ligero incremento en el Físico en los que no progresaron, como se representa gráficamente en la figura 7.78.



EDS = Evolución Declarada de la Salud; TASF = atribución al tabaquismo del deterioro de la salud física; TASM = atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental; TASA = afectación de la salud actual por el uso del tabaco; FF = Función Física; RF = Rol Físico; DC = Dolor Corporal; SG = Salud General; VT = Vitalidad; FS = Función Social; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental.

Figura 7.76: Tamaño del efecto de los cambios en la percepción de salud entre la visita 1 y la visita 2 en los fumadores activos que no progresan en las etapas del cambio y en los fumadores activos que progresan pero no dejan de fumar



EDS = Evolución Declarada de la Salud; TASF = atribución al tabaquismo del deterioro de la salud física; TASM = atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental; TASA = afectación de la salud actual por el uso del tabaco; FF = Función Física; RF = Rol Físico; DC = Dolor Corporal; SG = Salud General; VT = Vitalidad; FS = Función Social; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental.

Figura 7.77: Tamaño del efecto de los cambios en la percepción de salud entre la visita 1 y la visita 3 en los fumadores activos que no progresan en las etapas del cambio y en los fumadores activos que progresan pero no dejan de fumar

En el estudio multivariado se obtuvo asociación entre la progresión en las etapas del cambio y el tamaño del efecto de las variables Salud General, Función Física y Componente Sumario Físico entre la primera y la segunda visita, después del ajuste de las variables sociodemográficas y del hábito tabáquico (tabla 7.68).

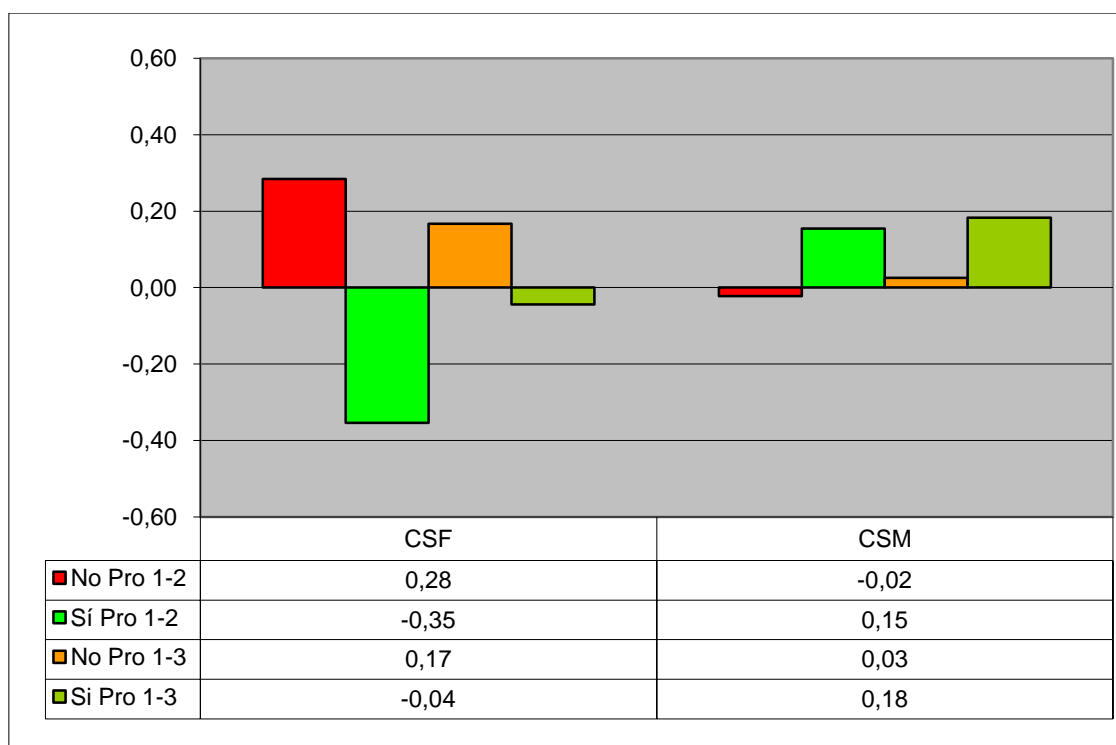


Figura 7.78: Tamaño del efecto de los Componentes Sumario Físico (CSF) y Mental (CSM), entre la visita 1 y las visitas 2 o 3, en los fumadores activos que no progresan en las etapas del cambio y en los fumadores activos que progresan pero no dejan de fumar

Tabla 7.68: Asociaciones de la progresión con el tamaño del efecto de las variables de percepción de salud

Variable	B	EE	Wald	p	OR	IC 95%	
Entre primera y segunda visita							
SG	-0,9	0,4	5,2	0,022	0,42	0,20	0,88
FF	-1,1	0,4	5,8	0,016	0,35	0,15	0,82
RF	-0,3	0,2	2,2	0,140	0,73	0,49	1,11
CSF	-1,1	0,4	7,7	0,006	0,34	0,16	0,73
Entre primera y tercera visita							
RE	0,4	0,3	2,0	0,160	1,56	0,84	2,91

Ajustado por edad, sexo, nivel de estudios, vida en pareja, consumo de alcohol, presencia de enfermedad crónica, edad de inicio del tabaquismo, cigarrillos diarios fumados y dependencia a la nicotina objetiva.

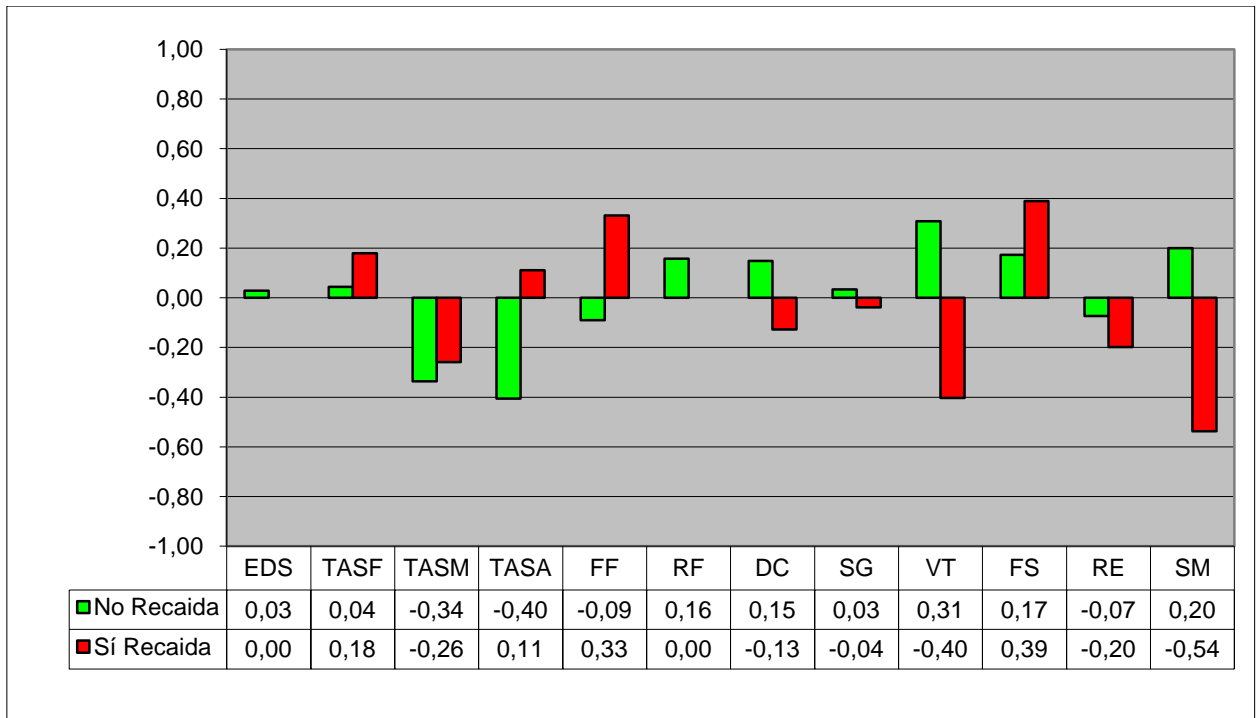
SG = Salud General; FF = Función Física; RF = Rol Físico; CSF = Componente Sumario Físico; RE = Rol Emocional.

OBJETIVO 25: Conocer el tamaño del efecto de las percepciones de salud en los exfumadores que no recayeron y en los exfumadores que tuvieron una recaída, durante el seguimiento evolutivo

7.17.3. Tamaño del efecto de las percepciones de salud en los exfumadores que no recayeron y en los exfumadores que tuvieron una recaída

Los exfumadores que tuvieron una recaída experimentaron entre la primera y la segunda visita un descenso de tamaño moderado en Salud Mental y de tamaño pequeño en Vitalidad, de sentido contrario al experimentado en estas mismas dimensiones por los exfumadores que se mantuvieron sin fumar, de modo que cuando se comparan las diferencias finales de ambos grupos se observa un efecto moderado, casi grande, en las dos dimensiones. Se produjo también un ascenso de tamaño pequeño en Función Social y Función Física en los exfumadores con recaída. Los exfumadores que permanecieron sin fumar tuvieron descensos de tamaño pequeño en la afectación de la salud actual por el uso del tabaco (ver figura 7.79).

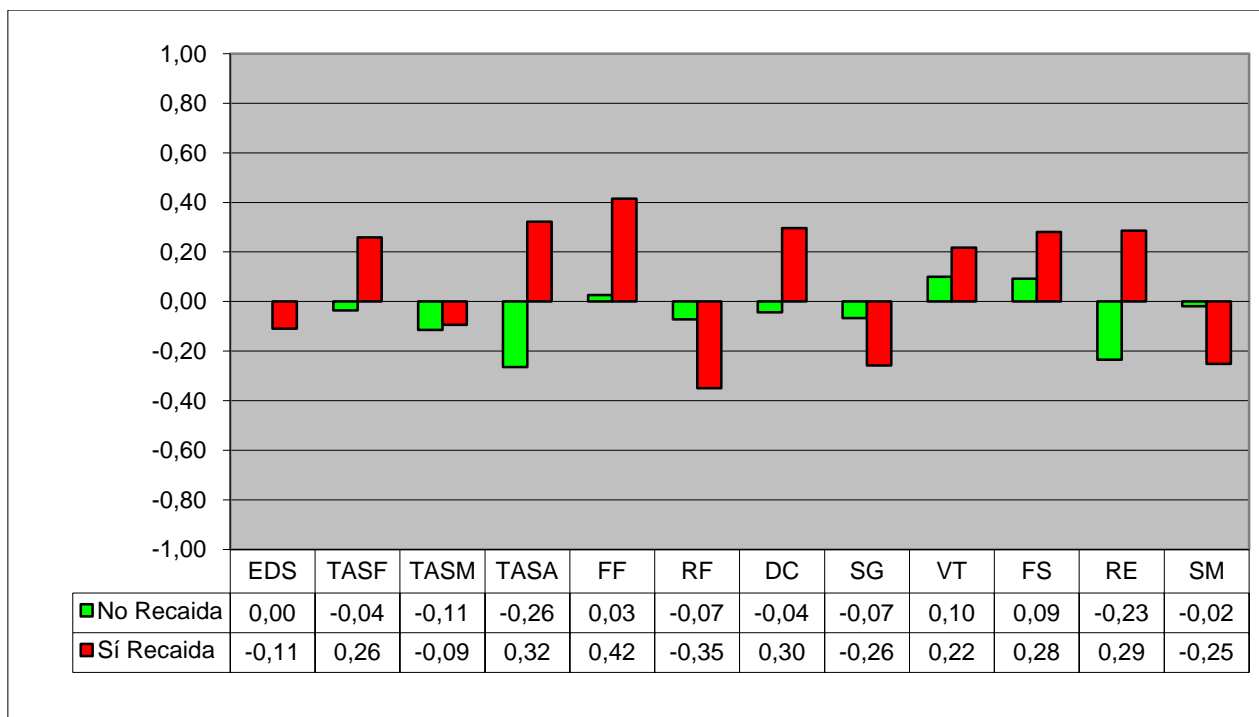
En los exfumadores que tuvieron una recaída se apreció entre la primera y la tercera visita un aumento pequeño en Función Física, en Rol Emocional y en la afectación de la salud actual por el uso del tabaco, que en el caso de las dos últimas variables era de sentido inverso a los exfumadores que permanecieron sin fumar, de modo que la diferencia global alcanzaba un tamaño del efecto moderado (ver figura 7.80).



EDS = Evolución Declarada de la Salud; TASF = atribución al tabaquismo del deterioro de la salud física; TASM = atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental; TASA = afectación de la salud actual por el uso del tabaco; FF = Función Física; RF = Rol Físico; DC = Dolor Corporal; SG = Salud General; VT = Vitalidad; FS = Función Social; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental.

Figura 7.79: Tamaño del efecto de los cambios en la percepción de salud entre la visita 1 y la visita 2 entre los exfumadores que no recayeron y entre los exfumadores que tuvieron una recaída

Finalmente, entre la primera y la segunda visita se produjo un pequeño incremento en el Componente Sumario Físico y un descenso en el Componente Sumario Mental en los exfumadores que tuvieron una recaída (ver figura 7.81). En cambio, no existieron cambios relevantes en los Componentes Sumario Físico y Mental entre la primera y la tercera visita en ninguno de los dos grupos (figura 7.81).



EDS = Evolución Declarada de la Salud; TASF = atribución al tabaquismo del deterioro de la salud física; TASM = atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental; TASA = afectación de la salud actual por el uso del tabaco; FF = Función Física; RF = Rol Físico; DC = Dolor Corporal; SG = Salud General; VT = Vitalidad; FS = Función Social; RE = Rol Emocional; SM = Salud Mental.

Figura 7.80: Tamaño del efecto de los cambios en la percepción de salud entre la visita 1 y la visita 3 entre los exfumadores que no recayeron y entre los exfumadores que tuvieron una recaída

En el análisis multivariado, las variables Salud Mental, Vitalidad y el Componente Sumario Mental tenían un tamaño del efecto entre la primera y la segunda visita que mantenía la asociación con la recaída en el consumo de tabaco después del ajuste con las variables sociodemográficas y con la edad de inicio del consumo de tabaco (tabla 7.69).

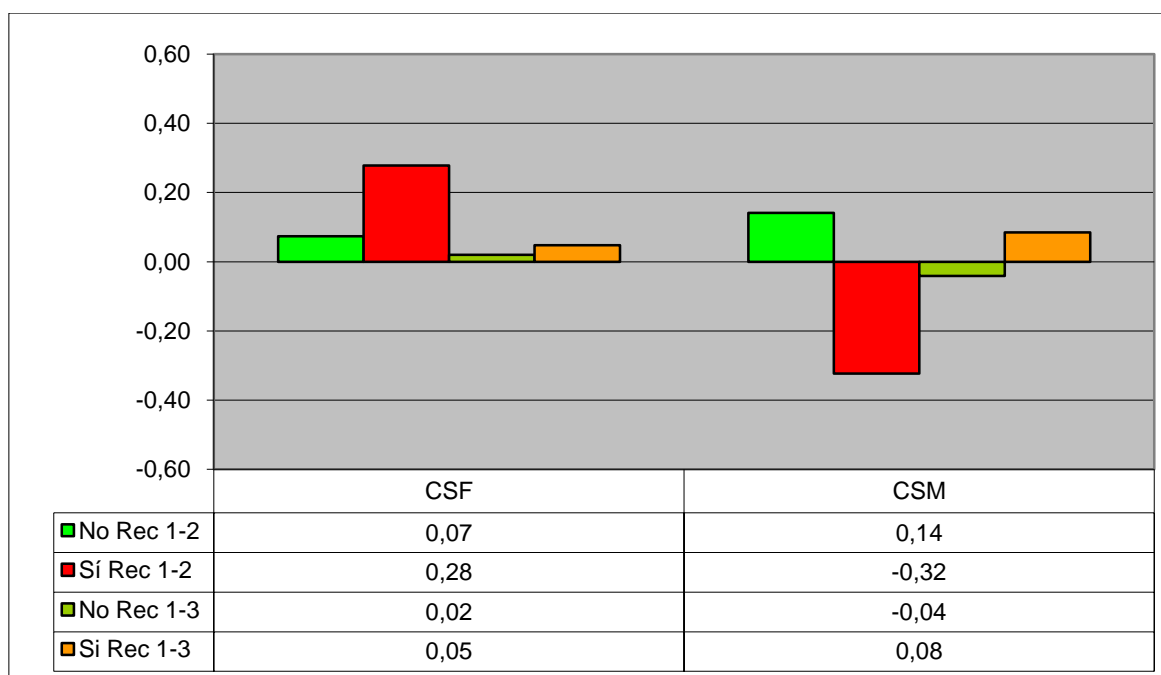


Figura 7.81: Tamaño del efecto de los Componentes Sumario Físico (CSF) y Mental (CSM), entre la visita 1 y las visitas 2 o 3, en los exfumadores que no recayeron y en los exfumadores que tuvieron una recaída

Tabla 7.69: Asociaciones de la recaída con el tamaño del efecto de las variables de percepción de salud

Variable	B	EE	Wald	p	OR	IC 95%	
Entre primera y segunda visita							
SM	-3,2	1,2	6,8	0,009	0,04	0,00	0,45
VT	-1,6	0,6	6,1	0,013	0,20	0,06	0,72
FF	1,7	0,9	3,8	0,052	5,31	0,99	28,55
TASA	0,5	0,6	0,9	0,355	1,73	0,54	5,48
CSM	-2,1	0,9	6,0	0,015	0,12	0,02	0,66
Entre primera y tercera visita							
CSF	-1,2	0,8	1,8	0,178	2,86	0,41	27,0

Ajustado por edad, sexo, nivel de estudios, vida en pareja, consumo de alcohol, presencia de enfermedad crónica y edad de inicio del tabaquismo.

SM = Salud Mental; VT = Vitalidad; FF = Función Física; TASA = afectación de la salud actual por el uso del tabaco; CSM = Componente Sumario Mental; CSF = Componente Sumario Físico.

8. DISCUSIÓN

En este capítulo, en primer lugar, se discutirán los resultados obtenidos para cada objetivo de la investigación y, posteriormente, se comentarán las limitaciones del presente trabajo.

La discusión se ha dividido atendiendo a las dos fases principales del trabajo, la transversal que refleja la foto de la situación inicial, y la fase longitudinal o de seguimiento a lo largo de 24 meses, cada una de ellas con sus respectivos objetivos.

FASE 1: ESTUDIO TRANSVERSAL

8.1. Objetivo 1: Conocer la distribución de los participantes según las etapas del cambio del modelo transteórico

El porcentaje de fumadores en Preparación en la presente investigación (12,6%) es superior al 3% detectado en el estudio IBERPOC con población fumadora española (Jiménez-Ruiz y cols., 2000) y al 6% observado en una muestra de fumadores suizos (Etter y Perneger, 1999b). Es posible que esta diferencia sea debida a que los participantes en el presente trabajo se reclutaron precisamente en consultas médicas y en consecuencia podrían por su situación ser más sensibles a plantearse el abandono del consumo de tabaco. Pero el 18% de participantes en Preparación dentro de los fumadores activos (no del total) de la muestra estudiada difiere poco del 15% observado en jóvenes con asma, con una edad media de 20 años (de Granda y cols., 2008). En cambio, una situación de hospitalización por enfermedad aguda,

incrementa el número de personas que se declaran preparadas, que alcanza cifras tan altas como el 42,6% de los fumadores activos ingresados en un servicio de medicina interna de un hospital español (Grau, 2002) o el 51,2% de los consumidores de tabaco ingresados en un servicio de medicina interna de un hospital norteamericano (Goodman, Nadkarni y Schorling, 1998), porcentajes muy superiores al ya comentado 18% de los fumadores activos en Preparación observado en el presente estudio. El mismo argumento puede justificar el hecho de que hasta un 11,9% de los participantes se declararan en la etapa de Acción.

La descripción de las distribuciones de los fumadores en las etapas del cambio en la literatura consultada, es muy variable dependiendo del ambiente en que se ha recogido la muestra, y el predominio de edad y sexo de los integrantes de la misma. Este extremo puede apreciarse en los estudios descriptivos de un mismo grupo de trabajo con prevalencias en Mantenimiento (entendida como exfumador de más de 6 meses de evolución) que van del 49% (Font-Mayolas, Gras, Planes y Gómez, 2008) o 43% (Font-Mayolas, Planes y Gras, 2004), a un escaso 5,3% (Font-Mayolas y cols., 2005) dependiendo de si la muestra obtenida es personal trabajador de la Universidad de Girona con una edad media alrededor de los 40 años, o una muestra de estudiantes universitarios con una edad media de 22 años. De manera similar a este último estudio, una encuesta entre personal militar español con una edad media de 21,6 años, encontraba escasos exfumadores y un predominio de fumadores en las etapas de Precontemplación y Contemplación (de Granda, Peña, Jiménez-Ruiz, Solano, Martínez, Escobar y Callol, 2004). Asimismo se ha descrito un mayor predominio de precontempladores en países con actitudes de bajo control del

tabaquismo o de permisividad (René, Panagiotakos, Polychronopoulos, West, Zatonski y John, 2008), o en países con mayores prevalencias de tabaquismo, de modo que en un modelo univariado de regresión lineal un incremento de un 10% en la prevalencia poblacional de tabaquismo se asociaba a un incremento del 23% en el porcentaje de fumadores activos en estado de Precontemplación (Etter, Perneger y Ronchi, 1997). Así, la prevalencia de precontempladores era de 42,1% en Rhode Island y de 37,2% en California (Velicer, Fava, Prochaska, Abrams, Emmons y Pierce, 1995), de 57,6% en Finlandia, 69,7% en Holanda y 73,6% en Suiza (Etter y cols.,1997), mientras que en España (Galicia) era del 68% (Becoña y Vázquez, 1996b). En cambio, la distribución de preparados era de 17,6% en Rhode Island y de 16,1% en California (Velicer y cols.,1995), de 13% en Finlandia, 6,6% en Holanda y 4,1% en Suiza (Etter y cols.,1997), mientras que en España era de 6,9% (Becoña y Vázquez, 1996b).

No era un objetivo principal del estudio el inferir la distribución real de las etapas del cambio de los fumadores y exfumadores que consultan a un servicio de salud, a partir de la muestra obtenida. Para conocer el porcentaje real de cada etapa del cambio, hubiera sido necesario preguntar su situación en la etapa del cambio a una muestra representativa de los usuarios de estos servicios, y no únicamente a los primeros visitados hasta proceder al reclutamiento del día.

Además, no podemos descartar que en el proceso de reclutamiento se haya tendido a incorporar más a los fumadores activos o abstinentes recientes que a los exfumadores de mayor tiempo de duración, atendiendo a que los médicos suelen tener más presentes los problemas activos.

La distribución por etapas obtenida en el presente trabajo se puede considerar apropiada para los objetivos principales del estudio, que pretende profundizar en el conocimiento de las percepciones de salud en las distintas etapas del cambio, con especial relevancia sobre las etapas candidatas a una actuación que incida sobre un cambio positivo, es decir, las propias de los fumadores activos. Por dicho motivo, se valora adecuadamente la mayor representación de las etapas de Precontemplación y Contemplación, y la menor representación de Mantenimiento y Finalización.

8.2. Objetivo 2: Comparar las distribuciones de la muestra en las etapas del cambio según el sexo, la edad, el nivel de estudios y la vida en pareja

No se han encontrado diferencias significativas entre las etapas del cambio en relación al sexo. Estos resultados son similares a los hallados por Becoña y Vázquez (1996) que tampoco observaron diferencias entre hombres y mujeres según los distintos estadios del cambio en una muestra de la población gallega, aunque sólo valoraban los estadios del cambio en los fumadores activos. Aún asumiendo que se debe al azar, recogemos la curiosidad que tanto en los resultados de Becoña como en el presente estudio hay un mayor porcentaje de Precontemplación entre las mujeres y de Contemplación entre los hombres. Aunque no alcanzara significación estadística es relevante la presencia del doble de hombres en Finalización, tal vez porque en la población son realmente más prevalentes los hombres (29,1%) que las mujeres (13,5%) exfumadores (Instituto Nacional de Estadística, 2007).

Se aprecia una edad inferior en los participantes en Precontemplación en comparación con los fumadores con intención de cambio, y especialmente con los exfumadores. En el estudio con fumadores gallegos también se detectó un mayor porcentaje de precontempladores entre los participantes de menos de 45 años (71,5%) respecto a los mayores de esta edad (55,4%) (Becoña y Vázquez, 1996). La influencia de la edad está también patente en los estudios de Font-Mayolas y colaboradores (Font-Mayolas, Gras y Planes, 2005; Font-Mayolas y cols., 2005; Font-Mayolas y cols., 2004) con mayores porcentajes de Precontemplación en las muestras con individuos más jóvenes, y en cambio un mayor porcentaje de participantes en la etapa de Mantenimiento entre las muestras con una media de edad superior. Resultados totalmente equivalentes fueron descritos en una amplia muestra norteamericana al aumentar la edad, con una tendencia a la disminución de precontempladores (de 21,3% en menores de 55 años a 10,1 en mayores de 75 años), y un incremento de exfumadores en la fase de Mantenimiento (de 45% a 77%) (Nigg y cols., 1999), ya que a medida que pasan los años aumenta la probabilidad de haber abandonado el hábito de fumar. Sin embargo, cuando sólo se valoran los fumadores activos, puede asociarse una mayor edad con una mayor probabilidad de permanecer precontemplador y no plantearse la intención de cambio (Varona y cols., 2003).

No se han hallado diferencias entre la etapa de cambio y el nivel de estudios. En la misma línea, trabajos previos sobre el abandono del hábito de fumar, detectaron que el nivel de educación no está relacionado con la consecución del abandono del consumo de tabaco, ya sea espontáneo (Hyland, Li, Bauer, Giovino, Steger y Cummings, 2004) o mediante tratamiento con parches

transdérmicos de nicotina (Monsó, Campbell, Tonnesen, Gustavsson y Morera, 2001). Sin embargo, en un estudio observacional de 3 años de seguimiento de una cohorte española se observó una asociación positiva entre el cese del consumo de tabaco y el nivel de educación en las mujeres, cosa que no ocurría en los hombres (Agudo y cols., 2004). Del mismo modo, numerosas investigaciones han asociado el éxito en el cese del consumo de tabaco con un mayor nivel educativo o de estado socioeconómico (Osler y Prescott, 1998). En la misma línea, un estudio con fumadores norteamericanos describe un menor porcentaje de precontempladores cuando se incrementa el nivel educativo (Velicer y cols., 1995).

Se apreció un menor porcentaje de personas con pareja entre los fumadores activos que entre los exfumadores. Precisamente, en una investigación sobre las variables determinantes de un abandono exitoso del consumo de tabaco en 1365 fumadores daneses, se detectó que convivir con una pareja no fumadora confería un 130% más de probabilidad de éxito respecto a quienes convivían con parejas fumadoras. Los fumadores que no tenían pareja tuvieron la misma probabilidad de éxito en el cese del tabaquismo que los fumadores con pareja también fumadora, es decir, inferior a los fumadores con pareja no fumadora (Osler y Prescott, 1998).

En el presente estudio no se recogió el hábito tabáquico de los cónyuges y por lo tanto no es posible valorar su relación con la etapa del cambio.

8.3. OBJETIVO 3: *Estudiar hábitos relacionados con la salud como el consumo de alcohol o el ejercicio físico según las etapas del cambio*

No se han detectado diferencias valorables entre el consumo de alcohol según las etapas del cambio. En un estudio sobre el cese del consumo de tabaco en población norteamericana, el consumo de alcohol diario se asoció a un menor abandono (Hyland y cols., 2004); en el seguimiento de una cohorte española se observó una asociación negativa entre la cesación del tabaquismo y la ingesta de más de 40 gramos diarios de alcohol en los hombres (Agudo y cols., 2004); mientras que en un estudio danés el consumo algún día de la semana de cinco o más bebidas alcohólicas se asoció también a menor cese pero sin significación estadística (Osler y Prescott, 1998).

Respecto al ejercicio físico se observa que es de menor intensidad entre los participantes en las etapas con intención de cambio. Es posible que este dato esté indicando una menor capacidad física, real o subjetiva, en estos grupos, que puede contribuir a la sensación de peor salud, ya que la menor actividad física se ha asociado a peor salud percibida física o mental (Brown y cols., 2003). Esta peor percepción de salud podría aumentar la motivación para el abandono del tabaco si los fumadores relacionan su menor capacidad de ejercicio físico con el consumo de esta sustancia.

En los fumadores se ha documentado habitualmente una menor actividad física que en los no fumadores (Haenle, Brockmann, Kron, Bertling, Mason, Steinbach y cols, 2006; Kaczynski y cols., 2008; Klesges, Eck, Isbell, Fulliton y Hanson, 1990), aunque esta asociación sólo fue significativa en menos del 60%

de los artículos revisados (Kaczynski, Manske, Mannell y Grewal, 2008). En cambio hay trabajos que no encuentran relación entre consumo de tabaco y práctica de ejercicio físico (Nerín, Crucelaegui, Novella, Ramón y Cajal, Sobradíel y Gericó, 2004). En los adolescentes la inactividad física se ha considerado como un factor de riesgo para un posterior tabaquismo (Kujala, Kaprio y Rose, 2007), y a la inversa, en hombres sanos el abandono del consumo de tabaco se ha acompañado de un aumento del ejercicio habitual y la recidiva de un descenso (Nagaya, Yoshida, Takahashi y Kawai, 2007).

Los trabajos comentados contemplan el fumador activo como un solo grupo. En nuestro estudio se observa una menor actividad física sólo en los fumadores con intención de cambio, mientras que no existen diferencias entre los precontempladores y los exfumadores, apoyando que las limitaciones de salud inducen al cambio. En contra de este planteamiento se encuentra la observación de que los fumadores activos físicamente tuvieron mayor probabilidad de intentar el cese del tabaco durante el último año que los fumadores más inactivos (Deruiter, Faulkner, Cairney y Veldhuizen, 2008).

8.4. OBJETIVO 4: Evaluar el historial de salud de los participantes según las etapas del cambio

No se apreciaron diferencias relevantes en la presencia de enfermedad crónica según la etapa del cambio. El ligero predominio de enfermedad aguda entre los fumadores, que incidió en menos del 15%, se debió a enfermedades benignas de leve intensidad, como era de esperar por el manejo ambulatorio que se realizó de las mismas, posiblemente con poca influencia sobre las

percepciones de salud. La única enfermedad relacionada con el tabaco representada fue el EPOC, cuyo predominio entre los exfumadores que acudían a la consulta no es de extrañar ya que el consejo de abandono del consumo de tabaco es prioritario en la atención sanitaria de estas personas (GOLD, 2009).

Al valorar el índice de comorbilidad de Charlson se observa una mayor carga de comorbilidad en los exfumadores que han abandonado recientemente el hábito y en aquellos que lo han hecho desde hace un largo tiempo. En los análisis por etapas agrupadas, la baja comorbilidad de la etapa de Mantenimiento puede compensar en parte la influencia de la comorbilidad sobre la salud percibida de los exfumadores. Los fumadores sin intención de cambio son los menos afectados por la comorbilidad. No tenemos conocimiento de estudios que valoren el índice de comorbilidad de Charlson según las etapas del cambio en el tabaquismo.

