

Unidades de tabaquismo por internet

Leopoldo Sánchez Agudo y José María Carreras Castellet

Unidad de Tratamiento del Tabaquismo. Servicio de Neumología. Hospital Carlos III. INSALUD. Madrid. España.

La mejora de la información para la salud, la creciente presión social y legislativa sobre la conducta de fumar y la propia percepción por el fumador de los efectos del tabaco han hecho que la demanda de ayuda para dejar de fumar haya crecido en los últimos años. Simultáneamente, el protocolo técnico para ello se ha depurado, al igual que la evidencia científica sobre las medidas y fármacos con eficacia probada¹⁻⁵, de forma que la sistemática a seguir ha quedado perfectamente establecida y reflejada en diversas guías de práctica clínica^{6,7}. Puede decirse, por tanto, que en los últimos 20 años el tratamiento del fumador ha quedado plenamente estandarizado en 2 componentes: medidas farmacológicas y medidas que convencionalmente se han definido como de apoyo psicológico, las cuales comparten muchos aspectos con los programas de autocuidados que venimos utilizando en diversas enfermedades crónicas como el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o la diabetes. Uno de estos elementos es el seguimiento, cuya eficacia al dejar de fumar se apreciaba ya en el trabajo de Russell et al⁸ y que, como más recientemente se ha demostrado, tiene una relación dosis-respuesta⁶; es decir, los fumadores en tratamiento dejarán de fumar en mayor proporción cuanto más frecuentes sean el seguimiento y apoyo que reciben. Sin embargo, este detalle choca frontalmente con los recursos sanitarios disponibles para ayudar al fumador a dejar de fumar: el médico de atención primaria lucha por reivindicar unos minutos más para dedicar a sus pacientes, con lo cual no parece lógico pensar que pueda disponer de un tiempo suficiente para algo más que una intervención estrictamente mínima; por otro lado, en la atención especializada, las unidades de tratamiento a fumadores se han montado sobre la base del voluntarismo y la vocación de sus profesionales, habiendo contado con escasa ayuda de las instituciones, salvo notables excepciones (Castilla-La Mancha, Navarra, etc.). En el tratamiento del fumador nos encontramos, por tanto, frente a circunstancias que reúnen 3 características fundamentales: necesidad de ayuda profesional, demanda amplia y escasez de recursos.

A este escenario general hemos de agregar otro detalle: no son pocas las personas que no pueden o no quieren acudir a una institución sanitaria para dejar de fumar, y no sólo porque no dispongan de ella en una cercanía razonable, sino porque su actividad laboral no les permite ceñirse a un calendario y horario fijos, porque consideran que el esfuerzo que requiere de ellas la ayuda para dejar de fumar no compensa los resultados que pueden obtener, porque se consideran capaces de hacerlo por sí mismas o sencillamente porque inconscientes de lo que implica una dependencia, no desean hacer partícipes a otros de que necesitan ayuda para algo como dejar de fumar⁹. Sin duda estas circunstancias deben subyacer en el hecho de que un elevado porcentaje de fumadores intenten dejar de fumar sin ayuda¹⁰, y es conocido que de ellos lo consigue una minoría no significativa¹¹ para los objetivos que pretenden las medidas de salud pública. Parece evidente, por tanto, que hemos de ofertar recursos de ayuda que se acerquen a la población, haciéndolos accesibles en lugar u horario, y que permitan una intimidad absoluta para el fumador, sin perder el carácter de ser personalizados.

El primer abordaje a esta problemática fueron las *hot line*. Planteadas inicialmente para resolver dudas y dirigir a los fumadores hacia los recursos existentes, pronto comenzaron a ofertar tratamiento proactivo y seguimiento¹², confirmándose nuevamente en ellas que el aumento de la frecuencia del seguimiento también augura un mayor porcentaje de abstinentes¹³, del mismo modo que sucedía en los tratamientos cara a cara. Las *hot line* se han adoptado como parte integrante y destacada de los programas nacionales de prevención del tabaquismo en los países más desarrollados en este ámbito¹⁴ y su utilidad ha quedado probada¹⁵. Una comparación de un grupo de 176 fumadores tratados proactivamente por teléfono y correo con otro de 207 fumadores tratados de forma convencional en nuestra unidad, ambos comparables en sus características, y en los que se utilizó tratamiento sustitutivo de nicotina más 11 contactos o sesiones, no mostró diferencias significativas en la proporción de abstinentes al finalizar el programa a los 6 meses de seguimiento (un 54,5 y un 54,6%, respectivamente)¹⁶, lo que demuestra la validez también en nuestro entorno cercano.

