

# El papel del dentista en el tratamiento del tabaquismo en España

Situación actual y perspectivas futuras

TESIS DOCTORAL  
MEDICINA Y CIRUGÍA

FACULTAD DE MEDICINA



UNIVERSIDAD DE OVIEDO

SOFÍA BLANCA CABEZAS HERNÁNDEZ

OVIEDO, FEBRERO DE 2014





# El papel del dentista en el tratamiento del tabaquismo en España

Situación actual y perspectivas futuras

TESIS DOCTORAL  
MEDICINA Y CIRUGÍA

FACULTAD DE MEDICINA

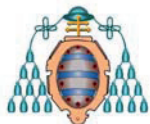


UNIVERSIDAD DE OVIEDO

SOFÍA BLANCA CABEZAS HERNÁNDEZ

OVIEDO, FEBRERO DE 2014





**Resultados y Discusión:** En cuanto a la encuesta a dentistas encontramos que el porcentaje de fumadores entre los dentistas es igual al de la población general. Hay un 16% de dentistas que no recomiendan a sus pacientes dejar de fumar. Este porcentaje es mayor entre los dentistas fumadores ( $p=0,008$ ). También son los dentistas fumadores los que menos creen que el dentista debe ser un activista antitabaco ( $p<0,001$ ). En cuanto a las diferencias según el perfil profesional encontramos que los que más recomiendan a sus pacientes dejar de fumar son los generalistas ( $p=0,012$ ). Los más satisfechos profesionalmente son los que más exigen a sus pacientes dejar de fumar ( $p=0,005$ ). Además se observa una relación positiva entre la implicación del dentista en el tratamiento del tabaquismo y su concienciación en cuanto a la importante labor de éste en la detección precoz del cáncer oral (examen de los tejidos blandos, palpación de la lengua y suelo de la boca, realización de biopsias y disposición a recibir cursos sobre cáncer oral).

En cuanto al Delphi, los expertos coinciden en que el papel actual del dentista en el tratamiento del tabaquismo es pequeño, sin embargo, también coinciden en que ese papel será mucho más relevante en el año 2020. Al comparar actualmente la labor del dentista con otros profesionales sanitarios y con los medios de comunicación, los expertos dejan al dentista y a su personal auxiliar en penúltimo y último lugar respectivamente, pero al responder a esa misma cuestión cuando se les pregunta qué creen que ocurrirá en el futuro, el papel del dentista alcanza el segundo puesto. La barrera que señalan como más relevante es la falta de formación. Los expertos creen que se podría incrementar la importancia del dentista en el tratamiento del tabaquismo incorporándolo a su oferta asistencial, lo que conlleva una mayor formación de los dentistas, una mayor concienciación de éstos y, por supuesto, una mayor información a los pacientes. Para los expertos, el dentista debe ofrecer consejo sanitario, es decir, motivar al paciente para que deje de fumar, utilizando su privilegiada situación para la anamnesis sobre el consumo de tabaco y para destacar en la exploración oral las patologías derivadas de dicho consumo. Sin embargo, señalan, al igual que la mayoría de los autores, que su implicación en el tratamiento con una intervención plena que incluya fármacos es más dudosa.

**Palabras clave:** Dentista, Tabaco, Educación Sanitaria, Tratamiento del Tabaquismo.

### RESUMEN (en Inglés)

**Introduction:** According to the National Committee for Smoking Prevention (NPTC) the prevalence of tobacco consumption by the spanish population in 2008 was 24%, 50% were non-smokers, and 26% were former smokers. The vast majority of smokers do smoke regularly (81%).

There are several effective methods for tobacco treatment with proven efficacy by meta-analysis of controlled clinical trials, such as nicotine replacement, antidepressants, health education, etc. Most of these methods must be managed or controlled by a health professional. Among health professionals, the dentist is a major health agent, mainly due to the oral involvement of tobacco (periodontitis, halitosis, oral cancer) and to the peculiarity of visiting the dentist (versus visiting the doctor) on a longer average, existing as well a closer physical proximity between patient-professional.

The current plans for the training of dentists do not always include specific modules for the smoking cessation of their patients.

There are not systematic data on dentist tobacco consumption in Spain, neither on his involvement in the treatment of his patients. The objective of this thesis is threefold: a) to know the smoking habits of Spanish dentists, b) to know their involvement degree in



their patients' tobacco treatment, and c) to establish likely future scenes for the dentist's involvement in such treatment.

**Material and Methods:** In the first part of the study (quantitative), a scientific exploitation of the smoking-related aspects of the Second National Survey on the professional activity of dentists in Spain, made in 2008, was performed. The second part (qualitative) consisted of a Delphi study in which a survey of 11 questions was prepared inquiring about the role of the dentist and his professional and educational Organizations in the tobacco treatment. This questionnaire was sent to 28 experts with different professional profiles. The results were analyzed using SPSS Windows 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL).

**Results and Discussion:** With regard to the survey to dentists, we found that the percentage of smokers among dentists is equal to that of the general population. There are 16% of dentists which do not advise their patients to stop smoking. This percentage is higher among dentists who smoke ( $p = 0.008$ ). Smoker dentists are also those who less believe that the dentist should be an anti-smoking activist ( $p < 0.001$ ). As for the differences according to the professional profile, we found that those who most recommend their patients to stop smoking are the generalists ( $p = 0.012$ ). The most satisfied professionally are those who most require their patients to stop smoking ( $p = 0.005$ ). Furthermore, a positive relationship is observed between the involvement of the dentist in the tobacco treatment and his awareness of his important role in the early detection of oral cancer (soft tissue examination, palpation of the tongue and floor of the mouth, biopsies and willingness to take courses on oral cancer).

As for the Delphi study, experts agree that the current role of the dentist in the tobacco treatment is small. However, they also agree that this role will be much more relevant in 2020. Comparing the current role of the dentist with that of the other health professionals and with the media, the experts leave the dentist and his auxiliary personnel in penultimate and last place respectively, but when answering to that same question about what they think will happen in the future, the role of the dentist reaches a second place. The barrier that they indicate as the most relevant is the lack of training. Experts believe that the importance of the dentist in the tobacco treatment could be increased incorporating it into its healthcare services, which will involve a better training of dentists, their greater awareness and, of course, more information to patients. According to the experts, the dentist must provide medical advice, that is, motivate the patient to stop smoking, using his privileged position to the anamnesis of tobacco consumption and to highlight in the oral exploration the pathologies resulting from such consumption. However, they note, like most authors, that his involvement in a full treatment including drugs is more doubtful.

**Keywords:** Dentist, Tobacco, Health Education, Tobacco treatment.



## ÍNDICE

### EL PAPEL DEL DENTISTA EN EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN ESPAÑA. SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS FUTURAS

AGRADECIMIENTOS.....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1. Consumo de tabaco en la población española.....	7
1.2. Hábito de fumar en España en los profesionales sanitarios .....	15
1.3. El papel del dentista en el tratamiento del tabaquismo .....	19
1.4. Capacidad de los profesionales sanitarios para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar .....	24
1.5. Tipos de intervención asistencial en el tabaquismo .....	25
1.6. Tipos de tratamientos disponibles.....	31
2. OBJETIVOS .....	35
2.1. Objetivo general.....	37
2.2. Objetivos específicos .....	37
3. MATERIAL Y METODOLOGÍA .....	39
3.1. Metodología de la encuesta a dentistas españoles.....	41
3.2. Metodología del estudio delphi a expertos .....	41
4. RESULTADOS .....	47
4.1. Encuesta a dentistas españoles .....	49
4.2. Estudio delphi a expertos .....	52
5. TABLAS Y FIGURAS DE RESULTADOS.....	57
6. DISCUSIÓN.....	81
6.1. Encuesta a dentistas .....	83
6.2. Críticas y limitaciones metodológicas al método Delphi.....	86
6.3. Discusión de los resultados del estudio Delphi.....	92
7. CONCLUSIONES .....	97
8. BIBLIOGRAFÍA.....	101
ANEXO I. ENCUESTA POSTAL A DENTISTAS ESPAÑOLES .....	111
ANEXO II. CARTAS Y CUESTIONARIO DELPHI.....	119
ANEXO III. DELPHI: LISTADO DE EXPERTOS Y PERFIL PROFESIONAL.....	137
ANEXO IV. PUBLICACIÓN .....	149



## AGRADECIMIENTOS

A mis queridos directores de Tesis, el Prof. Dr. D. Manuel Bravo Pérez y el Prof. Dr. D. Juan Carlos Llodra Calvo por su magistral ayuda y desinteresada dedicación. Ellos han conseguido que pudiese materializar un sueño.

Mi agradecimiento al Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España, como propietario de la base de datos de la encuesta a dentistas españoles, y que dentro de su política general de cesión de datos para usos de investigación a quien lo solicite, me ha permitido utilizarla para la primera parte de mi Tesis Doctoral. Asimismo, a todos los expertos participantes en el estudio Delphi (segunda parte de mi tesis), y cuyos nombres figuran en el Anexo III.

Y por último, gracias a mi familia, a los que están y los que ya se han ido, por hacer que mi vida tenga sentido.





1.

INTRODUCCIÓN



## 1.1. CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

### 1.1.1. Prevalencia del consumo de tabaco

#### *A) Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo*

Según los datos del Comité Nacional para la prevención del tabaquismo (CNPT) [1] en el año 2008 la prevalencia del consumo de tabaco en la población española era del 24,1%, frente al 76% que declaraba no fumar, ya fuera porque no había fumado nunca (49,9%) o porque fumó en el pasado pero no lo hacía en ese momento (26,1% de ex fumadores).

La decisión de analizar estos datos con más detalle que otros publicados se tomó porque este estudio es más completo y reciente que el del Instituto Nacional de Estadística (INE) en su Encuesta Nacional de Salud (ENS). Además, el intervalo de edad analizado en la encuesta del CNPT (personas de 18 años o más) es el mismo que el utilizado en nuestro estudio, facilitando de esta manera las posteriores comparaciones. No obstante, el 14 de marzo de 2013, el INS publicó una nueva encuesta de salud pública con datos recogidos durante 2011 y 2012 que también describiremos brevemente [2].

#### *Habitualidad*

Según la encuesta del CNPT/2008, la inmensa mayoría de los fumadores fuma habitualmente (81,3%), mientras que el resto, el 18,7%, fuma ocasionalmente. Esto representa el 19,6% y el 4,5% de la población respectivamente. Se prefiere el término «fumador ocasional» al de «fumador social» por resultar éste equívoco. «Fumador social» se puede emplear tanto para designar a alguien que fuma esporádicamente o para quien fuma poco pero a diario, o bien para quien apenas tiene percepción de dependencia [3].

Al detenernos en el grupo de los fumadores habituales observamos que la mitad quieren dejarlo (48%) frente a la otra mitad (52%) que no se han planteado el dejar de fumar. Esto representa un 9,4% y un 10,4% de la población general. En cuanto a los fumadores ocasionales, sólo el 37,8% querrían dejar

de fumar mientras que el 62,2% de éstos no quieren dejarlo (1,7% y el 2,7% de la población general, respectivamente).

#### *Diferencias por sexos*

El análisis del hábito tabáquico por la variable sexo muestra que los hombres fuman más que las mujeres. Este aumento es a costa de los fumadores habituales. Fuman el 26,7% de los varones y el 21,5 % de las mujeres, aunque las diferencias no son significativas. El porcentaje de fumadores ocasionales es prácticamente igual en hombres que en mujeres.

Sin embargo, las diferencias en el grupo de no fumadores, sí son significativas. Son no fumadores el 41,7% de los varones y el 57,7% de las mujeres (media: 49,9% de la población).

En cuanto a los ex fumadores hay más entre los hombres que entre las mujeres (31,6% de los varones y el 20,8% de las mujeres frente al 26,1% de la población). Estas diferencias también son significativas.

Con respecto a las diferencias sexuales en el deseo de dejar de fumar, entre los fumadores habituales es mayor el porcentaje de hombres que no quieren dejarlo, mientras que en el grupo de los fumadores ocasionales, los hombres casi duplican a las mujeres que sí quieren dejar de fumar, aunque dichas diferencias tampoco son significativas.

#### *Diferencias etarias*

Al estudiar el consumo de tabaco por edades, observamos que al aumentar la edad disminuye el número de fumadores, aunque sólo el grupo de más de 60 años está por debajo de la media de la población; esta diferencia es significativa.

Al aumentar la edad, aumenta el número de ex fumadores. Sin embargo, el número de no fumadores es mayor en los extremos de edad: mayores de 60 años y menores de 30.

En todos los grupos de edad, excepto en el los mayores de 60 años, el porcentaje de fumadores habituales que no quieren dejarlo es mayor que en la media de la población, siendo el más alto (y estadísticamente significativo) en el grupo de los más jóvenes.

#### *Nivel de estudios*

Deteniéndonos en la relación entre el consumo de tabaco y el nivel de estudios, encontramos que las personas con un nivel de estudios básicos son las que menos fuman, aunque casi todos estos fumadores (casi el 96%) son habituales. Las de estudios medios son las que más fuman. Ambas diferencias son estadísticamente significativas.

En cuanto a su disposición para dejar de fumar, observamos que el grupo de personas con un nivel básico de estudios es el que menos interés muestra por abandonar el hábito y las que tienen estudios medios las que más, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas.

### *Resumen*

En síntesis, en la actitud y la conducta frente el tabaco de los fumadores encontramos que la inmensa mayoría de los fumadores lo hace habitualmente. Son más numerosos los hombres fumadores habituales que las mujeres. Las mujeres que fuman habitualmente quieren dejarlo en un porcentaje mayor que los hombres, mientras que ocurre lo contrario cuando hablamos de mujeres que fuman ocasionalmente.

### *B) Encuesta Nacional de Salud del Instituto Nacional de Estadística*

Según el INS, en el 2011-12 (publicada en 2013) la proporción de españoles fumadores es del 27,1%, lo que está ligeramente por encima del valor obtenido por el CNPT en 2008 (24,1%), aunque todos los estudios apuntan que el número de fumadores ha experimentado un continuo descenso desde el año 1993. Sin embargo esa pequeña discrepancia podría deberse a que dicho descenso se refiere a los fumadores habituales (aunque en este caso en concreto lo que ha disminuido es el número de fumadores ocasionales, mientras que el de fumadores habituales ha aumentado en un 4,4%) y no al total de ellos. Además, los grupos de edad no son los mismos en ambas encuestas (15 años o más para la ENS 2013, frente a 18 o más para el CNPT 2008).