8.5. OBJETIVO 5: Analizar el optimismo y la satisfacción con la vida de acuerdo con las etapas del cambio

La valoración del optimismo es prácticamente similar entre las etapas del cambio excepto en Finalización, donde la valoración fue mejor. En nuestra opinión, la igualdad de optimismo en la mayoría de las etapas proporciona más valor a las diferencias observadas en la satisfacción con la vida, indicando probablemente que se añade al menos una influencia externa al componente personal de “cómo valorar las cosas”, representado en esta investigación por el nivel de optimismo.

Del mismo modo, la igualdad de la variable optimismo refuerza las diferencias observadas en salud percibida en las etapas del cambio, ya que peores evaluaciones en optimismo pueden acompañar a peores evaluaciones en las dimensiones del SF-36. En un estudio realizado en EEUU con 659 hombres, se observó que el optimismo se asociaba con mejores evaluaciones en las dimensiones vitalidad, salud mental, salud general y dolor corporal del SF-36 (Achat, Kawachi, Spiro, DeMolles y Sparrow, 2000). En una investigación realizada en la provincia de Girona, con 1086 profesionales sanitarios, se efectuó un estudio multivariante mediante un modelo lineal generalizado ajustado por edad, sexo, estudios universitarios, vivir en pareja, presencia de enfermedad crónica, práctica deportiva y número de horas de ocio, y se apreció que los trabajadores sanitarios con un menor nivel de optimismo presentaron estimaciones inferiores, estadísticamente significativas, en todas las dimensiones del SF-36 en relación a los profesionales sanitarios con un mayor nivel de optimismo (Grau, Suñer y García, 2005). Esta asociación no parece depender de la coincidencia en el tiempo de las valoraciones, porque Maruta, Colligan, Malinchoc y Offord (2002) estudiaron la calidad de vida relacionada con la salud 30 años después de determinar el “estilo explicatorio”, y las personas con explicación pesimista tuvieron inferiores puntuaciones que las personas con explicación optimista en todas las dimensiones del SF-36.

Por otra parte, **los exfumadores están más satisfechos con la vida que los fumadores activos**, elevándose la satisfacción ya desde la etapa de Acción. Estos resultados son consecuentes con estudios previos que establecen una asociación entre consumo de tabaco y baja satisfacción con la vida en una muestra poblacional de adultos no institucionalizados (Strine, Chapman, Balluz,

Moriarty y Mokdad, 2008), entre estudiantes (Grant, Wardle y Steptoe, 2009; Schorling, Gutgesell, Klas, Smith y Keller, 1994) y entre el colectivo de enfermeras (Murray, Swan y Mattar, 1983). La satisfacción personal con la vida fue también valorada en 300 empleados norteamericanos, en un estudio diseñado para evaluar el impacto del tabaquismo sobre la productividad y el absentismo, encontrando los valores más bajos de satisfacción en los fumadores activos, los valores intermedios en los exfumadores y los valores más altos en los trabajadores que nunca habían fumado (Halpern, Shikar, Rentz y Khan, 2001). En una muestra de adolescentes el consumo de tabaco estuvo asociado con una baja satisfacción con la vida, hallazgo que también se observaba con el consumo de alcohol, marihuana, cocaína y otras sustancias (Font-Mayolas, Gras, Planes, Gómez y Cebrián, 2007; Gras, Font-Mayolas, Planes, Masferrer, y Salamó, 2007; Masferrer, Font-Mayolas, Gras, Planes, 2009; Zullig, Valois, Huebner, Oeltmann y Drane, 2001).

Una mayor satisfacción con la vida puede contribuir a una mayor salud, entendida como bienestar físico, mental y social, tal como la definió la OMS en 1947 (World Health Organization, 2005b). Así, la insatisfacción con la vida se comportó como el más fuerte predictor de mala salud percibida en una muestra de adultos que acudieron para una visita rutinaria a un centro sanitario (Al-Windi, 2005). En un estudio longitudinal con un seguimiento de 20 años se observó que las personas con mayor satisfacción con la vida tuvieron una menor mortalidad total, por enfermedades y por lesiones, que las personas menos satisfechas, aunque en el análisis estratificado por sexos las diferencias sólo se mantuvieron en los varones. En los datos recogidos durante el reclutamiento la mayor satisfacción con la vida se asoció en ambos sexos al

hecho de no ser fumador (Koivumaa-Honkanen, Honkanen, Vinamäki, Heikkilä, Kaprio y Koskenvuo, 2000).

La satisfacción con la vida se ha relacionado con la salud mental en ambos sexos (Al-Windi, 2005). En el presente estudio, la representación gráfica de la satisfacción con la vida en las etapas del cambio es similar a la que se aprecia en las dimensiones del SF-36 Vitalidad y Salud Mental, con un descenso desde Precontemplación hasta Preparación y un ascenso al dejar de fumar.

Los fumadores con intención de cambio expresan menor satisfacción con la vida. Es posible, por lo tanto, que los fumadores con intención de cambio, y especialmente los preparados, experimenten sensaciones de insatisfacción, posiblemente ligadas a motivos psicológicos o emocionales, como el sentirse dependiente de una sustancia o la conciencia del perjuicio que el consumo de tabaco le provoca, aunque no puede obviarse la influencia de un deterioro en la capacidad física, ya que la inactividad física también se puede asociar a la insatisfacción (Grant y cols., 2009; Strine y cols., 2008). La liberación de la adicción a este consumo se acompañaría de una mejora manifiesta en la evaluación cognitiva de su vida. El sentirse insatisfecho en su condición de fumador sería un paso previo para conseguir la satisfacción del abandono de un hábito nocivo.

8.6. OBJETIVO 6: *Estudiar variables relacionadas con el tabaquismo en función de las etapas del cambio*

La edad media de inicio del tabaquismo fue de 16,9 años, algo inferior a la edad media de 17,8 años comunicada en una encuesta de salud que entrevistó

a 10.000 ciudadanos de Barcelona en el año 2000 (Nebot y cols., 2004). En los países desarrollados la experimentación con el tabaquismo se produce típicamente entre los 12 y los 14 años, con frecuencia coincidiendo con el inicio de la escolarización secundaria (Nebot, Tomás, Ariza, Valmayor y Mudde, 2002). Se aprende a fumar durante la preadolescencia y la adolescencia: el 60% de los fumadores ha empezado a fumar alrededor de los 13 años y más del 90% antes de los 20 (Nerín y cols., 2004). El inicio del tabaquismo rememorado por los participantes de este estudio es, por lo tanto, ligeramente más tardío, pero se corresponde con la edad media de primer uso del tabaco descrita en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) que se sitúa en los 16,5 años (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Entre los exfumadores la edad media de abandono del consumo de tabaco fue de 44,9 años. Mediante datos procedentes de la Encuesta de Salud de Barcelona, realizada el año 2006 en una muestra de 6050 personas, se observó una disminución generalizada en las edades de abandono del consumo de tabaco desde el 1983. En el grupo de edad de 35 a 44 años la proporción de abandonos era de 37,5% en varones y de 41,1% en mujeres, y en el grupo de edad de 45 a 54 años se elevaba a 50% y 47,6% respectivamente (Villalbí, Rodríguez-Sanz, Villegas y Borrell, 2009). Según la encuesta EDADES el abandono del consumo de tabaco se incrementó con la edad para ambos sexos observándose los mayores porcentajes en el grupo de 55 a 64 años (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008). Los participantes del presente estudio en la etapa de Mantenimiento dejaron el tabaco con menor edad, lo cual contribuyó a disminuir la edad media de abandono. No hay ningún

motivo que explique este hecho, que creemos atribuible a la técnica de muestreo utilizada.

Los fumadores con intención de cambio comunicaron un mayor número de intentos de abandono previos que los fumadores sin intención de cambio. Estos resultados avalan el criterio del número de intentos previos de abandono del consumo de tabaco como indicador de la proximidad al cambio en el modelo transteórico (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992). Sin embargo, otros estudios no detectan que el número de intentos previos sea un buen predictor de éxito en el cese del consumo de tabaco (Farkas, Pierce, Zhu, Rosbrook, Gilpin, Berry y Kaplan, 1996; Font-Mayolas y cols., 2008; Hyland y cols., 2004; Monsó y cols., 2001) excepto cuando el intento tiene una duración superior a la semana (Farkas y cols., 1996). El mayor número de intentos en la etapa de Preparación está condicionado por la propia definición de la etapa.

Sólo un 53,8% de los participantes reconoció haber recibido consejo antitabáquico. Estos datos son equivalentes a los obtenidos por Nebot y cols. (2004) en población general con un 48%, y a los descritos en población psiquiátrica con un 60,3% (Dueñas, Aleu, González, San, Salavert y Arranz, 2004), en nuestro país, y similares o superiores a lo comunicado en EEUU con un 49,8% (Frank, Winckleby, Altman, Rockhill y Fortmann, 1991) o con sólo 21% de los fumadores recibiendo consejo antitabáquico (Thronkide, Rigotti, Stafford y Singer, 1998). En cambio el 98% de los médicos de familia de un Área Sanitaria de Madrid declararon interrogar a sus pacientes sobre el consumo de tabaco, mientras que sólo el 60% de los pediatras aplicaba esta actividad preventiva (Cerrada, López, Bouzas, Gómez y Sanz, 2005). De manera similar, en un Área Sanitaria de Toledo, el 96,8% de los médicos

refería que aconsejaba a los pacientes fumadores que abandonaran el consumo de tabaco y el 91% lo hacía de manera reiterativa, aunque sólo el 53,2% lo registraba en la historia clínica (Ruiz de Oña-Lacasta, Ruiz-López, Sanz-Pérez, Sanchez-Holgado, Ramos-Corrales y Jiménez-Sánchez, 2009) y era, por lo tanto, verificable a través de auditorías de calidad. En esta misma Área Sanitaria, cuando se incluyeron todos los profesionales sanitarios (diplomados en enfermería, fisioterapeutas, auxiliares de clínica y técnicos sanitarios), la prevalencia de emisión de consejo antitabaco sólo disminuyó al 81,66%, si bien la detección del consumo de tabaco era sistemática en el 40,4% de los profesionales y ocasional en el 26,9% (Ruiz de Oña-Lacasta y cols., 2009), de manera que es posible que exista un porcentaje de personas a quién no se les proporciona consejo porque se desconoce que son fumadoras. Dentro de los fumadores activos manifiestan no haber recibido consejo antitabáquico en un mayor porcentaje el grupo de precontempladores, tal y como se había observado en otro estudio realizado en la misma provincia (Girona) que el actual (Font-Mayolas, Planes y Gras, 2004), y en una muestra de enfermos norteamericanos con diabetes (Ruggiero y cols., 1999), planteando la duda de si estos fumadores están en etapas menos adelantadas del cambio porque no recibieron consejo antitabaco o si no reconocen haber recibido consejo antitabáquico porque se hallan en etapas más lejanas al abandono. La probabilidad de recibir consejo para abandonar el consumo de tabaco es mayor cuando el fumador tiene una enfermedad relacionada con el tabaco (Thronthike y cols., 1998), de modo que la mayor frecuencia e intensidad del mensaje del consejo antitabáquico en esta población de pacientes explicaría que, en el presente estudio, tres de cada cuatro participantes con

enfermedades secundarias al consumo de tabaco reconocieron haber recibido consejo para dejar de fumar, mientras que lo hicieron sólo la mitad de los participantes sin enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. El consejo médico de abandonar el tabaco consigue un 2% de abstinencia continuada al año (Law y Tang, 1995) y fue una de las causas que indujo a realizar un intento serio de abandono en un 50% de los fumadores de EEUU (Hyland y cols., 2004), aunque no siempre consiguió incrementar la probabilidad de abandono (Steptoe, Kerry, Rink y Hilton, 2001). En un área de atención primaria de Boston un 89% de los fumadores recibió consejo antitabáquico, y estas medidas se acompañaron de mayores niveles de satisfacción entre los usuarios por la atención recibida (Conroy, Majchrzak, Regan, Silverman, Schneider y Rigotti, 2005).

Teniendo en cuenta la alta eficacia y eficiencia del consejo, estos resultados pueden indicar que no se están realizando adecuadamente los programas de prevención de la salud, o que los fumadores no están valorando adecuadamente el asesoramiento breve para dejar de fumar como consejo antitabáquico, quizás porque no les resulta novedoso o porque esperan una mayor dimensión del mismo. En nuestra experiencia personal hubo fumadores que contestaron no haber recibido este consejo cuando nos consta que sí lo recibieron. Sin embargo, en la evaluación de los objetivos de salud del plan de Salud de Catalunya para el año 2000 se expone que poco más del 50% de los médicos declararon dar un consejo sistemático a todos sus pacientes fumadores (Saltó, Jané, Pardell, Taberner, Tresserras y Salleras, 2003). Así mismo, se ha descrito que sólo un 27% de los médicos norteamericanos creían en el poder de su consejo en contra del tabaco (Park y cols., 2003), mientras

que los profesionales sanitarios del Área Sanitaria de Toledo valoraron su efectividad con 6 puntos en una escala del 0 al 10 (Ruiz de Oña-Lacasta y cols., 2009).

También debe destacarse la baja prevalencia de tratamientos realizados para abandonar el tabaco, de hecho es conocido que la mayoría de fumadores que abandonan el tabaco lo hacen sin mediadores profesionales, con autotratamientos o con los medios que su conocimiento y proceder le dictan (Gil, 2006). El más utilizado fue el tratamiento sustitutivo con nicotina y no alcanzó el 10%. En una encuesta en población norteamericana probaron un tratamiento para dejar de fumar el 40 % de los fumadores entrevistados y se detectó una mala información sobre la seguridad del tratamiento sustitutivo con nicotina que podía influir en su baja utilización (Cummings, Hyland, Giovino, Hastrup, Bauer y Bansal, 2004). En un estudio español, en las Islas Baleares, utilizaron algún tratamiento de ayuda menos del 10% de los fumadores que intentaron dejar de fumar (Pericàs, Bauzà y Ponsell, 2004), como ocurre en el presente estudio. En la baja utilización de los recursos terapéuticos puede influir el hecho de que en España, como ocurre en otros países, no están financiados por el sistema de Salud Pública y acceder al tratamiento implica un esfuerzo económico personal. Incluso en los clientes de una policlínica uruguaya especializada en el abandono del consumo de tabaco, sólo un 34,3% de ellos recibieron un tratamiento farmacológico por razones económicas (Llambi, Esteves, Blanco, Barros, Parodi y Goja, 2008). En nuestro medio no está extendida la oferta de tratamiento psicológico para la deshabituación del tabaquismo dentro de la red de asistencia mental pública.

La puntuación media en el test de Fagerström entre los fumadores activos fue de 4,1 puntos. Este valor corresponde a un grado moderado de dependencia física a la nicotina, que incluye las puntuaciones 4 y 5 (Jiménez-Ruiz y Fagerström, 2003), siendo valores superiores a los encontrados en el trabajo realizado en Girona con una muestra de personal universitario (Font-Mayolas, Planes y Gras, 2004). En cambio los resultados del presente estudio representan niveles de dependencia a la nicotina inferiores a los observados habitualmente en las consultas de deshabituación al tabaco, tanto en el personal sanitario cuya media era de 5,9 (Flórez, Pavón, Racionero, Perpiñá, Yoldi y Fernández, 2004), como en los pacientes (Jiménez-Ruiz y cols., 2009; Nerín, Novella, Beamonte, Gargallo, Jiménez-Muro y Marqueta, 2007; Peris y cols., 2005), con valores medios entre 6 y 7.

Es de destacar que la evaluación subjetiva de la dependencia a la nicotina por parte de los fumadores supera en todas las etapas a la dependencia evaluada mediante el test de Fagerström observándose los valores más elevados en los fumadores con intención de cambio. Es decir, los participantes con interés en abandonar el consumo de tabaco, se perciben más dependientes a la nicotina que los fumadores sin intención de cambio. Estos resultados están en la línea de los detectados por Font-Mayolas (2002) en un estudio con personal de la Universidad de Girona en el cual se observó que los fumadores con intención de cambio (Contemplación y Preparación) valoraban, con mayor frecuencia que los fumadores sin intención de cambio (Precontemplación), entre “bastante” y “mucha” la molestia y la preocupación que les causaba el pensamiento de que “*fumar te convierte en un adicto*”. Asimismo los datos obtenidos avalan el papel del proceso de cambio llamado Concienciación definido por Prochaska,

DiClemente y Norcross (1992) como el incremento de información sobre el problema y uno mismo. Por lo tanto, parece que las campañas preventivas que trabajen a nivel informativo la liberación que supone desprenderse de este consumo podrían ser de utilidad para acercarse al cambio.

Hay autores (Difranza, 2010; Difranza, Ursprung y Carlson, 2010) que preconizan que el diagnóstico de la adicción al tabaco debe basarse en la presencia de una compulsión para el uso del tabaco periódica y recurrente. Esta compulsión puede ser definida como “wanting”, “craving” and “needing”, dependiendo de su intensidad, de la interferencia que ocasiona en el funcionamiento mental normal y de la capacidad de controlarla. Desconocemos si nuestra variable “evaluación subjetiva de la dependencia a la nicotina” está midiendo la percepción de compulsión para el uso del tabaco, o si está asociada a la misma.

8.7. OBJETIVO 7: Conocer las creencias respecto a la nocividad del tabaco sobre la salud, el grado de nocividad del consumo de tabaco en su salud actual, y la influencia del consumo de tabaco en el deterioro de su salud física y mental, según las etapas del cambio, la presencia de patología relacionada con el tabaco y el sexo

Un 98% de los participantes manifestó que fumar tabaco era perjudicial para la salud en general y para su propia salud. Resultados similares obtuvo Font-Mayolas (2002) en una entrevista a 144 fumadores y exfumadores, en la cual ningún encuestado consideró que fumar no tenía efecto negativo sobre la

salud. Los integrantes de la muestra estaban, por lo tanto, informados de que fumar tabaco es un hábito que perjudica la salud. Aunque pudiera parecer un resultado obvio, atendiendo a la cantidad y calidad de los mensajes en contra del tabaco que recibe un fumador, no siempre estos mensajes son asimilados. Así, en adolescentes de los Estados Unidos de América sólo un 58% de los fumadores habituales consideraba definitivamente perjudicial el consumo de 1 a 5 cigarrillos diarios (Murphy-Hoefer, Alder y Higbee, 2004). Se ha observado que el grado de conocimiento o de reconocimiento de los perjuicios del tabaco sobre la salud es mayor a medida que se progresa en las etapas del cambio, siendo, por lo tanto, más bajo en los precontempladores (Chapman, Wong y Smith, 1993; Cohen, Pederson, Ashley, Bull, Ferrence y Poland, 2002). En el presente estudio no se observaron diferencias entre las etapas dado el escaso número de participantes que no admitieron el perjuicio del tabaco.

En cambio, el grado de nocividad del tabaco sobre la salud actual es una medida que ha obtenido valoraciones diferentes según la etapa del cambio. Que disminuya en los exfumadores sigue una lógica fisiopatológica evidente, ya que al dejar de estar expuestos a las sustancias tóxicas del humo del tabaco el perjuicio que éste les ocasiona sobre la salud va disminuyendo. Este decremento se inicia en la etapa de Acción y se hace más evidente a medida que aumentan las semanas libres de la exposición al tabaco. Menos previsible, y por ello de mayor interés, es la valoración que realizan los fumadores activos. **Los fumadores con intención de cambio consideran que el tabaco les está afectando a la salud más que los fumadores sin intención de cambio, y esta consideración es máxima en la etapa de Contemplación**, es decir,

coincide con el hecho de plantearse que hay que dejar de fumar en un plazo inferior a los 6 meses. Durante la etapa de Preparación la percepción de afectación de la salud actual por el tabaco fue inferior, tal vez influida porque los fumadores en Preparación tenían una carga tabáquica acumulada y un consumo diario de cigarrillos inferior a los contempladores, aunque es preciso recordar que dichas diferencias no tuvieron significación estadística. Hipotéticamente, los fumadores preparados pueden comenzar a disminuir la cantidad de cigarrillos que fuman (Prochaska y Prochaska, 1993) y este hecho acompañarse de una percepción de menor afectación actual de la salud debida al consumo de tabaco. En un trabajo realizado con estudiantes norteamericanos de 18 a 35 años, de los cuales 201 (16%) eran fumadores activos, los precontempladores (n=40) consideraron que el tabaco les afectaba la salud en menor grado que los contempladores y preparados, de manera similar a los resultados del presente estudio (Prokhorov y cols., 2003). Además los precontempladores creían en menor grado que seguir fumando perjudicaría su salud o que dejar el consumo de tabaco contribuiría a la buena salud, creencias que alcanzaban su máxima expresión en la etapa de Preparación. El grado de nocividad del tabaco sobre la salud actual se correlaciona mejor con la atribución al tabaco de deterioro sobre la salud física que con la atribución al tabaco de deterioro sobre la salud mental. Además, los participantes puntuaron más alto el perjuicio que les había ocasionado el tabaco sobre la salud física que sobre la salud mental. Es decir, **se percibe más el deterioro físico que el mental** como consecuencia del consumo de tabaco. El mayor reconocimiento de la afectación física que de la mental es

todavía más evidente cuando las personas padecen enfermedades físicas relacionadas con el tabaco.

Sin embargo, después de realizar los ajustes por factores sociodemográficos y morbilidad, **la menor influencia atribuida al tabaco sobre el deterioro de la salud mental es claramente manifiesta en los fumadores sin intención de cambio** respecto a los fumadores con intención de cambio y a los exfumadores, por lo que su importancia en el progreso de las etapas del cambio pudiera ser mayor del inicialmente previsto por su grado de reconocimiento, sin menoscabar la relevancia de **la menor influencia atribuida al tabaco sobre el deterioro de la salud física en los fumadores sin intención de cambio** respecto a los fumadores con intención de cambio.

La compensación del valor de las percepciones que entraña el agrupamiento de las etapas, no debe distanciarnos de lo que sucede en las etapas simples. Así, el gráfico que dibujan ambas atribuciones sobre el deterioro de la salud es similar, con los niveles más bajos en ambos extremos (Precontemplación y Finalización) y el nivel más alto en la etapa de Acción. La percepción de perjuicio por el tabaco es máxima, por lo tanto, en el momento que están dejando de fumar, y mínima en los fumadores sin intención de cambio.

Este dato es concordante con la observación de que la razón más común para intentar seriamente dejar de fumar en consumidores norteamericanos fue en un 92% la preocupación por la salud actual o futura (Hyland y cols., 2004). En un estudio realizado en el estado de Texas con 1283 estudiantes con edades comprendidas entre los 18 y los 35 años la preocupación por la salud alcanzó su máxima expresión en las etapas de Preparación y Mantenimiento, y su nivel más bajo en Precontemplación (Prokhorov y cols., 2003). En una consulta de

deshabitación tabáquica para profesionales sanitarios en Madrid, el motivo principal para dejar de fumar fue preservar o recuperar la salud en el 87,9% de los casos (Flórez y cols., 2004). En cambio, los usuarios de una Unidad de Tabaquismo de Zaragoza (62% varones y edad media de 43 años) explicaron como motivo para el abandono del tabaco la prevención de enfermedades en el 38%, la conciencia de dependencia en el 20% y el papel ejemplar para los hijos en un 10% (Nerín, Crucelaegui, Mas y Guillén, 2003).

La evaluación de la atribución del tabaquismo sobre la salud utilizada en este estudio no es una medida de uso habitual, sino que fue diseñada específicamente para el desarrollo del mismo. Este aspecto dificulta la comparación de los resultados. Una medida que podríamos considerar relacionada es la evaluación de los “contras” del tabaquismo en el balance decisional. De hecho, los “contras” del tabaquismo están reflejando la influencia social percibida en contra del consumo de tabaco y, sobre todo, las creencias sobre las consecuencias negativas del tabaco sobre la salud (Kraft, Sutton y Reynolds, 1999).

Una revisión de estudios que valoraban la magnitud de los “contras” del tabaquismo, y que consideraba también como equivalentes la valoración de los “pros” del abandono del consumo de tabaco y los “pros” para el cambio, identificaba que en la mayoría de los estudios se alcanzaban los niveles más altos en las etapas con intención de cambio (Kraft, Sutton y Reynolds, 1999). Resultados similares se han detectado en fumadores españoles (Font-Mayolas, Planes, Gras y Sullman, 2007), lo cual evidencia que es en la entrada en las etapas de Contemplación y sobre todo de Preparación donde se produce el cruce que permite conseguir un nivel más alto de los “contras” que de los “pros”

del consumo de tabaco (Font-Mayolas, 2002; Prochaska y cols., 1994). Estos resultados coinciden con el trabajo de Etter y Perneger (1999b) con fumadores activos de la Universidad de Ginebra (Suiza) donde observaron que los precontempladores tasaban por encima los “pros” y por debajo los “contras” respecto a los preparados, y también valoraban significativamente los “contras” por debajo de los contempladores, mientras que la menor tasación de los “contras” en contempladores respecto a los preparados no alcanzaba la significación.

De manera similar, la valoración de mayor nocividad del tabaco sobre la salud actual y la mayor atribución al tabaco del deterioro sobre la salud física y mental se obtiene en las etapas con intención de cambio y durante la acción de abandono.

Prokhorov y cols. (2003) realizaron una pregunta similar a la del presente estudio respecto a la atribución del tabaquismo sobre la salud y compararon su valor en las tres etapas del cambio de los fumadores activos. El grado de afectación global de la salud por el tabaquismo fue evaluado más alto por los fumadores en Preparación, seguido por los contempladores, sin que se hallaran diferencias estadísticas significativas entre ambos grupos. En cambio, los precontempladores evaluaban el grado de afectación global de la salud por el tabaquismo significativamente por debajo que los fumadores con intención de cambio, sin que los autores del trabajo proporcionen información sobre la evaluación de los exfumadores en Acción que hubiera sido valiosa para establecer comparaciones con nuestros resultados.

La muestra estudiada en el presente estudio tiene pocos enfermos con patología relacionada con el tabaco (n=30). Estos enfermos valoran más el

efecto del tabaco sobre su salud que el resto de los participantes, lo cual podemos considerar un resultado esperado, ya que en estos casos el daño puede ser permanente o a largo plazo, y no desaparece al abandonar el consumo de las sustancias tóxicas. Estos enfermos valoran principalmente la influencia sobre su salud actual y la repercusión sobre la salud física, por lo que la atribución al tabaquismo del estado de la salud percibida en las etapas del cambio estará condicionada por el número de enfermos con patología relacionada con el tabaco en la muestra y por la ubicación de los mismos en las distintas etapas. En este contexto, es de destacar la observación en el presente estudio de diferencias entre las etapas en la atribución de la afectación de la salud por el tabaco, a pesar de que en la mayoría de los participantes no se había llegado a producir una entidad patológica definida causada por el tabaquismo.

8.8. OBJETIVO 8: Evaluar las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el cuestionario SF-36, según la etapa del cambio

En este apartado, primero se discuten los resultados de las ocho dimensiones del SF-36, de la Evolución Declarada de la Salud y de los Componentes Sumario Estandarizados, y posteriormente se comenta la visión global desde la perspectiva de las etapas del cambio.

Se ha de tener en cuenta que las comparaciones con los resultados obtenidos por otros investigadores sólo será posible en agrupaciones mayores del estado

del hábito tabáquico como fumador y exfumador. Nuestro estudio no incluye a los no fumadores y en los trabajos publicados en la literatura no se diferencia entre las etapas del cambio de los fumadores y de los exfumadores. El objetivo innovador de esta investigación de analizar la calidad de vida propia de cada etapa del cambio provoca que no existan referencias previas estudiadas con el SF-36. En cambio, los estudios precedentes podían clasificar a los fumadores activos para valorar su calidad de vida según otras características, como el consumo de cigarrillos.

Los fumadores con intención de cambio tienen peores percepciones en Función Física que los precontempladores y que los exfumadores. Se observa un descenso en Función Física en la etapa de Contemplación, que se recupera progresivamente al dejar de fumar. Este resultado puede parecer lógico, ya que una menor percepción en Función Física implica una sensación de limitación en actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, coger o llevar pesos, subir escaleras e inclinarse, pero también representa una restricción para los esfuerzos moderados e intensos. Sentir alguna de estas limitaciones podría facilitar posicionarse en una intención de abandono del tabaco. En cambio, el cese del consumo de esta sustancia podría seguirse de la progresiva mejora en la capacidad percibida para realizar estas actividades físicas.

En la revisión de la literatura hay trabajos que no encuentran diferencias significativas en la dimensión Función Física del SF-36 entre los fumadores y los exfumadores (Bellido-Casado, Martín-Escudero, Dueñas-Laita, Mena-Martín, Arzúa-Mouronte y Simal-Blanco, 2004; Guitérrez-Bedmar, Seguí-

Gómez, Gómez-Gracia, Bes-Rastrollo y Martínez-González, 2009; Sippel, Pedula, Vollmer, Buist y Osborne, 1999), y estudios que describieron una menor Función Física en los fumadores que en los exfumadores con una diferencia estadísticamente significativa en el análisis no ajustado (Mulder, Tijhuis, Smit y Kromhout, 2001; Tillmann y Silcock, 1997; Woolf, Rotchemich, Johnson y Marsland, 1999), que en ocasiones podía detectarse en los varones pero no en las mujeres (Laaksonen, Rahkonen, Martikainen, Karvonen y Lahelma, 2006). Resultados con significación clínica, obteniendo más de 5 puntos de diferencia, sólo se observaron en el trabajo de Wolf y cols. (1999). Dentro de los fumadores activos, las diferencias en Función Física según el consumo de tabaco fueron siempre inferiores a los 5 puntos (Guitérrez-Bedmar y cols., 2009; Laaksonen y cols., 2006; Schmitz, Kruse y Kugler, 2003; Wilson, Parsons y Wakefield, 1999). Estos resultados no son contradictorios con los observados en la presente investigación porque el valor global en Función Física de los fumadores activos dependería de la etapa de cambio en que se ubicaran, y este dato no es aportado en ninguno de los estudios mencionados.

No hay diferencias estadísticamente significativas entre las etapas en la valoración de Rol Físico. Aunque en el análisis bivariado los fumadores con intención de cambio tienen valores inferiores que los fumadores sin intención de cambio, debido a la peor evaluación en Rol Físico que se produce en la etapa de Contemplación y principalmente en Preparación con casi 15 puntos menos, la significación no se mantuvo en el análisis multivariado. En la etapa agrupada de exfumador los valores altos de Mantenimiento amortiguan los valores bajos de Acción y Finalización.

En la literatura los fumadores tenían peores evaluaciones en Rol Físico que los exfumadores con una diferencia estadísticamente significativa en el análisis no ajustado en 4 de los 7 estudios revisados que incluyen dicha comparación estadística (Mulder y cols., 2001; Sippel y cols., 1999; Tillmann y Silcock, 1997; Woolf y cols., 2001), alcanzando significación clínica en dos de ellos (Sippel y cols., 1999; Woolf y cols., 2001). En una investigación de Wilson y cols. (1999), la comparación de la dimensión Rol Físico del SF-36 entre los propios fumadores según el consumo de tabaco fue superior a 5 puntos.

No hay diferencias estadísticamente significativas entre las etapas en la valoración de Dolor Corporal. Aunque se observa una tendencia a la mejora de esta percepción en exfumadores sólo en dos estudios los fumadores puntuaban peor que los exfumadores en el análisis no ajustado (Tillmann y Silcock, 1997; Woolf y cols., 2001) y uno de ellos tenía significación clínica (Woolf y cols., 2001). En otro trabajo se observaron diferencias mayores a 5 puntos según el consumo de cigarrillos en fumadores activos (Wilson y cols, 1999).