Estos datos apoyan el argumento de que el tratamiento del fumador realizado a distancia puede obtener unos resultados lo suficientemente aceptables para que se incorpore a la práctica clínica. Sin embargo, aun asumiendo

Correspondencia: Dr. L. Sánchez Agudo.
Unidad de Tratamiento del Tabaquismo.
Servicio de Neumología. Hospital Carlos III.
Sinesio Delgado, 10. 28029 Madrid. España.
Correo electrónico: lsanchez.hciiii@salud.madrid.org

Recibido: 12-6-2006; aceptado para su publicación: 27-6-2006.

do una menor proporción de abstinencias con esta clase de intervenciones, es evidente que, si con ellas se logra que acceda al tratamiento un mayor número de personas, su repercusión sobre el descenso de población fumadora sin duda será mayor que el obtenido a través de la consulta médica convencional, permitiendo así controlar más fácilmente y con mayor rapidez la repercusión sanitaria del tabaquismo.

La Organización Mundial de la Salud atribuye a esta dependencia 4 millones de muertes cada año, por lo que considera que tiene caracteres epidémicos. Igual que el abordaje de una situación epidémica, el tabaquismo precisa acciones que con razonable efectividad permitan tratar al mayor número posible de sujetos en el menor tiempo, dosificando el esfuerzo requerido para que los recursos puedan alcanzar masivamente a la población; es decir, se precisa eficiencia por encima de la efectividad. Actualmente nadie duda de la eficiencia del control del tabaquismo, superior incluso al de otras medidas sanitarias como el control de la hipercolesterolemia o la hipertensión. Pero en él, a diferencia de otras epidemias, la eficacia del tratamiento es incluso superior a la obtenida a través de la prevención; en efecto, los análisis de Peto¹⁷ ponen de manifiesto cómo, siendo importante la prevención, si ésta lograra reducir a la mitad la población de adolescentes que comienzan a fumar, la mortalidad en el año 2050 sólo se vería reducida en un 3,8%, mientras que si consiguiésemos que la mitad de los fumadores dejase de fumar la mortalidad se reduciría en un 65,7%, es decir, 17 veces más. Hacer tratamiento es, por consiguiente, la forma más rápida de reducir la mortalidad por tabaquismo a corto y medio plazo, hecho que realza la conveniencia de aumentar las ayudas para dejar de fumar en número y maneras.

La tecnología actual permite aplicar la sistemática clínica de ayuda al fumador de forma que podamos aumentar la cobertura y accesibilidad de manera casi ilimitada, si fuésemos capaces de esforzarnos en adaptar la sistemática del tratamiento cara a cara al medio tecnológico que queramos utilizar, lo cual ya se ha hecho con los métodos de autoayuda. El universo internet constituye sin duda un medio idóneo para poner en práctica este planteamiento, y en él existen múltiples sitios relacionados con el tratamiento a fumadores. En el momento de escribir estas líneas, una búsqueda de los términos *stop smoking* o *smoking cessation* utilizando el motor Google encuentra 54.700.000 y 16.500.000 lugares, respectivamente, en la red. Ello no quiere decir que todos sean unidades de tratamiento, y tampoco que su nivel científico sea óptimo¹⁸, pero sin duda revela el interés social sobre el tema y el espacio que ocupa en este medio, internet, cuya repercusión e influencia crecientes en la sociedad resultan difíciles de estimar por su naturaleza rápidamente cambiante. Pero, aun siendo primordial, no es sólo una cuestión de cantidad; este medio ofrece unos recursos de comunicación y acceso a un colectivo que probablemente se basa en él para gestionar una gran parte de sus asuntos por comodidad o porque sencillamente tenga dificultad para movilizarse o pretenda economizar su tiempo. El hecho es que el crecimiento explosivo de la comunidad de internautas indica que esta infraestruc-

tura podría resultar una forma eficiente de tratar a fumadores que pudieran quedar excluidos con otras formas de realizar el tratamiento.