También se observa que ha aumentado muy discretamente (3,6%) la cantidad de personas que nunca ha fumado, y que ha descendido en porcentaje de ex fumadores en un 6,4%.

## **1.1.2. Categoría de tabaco que consumen los fumadores**

### *Cigarrillos*

El 95,9% de los fumadores fuma cigarrillos. De ellos, casi dos tercios (65,9%) sólo fuman cigarrillos, y el resto fuman tanto cigarrillos como también cualquier otro tipo de tabaco.

El consumo de cigarrillos es significativamente mayor en las mujeres que en los hombres, y disminuye con la edad, aunque este menor consumo sólo se muestra estadísticamente significativo en los individuos mayores de 60 años.

Las personas con estudios básicos son las que menos cigarrillos fuman y las de estudios medios las que más, pero estas diferencias no son estadísticamente significativas.

#### *Cigarros puros*

En segundo lugar se posiciona el consumo de cigarros puros. Algo más de la cuarta parte (27,3%) de los fumadores fuma puros. Sólo el 1,5% de los fumadores fuman exclusivamente puros. Fuman más puros los hombres que las mujeres (aunque sin significación estadística). Al comparar los distintos grupos de edad, los menores de 30 años son los que más puros fuman. En cuanto al nivel de estudios, fuman más puros las personas con un nivel básico, aunque sin diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las categorías.

#### *Tabaco de liar*

A continuación, en orden decreciente de frecuencia, aparece el tabaco de liar, aunque con una frecuencia muy inferior (8,7%). Prácticamente todos los individuos que consumen este tabaco lo hacen compartiéndolo con otras categorías. Lo consumen más los hombres y las personas con estudios avanzados; y mucho más los menores de 30 años, pero sólo esta última comparación tiene significación estadística.

#### *Puritos*

La siguiente categoría en aparecer son los puritos. Algo menos del 5% de los fumadores (4,9%) consumen puritos. Sólo el 0,5% de los fumadores lo hace exclusivamente. Este hábito es casi único de los hombres (sólo hay un 1 % de mujeres que los fumen). Es también mucho más frecuente en los mayores de 60 años, y algo más frecuente en los menores de 30 y en las personas con estudios avanzados, aunque en estos últimos casos sin significación estadística.

#### *Pipa y otros*

Las categorías «pipa» y «otros», donde se incluyen el tabaco de mascar, el rapé y los porros, no han sido detalladas en este apartado ya que se considera que su importancia es irrelevante para el presente estudio.

### 1.1.3. Intensidad del consumo de cigarrillos

Casi la mitad de los fumadores de cigarrillos (44,6%) fuma de 11 a 20 cigarrillos. El 18,5% fuma más de 20; es decir, el 63,1 % de los fumadores de cigarrillos fuman más de 10 al día. Casi una cuarta parte (24,9%) fuman entre 5 y 10 cigarrillos al día; y el 12% fuman menos de 5 cigarrillos al día.

Los hombres consumen más cantidad de cigarrillos que las mujeres. Esta diferencia es más notable entre las personas que fuman más de un paquete al día, aunque estos resultados no son estadísticamente significativos. Lo que sí es significativo es que hay muchas más mujeres que fuman menos de 10 cigarrillos al día.

Los grandes fumadores de cigarrillos (más de 20 al día) aumentan al aumentar la edad. Los menos fumadores (menos de 5 cigarrillos al día) son más frecuentes entre las personas de de 45 a 59 años de edad. Las personas con estudios básicos son las que más cantidad de cigarrillos fuman. No obstante, en ninguna de estas comparaciones las diferencias son estadísticamente significativas.

La ENS del INE 20011-2012 recoge un importante incremento de grandes fumadores: aproximadamente un tercio (35,5% frente al 18,5 del CNPT) fuma 20 cigarrillos ó más al día, pero esta diferencia podría explicarse por el hecho de que en la encuesta del CNPT 2008 el grupo de grandes fumadores empieza en 21 cigarrillos y la del INE empieza en 20, siendo éste un número casi mágico para el fumador, que, con mucha frecuencia marca el límite máximo diario de consumo en un paquete o, lo que es lo mismo, 20 cigarrillos. La tendencia de los hombres a fumar mayor cantidad que las mujeres aparece reflejada en ambos estudios, así como el hecho de que al aumentar la edad también aumenta el consumo.

### 1.1.4. Tiempo que transcurre hasta encender el primer cigarrillo del día

Casi la mitad de los fumadores (42,4%) tarda más de una hora en encender el primer cigarrillo. Una cuarta parte (24,8%) tarda entre media hora y una hora y un tercio (32,7%) tarda menos de 30 minutos.

Aunque las diferencias sexuales son pequeñas y sin significación estadística, en la muestra los hombres esperan menos que las mujeres para fumar el primer cigarrillo.



Por edades observamos que los mayores de 60 años son los que menos esperan mientras que los sujetos más jóvenes son los que más tiempo tardan en fumar el primer cigarrillo.

En cuanto nivel de estudios, encontramos que las personas con estudios básicos son las que más fuman antes de pasada media hora desde que se han levantado. Las personas con estudios medios y avanzados se sitúan en la media. No obstante, las diferencias no son estadísticamente significativas en ninguno de estos grupos.

Atendiendo al tipo de fumador, observamos que los fumadores ocasionales tardan más que los habituales en encender el primer cigarrillo, especialmente los que no quieren dejar de fumar. En los fumadores habituales no hay apenas diferencias entre los que quieren dejarlo y los que no, y, además, éstas no son significativas.

#### **1.1.5. Percepción de la influencia que ejerce el tabaco en la salud de los fumadores**

Las dos terceras partes de los fumadores (74%) no creen que el tabaco le esté provocando ningún problema de salud. El 22,9% cree que sí; y hay un 3,1% que no sabe o no contesta.

Los hombres parecen ser algo más conscientes que las mujeres de los efectos perjudiciales que causa en tabaco en su salud, aunque estas diferencias son pequeñas y no significativas.

Esta percepción del efecto nocivo del tabaco en la propia salud del fumador aumenta con la edad y también es superior en los individuos con un nivel de estudios básicos y ligeramente mayor en los de estudios avanzados, no obstante, ninguna de estas comparaciones es significativa.

El tipo de fumador, así como su interés en abandonar el hábito, tiene una marcada influencia en la creencia del efecto nocivo del tabaco en la propia salud del fumador, de forma que los fumadores ocasionales consideran que el tabaco no les causa ningún problema en su salud en mayor medida que los fumadores habituales. Además, los fumadores que quieren dejarlo, ya sean fumadores habituales u ocasionales, consideran en mayor medida que los que no quieren dejarlo que el tabaco les produce daño en su salud.

### 1.1.6. Actitud hacia el abandono del tabaco

#### *A) Intentos de dejar de fumar en los últimos doce meses*

El 27,5% de los fumadores ha intentado dejarlo en el último año. Si nos centramos en el grupo de fumadores a los que les gustaría dejarlo, este porcentaje asciende hasta casi la mitad (42,8%). Los porcentajes se muestran ligeramente superiores entre los hombres, entre la población mayor de 60 años y entre los que tienen un nivel de estudios medio, aunque ninguna de estas diferencias es estadísticamente significativa.

#### *B) Tiempo que ha conseguido estar sin fumar*

Prácticamente la mitad (45,5%) de las personas que han intentado dejar el tabaco en el último año ha logrado estar sin fumar durante un periodo igual o inferior a una semana, una cuarta parte (26,3%) ha conseguido aguantar entre 1 y 3 meses y otra cuarta parte (24%) refiere haber dejado de fumar durante más de tres meses.

Las mujeres consiguen estar sin fumar más tiempo que los hombres, aunque estas diferencias son pequeñas y carentes de significación estadística (el 53 % de las mujeres consiguió dejar de fumar durante más de un mes frente al 48 % de los hombres).

Las personas mayores de 60 años son las que con más frecuencia han logrado abandonar el tabaco durante más de tres meses, aunque también son las que más lo consiguieron sólo durante un día, mientras que los más jóvenes son los que menos consiguen estar más de tres meses sin fumar; sin embargo, ninguna de estas diferencias fue significativa.

En cuanto al nivel de estudios, observamos que los que tienen un nivel básico son los que logran estar más tiempo sin fumar, aunque sin significación estadística.

Las personas que manifiestan querer dejar de fumar lo han conseguido durante más de tres meses en un porcentaje menor que la media, pero estas diferencias son pequeñas (20,7% frente al 24%) y sin significación estadística.

#### *C) Importancia de distintos factores analizados en la recaída de los fumadores que han intentado dejarlo en el último año*

Cuando se les pregunta a los fumadores que han intentado dejar de fumar en los últimos 12 meses y que no lo han conseguido, cuáles creen que han sido

las razones de su fracaso, las tres razones que con más frecuencia exponen son: el exceso de estrés (66,5%), la influencia del entorno (53,9%) y la falta real de motivación (49,1%). Las dos causas menos citadas como muy importantes en la recaída son el miedo a engordar (18,6%) y el no haber utilizado medicamentos (21%).

*D) Intención de dejar de fumar de los fumadores a los que le gustaría dejarlo*

Casi el 70% de los fumadores a los que les gustaría dejarlo piensa hacerlo próximamente (69,6%), lo que representa un tercio (32,4%) del total de fumadores. Estos porcentajes son prácticamente iguales en hombres que en mujeres, y ligeramente superiores entre los fumadores del grupo de edad comprendido entre los 30 a 44 años y en aquellos que tienen estudios superiores (no obstante, ninguna de estas diferencias es estadísticamente significativa).

A la pregunta de cuándo piensan dejar de fumar, un 30% lo quiere intentar en los próximos 6 meses, un 20% en el próximo año, un 25% en el próximo mes y el otro 20% no sabe cuándo.

El porcentaje de personas que piensan dejar de fumar en el próximo mes es ligeramente superior en los hombres, aunque sin significación estadística.

Los más jóvenes se plantean plazos más largos, sólo un 14% de los menores de 30 años está dispuesto a dejar de fumar en el próximo mes. Esta característica es estadísticamente significativa.

*E) Condiciones que influirían en los fumadores para dejar de fumar*

Casi dos tercios de los fumadores, el 71%, intentarían dejarlo si se lo recomienda su médico y sólo un 10 % de los fumadores no intentaría; ambos datos son significativos. La mitad lo haría si se lo pide su pareja o su hijo y una cuarta parte si lo hace un amigo, aunque estos resultados no son significativos.

*F) Influencia de distintas situaciones en el éxito para dejar de fumar*

Los fumadores piensan que lo más importante para conseguir dejar de fumar es la fuerza de voluntad (88,5%) y el consejo médico (78,6%). Se le concede menos importancia al uso de medicamentos o tratamientos, ya sean pagados por la Sanidad Pública (61,7%) o por el propio paciente (49%) y al apoyo personalizado a través del teléfono o de internet (41,9%).

## 1.2. HÁBITO DE FUMAR EN ESPAÑA EN LAS PROFESIONALES SANITARIOS

Una vez analizada la epidemiología del consumo del tabaco en la población española pasamos a detallar estos datos en los profesionales sanitarios, no solo por su función modélica dentro de la sociedad, sino también por la actuación profesional que deben desempeñar con la población fumadora y que podría verse condicionada por su propio consumo de tabaco.

La información de la que se dispone en este momento no es muy exhaustiva. Los estudios a nivel nacional que existen son antiguos [4]: el más reciente es del año 1995, y sus datos tienen escasa relevancia en el momento actual, porque las referencias en ámbitos territoriales más restringidos apuntan a que se ha conseguido en los últimos años un importante descenso en la proporción de fumadores entre el personal sanitario. Este descenso podría deberse a que distintos organismos nacionales e internacionales se han puesto como objetivo conseguir una reducción del consumo de tabaco, lo que ha sido posible gracias a la implantación del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) en Ginebra de 2003 por los 192 países miembros de la OMS. Este convenio ha proporcionado el escenario necesario para desarrollar la legislación apropiada para el control del tabaco [4-6].

En un intento de aportar alguna información fiable en el momento actual sobre el consumo de tabaco entre los profesionales sanitarios, hemos recurrido al Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de septiembre 2007 [7], por ser estos los datos que maneja en la actualidad el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT).

En este estudio se incluyeron médicos y profesionales de enfermería de atención primaria y especializada; odontólogos y farmacéuticos de oficina de farmacia. Se realizó mediante encuestas específicas realizadas en el 2005. La muestra de profesionales sanitarios estuvo constituida por 1693 individuos: 645 médicos, 644 enfermeros, 200 odontólogos y 204 farmacéuticos de la Comunidad de Madrid. El estudio analiza la proporción de fumadores entre los odontólogos, médicos, farmacéuticos y el personal de enfermería. En la encuesta también se diferencian estos porcentajes por sexos en cada grupo.

Los resultados obtenidos de esta encuesta señalan que los profesionales sanitarios tienen una prevalencia de tabaquismo más baja que la población general. La proporción de fumadores en la población general en ese año, 2005, era de 34,8%, frente al 18,4% de fumadores entre los profesionales sanitarios.

Estas diferencias podrían deberse en parte a la distinta composición de las muestras de profesionales sanitarios y población general. Aún así, después de controlar el efecto de la distinta composición sociodemográfica (grupo de edad, nivel de estudios...), los odontólogos, médicos, farmacéuticos y el personal de enfermería presentan una prevalencia inferior de consumo de tabaco respecto a la población general.

En todos los colectivos sanitarios el consumo de tabaco es ligeramente superior en las mujeres.

Los datos de prevalencia de consumo de tabaco entre los profesionales sanitarios reflejan que el grupo con una menor proporción de fumadores es el de los odontólogos, con una frecuencia de fumadores del 15,5%, seguido de los médicos (16,1%), farmacéuticos (18,6%) y personal de enfermería con un 27,3% de fumadores (Tablas 1.1 y 1.2).