Los fumadores con intención de cambio tienen peores percepciones en Salud General que los exfumadores. La valoración de la salud actual y de las perspectivas de salud en el futuro está disminuida en las personas que se plantean dejar de fumar y suele ser mejor en los que ya han dejado de fumar.

Aunque en los trabajos previos no se tiene en cuenta la intención de abandono de los fumadores, su comparación con los exfumadores mediante el SF-36 suele demostrar una peor percepción en Salud General con significación estadística y clínica (Laaksonen y cols., 2006; Sippel y cols., 1999; Tillmann y Silcock, 1997; Woolf y cols., 2001), sólo estadística en el global de los

fumadores (Mulder y cols., 2001) o limitada a los grandes fumadores (Guitérrez-Bedmar y cols., 2009), aunque hay excepciones que describen valoraciones similares en ambos grupos (Bellido-Casado y cols., 2004). También se ha descrito una peor Salud General entre los consumidores de una mayor cantidad de cigarrillos (Guitérrez-Bedmar y cols., 2009; Wilson y cols., 1999).

Aunque la medida de percepción de salud no es equivalente, consideramos de interés comentar un estudio realizado con estudiantes norteamericanos de 18 a 35 años, de los cuales 201 (16%) eran fumadores activos y 171 (13%) eran exfumadores, a quienes se les pidió que valoraran su estado actual de salud en una escala de 4 puntos desde mala hasta excelente. Los exfumadores en la etapa de Mantenimiento comunicaron mejor percepción de Salud que en la etapa de Acción, pero no hubo diferencias estadísticas entre los fumadores activos aunque el valor global disminuía ligeramente en el avance en las etapas del cambio (Prokhorov y cols., 2003).

Los fumadores con intención de cambio tienen peores percepciones en Vitalidad que los exfumadores. La sensación de cansancio y agotamiento es más manifiesta en los fumadores, especialmente en quienes se plantean el abandono del tabaco. Al dejar el hábito, el sentimiento de falta de energía disminuye.

De los siete trabajos revisados comparativos de fumadores y exfumadores mediante el SF-36, en 4 de ellos los fumadores tienen peores valoraciones estadísticas que los exfumadores en Vitalidad (Laaksonen y cols., 2006; Mulder y cols., 2001; Tillmann y Silcock, 1997; Woolf y cols., 2001), y en dos de ellos también peores valoraciones clínicas (Tillmann y Silcock, 1997; Woolf y cols.,

2001). De manera similar a otras dimensiones, también en Vitalidad hay diferencias clínicas en las subclasificaciones según el número de cigarrillos diarios fumados (Guitérrez-Bedmar y cols., 2009; Schmitz y cols., 2003; Wilson y cols., 1999).

Los fumadores con intención de cambio tienen peores percepciones en Función Social que los fumadores sin intención de cambio y que los exfumadores. Los fumadores que tienen planteamientos a medio y corto plazo de abandono del consumo de cigarrillos, perciben interferencias en su vida social habitual causadas por problemas de salud, ya sea por trastornos de índole física o emocional.

En cinco estudios de los 7 revisados la dimensión Función Social tiene un valor inferior con significación estadística (Guitérrez-Bedmar y cols., 2009; Laaksonen y cols., 2006; Mulder y cols., 2001; Tillmann y Silcock, 1997; Woolf y cols., 2001), aunque en sólo uno de ellos el valor alcanzó significación clínica (Woolf y cols., 2001). De nuevo, debemos recordar que en estas comparaciones el fumador activo es valorado como un grupo, sin tener en cuenta sus deseos de abandono del tabaco, y que en nuestros resultados las diferencias entre los fumadores que no se planteaban dejar de fumar y los exfumadores no fueron significativas ni estadística ni clínicamente. Es posible, por lo tanto, que si el número de precontempladores en las muestras era alto compensara las percepciones de los contempladores y preparados. En estudios que controlaban la magnitud de consumo, entre los más consumidores llegaban a alcanzarse diferencias clínicas respecto a los menos consumidores de cigarrillos, superando los 5 puntos pero sin alcanzar los 6 puntos de

diferencia (Guitérrez-Bedmar y cols., 2009; Schmitz y cols., 2003; Wilson y cols., 1999).

Los fumadores tienen peores percepciones en Rol Emocional que los exfumadores. Es decir, los fumadores perciben dificultades en sus actividades diarias cotidianas y en las laborales, causadas por problemas emocionales, en mayor medida que los exfumadores. Aunque en el estudio multivariado estas diferencias sólo tendieron a la significación, sí fueron claramente significativas en el estudio bivariado. El mayoritario efecto techo de esta dimensión, con muchos participantes valorando el máximo posible, asociado al tamaño de la muestra del estudio ha podido propiciar esta pérdida de la significación a pesar de unas diferencias medias clínicamente relevantes.

En la revisión de trabajos previos se halló que en 4 de ellos había diferencias estadísticas con peores valoraciones en los fumadores activos que en los exfumadores (Guitérrez-Bedmar y cols., 2009; Mulder y cols., 2001; Tillmann y Silcock, 1997; Woolf y cols., 2001), y en uno estas diferencias sólo se detectaban en las mujeres, pero no en los hombres (Laaksonen y cols., 2006). Las diferencias clínicas entre los fumadores y exfumadores se observaron en 3 estudios (Bellido-Casado y cols., 2004; Mulder y cols., 2001; Woolf y cols., 2001). Las diferencias clínicas según el consumo de cigarrillos también estuvieron presentes en algunos estudios (Guitérrez-Bedmar y cols., 2009; Schmitz y cols., 2003; Wilson y cols., 1999).

Los fumadores con intención de cambio tienden a peores percepciones en Salud Mental que los exfumadores. A pesar de que en el análisis bivariado los fumadores percibían peor Salud Mental que los exfumadores, esta percepción perdió significación al realizar los ajustes en el estudio multivariado,

aunque manteniendo una clara tendencia a la significación estadística en el caso de los fumadores que se planteaban dejar de fumar, que acompaña a la diferencia clínicamente relevante observada entre ambos grupos con peor salud mental en las etapas de Contemplación y Preparación que en los exfumadores. Los exfumadores experimentan, por lo tanto, menos sentimientos de inestabilidad emocional, ansiedad o depresión, que los fumadores activos. Esta observación está descrita en 5 de los 7 estudios comparativos revisados (Guitérrez-Bedmar y cols., 2009; Laaksonen y cols., 2006; Mulder y cols., 2001; Tillmann y Silcock, 1997; Woolf y cols., 2001), con diferencias clínicas en dos de ellos (Tillmann y Silcock, 1997; Woolf y cols., 2001). En una muestra de fumadores estadounidenses que además dependían o abusaban del alcohol, hubo un mayor porcentaje de depresión mayor actual o a lo largo de la vida, y de síntomas depresivos medidos por el cuestionario de depresión de Beck, entre los contempladores para el abandono del tabaco que entre los que estaban en la etapa de Acción (Joseph, Lexau, Willenbring, Nugent y Nelson, 2004), coincidiendo con nuestros resultados. La dimensión Salud Mental es peor valorada por los fumadores que consumen más cigarrillos (Guitérrez-Bedmar y cols., 2009; Schmitz y cols., 2003; Wilson y cols., 1999).

Los fumadores con intención de cambio perciben que su salud empeora con el transcurso del tiempo en mayor medida que los fumadores sin intención de cambio y que los exfumadores. Los fumadores sin intención de cambio perciben, a su vez, que la evolución de su salud es peor que la de los exfumadores. La pregunta 2 del cuestionario SF-36 dice textualmente “¿cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?”, y permite las opciones de respuesta “mucho mejor; algo mejor; más o menos

igual; algo peor y mucho peor ahora que hace un año". La respuesta nos proporciona información sobre cuál es la evolución de la salud a través del tiempo que declara el participante. En promedio, los fumadores con intención de cambio se mueven entre igual y algo peor, mientras que el resto se mueven entre igual y algo mejor. Como ocurre en varias dimensiones del SF-36, la peor percepción de salud se asocia al cambio de asumir una intención de abandono del consumo de tabaco, y después de dejar de fumar esta misma percepción mejora.

Esta pregunta del SF-36, que no queda incluida en las dimensiones ni en los Componentes Sumarios, no ha sido explotada en los resultados de los estudios antes comentados que utilizaban el SF-36. Para comparar este resultado utilizaremos los estudios de salud percibida en los fumadores realizados mediante una pregunta simple. Según la formulación de las preguntas se valoraba la percepción de salud en el momento (McClave, Dube, Strine y Mokdad, 2009; Mody y Smith, 2006; Strine y cols., 2005), en los tres últimos meses (Yin Ho, Hing Lam, Fielding y Janus, 2003) o en los 12 últimos meses (Diez-Gañan y cols., 2002; Guallar-Castillón, Rodríguez-Artalejo, Diez-Gañan, Banegas, Lafuente y del Rey, 2001). Es, por lo tanto, otra manera de evaluar la percepción de salud general, pero es una medida estática, sin el componente evolutivo intrínseco de la Evolución Declarada de la Salud, con la que efectuamos la comparación.

De nuevo, la comparación sólo será posible entre los fumadores activos en conjunto y los exfumadores, ya que no tenemos conocimiento de investigaciones que valoren la salud percibida de los fumadores atendiendo a su situación en las etapas de cambio.

Se han encontrado estudios que no hallan diferencias en la percepción de salud entre fumadores y exfumadores (McClave y cols., 2009); con peor percepción en los fumadores activos como en los presentes resultados (Mody y Smith, 2006; Strine y cols., 2005); peor salud sólo en los fumadores de mayor consumo (Guallar-Castillón y cols., 2001) a pesar de la mayor prevalencia de enfermedades crónicas entre los exfumadores; peor salud percibida en los varones exfumadores (Diez-Gañan y cols., 2002), los cuales tenían mayor edad y más enfermedades crónicas y, después de dividir los exfumadores en dos grupos según la carga tabáquica acumulada se observa que sólo perciben peor salud quienes soportaban una carga superior a los 13 paquetes-año. Yin Ho y cols. (2003) también hallaron peor salud percibida en los exfumadores. Estos autores argumentan que los fumadores con enfermedades que perciben mala salud dejan de fumar, mientras que aquellos que no sienten el deterioro de la salud siguen fumando. De todos modos, hay una mejoría progresiva de la salud subjetiva con el tiempo en estos casos, igualándose con la de los fumadores después de más de 10 años de abstinencia (Diez-Gañan y cols., 2002; Yin Ho y cols., 2003).

La valoración del conjunto de las dimensiones de salud física tiende a ser peor en los fumadores con intención de cambio que en los fumadores sin intención de cambio. Las dimensiones con un componente de salud física están peor valoradas en conjunto por los fumadores que se plantean dejar de fumar. Los precontempladores tienen un valor normal, igual al normativo, mientras que los exfumadores y especialmente los fumadores con intención de cambio tienen valores inferiores a los normativos.

McClave y cols. (2009) separaron los fumadores activos en dos grupos, los que no hicieron ningún intento durante el año previo para dejar el tabaco, y los que estuvieron al menos un día sin fumar durante el año previo con la intención de abandonar el consumo. Los fumadores que lo intentaron sin éxito tuvieron más probabilidad que los que no lo intentaron de comunicar Distrés Físico (OR ajustada de 1,8), mientras que los exfumadores tuvieron una probabilidad similar. Aunque estas particiones no son equivalentes a la clasificación según las etapas del cambio de la presente investigación, sí tienen una cierta similitud.

El global de los exfumadores queda en una situación intermedia sin diferencias estadísticamente significativas con ninguno de los dos grupos de fumadores activos. En la literatura hay trabajos que comunican la ausencia de diferencias entre los fumadores y los exfumadores (Mulder y cols., 2001), y otros, que observan un peor componente físico en los fumadores, con diferencias de 1,4 a 2,4 puntos (Riise, Moen y Nortvedt, 2003; Woolf y cols., 2001). Atendiendo a nuestros resultados, y a lo comentado previamente, el valor global de los fumadores y exfumadores podría depender del tiempo que llevaran sin fumar (etapa del cambio) y del grado de consumo de tabaco, con peor Componente Sumario Físico cuanto mayor es el consumo de cigarrillos (Riise y cols., 2003).

La valoración del conjunto de las dimensiones de salud mental es peor en los fumadores activos que en los exfumadores. Las dimensiones con un componente de salud mental están peor valoradas, en conjunto, por los fumadores activos que por aquellos que han conseguido superar la adicción y ya no dependen de unas sustancias biológicas. Los exfumadores tienen un valor normal del Componente Sumario Mental, cercano al normativo, mientras

que los fumadores activos tienen valores definitivamente inferiores a la normalidad.

En el trabajo de McClave y cols. (2009) se detallan unos resultados opuestos a los del presente estudio, ya que los fumadores que intentaron el abandono del consumo de tabaco sin éxito tuvieron más probabilidad que los que no lo intentaron de comunicar Distrés Mental (OR ajustada de 2,2), y en cambio los exfumadores tuvieron la misma probabilidad que los que no lo intentaron. Sin embargo, cuando se recurre a bibliografía que utilizó como instrumento de medida el SF-36 o el SF-12, en vez de una pregunta simple, los resultados son equivalentes a los del presente estudio con peores puntuaciones del Componente Sumario Mental en los fumadores activos que en los exfumadores, con diferencias de 1,5 puntos (Riise y cols., 2003), 3 puntos (Mulder y cols., 2001) y 6,3 puntos (Woolf y cols., 2001).

Se ha documentado la existencia de una asociación positiva entre el malestar psicológico y el consumo de tabaco (Villar, Viñas, Juan, Caparrós, Pérez y Cornellà, 2004). Entre los enfermos psiquiátricos se ha observado una mayor prevalencia de tabaquismo (Lasser, Boyd, Woolhandler, Himmelstein, McCormick y Bor, 2000), ya que las personas con una historia de enfermedad mental tienen un 94% más de probabilidad de consumir tabaco que la población normal (Saffer y Dave, 2002). Se han descrito mayores porcentajes de personas con trastornos psiquiátricos o con manifestaciones subclínicas entre los fumadores que no abandonan el hábito (Pomerleau, Marks y Pomerleau, 2000), tal vez porque el tabaco sería utilizado como una estrategia de adaptación o como una forma de automedicación antidepresiva y ansiolítica (Becoña, 1999, 2007; Pedersen y von Soest, 2009).

Entre los fumadores hay más casos de depresión mayor y de síntomas depresivos que entre los exfumadores, y sobre todo que entre los no fumadores (Daniel, Cargo, Lifshay y Green, 2004; Khaled, Bulloch, Exner y Patten, 2009; Vázquez y Becoña, 1999). Asimismo, en los fumadores con alta dependencia a la nicotina la prevalencia de depresión mayor fue el doble que en los fumadores con baja dependencia (Khaled y cols., 2009).

Como hemos comentado en las enfermedades mentales en general, los fumadores con depresión fracasan más en los intentos de abandono y recaen con mayor frecuencia, que los fumadores no deprimidos (Vázquez y Becoña, 1999), ya que la retirada de la nicotina puede cursar con sintomatología depresiva y el cese del tabaquismo puede precipitar o incrementar la depresión en individuos predispuestos (Becoña, 2000a; Hughes, Stead y Lancaster, 2004). Sin embargo, para los individuos no predispuestos, este incremento es transitorio, de modo que los fumadores que consiguieron dejar de fumar más de un año tenían prevalencias de depresión mayor inferiores que los exfumadores recientes, y éstos a su vez inferiores que los fumadores que habían intentado, o incluso sólo considerado, dejar de fumar (Khaled y cols., 2009), resultados que apoyarían nuestra observación de mejora en los componentes de salud mental en los exfumadores.

También la ansiedad se ha asociado al consumo de tabaco. Así, Heiligenstein y Smith (2006) comunicaron que los fumadores de más de 10 cigarrillos diarios tenían más síntomas de ansiedad y depresión, menor bienestar subjetivo y menor capacidad funcional personal y social que los no fumadores y que los fumadores de menos cigarrillos diarios. Pedersen y von Soest (2009) también observaron puntuaciones más elevadas en ansiedad y depresión en fumadores

que en no fumadores, y dentro del grupo de fumadores mayores niveles de ansiedad y depresión en los fumadores más dependientes a la nicotina.

De hecho, la dependencia del tabaco está reconocida como un trastorno mental y del comportamiento tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (1995) (ICD-10) como en el Manual de Diagnóstico DSM-IV (APA, 2002).

Estos datos contribuyen a evidenciar la asociación de peor salud mental con tabaquismo. Se han planteado diversas posibles explicaciones, entre ellas que los individuos con un trastorno mental tiendan más al consumo de tabaco y les cueste más abandonarlo, que existan factores subyacentes que sean responsables tanto del tabaquismo como del trastorno mental y, finalmente, que el propio consumo de tabaco tenga un efecto adverso sobre la salud mental (Mulder y cols., 2001; Pedersen y von Soest, 2009; Villar y cols., 2004; Woolf y cols., 2001)

Diversos estudios apoyan esta última opción. Así, se ha observado que los adolescentes fumadores, especialmente los consumidores de más de un paquete diario de cigarrillos, desarrollan con mayor frecuencia trastornos de ansiedad generalizada, agorafobia y sobre todo crisis de pánico durante la edad adulta (Isensee, Wittchen, Stein, Hofler y Lieb, 2003; Johnson, Cohen, Pine, Klein, Kasen y Brook, 2000). En un estudio de seguimiento desde los 13 hasta los 27 años de edad en una población de jóvenes noruegos, se concluyó que entre los fumadores con dependencia a la nicotina la probabilidad de desarrollar depresión y ansiedad fue superior que en los no fumadores. En el caso de los fumadores sin dependencia a la nicotina la probabilidad de desarrollar depresión fue también superior que en los no fumadores, pero la

ansiedad, que se mantenía significativa en el modelo ajustado por edad, sexo y medidas previas de salud mental, perdió la significación cuando el modelo fue ajustado con otras variables sociodemográficas, factores de riesgo personal y datos de la historia familiar. En cambio, una peor salud mental en los adolescentes y jóvenes no fue un factor de riesgo para el desarrollo posterior de tabaquismo o de dependencia a la nicotina (Pedersen y von Soest, 2009).

8.9. OBJETIVO 9: Comparar las dimensiones del SF-36 de la muestra estudiada con los valores normativos poblacionales según la etapa del cambio

En el presente estudio todos los participantes están incluidos dentro de una etapa del cambio, por este motivo no hay participantes sin relación con el consumo de tabaco. Al no disponer de las percepciones de salud del conjunto de no fumadores no podemos establecer comparaciones con los resultados de los integrantes de la muestra analizada. El cuestionario de salud empleado, el SF-36, dispone de unos valores poblacionales de referencia que se obtuvieron en 1996 a partir de una muestra de 9151 personas no institucionalizadas, de 18 años o más y residentes en el territorio español (Alonso y cols., 1998). La comparación con la población de referencia no es equivalente a la comparación con los no fumadores porque, aparte de la diferencia de contexto y de tiempo entre ambas muestras, en la población de referencia había un 36,8% de consumidores de tabaco, y posiblemente también un alto porcentaje de exfumadores, aunque este dato no se describió en la publicación original. La comparación ha de ser considerada, por lo tanto, como el valor obtenido por los

participantes, según la etapa del cambio en que se encuentran, en relación al valor esperado en la población general, con independencia del hábito en el consumo de tabaco, para las personas del mismo intervalo de edad y del mismo sexo.

En los precontempladores todas las valoraciones de las dimensiones del SF-36 eran inferiores a las esperadas por su edad y sexo, excepto Función Física y Rol Físico, que tenían valores similares a los poblacionales. En los fumadores con intención de cambio todas las dimensiones tenían valores inferiores a los esperados, incluidas Función Física y Rol Físico. Las dos dimensiones más representativas de la capacidad de realizar actividades físicas se mantienen próximas a los valores normativos en los fumadores sin intención de abandonar el consumo de tabaco a medio plazo, a diferencia de lo que sucede en los fumadores con intención de abandono. A la vista de estos resultados se puede plantear la hipótesis de que la percepción de limitaciones en las actividades físicas puede conducir al planteamiento de abandonar el consumo de tabaco a medio o corto plazo. Sin embargo, la mala percepción de salud en las otras dimensiones que acompaña a los precontempladores no parece ser lo suficientemente definitiva para conseguir el avance en las etapas del cambio.

La importancia de la dimensión Función Física en el mantenimiento como fumador sin intención de cambio o el paso a fumador con intención de cambio, queda evidenciada al ser la única variable incorporada en el modelo para esta discriminación, de modo que cada punto de incremento de Función Física significa un 2,4% más de probabilidad de mantenerse como precontemplador.

Los exfumadores tenían valores similares a los normativos en todas las dimensiones excepto en Dolor Corporal que eran inferiores. Si los fumadores en Contemplación y Preparación estaban por debajo de la población de referencia, y los que han progresado en las etapas del cambio pasando al estado de exfumadores estaban al mismo nivel que la población de referencia, es posible establecer la hipótesis de que el abandono del consumo de tabaco se acompaña de una mejora en las percepciones de salud en prácticamente todas las dimensiones estudiadas con el cuestionario SF-36, tanto las físicas como las mentales o emocionales.

Encontramos, sin embargo, una excepción en la dimensión Dolor Corporal. Esta dimensión no mostraba diferencias entre todas las etapas del cambio, aunque tendía a la recuperación en Finalización, estando por debajo del valor normativo en todas las etapas menos en Finalización. Una revisión de la literatura permite identificar que la asociación de tabaquismo y dolor osteomuscular ha sido ampliamente evidenciada. Así, por ejemplo:

Una encuesta contestada por 6681 noruegos detectó una mayor probabilidad de haber padecido dolor musculoesquelético en los últimos 14 días en los fumadores (OR 1,69) y en los exfumadores (OR 1,22) que en los no fumadores, después de un ajuste por género, edad, otras enfermedades, problemas mentales y factores dependientes del lugar de trabajo (Brage y Bjerkedal, 1996).

En Inglaterra, Escocia y Gales encuestaron 12907 personas y hallaron una asociación positiva entre la presencia de dolor en el cuello, la espalda, los hombros, los codos, las manos y las caderas, y el consumo de tabaco, después de ajustar por edad, sexo, síntomas potencialmente psicósomáticos y actividad

ocupacional. La relación era especialmente evidente cuando se trataba de dolor discapacitante, es decir, aquel dolor que limitaba las actividades normales, con OR de 1,6 para los fumadores respecto a los no fumadores (Palmer, Syddall, Cooper y Coggon, 2003).

En un estudio transversal realizado en Alemania con 7271 personas, mediante un análisis de regresión logística binaria multivariada ajustando por factores sociodemográficos, estilos de vida y trastornos mentales, se identificó una mayor probabilidad de padecer un dolor crónico de espalda en los fumadores (OR 1,45) y en los exfumadores (OR 1,65) que en los no fumadores, siendo el factor más relevante el número de años consumiendo cigarrillos (Zimmermann, Mannub, Schneider y Schitenwolf, 2008).

Se ha planteado que los efectos farmacológicos de la nicotina pueden afectar la manera en que el cerebro procesa los estímulos sensitivos y la percepción del dolor (Palmer y cols, 2003), pero ello no explicaría su persistencia en los exfumadores. También se ha postulado que los efectos vasoconstrictores y proateroscleróticos del tabaco pueden inducir defectos de perfusión sanguínea en los discos intervertebrales, en las articulaciones y en los músculos que conducirían a cambios degenerativos en los mismos, debido a hipoxia, cambios del pH, y alteraciones minerales y nutritivas (Brage y Bjerkedal, 1996; Palmer y cols., 2003; Zimmermann y cols., 2008). Sin embargo, la asociación del tabaquismo con una mayor declaración de problemas de salud, que incluyen cefalea, cervicalgia, dolor articular, dolor muscular y dolor abdominal, entre otros, con un mayor consumo de analgésicos y tranquilizantes, y un mayor uso de los servicios de salud, observado en adolescentes noruegos de 13 a 18 años (Holmen, Barret-Connor, Holmen y Bjermer, 2000), obliga a buscar otros

potenciales mecanismos implicados que actúen a corto plazo, ya que la media de duración del consumo de tabaco era tan sólo de año y medio. Así, se considera que, además de la posible base fisiopatológica orgánica, pueden existir asociaciones del tabaquismo con trastornos mentales y de personalidad que faciliten la aparición de sintomatología psicósomática con un descenso del umbral para la percepción o para la declaración del dolor (Palmer y cols, 2003; Zimmermann y cols., 2008).

Una posible crítica para justificar los peores resultados obtenidos por los fumadores en comparación a la población general en las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud, es que la muestra estudiada se ha obtenido de una población que ha acudido a una consulta médica para ser visitada. Este argumento no justificaría por qué los exfumadores, que también han sido reclutados durante la visita médica, ostentan percepciones de salud similares a las de la población de referencia. Adicionalmente, hemos de recordar que dentro de los valores poblacionales también están incluidas personas enfermas (Alonso y cols., 1998) y, como ya hemos comentado, fumadoras. Por lo tanto no se está estableciendo una comparación de los fumadores de la muestra analizada con un grupo de controles sanos que nunca han fumado. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2003, un 85 % de la población española consultó a un médico en el transcurso del último año (Instituto Nacional de Estadística, 2004b). Estos porcentajes se mantienen en la Encuesta Nacional de Salud del año 2006, donde el porcentaje de personas que realizó una consulta médica el último año oscila entre 78 y 95%, según el grupo etario (Instituto Nacional de Estadística, 2008). Por lo tanto, el

uso de estas consultas es amplio y no está restringido a las personas graves. Un 78,6% de la muestra analizada, por otra parte, tiene 0 puntos en el índice de comorbilidad de Charlson. Por todo ello, posiblemente la muestra de estudio no esté mucho más enferma que la población general.

8.10. OBJETIVO 10: Estudiar la asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la dependencia a la nicotina en los fumadores

Los fumadores con peor salud percibida en el componente físico tienen mayor dependencia a la nicotina, porque consumen más cigarrillos diarios y tienen puntuaciones más altas en el test de Fagerström y en la escala de dependencia percibida. Esta asociación es más importante en el caso de los precontempladores que en los contempladores y preparados, donde las diferencias disminuyeron, sobre todo en la cantidad de cigarrillos consumidos. El planteamiento de que los fumadores con algún indicador de dependencia a la nicotina pueden mantenerse con más facilidad en Precontemplación a pesar de que disminuya la salud percibida en el componente físico puede ser real, pero atendiendo a que en los fumadores con intención de cambio se sigue observando esta asociación, creemos que no sería un factor definitivo, y en todo caso participaría como un factor más a considerar entre los motivos para mantenerse sin intención de abandono del consumo de tabaco a medio plazo. En cambio, la asociación de una peor salud percibida en el componente mental con una mayor dependencia a la nicotina es más relevante en los fumadores

con intención de cambio, pero sin que exista relación con la cantidad de cigarrillos diarios consumidos.

Hay numerosos trabajos que con diferente metodología han asociado una mayor cantidad de cigarrillos diarios consumidos a una peor calidad de vida con las dimensiones del SF-36 físicas y mentales (Guitérrez-Bedmar y cols., 2009; Laaksonen y cols., 2006; Mulder y cols., 2001; Wilson y cols., 1999), o con los valores de los Componentes Sumarios Físico y Mental (Laaksonen y cols., 2006; Mulder y cols., 2001; Riise y cols., 2003; Schmitz y cols., 2003). Datos similares se apreciaron en el presente estudio en el Componente Sumario Físico, especialmente en los precontempladores. El Componente Sumario Mental estuvo relacionado con la medida subjetiva de dependencia cognitiva a la nicotina, pero no así con la acción (número de cigarrillos fumados) como medida indirecta de dicha dependencia, que en el caso de los fumadores con intención de cambio era totalmente igual entre quienes tenían mejor y peor valoración del Componente Sumario Mental. Ni el número de cigarrillos ni el test de Fagerström fueron mayores en los fumadores sin intención de cambio con peor componente mental. Sin embargo, en los fumadores con intención de cambio y peor componente mental, acompañando a la mayor dependencia subjetiva, hay una puntuación más alta en el test de Fagerström sin mayor consumo de cigarrillos, observación que debería ser confirmada en posteriores estudios antes de disertar sobre posibles explicaciones que la justifiquen.

La valoración de la Calidad de Vida mediante el World Health Organization Quality of Life Instrument – Bref en 276 fumadores brasileños, detectó peores puntuaciones en las cinco dimensiones del instrumento (psicológica, física,

social, ambiental y global) cuanto mayor era la dependencia a la nicotina, la cual fue medida con el test de Fagerström y clasificada como ligera (menos de 4 puntos), moderada (de 5 a 7) y alta (de 8 a 10) (Castro, Oliveira, Miguel y Araujo, 2007). En un estudio realizado en Norteamérica con 34 personas incorporadas a un programa de abandono del consumo de tabaco, la calidad de vida relacionada con la salud antes de dejar de fumar era peor en Salud General, Vitalidad, Rol Emocional y Salud Mental entre los fumadores con un test de Fagerström superior a 6 que quienes tenían un valor inferior (Erickson, Thomas, Blitz y Pontius, 2004).

8.11. OBJETIVO 11: *Estudiar la relación entre la carga tabáquica y la calidad de vida*

La carga tabáquica es un concepto que incluye el número de cigarrillos que se consumen y la cantidad de años que se lleva fumando. En teoría, a mayor carga tabáquica aumenta la probabilidad de deterioro de la salud causado por el tabaco y la posible mala percepción de salud.

La variable paquetes – año obtuvo una discreta correlación con el Componente Estandarizado Físico y la dimensión Función Física. No obstante esta variable está influida por la edad. Por este motivo al estudiar la asociación de la carga tabáquica con el valor producto de la resta entre el valor normativo y el real de las dimensiones del SF-36, y quedar ajustado a las expectativas por edad y sexo, las variables no correlacionan. Tampoco se observan diferencias entre

las medias de las dimensiones del SF-36 cuando se estudian dos grupos según el valor de la mediana de la variable paquetes – año.

Por lo tanto, no se ha encontrado relación entre la carga tabáquica y las valoraciones de calidad de vida relacionada con la salud después del ajuste por edad y sexo. Puede que influya el bajo porcentaje de individuos con enfermedades causadas por el tabaco en esta muestra (21,9%). En este estudio sólo se ha analizado en los fumadores activos, mientras que en el estudio de Díez-Gañan y cols. (2002) la carga tabáquica influyó básicamente sobre la salud percibida de los exfumadores, los cuales tenían un alto porcentaje de enfermedades crónicas. De todos modos, incluso en adolescentes, se ha descrito una relación entre el número de síntomas comunicados y la carga tabáquica (Holmen, Barrett-Connor, Clausen, Langhammer, Holmen y Bjermer, 2002).

En todo caso, estos resultados indican que las percepciones de salud obtenidas dependen de otros factores y no de la carga tabáquica.