Como puede suponerse, en un número tan elevado de lugares que hacen referencia a “dejar de fumar” encontramos de todo, pero, centrándonos básicamente en lo que podría referirse a una forma de ayuda para el fumador, podemos distinguir 2 modelos: lugares que ofrecen material de autoayuda y lugares que realizan una intervención más personalizada y adaptada al fumador. Los primeros se limitan a cambiar el soporte del material de autoayuda, sustituyendo el folleto convencional por un sistema cuya capacidad gráfica es muy superior, al permitir diversos medios de imagen en movimiento, facilidad de actualización, interacción y muchas otras cualidades que aumentan la capacidad de atracción e interés del fumador, lo que permite intuir que mejorará los objetivos de dicho material. Son los segundos los que podríamos encuadrar en el epígrafe de “unidades de tratamiento”. Bock et al¹⁹ son más precisos en este análisis de búsqueda, y en un grupo de 202 *web sites* encuentran que el 77% no realiza intervención directa desde internet y, de los 46 que sí la realizan, el 80% no cubre la totalidad de los elementos recomendados por las guías clínicas para el tratamiento del fumador. Curiosamente, estos autores aprecian cómo las direcciones *web* que resultan menos completas son las que aprovechan mejor los recursos gráficos del sistema en cuanto a interacción y amenidad, como si los que están faltos de capacidad técnica pretendiesen compensarla con el impacto y atractivo visual.

Los resultados obtenidos en los lugares *web* que efectúan una ayuda proactiva para dejar de fumar presentan un fenómeno común y lógico: la incorporación masiva de sujetos, con un número muy reducido de aquellos que responden al seguimiento durante los primeros días que siguen a la fecha establecida para dejar de fumar; es decir, en el tratamiento. Así, en el trabajo de Etter²⁰, de 11.969 sujetos que responden a la primera entrevista, sólo realizan seguimiento 4.237 (35%). En nuestra experiencia a través de la *web* *vidasintabaco.com*, en los 3 primeros meses se registraron 18.124 personas para dejar de fumar, de las cuales 5.476 (30,2%) habían completado el contacto de seguimiento a las 24 h y lo mantenían durante 3 meses. Incluso las unidades de tratamiento a fumadores que siguen un método convencional reciben un número de sujetos superior a los que mantienen el tratamiento; muchos acuden en espera de algún sistema que les permita dejar de fumar sin esfuerzo y, cuando se les informa del medio a seguir y ven que no se ajusta a las características casi mágicas de su demanda, abandonan. Al ser más accesible el sistema por internet, este grupo resulta más importante, pero no debe considerarse un hecho negativo para el método, pues cabe suponer que las peculiaridades gráficas de comunicación del sistema podrían generar alguna influencia que les hiciese avanzar más o mejor en el proceso de cambio de conducta, con resultados imposibles de conocer, pero en todo caso positivos para los objetivos de prevención. La magnitud de esta influencia con las posibilidades de internet posiblemente sea superior a la ejercida por el mero hecho de acudir a una institución sanitaria.

Una facilidad adicional que permite la *web* es el establecimiento de foros de discusión. A priori, estos foros podrían cubrir el papel de la psicoterapia grupal, por lo que su inclusión en el conjunto de ayudas parece acertada. Sin embargo, exigen la atención de un moderador que reconduzca e incluso excluya los comentarios no ya erróneos, que éstos siempre surgen en las psicoterapias en grupo y sólo requieren ser reconducidos, sino incluso destructivos para el funcionamiento del sistema. Las condiciones de anonimato que permite el debate a través de internet facilitan e incluso incentivan comentarios que pueden conducir a un auténtico boicot o sabotaje del método, aunque sólo sea por desahogarse de otras tensiones propias de la sociedad a través de la provocación, fenómeno que en otras esferas de la vida identificaríamos como un acto de gamberrismo. De cualquier modo, parece que la participación en estos foros, si bien aumenta la proporción de abstinentes a los 3 meses de seguimiento, no mantiene las diferencias no a los 6 meses²¹, por lo que aparentemente no aportan ventajas.