**Tabla 1.1. Proporción de fumadores entre los profesionales sanitarios en la comunidad de Madrid, 2005.**

BASE:

PERSONAL SANITARIO	ODONTÓLOGOS	MÉDICOS	FARMACÉUTICOS	ENFERMERÍA
Total	15,5	16,1	18,6	27,3
Hombres	13,5	14,9	13,6	24,4
Mujeres	18,0	17,5	20,7	27,5

**Tabla 1.2. Prevalencia de consumo de tabaco en los profesionales sanitarios. Comunidad de Madrid, 2005**

	ODONTÓLOGOS	MÉDICOS	FARMACÉUTICOS	ENFERMERÍA
Total fumadores	15,5	16,1	18,6	27,3
F.* habituales	12,5	12,7	15,2	22,9
F.* ocasionales	3,0	3,4	3,4	4,3
Ex fumadores	35,0	24,1	30,8	23,5
No fumadores	49,5	59,7	50,5	49,2

\*: Fumadores.

El porcentaje de ex fumadores en los profesionales sanitarios es mayor en el colectivo de los odontólogos, seguido de los farmacéuticos, los médicos y el personal de enfermería. Estos porcentajes de abandono son superiores a los de la población general correspondientes al 2005, lo que explica en parte su menor prevalencia actual de consumo de tabaco.

Con el objeto de intentar completar esta información se consultaron otras encuestas. Nos hemos detenido a resumir muy brevemente «La encuesta sobre hábitos y actitudes respecto al tabaco en los profesionales sanitarios» de Cataluña del año 2002 [8], por considerarla uno de los estudios más relevantes. Dicha relevancia viene dada por la representatividad de una comunidad autónoma que es la segunda más poblada de España. No obstante, los resultados deben interpretarse con cautela por tratarse de datos del año 2002. Este estudio analiza la epidemiología del tabaquismo entre 803 médicos y 800 profesionales de la enfermería mediante la realización de una encuesta entre enero y marzo del año 2002. Los resultados a los que llega son los siguientes: son fumadores casi una cuarta parte de los médicos (24,5%) y más de un tercio de los enfermeros (35,1%), frente al 34,4% de la población general (ENS2001). Los médicos varones fuman más que las mujeres mientras que entre el personal de enfermería fuman más las mujeres (Tabla 1.3).

**Tabla 1.3. Prevalencia de fumadores en el personal sanitario de Cataluña (2002)**

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Médicos	24,5	26,3	22,1
Enfermería	35,1	34,1	35,3

En resumen, encontramos que el porcentaje de fumadores entre los médicos es inferior que el de la población general, sin embargo entre los enfermeros la proporción de fumadores es mayor que en la población general en esos años.

En los años 80 y 90 la prevalencia del hábito de fumar entre los médicos y el resto de las profesiones sanitarias era mucho más alta que en la población general [4]. En los estudios nacionales realizados entre los años 85 y 95 se encuentra que en torno al 50% de los médicos eran fumadores, mientras que en la población general el porcentaje era del 35%.

Desde finales de los 90 se han llevado a cabo distintos programas sanitarios destinados a disminuir el porcentaje de fumadores entre los sanitarios españoles. Los datos actuales apuntan que los sanitarios fuman menos que la población general, tanto a costa del aumento del número de ex fumadores como del número de personas que no han fumado nunca. En la encuesta realizada entre personal sanitario en Cataluña en el 2002 se observa claramente esta tendencia en el grupo de los médicos: la encuesta refleja que el porcentaje de médicos fumadores se ha reducido a la mitad, del 52,8% al 24,5%, entre los años 1982 y 2002. En el año 2002 la cuarta parte de los médicos catalanes eran ex fumadores. El porcentaje de médicos catalanes que no había fumado nunca es muy alto, más del 50%, y claramente superior en el grupo de edad de los menores de 35 años (casi el 75%). Es decir, se confirma la tendencia de que los sanitarios fuman menos en los últimos años, ya sea porque no empiezan nunca o bien porque han abandonado el hábito.

Sin embargo, en el grupo del personal de enfermería los cambios son menos evidentes. El consumo de tabaco entre éstos ha descendido un 12 %, del 46,8% en el año 1986 al 35,1% en el 2002. Es más, en el grupo de mujeres enfermeras en los últimos 16 años que analiza este trabajo apenas ha habido cambios: la proporción de fumadoras en el año 1986 era del 39,3% y en el 2002 del 35,3%. Entre los hombres enfermeros los cambios en el hábito de fumar han sido mucho más importantes (del 54,4% en 1986 al 34,1% en el 2002) que entre las mujeres enfermeras, aunque menos que en el colectivo de los médicos (Tabla 1.4).

**Tabla 1.4. Porcentaje de no fumadores y ex fumadores en el año 2002 entre médicos y personal de enfermería.**

	DISMINUCIÓN DE LA		
	PREVALENCIA <sup>a</sup>	EX FUMADORES	NO FUMADORES
Médicos	28,3	24,3	51,2
Hombres	38,8		
Mujeres	21,5		
Enfermeros	12,1	21,9	43
Hombres	20,3		
Mujeres	4,0		

<sup>a</sup>: % de descenso de la prevalencia de los fumadores entre los años 1982 y 2002 para el grupo de los médicos y entre los años 1986 y 2002 para el personal de enfermería.



### 1.3. EL PAPEL DEL DENTISTA EN EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

El dentista goza de una posición privilegiada en la relación con sus pacientes. Esto le dota, a nuestro entender, de unas condiciones idóneas para ayudarles a dejar de fumar. Cabe destacar, entre otras peculiaridades, la gran cercanía física que se da en nuestras intervenciones, lo que a priori parece que podría darnos una ventaja frente a otros profesionales sanitarios: nos debería resultar bastante sencillo identificar a un fumador, incluso antes de que abra la boca. Además, de esta proximidad así como, con frecuencia, unas visitas de mayor duración que las de otros profesionales sanitarios también deberían fomentar un clima de intimidad en el que los pacientes podrían ser más sensibles a nuestras palabras e indicaciones. Todo ello nos permitiría desarrollar los protocolos de actuación y seguimiento en el tratamiento del tabaquismo de una manera sobresaliente. A esto a que sumarle la cantidad de efectos nocivos que el tabaco produce en la cavidad oral, algunos de ellos claramente apreciables por el propio individuo, lo que nos proporciona muchos y buenos argumentos para hacer que el paciente reflexione sobre la conveniencia de abandonar el tabaco [9,10].

Las principales manifestaciones que encontramos en los fumadores son:

- Coloraciones y manchas en la superficie dentaria
- Melanosis del fumador
- Arrugas en el cutis
- Halitosis
- Disminución del sentido del gusto y del olfato
- Retraso en la cicatrización de las heridas
- Peor pronóstico de las todas las periodontitis: crónicas, agresivas y necrotizantes
- Mayor número de fracasos en la osteointegración de los implantes dentales
- Aumento importante del número de casos de cáncer y lesiones precancerosas: leucoplasia, eritroplasia y liquen plano
- Paladar del fumador
- Alteraciones en la composición y la cantidad de saliva

No se ha probado una mayor incidencia de caries ni de candidiasis oral, aunque cabría pensar que se puede producir un aumento de ambas patologías precisamente por esta alteración de la saliva [11].



Debemos tener en cuenta también el hecho de que la inmensa mayoría de nuestra actividad asistencial se lleva a cabo dentro del ámbito de la sanidad privada. Ello podría también servir de gran ayuda para predisponer a nuestros pacientes fumadores a abandonar su consumo, ya que es evidente el peor resultado y, consiguientemente, un posible encarecimiento de muchos de nuestros tratamientos (patología periodontal, implantología...).

Ahora bien, ¿es el dentista un profesional suficientemente formado en las técnicas disponibles sobre los programas de tratamiento del tabaquismo?

Para responder a esta cuestión lo primero que deberíamos plantearnos es si estas materias están presentes en los planes de estudios de Odontología de las universidades españolas, si existen cursos de formación continuada o másteres a tal respecto para licenciados/graduados en odontología, así como qué organizaciones son las encargadas de abordar tal empresa (Ministerio de Sanidad, Ministerio de Educación, las universidades, las sociedades científicas, la organización colegial...).

En España, la elaboración de los planes de estudio de odontología corre a cargo de las propias universidades. Cada universidad propone su plan, elaborado mediante criterios internos a través de una comisión designada por la facultad. A continuación, el documento debe ser aprobado por la comisión de gobierno de la universidad correspondiente para, posteriormente, ser «verificado» por la ANECA (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación) y trasladarse al Ministerio de Educación para su publicación. Las universidades, para la elaboración de los planes de estudios, se basan en referentes externos como puede ser el llamado «Libro Blanco. Título de Grado en Odontología» del año 2004 [12]. El libro es un proyecto de Título de Grado en Odontología, elaborado por representantes de todas las facultades de odontología o equivalentes<sup>1</sup> involucradas en esta titulación, tanto públicas como privadas, que existían en España en el momento de su elaboración (quedan, por tanto, excluidas la Universidad de Zaragoza —Huesca—, Europea de Valencia, Europea Miguel de Cervantes de Valladolid y San Pablo CEU de Madrid). Este trabajo ha sido fruto de una intensa labor realizada durante varios meses por todos los representantes de este estamento, junto con la inestimable colaboración de profesores, alumnos y miembros de la

---

<sup>1</sup> Facultades de Medicina, de Medicina y Odontología y de Medicina y Ciencias de la Salud.

profesión odontológica, representada por el Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España.

En el capítulo 7, «Competencias específicas de formación disciplinar y profesional», se menciona expresamente la necesidad de que los alumnos de grado de odontología conozcan «los efectos del tabaco en la salud bucal y las formas que permiten ayudar al paciente que desea cesar el hábito tabáquico» [12]. Sin embargo, no podemos afirmar que todas las facultades de odontología españolas impartan estas materias en sus programas. De las 19 universidades que actualmente ofrecen estudios de odontología encontramos (tabla 1.5) que en 6 de ellas nos ha sido imposible saber si se instruye al alumno en técnicas para ayudar a los pacientes a dejar de fumar: la Universidad San Pablo CEU de Madrid, la Universidad de Barcelona, la Universidad Complutense de Madrid, la Universidad Internacional de Cataluña, la Universidad Rey Juan Carlos y la Universidad de Salamanca. En las 13 restantes sí aparecen reflejados estos contenidos que enseñan al alumno las repercusiones del tabaco en la cavidad oral y cómo se debería actuar frente a un paciente fumador. Estas materias las encontramos, bien entre las competencias que debe adquirir el alumno durante los estudios de grado en general, sin especificar en qué asignatura o curso (Universidad de Sevilla y Universidad Miguel de Cervantes de Valladolid), bien dentro de los contenidos de alguna de las asignaturas del grado, ya sea en alguno de los temas del programa de la asignatura o entre las competencias que debe adquirir el alumno al finalizar los estudios de dicha materia o entre los objetivos a alcanzar tras el aprendizaje de esa asignatura (Universidad de Santiago de Compostela, Universidad de Valencia, Universidad de Zaragoza —Huesca—, Universidad Europea de Valencia, Alfonso X, Universidad Cardenal Herrera CEU de Valencia, Universidad Europea de Madrid, Universidad de Granada, Universidad de Murcia, Universidad de Oviedo y Universidad del País Vasco).

La formación impartida en las facultades de odontología y escuelas de estomatología anteriores a los nuevos planes de estudio desarrollados para adaptarse al marco de Bolonia no contemplaban formación alguna en estas materias de tabaquismo y deshabituación tabáquica, aunque, por supuesto, sí se estudiaban las patologías dependientes del tabaco en la cavidad oral. Por tanto la información debería llegar a este grupo de dentistas a través de los programas de formación continuada. La formación continuada se elabora a través de la organización colegial y de las sociedades científicas. Cada uno de

estos organismos decide qué tipo de materias va a impartir con criterios absolutamente propios. También es posible acceder a esta formación mediante másteres ofertados por distintas universidades españolas.

Por consiguiente, parece que, en general, los dentistas formados dentro del plan de Bolonia reciben información más o menos extensa sobre las distintas formas de abordaje del tabaquismo. Sin embargo, los dentistas formados antes de los planes de Bolonia sólo pueden adquirir los conocimientos necesarios para el tratamiento del tabaquismo si voluntariamente se matriculan en alguno de los pocos cursos que se ofrecen a través de la formación continuada o en alguno de los también escasos másteres que existen sobre dichas materias.

#### **1.4. CAPACIDAD DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS PARA AYUDAR A SUS PACIENTES A DEJAR DE FUMAR**

La mayoría de personas que fuman refieren el deseo de dejar de fumar. El 60% lo ha intentado alguna vez [13] y el 30% lo ha hecho en el último año [1]. Sin embargo, anualmente, sólo entre un 3% y un 5% de quienes fuman y realizan intentos de cesación lo consiguen con éxito [14,15]. Esta baja tasa de éxito puede ser explicada en parte por el hecho de que la mayoría de los intentos de abandono se realizan sin ayuda.

Hasta muy recientemente, la mayoría de quienes consiguieron dejar de fumar abandonaron el consumo de tabaco sin ningún tipo de asistencia [16]. La adicción al tabaco es una condición clínica crónica, difícil de superar si no se dispone del apoyo y del tratamiento adecuados [17,18]. Hay que tener en cuenta que el cambio de una conducta no es un hecho puntual, sino que responde a un proceso descrito por Prochaska y DiClemente ya en el año 1982, en el que se suceden varias etapas a lo largo de un tiempo más o menos extenso. Este proceso, generalmente largo, es susceptible de acelerarse tras la intervención de un profesional sanitario adiestrado [19].

Las fases o estadios de este proceso de cambio son:

##### *1. Fase de precontemplación*

La persona fumadora no es consciente de que el tabaco sea un problema para su salud y no se plantea seriamente dejar de fumar. Si se le pregunta si está dispuesta a dejar de fumar en los próximos seis meses responde que no.