FASE 2: ESTUDIO DE SEGUIMIENTO

8.12. OBJETIVO 12: Conocer las variaciones en las medidas de percepción de salud que acompañan a las modificaciones en las etapas del cambio durante el seguimiento

Durante el seguimiento de los participantes era posible que se produjeran 8 tipos de variaciones de etapa que suponían un avance o progresión en las etapas del cambio, lo cual sucedió en 109 ocasiones (22,38%). También eran posibles 10 variaciones que suponían lo contrario, un retroceso en las etapas del cambio, y ocurrió en 73 ocasiones (14,99%). Por último, eran posibles 6 situaciones que suponían una estabilidad en la misma etapa del cambio, y esto es lo que se apreció en la mayoría de las valoraciones contabilizando 305 ocasiones (62,63%).

Estos resultados son equivalentes a los descritos por Martin, Velicer y Fava (1996) en una muestra de participantes norteamericanos, que concluyeron los siguientes puntos: 1- *Hay movimientos hacia delante y hacia atrás.* 2- *Hay más movimientos hacia la progresión que hacia la regresión.* Esta afirmación se cumple en este estudio en la globalidad de la muestra, evidentemente en Precontemplación porque no hay la opción de la regresión, y también se cumple en Acción, pero no en Contemplación donde hay más casos de regresión (40) que de progresión (21 casos). Al revisar los datos del mencionado artículo (Martin y cols., 1996), también se observa que en la etapa de Contemplación se produjeron más movimientos hacia etapas anteriores que progresiones. 3- *Para Precontemplación, Contemplación y Mantenimiento, la probabilidad de permanecer en la misma etapa del cambio es mayor que la*

probabilidad de moverse hacia otra etapa, siendo la etapa de Mantenimiento la más estable. Esta situación también se cumple en el presente estudio. En el trabajo de Martin y cols. (1996) no se distinguía entre Mantenimiento y Finalización constituyendo una sola etapa, en la cual los porcentajes de mantenimiento en la misma etapa durante los períodos de 6 meses oscilaban entre el 93 y el 97%, y en nuestra casuística fue del 93% en el conjunto de Mantenimiento y Finalización. 4- *La probabilidad de transición a las etapas adyacentes es mayor que la probabilidad de transición a las etapas no adyacentes.* Afirmación que también se cumple en nuestros resultados.

Los resultados del presente estudio son también similares a los descritos por Schmid y Gmel (1999) al registrar las variaciones en la etapa del cambio en una cohorte de 953 participantes suizos mediante dos medidas con 8 años de diferencia. Durante este tiempo, 130 sujetos habían progresado a una etapa superior, 78 habían regresado y 235 permanecieron en la misma etapa. Las etapas más estables fueron Finalización y Mantenimiento (englobadas en Mantenimiento en el estudio que comentamos) con un 83,2% de estabilidad, seguido de Precontemplación con un 53,5% (mientras que la estabilidad de Precontemplación fue de un 76,6% en nuestros casos).

Un tercer estudio, con dos valoraciones de la etapa del cambio con un intervalo de 6 meses en una cohorte de 786 alemanes fumadores y exfumadores, obtuvo resultados parecidos. Permanecieron en la misma etapa el 78,4% de la muestra, un 11,7% progresó y un 9,9% regresó. Mantenimiento y Precontemplación fueron las etapas más estables con porcentajes conjuntos superiores al 90% (Schumann, Meyer, Rumpf, Hapke y John, 2002).

El estudio de las diferencias o modificaciones que se produjeron en las percepciones de salud en cada una de las variaciones permitió elaborar la tabla 7.45 del capítulo de resultados, con un resumen de estas modificaciones distinguiendo entre las que llegaron a alcanzar significación estadística y las que apuntaban una tendencia a la significación.

Para interpretar estos resultados del seguimiento longitudinal los clasificaremos en concordantes y en discordantes. Resultados concordantes serán aquellos cuyas modificaciones coinciden con los resultados expresados en el estudio transversal, y serían los esperados si seguimos los gráficos construidos con los valores de la percepción de salud estudiada según la etapa del cambio. Resultados discordantes serían aquellos que no siguen la evolución esperada de incremento o descenso a través de las etapas del cambio, de acuerdo con los obtenidos en el estudio transversal. En las situaciones en las que no se da ni progresión ni retroceso, es decir, que se mantienen en la misma etapa del cambio, estos puntos de referencia pueden ser orientativos, pero no permiten su clasificación como concordantes o discordantes.

Han sido consideradas como **concordantes** las siguientes modificaciones de percepción de salud entre las sucesivas visitas:

1. Un descenso en la **afectación actual de la salud causada por el tabaco** (TASA en la tabla 7.45) en la progresión de Contemplación a Acción, de Preparación a Acción, y de Acción a Mantenimiento, así como en la regresión de Contemplación a Precontemplación.
2. Un incremento en la **afectación actual de la salud causada por el tabaco** en el retroceso de Acción a una etapa del cambio precedente.

3. Un ascenso en la **atribución al tabaquismo del deterioro de la salud física** (TASF en la tabla 7.45) en los avances desde Precontemplación a Contemplación o a Acción, y en el retroceso desde Preparación a Contemplación.
4. Una disminución en la **atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental** (TASM en la tabla 7.45) en la progresión desde Precontemplación a Contemplación, y desde Acción a Mantenimiento.
5. Un ascenso en la **atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental** en la progresión desde Contemplación a Acción.
6. Un aumento en **Función Física** en el avance hasta Acción desde Contemplación o desde Preparación, y en el paso de Acción a Mantenimiento.
7. Un descenso en **Función Física** al avanzar de Contemplación a Preparación, aunque también hubiera podido permanecer sin cambios si ya estuviera establecido un deterioro en la valoración de esta dimensión.
8. Un aumento en **Dolor Corporal** en la progresión de Preparación a Acción, o una disminución en el retroceso de Contemplación a Precontemplación, si bien en ambos casos también sería esperable que se mantuvieran sin modificaciones.
9. Un incremento en **Salud General** en la llegada a Acción desde Preparación, y en el retroceso de Contemplación a Precontemplación.
10. Un aumento en **Vitalidad** en la progresión de Preparación a Acción, y de Acción a Mantenimiento, así como en la regresión de Contemplación a Precontemplación.
11. Una mejor valoración de la dimensión **Función Social** en el paso de Preparación a Acción.

12. Un incremento en **Salud Mental** en el avance de Preparación a Acción, y también un incremento en el paso de Acción a Mantenimiento y su posterior decremento, ya que el resultado esperado es que se mantenga sin cambios.

13. Un descenso en **Salud Mental** en el retroceso desde Acción a una etapa del cambio precedente, o lo que es lo mismo, cuando hay una recaída en el consumo de tabaco.

14. Una disminución de la **Evolución Declarada de la Salud** (EDS en la tabla 7.45) en la progresión de Preparación a Acción, y de Acción a Mantenimiento, lo cual significa una mayor percepción de que su salud actual ha mejorado en el último año. También puede ser concordante el aumento del valor de la **Evolución Declarada de la Salud** durante la etapa de Mantenimiento, ya que en el estudio transversal se observó un incremento en el paso de esta etapa a Finalización.

15. Un incremento en el **Componente Sumario Físico** durante el avance de Acción a Mantenimiento, así como un descenso en la progresión de Precontemplación a Contemplación. En cambio aumenta en los precontempladores que no avanzan y se mantienen en la etapa de Precontemplación.

16. También puede ser concordante un descenso en el **Componente Sumario Mental** durante la etapa de Mantenimiento, ya que en el estudio transversal se observó una disminución del mismo en el paso de Mantenimiento a Finalización.

En cambio, han sido consideradas como **discordantes** las siguientes modificaciones de percepción de salud a lo largo de las sucesivas visitas:

1. Un ascenso en la **atribución al tabaquismo del deterioro de la salud física** en el retroceso de Contemplación a Precontemplación, cuando lo esperado sería un descenso.
2. Un aumento en **Dolor Corporal** en el avance de Acción a Mantenimiento, cuando lo esperado sería un pequeño descenso o mantenerse sin cambios. Sin embargo, este resultado es adecuado para el razonamiento teórico de que la calidad de vida mejora al dejar de fumar, y la discordancia puede deberse a una particularidad de los participantes que se encontraban en la etapa de Mantenimiento en el estudio transversal.
3. Un aumento en **Salud General** en el avance de Acción a Mantenimiento, mientras que lo previsto sería un ligero descenso. Con la misma argumentación empleada en Dolor Corporal este resultado en Salud General puede considerarse teóricamente razonable, y la discordancia puede ser atribuida a una particularidad de los participantes que estaban en la etapa de Mantenimiento en el estudio transversal.
4. Un incremento en **Función Social** en el avance de Precontemplación a Contemplación, y en los retrocesos desde Acción hasta una etapa del cambio precedente, cuando lo esperable serían disminuciones.
5. Un aumento en **Rol Emocional** en el avance de Precontemplación a Contemplación, cuando lo observado en el estudio transversal fue un descenso en esta etapa del cambio, aunque seguido por un progresivo e importante ascenso en las siguientes etapas del cambio, desde Preparación hasta Mantenimiento.

Como hemos comentado anteriormente, las variaciones que se mantienen en la misma etapa del cambio no permiten su clasificación como concordantes o

discordantes. Los ascensos o descensos detectados en las percepciones de salud pueden sugerir tanto inclinaciones hacia el progreso como hacia el retroceso en las etapas del cambio, como al mantenimiento oponiéndose a los cambios esperados para que suceda un avance o retroceso, y por lo tanto, entrar a discutirlos sería adentrarse en un campo altamente especulativo.

Atendiendo a los resultados obtenidos en este seguimiento longitudinal, mayoritariamente concordantes con la hipotética evolución que dibujaban los gráficos que representan la foto obtenida en un momento determinado en el transcurso por las etapas del cambio, en nuestra opinión los resultados del estudio transversal quedan reforzados.

No hemos hallado estudios previos que hayan estudiado los cambios en las percepciones de salud a medida que se producen avances o retrocesos en las etapas del cambio descritas en el Modelo Transtéorico. Sí se ha valorado, al estar integrado dentro del mismo modelo teórico, el balance decisional con la relación de los “pros” y “contras” del hábito de fumar. Se conoce que en los precontempladores pesan más los “pros”, que los “contras” superan a los “pros” en la etapa de Contemplación, y que a partir del paso de Acción a Mantenimiento ambos disminuyen en importancia (Prochaska, Velicer, Guadagnoli y Rossi, 1991). Asimismo se ha hallado que la progresión entre las etapas hacia el cambio estaba asociada a un significativo incremento en la valoración de los “contras” de fumar, es decir que eran los perjuicios percibidos del tabaquismo quienes promovían el cambio hasta la Acción (Etter y Perneger, 1999b), dotando de mayor importancia en los mensajes contrarios al tabaco a la intensificación de los “contras” por parte del fumador que a la infravaloración de los “pros”. En la misma línea, en un estudio transversal con participantes

españoles, Font-Mayolas y cols. (2007) describieron cómo la valoración de los “contras” de fumar superaba a la de los “pros” en las dos etapas más cercanas al cambio (Contemplación y Preparación).

Dijkstra, Tromp y Conijn (2003), detallaron al revisar la literatura que el equilibrio entre “pros” y “contras” influye en la progresión desde Precontemplación, pero la posterior progresión hasta Acción depende de la Autoeficacia, y constataron en una investigación propia la mayor probabilidad de progresión entre los precontempladores con mayores puntuaciones en los “pros” del abandono (equivalentes a los “contras” de fumar), y entre los preparados con mayores puntuaciones en Autoeficacia. En las publicaciones comentadas, la regresión de etapa desde contemplación se asociaba a inferiores valoraciones de los “contras” de fumar o de los “pros” del abandono, mientras que la regresión desde Preparación o Acción lo hacía con menores puntuaciones en Autoeficacia. En su estudio, menor Autoeficacia se asoció a mayor probabilidad de regresión en los preparados, y mayor puntuación en los “pros” de fumar y menor en los “pros” de abandono predijo la regresión en los exfumadores en Acción y Mantenimiento, respectivamente.

Aún tratándose de constructos diferentes, las atribuciones al consumo de tabaco del deterioro de la salud podrían equipararse con los “contras” del tabaco. En nuestros resultados, se produce un ascenso en la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud física en los avances desde Precontemplación a Contemplación y desde Precontemplación a Acción. También sucede un ascenso en la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental en la progresión desde Contemplación a Acción y una disminución en la progresión desde Acción a Mantenimiento.

8.13. OBJETIVO 13: Conocer las variaciones en las medidas de optimismo, satisfacción con la vida y dependencia a la nicotina que acompañan a las modificaciones en las etapas del cambio durante el seguimiento

Sólo se pudo detectar un cambio significativo en la evolución de las percepciones de optimismo y satisfacción con la vida. El descenso en el nivel de **optimismo** en los fumadores con intención de cambio entre la tercera y la quinta visita sería concordante con los hallazgos del estudio transversal, si asumimos que experimentan una progresión hacia un menor tiempo de espera para la decisión definitiva de entrar en acción y dejar de fumar. Recordemos, que en la primera valoración se observó el menor nivel de optimismo en las etapas de Preparación y Acción, aunque no había diferencias significativas con las otras etapas del cambio.

Mucho más evidente es la concordancia con el estudio transversal de la evolución de la **satisfacción con la vida** con un claro incremento en los fumadores que tenían intención de cambio durante la primera visita y que eran exfumadores en la quinta visita, ya que en la representación gráfica de la valoración transversal se dibujaba un descenso progresivo de la satisfacción con la vida en las etapas de tabaquismo activo, seguido de un fuerte y progresivo incremento en las etapas de exfumador. Esta variación de la satisfacción con la vida no llega a alcanzar la significación estadística por el bajo número de observaciones comparadas debido a que el tamaño de la muestra es relativamente pequeño.

Aunque la medida de la satisfacción con la vida ha demostrado un grado significativo de estabilidad a corto y largo plazo, los juicios que influyen en su valoración pueden reflejar las circunstancias cambiantes de la vida (Zullig, Valois, Huebner, Oeltmann y Drane, 2001). Es decir, que aunque sea un constructo que tiende a mantenerse con pocas variaciones, es posible que algunas experiencias vitales lo modifiquen. Así, se apreció un incremento en la satisfacción con la vida después del cese del consumo de tabaco en el 95% de los integrantes de una cohorte con enfermedad coronaria (Nowak-Banasik, Sein, Chodorowski, Wiergowski y Sobiczewski, 2007), de manera similar a lo detectado en el presente estudio. Si al dejar de fumar mejora la salud percibida de los antiguos fumadores, no es de extrañar la mejora observada en satisfacción con la vida, porque ésta correlacionaba fuertemente ($r= 0,66$) con la salud percibida (Al-Windi, 2005).

8.14. OBJETIVO 14: Conocer las diferencias en las medidas de percepción de salud entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que consiguen dejar de fumar, durante el seguimiento evolutivo

Los fumadores que dejaron de fumar durante alguna de las visitas del seguimiento comunicaron un descenso en la valoración de la Evolución Declarada de la Salud, lo cual corresponde a la consideración que su salud es mejor actualmente respecto a la que tenían el año anterior, y también mostraron un descenso en la valoración de la atribución al tabaquismo de la afectación de la salud actual, en cada una de las

sucesivas visitas, mientras que los fumadores que persistían fumando solían mantener estas percepciones estables. Estos resultados son concordantes con lo esperado atendiendo al estudio transversal, y se corresponde con las expectativas de resultado que se podrían esperar si se asume que al dejar el consumo de tabaco debe mejorar la percepción de salud, y que al eliminar el tóxico debe ser menor el deterioro que le atribuimos a éste sobre nuestra salud actual. El **aumento de la Salud General que se observa al final del proceso** sigue la misma línea de lo argumentado recientemente, y es una prueba más de que en esta muestra, en la cual no había una carga importante de patologías crónicas relacionadas con el tabaco, el abandono del consumo de tabaco se acompaña de una mejora en la percepción de salud.

En la comparación entre los dos grupos en cada una de las visitas, se encuentran diferencias entre las variables de percepción ya comentadas, y además se observan **mejoras en Función Física y Vitalidad en la visita posterior al abandono del tabaco**, que son concordantes con los resultados esperados si aceptamos como correctos los resultados basales, ya que estas dimensiones mejoraban en los exfumadores.

En el estudio de Shmueli (1998) con población israelí se apreció que la dimensión del SF-36 Salud General era la más importante en la determinación de una escala de calidad de vida global relacionada con la salud, elaborada con un “termómetro” graduado de 0 a 100 donde debían marcar la tasación de su calidad de vida relacionada con la salud durante el último mes. La segunda dimensión en importancia fue Vitalidad y la tercera Función Física. Coincidiendo con estos resultados, Salud General y después Vitalidad fueron las variables explicatorias con mayor significación para la escala de

satisfacción con la salud en una muestra canadiense (Michalos, Zumbo y Hubley, 2000). Estos datos realzan la importancia de la mejora en Salud General sobre la percepción global de calidad de vida, y en consecuencia, la importancia de que se produzca esta mejora en los fumadores que dejaron de fumar.

La **mayor atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental durante la etapa de acción en los fumadores que dejan de fumar** es también concordante, ya que era precisamente durante esta etapa en la que se observó el nivel más alto de atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental. Sin embargo no se detecta una mayor atribución al tabaquismo del deterioro de la salud física en la segunda visita en los fumadores que dejan de fumar, a pesar de que el nivel más alto de la misma durante el estudio basal se apreció en la etapa de Acción, de manera similar a lo observado con la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental.

En cambio, que las evaluaciones iniciales en Función Social y Rol Físico fueran mejores en los fumadores que dejaron de fumar, puede ser discordante con lo esperado ya que los fumadores con intención de cambio tenían en el estudio transversal peores valoraciones que los fumadores sin intención de cambio. Aunque los fumadores pueden saltar desde la etapa de Precontemplación a la de Acción, este hecho sólo sucedió en 9 de las 36 entradas en Acción registradas.

Por lo tanto, atendiendo a las observaciones previas, podríamos inferir que mientras se está dejando de fumar se reconoce el consumo de tabaco como más lesivo para la salud mental, y que el abandono del tabaco se acompaña de una mejora de la percepción de salud.

En la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud durante la fase precoz de la etapa de Acción en el proceso de abandono del consumo de tabaco, se detectan mejoras en Salud General y Vitalidad, y en ocasiones también en Función Física, como las observadas en la muestra analizada y que se detallan a continuación.

En un estudio realizado en Norteamérica con 34 personas incorporadas a un programa de abandono del consumo de tabaco, se valoró la calidad de vida relacionada con la salud antes de dejar de fumar y al cabo de una semana de abstinencia. La única modificación estadísticamente significativa en una dimensión del SF-36 fue el incremento en Salud General. También se observó un empeoramiento significativo en una escala de ansiedad (Erickson y cols., 2004).

En otro trabajo, también realizado en Norteamérica con personas incorporadas a un programa de cese del consumo de tabaco, se valoró la calidad de vida relacionada con la salud mediante el cuestionario SF-36 al comenzar el programa y en la primera visita de seguimiento, entre 2 y 6 semanas después. Los participantes que llevaban más de una semana sin fumar en el momento de la visita mejoraron en más de 5 puntos sus evaluaciones en Salud General y Vitalidad (Shaw, Coons, Foster, Leischow y Hays, 2001).

En población norteamericana y dentro del contexto de un programa de abandono del consumo de tabaco, se administró el cuestionario SF-36 al comenzar el programa y a los 3 meses de abstinencia. La única modificación significativa se observó en Vitalidad con un incremento de casi 20 puntos, aunque hubo aumentos no estadísticamente significativos que superaron los 10 puntos en Salud General y Función Física. La ausencia de significación puede

deberse a que la muestra que contestó a los 3 meses estaba compuesta por sólo 11 participantes (Zillich, Ryan, Adams, Yeager y Farris, 2002).

En otras investigaciones se han apreciado mejoras en otras dimensiones del SF-36 tras el abandono del consumo de tabaco. Así, en usuarios norteamericanos de una consulta de deshabituación tabáquica se comparó la evolución de la percepción de salud entre los usuarios que permanecieron abstinentes durante un año y aquellos que seguían fumando y no habían llegado a conseguir una semana de abstinencia. Los participantes que permanecieron sin fumar durante un año mejoraron en el Componente Sumario Mental y en las dimensiones Función Social, Salud General, Rol Físico y Rol Emocional, en mayor medida que los fumadores persistentes (Croghan y cols., 2005). En otra muestra de adultos norteamericanos, en este caso con discapacidades, se valoró la evolución de la calidad de vida mediante dos medidas del SF-36 con una separación de dos a tres años. El grupo de 28 participantes que abandonó el consumo de tabaco durante el estudio, es decir, que fumaba cuando hicieron la primera valoración del SF-36 pero ya no fumaba cuando respondió en la segunda valoración, tuvo una mejora con significación estadística en Rol Físico, Rol emocional, Salud Mental y Salud General, y también una mejora con significación clínica (mayor a 5 puntos) en Dolor Corporal y Vitalidad, si bien las dimensiones con cambios que alcanzaron la significación en la comparación con los fumadores fueron Vitalidad, Salud Mental y Salud General (Mitra, Chung, Wilber y Walker, 2004).

Sin embargo, no siempre ha destacado la mejora en la dimensión Salud General al interrumpir el hábito de fumar tabaco, como ocurrió en la valoración del SF-36 en pacientes norteamericanos con coronariopatía tratados con una

revascularización coronaria percutánea. En el análisis realizado a los 6 meses de la intervención, los 141 pacientes que habían dejado de fumar posteriormente al evento tenían mejores evaluaciones medias en las 8 dimensiones del SF-36 que los 301 pacientes que seguían fumando, con un incremento que superaba en todos los casos el nivel de significación clínica de 5 puntos, excepto en Salud General que fue de tan sólo 2 puntos, si bien en los fumadores persistentes la evolución de Salud General fue aún peor (disminuyó 4,5 puntos). Estas diferencias en la percepción de salud eran independientes del resultado de la intervención, ya que ambos grupos tuvieron clasificaciones similares en la posterior sintomatología anginosa (Taira y cols., 2000). Esta escasa mejora en Salud General, a diferencia de lo observado en el presente estudio, podría estar relacionada con las características de los participantes que eran enfermos crónicos ateroscleróticos.

En los enfermos crónicos encontramos estudios en los cuales la evolución del estado de tabaquismo se relaciona con la calidad de vida, y otros que no hallan ninguna diferencia entre quienes continúan fumando y los que dejan de fumar. En consonancia con el trabajo comentado anteriormente disponemos de la experiencia con los supervivientes de un cáncer de pulmón en EEUU, donde se apreció que los fumadores persistentes tuvieron una peor valoración de la calidad de vida global que los pacientes que nunca habían fumado, y los exfumadores quedaron situados en un nivel intermedio (Garces y cols., 2004). Pero, totalmente en sentido contrario de lo comentado hasta ahora, fueron los resultados obtenidos en una cohorte holandesa de 344 enfermos ateroscleróticos con enfermedad arterial coronaria o periférica, reclutada para estudiar el efecto de un programa de consejo conductual. Los pacientes que

declararon no haber fumado en los últimos 7 días no tuvieron una evolución diferente en el Componente Sumario Físico ni en el Componente Sumario Mental del SF-36 a la de los pacientes que se declararon fumadores activos, durante el seguimiento a los 2, 6 y 12 meses (Wiggers, Oort, Peters, Legemate, de Haes y Smets, 2006). En este estudio con participantes holandeses también se obtuvo un resultado sorprendente con una peor evolución del Componente Mental en el grupo que había recibido la intervención con el consejo conductual en comparación al grupo control.

Un resultado similar se obtuvo en una muestra de pacientes noruegos con coronariopatía que habían padecido recientemente un infarto de miocardio, un episodio de angina inestable o un pontaje coronario quirúrgico, y que fue incluida en un programa de abandono del tabaquismo. No se observaron diferencias entre las medidas de calidad de vida (evaluada con el cuestionario de calidad de vida CAST) en las valoraciones realizadas al inicio del programa y al cabo de un año entre los fumadores activos al año de seguimiento y aquellos que ya no fumaban (Quist-Paulsen, Bakke y Gallefoss, 2006).

Sin embargo, la constatación de escasas diferencias o su ausencia en la evolución de las medidas de calidad de vida no son exclusivas de las muestras compuestas por enfermos crónicos. Así, en el seguimiento durante 8 años de una amplia muestra de mujeres enfermeras en EEUU, se detectó que las valoraciones medias en los Componentes Sumario y en las dimensiones del SF-36 de las 3046 enfermeras que dejaron de fumar y permanecieron abstinentes eran similares a las valoraciones de las 8763 enfermeras que permanecieron fumadoras, con la excepción de que las mejoras en las

dimensiones del Componente Sumario Mental fueron ligeramente superiores en las abstinentes (Sarna, Bialous, Cooley, Jun y Feskanich, 2008).

8.15. OBJETIVO 15: Conocer las diferencias en las medidas de percepción de salud entre los valores normativos y los valores obtenidos por los fumadores activos que persisten fumadores y por aquellos que consiguen dejar de fumar, durante el seguimiento evolutivo

Las imágenes gráficas de los valores de las dimensiones del SF-36 obtenidos en las tres visitas de los participantes que pasaron a la etapa de Acción y los que continuaron siendo fumadores, junto a los valores normativos según la tabla de valores poblacionales de referencia por intervalo de edad y sexo, nos permiten hacer unas comparaciones visuales con las imágenes gráficas obtenidas en el estudio transversal según las etapas del cambio agrupadas. Es decir, se trata de equiparar las distintas fotos (una por visita) obtenidas en los dos grupos de estudio (entrada en Acción o no) con las fotos que reflejaban el estado de los fumadores sin intención de cambio, fumadores con intención de cambio y exfumadores en el estudio transversal o basal. Así, la gráfica de la primera visita de los fumadores que continuarán siendo fumadores es parecida a la de los fumadores con intención de cambio, ya que todas las dimensiones tienen valores por debajo de los normativos, mientras que la gráfica de la segunda visita de este mismo grupo es similar a la de los fumadores sin intención de cambio del estudio transversal, ya que los valores de Función Física y de Rol Físico están equiparados con los valores poblacionales. La gráfica de la tercera

visita de los fumadores persistentes es semejante a la de la primera visita de los fumadores que entrarán en Acción y dejarán de fumar en la siguiente visita, con valores inferiores a los poblacionales en Salud General, Vitalidad, Dolor Corporal y Salud Mental. En este grupo, el de los fumadores que dejan de fumar, la gráfica de la segunda visita, cuando ya no fuman, representa una situación intermedia entre la que presentan en la primera y en la tercera visita, aproximándose a una equiparación de los valores de todas las dimensiones con los valores de referencia. La equiparación se alcanza en la tercera visita o visita posterior a la de abandono del tabaco, con una imagen gráfica parecida a la obtenida por los exfumadores en el estudio transversal, con la diferencia que, en la tercera visita, también se equipara Dolor Corporal.

La evolución gráfica muestra que los fumadores que entran en acción tenían una calidad de vida relacionada con la salud por debajo de la que les correspondería por edad y sexo, y que al dejar de fumar se equipara a los valores esperados o normativos, con una distribución gráfica casi igual a la que se obtuvo en la etapa agrupada de exfumadores en el estudio transversal.

De los resultados obtenidos en este objetivo, merecen destacarse:

Las dimensiones Salud General, Vitalidad, Dolor Corporal y Salud Mental son las que muestran valores por debajo de los valores normativos ajustados por edad y sexo, tanto en la primera visita en los fumadores que dejarán de fumar, como en las tres visitas en los fumadores que siguieron fumando a lo largo de la evolución. Estas dimensiones han sido destacadas con frecuencia como las más afectadas en los fumadores (Balfour y cols., 2006; Lyons, Lo y Littlepage, 1994; Tillmann y Silcock, 1997; Wilson, Parsons y Wakefield, 1999; Woolf, Rotchemich, Johnson y Marsland, 1999).

La similitud entre la situación en la visita posterior a la entrada en Acción (donde podemos asumir que en muchos casos siguen sin fumar) en el estudio longitudinal y la situación de la etapa agrupada de exfumadores en el estudio transversal, nos indica concordancia entre ambos resultados. A nuestro parecer, esta concordancia contribuye a la validación de los resultados del estudio transversal y, atendiendo a que se trata de distintos participantes los que dibujan los dos gráficos casi iguales, este aspecto refuerza la coherencia de los resultados.

Es de destacar la potencial escasa influencia de la variable Función Física entre los fumadores que entran en Acción, ya que sus valores son similares a los normativos y no descienden actuando como un posible estímulo para el cambio, sino que aumentan ligeramente después de la entrada en Acción. En cambio, entre los fumadores que mantienen el hábito de fumar en todo momento se observa un aumento en la percepción de Función Física, que posiblemente se acompañe de una menor intención de abandono del tabaco.

8.16. OBJETIVO 16: Conocer las diferencias en las variables sociodemográficas y la historia tabáquica entre los fumadores activos que persisten fumadores y los que consiguen dejar de fumar, durante el seguimiento evolutivo

De todas las variables demográficas y de historia tabáquica, cuyos valores se recogieron en el momento del reclutamiento, sólo en el número de cigarrillos diarios fumados y en la dependencia nicotínica medida con el test de Fageström, se observaron diferencias significativas entre los fumadores que

dejaron de fumar en algún momento del seguimiento y los que no. Como era de esperar, **los fumadores que entraron en Acción fumaban menos y eran menos dependientes a la nicotina**. No se detectaron diferencias entre ambos subgrupos según el sexo, la edad, la vida en pareja, el nivel de estudios, el consumo de alcohol, la comorbilidad, el nivel de ejercicio, el optimismo declarado, la valoración de la satisfacción con la vida, la edad de inicio en el tabaquismo y la dependencia subjetiva a la nicotina, al inicio del seguimiento.

En un estudio previo en población norteamericana (Farkas y cols., 1996) fueron predictores independientes de abandono: el fumar menos de 15 cigarrillos diarios (OR 1,8), no fumar a diario (OR 1,9), haberlo dejado más de 5 días en el último año (OR 1,5) o haberlo dejado más de un año durante la vida de fumador (OR 1,9), mientras que la intención de abandono que define las etapas del cambio no consiguió ser predictora independiente del abandono del tabaco. Asimismo, en una muestra de 1547 adolescentes holandeses fumadores, una mayor dependencia a la nicotina se asoció con una menor progresión desde la etapa de Preparación a la de Acción (Kleinjan, Brug, van den Eijnden, Vermulst, van Zundert y Engels, 2007). Debido a la importancia de la fuerza de la adicción hay autores que han sugerido subdividir la etapa de Preparación en tres niveles (precoz, intermedio y avanzado) según el consumo de cigarrillos y los intentos de abandono (Pierce, Farkas y Gilpin, 1998).

En una muestra de 3575 fumadores procedentes de 17 países europeos que participaron en un programa de intervención para el abandono del tabaco con parches de nicotina, fueron factores predictivos de abstinencia a los 12 meses: el mejor estado socioeconómico, ser varón, tener mayor edad y consumir menos cigarrillos diarios (Monsó y cols., 2001). En la misma línea, en una una

cohorte de ciudadanos daneses que fueron valorados a los 10 años en un estudio de observación naturalística, los factores predictores de abandono del consumo de tabaco entre los 1365 fumadores fueron: el nivel socioeconómico, tener más de 60 años de edad, que la pareja no fumara y un menor consumo diario de cigarrillos (Osler y Prescott, 1998). Los resultados del presente estudio corroboran la importancia de la variable magnitud del consumo y de la dependencia a la nicotina en el abandono del hábito tabáquico, pero a diferencia de algunos de los trabajos descritos la edad no es un factor relevante.