En contra de esta forma de tratamientos se ha argumentado que no se dispone de suficientes estudios controlados que prueben su valor, lo cual parece lógico dado lo reciente de su implantación y la dificultad para establecer cuál ha de ser el elemento de control. También se les critica por la imposibilidad de disponer de constatación bioquímica de la abstinencia, cuando, según las directrices de la Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT), la decisión de aportar tal constatación depende de las características de la demanda, de la clase de estudio y del tipo de población, no considerándola necesaria en las intervenciones poblacionales. La SRNT considera que, si bien la ausencia de constatación bioquímica de la abstinencia podría aumentar la proporción de abstinentes, la cuantía de tal incremento es pequeña y no valorable²². De cualquier modo, ha de considerarse que el papel de esta clase de unidades no es realizar estudios controlados, sino intervenciones casi masivas sobre población, igual que las campañas de educación para la salud, con el objetivo de facilitar de forma semiautomática y casi masiva la abstinencia tabáquica a un perfil de fumadores con dificultades para utilizar otros recursos. En nuestra experiencia, la población que ha hecho uso de la *web* implantada desde nuestra unidad y que mantiene seguimiento presenta 2 diferencias estadísticamente significativas con la que acude a la consulta para dejar de fumar: es más joven y tiene un predominio masculino, lo que indica que a través de internet podríamos llegar a sectores sociales que de otra forma no utilizarían los recursos del sistema²³. Este único dato justifica ya su desarrollo y potenciación, pero no está solo: la valoración inicial de los 3 primeros meses de funcionamiento de la *web* *vidasintabaco.com* muestra una tasa de abstinentes del 18,9% con las cifras antes mencionadas. Este ritmo y estos resultados supondrían que en una unidad virtual de este estilo dejaría de fumar en 3 meses el doble de las personas que lo consiguen mediante el tratamiento convencional durante un año.

BIBLIOGRAFÍA

1. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 2. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.; 2004.
2. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004, Issue 4 (CD000031). DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub2.
3. Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 2. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.; 2004.
4. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005, Issue 2 (CD001007). DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub2.
5. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005, Issue 3 (CD001118). DOI: 10.1002/14651858.CD001118.pub2.
6. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville: US Department of Health and Human Services, Public Health Service; June 2000.
7. National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. National Institute for Clinical Excellence Technology Appraisal No. 39. Disponible en: www.nice.org.uk
8. Russell MH, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioner advice against smoking. *Br Med J*. 1979;2:231-5.
9. McAfee T, Sofian N, Wilson J, Hindmarsh M. The role of tobacco intervention in population-based health care. *Am J Prev Med*. 1998;14:46-52.
10. Borland R. Promoting cessation of tobacco use. En: Scollo M, Chapman S, editors. Tobacco control in Australia: a priority-driven research agenda. Sydney: National Heart Foundation of Australia and Australian Cancer Society; 1999.
11. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, et al. Smoking cessation among self-quitters. *Health Psychol*. 1992;11:331-4.
12. Zhu SH, Anderson CM, Tedeschi GJ, et al. Evidence of real-world effectiveness of a telephone quitline for smokers. *N Engl J Med*. 2002;347:1087-93.
13. Zhu SH, Stretch V, Balabanis M, Rosbrook B, Sadler G, Pierce JP. Telephone counseling for smoking cessation: effects of single-session and multiple-session interventions. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64:202-11.
14. Miller N, Frieden TR, Liu SZ, Matte TD, Mostashari F, Deitcher DR, et al. Effectiveness of a large-scale distribution programme of free nicotine patches: a prospective evaluation. *Lancet*. 2005;365:1849-54.
15. Stead LF, Lancaster T, Perera R. Telephone counselling for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2003, Issue 1 (CD002850). DOI: 10.1002/14651858.CD002850.
16. Carreras Castellet JM, Fletes Dóniga I, Quesada Laborda M, Sánchez Torrecilla B, Sánchez Agudo JM. Diseño y primera evaluación de un programa de tratamiento de tabaquismo por teléfono. Comparación con un modelo estándar. *Med Clin (Barc)*. En prensa 2006.
17. Peto R. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. Washington DC: World Bank Publications; 1999. p. 80.
18. Silberg WM, Lundberg GD, Musacchio RA. Assessing, controlling, and assuring the quality of medical information on the Internet: Caveant lector et viewer – Let the reader and viewer beware. *JAMA*. 1997;277:1244-5.
19. Bock B, Graham A, Sciamanna C, Krishnamoorthy J, Whiteley J, Carmona-Barros R, et al. Smoking cessation treatment on the Internet: content, quality, and usability. *Nicotine Tob Res*. 2004;6:207-19.
20. Etter JF. Comparing the efficacy of two Internet-based, computer-tailored smoking cessation programs: a randomized trial. *J Med Internet Res*. 2005;7:e2.
21. Schneider SJ, Walter R, O'Donnell R. Computerized communication as a medium for behavioral smoking cessation treatment: controlled evaluation. *Comp Hum Behav*. 1990;6:141-51.
22. SRNT Subcommittee on Biochemical Verification. Biochemical verification of tobacco use and cessation. *Nicotine Tob Res*. 2002;4:149-59.
23. Etter JF. Internet-based smoking cessation programs. *Int J Med Inform*. 2006;75:110-6.