Tabla 1.5. Formación en deshabituación tabáquica en las Facultades de Odontología españolas<sup>a</sup>

UNIVERSIDAD	NS/NC		COMPETENCIAS DEL GRADO	Sí	
	NO ESPECIFICA	NO ESTÁ CLARO		TEMARIO DE ALGUNA ASIGNATURA	COMPETENCIAS U OBJETIVOS DE ALGUNA ASIGNATURA
Santiago de Compostela				Educación para la salud bucodental (op. 2º)	Salud Pública (ob. 2º)
Sevilla			X	O. preventiva y comunitaria II (ob. 2º)	Epidemiología y salud pública (ob. 2º)
Valencia				O. preventiva y comunitaria II (ob. 5º)	Salud, sociedad y cultura (ob. 2º)
Zaragoza (Huesca)					Epidemiología y salud pública (ob. 2º). O. preventiva y comunitaria (ob. 2º)
Europ.ea de Valencia				Epidemiología, salud pública y bioestadística aplicada (ob. 1º)	
E. Miguel de Cervantes Valladolid			X		O. preventiva y comunitaria (ob. 2º)
Alfonso X		Salud Pública (ob. 1º) <sup>b</sup>		O. preventiva y comunitaria (ob. 2º)	
San Pablo CEU Madrid	X				
Barcelona	X				
Cardenal Herrera Valencia			X		O. preventiva y comunitaria (ob. 3º)
Complutense Madrid	X				
Europ.ea de Madrid				Epidemiología, Salud pública y bioestadística aplicada (ob. 1º)	
Granada				Epidemiología y Salud pública (ob. 1º) O. preventiva y comunitaria básica (ob. 2º)	
Internacional de Cataluña	X				
Murcia					O. preventiva y comunitaria (ob. 2º)
Oviedo				O. preventiva y comunitaria (ob. 3º)	
País Vasco				Epidemiología y Salud pública (ob. 1º)	O. preventiva y comunitaria (ob. 2º)
Rey Juan Carlos	X				
Salamanca	X				

a: Elaboración propia.

O.: Odontología; Ob.: Obligatoria; Op.: Optativa; E.: Europea

b: Tema 15: «Epidemiología y prevención de las drogodependencias no institucionalizadas e institucionalizadas».

### 2. *Fase de contemplación*

La persona fumadora reconoce que fumar tiene consecuencias negativas para la salud. Se plantea dejar de fumar en los próximos seis meses.

### 3. *Fase de preparación*

La persona fumadora está dispuesta a hacer un intento serio de abandono. Hace planes específicos orientados a tal efecto, como fijar una fecha en los próximos 30 días.

### 4. *Fase de acción*

El paciente deja de fumar. Pone en marcha los planes fijados en la etapa de preparación. Esta fase dura desde el momento en el que el paciente deja de fumar hasta 6 meses después del abandono del tabaco.

### 5. *Fase de mantenimiento*

El paciente lleva sin fumar entre 6 meses y un año.

Al año de haber dejado de fumar la persona se convierte en ex fumador.

Es importante identificar la fase en la que se encuentra el paciente ya que la intervención del profesional varía en función del momento en que se encuentre el fumador. Existen distintos cuestionarios encaminados a averiguar en qué fase del proceso se encuentra la persona fumadora.

Hay que tener en cuenta que las recaídas forman parte de este proceso de cambio. Habitualmente son necesarios varios intentos para cambiar definitivamente de conducta. Por lo tanto, el hábito tabáquico debe considerarse como un problema crónico, en el que se suceden fases de remisión y de recaída, lo que hace necesario una atención continuada hasta consolidar el cambio.

Debemos considerar un éxito no sólo que la persona deje de fumar, sino cualquier cambio de fase dentro de todo el proceso de abandono del tabaco.

## 1.5. TIPOS DE INTERVENCIÓN ASISTENCIAL EN EL TABAQUISMO

Los tipos son los siguientes:

- Consejo sanitario e intervención breve
- Intervención intensiva
- Tratamiento especializado
- Intervenciones de carácter comunitario

- Asistencia mediante el uso de tecnologías de la comunicación
- Materiales de autoayuda

### 1.5.1. Consejo sanitario e intervención breve

Entendemos por consejo sanitario una intervención de entre 1 y 3 minutos con el estilo propio del médico que se da en una consulta ordinaria. Esta definición fue dada ya por Russell en 1979 [20], y, actualmente no sólo permanece vigente sino que es la más recomendada por los expertos.

La intervención breve viene definida por el concepto del tiempo, de modo que se trata de intervenciones de menos de 10 minutos realizadas por profesionales de la salud dentro de su ámbito asistencial. El número total de estas sesiones debe ser de tres o menos.

Su efectividad y eficacia son científicamente incuestionables. El efecto del consejo sanitario frente a la no intervención incrementa la probabilidad de conseguir la abstinencia, pero además se observa que cuanto más intensa es la intervención, mayor es la eficacia obtenida. Así, si al consejo sanitario se le añade un seguimiento pautado, es decir, se emplaza al paciente para una o más visitas de seguimiento y refuerzo, las tasas de abstinencia alcanzadas pueden incrementarse de forma significativa [21,22]. Por ello, todos los profesionales de la salud deberían conocer y poder aplicar el consejo sanitario, independientemente del nivel asistencial en el que desarrollan su trabajo. La evidencia científica señala que existen beneficios en el consejo que los profesionales de enfermería y de medicina brindan a los pacientes para dejar de fumar [23,24].

El contexto ideal para aplicar estas dos estrategias es aquel en el que el tiempo es limitado pero no el acceso a los pacientes. El objetivo de la intervención breve consiste en **A**veriguar si la persona fuma, **A**nalizar si está dispuesta a dejarlo, **A**consejar el abandono del tabaco, **A**yudar al paciente interesado a dejarlo y **A**cordar visitas de seguimiento (intervención de las «Cinco Aes»). El consejo sanitario engloba a las tres primeras y debe aplicarse siempre y a toda persona fumadora, mientras que la intervención breve se aplica sólo a los pacientes que están en fase de preparación, es decir, a aquellos que están dispuestos a hacer un intento serio para dejar de fumar en los próximos 30 días.

### 1.5.2. Intervención intensiva

Es aquel tipo de intervención que consta de cuatro o más sesiones de más de 10 minutos; en general, suelen ser 10 visitas de menos de 15 minutos de

duración cada una y con una frecuencia individualizada para cada paciente. Se basa en el más que aceptado hecho de que cuanto mayor es la intensidad de la intervención mayor es la respuesta en el tratamiento del tabaquismo.

Se trata de un encuentro clínico entre el paciente y un asesor entrenado e incluye una serie de actividades, como la revisión de la historia del fumador y de su motivación para dejar de fumar, la provisión de ayuda para identificar las situaciones de alto riesgo y las estrategias para afrontarlas y materiales de autoayuda. El objetivo fundamental es aumentar la autonomía del paciente respecto a la toma de decisiones sobre su salud, proporcionándole las herramientas que le permitan afrontar adecuadamente aquellas situaciones difíciles con las que va a encontrarse durante el proceso a través de un análisis de las necesidades y los recursos personales, familiares y del entorno.

Este tipo de actuación, al igual que la intervención breve, está dirigido a aquellos fumadores dispuestos a realizar un intento serio y supervisado para dejar de fumar (fase de preparación). Es un tipo de intervención diseñada para ser desarrollada sobre todo en las consultas programadas de enfermería de los equipos de atención primaria, precisando de la labor conjunta de enfermero y médico para la supervisión de la pauta de los fármacos [25,26].

La intervención intensiva puede ser individual o grupal.

### 1.5.3. Tratamiento especializado

Se diferencia del intensivo por la cualificación de los profesionales que la desarrollan (médico, psicólogo y personal de enfermería con formación específica en tabaquismo), por la intensidad del tratamiento y por el grupo poblacional al que va dirigido.

El tratamiento especializado tiene como objetivo promover la abstinencia del consumo de tabaco cuando las intervenciones intensivas no han funcionado o en aquellas personas en las que es urgente dejar de fumar.

Está dirigida a quienes presentan una o varias de las siguientes condiciones:

- a) alto grado de dependencia y fracasos reiterados en la consolidación de la abstinencia,
- b) patología psiquiátrica asociada y/o



- c) personas para quienes, por distintas circunstancias, el mantenimiento del consumo de tabaco en la situación presente conlleva un especial riesgo por presentar serios problemas de salud relacionados con el uso del tabaco (durante el embarazo o antes de una intervención quirúrgica, por ejemplo) [25-29].

Considerando criterios de coste-efectividad, el tratamiento especializado del tabaquismo constituye la intervención asistencial más adecuada para pacientes en situación de alto riesgo, pero no para toda la población en general.

Este tipo de intervención, al igual que la intensiva, puede realizarse de forma individual o en grupo. En ambos casos no existen suficientes «evidencias» científicas<sup>2</sup> que determinen si son más eficaces unas que otras, aunque si hay pruebas que indican que cuanto más intensa es la intervención mayores son las posibilidades de éxito.

Los entornos clínicos más apropiados para la administración de este tipo de tratamiento son las Unidades Especializadas de Tabaquismo, denominación que reciben aquellos servicios asistenciales que disponen de un equipo multidisciplinar debidamente formado y con suficiente motivación y disponibilidad horaria para aplicarlo. Se requiere un equipo integrado, al menos, por un profesional de medicina, otro de psicología y otro de enfermería, todos ellos con formación específica en tratamiento del tabaquismo [26, 27, 30].

#### 1.5.4. Intervenciones de carácter comunitario

Los programas poblacionales o comunitarios se basan en el reconocimiento de la importancia de los componentes sociales de la dependencia y de la motivación [31]. Comprenden estrategias múltiples de intervención, fundamentalmente el lanzamiento de mensajes favorables al abandono del consumo de tabaco en medios de comunicación (TV, radio, prensa) con la participación de líderes sociales, políticos y sanitarios, junto a la facilitación de recursos, generalmente de auto-ayuda, para fomentar y conseguir la abstinencia (folletos, programas en empresas, oferta de apoyo sanitario, premios...).

---

<sup>2</sup> La denominación correcta debería ser «pruebas» científicas, porque el término inglés *evidence* es un falso amigo de «evidencia» que en realidad significa «prueba», «experiencia», ..., no «evidencia». No obstante, el uso ha consagrado este barbarismo y por ello, aunque entrecorillado, lo usaremos igualmente nosotros.



Parece probado que los programas comunitarios de amplio alcance tienen un efecto positivo en la toma de decisiones relacionadas con la salud, incluido el consumo de tabaco, habiendo desembocado en cambios favorables en la salud de las poblaciones europea y norteamericana [32].

Los resultados de las evaluaciones realizadas indican que, en general, estos programas tienen escaso efecto sobre las personas que mantienen un alto consumo de tabaco y/o son altamente dependientes, y efecto moderado sobre las personas que fuman poco y presentan niveles bajos de dependencia. Sin embargo, al tratarse de programas que alcanzan a toda la población, pueden lograr una tasa relevante de abstinencia a un bajo coste [33].

#### 1.5.5. Asistencia mediante el uso de tecnologías de la comunicación

##### *A) Líneas telefónicas de asistencia para dejar de fumar*

Se trata de servicios telefónicos que ofrecen información y apoyo para dejar de fumar y se basan en el hecho de que es posible llevar a cabo el tratamiento del tabaquismo a través de un seguimiento telefónico de cada paciente.

Existen dos posibilidades terapéuticas [34]: proactiva y reactiva.

En la modalidad **proactiva** se ofrece un tratamiento totalmente dirigido por la unidad de asistencia telefónica. Comprende una serie de contactos con la persona que está dejando de fumar donde se realizan actuaciones pautadas a lo largo de un tiempo determinado.

En la opción **reactiva**, el terapeuta sólo interviene a demanda del paciente.

El tratamiento proactivo incrementa las tasas de abandono comparado con la intervención reactiva [35]. A los 6 meses de seguimiento, se muestra igual de eficaz que el tratamiento presencial [36].

Ambos tipos de intervenciones telefónicas pueden formar parte programas más amplios en los que también se incluyen contactos «cara a cara», distribución de materiales de autoayuda y/o fármacos. Es decir estas líneas telefónicas podrían complementar o sustituir el tratamiento del tabaquismo mediante contacto presencial. La importancia de las líneas telefónicas de asistencia parece indiscutible ya que pueden llegar a un gran número de personas. Además serían especialmente relevantes en aquellas en las que un desplazamiento y/o la rigidez horaria resulta un impedimento para acceder a una «terapia convencional».

Se ha evidenciado que las llamadas de seguimiento múltiples mejoran la cesación a largo plazo para los fumadores que contactan con una línea telefónica de asistencia, por lo que ofrecer más llamadas de seguimiento también mejora el éxito a largo plazo, como sucede en el tratamiento presencial del tabaquismo [37].

#### *B) Programas basados en las nuevas tecnologías*

Se trata de programas ofrecidos vía Internet que proporcionan información y apoyo a quienes desean dejar de fumar.

Existen tres categorías distintas: comunidades virtuales, programas profesionalizados y servicios ofrecidos a través de dispositivos electrónicos portátiles.

Las **comunidades virtuales** son redes sociales formadas por listas de correo, foros de discusión, chats, páginas web y blogs. Una facilidad adicional que permite la web es el establecimiento de foros de discusión.

En principio, 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 erróneos que podrían alterar el buen funcionamiento de la terapia.

Las condiciones de anonimato que permite el debate a través de internet facilitan e incluso, a veces, incentivan comentarios que pueden conducir a un auténtico sabotaje del método. 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 a los 6 meses, por lo que aparentemente no aportan ventajas [38].

Los **programas profesionalizados** incluyen técnicas psicoeducacionales, es decir, materiales de autoayuda y programas terapéuticos reglados con una intervención más personalizada y adaptada al fumador. Incorporan un contacto directo con un profesional de la salud.

En cuanto a los materiales de autoayuda, el uso de las nuevas tecnologías se limitan a cambiar el formato de dicho material, sustituyendo el folleto convencional por un sistema cuya capacidad gráfica es muy superior, al permitir imágenes 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 debería mejorar los objetivos de dicho material.

Los programas terapéuticos constituyen verdaderas unidades de tratamiento. Su utilidad teórica está en relación con su accesibilidad ya que podrían complementar o sustituir el contacto presencial, alcanzar a un número mayor de personas al ser, a priori, un tipo de intervención más barata y flexible. Actualmente los escasos estudios de los que se dispone no permiten confirmar ni descartar su efectividad. Existen algunas experiencias internacionales evaluadas pero aún no son suficientes para hacer generalizaciones [39].