8.17. OBJETIVO 17: Conocer las diferencias en las medidas de percepción de salud entre los fumadores activos que no progresan en las etapas del cambio y los fumadores activos que progresan pero no dejan de fumar, durante el seguimiento evolutivo

Del mismo modo que ocurría en la comparación entre los fumadores que dejaron de fumar y los que continuaron fumando, el punto de partida con peores evaluaciones en Función Social en los fumadores que no progresaron en comparación a los fumadores que llegaron a progresar en las etapas del cambio, es discordante con lo esperado, ya que los fumadores con intención de cambio tenían en el estudio transversal peores valoraciones que los fumadores sin intención de cambio. Sin embargo, la mala percepción en esta dimensión no

se mantuvo estática, y en ambos casos tendió a la mejoría, de manera que su asociación con las etapas del cambio queda poco definida.

De mayor importancia es el hallazgo, durante la visita previa, de una mejor percepción de Función Física y de una inferior atribución al tabaquismo del deterioro de la salud física entre los fumadores que progresaron. Hasta ahora, los resultados que se habían recopilado conducían a la hipótesis de que un descenso en la sensación de Función Física podía estar asociado, como causa o consecuencia, a la decisión de plantearse un abandono del tabaco a medio o corto plazo, o en otras palabras, a la incorporación en etapas con intención de cambio. Por lo tanto, que los fumadores que progresaron tuvieran previamente mejor Función Física parece un dato discordante que no apoya esta hipótesis. Sin embargo el estudio de las diferencias evolutivas nos indica que aún partiendo de valores más altos **en los fumadores que progresaron se produjo un descenso en Función Física al entrar en la etapa con intención de cambio, mientras que en los fumadores que no progresaron sucedió todo lo contrario y mejoraron su percepción de Función Física**, quedando ambos grupos a un nivel prácticamente idéntico. Esta evolución puede indicar que la tendencia hacia el ascenso o el descenso de esta dimensión puede ser más importante que su valor absoluto a la hora de decidir la intención de abandonar el tabaco.

En la misma línea, **se observa un descenso en la dimensión Salud General en los fumadores que llegaron a progresar en las etapas del cambio**, aunque partieran de mejores valoraciones que los fumadores que no llegaron a progresar, indicando de nuevo que la tendencia hacia el descenso podría tener mayor importancia que el valor absoluto.

Esta tendencia se define todavía con mayor claridad si valoramos el conjunto de las dimensiones del SF-36 que muestran un componente de salud física. **El Componente Sumario Físico desciende de manera importante entre los fumadores que progresaron en las etapas del cambio, y lo contrario ocurre en los fumadores que no progresaron, hasta el extremo que llegan a invertir sus valoraciones** y ser claramente más altas en los fumadores que no progresaron. El hecho de que, con posterioridad, los fumadores que progresaron vuelvan a mejorar su Componente Sumario Físico, reforzaría la mayor relevancia de la tendencia evolutiva, del planteamiento al alza o a la baja que realiza el fumador sobre su condición física. La tendencia evolutiva predominaría sobre el valor total, el cual podría estar ampliamente influido por otras muchas circunstancias actuales o pretéritas que inciden sobre la salud física.

8.18. OBJETIVO 18: Conocer las diferencias en las medidas de percepción de salud entre los valores normativos y los valores obtenidos por los fumadores activos que no progresan en las etapas del cambio y por aquellos que progresan pero no dejan de fumar, durante el seguimiento evolutivo

Las imágenes gráficas obtenidas por los fumadores que no progresaron en las etapas del cambio son totalmente superponibles a las imágenes gráficas descritas en los fumadores que continuaron fumando. De hecho, es el mismo grupo, con la exclusión de aquellos fumadores que siguieron fumando pero que consiguieron un progreso en las etapas del cambio. La gráfica de la primera

visita de los fumadores que no progresaron en las etapas del cambio es parecida a la de los fumadores con intención de cambio del estudio transversal: todas las dimensiones tienen valores inferiores a los normativos. Sin embargo, la gráfica de la segunda visita de los fumadores que no progresaron es similar a la de los fumadores sin intención de cambio en el estudio transversal, con los valores de Función Física y de Rol Físico equiparados con los valores poblacionales de referencia. La gráfica de la tercera visita muestra valores inferiores a los poblacionales en Salud General, Vitalidad y Salud Mental.

Curiosamente el grupo de fumadores que progresaron tenían valores cercanos a los normativos en todas las dimensiones del SF-36, excepto Dolor Corporal en la primera visita, Dolor Corporal y Salud General en la segunda visita y Vitalidad en la visita posterior. Salud General es la dimensión que desciende por debajo del valor normativo en el momento de la progresión. Función Física también descendió, como ya se ha comentado, pasando de ser mayor a ser menor que el valor normativo, pero siempre se mantuvo cercano al mismo.

8.19. OBJETIVO 19: Conocer las diferencias en las variables sociodemográficas y la historia tabáquica entre los fumadores activos que no progresan en las etapas del cambio y los fumadores activos que progresan pero no dejan de fumar, durante el seguimiento evolutivo

Ninguna de las variables sociodemográficas o referentes al consumo de tabaco estuvieron relacionadas con la progresión en las etapas del cambio entre los participantes que no abandonaron el hábito tabáquico. Estos resultados son

similares a los hallados en una muestra de adolescentes holandeses fumadores en los que la dependencia a la nicotina no contribuyó a predecir la progresión desde Precontemplación a Contemplación al cabo de un año (Kleinjan y cols., 2007).

8.20. OBJETIVO 20: Conocer las diferencias en las medidas de percepción de salud entre los exfumadores que no recayeron y los exfumadores que tuvieron una recaída, durante el seguimiento evolutivo

Los exfumadores que recayeron en el consumo de tabaco tenían unas percepciones de salud física mejores que los exfumadores que se mantuvieron abstinentes en todo momento, determinadas por una mayor valoración en el Componente Sumario Físico, y en particular en Rol Físico. Una buena percepción del estado de salud física podría facilitar la recuperación del hábito de fumar porque no proporciona argumentos que refuercen la conducta abstinentes. Esto no implica que el fumador que ha recaído crea que el consumo de tabaco no le afecta a su salud, más bien al contrario, porque se produce un **incremento progresivo de la valoración de la afectación de la salud actual por el uso del tabaco, que rompe la tendencia natural de los exfumadores a valorar cada vez menos esta variable a medida que va incrementándose el tiempo desde que se fumó el último cigarrillo.**

En cambio, **en el momento de la recaída se produjo un descenso en las dimensiones del componente mental Salud Mental (que al cabo de seis meses se mantuvo) y Vitalidad (que posteriormente se recuperó).** Los

resultados del presente estudio no permiten determinar si este descenso asociado a la recaída es consecuencia de la misma, al sentirse el fumador de nuevo enganchado, o es más bien un factor favorecedor que debilita la capacidad de resistencia para mantener la abstinencia o induce a la búsqueda de compensaciones psicológicas y neurobiológicas proporcionadas por las sustancias psicoactivas inhaladas con el humo del tabaco.

En una muestra de adultos norteamericanos con discapacidades se valoró la evolución de la calidad de vida relacionada con la salud mediante dos medidas del SF-36 con una separación de dos a tres años. El grupo de 11 participantes que inició o reanudó el consumo de tabaco durante el estudio, es decir, que no fumaba cuando hicieron la primera valoración del SF-36 pero sí fumaba cuando respondió en la segunda valoración, tuvo un empeoramiento con significación clínica en Rol emocional, Salud Mental y Vitalidad (Mitra y cols., 2004), de manera similar a los resultados obtenidos en la presente muestra. En ese estudio también se describe un descenso en Función Física, que va en contra de nuestra observación de mejora en el Componente Sumario Físico. En cambio, en otra investigación con fumadores norteamericanos también se detectó mejora en el apartado físico con predominio del deterioro en las dimensiones del componente mental (Shaw, Coons, Foster, Leischow y Hays, 2001). Así, en la valoración de la calidad de vida a las 2 a 6 semanas después de haber iniciado un programa de cesación tabáquica en Norteamérica, en los sujetos que volvieron a fumar inmediatamente y que, por lo tanto, ya habían recidivado en el momento de la primera visita de seguimiento, se observó una evolución negativa superior en 5 puntos en Vitalidad, Rol Emocional, Salud Mental y en el Componente Sumario Mental, coincidiendo con un

empeoramiento en la escala de ansiedad, y en este caso acompañado de una evolución positiva en Rol Físico. Sin embargo, la significación estadística con mejores evaluaciones en los exfumadores con más de una semana de abstinencia no se alcanzó en ninguna de las dos valoraciones de Rol, mientras que sí lo hizo en Salud General, Vitalidad, Salud Mental y el Componente Sumario Mental (Shaw y cols., 2001). En un estudio longitudinal sobre consumo de tabaco en población estadounidense se detectó que los participantes que recaían en el consumo de tabaco pasaban a percibir más beneficios psicológicos de fumar y menor peligro para la propia salud, posiblemente por una reestructuración defensiva de las creencias para proteger a los fumadores recaídos de estados afectivos negativos (Chassin, Presson, Sherman y Kim, 2002).

8.21. OBJETIVO 21: Conocer las diferencias de las medidas de percepción de salud entre los valores normativos y los valores obtenidos por los exfumadores que no recayeron y por los exfumadores que tuvieron una recaída, durante el seguimiento evolutivo

Los exfumadores que no recayeron en el tabaquismo mantuvieron unas representaciones gráficas cercanas a la de los valores de referencia equiparados por intervalo de edad y sexo. De hecho en la visita 2 la gráfica es totalmente superponible. Las tres gráficas son muy similares a la observada en el grupo de exfumadores del estudio transversal.

La representación gráfica de las visitas de los fumadores con recaída, reafirma los hallazgos previamente comentados con una mayor valoración de las dimensiones del componente físico y una menor valoración de algunas dimensiones del componente mental.

8.22. OBJETIVO 22: Conocer las diferencias en las variables sociodemográficas y de la historia tabáquica entre los exfumadores que no recayeron y los exfumadores que tuvieron una recaída, durante el seguimiento evolutivo

Los exfumadores que recayeron llevaban menos tiempo relacionados con el tabaco, ya que habían iniciado el hábito a una edad más tardía y la edad actual era similar a la de los exfumadores que persistían abstinentes. Podían encontrarse, por lo tanto, en un momento evolutivo de la vida de consumidor ya superado por sus compañeros abstinentes.

En el presente estudio no se registró en todos los casos el número de cigarrillos que fumaban los participantes exfumadores cuando eran fumadores activos y no se han podido realizar esos análisis. Hay autores (Schmid y Gmel, 1999) que han comunicado menor posibilidad de recaída en los fumadores de mayor consumo de cigarrillos que en los fumadores moderados, a diferencia de lo que se esperaría si atribuyéramos la recaída a la adicción a la nicotina. Este hallazgo puede estar relacionado con la observación realizada en este estudio de un mejor Componente Físico en los participantes que recayeron, ya que es conocido el mayor deterioro físico objetivo y subjetivo en los fumadores con mayor carga tabáquica. Sin embargo, en la literatura los resultados de

diferentes investigaciones son contradictorios respecto a la asociación de las variables demográficas y del consumo de tabaco con la recaída. Así, estudios previos encontraron que el fumar mucho precedía la recaída, mientras que otros no encontraban relación entre la cantidad de cigarrillos fumados antes del abandono y la posterior recaída (Míguez y Becoña, 1997).

Las valoraciones basales más bajas de la Satisfacción con la Vida en los exfumadores que recayeron, así como la tendencia a un menor Optimismo, pueden reflejar una predisposición a un pensamiento más negativo, que contribuya a la búsqueda de las compensaciones psicológicas y neurobiológicas proporcionadas por algunas sustancias del tabaco, como se ha comentado previamente.

8.23. OBJETIVO 23: Conocer el tamaño del efecto de las percepciones de salud en los fumadores activos que persisten fumadores y en los que consiguen dejar de fumar, durante el seguimiento evolutivo

Los participantes que dejan de fumar mejoran considerablemente la percepción de su estado de salud en comparación a la que tenían en el año anterior, cuando eran fumadores activos. En este resultado de seguimiento no se valora si su estado de salud es bueno o malo, lo que se valora es si mejora o empeora. Esta evolución positiva o negativa puede estar, evidentemente, influida por múltiples variables que implican a la vida personal, familiar, laboral y social de la persona encuestada, pero la variable que durante el seguimiento ha experimentado una modificación común en el grupo de

personas estudiadas ha sido entrar en Acción o no en la segunda visita del seguimiento, o lo que es equivalente, haber dejado de fumar o no. Al tratarse de un estudio observacional, sin intervención, y con un seguimiento a períodos de 6 meses, no es posible establecer relaciones causales entre las variables, pero sí se pueden establecer hipótesis de esta causalidad atendiendo a la experiencia clínica.

Un tamaño del efecto muy grande (de un 150% del valor de la desviación estándar), junto a la significación estadística del estudio multivariado, nos permite plantear que el abandono del tabaco se asocia a una mejora subjetiva del estado de salud a corto plazo, en un período inferior a un año.

También es manifiesta la magnitud de la disminución de la afectación de la salud actual por el uso del tabaco relacionada con el abandono del consumo de tabaco. La **disminución de la percepción de la afectación de la salud actual por el uso del tabaco al dejar de fumar** es un resultado que se puede considerar obviamente esperado, pero el hecho de que se produzca tan claramente refuerza la coherencia en las respuestas emitidas por los participantes entrevistados. Además, este resultado tiene una dirección y una magnitud prácticamente equiparable a la Evolución Declarada de la Salud, por lo tanto coincide la mejora en la percepción de salud con la disminución en la sensación de que el tabaco afecta actualmente a la propia salud. Ambos resultados evolutivos podrían ser muy inferiores o casi no suceder en el caso de enfermos con patologías crónicas relacionadas con el tabaco, con alteraciones de la salud objetiva que permanecieran o empeoraran a pesar del abandono del consumo del mismo. Debido a que el porcentaje de estos casos en nuestra muestra era relativamente pequeño, del 12% de los casos, no había

suficiente potencia para realizar un análisis de este subgrupo, y al parecer ha tenido poca influencia sobre los resultados.

Durante la etapa de Acción se asiste a un incremento en la atribución al tabaquismo del deterioro de la salud mental, sin alcanzar la significación en el estudio multivariado. Estos resultados podrían ser debidos a planteamientos cognitivos que podrían ayudar a superar la abstinencia del tabaco y a mantener el objetivo de la conducta abstinentes, en los primeros meses de la cesación del tabaquismo.

La dimensión Salud General es la que más precozmente mejora al dejar de fumar y su mejoría es la que alcanza mayor magnitud entre todas las dimensiones del SF-36. La mejoría en Salud General no sólo implica la mejoría en la percepción actual del estado de salud, sino también la perspectiva de una mejora de salud en el futuro. Ya hemos comentado previamente que se produjo una elevación similar en Salud General en otros estudios al cesar el consumo de tabaco (Erickson, y cols., 2004; Mitra y cols., 2004; Shaw y cols., 2001; Zillich y cols., 2002).

A destacar la observación de una mejora significativa en Salud General a los dos años entre los fumadores que redujeron su consumo de cigarrillos al menos a la mitad respecto a quienes no lo consiguieron, durante el seguimiento de una muestra de fumadores suizos sanos que no se veían capaces o no querían dejar completamente el consumo de tabaco (Bolliger y cols., 2002), de modo que el incremento en la percepción de Salud General se puede llegar a obtener descendiendo el consumo.

A excepción de Dolor Corporal, que muestra un incremento moderado, los cambios que se producen en otras dimensiones son individualmente pequeños,

pero la suma de los mismos implica una considerable mejora en la percepción global de salud en los fumadores que entraron en Acción. Por lo tanto, en la misma línea de lo ya comentado en la Evolución Declarada de la Salud, la mejoría en Salud General y en otras dimensiones del SF-36 apoyaría la afirmación de que la cesación tabáquica podría conducir a una mejora subjetiva del estado de salud global en menos de doce meses. **Esta mejora sería más acentuada en el componente físico que en el mental**, a la vista de los incrementos observados en ambos Componentes Sumarios. Estos resultados discrepan de los hallados en un reciente estudio con población general danesa, en el que no se observaron modificaciones significativas de las percepciones de salud mental y física medidas con el SF-12 entre los fumadores que dejaban de fumar durante un seguimiento de 5 años. Los autores explicaban este hallazgo responsabilizando al efecto de abandono por la enfermedad, de modo que los fumadores con problemas de salud tienen más probabilidad de ser quienes dejan de fumar (Pisinger, Toft, Aadahl, Glümer y Jørgensen, 2009), y sus enfermedades (muchas veces relacionadas con el consumo de tabaco) impiden la mejoría de salud percibida esperada por el abandono del tabaco.

En el proceso de abandono del tabaco o entrada en la etapa de Acción, establecemos la hipótesis de que los cambios de percepción de salud son secundarios al abandono, y no actúan como elementos estimuladores o favorecedores. No obstante, esta hipótesis debería ser contrastada en estudios posteriores. Asimismo se ha comprobado que tampoco los procesos del cambio experiencial ni los “pros” y “contras” del balance decisional están relacionados con el resultado de abandono, mientras que sí lo está la Autoeficacia (Segan, Borland y Greenwood, 2002). La Autoeficacia aumenta

linealmente a través de las etapas del cambio, alcanzando altos niveles en el paso de Acción a Mantenimiento y en la permanencia en Mantenimiento, mientras que la tentación sigue una evolución inversa produciéndose el cruce entre ambos en la etapa de Acción (Prochaska y cols., 1991). Mayores niveles de Autoeficacia percibida para dejar de fumar predijeron, con significación estadística, el paso de Preparación a Acción, y mostraron una tendencia a la significación en el paso de Acción a Mantenimiento (Dijkstra, Tromp y Conijn, 2003).

8.24. OBJETIVO 24: Conocer el tamaño del efecto de las percepciones de salud en los fumadores activos que no progresan en las etapas del cambio y en los fumadores activos que progresan pero no dejan de fumar, durante el seguimiento evolutivo

La principal diferencia detectada entre los fumadores que progresan en las etapas del cambio y quienes no lo hacen se encuentra en la evolución de las dimensiones Función Física y Salud General, que descienden en los primeros y se incrementan en los últimos. Estos cambios, con la aportación menos relevante, pero en el mismo sentido, de Dolor Corporal y Rol Físico, contribuyen a que **el global del Componente Sumario Físico tenga un descenso en los fumadores que progresan, mientras que asciende en los fumadores que se mantienen o retroceden en las etapas del cambio** hasta alcanzar la diferencia un 63% de la desviación estándar. Aunque no es posible

asegurar si se trata de una causa o de un efecto, el hecho de que estas modificaciones no se consoliden y pierdan relevancia en la visita posterior, orientan hacia la hipótesis de que una evolución negativa del estado de salud físico percibido favorece el planteamiento de intención de cambio y la progresión, mientras que la mejora del estado de salud físico percibido no induce al planteamiento de abandono del consumo de tabaco a corto o medio plazo.

8.25. OBJETIVO 25: Conocer el tamaño del efecto de las percepciones de salud en los exfumadores que no recayeron y en los exfumadores que tuvieron una recaída, durante el seguimiento evolutivo

En los exfumadores que recuperan el hábito tabáquico **la recaída coincide con un descenso de las dimensiones Vitalidad y Salud Mental, y en consecuencia del Componente Sumario Mental, que se contrapone al incremento de estas variables que se observa en los exfumadores que permanecen abstinentes**, alcanzando el efecto un tamaño moderado alto y manteniendo significación en el estudio multivariado. La dinámica de las modificaciones permitiría establecer la hipótesis que el empeoramiento en las dimensiones del componente mental podría influir en la recaída de los participantes. Míguez y Becoña (1997) explican en su revisión sobre el proceso de recaída que la principal causa de la misma son los estados emocionales negativos, que pueden cursar con sentimientos de tristeza, tensión, frustración, ansiedad, depresión, enfado y preocupación, entre otros, utilizando el fumador

los cigarrillos para mitigar el efecto displacentero. Los estados emocionales negativos pueden ser provocados por estrés, problemas laborales, desgracias personales o familiares, o bien por la caída en el consumo de un cigarrillo que puede generar sentimientos de culpa, conflicto con su cognición previa de abstinerente y disminución de la percepción de autocontrol (Míguez y Becoña, 1997). Por lo tanto, un posible deterioro del componente mental de la salud percibida, puede facilitar la recaída en el tabaquismo y, a su vez, la recaída puede actuar como causa de un deterioro de la salud mental, creando un círculo vicioso que sitúa al exfumador de nuevo como fumador activo, y en ocasiones, sin fuerzas ni deseos para volver a plantearse el abandono.

Es notorio precisar que en el estudio realizado por Michalos, Zumbo y Hubley (2000), con una muestra de población general canadiense, la escala de depresión y la dimensión Salud Mental del SF-36 fueron variables explicativas muy relevantes de las puntuaciones en las escalas de felicidad y de satisfacción con la vida.

El incremento en la afectación de la salud actual por el uso del tabaco sería consecuencia directa del regreso a la inhalación de las sustancias tóxicas del humo del tabaco, y se contrapone a la tendencia progresiva de infravalorar esta variable a medida que se prolonga el tiempo de abstinencia.

8.26. Limitaciones

La principal limitación de este estudio se encuentra en la baja potencia para identificar modificaciones pequeñas en las variables de percepciones de salud. En las dimensiones del SF-36 se consideran clínicamente significativas

diferencias de 5 puntos (Guitérrez-Bedmay cols., 2009; Samsay cols., 1999; Wilson y cols., 1999; Zillich y cols., 2002), que en nuestro estudio no alcanzaban significación estadística. Por este motivo hemos remarcado en ocasiones los resultados que sólo alcanzaban una tendencia a la significación, porque en el contexto de una muestra más amplia podrían haber llegado a ser significativos. La lectura de estos resultados ha de hacerse con esta precaución para no inducir un error estadístico tipo II y afirmar que no existe asociación cuando realmente puede existir (Norman y Streiner, 1998). En cambio, los resultados con significación estadística son de amplia significación clínica. Algunas de las asociaciones estudiadas son innovadoras, sin descripciones previas en la literatura científica, y por este motivo creemos importante que se vean apoyadas por resultados de suficiente amplitud, aunque precisarían de una posterior verificación con un estudio diseñado específicamente para ello.

Otra limitación del estudio son las pérdidas de seguimiento, que se debieron básicamente a la retirada del estudio longitudinal de investigadores que habían colaborado en el estudio transversal, en mayor medida que a las pérdidas habituales de los sujetos de la cohorte. En este contexto, la influencia de posibles características de los participantes sin seguimiento no es tan relevante al estar motivada mayoritariamente por una causa ajena a ellos.

Una tercera limitación, es la inherente a la recogida de datos mediante autoinformes. La comunicación personal del estado de tabaquismo es usada ampliamente en los estudios epidemiológicos y ha demostrado ser un buen indicador de la prevalencia de tabaquismo (Martínez, Reid, Jiang, Einspahr y Alberts, 2004; Wagenknecht, Burke, Perkins, Haley y Friedman, 1992). El estado de tabaquismo comunicado por los propios fumadores es generalmente

muy fiable, a excepción de los estudios de intervención clínica o en pacientes médicos de alto riesgo, en los cuales la tasa de comunicaciones falsas es mayor debido a las mayores expectativas de cambio (Croghan y cols., 2005). Los participantes de este estudio no estaban sometidos a ninguna presión adicional para modelar su estado de tabaquismo al no haber ninguna intervención sujeta a valoración, de modo que podían exponer la realidad sin otro sesgo que el de la información habitual que un paciente proporciona a su médico en la práctica clínica diaria, aunque se tratara en ocasiones de un médico que había proporcionado un consejo sanitario de abandono del consumo de tabaco y registraba el resultado obtenido con el mismo. Por lo tanto, las condiciones de este estudio sólo reproducen las que suceden en la práctica clínica habitual. El Subcomité para Verificación Bioquímica de la Sociedad para Investigación sobre Nicotina y Tabaco, comunicó que la verificación bioquímica puede afectar el resultado entre mujeres embarazadas con una historia de uso de alcohol o depresión, así como entre pacientes después de la cirugía, pero que la verificación no afectaba el resultado entre los pacientes dependientes de drogas, pacientes con cáncer ni en los pacientes de atención primaria (Garces y cols., 2004), y los participantes de nuestra cohorte serían equiparables a estos últimos.

Además, la clasificación de las etapas del cambio del modelo de Prochaska, Norcross y DiClemente (1994) se basa en la declaración del estado, y adicionalmente de la intención respecto al mantenimiento o modificación de este estado, por parte del fumador, de tal manera que la clasificación de los participantes sólo depende de lo que ellos declaren. Todas las medidas de percepción de salud son evaluadas subjetivamente por los participantes, de

modo que los resultados de este estudio dependen de sus evaluaciones. En este contexto, no se consideró necesario en el diseño del estudio obtener una medida objetiva del estado de fumador activo, con cooximetría en el aire espirado o con análisis bioquímicos de metabolitos de la nicotina.

8.27. Contextualización de los principales resultados

Es conocido que el tabaco disminuye la supervivencia de las personas que lo consumen. En el seguimiento desde 1951 hasta 2001 de una cohorte de 34.439 médicos británicos varones, se observó que los fumadores murieron con una media de 10 años más jóvenes que los nunca fumadores y, además, cuanto más prematuro era el cese en el tabaquismo más años de vida ganaba el fumador (Doll, Peto, Boreham y Sutherland, 2004). En una cohorte de hombres finlandeses originalmente sanos (laboralmente activos, sin enfermedades crónicas ni consumo de medicamentos) los no fumadores vivieron un promedio de 10 años más que los fumadores de más de 20 cigarrillos diarios (Strandberg, Strandberg, Pitkälä, Salomaa, Tilvis y Miettinen, 2008).

En un estudio danés, se detectó que la reducción en expectativa de vida para un fumador de unos 20 años de edad estaba alrededor de 7 años, ya que en un hombre no fumador se esperaría que viviera 57 años más y una mujer no fumadora podría alcanzar 61 años más de vida, mientras que los fumadores de más de 15 cigarrillos diarios reducían sus expectativas de vida a 50 y 54 años más, respectivamente en el hombre y en la mujer (Brønnum-Hansen y Juel, 2001). Pero, también es importante que los años de vida que le quedan a una

personas los viva con una buena salud, por ello se cuantifican los años de vida que se viven con mala salud o años de vida saludable perdidos, que en el caso de los fumadores de más de 15 cigarrillos diarios alcanzaban entre 12 y 13 años en ambos sexos (Brønnum-Hansen y Juel, 2001). Mediante los datos obtenidos de las encuestas de salud incorporadas en el Sistema de Vigilancia de los Factores de Riesgo Conductuales en EE.UU., se calculó que la contribución de la mortalidad al global de los Años de Vida Ajustados por la Calidad perdidos a causa del tabaquismo era más alta que la contribución de la morbilidad, teniendo en consideración que el riesgo de mortalidad atribuido al consumidor de tabaco era de casi tres veces (2,789) el riesgo del no fumador. Sin embargo, desde 1993 hasta el 2008 se ha observado una disminución de un 8,4% en la contribución de la mortalidad y un incremento de un 26% en la contribución de la morbilidad en los Años de Vida Ajustados por la Calidad perdidos atribuibles al consumo de tabaco (Jia y Lubetkin, 2010). En el seguimiento de una cohorte de hombres norteamericanos de 50 a 60 años y de sus esposas de cualquier edad, se observó una pérdida de años de vida saludable en los fumadores respecto a los no fumadores. En los exfumadores con un tiempo desde la deshabituación inferior a los 15 años también se apreció una pérdida de años de vida saludable respecto a los no fumadores, mientras que a partir de los 15 años de abstinencia se dejaban de observar diferencias con las personas nunca fumadoras (Østbye y Taylor, 2004). El consumo de tabaco, por lo tanto, se acompaña de una menor expectativa de vida y de una menor expectativa de salud en los años de supervivencia, que tiende a recuperarse a medida que pasan los años de abstinencia y con mayor probabilidad cuanto más precoz sea el abandono.

La mejora del estado de salud se considera un resultado de efectividad de los tratamientos para las adicciones (Croghan y cols., 2005). La evaluación de la percepción del estado de salud no es un resultado final exclusivamente, sino que puede formar parte del proceso de abandono. Para todos los fumadores que se plantean deshabituarse del consumo de tabaco es importante disponer de información sobre las mejoras en la percepción de salud que probablemente se obtendrán si se alcanza con éxito el objetivo de la deshabituación, así como conocer que estas mejoras pueden aparecer en los primeros meses después de la cesación. Este conocimiento debería estimular a los responsables de la salud de los ciudadanos, tanto en el nivel comunitario como en el nivel personal, a propiciar el cese del consumo de tabaco en los ciudadanos fumadores y contribuir al mismo. Todos los actores deben unirse para conseguir este objetivo y cada uno debe responsabilizarse de su parcela de actuación. Debe comenzar con los políticos, seguir con los gestores sanitarios y acabar con los profesionales sanitarios, sean médicos, enfermeros, fisioterapeutas, auxiliares de clínica o cualquier otro.

Los profesionales sanitarios deben conocer que un deterioro transitorio de la percepción de salud física en el fumador activo no es un resultado negativo si se incorpora positivamente en el proceso de abandono del consumo de tabaco y sirve para que un fumador sin intención de cambio, que no se planteaba dejar de fumar, se convierta en un fumador con intención de cambio que se plantea el cese del consumo y, que en algunas ocasiones, ya actúa realizando un descenso del mismo. Pero ha de saber que este proceso se ha de conseguir antes de que el deterioro orgánico físico sea importante o irreversible, es decir, el fumador ha de percibir que su estado físico sufre un deterioro al que

contribuye el consumo de tabaco antes de que esta situación suceda realmente o, al menos, antes de que pudiera tener futuras consecuencias. Cuando lo perciba, el fumador comenzará a proponerse dejar de serlo.

Podría plantearse un dilema ético sobre si es correcto que la intervención de los terapeutas facilite una peor percepción de salud física en el contemplador para estimular el paso a la intención de cambio. En un estudio de seguimiento con 477 varones con una edad superior a los 64 años, llevado a cabo en Barcelona, el porcentaje de mala salud percibida era superior en exfumadores que en nunca fumadores, y la prevalencia más baja de mala salud percibida se obtuvo en los fumadores que permanecían activos (Sunyer, Lamarca y Alonso, 1998). Pero, a pesar de esta mejor salud percibida las tasas de mortalidad ajustadas fueron superiores en los fumadores activos, seguido de los exfumadores, principalmente a causa del cáncer, y los no fumadores sobrevivían de promedio unos 6 años a los fumadores. A la vista de estos resultados, un descenso transitorio en la percepción de salud física que puede ser seguido de una mejora subjetiva y objetiva de la salud parece justificado.

Los profesionales sanitarios y las personas exfumadoras deben conocer la importancia de mantener una percepción de buena salud mental, ya que el deterioro de la misma es un factor que acompaña a la recaída en el consumo de tabaco. Muchas veces se acompaña de un incremento en la percepción de buena salud física, un aspecto que es deseable en la evolución vital del exfumador, siempre y cuando mantenga la percepción de perjuicio por el consumo de tabaco. Cuando a la mejora del buen estado físico, con el consecuente olvido de los "contras" del consumo del tabaco, se le añade un malestar en las dimensiones mentales que inducen la búsqueda de una ayuda

psicológica y biológica, es cuando se intensifica el riesgo de recaída en el hábito de fumar, porque el exfumador puede buscarla en el consumo del tabaco.