Los **servicios ofrecidos a través de dispositivos electrónicos portátiles** se definen como intervenciones interactivas generadas por ordenador. Proporcionan información y apoyo a los fumadores en sus PDA, teléfonos móviles... Pueden ser personalizadas, dirigidas y a medida.

La falta de homogeneidad en los estudios que las evalúan hace imposible el análisis de su efectividad [40].

#### 1.5.6. Materiales de auto-ayuda

La distribución de materiales de auto-ayuda contribuye a promover el abandono del tabaquismo con tasas superiores a las conseguidas sin ningún tipo de intervención, aunque este efecto es pequeño. Por ahora no existe evidencia de que proporcionen un beneficio adicional a otras intervenciones. Sin embargo, sí existe evidencia de que materiales adaptados al perfil de cada persona, son efectivos y más efectivos que los generales, a pesar de que esta eficacia sea pequeña [17].

### 1.6. TIPOS DE TRATAMIENTOS DISPONIBLES

En cuanto a los tipos de tratamiento de probada eficacia que pueden utilizarse en las intervenciones asistenciales, los métodos disponibles son: el tratamiento farmacológico, el tratamiento psicológico o ambos, ofrecidos de forma combinada. El tratamiento farmacológico debe ofertarse, salvo contraindicación específica, a todo fumador preparado para realizar un serio intento de abandono, llegando con él a triplicar sus opciones de abandono, siempre que sea posible acompañándolo del adecuado soporte psicológico.

#### 1.6.1. Tratamientos farmacológicos

##### *A) Tratamientos de primera elección*

Actualmente se consideran tratamientos de primera línea la terapia sustitutiva con nicotina (TSN), el hidrocloreuro de bupropión (Zyntabac®), y más

recientemente la vareniclina (Champix®), quedando en un segundo escalón terapéutico la nortriptilina y la clonidina por sus frecuentes problemas de tolerancia.

#### *Terapia sustitutiva con nicotina*

La TSN consiste en la administración de nicotina a un fumador que quiere dejar de serlo por una vía distinta del cigarrillo en una cantidad suficiente para evitar los efectos desagradables del síndrome de abstinencia nicotínica pero en cantidad insuficiente como para crearle dependencia [41].

El uso apropiado de TSN en personas que desean dejar de fumar se ha mostrado eficaz, duplicando las tasas de abstinencia a los 6 y 12 meses, con respecto a la intervención placebo [42,43]. Sus resultados mejoran cuanto más se adecúa su utilización a las características de cada paciente (presentación y dosificación) y cuando su administración va acompañada de una intervención de apoyo (intervención breve, intervención intensiva o tratamiento especializado). No obstante, también se ha mostrado eficaz, aunque en menor grado, en ausencia de este tipo de apoyo.

La TSN puede utilizarse mediante la administración de nicotina por vía transdérmica (parches), oral (goma de mascar, comprimidos para chupar y comprimidos sublinguales), intranasal (spray nasal) o inhalatoria. En la actualidad, en nuestro país sólo se dispone de chicles, parches, comprimidos para chupar, y desde de mayo de 2013 de soluciones para pulverización bucal. La liberación de nicotina cuando se administra a través de comprimidos, chicles o pulverizaciones es muy rápida, aunque no tanto como cuando se da una calada, lo que resulta muy eficaz para controlar el *craving* o deseo intenso de fumar, mientras que los parches consiguen una liberación lenta, lo ayuda controlar los síntomas de la abstinencia. Ambos tipos pueden administrarse a la vez en la llamada terapia combinada que se ha mostrado discretamente más eficaz que cuando se administran de forma separada.

La efectividad de la TSN ha sido evaluada mediante ensayos controlados realizados en diferentes niveles de actividad clínica (Atención Primaria, consulta de especialidades médicas y unidades especializadas de tratamiento a fumadores). La tasa de abstinencia media conseguida a los 6 meses y un año del tratamiento alcanza entre un 25% y un 35% [44].

Actualmente también se recomienda el uso de TSN a fumadores que no quieren dejar de serlo con la finalidad de intentar que reduzcan de forma sustancial y persistente el consumo diario de tabaco.

No hemos entrado a evaluar en detalle las indicaciones de las distintas presentaciones ni la dosificación ni las contraindicaciones por no considerarlo objeto del presente estudio.

#### *Bupropion (Zyntabac®)*

Es el primer medicamento no nicotínico que ha demostrado ser eficaz para el tratamiento del tabaquismo. Se trata de un antidepresivo que inhibe de forma selectiva la receptación neuronal de noradrenalina y dopamina, incrementando los niveles de estas sustancias en las sinapsis neuronales, sin que se inhiba la acción de la monoaminoxidasa. Al aumentar los niveles de dopamina se disminuye el *craving*, mientras que al aumentar la concentración de noradrenalina se consigue minimizar los efectos del síndrome de abstinencia (ansiedad, irritabilidad...).

Hay estudios *in vitro* que muestran que el bupropion también es un inhibidor funcional no competitivo de los receptores nicotínicos de la acetilcolina, lo que contribuiría a aumentar su eficacia en el tratamiento de la dependencia a la nicotina [45].

A pesar de que las diversas acciones que realiza el bupropión en el ámbito de los neurotransmisores en el sistema nervioso central son muy conocidas, no se conoce con exactitud su mecanismo de acción en el cese tabáquico.

El bupropión constituye un tratamiento eficaz para dejar de fumar, cuando se usa como coadyuvante de la intervención breve, intensiva o el tratamiento especializado. El uso de bupropión dobla las tasas de abstinencia a los 6 y 12 meses de la intervención cuando se compara con placebo.

La eficacia del hidrocloreuro de bupropión se sitúa entre el 18% y el 36% a los 12 meses de finalizar el tratamiento. Estos resultados se han comprobado mediante ensayos clínicos randomizados, a doble-ciego y muestras amplias [46-48].

Aunque no existe suficiente evidencia que confirme un incremento de la eficacia al realizar una combinación de tratamientos, en algunos pacientes puede estar indicada la combinación de TSN, en cualquiera de sus formas de administración y bupropion. Como en el apartado anterior, no nos hemos detenido a explicar el mecanismo de acción, posología, contraindicaciones ni efectos secundarios.

#### *Vareneclina (Champix®)*

La vareniclina es un nuevo tratamiento utilizado en programas de deshabituación tabáquica. En mayo de 2006 fue aprobado con este fin por parte de la agencia estadounidense del medicamento. En España se aprobó con idéntica indicación en enero de 2007.

Se trata de un fármaco específicamente diseñado para ayudar a los fumadores a dejar de fumar [49-51]. Presenta un efecto agonista parcial de los receptores nicotínicos alfa4beta2. Su acción selectiva sobre estos receptores, provocaría un aumento de los niveles de dopamina, lo que minimizaría las manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia y del deseo de fumar (actividad agonista). Al mismo tiempo evitaría o, al menos reduciría, los efectos placenteros derivados de la actuación de la nicotina por evitar su unión a los receptores alfa4beta2 (actividad antagonista) [52]. Este último punto podría ser importante en cuanto a la prevención de las recaídas.

El doble efecto de la vareniclina (agonista y antagonista) es una característica diferencial respecto de otros tratamientos.

La vareniclina triplica las probabilidades de conseguir la abstinencia a largo plazo cuando se compara con intentos para dejar de fumar sin apoyo farmacológico [53]. Comparativamente con el bupropión también se objetivó una diferencia significativa en la tasa de éxitos a favor de la vareniclina [54]. Al igual que en los apartados anteriores no nos hemos detenido a explicar el mecanismo de acción, posología, contraindicaciones ni efectos secundarios por no considerarlo objeto de este estudio.

#### *B) Tratamientos de segunda línea*

Se trata de medicamentos que han demostrado ser eficaces para el tratamiento del tabaquismo pero tienen un papel más limitado que los de primera línea, porque presentan un mayor número de efectos secundarios. Además son fármacos que no han sido aprobados por la Dirección General de Farmacia del Ministerio de Sanidad y Consumo como medicamentos específicos para tratar la dependencia al tabaco.

Los principales medicamentos de segunda línea son:

##### *La clonidina*

Es un agonista noradrenérgico  $\alpha_2$  que suprime la actividad sináptica, usado fundamentalmente como fármaco antihipertensivo. Se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la adicción a la nicotina, doblando los efectos respecto al tratamiento placebo [55].

##### *La nortriptilina*

Se trata de un antidepresivo tricíclico, útil para el tratamiento del tabaquismo. También dobla la tasa de abstinencia con respecto al placebo [56]. Parece que su actividad en el tratamiento de la adicción al tabaco no está asociada con la existencia de síntomas depresivos.

### 1.6.2. Tratamientos psicológicos

Ya se ha dicho que el tabaquismo está considerado una enfermedad adictiva crónica, en la que confluyen variables fisiológicas, psicológicas y sociales. Esto implica que su abordaje terapéutico sea multidisciplinar, completo y complementario. Es imprescindible considerar al sujeto fumador como portador de una enfermedad de larga evolución con procesos cíclicos de recaída. Por tanto, debería ser obligatorio realizar un abordaje terapéutico completo del fumador mediante tratamiento farmacológico y psicológico [57]. Los tratamientos psicológicos han demostrado su eficacia en el tratamiento de los fumadores desde los años 60.

El tratamiento psicológico se puede llevar a cabo en consulta individualizada o bien mediante terapia grupal.

En la actualidad los tratamientos psicológicos de elección para dejar de fumar son los programas multicomponentes [58,59]. Estos se basan en la utilización combinada de varias técnicas con el fin de intervenir sobre los diferentes factores que mantienen la dependencia al tabaco.

Los tratamientos cognitivo-conductuales, mediante la aportación de recursos y el entrenamiento en estrategias de afrontamiento, tienen como finalidad ayudar a los pacientes a (a) reconocer las características de la dependencia e identificar las situaciones en las que es más probable que sientan la necesidad de fumar, (b) sortear las situaciones conflictivas cuando ello sea posible, y (c) afrontar de forma eficaz las situaciones de riesgo derivadas de la dependencia que llevan a las recaídas, mediante el entrenamiento en habilidades y conductas alternativas.

### 1.6.3. Otros tipos de tratamiento

Las revisiones de los estudios disponibles hasta ahora sobre la eficacia de otras técnicas para dejar de fumar (acupuntura, digitopuntura, auriculopuntura, hipnosis, diversos tipos de electroestimulación, láser, etc.) indican que la aplicación de estas técnicas no consiguen resultados superiores a los alcanzados por cualquier procedimiento placebo [60,61].

2.

OBJETIVOS





### **2.1. OBJETIVO GENERAL**

Evaluar, mediante la realización de una Encuesta y un estudio Delphi, los grados de implicación actual y recomendables de los dentistas españoles en el tratamiento del tabaquismo.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Conocer los hábitos tabáquicos de los dentistas españoles.
2. Conocer la actitud de los dentistas españoles frente al tratamiento del tabaquismo.
3. Conocer qué importancia le otorga un grupo de expertos al papel actual y futuro (2020) que desempeña el dentista español en el tratamiento del tabaquismo.
4. Analizar el grado de importancia que los expertos concede a las diferentes barreras para la implantación de un programa de tratamiento del tabaquismo.
5. Conocer qué importancia dan los expertos al papel de la formación del dentista para potenciar la incorporación del tratamiento del tabaquismo.
6. Conocer qué importancia, actual y futura, dan los expertos a los diferentes actores en el tratamiento del tabaquismo.
7. Conocer qué acciones, en opinión de los expertos, son competencia del dentista en el tratamiento del tabaquismo.



3.

MATERIAL Y METODOLOGÍA



El estudio se compone de dos partes. La primera es cuantitativa (encuesta) y la segunda cualitativa (técnica Delphi).

### **3.1. METODOLOGÍA DE LA ENCUESTA A DENTISTAS ESPAÑOLES**

En 2008 el Consejo General de Dentistas de España realizó la II Encuesta Nacional sobre la actividad profesional de los dentistas. Se remitió una encuesta por correo postal (hasta 2 oleadas consecutivas) a una muestra al azar (según el número de identificación del colegiado) de dentistas colegiados en ejercicio en España (Anexo I).

En total respondieron 777, lo que representa una tasa de respuesta del 45%. De ellos, se excluyó 1 por estar jubilado, 1 por no estar en ejercicio, y 11 que no respondieron a las preguntas clave del hábito tabáquico, quedando 764 dentistas para este análisis.

En nuestra Tesis Doctoral hemos realizado una explotación específica de los ítems relativos al hábito tabáquico en la encuesta. Se trata, por tanto, de un estudio con datos secundarios, y se ha obtenido el permiso del Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España para su explotación científica.

#### **Análisis estadístico**

La depuración de los datos y el análisis estadístico se realizaron con el programa SPSS v.15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL), con los métodos que aparecen expresados a pie de cada Tabla de Resultados.

### **3.2. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO DELPHI A EXPERTOS**

Se ha utilizado el método Delphi [62], específicamente el método de expertos para la estructuración de consenso (figura 3.1). Para ello se recopiló la

información histórica disponible y se intentan buscar posibles tendencias o ciclos evolutivos que nos permitan conocer los potenciales entornos futuros.

Se define la técnica Delphi como «un método de estructuración de un proceso de comunicación grupal que es efectivo a la hora de permitir a un grupo de individuos, como un todo, tratar un problema complejo».

Consiste en:

#### *Selección de un grupo de expertos*

A éstos se les pregunta su opinión sobre cuestiones referidas a acontecimientos futuros. Las estimaciones de los expertos se realizan en sucesivas rondas, anónimas, al objeto de tratar de conseguir consenso, pero manteniendo la máxima autonomía por parte de los participantes. Por lo tanto, la capacidad de predicción del Delphi se basa en la utilización sistemática de un juicio intuitivo emitido por un grupo de expertos. Las principales características del método se fundamentan en el anonimato de los participantes (con el objetivo de evitar fenómenos de dominancia, autoridad o afiliaciones interpersonales), interacción con feedback controlado (los expertos son consultados más de una vez) y análisis cuantitativo de las respuestas (determinando el nivel de consenso).

#### *Circulación*

Se denomina así a los sucesivos cuestionarios que se presentan al grupo de expertos. Se han realizado dos circulaciones: una inicial de posicionamiento y una segunda, de rectificación o reposicionamiento una vez analizadas las respuestas del grupo.

#### *Cuestionario (Anexo II)*

Teniendo en cuenta los objetivos específicos planteados, se ha elaborado un cuestionario de 11 preguntas, 10 de ellas con respuesta cerrada y una pregunta de respuesta abierta.

Para las preguntas de respuesta cerrada se ha utilizado una escala tipo Likert de 1 a 7 puntos (donde el 1 se corresponde con la posición mínima y el 7 con la máxima).

Con la finalidad de validarlo, una vez redactado, se remitió a un grupo de 4 expertos (grupo asesor) quienes aportaron sugerencias importantes que modificaron el contenido inicial.

### *Panel de expertos*

Se solicitó la colaboración de 28 expertos. Todos ellos contestaron a las dos circulaciones, por lo que la tasa de respuesta global fue del 100%.

Los perfiles de los expertos incluyen profesionales relacionados con el mundo de la medicina, farmacia, enfermería, sociología, odontología. Además se han incluido personas con responsabilidades en política nacional.

El listado de los 28 expertos así como su perfil se muestra en el Anexo III.

### *Tareas previas*

Antes de iniciar el Delphi, el equipo técnico (doctoranda y los directores de la Tesis) realizaron las siguientes tareas previas:

- Delimitar el contexto y el horizonte temporal en el que deseábamos efectuar la previsión (España, año 2020)
- Diseñar y validar el cuestionario
- Seleccionar a todos los panelistas
- Explicar claramente a los panelistas en qué consistía el método, cuáles eran sus objetivos así como pedirles su compromiso de colaboración durante todas las fases del estudio

### *Fases del Delphi*

Como se ha señalado previamente, se realizaron dos circulaciones:

#### **Primera circulación (febrero del 2013)**

Consistió en el envío de los cuestionarios. Una vez devueltos, se procedió a una labor de síntesis y selección, obteniéndose un conjunto manejable de eventos, cada uno definido de la manera más clara posible. Se realizó un análisis estadístico de las previsiones de cada evento (% de respuestas para cada evento).

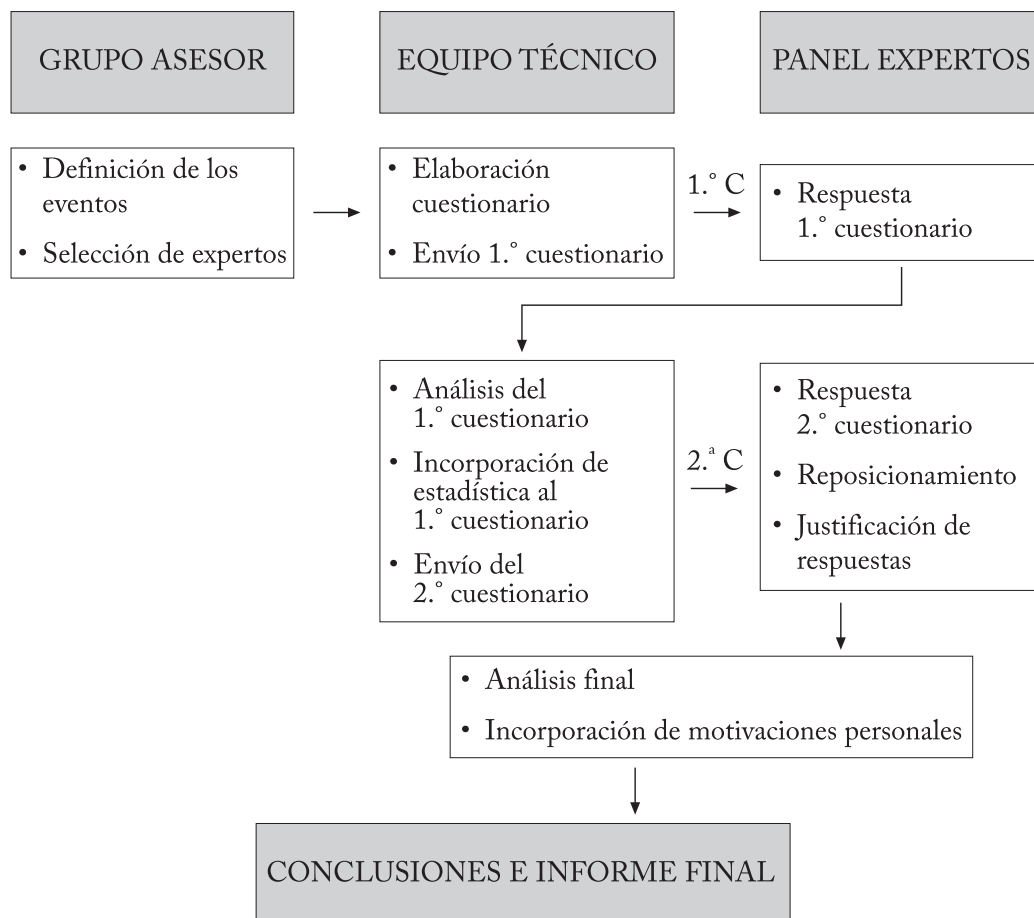
#### **Segunda circulación (marzo del 2013)**

Los expertos volvieron a recibir el cuestionario, esta vez con las respuestas globales del grupo y donde se señalaba a cada experto cuál había sido su respuesta en la fase 1. En las preguntas en las que existía consenso tras la fase 1, se solicitó a aquellos expertos que se desviaban del consenso que reconsi-



derasen su respuesta (es decir, que se reposicionasen) o justificasen su desvío, argumentándolo.

Figura 3.1. Esquema general del Delphi



Para este estudio se han considerado «outliers» o fuera de consenso las respuestas que están por debajo del percentil 12.5 y por encima del 87.5. En las preguntas en las que no se alcanzó el consenso en la fase 1, se pidió a todos los expertos que reconsiderasen sus respuestas a fin de facilitar una aproximación entre el panel de participantes. Muchos de ellos argumentaron su respuesta en estas preguntas no consensuadas en la fase 1.

*Análisis del Delphi*

Mediante SPSS Windows 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL) se ha realizado un análisis descriptivo y analítico, especificado a pie de cada Tabla de resultados. Particularmente se compara entre las dos oleadas la varianza mediante el test de Snedecor, para medir la convergencia, y se analizó el coeficiente de variación (desviación estándar/media aritmética) para medir el grado de dispersión.



4.

RESULTADOS



En primer lugar se presentan los resultados de la encuesta cuantitativa postal a la muestra representativa de dentistas españoles, condensados en tablas que permiten analizar los datos de manera más clara que el texto. En ellas expresamos al lado de los porcentajes hallados en nuestra muestra el intervalo de confianza 0,95, es decir, el abanico de valores en el que se encontraría ese porcentaje en 95 de cada 100 estudios idénticos con otras muestras de la misma población.

En segundo lugar, ofrecemos los resultados del cuestionario vía email a los expertos del estudio Delphi.

#### 4.1. ENCUESTA A DENTISTAS ESPAÑOLES <sup>1</sup>

Del total de 764 dentistas encuestados, el 17,5% (IC 0,95: 14,8-20,2%) fuma diariamente, el 5,6% (4,1- 7,5%) ocasionalmente, el 29,7% (26,5-33,0%) son ex fumadores y el 47,1% (43,6-50,6%) ni fuma ni ha fumado (Tabla 5.1).

Entre los dentistas fumadores diarios, destaca que un 17,9% (11,4-24,4) fuma en la consulta, un 59,0% (50,6-67,3) querría dejar de fumar e incluso un 44,0% (35,6-52,4) se acogería a un plan de deshabituación (Tabla 5.2). Entre los dentistas ex fumadores, el 92,8% (88,6-95,8) manifiesta que dejó el tabaco sin ayuda (Tabla 5.3).

Con respecto a la actitud de los dentistas frente al tabaco, el 64,8% (61,4-68,2%) cree que el dentista debe ser un activista antitabaco, el 47,8% (44,2-51,5%) cree que interesa un plan de deshabituación para dentistas<sup>2</sup>, el 83,8% (81,2-86,4%) recomienda a sus pacientes dejar de fumar, aunque sólo el 31,7% (28,4-35,0%) les exige dejar el tabaco ante determinados tratamientos (Tabla 5.4).

Dichas actitudes están asociadas al consumo de tabaco del dentista, de modo que es mayor el interés por un plan de deshabituación para dentistas,

---

<sup>1</sup> Tablas de 5.1 a 5.12.

<sup>2</sup> Hemos mantenido la terminología «deshabituación tabáquica» (pese a que es mucho más correcto hablar de «tratamiento del tabaquismo» [3]) porque es así como aparece designado en la encuesta que se envió a los dentistas .

entre los dentistas fumadores ( $p=0,003$ ), pese a que son éstos los que menos recomiendan a sus pacientes dejar el tabaco ( $p=0,008$ ) (Tabla 5.5).

A continuación se han analizado los factores sociodemográficos y profesionales del dentista en relación a su propia adicción al tabaco y a su actitud educativa frente al consumo de tabaco de los pacientes.

#### **4.1.1. Segmentación por edad y sexo**

La edad se asocia al consumo de tabaco, de modo que a mayor edad del dentista, menor porcentaje de fumadores ( $rs=-0,10$ ,  $p=0,017$ ), pero no se asocia a la actitud frente al consumo de los pacientes.

El sexo no se asocia ni al consumo ni a las actitudes educativas (Tabla 5.6).

#### **4.1.2. Formación graduada y postgraduada**

El consumo y las actitudes no se asocian a que el dentista se haya formado en una universidad española o extranjera (Tabla 5.7).

Respecto de la formación posgraduada específica, el consumo del dentista o su actitud frente a los pacientes no se asocia a ninguna de las formaciones específicas analizadas en el cuestionario a dentistas (Ortodoncia, Implantología, Periodoncia, Cirugía Oral, Endodoncia, Salud Pública, Prótesis u Otras) (Tabla 5.8).

#### **4.1.3. Formación continuada**

La formación continuada (número de cursos y/o horas de formación anual) y la pertenencia a sociedades científicas o asistencia a congresos, no se asocian ni al consumo del dentista ni a su actitud frente a los pacientes (Tabla 5.9).

#### **4.1.4. Perfil profesional**

En cuanto a la tipología profesional, los dentistas generalistas recomiendan más a sus pacientes dejar el tabaco que los especialistas ( $p=0,012$ ). La modalidad de contratación (cuenta propia, seguridad social, cuenta ajena, etc.) no se asocia ni al consumo ni a las recomendaciones. Resalta la asociación signi-

ficativa y positiva entre la satisfacción profesional y exigencia a los pacientes para dejar el tabaco ( $p=0,005$ ) (Tabla 5.10).

Con respecto a la práctica profesional especializada, de modo casi generalizado no se asocia ni al consumo de tabaco ni a recomendaciones a los pacientes. Tras analizar los perfiles de cirugía bucal, endodoncia, implantología, implantoprótesis, estética, medicina bucal, odontopediatría, oclusión-ATM, ortodoncia, periodoncia y prótesis, destaca que sólo los «especialistas» en cirugía oral ( $p=0,044$ ), en odontopediatría ( $p=0,031$ ) y en oclusión-ATM ( $p=0,006$ ) exigen más dejar el tabaco a sus pacientes que los generalistas. No obstante, si aplicáramos corrección por Bonferroni por múltiples test, incluso esas significaciones estadísticas desaparecerían (Tabla 5.11).

Se han analizado aspectos relativos a la práctica profesional ante el riesgo de cáncer oral y su asociación con el consumo de tabaco del dentista y su actitud frente a los pacientes. Los dentistas que examinan tejidos blandos son los que más recomiendan ( $p=0,008$ ) y exigen ( $p<0,001$ ) a sus pacientes dejar el tabaco. Aquéllos que palpan siempre lengua y suelo de boca ( $p=0,013$ ), así como los que realizan biopsias ( $p=0,009$ ) o que han recibido cursos específicos de precáncer y cáncer oral ( $p=0,049$ ) son los que más exigen dejar el tabaco (Tabla 5.12).

Por último, la actitud de los dentistas hacia el consumo de los pacientes en todos los aspectos estudiados (considerar que el dentista debe ser un activista antitabaco, considerar necesario un plan antitabaco para dentistas, recomendar o exigir a los pacientes dejar el tabaco), se asocia positiva y significativamente a la opinión favorable a que los colegios profesionales organicen campañas frente al cáncer oral (Tabla 5.12).

## 4.2. ESTUDIO DELPHI A EXPERTOS<sup>3</sup>

### 4.2.1. Papel del dentista en el tratamiento del tabaquismo<sup>4</sup>

En relación al papel que desempeña el dentista en el tratamiento del tabaquismo, observamos un claro desplazamiento de las opiniones de los expertos hacia una mayor importancia en el horizonte del 2020 con respecto al papel

<sup>3</sup> Tablas 5.13 a 5.16 y figuras 5.1 a 5.9.

<sup>4</sup> En las cartas y cuestionarios que se envió a los expertos se usó la expresión «deshabitación tabáquica» porque, y a pesar de no ser la más correcta, su uso está muy extendido.



que desempeña actualmente. Así mientras el 75 % de los expertos piensa que el papel del dentista actualmente está en una puntuación inferior o igual a 3 (en una escala de máximo 7), el 93% piensan que ese papel será importante (5 puntos o más) en el 2020 (Tablas 5.13 y 5.14 y Figura 5.1).

#### **4.2.2. Circunstancias para el ofrecimiento de un tratamiento antitabáquico**

El 70 % de los expertos piensan que el dentista debe ofrecer un programa de tratamiento del tabaquismo a todos los pacientes fumadores, independientemente del motivo de consulta o de sus circunstancias (Tabla 5.15).

#### **4.2.3. Importancia de las barreras en el tratamiento del tabaquismo**

De todas las barreras propuestas, sin ninguna duda la falta de formación del dentista es la que los expertos perciben como más importante (5,89 puntos sobre un máximo de 7). Le siguen el hecho que los pacientes no suelen imaginar al dentista en el rol de tratamiento del tabaquismo (5,29 puntos sobre un máximo de 7). La falta de tiempo y la falta de incentivo económico reciben una puntuación de 4,75 (Tablas 5.13 y 5.14 y Figura 5.2).