El abandono del consumo de tabaco conduce a beneficios en forma de mayor supervivencia y favorece que estos años adicionales de vida lo sean con mayor salud percibida. La mejoría en la salud percibida puede empezar a producirse en los primeros meses, con una magnitud variable. También en esta situación es extremadamente importante alcanzar el abandono del consumo de tabaco antes de que las consecuencias nocivas que tiene sobre la salud sean importantes o permanentes.

Este estudio tiene una **relevancia bibliométrica** porque es la primera investigación que valora la calidad de vida relacionada con la salud según las etapas del cambio del modelo transteórico en el proceso de abandono y recaída del consumo de tabaco. Con anterioridad las valoraciones de calidad de vida relacionada con la salud en los consumidores de tabaco se habían realizado siempre atendiendo a la clasificación de fumador activo o en algún momento de la vida, de fumador en el pasado o de nunca fumador. La valoración de la percepción de salud según las etapas del cambio sólo se había realizado con una pregunta simple. En el presente estudio no se ha valorado la calidad de vida relacionada con la salud de las personas que nunca han fumado pero sí de los fumadores en todo el continuo de las etapas del cambio.

Los estudios realizados en España con el SF-36 en relación al consumo de tabaco son pocos y con resultados discordantes con la mayoría de las publicaciones internacionales (Bellido-Casado y cols., 2004) o con errores estadísticos (Cayuela y cols., 2007), y ninguno ha tenido en cuenta las etapas

del cambio. Es conocida la importancia de obtener resultados nacionales y de no extrapolar los propios de otros países, porque puede haber diferencias transnacionales muy notorias, así por ejemplo, en un estudio plurinacional se detectó una asociación entre pobre salud percibida y consumo de tabaco en Finlandia en ambos sexos, pero dicha asociación era inexistente en Estonia, Letonia y Lituania (Kasmel, Helasoja, Lipand, Prättälä, Klumbiene y Pudule, 2004).

Consideramos que este estudio tiene **relevancia clínica**. Sus resultados pueden ser útiles para planificar programas de abandono del consumo de tabaco. El conocimiento de patrones de modificación de la calidad de vida relacionada con la salud que predominan según el proceso de las etapas del cambio en el abandono del consumo de tabaco, dentro de la asumible variabilidad de este constructo que depende de múltiples factores, puede ayudar en la elaboración de las estrategias para conseguir que un fumador deje de serlo y se mantenga abstinente.

Los fumadores en la etapa de Precontemplación pueden mostrar refractariedad a los mensajes informativos sobre los peligros del consumo de tabaco sobre la salud o, más específicamente, sobre su propia salud. Esta refractariedad se debilita cuando perciben un deterioro en su estado físico. Cuando un Precontemplador se pone en contacto con el sistema sanitario por un problema de salud física, aunque sea banal, se le debe recordar que el tabaco puede ser la causa directa o que puede estar influyendo indirectamente en las molestias que siente, y posteriormente dar siempre un breve consejo antitabáquico. En esos momentos de vulnerabilidad el precontemplador puede ser más receptivo para la escucha del mensaje y al asociar el descenso percibido en su salud

física con el consumo de tabaco puede plantearse una intención de abandono del mismo en los próximos meses.

En las fases de Contemplación y Preparación debe incidirse en las mejoras de la salud que se obtendrán después del abandono del tabaco, algunas inmediatas y siempre de mayor intensidad cuanto menores sean las secuelas definitivas, y debe insistirse en el deterioro sobre la salud mental que provoca el tabaco. Es el momento de que el fumador sea consciente de su dependencia a unas sustancias externas, es necesario reforzar su capacidad para superar la adicción (autoeficacia) y después darle consejo antitabáquico.

En las etapas de Acción y de Mantenimiento es fundamental preservar e incrementar, si procede, todos los aspectos relacionados con las emociones y con la salud mental para evitar las recaídas, y adiestrarle para la búsqueda de apoyos psicológicos entre los familiares y entre su red social para permanecer abstinentes ante situaciones que pudieran empeorar su componente mental, hasta que pueda ser atendido por un profesional. Es recomendable felicitarle por sus logros, preguntar sobre las nuevas percepciones de salud (habitualmente mejores que las de la etapa de fumador) y la satisfacción con la vida, y potenciar las respuestas positivas.

Los resultados de la presente investigación también pueden ser de utilidad para comprender el modelo y la planificación de otras estrategias en la búsqueda de la deshabituación en el consumo de tabaco. Es conocido el hecho de que los fumadores que se declaran precontempladores o contempladores pueden iniciar un intento de abandono del consumo de tabaco en las próximas semanas o meses (Aveyard y cols., 2009) sin necesidad de seguir todos los pasos de las etapas del cambio. En un estudio realizado en Inglaterra con 918

fumadores y 996 exfumadores, aproximadamente la mitad de los intentos de abandono fueron no planeados, y curiosamente los intentos no planeados tuvieron el doble de posibilidades de ser exitosos que los intentos planificados. (West y Sohal, 2006).

Basándose en la teoría de las catástrofes se considera que pequeños estímulos pueden conducir a grandes respuestas en un medio adecuadamente tensionado. Se ha preconizado la estrategia que podría llamarse de las "3 Ts", que consistiría en la creación de la **tensión** motivacional, provocar ("**trigger**") la acción en los fumadores que están en la "cúspide" de un cambio en su orientación al consumo de tabaco, y la inmediata disponibilidad de **tratamiento** y asesoramiento apoyando los intentos de abandono (West y Sohal, 2006). En esta estrategia, la percepción de mala salud física podría generar una condición facilitadora del cambio, en la cual un estímulo menor puede iniciar una gran respuesta y conseguir el intento de abandono del consumo de tabaco. Pero además, las informaciones relevantes a la mala salud podrían actuar como gatillos que desencadenan la respuesta. No hemos de olvidar, sin embargo, que la percepción de mala salud mental podría generar una condición facilitadora de la recaída en el consumo de tabaco.

9. CONCLUSIONES

Poco más de la mitad de los participantes reconoce haber recibido consejo antitabáquico. Este reconocimiento aumenta en los enfermos con una patología relacionada con el tabaco (tres de cada cuatro) y en los fumadores que se encuentran en la etapa de Acción.

La percepción de la afectación actual de la salud causada por el tabaco es máxima en los fumadores con intención de abandonar el consumo de tabaco, especialmente durante la etapa de contemplación, y es mínima en los exfumadores con más de 6 meses de abstinencia. Esta percepción es mayor en los enfermos con una patología relacionada con el tabaco.

La atribución al tabaco del deterioro de la salud física y de la salud mental es más baja en los fumadores sin intención de abandonar el consumo de tabaco en los próximos 6 meses, y alcanza su valor más alto en la etapa de Acción.

Los fumadores activos expresan una menor satisfacción con la vida que los exfumadores. La satisfacción con la vida alcanza su valor más bajo en los fumadores con intención de abandonar el consumo de tabaco y se incrementa al dejar de consumir.

Los fumadores sin intención de abandonar el consumo de tabaco en los próximos meses tienen valores más bajos en las dimensiones del SF-36 que la población de referencia excepto en Función Física y Rol Físico.

Los fumadores con intención de abandonar el consumo de tabaco en los próximos meses tienen valores más bajos en todas las dimensiones del SF-36 que la población de referencia.

Los Exfumadores tienen valores similares en las dimensiones del SF-36 que la población de referencia excepto en Dolor Corporal donde son más bajos.

Los fumadores con intención de abandonar el consumo de tabaco en los próximos meses evalúan peor su calidad de vida relacionada con la salud que los fumadores en Precontemplación en las dimensiones Función Física y Función Social, así como en la Evolución Declarada de la Salud.

Los fumadores con intención de abandonar el consumo de tabaco en los próximos meses evalúan peor su calidad de vida relacionada con la salud que los exfumadores en las dimensiones Función Física, Función Social, Salud General y Vitalidad, en el Componente Sumario Mental y en la Evolución Declarada de la Salud.

Los fumadores en Precontemplación evalúan peor su calidad de vida relacionada con la salud que los exfumadores en el Componente Sumario Mental y en la Evolución Declarada de la Salud.

En los fumadores activos hay una asociación entre peor calidad de vida y mayor dependencia a la nicotina.

Después del cese en el consumo de tabaco mejora el estado percibido de la salud actual en comparación con la salud previa, y esta mejora se acompaña de una fuerte disminución en la creencia de que el tabaco les está afectando a la salud. Alrededor del proceso de inicio de la Acción hay una mayor sensibilización de que el consumo de tabaco les afecta mental o emocionalmente. A lo largo del proceso de abandono mejoran las percepciones de salud tanto del componente físico como del componente mental, sobre todo en la dimensión Salud General.

Los fumadores activos que no abandonan el consumo experimentan durante la progresión en las etapas del cambio un descenso en Función Física, en Salud General y en el Componente Sumario Físico, en contraposición al aumento observado en los fumadores activos sin progresión en su planteamiento de abandono.

El progreso en el planteamiento de abandono del consumo de tabaco se asocia a un descenso en la valoración de la capacidad de realizar actividades físicas.

La recaída en el consumo de tabaco se asocia a un empeoramiento en las dimensiones Vitalidad y Salud Mental, y vuelve a considerarse el consumo de tabaco como una causa del deterioro actual de la salud. Los exfumadores que volvieron a fumar se habían iniciado en el tabaquismo a una edad más tardía, estaban menos satisfechos con la vida y tendían a ser menos optimistas que los que permanecieron abstinentes.

10. REFERENCIAS

- Achat, H., Kawachi, I., Spiro, A., DeMolles, D.A. y Sparrow, D. (2000). Optimism and depression as predictors of physical and mental health functioning: the Normative Aging Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 22, 127-130.
- Agudo, A., Pera, G., Rodríguez, M., Quiros, J.R., Navarro, C., Martínez, C., Larrañaga, N., Fernández, A., Dorronsoro, M., Chirlaque, M.D., Berenguer, A., Barricarte, A., Ardanaz, E., Amiano, P., Tormo, J. y González, C.A. (2004). Changes in smoking habits in adults: results from a prospective study in Spain. *Annals of Epidemiology*, 14, 235-243.
- Alonso, J. (2000a). Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. Accesible en <http://www.imim.es> (consultado 15 de febrero de 2005).
- Alonso, J. (2000b). La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gaceta Sanitaria*, 14, 163-167.
- Alonso, J., Antó, J.M. y Moreno, C. (1990). Spanish Version of the Nottingham Health Profile: Translation and Preliminary Validity. *American Journal of Public Health*, 80, 704-708.
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 104, 771-776.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C. y De la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del cuestionario de salud SF-36. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 111, 410-416.
- Altadis. Accesible en <http://www.altadis.com/es/index01.html> (Consultado el 29 de junio del 2005).
- Álvarez, F.J. (2003). El tabaquismo como problema de salud pública. En M. Barrueco, M.A. Hernández y M. Torrecilla (Eds.). *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo* (pp 27-68). Madrid: Ergon.
- Álvarez, F.J. y Castillo, J., (1998). Enfermedades neoplásicas del pulmón y tabaco. En C.A. Jiménez (Ed). *Pulmón y tabaco* (pp. 43-58). Madrid: Nilo.

- Al-Windi, A. (2005). The relations between symptoms, somatic and psychiatric conditions, life satisfaction and perceived health. A primary care based study. *Health and Quality of Life Outcomes*. Accesible en <http://www.hqlo.com/content/3/1/28> (Consultado el 27 de diciembre del 2009).
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Anatchkova, M.D., Velicer, W.F. y Prochaska, J.O. (2005). Replication of subtypes for smoking cessation within the contemplation stage of change. *Addictive Behaviors*, 30, 915-927.
- Anatchkova, M.D., Velicer, W.F. y Prochaska, J.O. (2006a). Replication of subtypes for smoking cessation within the preparation stage of change. *Addictive Behaviors*, 31, 359-366.
- Anatchkova, M.D., Velicer, W.F. y Prochaska, J.O. (2006b). Replication of subtypes for smoking cessation within the precontemplation stage of change. *Addictive Behaviors*, 31, 1101-1115.
- Anónimo. (2008). Vareniclina per a la deshabitació del tabac. *Butlletí de Farmacovigilància de Catalunya*, 6, 5-6.
- Anthonisen, N.R., Wrihgt, E.C., Hodgkin, J.E. y IPPB Trial Group. (1986). Prognosis in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *The American Review of Respiratory Disease*, 133, 14-20.
- Aubin, H.J., Bobak, A., Britton, J.R., Oncken, C., Billing, C.B. Jr, Gong, J., Williams, K.E. y Reeves, K.R. (2008). Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomised open-label trial. *Thorax*, 63 (8), 717-724.
- Aveyard, P., Massey, L., Parsons, A., Manaseki, S. y Griffin, C. (2009). The effect of Transtheoretical Model based interventions on smoking cessation. *Social Science & Medicine*, 68, 397-403.
- Baddini, J.A., Asis, G., Oliveira, E.S., Terra, J., Alves, G. y Luiz, A. (2004) Impaired quality of life of healthy young smokers. *Chest*, 125, 425 – 428.
- Badía, X. (1995). Sobre la adaptación transcultural de medidas de la calidad de vida relacionada con la salud para su uso en España. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 105, 56-58.
- Badía, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M. y Segura, A. (1999). La versión española del euroQol: descripción y aplicaciones. *Medicina Clínica (Barcelona)*, Supl 1, 79-86.

- Balfour, L., Cooper, C., Kowal, J., Tasca, G.A., Silverman, A., Kane, M. y Garber, G. (2006). Depression and cigarette smoking independently relate to reduced health-related quality of life among Canadians living with hepatitis C. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 20, 81-86.
- Bauld, L., Bell, K., McCullough, L., Richardson, L. y Greaves, L. (2009). The effectiveness of NHS smoking cessation services: a systematic review. *Journal of Public Health* 32, 71-82.
- Banegas, J.R., Diez, L., Rodríguez-Artalejo, F., González, J., Graciani, A. y Villar, F. (2001). Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 117, 692-694.
- Banegas, J.R., Diez, L., González, J., Villar, F. y Rodríguez-Artalejo, F. (2005). La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 124, 769-771.
- Barrueco, M., Hernández, M.A. y Torrecilla, M. (Eds.). (2003). *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Ergon.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid. Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2000a). Tratamiento del tabaquismo: situación actual y perspectivas futuras. *Adicciones*, 12, 77-85.
- Becoña, E. (2000b). Estadios del cambio en la conducta de fumar: su relevancia en el tratamiento de fumadores. *Prevención del Tabaquismo*, 2, 106-112.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28, 11-20.
- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1996a). El modelo de cambio de Prochaska y DiClemente para modificar con éxito las conductas problema. *Revista Psicología Contemporánea*, 3, 34-40.
- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1996b) Los estadios de cambio de los fumadores: un estudio empírico. *Revista Psicología Contemporánea*, 3, 42-47.
- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (2000). Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género. *Revista Española de Salud Pública*, 74, 13-23.
- Bellido, J., Martín, J.C., Dueñas, A., Mena, F.J., Arzúa D. y Simal, F. (2001). Hábito tabáquico en una población general: descripción de la prevalencia, grado de consolidación y fase de abandono. *Archivos de Bronconeumología*, 37, 75-80.

- Bellido-Casado, J., Martín-Escudero, J., Dueñas-Laita, A., Mena-Martín, F.J., Arzúa-Mouronte, D. y Simal-Blanco, F. (2004). The SF-36 questionnaire as a measurement of health-related quality of life: assessing short- and medium-term effects of exposure to tobacco versus the known long-term effects. *European Journal of Internal Medicine*, 15, 511-517.
- Bergner, M., Bobbitt, R.A., Carter, W.B. y Gilson, B.S. (1981). The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19, 787-805.
- Bobak, M., Gilmore, A., Mckee, M., Rose, R. y Marmot, M. (2007). Changes en smoking prevalence in Russia, 1996-2004. *Tobacco Control*, 15, 131-135.
- Bolliger, C.T., Zellweger, J.P., Danielsson, T., van Biljon, X., Robidou, A., Westin, A. y cols. (2002). Influence of long-term smoking reduction on health risk markers and quality of life. *Nicotine & Tobacco Research*, 4, 433-439.
- Borland, R., Yong, H., King, B., Cummings, K.M., Fong, G.T., Elton-Marshall, T., Hammond, D. y McNeill, A. (2004). Use of and beliefs about light cigarettes in four countries: Findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Survey. *Nicotine & Tobacco Research*, 6, Supl.3, S311-S321.
- Brage, S. y Bjerkedal, T. (1996). Musculoskeletal pain and smoking in Norway. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50, 166-169.
- Brønnum-Hansen, H. y Juel, K. (2001). Abstention from smoking extends life and compresses morbidity: a population based study of health expectancy among smokers and never smokers in Denmark. *Tobacco Control*, 10, 273-278.
- Brown, D.W., Balluz, L.S., Heath, G.W., Moriarty, D.G., Ford, E.S., Giles, W.H. y Mokdad, A.H. (2003). Associations between recommended levels of physical activity and health-related quality of life. Findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey. *Preventive Medicine*, 37, 520-528.
- Cahill, K., Lancaster, T. y Green, N.. (2010). Intervenciones basadas en estadios para el abandono del hábito de fumar (Revision Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 11*. Art. No.: CD004492. DOI: 10.1002/14651858.CD004492.
- Cahill, K., Stead, L. F. y Lancaster, T. (2008). Agonistas parciales de los receptores de la nicotina para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Accesible en:

- <http://www.update-software.com>. (Consultado el 25 de febrero del 2009).
- Casas, F. (1996). Bienestar social. *Una introducción psicosociológica*. Barcelona: PPU.
- Casas, F. (1999). Calidad de vida y calidad humana. *Papeles del psicólogo*, 74. Accesible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=812> (Consultado el 27 de diciembre del 2009).
- Casas, F. (2005). Calidad de vida. En D. Juvinyà (Ed.), *Infermeria i Salut Comunitària* (pp117-133). Girona: Documenta Universitaria.
- Castro, M.G., Oliveira, M.S., Miguel, A.C. y Araujo, R.B. (2007). WHOQOL – Brief psychometric properties in a sample of smokers. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29, 254-257.
- Cayuela, A., Rodríguez-Domínguez, S. y Otero, R. (2007). Deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud en fumadores varones sanos. *Archivos de Bronconeumología*, 43, 59-63.
- Cerrada, E., López, C., Bouzas, E., Gómez, B. y Sanz, T. (2005). Opiniones, prácticas. Barreras y predisposición al cambio, a la hora de dar consejo para dejar de fumar. *Atención Primaria*, 36, 434-441.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power análisis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J.E., Pederson, L.L., Ashley, M.J., Bull, S.B., Ferrence, R. y Poland, B.D. (2002). Is “stage of change” related to knowledge of health effects and support for tobacco control?. *Addictive Behaviors*, 27, 49-61.
- Connelly, J.E., Philbrick, J.T., Smith, G.R., Kaiser, D.L. y Wymer, A. (1989). Health perceptions of primary care patients and the influence on health care utilization. *Medical Care*, 27, Supl 3, S99-S109.
- Consell assessor sobre tabaquisme a Catalunya. (2001). Dona i tabac. Informe tècnic sobre l'hàbit tabàquic femení a Catalunya. Accesible en <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/donatabac1.pdf> (Consultado el 6 de junio de 2005).
- Conroy, M.B., Majchrzak, N.E., Regan, S., Silverman, C.B., Schneider, L.I. y Rigotti, N.A. (2005). The association between patient-reported receipt of tobacco intervention at a primary care visit and smokers' satisfaction with their health care. *Nicotine & Tobacco Research*, 7, Supl 1, S29-S34.

- Covinsky, K.E., Kahana, E., Marshall, H.C., Palmer, R.M., Fortinsky, R.H. y Landefeld, C.S. (1999). Depressive symptoms and 3-year mortality in older hospitalized medical patients. *Annals of Internal Medicine*, 130, 563-9.
- Croghan, I.T., Schroeder, D.R., Hays, J.T., Eberman, K.M., Patten, C.A., Berg, E.J., y Hurt, R.D. (2005). Nicotine dependence treatment: perceived health status improvement with 1-year continuous smoking abstinence. *European Journal of Public Health*, 15, 251-255.
- Crosby, R.D., Kolotkin, R.L. y Williams, G.R. (2003). Defining clinically meaningful change in health-related quality of life. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 395-407.
- Cummings, K.M., Hyland, A., Giovino, G.A., Hastrup, J.L., Bauer, J.E. y Bansal, M.A. (2004). Are smokers adequately informed about the health risks of smoking and medicinal nicotine? *Nicotine & Tobacco Research*, 6, Supl 3, S333-S340.
- Chapman, S., Wong, W.L. y Smith, W. (1993). Self-exempting beliefs about smoking and health: differences between smokers and ex-smokers. *American Journal of Public Health*, 83, 215-219.
- Charlson, M.E., Pompei, P., Ales, K.L. y MacKenzie, C.R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 373-383.
- Chassin, L., Presson, C.C., Sherman, S.J., y Kim, K. (2002). Long-term psychological sequelae of smoking cessation and relapse. *Health Psychology*, 21, 438-443.
- Daniel, M., Cargo, M.D., Lifshay, J. y Green, L.W., (2004). Cigarette smoking, mental health and social support. *Canadian Journal of Public Health*, 95, 45-49.
- De Granda, J.I. (2004). Consecuencias para la salud del consumo de tabaco. En Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. *Tabaquismo*, (pp 59-79). Madrid: Sanitaria 2000.
- De Granda, J.I., Gutiérrez, T., Roig, F., Peña, T., Jiménez, C.A., Solano, S. y Martínez, J.M. (2008). Distribución de un grupo de jóvenes fumadores con asma según los estadios de cambio. Comparación con un grupo sin asma. *Prevención del Tabaquismo*, 10, 13-19.
- De Granda, J.I., Peña, T., Jimenez-Ruiz, C., Solano, S., Martínez, J.M., Escobar, J. y Callol, L. (2004). Distribution of stages of change in smoking behavior in a group of young smokers (transtheoretical model). *Military Medicine*, 169, 972-976.

- Dember, W.N., Martin, S.H., Hummer, M.K., Howe, S.R. y Melton, R.S. (1989). The measurement of optimism and pessimism. *Current Psychology: Research & Reviews*, 8, 109–119.
- Deruiter, W.K., Faulkner, G., Cairney, J. y Veldhuizen, S. (2008). Characteristics of physically active smokers and implications for harm reduction. *American Journal of Public Health*, 98, 925-931.
- Díaz, A., Nadal, M.J., Pérez, I., Horta, A.M. y Sánchez, I. (2004). Tratamiento farmacológico del tabaquismo. Boletín Farmacoterapéutico de Castilla La Mancha, Vol V, Nº 4, 1-4. Accesible en http://sescam.jccm.es/web/farmacia/guiaspublicaciones/V_4_1_Tratamiento_Tabaquismo.pdf (Consultado el 19 de julio del 2005).
- Díaz-Maroto, J.L. y Jiménez –Ruiz, C.A. (2008). Tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 32, 71-82.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M.M. y Rossi, J.S. (1991). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.
- Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 8, 67-113.
- Diez-Gañan, L., Guallar-Castillón, P., Banegas, J.R., Lafuente, P.J., Fernández, E., González, J. y Rodríguez-Artalejo, F. (2002). Subjective health of male ex – smokers: relationship with time since smoking cessation, intensity and duration of tobacco consumption. *Preventive Medicine*, 35, 320-325.
- Difranza, J. (2010). A new approach to the diagnosis of tobacco addiction. *Addiction*, 105, 381-382.
- Difranza, J., Ursprung, W. y Carlson, A. (2010). A new insights into the compulsión to use tobacco from a case series. *Journal of Adolescence*, 33, 209-214.
- Dijkstra, A., De Vries, H. y Bakker, M. (1996). Pros and cons of quitting, self-efficacy, and the stages of change in smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 758-763.
- Dijkstra, A., Tromp, D. y Conijn, B. (2003). Stage-specific psychological determinants of stage transition. *British Journal of Health Psychology*, 8, 423-437.
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J y Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 328, 1519-1533.

- Dueñas, R.M., Aleu, M., González, I., San, L., Salavert, J. y Arranz, J. (2004). El papel del consejo antitabáquico en el proceso de deshabituación en enfermos mentales. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 287-292.
- Elosua, R. y Marrugat, J., (2004). Epidemiología de la aterotrombosis en España. Egido, J., Tuñón, J. y López, L. (Eds). *Aterotrombosis, de la disfunción endotelial a la regeneración miocárdica*. (pp. 1-17). Madrid: Línea de comunicación.
- Erickson, S.R., Thomas, L.A., Blitz, S.G. y Pontius, L.R. (2004). Smoking cessation: A pilot study of the effects on health-related quality of life and perceived work performance one week into the attempt. *The Annals of Pharmacotherapy*, 38, 1805-1810.
- Etter, J.F. y Perneger, T.V. (1999a). A comparison of two measures of stage of change for smoking cessation. *Addiction*, 94, 1881-1889.
- Etter, J.F. y Perneger, T.V. (1999b). Associations between the stages of change and the pros and cons of smoking in a longitudinal study of swiss smokers. *Addictive Behaviors*, 24, 419-424.
- Etter, J.F., Perneger, T.V. y Ronchi, A. (1997). Distributions of smokers by stage: international comparison and association with smoking prevalence. *Preventive Medicine*, 26, 580-585.
- Fagerström, K.O. y Scheider, N.G. (1989). Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 159-182.
- Farkas, A.J., Pierce, J.P., Zhu, S.H., Rosbrook, B., Gilpin, E.A., Berry, C. y Kaplan, R.M. (1996). Addiction versus stages of change models in predicting smoking cessation. *Addiction*, 91, 1271-1280.
- Federal Trade Commission. (2003) *Smokeless Tobacco Report for the Years 2000 and 2001*. Washington, DC: Federal Trade Commission;. Accesible en <http://www.ftc.gov/os/2003/08/2k2k1smokeless.pdf> (Consultado el 24 de julio de 2004).
- Felce, D. y Perry, J. (1995). En: Gómez-Vela, M. y Sabeh, E.N. (2000). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. *Integra*, 9 (3): 5-13. Accesible en <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm> (Consultado el 17 de mayo de 2009).
- Fernández, E., Schiaffino, A. y Peris, M. (2001). Tabaquismo en mujeres: un problema de salud emergente. *Enfermedades Emergentes*, 3, 184-190.

- Fernández, V., Sobregrau, R.C. y Matas, M. (2004). Enfermedades vasculares periféricas. En: J. Rodés y J. Guardia. (Eds). *Medicina Interna*. (pp. 844). Barcelona: Masson.
- Fisterra.com .(2004). Equivalencias de las unidades de alcohol. Accesible en <http://www.fisterra.com/calculmed/calculmedonline/alcohol/equivalencias.htm> (Consultado el 10 de diciembre del 2004).
- Flórez, S., Pavón, M.J, Racionero, M.A., Perpiñá, A., Yoldi, M. y Fernández, J. (2004). Evaluación de una consulta de tabaquismo para personal hospitalario después de un año de funcionamiento. *Prevención del tabaquismo*, 6, 96-102.
- Font-Mayolas, S. (2002). *L'autocontrol en el procés d'abandonament de la conducta de fumar*. Tesis Doctoral. Departament de Psicologia. Universitat de Girona.
- Font-Mayolas, S., Gras, M.E., Planes, M., Casals, C., Cresta, M., Trijueque, R., Magrans, N. y Gómez, A.B. (2005). Nivell de dependència a la nicotina i etapa de canvi en estudiants universitaris. Póster presentado en la *XX Jornada de la Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament*, Barcelona, España.
- Font-Mayolas, S., Gras, M.E., Planes, M. y Gómez, A.B. (2008). Consumo de tabaco y etapa de cambio: el papel de los intentos previos para dejar de fumar. *Psicología Conductual*, 16, 259-272.
- Font-Mayolas, S., Gras, M.E., Planes, M., Gómez, A.B. y Cebrián, N. (2007). Satisfacción con la vida y etapa de adquisición del consumo de cannabis en adolescentes españoles. Póster presentado en el XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Toxicomanía, Barcelona, España.
- Font-Mayolas, S., Planes, M. y Gras, M.E. (2004). Características de la conducta de fumar en función de la fase de abandono en una muestra de personal de la Universidad de Girona. *Prevención del Tabaquismo*, 6, 60-67.
- Font-Mayolas, S., Planes, M., Gras, M.E. y Sullman, M.J. (2007). Motivation for change and the pros and cons of smoking in a Spanish population. *Addictive Behaviors*, 32, 175-180.
- Fowler, J.S., Volkow, N.D., Wang, G.J., Pappas, N., Logan, J., MacGregor, R., Alexoff, D., Wolf, A.P., Warner, D., Cilento, R. y Zezulkova, I. (1998). Neuropharmacological actions of cigarette smoke: brain monoamine oxidase B (MAO B) inhibition. *Journal of Addictive Diseases*, 17, 23-34.

- Frank, E., Winckleby, M.A., Altman, D.G., Rockhill, B. y Fortmann, S.P. (1991). Predictors of physicians' smoking cessation advice. *Journal of the American Medical Association*, 266, 3139-3144.
- Frías, M.D., Llobell, J.P. y García, J.F. (2000). Tamaño del efecto del tratamiento y significación estadística. *Psicothema*, 12, supl 2, 236-240.
- Garces, Y.I., Yang, P., Parkinson, J., Zhao, X., Wampfler, J.A., Ebbert, J.O. y Sloan, J.A. (2004). The relationship between cigarette smoking and quality of life after lung cancer diagnosis. *Chest*, 126, 1733-1741.
- Gastó, F. (2004). Terapéutica psiquiátrica. En: J. Rodés y J. Guardia (Eds). *Medicina Interna*. (pp. 844). Barcelona: Masson.
- Geijer, R.M.M., Sachs, A.P.E., Verheij, T.J.M., Kerstjens, H.A.M., Kuyvenhoven, M.M. y Hoes, A.W. (2007). Quality of life in smokers: focus on functional limitations rather than on lung function? *British Journal of General Practice*, 57, 477-482.
- Generalitat de Catalunya. (2007). *Enquesta de salut de Catalunya 2006*. Accesible en <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/tabac/index.html> (Consultado el 18 de noviembre del 2007).
- Gil, J. (2006). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el tabaquismo. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández y I. Amigo (Coords.) *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II*. (pp. 287-354). Madrid: Pirámide.
- Glatzer, W. y Mohr, H.M. (1987). Quality of life: concepts and measurement. *Social Indicators Research*, 19, 15-24. En F. Casas. (1996). *Bienestar social. Una introducción psicosociológica*. Barcelona: PPU.
- GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease). (2009). Pocket guide to COPD diagnosis, management, and prevention. Accesible en <http://www.goldcopd.com/Guidelineitem.asp?l1=2&l2=1&intl=2002>. (Consultado el 11 de agosto de 2009).
- Gold, D.R., Wang, X., Wypij, D., Speizer, F.E., Ware, J.H. y Dockery, D.W., (1996). Effects of cigarette smoking on lung function in adolescent boys and girls. *The New England Journal of Medicine*, 335, 931-937.
- Goldenberg, I., Jonas, M., Tenenbaum, A., Boyko, V., Matetzky, S., Shotan, A., Behar, S. y Reicher-Reiss, H. (2003). Current smoking, smoking cessation, and the risk of sudden cardiac death in patients with coronary artery disease. *Archives of Internal Medicine*, 163, 2301-2305.
- Gómez-Vela, M. y Sabeh, E.N. (2000). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. *Integra*, 9 (3):

5-13. Accesible en <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm> (Consultado el 17 de mayo de 2009).