#### **4.2.4. Importancia de la formación del dentista en el tratamiento del tabaquismo**

No se detectan diferencias en la importancia que tienen la formación pregraduada, postgraduada y continuada en el tratamiento del tabaquismo según los expertos. En efecto, entre el 93-96% de los expertos le conceden, a las tres modalidades de formación, una importancia de 5 puntos o más en la escala Likert (máximo 7) (Tablas 5.13 y 5.14 y Figura 5.3).

#### **4.2.5. Papel actual de los siguientes actores en el tratamiento del tabaquismo**

Para los expertos, de todos los actores que intervienen en el tratamiento del tabaquismo, los que en la actualidad se perciben como más relevantes son la figura del médico (medicina tradicional) y los medios de comunicación. Aún así, solamente el 46% de los consultados piensan que estos actores tienen una importancia de 5 ó más puntos en la escala de Likert.

Para el resto de actores, el porcentaje de expertos que conceden una importancia de 5 ó más puntos van del 4% (dentista, personal auxiliar de dentista) al 32% (psicólogo). Destaca el hecho de que para el 21% de los expertos, la medicina alternativa tiene actualmente un papel importante en la deshabituación tabáquica (Tablas 5.13 y 5.14 y Figura 5.4)

Otros actores citados son la AECC (un experto), maestros y profesorado de enseñanza media (uno), centros de tratamiento especializados en tratamiento del tabaquismo (uno), amigos y familiares (uno), cardiólogos y neumólogos (uno), matronas y ginecólogos (uno) y cumplimiento de ley vigente (dos).

#### **4.2.6. Papel en el 2020 de los siguientes actores en el tratamiento del tabaquismo**

Como comentario general, se observa que para todos los actores propuestos, el papel se incrementará en el 2020.

De todos ellos, el papel del médico es el más valorado, puesto que el 100% de los expertos le asignan una puntuación de 5 ó más en la escala Likert. El dentista ocupa el segundo puesto (89% con 5 ó más puntos). Le siguen el psicólogo y los medios de comunicación, en ambos casos el 86% de los expertos consultados les conceden una puntuación igual o superior a 5.

Los demás agentes son considerados importantes (5 o más puntos) con la siguiente graduación: personal de enfermería (75%), auxiliar dental (68%), farmacéutico (57%) y finalmente la medicina alternativa (53%) (Tablas 5.13 y 5.14 y Figura 5.5).

Otros actores o acciones citados son: maestros y profesorado de enseñanza media (dos expertos), AECC (dos), profesionales de Atención Primaria (uno), aumentar el precio del tabaco (dos), cardiólogos y neumólogos (dos), matronas y ginecólogos (uno), así como acciones gubernamentales (uno).

#### **4.2.7. Importancia del dentista en el tratamiento del tabaquismo en función del entorno laboral**

Para el 68 % de los consultados, el papel del dentista tiene la misma importancia (5 ó más puntos en escala Likert), independientemente de que realice sus funciones en el ámbito público o privado (Tablas 5.13 y 5.14 y Figura 5.6).

#### 4.2.8. Cómo incrementar la labor del dentista en el tratamiento del tabaquismo

El 67% de los expertos considera que informar a la población general desde el propio Sistema Nacional de Salud es importante (5 ó más puntos en escala Likert). Sin embargo, el 78% piensa que es importante (5 ó más puntos) informar desde el Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España (Tablas 5.13 y 5.14 y Figura 5.7).

En respuesta abierta, nueve expertos piensan que una importante vía sería incrementar la formación del dentista y dos expertos consideran que sería adecuado disponer de un título de capacitación en el tratamiento del tabaquismo.

#### 4.2.9. Importancia del dentista en las acciones específicas del tratamiento del tabaquismo

El papel del dentista en la anamnesis y exploración del cáncer oral se percibe como importante (5 ó más puntos en escala Likert) por el 96% de los expertos.

En relación al papel del dentista en su intervención motivacional, esta cifra es del 82% para la intervención breve y del 75% para la intervención intermedia. Finalmente para la intervención plena (que incluye apoyo farmacológico) solamente el 39% piensa que tiene una importancia de 5 ó más puntos en la escala Likert. (Tablas 5.13, 5.14 y Fig. 5.8).

#### 4.2.10. ¿Qué medidas se le ocurren para que el dentista pueda potenciar la incorporación de un programa de desintoxicación tabáquica en su consultorio (por ejemplo incorporándolo a la oferta asistencial, incluyéndolo en los presupuestos dados en la primera visita, etc.)?

En la pregunta abierta, se han agrupado las respuestas suministradas por los expertos en base a su finalidad. Como podemos observar, la medida más comúnmente citada por los expertos se corresponde con la incorporación del tratamiento del tabaquismo a la oferta asistencial o incluso a la propia cartera de servicios en Atención Primaria (AP). Otras medidas que citan entre el 21 y 25% de los expertos son una mayor información a los pacientes así como mayor concienciación y formación de los dentistas (Tabla 5.16).

#### 4.2.11. Dispersión del criterio de los expertos entre las vueltas

Se entiende por dispersión la variabilidad de puntuaciones (para un determinado ítem) entre los distintos expertos. Hay muchas maneras de medir ésta: a) como amplitud o rango (diferencia de puntuación entre los dos expertos más extremos), b) desviación estándar, o, el más utilizado en estudios Delphi, c) coeficiente de variación, que se obtiene tras dividir la desviación estándar entre la media, y de ese modo se convierte en un indicador adimensional. Se suele multiplicar por 100 y expresarlo como porcentaje (aunque conceptualmente no sea un porcentaje). Se considera, en los estudios Delphi, que un coeficiente de variación por debajo del 50% es indicativo de acuerdo (poca variabilidad) entre los expertos, y por encima del 50% de desacuerdo (gran variabilidad) entre los expertos.

Mostramos las dispersiones del criterio de los expertos entre las dos vueltas en la tabla 5.17, y las representamos gráficamente en la figura 5.9, donde se observa que hay una dispersión sistemáticamente menor del 50 % (el máximo fue del 45 % en la cuestión del papel del personal auxiliar del dentista).



5.

TABLAS Y FIGURAS DE RESULTADOS



Tabla 5.1. Hábito de tabaco en los dentistas españoles en activo en 2008 (n=764)

¿Fumas?	n (%)	IC-95%
Diariamente	134 (17.5)	14.8-20.2
Ocasionalmente (fumador social)	43 (5.6)	4.1-7.5
Exfumador (lo he dejado)	227 (29.7)	26.5-33.0
Ni fumo ni he fumado	360 (47.1)	43.6-50.7



**Tabla 5.2. Hábito de tabaco en los dentistas fumadores diarios (n=134)**

Variable	n (%)	IC-95%
Tipo de tabaco		
Cigarrillos	118 (92,9)	87,0-96,7
Cigarros/Puros	9 (7,1)	3,3-13,0
NS/NC (n)	(7)	
Nº/día		
1-10	70 (55,1)	46,5-63,8
11-20	46 (36,2)	27,9-44,6
21-40	11 (8,7)	4,4-15,0
NS/NC (n)	(7)	
media±de	13,0±9,15	11,4-14,6
Número años		
1-10	36 (30,3)	22,0-38,5
11-20	40 (33,6)	25,1-42,1
21-59	43 (36,1)	27,5-44,8
NS/NC (n)	15	
media±de	19,2±10,8	17,2-21,2
Fumo en la consulta		
No	110 (82,1)	75,6-88,6
Sí	24 (17,9)	11,4-24,4
Querría dejar de fumar		
No	55 (41,0)	32,7-49,4
Sí	79 (59,0)	50,6-67,3
Me acogería a un plan de deshabituación		
No	75 (56,0)	47,6-64,4
Sí	59 (44,0)	35,6-52,4

**Tabla 5.3. Hábito de tabaco en los dentistas ex fumadores (n=227)**

Variable	n (%)	IC-95%
Nº de años que he fumado		
1-10	91 (42,5)	35,9-49,1
11-20	83 (38,8)	32,3-45,3
21-53	40 (18,7)	13,5-23,9
NS/NC (n)	(13)	
media±de	15,9±9,5	14,6-17,2
Nº años desde que dejé de fumar		
1-2	37 (16,9)	11,9-21,9
3-10	91 (41,6)	35,0-48,1
11-40	91 (41,6)	35,0-48,1
NS/NC (n)	(8)	
media±de	10,4±7,7	9,4-11,4
¿Cómo lo he dejado?		
Sin ayuda (fuerza de voluntad)	206 (92,8)	88,6-95,8
Tto. médico (o farmacológico)	12 (5,4)	2,8-9,2
Tto. psicológico	4 (1,8)	0,5-4,5
NS/NC (n)	(5)	

**Tabla 5.4. Actitud de los dentistas ante el tabaco y recomendaciones a los pacientes (n=764)**

Variable	n (%)	IC-95%
¿Crees que el dentista debería ser un activista antitabaco?		
No	269 (35.2)	31.8-38.6
Sí	495 (64.8)	61.4-68.2
¿Crees que interesa un plan de deshabituación para dentistas?		
No	399 (52.2)	48.7-55.8
Sí	365 (47.8)	44.2-51.3
Recomiendo a mis pacientes dejar de fumar		
No	124 (16.2)	13.6-18.8
Sí	640 (83.8)	81.2-86.4
Exijo a los pacientes en tratamiento con implantes o con enfermedad periodontal que dejen de fumar		
No	522 (68.3)	65.0-71.6
Sí	242 (31.7)	28.4-35.0

**Tabla 5.5. Hábito tabáquico y recomendaciones de los dentistas (n=764)<sup>a</sup>**

Variable	Activ. <sup>b</sup>		Plan <sup>c</sup>		Recomiendo <sup>d</sup>		Exijo <sup>e</sup>	
	%	(IC-95%)	%	(IC-95%)	%	(IC-95%)	%	(IC-95%)
Todos	64,8	61,4-68,2	47,8	44,2-51,3	83,8	81,2-86,4	31,7	28,4-35,0
-----								
¿Fumas?								
Diariamente	53,0	49,5-56,5	64,9	61,5-68,3	73,1	69,9-76,2	27,6	24,4-30,8
Ocasionalmente (fumador «social»)	48,8	45,3-52,4	37,2	33,7-40,6	81,4	78,7-84,2	32,6	29,3-35,8
Exfumador (lo he dejado)	63,4	59,5-66,8	45,4	41,9-48,9	87,2	84,8-89,5	33,0	29,7-36,3
Ni fumo ni he fumado	71,9	68,7-75,0	44,2	40,7-47,8	85,8	83,4-88,3	32,2	28,9-35,5
-----								
valor-p global	<0,001 <sup>f</sup>		0,003 <sup>f</sup>		0,008 <sup>f</sup>		0,509 <sup>f</sup>	

a: La distribución de las variables de esta Tabla se encuentra en las Tablas 5.1 y 5.4.

b: ¿Crees que el dentista debería ser un activista antitabaco?

c: ¿Crees que interesa un plan de deshabitación para dentistas?

d: Recomiendo a mis pacientes dejar de fumar.

e: Exijo a los pacientes en tratamiento con implantes o con enfermedad periodontal que dejen de fumar.

f: test de Mann-Whitney.

**Tabla 5.6. Variables sociodemográficas, hábito tabáquico y recomendaciones de los dentistas (n=764).**

Variable	Descripción n (%)	Fuma <sup>a</sup> (%)	Activ. <sup>b</sup> (%)	Plan <sup>c</sup> (%)	Recomiendo <sup>d</sup> (%)	Exijo <sup>e</sup> (%)
Todos	764 (100)	17-6-30-47	64.8	47.8	83.8	31.7
-----						
Edad (años)						
25-34	170 (29.2)	19-9-16-56	65.9	51.8	84.7	35.9
35-49	221 (38.0)	16-5-30-49	64.3	42.1	83.7	29.4
50-79	191 (32.8)	19-4-40-37	61.8	49.7	83.8	30.4
NS/NC (n)	(182)					
media±de	43.0±10.6					
valor-p global		r <sub>s</sub> =-0.10 p=0.017 <sup>f</sup>	0.585 <sup>g</sup>	0.545 <sup>g</sup>	0.714 <sup>g</sup>	0.152 <sup>g</sup>
-----						
Sexo						
Hombre	444 (58.4)	17-6-32-45	66.4	48.0	84.2	31.5
Mujer	316 (41.6)	18-6-25-51	62.3	47.8	83.2	32.3
NS/NC (n)	(4)					
valor-p global		0.261 <sup>h</sup>	0.276 <sup>i</sup>	0.982 <sup>i</sup>	0.786 <sup>i</sup>	0.890 <sup>i</sup>
-----						
País de nacimiento						
España [A]	623 (82.7)	18-6-32-44	63.1	46.9	84.9	30.8
Resto de UE [B]	22 (2.9)	23-0-23-54	59.1	40.9	90.9	22.7
Otros [C]	108 (14.3)	13-5-20-62	75.9	56.5	74.1	38.0
NS/NC (n)	(11)					
valor-p global		0.006 <sup>j</sup>	0.030 <sup>k</sup>	0.144 <sup>k</sup>	0.013 <sup>k</sup>	0.223 <sup>k</sup>
comp.parejas		A≠C <sup>m</sup>	A≠C <sup>n</sup>		A≠C <sup>n</sup>	
-----						
Nacionalidad						
España	713 (95.3)	18-6-30-46	64.4	48.1	84.0	32.1
Resto de UE	28 (3.7)	14-0-25-61	60.7	42.9	85.7	25.0
Otros	7 (0.9)	0-0-43-57	85.7	42.9	85.7	14.3
NS/NC (n)	(16)					
valor-p global		0.190 <sup>j</sup>	0.460 <sup>k</sup>	0.832 <sup>k</sup>	0.964 <sup>k</sup>	0.445 <sup>k</sup>
-----						
Región de trabajo <sup>l</sup>						
Sur [A]	117 (16.5)	16-6-36-42	73.5	49.6	88.0	32.5
Este [B]	253 (35.6)	17-4-30-49	62.5	47.4	83.0	33.2
Norte [C]	139 (19.6)	17-8-32-42	56.8	40.3	88.5	31.7
Centro [D]	201 (28.3)	18-7-23-52	67.2	51.2	80.6	28.4
NS/NC (n)	(54)					
valor-p global		0.523 <sup>j</sup>	0.032 <sup>k</sup>	0.238 <sup>k</sup>	0.141 <sup>k</sup>	0.726 <sup>k</sup>
comp.parejas			A≠B,C <sup>n</sup>			

a: ¿Fumas? [el dentista]. Porcentajes (sin decimales): Diario-Ocasional-Exfumador-Nunca.

b: ¿Crees que el dentista debería ser un activista antitabaco?.

c: ¿Crees que interesa un plan de deshabitación para dentistas?.

d: Recomiendo a mis pacientes dejar de fumar.

e: Exijo a los pacientes en tratamiento con implantes o con enfermedad periodontal que dejen de fumar.

f: correlación de Spearman, con la edad original (sin recodificar). g: t de student, con la edad original. h: test de Mann-Whitney. i: chi cuadrado corregida por continuidad. j: test de Kruskal-Wallis. k: chi cuadrado.

l: Sur: Andalucía, Ceuta/Melilla, Canarias, Extremadura y Murcia; Este: Aragón, Baleares, Cataluña, y Valencia; Norte: Galicia, Asturias, Cantabria, País Vasco, Navarra y La Rioja; Centro: Madrid, Castilla-La Mancha y Castilla-León.

m: Comparaciones por parejas (test de Mann-Whitney), con el signo ≠ indicando parejas distintas estadísticamente (p<0.05).

n: Comparaciones por parejas (test de chi cuadrado-o test exacto de Fisher bilateral-), con el signo ≠ indicando parejas distintas estadísticamente (p<0.05).