- Goodman, M.J., Nadkarni, M. y Schorling, J.B.(1998). The natural history of smoking cessation among medical patients in a smoke-free hospital. *Substance Abuse*, 19, 71-79.
- Grant, N., Wardle, J. y Steptoe, A. (2009). The relationship between life satisfaction and health behavior: a cross-cultural analysis of young adults. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 259-268.
- Gras, M.E., Font-Mayolas, S., Planes, M., Masferrer, L. y Salamó, A. (2007). Consumo de alcohol en adolescentes españoles: satisfacción con la vida y etapa de adquisición. Póster presentado en el *XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Toxicomanía*, Barcelona, España.
- Grau, A. (2002). *Etapas del cambio en fumadores ingresados en un servicio de medicina interna*. Datos no publicados.
- Grau, A., Font-Mayolas, S., Gras, M.E., Suñer, R., Masferrer, L. y Salamó, A. (2006). Valor y significado de una pregunta simple para evaluar el optimismo. Póster presentado en el *VIII Congreso Internacional sobre el Estudio de la Conducta*. Santiago de Compostela, España.
- Grau, A., Suñer, R. y García, M.M. (2005). El optimismo de los profesionales sanitarios y su relación con la calidad de vida, el burnout y el clima organizacional. *Revista de Calidad Asistencial. Revista de Calidad Asistencial*, 20, 370-376.
- Grau, J.A. (1998). Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación. *Boletín Latinoamericano de Psicología de la Salud*. Disponible en <http://www.alapsa.org/boletin/art02.html>. Consultado el 1 de junio de 2009
- Guallar-Castillón, P., Rodríguez-Artalejo, F., Díez-Gañan, L., Banegas, J.R., Lafuente, P. y del Rey, J. (2001). Consumo de tabaco y salud subjetiva en España. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 116, 451-453.
- Guitérrez-Bedmar, M., Seguí-Gómez, M., Gómez-Gracia, E., Bes-Rastrollo, M. y Martínez-González, M.A. (2009). Smoking status, changes in smoking status and health-related quality of life: findings from the SUN ("Seguimiento Universidad de Navarra") cohort. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6, 310-320.
- Gulliford, M.C., Sedgwick, J.E.C. y Pearce, A.J. (2003). Cigarette smoking, health status, socio-economic status and access to health care in diabetes mellitus: a cross-sectional survey. *BMC Health Services*

Research, 3:4. Accesible en <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/3/4> (Consultado el 27 de diciembre del 2009).

- Haenle, M.M., Brockmann, S.O., Kron, M., Bertling, U., Mason, R.A., Steinbach, G. y cols. (2006). Overweight, physical activity, tobacco and alcohol consumption in a cross sectional random sample of German adults. *BMC Public Health*, 6, 233.
- Hajiro, T., Nishimura, K., Tsukino, M., Ikeda, A., Oga, T. y Izumi, T. (1999). A comparison of the level of dyspnea vs disease severity in indicating the Health-Related Quality of Life of patients with COPD. *Chest*, 116, 1632-1637.
- Halpern, M.T., Shikiar, R., Rentz, A.M. y Khan, Z. (2001). Impact of smoking status on workplace absenteeism and productivity. *Tobacco Control*, 10, 233-238.
- 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.
- Heikkinen, H., Jallinoja, P., Saarni, S.I. y Patja, K. (2008). The impact of smoking on health-related and overall quality of life: A general population survey in Finland. *Nicotine and Tobacco Research*, 10, 1199-1207.
- Heiligenstein, E. y Smith, S.S. (2006). Smoking and mental health problems in treatment-seeking university students. *Nicotine & Tobacco Research*, 8, 519-523.
- Hermann-Lingen, C., Klemme, H. y Meyer, T. (2001). Depressed mood, physician-rated prognosis, and comorbidity as independent predictors of 1-year mortality in consecutive medical inpatients. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 295-301.
- Hernández-García, I., Sáenz-González, M.C. y González-Celador, R. (2010). Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en el año 2006. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33, 23-33.
- Holmen TL, Barrett-Connor E, Clausen J, Langhammer A, Holmen J y Bjermer L. (2002). Gender differences in the impact of adolescent smoking on lung function and respiratory symptoms. The Nord-Trøndelag Health Study, Norway, 1995-1997. *Respiratory Medicine*, 96, 796-804.

- Holmen, T.L., Barret-Connor, E., Holmen, J. y Bjermer, L. (2000). Health problem in teenage daily smokers versus nonsmokers, Norway, 1995-1997. *American Journal of Epidemiology*, 151, 148-155.
- Honorato, J., Manubens, A. y Urdaneta, M. (2009). Tratamiento farmacológico de la adicción al tabaco. *Cardiología Práctica*, 18, 11-18.
- Horn, D. y Waingrow, S. (1966). Some dimensions of a model for smoking behavior change. *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, 56, 21-26.
- Hughes, J.R., Stead, L.F. y Lancaster, T. (2007). Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD000031
- Hyland, A., Li, Q., Bauer, J.E., Giovino, G.A., Steger, C. y Cummings, K.M. (2004). Predictors of cessation in a cohort of current and former smokers followed over 13 years. *Nicotine & Tobacco Research*, 6, Supl 3, S363-S369.
- Idler, E.I. y Angel, R.J. (1990). Self-rated health and mortality in the NHANES-I epidemiologic follow-up study. *American Journal of Public Health*, 80, 446-452.
- Idler, E.I. y Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21-37.
- Instituto Nacional de Estadística. (2003). Defunciones según la causa de muerte 2002. Accesible en <http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft15%2Fp417%2Fa2002%2F&O=pcaxis&N=&L=0> (Consultado el 29 de junio del 2005)
- Instituto Nacional de Estadística. (2004a). Encuesta Nacional de Salud Año 2003. Hábitos de vida. Consumo de tabaco. Accesible en <http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=/t15/p419/p02/a2003/&O=pcaxis> (Consultado el 30 de mayo del 2005)
- Instituto Nacional de Estadística. (2004b). Encuesta Nacional de Salud Año 2003. Utilización de servicios sanitarios. Consultas médicas. Accesible en <http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=/t15/p419/p03/a2003/&O=pcaxis> (Consultado el 22 de agosto del 2005).
- Instituto Nacional de Estadística. (2007). Encuesta Nacional de Salud Año 2006. Consumo de tabaco. Accesible en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase&L=0> (Consultado el 18 de Noviembre del 2007).

- Instituto Nacional de Estadística. (2008). Encuesta Nacional de Salud Año 2006. Utilización de servicios sanitarios. Consultas médicas. Accesible en <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do> (Consultado el 27 de diciembre del 2009).
- Instituto Nacional de Estadística. (2010). Defunciones según la causa de muerte en el año 2008. Accesible en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p417&file=inebase&L=0> (Consultado el 19 de septiembre del 2010).
- Iribarren, C., Tekawa, I.S., Sidney, S. y Friedman, G.D. (1999). Effect of cigar smoking on the risk of cardiovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer in men. *The New England Journal of Medicine*, 340, 1773-1780.
- Isensee, B., Wittchen, H-U., Stein, M.B., Hofler, M.D. y Lieb, R. (2003). Smoking increases the risk of panic: Findings from a prospective community study. *Archives of General Psychiatry*, 60, 692-700.
- Janis, I.L. y Mann, L. (1997) *Decision making. A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. New York: The Free Press.
- Jarvis, M. (1994). Gender differences in smoking cessation: real or myth? *Tobacco Control*, 3, 324-8
- Jha, P., Peto, R., Zatonski, W., Boreham, J., Jarvis M.J. y Lopez, A.D. (2006). Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking: indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland, and North America. *The Lancet*, 368, 367-370.
- Jia, H. y Lubetkin, E.I. (2010). Trends in Quality-Adjusted Life-Years Lost Contributed by Smoking and Obesity. *American Journal of Preventive Medicine*, 38, 138-144.
- Jiménez-Ruiz, C.A. y Fagerström, K.O. (2003). ¿Hacemos bien el test de Fagerström?. *Prevención del Tabaquismo*, 5, 161-162.
- Jiménez-Ruiz, C.A., Mayayo, M., Cicero, A., Amor, N., Ruiz, J.J., Cristóbal, M. y Astray, J. (2009). Resultados asistenciales de una unidad especializada en tabaquismo. *Archivos de Bronconeumología*, 45, 540-544
- Jiménez-Ruiz, C.A., Sobradillo, V., Miravittles, M., Gabriel, R., Villasante, C., Masa, J.F., Fernández, L. y Viejo, J.L. (2000). Análisis del tabaquismo en España a la luz de los resultados del estudio IBERPOC. *Prevención del Tabaquismo*, 2, 189-193.

- Johnson, J.G., Cohen, P., Pine, D.S., Klein, D.F., Kasen, S. y Brook, J.S., (2000). Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *The Journal of the American Medical Association*, 284, 2348-2351.
- Joossens, L., Sasco, A., Salvador, T. y Villalbí, J.R. (1999). Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea. *Revista Española Salud Pública*, 73, 3-11.
- Joseph, A., Lexau, B., Willenbring, M., Nugent, S. y Nelson, D. (2004). Factors associated with readiness to stop smoking among patients in treatment for alcohol use disorder. *The American Journal on Addictions*, 13, 405-417.
- Kaczynski, A.T., Manske, S.R., Mannell, R.C. y Grewal, K. (2008). Smoking and physical activity: a systematic review. *American Journal of Health Behavior*, 32, 93-110.
- Kaplan, G.A. y Camacho, T. (1983). Perceived health and mortality: A nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *American Journal of Epidemiology*, 117, 292-304.
- Kasmel, A., Helasoja, V., Lipand, A., Prättälä, R., Klumbiene, J. y Pudule, I. (2004). Association between health behaviour and self-reported health in Estonia, Finland, Latvia and Lithuania. *European Journal of Public Health*, 14, 32-36.
- Khaled, S.M., Bulloch, A., Exner, D.V. y Patten, S.B. (2009). Cigarette smoking, stages of change, and major depression in the Canadian population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 204-208.
- Khuder, S.A. (2001) Effect of cigarette smoking on major histological types of lung cancer: a meta-analysis. *Lung Cancer*. 31, 139-148.
- Kleinjan, M., Brug, J., van den Eijnden, R.J.J.M., Vermulst, A.A., van Zundert, R.M.P. y Engels, R.C.M.E. (2007). Associations between the transtheoretical processes of change, nicotine dependence and adolescent smokers transition through the stages of change. *Addiction*, 103, 331-338.
- Klesges, R.C., Eck, L.H., Isbell, T.R., Fulliton, W. y Hanson, C.L. (1990). Smoking status: effects on the dietary intake, physical activity, and body fat of adult men. *American Journal of Clinical Nutrition*, 51, 784-789.
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Vinamäki, H., Heikkilä, K., Kaprio, J. y Koskenvuo, M. (2000). Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy finnish adults. *American Journal of Epidemiology*, 152, 983-991.

- Kraft, P., Sutton, S.R. y Reynolds, H.M. (1999). The transtheoretical model of behaviour change: are the stages qualitatively different?. *Psychology and Health*, 14, 433-450.
- Kropp, R.Y. y Halpern-Felsher, B.L. (2004). Adolescents' beliefs about the risks involved in smoking "light" cigarettes. *Pediatrics*, 114,445-51.
- Kujala, U.M., Kaprio, J. y Rose, R.J. (2007). Physical activity in adolescence and smoking in young adulthood: a prospective twin cohort study. *Addiction*, 102, 1025-1026.
- Laaksonen, M., Rahkonen, O., Martikainen, P., Karvonen, S. y Lahelma, E. (2006). Smoking and SF-36 health functioning. *Preventive Medicine*, 42, 206-209.
- Lasser, K., Boyd, J.W., Woolhandler, S., Himmelstein, D.U., McCormick, D. y Bor, D.H. (2000). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *The Journal of the American Medical Association*, 284, 2606-2610.
- Law, M. y Tang, J.L. (1995). An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Archives of Internal Medicine*, 155, 1933-1941.
- Lederle, F.A., Nelson, D.B. y Joseph, A.M., (2003). Smokers' relative risk for aortic aneurysm compared with other smoking-related diseases: a systematic review. *Journal of Vascular Surgery*, 38, 329-334.
- Levi, L. y Anderson, L. (1980). La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de la vida. México DF: El Manual Moderno. En Grau, J.A. (1998). Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación. *Boletín Latinoamericano de Psicología de la Salud*. Accesible en <http://www.alapsa.org/boletin/art02.html>. (Consultado el 1 de junio de 2009).
- Llambi, M.L., Esteves, E., Blanco, M.L, Barros, M., Parodi, C. y Goja, B. (2008). Factores predictores de éxito en el tratamiento del tabaquismo. *Revista Médica del Uruguay*. [online]. jun. 2008, vol.24, no.2 [citado 23 Agosto 2009], p.83-93. Accesible en: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952008000200003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0303-3295. (Consultado el 23 de agosto de 2009).
- Lopez, A.D, Collishaw, N.E. y Piha, T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*, 3, 242-7
- López-Nicolas, A. (2004). Tabaquismo y economía pública. J. Jimenez-Ruiz, K.O. Fagerström y J.L. Diaz-Maroto (Eds). Manual de Tabaquismo. Madrid: Aula Médica Ediciones. Accesible en

<http://www.cnjaen.es/tabaco/tabaquismo/tratado.pdf> (Consultado el 7 de octubre de 2010).

- Lyons, R.A., Lo, S.V. y Littlepage, B.N.C. (1994). Perception of health amongst ever-smokers and never-smokers: a comparison using the SF-36 Health Survey Questionnaire. *Tobacco Control*, 3, 213-215.
- Manderbacka, K., Lundberg, O. y Martikainen, P. (1999). Do risk factors and health behaviours contribute to self-ratings of health?. *Social Science and Medicine*, 48, 1713-1720.
- Marmot, M. (2006). Smoking and inequalities. *The Lancet*, 368, 341-342.
- Martín, R.A., Velicer, W.F. y Fava, J.L. (1996). Latent transition análisis to the stages of change for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 21, 67-80.
- Martínez, M.E., Reid, M., Jiang, R., Einspahr, J. y Alberts, D.S. (2004). Accuracy of self-reported smoking status among participants in a chemoprevention trial. *Preventive Medicine*, 38, 492-497.
- Maruta, T., Colligan, R., Malinchoc, M. y Offord, K. (2000). Optimists vs pessimists: survival rate among medical patients over a 30-year period. *Mayo Clinic Proceedings*, 75,140-143.
- Maruta T, Colligan R, Malinchoc M y Offord K. (2002). Optimism-Pessimism Assesed in the 1960s and Self-reported Health Status 30 Years Later. *Mayo Clinic Proceedings*, 77, 748-53.
- Masferrer, L., Font-Mayolas, S., Gras, M.E., Planes, M (2009). Satisfacció amb la vida i consum de substancies en una mostra de joves adolescents gironins. Comunicació oral presentada al *I Congrés Internacional Joventut i Societat*, Girona, España.
- McClave, A.C., Dube, S.R., Strine, T.W. y Mokdad, A.H. (2009). Associations between health-related quality of life and smoking status among a large sample of U.S. adults. *Preventive Medicine*, 48,173-179.
- McHorney, C.A., Ware, J.E. y Raczek, A.E. (1993). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical test of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 31, 247-263.
- McHorney, C.A., Ware, J.E., Rachel, L.U. y Donald, S. (1994). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Medical Care*, 32, 40-66.

- Michalos, A. C. (1995). Introducción a la teoría de las discrepancias múltiples (TDM). *Intervención Psicosocial*, 11, 101-115.
- Michalos, A.C., Zumbo, B.D. y Hubley, A. (2000). Health and the quality of life. *Social Indicators Research*, 51, 245-286.
- Miguez, M. C. y Becoña, E. (1997). El proceso de recaída y sus causas en exfumadores. *Adicciones*, 9, 405-435.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2007/2008. Accesible en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/InformeEdades2007-2008.pdf> (Consultado el 13 de junio del 2010)
- Ministerio de Economía y Hacienda. (2005). Comisionado para el mercado de tabacos. Accesible en <http://www.cmtabacos.es/wwwcmt/paginas/ES/mercadoEstadisticas.html> (Consultado el 29 de junio del 2005)
- Mitra, M., Chung, M.C., Wilber, N. y Walker, D.K. (2004). Smoking status and quality of life. A longitudinal study among adults with disabilities. *American Journal of Preventive Medicine*, 27, 258-260.
- Mody, R.R. y Smith, M.J. (2006). Smoking status and Health-related Quality of Life: Findings from the 2001 behavioral risk factor surveillance system data. *American journal of Health Promotion*, 20, 251-258.
- Mokdad, A.H., Marks, J.S., Stroup, D.F. y Gerberding, J.L. (2000). Actual causes of death in the United States. *The Journal of the American Medical Association*, 291, 1238-1245.
- Monsó, E., Campbell, J., Tonnesen, P., Gustavsson, G. y Morera, J. (2001). Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. *Tobacco Control*, 10, 165-169.
- Moreno, B. y Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En: G. Buela y cols. Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud (pp. 1045-1070). Madrid: siglo XXI,.
- Mossey, J.M. y Shapiro, E. (1982). Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72, 800-808.
- Mulder, I., Tjhuis, M., Smit, H.A. y Kromhout, D. (2001). Smoking cessation and quality of life: the effect of amount of smoking and time since quitting. *Preventive Medicine*, 33, 653-60.
- Murphy-Hoefer, R., Alder, S. y Higbee, C. (2004). Perceptions about cigarette smoking and risks among college students. *Nicotine and Tobacco Research*, 6, Supplement 3, S371-S374.

- Murray, M., Swan, A.V. y Mattar, N. (1983). The task of nursing and risk of smoking. *Journal of Advanced Nursing*, 8, 131-138.
- Nagaya, T., Yoshida, H., Takahashi, H. y Kawai, M. (2007). Cigarette smoking weakens exercise habits in healthy men. *Nicotine and Tobacco Research*, 9, 1027-1032.
- National Cancer Institute. (1992) *Smokeless Tobacco or Health: An International Perspective*. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute. Accesible en <http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/2/index.html>. (Consultado en julio 2004).
- National Center For Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2005). Accesible en http://www.cdc.gov/tobacco/research_data/health_consequences/andths.htm (Consultado el 29 de junio del 2005)
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). National Institutes of Health. U.S.A. Adicción a la Nicotina. Accesible en <http://www.nida.nih.gov/ResearchReports/Nicotina/Nicotina2.html> (Consultado el 19 de julio de 2005).
- Nebot, M., Tomás, Z., Ariza, C., Valmayor, S. y Mudde, A. (2002). Factores asociados con la intención de fumar y el inicio del hábito tabáquico en escolares: resultados del estudio ESFA en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 16, 131-138.
- Nebot, M., Tomás, Z., López, J., Ariza, C., Díez, E., Borrell, C. y Villalbí, J.R. (2004). Cambios en el consumo de tabaco en la población general en Barcelona, 1983-2000. *Atención Primaria*, 34, 457-464.
- Nerín, I., Crucelaegui, A., Mas, A. y Guillén, D. (2003). Perfil de los fumadores que solicitan tratamiento en una unidad de tabaquismo. *Archivos de Bronconeumología*, 39, 298-302.
- Nerín, I., Crucelaegui, A., Novella, P., Ramón y Cajal, P., Sobradíel, N. y Gericó, R. (2004). Encuesta sobre tabaquismo en estudiantes universitarios en relación con la práctica de ejercicio físico. *Archivos de Bronconeumología*, 40, 5-9.
- Nerín, I., Novella, P., Beamonte, A., Gargallo, P., Jiménez-Muro, A. y Marqueta, A. (2007). Resultados del tratamiento del tabaquismo en una unidad especializada. *Archivos de Bronconeumología*, 43, 669-73

- Nigg, C.R., Burbank, P.M., Padula, C., Dufresne, R., Rossi, J.S., Velicer, W.F. y cols. (1999). Stages of change across ten health risk behaviors for older adults. *The Gerontologist*, 39, 473-482.
- Norman, G.R. y Streiner, D.L. (1998). *Bioestadística*. Madrid: Harcourt Brace de España.
- Nowak-Banasik, L., Sein, J., Chodorowski, Z., Wierowski, M. y Sobiczewski, W. (2007). An assessment of cigarette smoking, with the usage of cotinine level, on life satisfaction in patients with coronary heart disease. *Przegląd Lekarski*, 64, 260-262.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1995). *CIE-10. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2005a). En el atlas de la OMS se cartografía la epidemia mundial de tabaquismo. Accesible en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/pr82/es/print.html> (Consultado el 20 de julio de 2005)
- Organización Mundial de la Salud (2005b). The tobacco atlas. Accesible en http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco_atlas/en/ (Consultado el 10 de febrero de 2005)
- Osler, M. y Prescott, E. (1998). Psychosocial, behavioural, and health determinants of successful smoking cessation: a longitudinal study of Danish adults. *Tobacco Control*, 7, 262-267.
- Østbye, T. y Taylor, D.H. (2004). The effect of smoking on years of healthy life (YHL) lost among middle-aged and older americans. *HSR: Health Services Research*, 39, 531-551.
- Palmer, K.T., Syddall, H., Cooper, C. y Coggon, D. (2003). Smoking and musculoskeletal disorders: findings from a British national survey. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 62, 33-36.
- Park, E.R., DePue, J.D., Goldstein, M.G., Niaura, R., Harlow, L.L., Willey, C. y cols. (2003). Assessing the transtheoretical model of change constructs for physicians counseling smokers. *Annals of Behavioral Medicine*, 25, 120-126.
- Patrick, D. y Erickson, P. (1993). En: Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, IX (2), 9-21.
- Pearlman, M.Y., Wernicke, R., Thordike, F. y Haaga, D.A.F. (2004). Stages of change in smoking cessation: a comparison of expectancies among

- precontemplators and contemplators. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive –Behavior Therapy*, 22, 131-147.
- Pedersen, W. y von Soest, T. (2009). Smoking, nicotine dependence and mental health among young adults: a 13-year population-based longitudinal study. *Addiction*, 104, 129-137.
- Pérez, A. (2004). El tabaquismo como adicción. En Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. *Tabaquismo*, (pp 35-53). Madrid: Sanitaria 2000.
- Pericàs, J., Bauzà, M.L. y Ponsell, E. (2004). Epidemiología del tabaquismo en la Universitat de les Illes Balears. *Prevención del Tabaquismo*, 6, 52-59.
- Peris, R., Hernández, J., Pérez, A., Sánchez-Toril, F., Briones, A., Soriano, S., Brotons, B. y Pérez, J.A. (2005). Estudio descriptivo y abstinencia al año en una consulta de tabaquismo. *Prevención del tabaquismo*, 7, 277-284.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55, 44-55.
- Peterson, C. y De Avila, M.E. (1995). Optimistic explanatory style and the perception of health problems. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 128-132.
- Peterson, C., Seligman, M. y Vaillant, G. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: a thirty-five-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23-27.
- Peterson, C., y Villanova, P. (1988). An expanded attributional style questionnaire. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 87-89.
- Pierce, J.P., Farkas, A.J. y Gilpin, E.A. (1998). Beyond stages of change: the quitting continuum measures progress towards successful smoking cessation. *Addiction*, 93, 277-286.
- Pinto-Prades, J.L. (2000). Calidad de vida y asignación de recursos sanitarios. *Gaceta Sanitaria*, 14, 168-174.
- Pisinger, C., Toft, U., Aadahl, M., Glümer, C. y Jørgensen, T. (2009). The relationship between lifestyle and self-reported health in a general population. The Inter99 study. *Preventive Medicine*, 49, 418-423.
- Planes, M., Font, S., Gras, M.E. (2000). ¿Piensan los estudiantes fumadores en las consecuencias de su hábito?. *Oncología*, 23, 61-62.

- Pomerleau, C.S., Marks, J.L. y Pomerleau, O.F. (2000). Who gets what symptom? Effects of psychiatric cofactors and nicotine dependence on patterns of smoking withdrawal symptomatology. *Nicotine and Tobacco Research*, 2, 275-80.
- Prieto J, (2005, Junio 13). El poder del tabaco. *El País*, España, pp 15-16.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward and integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C., y DiClemente, C.C. (1994). *Changing for good*. New York: Avon Books.
- Prochaska, J.O. y Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico del cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossops (Eds.). *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaída y prevención de recaídas* (pp. 85-136). Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- Prochaska, J.O. y Velicer, W.F. (1997). The Transtheoretical Model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., DiClemente, C.C., y Fava, J. (1988). Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 520-528.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Guadagnoli, E. y Rossi, J.S. (1991). Patterns of change: dynamic typology applied to smoking cessation. *Multivariate Behavioral Research*, 26, 83-107.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Prochaska, J.M. y Johnson, J.L. (2004). Size, consistency, and stability of stage effects for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 29, 207-213.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Rossi, J.S., Goldstein, M.G., Marcus, B.H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L.L., Redding, C.A., Rosenbloom, D. y Rossi, S.R. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 39-46.
- Prokhorov, A.V., Wameke, C., Moor, C., Emmons, K.M., Jones, M.M., Rosenblum, C. y cols. (2003). Self-reported health status, health vulnerability, and smoking behavior in college students: implications for intervention. *Nicotine & Tobacco Research*, 5, 545-552.

- Public Health Service de los Estados Unidos. (2000). Directrices clínicas prácticas para el tratamiento del consumo y la dependencia del tabaco. *The Journal of the American Medical Association*, 283, 3244-3254.
- Quist-Paulsen, P., Bakke, P.S. y Gallefoss, F. (2006). Does smoking cessation improve Quality of Life in patients with coronary heart disease? *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 40, 11-16.
- Rebollo, P., Valderas, J.M. y Ortega, F. (2005). Evolución en España de los impedimentos descritos para la utilización, en la práctica clínica, de las mediciones del estado de salud percibido. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 125, 703-705.
- René, J., Panagiotakos, D.M., Polychronopoulos, E., West, R., Zatonski, W. y John, U. (2008). The relationship between smokers' motivation to quit and intensity of tobacco control at the population level: a comparison of five European countries. *BMC Public Health*, 8, 2.
- Ries, A.L., Kaplan, R.M., Limberg, T.M. y Prewitt, L.M. (1995). Effects of pulmonary rehabilitation on physiologic and psychosocial outcomes inpatients with chronic obstructive pulmonary disease. *Annals of internal medicine*, 122, 823-832.
- Riise, T., Moen, B.E. y Nortvedt, M.W. (2003). Occupation, lifestyle factors and health-related quality of life: the Hordaland Health Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45, 324-332.
- Rius, C., Fernández, E., Schiaffino, A., Borràs, J.M. y Rodríguez-Artalejo, F. (2004). Self perceived health and smoking in adolescents. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 698-699.
- Romberger, DJ. y Grant, K. (2004). Alcohol consumption and smoking status: the role of smoking cessation. *Biomed Pharmacother*, 58, 77-83.
- Room, R., Babor, T. y Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365, 519-530.
- Ruggiero, L., Rossi, J.S., Prochaska, J.O., Glasgow, R.E., de Groot, M., Dryfoos, J.M. y cols. (1999). Smoking and diabetes: readiness for change and provider advice. *Addictive Behaviors*, 24, 573-578.
- Ruiz de Oña-Lacasta, J.M., Ruiz-López, L., Sanz-Pérez, J.A., Sanchez-Holgado, J., Ramos-Corralejo, M. y Jiménez-Sánchez, J. (2009). Actitudes de los profesionales sanitarios de un área de salud ante el tabaquismo y el paciente fumador. *Prevención del tabaquismo*, 11, 96-105.
- Saffer, H. y Dave, D. (2002). Mental illness and the demand for alcohol, cocaine and cigarettes. National Bureau of Economic Research,

working paper 8699. Accesible en <http://www.nber.org/papers/w8699> (Consultado el 19 de diciembre del 2009).

- Saltó, E., Jané, M., Pardell, H., Taberner, J.L., Tresserras, R. y Salleras, L. (2003). Enfermedades respiratorias y tabaquismo. Evaluación de los objetivos del Plan de Salud de Catalunya para el año 2000. *Medicina Clínica* (Barcelona), 121 (Supl1), 30-37.
- Samsa, G., Edelman, D., Rothman, L., Williams, R., Lipscomb, J. y Matchar, D. (1999). Determining clinically important differences in health status measures. A general approach with illustration to the health utilities index mark II. *Pharmacoeconomics*, 15, 141-155.
- Sarna, L., Bialous, S.A., Cooley, M.E., Jun, H.J. y Feskanich, D. (2008). Impact of smoking and smoking cessation on health-related quality of life in women in the Nurses' Health Study. *Quality of Life Research*, 17, 1217-1227.
- Scheier, M.F., y Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210.
- Scheier, M.F., Carver, C.S., y Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Schmid, H. y Gmel, G. (1999). Predictors of smoking status after eight years: the interaction of stages of change and addiction variables. *Psychology and Health*, 14, 731-746.
- Schmitz, N., Kruse, J. y Kugler, J. (2003). Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1670-1676.
- Schorling, J.B., Gutgesell, M., Klas, P., Smith, D. y Keller, A. (1994). Tobacco, alcohol and other drug use among college students. *Journal of Substance Abuse*, 6, 105-115.
- Schumann, A., Meyer, C., Rumpf, H.J., Hapke, U. y John, U. (2002). Naturalistic changes in the readiness to quit tobacco smoking in a German general population sample. *Preventive Medicine*, 35, 326-333.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, IX (2), 9-21.
- Segan, C.J., Borland, R. y Greenwood, K.M. (2002). Do transtheoretical model measures predict the transition from preparation to action in smoking cessation?. *Psychology and Health*, 17, 417-435.

- Shaw, J.W., Coons, S.J., Foster, S.A., Leischow, S.J. y Hays, R.D. (2001). Responsiveness of the smoking cessation quality of life (SCQoL) questionnaire. *Clinical Therapeutics*, 23, 957-969.
- Shmueli, A. (1998). The SF-36 profile and health-related quality of life: an interpretative analysis. *Quality of Life Research*, 7, 187-195.
- Silagy, C., Lancaster, T., Stead, L., Mant, D. y Fowler, G. (2004) Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD000146.
- Sippel, J.M., Pedula, K.L., Vollmer, W.M., Buist, A.S. y Osborne, M.L. (1999). Associations of smoking with hospital-based care and quality of life in patients with obstructive airway disease. *Chest*, 115, 691-696.
- Siu, A.L., Reuben, D.B., Ouslander, J.G. y Osterwell, D. (1993). Using multidimensional health measures in older persons to identify risk of hospitalization and skilled nursing placement. *Quality of Life Research*, 2, 253-261.
- Sobradillo, V (1998). Enfermedades de las vías respiratorias y tabaco. En C.A. Jimenez (Ed). *Pulmón y tabaco*. (pp. 77-90). Madrid: Nilo.
- Sobradillo, V., Miravittles, M., Jiménez, C.A., Gabriel, R., Viejo, J.L., Masa, J.F., Fernández-Fau, L. y Villasante, C. (1999). Estudio IBERPOC en España: prevalencia de síntomas respiratorios habituales y de limitación crónica al flujo aéreo. *Archivos de Bronconeumología*, 35, 159-166.
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. (1997). *Programa del Adulto 1: Hipertensión arterial, hipercolesterolemia, tabaquismo*. Madrid: Ediciones Doyma.
- Solano, S., García-Tenorio, A. y Granda, J.I. (2003). Iniciación y mantenimiento del hábito tabáquico. El paciente que va a dejar de fumar. En M. Barrueco, M.A. Hernández y M. Torrecilla (Eds.). *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo* (pp 107-140). Madrid: Ergon.
- Spitzer, W.O. (1987). State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. *Journal Chronic Diseases*, 40, 465-471.
- Stafford, R.S y Becker, C.G. (1997). Consumo de tabaco y aterosclerosis. En V. Fuster, R. Ross y E.J. Topol. (Eds). *Aterosclerosis y enfermedad arterial coronaria*. (pp. 321-346). Barcelona: Springer-Verlag Ibérica.

- Steptoe, A., Kerry, S., Rink, E. y Hilton, S. (2001). The impact of behavioral counselling on stage of change in fat intake, physical activity, and cigarette smoking in adults at increased risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health, 91*, 265-269.
- Stolerman, I.P. y Jarvis, M.J. (1995). The scientific case that nicotine is addictive. *Psychopharmacology (Berlin), 117*, 2-10.
- Strandberg, A.Y., Strandberg, T.E., Pitkälä, K., Salomaa, V.V., Tilvis, R.S. y Miettinen, T.A. (2008). The effect of smoking in midlife on health-related quality of life in old age. A 26-year prospective study. *Archives of Internal Medicine, 168*, 1968-1974.
- Strine, T.W., Chapman, D.P., Balluz, L.S., Moriarty, D.G. y Mokdad, A.H. (2008). The associations between life satisfaction and health-related quality of life, chronic illness, and health behaviors among U.S. community-dwelling adults. *Journal of Community Health, 33*, 40-50.
- Strine, T.W., Okoro, C.A., Chapman, D.P., Balluz, L.S., Ford, E.S., Ajani, U.A. y Mokdad, A.H. (2005). Health-related quality of life and health risk behaviors among smokers. *American Journal of Preventive Medicine, 28*, 182-187.
- Suardíaz, J.H. (2004). Fundamentación antropológica del concepto calidad de vida. *Revista Vitral, 60*. Accesible en <http://www.vitral.org/>. (Consultado el 17 de mayo de 2009).
- Sunyer, J., Lamarca, R. y Alonso, J. (1998). Smoking after age 65 years and mortality in Barcelona, Spain. *American Journal of Epidemiology, 148*, 575-580.
- Taira, D.A., Seto, T.B., Ho, K.K.L., Krumholz, H.M., Cutlip, D.E., Berezin, R. y cols. (2000). Impact of smoking on health-related quality of life after percutaneous coronary revascularization. *Circulation, 102*, 1369-1374.
- Tarlov, A.R. (1994). Tobacco use and the quality of life. *Tobacco Control, 3*, 196.
- Testa, M.A. y Simonson, D.C. (1996). Assessment of quality of life outcomes. *The New England Journal of Medicine, 334*, 835-840.
- Thronthike, A.N., Rigotti, N.A., Stafford, R.S. y Singer, D.E. (1998). National patterns in the treatment of smokers by physicians. *Journal of the American Medical Association, 279*, 604-608.
- Tillmann, M. y Silcock, J., (1997). A comparison of smokers' and ex-smokers' health-related quality of life. *Journal of Public Health Medicine, 19*, 268-273.

- Treut, J., Cornifield, J. y Kannel, W. (1967). A multivariate analysis of the risk of coronary heart disease in Framingham. *Journal of Chronic Diseases*, 20, 511-524.
- Tuesca, R. (2005). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)*, 21, 76-86.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2004). *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004. Accesible en http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/complete_report/index.htm (Consultado el 3 de julio de 2010).
- U.S. Department of Health and Human Services. (1986). *The Health Consequences of Using Smokeless Tobacco: A Report of the Advisory Committee to the Surgeon General, 1986*. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. NIH Pub. No. 86-2874. Accesible en <http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/F/C/>. (Consultado el 6 de julio de 2004).
- U.S. Environmental Protection Agency (1992). *Respiratory Health Effects of Passive Smoking (Also Known as Exposure to Secondhand Smoke or Environmental Tobacco Smoke - ETS)*. U.S. Environmental Protection Agency, Office of Research and Development, Office of Health and Environmental Assessment, Washington, DC, EPA/600/6-90/006F. Accesible en <http://cfpub.epa.gov/ncea/cfm/recordisplay.cfm?deid=2835> (Consultado el 10 de julio de 2005).
- Vaqué, J., (2005). El fum ambiental del tabac: Risc i situació. Accesible en <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/vaque2005.pdf> (Consultado el 10 de julio de 2005).
- Varona, P., Rodríguez, M., Alfonso, K., Bonet, M., Guillermo, R., Fernández, N, y García, R.M. (2003). Factores asociados a etapas de cambio de comportamiento en fumadores cubanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 14, 119-124.
- Vázquez, F.,L y Becoña, E. (1999). Depression and smoking in a smoking cessation programme. *Journal of Affective disorders*, 55, 125-132.
- Vázquez-Barqueo, J.L., Arias, M.A., Peña, C., Díez, J.F., Ayesterán, A. y Miró, J. (1991). El cuestionario "Perfil de impacto de la enfermedad" (SIP): versión española de una medida del estado de salud. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 19, 127-134.

- Velicer, W.F., DiClemente, C.C., Prochaska, J.O. y Brandenburg, N. (1985). Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1279-1289.
- Velicer, W.F., Fava, J.L., Prochaska, J.O., Abrams, D.B., Emmons, K.M. y Pierce, J.P. (1995). Distribution of smokers by stage in three representative samples. *Preventive Medicine*, 24, 401-411.
- Ventura, S.J., Mosher, W.D., Curtin, S.C., Abma, J.C. y Henshaw, S. (2000). Trends in pregnancies and pregnancy rates by outcome: Estimates for the United States, 1976–96. Centro Nacional de Estadísticas de Salud. *Vital and Health Statistics*, 21, (56).
- Viejo, J., L., Rodríguez, L. y Terán, J., (1998). Tabaco y patología vascular. C.A. Jimenez (Ed). *Pulmón y tabaco*. (pp. 59-75). Madrid: Nilo.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J.M. y cols. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19, 135-150.
- Villalbí, J.R., Rodríguez-Sanz, M., Villegas, R. y Borrell, C. (2009). Cambios en el patrón de tabaquismo de la población: Barcelona, 1983-2006. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 132, 414-419.
- Velarde-Jurado, E. y Avila-Figueroa, C. (2002). Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44, 448-462.
- Villar, E., Viñas, F., Juan, J., Caparrós, B., Pérez, I. y Cornellà, M. (2004). Dimensiones psicopatológicas asociadas al consumo de tabaco en población universitaria. *Anales de Psicología*, 20, 33-46.
- Wagenknecht, L.E., Burke, G.L., Perkins, L.L., Haley, N.J. y Friedman, G.D. (1992). Misclassification of smoking status in the CARDIA study: A comparison of self-report with serum cotinine levels. *American Journal of Public Health*, 82, 33-36.
- Ware, J.E. y Donald, S. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-481.
- Ware, J.E. y Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 903-911.

- Ware, J.E., Kosinski, M. y Keller, S.D. (1994). *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual*. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center.
- Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M. y Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide*. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.
- West, R. y Sohal, T. (2006). "Catastrophic" pathways to smoking cessation: findings from national survey *British Medical Journal*, 332, 458-60.
- Wiggers, L.C.W., Oort, F.J., Peters, R.J.G., Legemate, D.A., de Haes, H.C.J.M. y Smets, E.M.A. (2006). Smoking cessation may not improve quality of life in atherosclerotic patients. *Nicotine & Tobacco Research*, 8, 581-589.
- Wilson, D., Parsons, J. y Wakefield, M. (1999). The health-related quality of life of never smokers, ex-smokers, and light, moderate, and heavy smokers. *Preventive Medicine*, 29, 139-144.
- World Health Organization. (2005a). Why is tobacco a public health priority?. Accesible en http://www.who.int/tobacco/health_priority/en/print.html (Consultado el 20 de julio de 2005)
- World Health Organization. (2005b). Definición de salud. Accesible en <http://www.who.int/about/definition/en/index.html> (Consultado el 11 de septiembre de 2005)
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2007). Accesible en <http://data.euro.who.int/tobacco/Default.aspx?TabID=2444> (Consultado el 18 de noviembre de 2007)
- Woolf, S.H., Rotchemich, S.F., Johnson, R.E. y Marsland, D.W. (1999). Is cigarette smoking associated with impaired physical and mental functional status? An office-based survey of primary care patients. *American Journal of Preventive Medicine*, 17, 134-137.
- Wrosch, C. y Scheier, M.F. (2003). Personality and quality of life: the importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research*, 12 (supl 1), 59-72.
- Yagüe, A.M. (2005, Mayo 31). El tabaco cuesta a la sanidad más de lo que aporta por impuestos. *El Periódico*, pp 39.
- Yin Ho, S., Hing Lam, T., Fielding, R. y Janus, E.D. (2003). Smoking and perceived health in Hong Kong Chinese. *Social Science & Medicine*, 57, 1761-1770

- Zamora, A., Elosua, R. y Marrugat, J. (2004). El tabaco como factor de riesgo cardiovascular en las poblaciones mediterráneas. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 16, 207-220.
- Zillich, A.J., Ryan, M., Adams, A., Yeager, B. y Farris, K. (2002). Effectiveness of a pharmacist-based smoking-cessation programa and its impact on quality of life. *Pharmacotherapy*, 22, 759-765.
- Zimmermann, M., Mannub, J., Schneider, S. y Schitenwolf, M. (2008). Smoking and chronic back pain. *Deutsches Ärzteblatt International*, 105, 441-448.
- Zullig, K.J., Valois, R.F., Huebner, E.S., Oeltmann, J.E. y Drane, J.W. (2001). Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescent Health*, 29, 279-28.

ANEXO 1. Modelo de Consentimiento Informado

Versión en castellano

El/La.....en

representación del equipo investigador del estudio "SALUD PERCIBIDA y TABAQUISMO", me ha comunicado los siguientes aspectos:

Seré incluido en un estudio de seguimiento, donde se me preguntará periódicamente sobre mis impresiones acerca del consumo de tabaco. No seré sometido a ningún experimento. El estudio se compone de 5 visitas durante un periodo de dos años.

- 1- La actuación médica seguirá las recomendaciones científicas habituales aceptadas y no se modificará en absoluto por mi incorporación en el estudio de seguimiento.
- 2- Los datos recogidos respecto a mi persona y las respuestas de los cuestionarios serán confidenciales. Estos datos no serán tratados individualmente, su análisis se realizará formando parte del conjunto de respuestas del estudio, de modo que ninguna persona será identificada en la comunicación y publicación de los resultados. Mis datos personales serán mantenidos en secreto por el investigador y sustituidos por un código críptico.
- 3- Tengo la capacidad de comunicar mi negativa a proseguir el seguimiento del estudio en todo momento, sin que ello afecte a mi futura relación con el equipo sanitario ni a la atención recibida. Podré comunicarme con el investigador mediante el teléfono para cualquier asunto referente a este estudio.

Comunico mi consentimiento a participar en el estudio "SALUD PERCIBIDA Y TABAQUISMO"

Nombre

DNI

Fecha

Firma

Versión en catalán

En / Naen nom de l'equip investigador de l'estudi "SALUT PERCEBUDA I TABAQUISME", m'ha comunicat els següents aspectes:

1. Seré inclòs en un estudi de seguiment, amb preguntes periòdiques sobre les meves impressions al voltant del consum de tabac. No seré sotmès a cap experiment. L'estudi consta de 5 visites durant dos anys.
2. L'actuació mèdica seguirà las recomanacions científiques habituals acceptades i no és modificarà per la meva incorporació en l'estudi.
3. Les dades recollides respecte a la meva persona i les respostes dels qüestionaris seran confidencials. Aquestes dades no seran tractades individualment, la seva anàlisi es farà dintre del conjunt de respostes de l'estudi, i per tan cap persona serà identificada en la comunicació i publicació dels resultats. Les meves dades personals es mantindran en secret i seran substituïdes per un codi.
4. Tinc la capacitat de comunicar la meva negativa a prosseguir el seguiment de l'estudi en tot moment, sense que aquest fet alteri la meva futura relació amb l'equip sanitari. Podré comunicar-me amb l'equip investigador mitjançant el telèfon.....per qualsevol assumpte relacionat amb aquest estudi.

Dono el meu consentiment a participar en l'estudi "SALUT PERCEBUDA I TABAQUISME".

Nom

DNI

Data

Signatura

EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica): 1- Sí 2-No

Cardiopatía isquémica: 1- Sí 2-No

AVC (Accidente Vascular Cerebral): 1- Sí 2-No

Arteriopatía periférica: 1- Sí 2-No

Neoplasia relacionada con tabaco: 1- Sí 2-No

EDAD INICIO TABAQUISMO:

EDAD FINAL TABAQUISMO (*Si sigue fumando dejar en blanco*):

Días que lleva sin fumar:

CIGARRILLOS/DÍA:

PAQUETES/AÑO [*Cigarrillos diarios dividido por 20*] multiplicado por años de consumo]:

INTENTOS DE ABANDONO DURANTE SU VIDA DE FUMADOR:

INTENTOS DE ABANDONO DE UNA SEMANA O MAS DURANTE SU VIDA DE FUMADOR:

INTENTOS DE ABANDONO DE MAS DE 24 HORAS EL ULTIMO AÑO (*SOLO SI FUMADOR ACTIVO*):

ESTADIO DEL CAMBIO:

1-PRECONTEMPLADOR (*Fuma y no tiene intención de dejarlo en los próximos 6 meses*)

2- CONTEMPLADOR (*Fuma y se plantea dejarlo en los próximos 6 meses, o en el próximo mes pero no ha intentado dejar de fumar en el último año*)

3- PREPARADO (*Fuma, se ha planteado dejar de fumar en el próximo mes y ha intentado dejarlo en el último año*)

4-ACCION (*No fuma desde hace menos de 6 meses, lo está dejando*)

5-MANTENIMIENTO (*No fuma desde hace más de 6 meses y menos de 3 años*)

6- FINALIZACIÓN (*No fuma desde hace más de 3 años*)

¿Cuánto cree usted que depende de la nicotina del tabaco? VALORE DE 0 A 10 PUNTOS

SU DEPENDENCIA DE LA NICOTINA, siendo el valor 0 la ausencia total de dependencia y el valor 10 la mayor dependencia posible.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

HA RECIBIDO:

CONSEJO ANTITABAQUICO: 1- Sí 2- NO

TRATAMIENTO PSICOLOGICO: 1- Sí 2- NO

TRATAMIENTO SUBSTITUTIVO CON NICOTINA: 1- Sí 2- NO

TRATAMIENTO CON BUPROPION: 1- Sí 2- NO

¿Se considera una persona optimista?. VALORE DE 0 A 10 PUNTOS SU OPTIMISMO, siendo el valor 0 la ausencia total de optimismo y el valor 10 el mayor optimismo posible.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

¿Se considera una persona satisfecha?. VALORE DE 0 A 10 PUNTOS SU SATISFACCION CON LA VIDA, siendo el valor 0 la ausencia total de satisfacción y el valor 10 la mayor satisfacción posible.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

¿CONSIDERA QUE EL TABACO ES PERJUDICIAL PARA LA SALUD?:

1- Sí 2-NO

¿CREE QUE EL TABACO LE PUEDE AFECTAR A SU SALUD?:

1- Sí 2-NO

VALORE EL GRADO EN QUE EL TABACO ESTA ACTUALMENTE AFECTANDO A SU SALUD:

NADA POCO ALGO BASTANTE MUCHO

12- Para terminar, valore la influencia que usted cree que tiene el tabaco que fuma (o fumaba) en el deterioro de su salud.

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
El tabaco ha perjudicado mi salud física	1	2	3	4	5
El tabaco ha perjudicado mi salud emocional o mental	1	2	3	4	5

ANEXO 3. Índice de comorbilidad de Charlson

Infarto de miocardio	1
Insuficiencia cardiaca	1
Vasculopatía arterial periférica	1
Ictus transitorio o mínimas secuela	1
Demencia	1
Enfermedad respiratoria crónica, EPOC y asma	1
Conectivopatía	1
Úlcus gastroduodenal	1
Hepatopatía crónica leve	1
Diabetes	1
Hemiplejia	2
IRC (creatinina > 3 md/dl)	2
Diabetes con lesión órganos diana o descompensación aguda	2
Neoplasia sólida sin metástasis	2
Leucemias	2
Linfomas y mieloma	2
Hepatopatía crónica moderada-severa (con HT Portal)	3
Neoplasia sólida con metástasis	6
SIDA definido	6
PUNTUACION TOTAL	

ANEXO 4. Test de Fagerström

- ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?
 - Hasta 5 minutos 3 puntos.
 - De 6 a 30 minutos 2 puntos.
 - De 31 a 60 minutos 1 punto.
 - Más de 60 minutos 0 puntos.
- ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido?
 - Sí 1 punto.
 - No 0 puntos.
- ¿Qué cigarrillo le costará más dejar de fumar?
 - El primero de la mañana 1 punto.
 - Cualquier otro 0 puntos.
- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
 - Menos de 10 cigarrillos 0 puntos.
 - Entre 11 y 20 cigarrillos 1 punto.
 - Entre 21 y 30 cigarrillos 2 puntos.
 - Más de 30 cigarrillos 3 puntos.
- ¿Fuma más durante las primeras horas después de levantarse?
 - Sí 1 punto.
 - No 0 puntos.
- ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que estar en la cama?
 - Sí 1 punto.
 - No 0 puntos.

ANEXO 5. Cuestionario de salud SF-36.

(Se introducirán todas las respuestas en la base de datos).

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

No deje ninguna pregunta sin responder. No dude en solicitar la colaboración del médico o enfermera que le ha proporcionado el cuestionario en caso de necesidad.

1- En general, usted diría que su salud es:

(marque un solo número)

- | | |
|---------------------|---|
| Excelente | 1 |
| Muy buena | 2 |
| Buena | 3 |
| Regular | 4 |
| Mala | 5 |

2- ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

(marque un solo número)

- | | |
|---|---|
| Mucho mejor ahora que hace un año | 1 |
| Algo mejor ahora que hace un año | 2 |
| Más o menos igual que hace un año | 3 |
| Algo peor ahora que hace un año | 4 |
| Mucho peor ahora que hace un año | 5 |

3- Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

(marque un solo número por cada pregunta)

ACTIVIDADES	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a. Esfuerzos intensos , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	1	2	3
b. Esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas	1	2	3
g. Caminar un kilómetro o más	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4- Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

(marque un solo número por cada pregunta)

	SÍ	NO
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿ Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	1	2

5- Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

(marque un solo número por cada pregunta)

	SÍ	NO
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional ?	1	2
b. ¿ Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional ?	1	2
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional ?	1	2

6- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? (marque un solo número)

- Nada 1
- Un poco 2
- Regular 3
- Bastante 4
- Mucho 5

7- ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas? (marque un solo número)

- No, ninguno. 1
- Sí, muy poco 2
- Sí, un poco. 3
- Sí, moderado. 4
- Sí, mucho 5
- Sí, muchísimo 6

8- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- Nada. 1
- Un poco 2
- Regular. 3
- Bastante. 4
- Mucho 5

9- Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo

(marque un solo número por cada pregunta)

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas Veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ¿Se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. ¿Estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. ¿se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	1	2	3	4	5	6
d. ¿Se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. ¿Tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. ¿Se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. ¿Se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h. ¿Se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i. ¿Se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

(marque un solo número)

Siempre 1

Casi siempre 2

Algunas veces 3

Sólo alguna vez 4

Nunca 5

11- Por favor, ¿diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

ANEXO 6. Instrucciones para el personal sanitario colaborador

El profesional debe decidir cuántos pacientes puede incorporar cada día en el estudio. Una vez fijada esa cifra (x), los “x” pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y no tengan criterios de exclusión serán incorporados consecutivamente a medida que se identifiquen. Si un paciente no acepta participar pasa al siguiente. Una vez completada la cuota del día dejarán de incluirse en el estudio pacientes hasta el próximo día.

Criterios de Inclusión:

Ser fumador activo de cómo mínimo un cigarrillo diario o ser exfumador con un tiempo de abandono del tabaquismo de hasta 10 años.

No se incluyen los fumadores ocasionales ni los fumadores de pipa o puros.

Criterios de Exclusión:

Cualquier motivo físico o mental que no le permita entender los cuestionarios (trastorno cognitivo o incapacidad intelectual, afasia, etc.).

Negarse a participar en el estudio.

Procedimiento a seguir cuando se incluye un paciente en el estudio:

Breve explicación del estudio.

“Estamos estudiando la calidad de vida relacionada con la salud de las personas que fuman o han fumado, para poder comprenderlos y tratarlos mejor. Como puede comprobar en la hoja informativa del CONSENTIMIENTO INFORMADO sólo se le

realizarán algunas preguntas y sus respuestas serán confidenciales. El estudio comprende 5 visitas durante los próximos dos años. Si quiere colaborar debe firmar su consentimiento.

Le agradecemos mucho su colaboración”.

Si acepta participar, después de que haya leído el consentimiento informado y lo haya firmado, se comienza a rellenar la hoja de recogida de datos de la primera visita.

Para clasificar al sujeto dentro de las Etapas del Cambio del modelo transteórico podemos usar el diagrama adjunto (ver figura al final del anexo 6). Por ejemplo: un paciente que ha fumado y fuma actualmente, con intención de dejarlo en los próximos 6 meses pero no en el próximo mes, queda clasificado como Contemplador.

La mayor parte de la encuesta puede ser contestada directamente por el paciente. Ello dependerá de su nivel de comprensión y de las preferencias del investigador. Si se dispone de un local adjunto puede dejarse que vaya respondiendo, con asesoría si precisa, en caso contrario es más rápido efectuar el interrogatorio. Pero, la escala analógica de 0 a 10 siempre se le mostrará para que el paciente redondee el número escogido. En caso contrario, nos encontraremos con respuestas no definidas como “entre 6 y 7”, o “entre 6 y 8”.

En el Cuaderno de Recogida de Datos debe escribirse la enfermedad crónica o aguda que padece el enfermo.

El SF-36 también puede ser autoaplicado o heteroaplicado. Lo ideal sería disponer de una zona donde el sujeto pueda responder el cuestionario con tranquilidad y con posibilidad de preguntar si tiene alguna duda. Si no lo rellenamos nosotros hemos de verificar al recogerlo que ha contestado todas las preguntas, porque por cada pregunta en blanco podemos perder una dimensión. Si hay preguntas sin contestar hay que inducirle a que se incline por una respuesta.

Recordar siempre citarlo para la visita de control. Una semana antes de la cita se le llamará por teléfono para evitar olvidos.

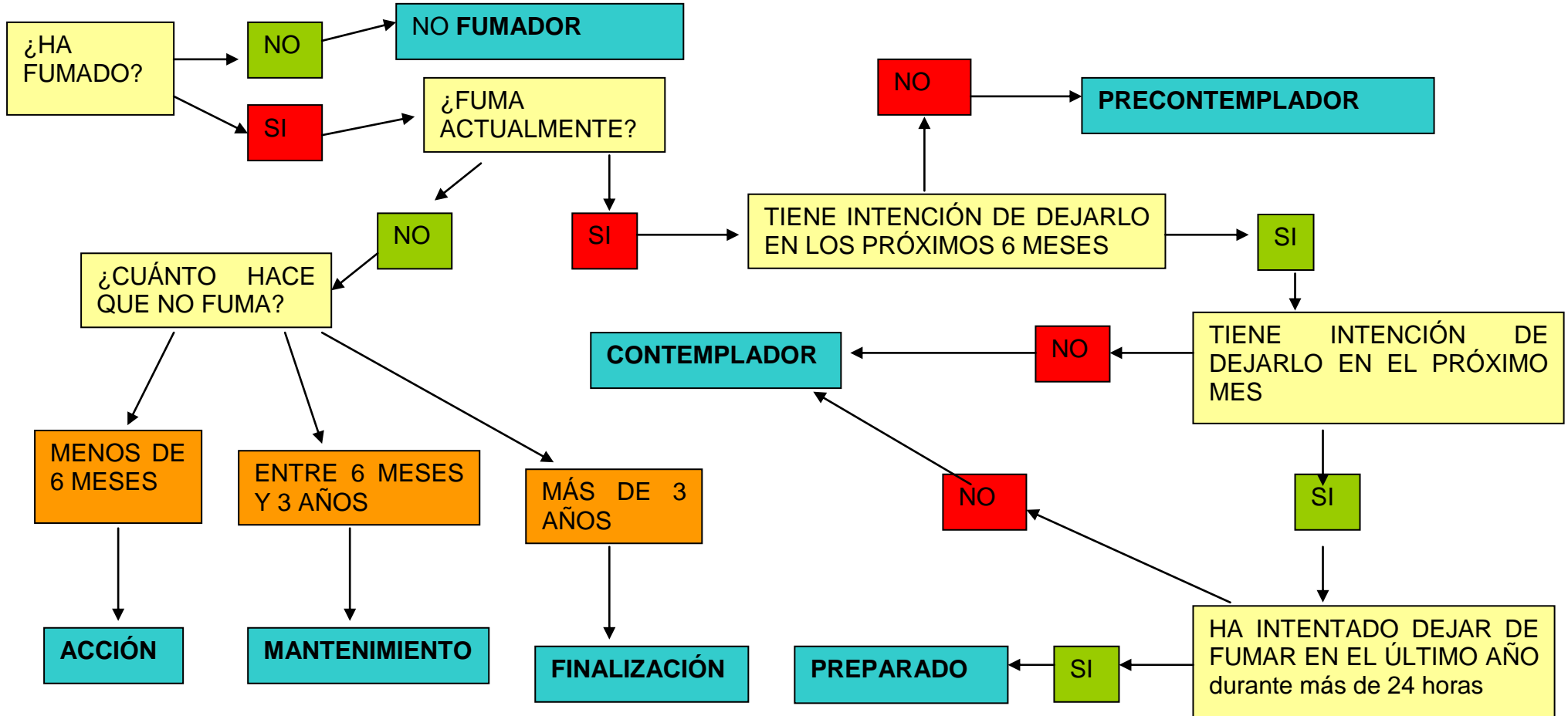


FIGURA ANEXO 6: DIAGRAMA PARA SITUAR A LOS PACIENTES SIGUIENDO EL MODELO TRANSTEORICO DEL CAMBIO

ANEXO 7. Historia de la logística del trabajo

En septiembre de 2004 se iniciaron los contactos con los futuros investigadores colaboradores. Se imprimieron varias copias del proyecto y se les hicieron llegar a algunos médicos y enfermeras del Hospital de Figueres, previamente seleccionados.

Tras contactar por teléfono con compañeros del servicio de medicina interna del Hospital de Palamós y de Blanes, les enviamos el proyecto por correo electrónico a primeros de octubre del 2004. El internista del Hospital de Palamós enseñó el proyecto al *Director d'Avaluació, Informació i Recerca* del Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE), responsable de la investigación hospitalaria y de asistencia primaria (varias Áreas Básicas de Salud [ABS]) de esta comarca. El proyecto le interesó y a partir de entonces mantuvimos contacto telefónico y mediante correo electrónico. El Comitè de Recerca del SSIBE estudió el documento y después de unas enmiendas al consentimiento informado lo aprobó definitivamente autorizando el estudio en su ámbito de influencia. Nombró un investigador principal (un médico especialista en neumología), con la función de hacer de enlace entre el resto de investigadores del SSIBE y el autor de este trabajo. En cambio el Hospital de Blanes no pudo participar.

También por vía telefónica le comentamos el proyecto a la Coordinadora del ABS de L'Escala. Posteriormente nos desplazamos a este centro para explicarles a los médicos y enfermeras en que consistía el estudio y los fundamentos que lo sustentaban, mediante el apoyo de transparencias. Surgieron varias personas interesadas en colaborar.

También se explicó el proyecto a los dos Técnicos de Salut de atención primaria del ICS, responsables de las ABS del ICS del Alt Empordà y de la Garrotxa. La respuesta fue que

no detectaron interés en realizar este estudio epidemiológico. El coordinador del ABS de Vilafant también desestimó el ofrecimiento. La coordinadora del ABS de Roses nos invitó a presentar el estudio en sus instalaciones, lo cual se efectuó mediante una presentación en ordenador con el programa Power Point. Dos médicos comunicaron que participarían. También se contactó por teléfono con los responsables del ABS de Peralada, de gestión privada por Albera Salut, y nos desplazamos a Peralada a explicarles el estudio y sus detalles mediante presentación de Power Point. Se mostraron interesados y hubo posteriores contactos epistolares.

Posteriormente se expuso el proyecto de estudio en una reunión de la Sección de Medicina Interna de l'Agrupació de Ciències Mèdiques de Girona, en la sala de actos del Hospital Trueta de Girona. Fruto de esta comunicación los representantes del Hospital de Santa Caterina de Girona se interesaron por el estudio.

Se seleccionaron unos investigadores principales, cuyo correo electrónico formaba parte de un Grupo de Correo, llamado SPYT, que corresponde a las siglas de Salud Percibida y Tabaquismo. Estos investigadores principales comunicaban las noticias a sus compañeros. Todos recibieron el proyecto por escrito para su estudio y valoración. Los representantes y algunos profesionales interesados fueron convocados el día 22 de diciembre del 2004 en la sala de juntas de l'Agrupació de Ciències Mèdiques de Girona, a una reunión informativa cuyo propósito fue conocerse personalmente en algunos casos, discutir los últimos detalles de la metodología y aclarar dudas. A primeros de enero se les envió por correo electrónico el Cuaderno de Recogida de Datos de la Primera Visita para permitir la incorporación de enfermos, y más adelante se les

hicieron llegar varios Cuadernos de Recogida de Datos de la Primera Visita realizados en imprenta.

A finales de febrero del 2005 se envió a todos los destinatarios del grupo de correo SPYT, dos bases de datos. La primera base de datos en el programa Acces, con un formulario de recogida de datos que acota el rango de posibles resultados válidos. La segunda base en Excel para que cada investigador pudiera guardar los datos de filiación, que no aparecían en el formulario de recogida de datos, con las fechas de las sucesivas visitas, y sirviera para controlar las futuras citas. Periódicamente se solicitó información de los casos incluidos por correo electrónico, como recordatorio.

En abril del 2005 nos llamaron desde el Hospital General de Vic para conocer el protocolo del estudio. Les fue enviado por correo electrónico. Sin embargo, no volvieron a manifestarse. También en abril del 2005, aprovechando el foro de una reunión de Jefes de Servicio de Hospitales Comarcales de Catalunya, realizada en el Hospital de Mataró, les fue presentado brevemente (en 10 minutos) el proyecto de estudio. En teoría los jefes de servicio debían transmitir a sus adjuntos la posibilidad de participar. No se recibió posteriormente ninguna comunicación para participar.

La principal incidencia durante el desarrollo del estudio fue que el coordinador del estudio en el SSIBE cambió de empresa. Este hecho provocó una pérdida del enlace con los médicos de las ABS dependientes del SSIBE, y aunque se intentó reconducir, cuando se consiguió un nuevo coordinador ya se había producido una importante atrición debida a la reducción de los investigadores iniciales.