**Tabla 5.7. Titulación y formación posgraduada, hábito tabáquico y recomendaciones de los dentistas (n=764)**

Variable	Descripción n (%)	Fuma <sup>a</sup> (%)	Activ. <sup>a</sup> (%)	Plan <sup>a</sup> (%)	Recomiendo <sup>a</sup> (%)	Exijo <sup>a</sup> (%)
Todos	764 (100)	17-6-30-47	64.8	47.8	83.8	31.7
<b>Titulación</b>						
Odontólogo [A]	414 (54.5)	17-6-23-54	65.5	51.2	83.1	35.0
Médico y odontólogo [B]	93 (12.3)	22-7-34-38	55.9	43.0	81.7	28.0
Estomatólogo [C]	252 (33.2)	17-5-39-39	66.7	44.4	85.7	27.8
NS/NC (n)	(5)					
valor-p global comp.parejas		0.008 <sup>b</sup> A≠B,C <sup>f</sup>	0.159 <sup>c</sup>	0.142 <sup>c</sup>	0.569 <sup>c</sup>	0.105 <sup>c</sup>
<b>Universidad</b>						
Española	553 (73.5)	19-6-29-46	64.4	48.1	85.0	30.7
Extranjera	199 (26.5)	15-5-31-49	65.8	48.2	79.9	33.2
NS/NC (n)	(12)					
valor-p		0.259 <sup>d</sup>	0.778 <sup>c</sup>	0.961 <sup>c</sup>	0.120 <sup>e</sup>	0.587 <sup>e</sup>
<b>Año Titulación (dental)</b>						
1953-1980	90 (12.0)	17-6-46-32	62.2	45.6	86.7	35.6
1981-1990	277 (36.8)	16-4-33-47	67.1	46.2	82.3	29.2
1991-2000	246 (32.7)	19-6-28-47	62.2	47.2	85.0	29.7
2001-2006	139 (18.5)	17-8-19-56	66.2	54.7	84.9	37.4
NS/NC (n)	(12)					
valor-p		0.119 <sup>b</sup>	0.619 <sup>c</sup>	0.373 <sup>c</sup>	0.727 <sup>c</sup>	0.267 <sup>c</sup>
<b>Másteres y posgrados</b>						
0 [A]	485 (63.5)	18-6-30-46	63.9	46.2	86.4	32.0
1 [B]	217 (28.4)	16-7-26-51	65.0	50.7	79.7	29.5
2-3 [C]	62 (8.1)	16-2-42-40	71.0	50.0	77.4	37.1
media±de	0.45±0.66					
valor-p comp.parejas		0.486 <sup>b</sup>	0.548 <sup>c</sup>	0.508 <sup>c</sup>	0.032 <sup>c</sup> A≠B <sup>g</sup>	0.512 <sup>c</sup>

a: Véase Pie de Tabla 6 para el significado de estas variables.

b: test de Kruskal-Wallis. c: chi cuadrado. d: test de Mann-Whitney. e: chi cuadrado corregida por continuidad.

f: Comparaciones por parejas (test de Mann-Whitney), con el signo ≠ indicando parejas distintas estadísticamente (p<0.05).

g: Comparaciones por parejas (test de chi cuadrado -o test exacto de Fisher bilateral-), con el signo ≠ indicando parejas distintas estadísticamente (p<0.05).

**Tabla 5.8. Detalle de la Formación posgraduada, hábito tabáquico y recomendaciones de los dentistas (n=764).**

	Descripción	Fuma <sup>a</sup> (%)	Activ. <sup>a</sup> (%)	Plan <sup>a</sup> (%)	Recomiendo <sup>a</sup> (%)	Exijo <sup>a</sup> (%)
Máster o Posgrado	n (%)					
Todos	764 (100)	17-6-30-47	64.8	47.8	83.8	31.7
Ortodoncia						
No	676 (88.5)	18-6-29-46	64.8	48.5	85.4	32.0
Sí	88 (11.5)	11-4-32-52	64.8	42.0	71.6	29.5
valor-p		0.140 <sup>f</sup>	0.909 <sup>g</sup>	0.303 <sup>g</sup>	0.002 <sup>g</sup>	0.738 <sup>g</sup>
Implantología sola <sup>b</sup>						
No	716 (93.7)	17-6-30-48	64.7	47.5	84.4	31.3
Sí	48 (6.3)	21-6-31-42	66.7	52.1	75.0	37.5
valor-p		0.398 <sup>f</sup>	0.901 <sup>g</sup>	0.640 <sup>g</sup>	0.134 <sup>g</sup>	0.462 <sup>g</sup>
Periodoncia <sup>c</sup>						
No	726 (95.0)	17-6-30-47	64.3	47.7	83.9	31.5
Sí	38 (5.0)	21-5-32-42	73.7	50.0	81.6	34.2
valor-p		0.496 <sup>f</sup>	0.316 <sup>g</sup>	0.908 <sup>g</sup>	0.881 <sup>g</sup>	0.868 <sup>g</sup>
Cirugía Oral <sup>c,d</sup>						
No	726 (95.0)	17-6-30-47	64.9	47.9	84.3	31.4
Sí	38 (5.0)	21-3-24-53	63.2	44.7	73.7	36.8
valor-p		0.703 <sup>f</sup>	0.967 <sup>g</sup>	0.827 <sup>g</sup>	0.133 <sup>g</sup>	0.601 <sup>g</sup>
Endodoncia						
No	733 (95.9)	17-6-30-47	64.9	47.5	83.5	31.1
Sí	31 (4.1)	19-3-32-45	61.3	54.8	90.3	45.2
valor-p		0.856 <sup>f</sup>	0.822 <sup>g</sup>	0.535 <sup>g</sup>	0.446 <sup>g</sup>	0.147 <sup>g</sup>
Salud Públ./Prev./Gestión						
No	741 (97.0)	18-6-29-47	64.5	47.4	83.9	31.6
Sí	23 (3.0)	17-4-44-35	73.9	60.9	78.3	34.8
valor-p		0.417 <sup>f</sup>	0.479 <sup>g</sup>	0.287 <sup>g</sup>	0.402 <sup>h</sup>	0.922 <sup>g</sup>
Prótesis						
No	742 (97.1)	18-6-29-47	64.6	47.7	83.7	32.1
Sí	22 (2.9)	9-5-41-45	72.7	50.0	86.4	18.2
valor-p		0.720 <sup>f</sup>	0.572 <sup>g</sup>	0.996 <sup>g</sup>	1 <sup>h</sup>	0.251 <sup>g</sup>
Otras <sup>e</sup>						
No	707 (92.5)	18-6-30-47	64.6	46.8	83.7	32.1
Sí	57 (7.5)	16-5-30-49	66.7	59.6	84.2	26.3
valor-p		0.694 <sup>f</sup>	0.870 <sup>g</sup>	0.084 <sup>g</sup>	0.926 <sup>g</sup>	0.450 <sup>g</sup>

a: Véase Pie de Tabla 6 para el significado de estas variables.

b: No incluye a los formados en Periodoncia o Cirugía Oral, para no duplicar la Implantología.

c: Se ha asumido en todos los casos que estos másteres incluyen formación en Implantología.

d: Incluye a 8 dentistas que son médicos especialistas en Cirugía Oral y Maxilofacial.

e: Otras: Estética, ATM/Dolor orofacial, Odontopediatría, Medicina Oral, Pacientes especiales/Gerodontología y Integrada de Adultos.

f: test de Mann-Whitney. g: chi cuadrado corregida por continuidad. h: test exacto de Fisher bilateral.

**Tabla 5.9. Formación continuada y sociedades científicas, hábito tabáquico y recomendaciones de los dentistas (n=764).**

Variable	Descripción n (%)	Fuma <sup>a</sup> (%)	Activ. <sup>a</sup> (%)	Plan <sup>a</sup> (%)	Recomiendo <sup>a</sup> (%)	Exijo <sup>a</sup> (%)
Todos	764 (100)	17-6-30-47	64.8	47.8	83.8	31.7
-----						
Cursos recibidos/año						
0 (ninguno)	155 (20.3)	21-3-25-50	60.0	43.2	83.2	36.8
1-3	375 (49.1)	16-7-32-45	65.3	48.0	84.5	27.7
4-23	234 (30.6)	18-5-29-48	67.1	50.4	82.9	34.6
media±de	2.8±2.7					
valor-p		r <sub>s</sub> =0.02 p=0.646 <sup>b</sup>	0.559 <sup>c</sup>	0.891 <sup>c</sup>	0.527 <sup>c</sup>	0.569 <sup>c</sup>
-----						
Nº horas/año						
0 (ninguna)	155 (24.0)	21-3-25-50	60.0	43.2	83.2	36.8
1-20	131 (20.2)	16-5-33-46	62.6	51.9	78.6	28.2
21-49	160 (24.7)	16-8-27-49	70.0	50.0	87.5	27.5
50-700	201 (31.1)	20-5-30-45	69.2	52.2	85.6	34.3
NS/NC (n)	(117)					
media±de	43.6±60.4					
valor-p		r <sub>s</sub> =-0.03 p=0.426 <sup>b</sup>	0.054 <sup>c</sup>	0.222 <sup>c</sup>	0.832 <sup>c</sup>	0.671 <sup>c</sup>
-----						
Nº de congresos/año						
0 (ninguno)	396 (51.8)	18-5-29-48	62.9	45.2	81.8	31.6
1	152 (19.9)	15-6-32-47	66.4	55.3	87.5	33.6
2-15	216 (28.3)	18-7-29-46	67.1	47.2	84.7	30.6
media±de	1.0±1.4					
valor-p		r <sub>s</sub> =-0.01 p=0.746 <sup>b</sup>	0.906 <sup>c</sup>	0.760 <sup>c</sup>	0.637 <sup>c</sup>	0.292 <sup>c</sup>
-----						
Miemb.Soc.Científ.						
0 (ninguna)	450 (58.9)	18-5-31-46	64.0	48.9	82.2	30.7
1	134 (17.5)	16-10-21-54	67.9	47.0	86.6	29.9
2-7	180 (23.6)	18-5-33-44	64.4	45.6	85.6	35.6
media±de	0.8±1.3					
valor-p		r <sub>s</sub> =-0.00 p=0.894 <sup>b</sup>	0.508 <sup>c</sup>	0.986 <sup>c</sup>	0.592 <sup>c</sup>	0.214 <sup>c</sup>

a: Véase Pie de Tabla 6 para el significado de estas variables.

b: correlación de Spearman, con las variables originales de la primera columna (sin recodificar).

c: test de student, con las variables originales de la primera columna (sin recodificar).



**Tabla 5.10. Tipología profesional, hábito tabáquico y recomendaciones de los dentistas (n=764).**

Variable	Descripción n (%)	Fuma <sup>a</sup> (%)	Activ. <sup>a</sup> (%)	Plan <sup>a</sup> (%)	Recomiendo <sup>a</sup> (%)	Exijo <sup>a</sup> (%)
Todos	764 (100)	17-6-30-47	64.8	47.8	83.8	31.7
-----						
Tipo de práctica						
General.o espec. no exclusiva	666 (89.4)	18-6-30-46	64.0	48.2	85.1	32.9
Especializada exclusiva	79 (10.6)	19-5-25-51	69.6	45.6	73.4	25.3
NS/NC (n)	(19)					
valor-p		0.652 <sup>c</sup>	0.385 <sup>d</sup>	0.747 <sup>d</sup>	0.012 <sup>d</sup>	0.217 <sup>d</sup>
-----						
Modalidad						
Sólo por cuenta propia (privada)	488 (64.2)	18-6-34-42	64.5	47.5	84.0	31.6
Sólo en clínica ajena (privada)	58 (7.6)	14-10-17-59	60.3	46.6	89.7	43.1
Cuenta propia + ajena (privada)	104 (13.7)	19-5-20-56	70.2	55.8	82.7	29.8
Seg.Soc. + cuenta propia (privada)	47 (6.2)	15-0-28-57	68.1	44.7	87.2	27.7
Otras <sup>b</sup>	63 (8.3)	17-5-24-54	60.3	41.3	77.8	30.2
NS/NC (n)	(4)					
valor-p		0.070 <sup>e</sup>	0.623 <sup>f</sup>	0.412 <sup>f</sup>	0.451 <sup>f</sup>	0.397 <sup>f</sup>
-----						
Horas/semana de trabajo						
2-20	61 (8.9)	16-2-38-44	63.9	49.2	86.9	37.7
21-39	280 (40.9)	17-7-32-44	61.1	47.5	84.3	28.2
40-100	344 (50.2)	20-5-27-48	68.6	49.4	84.3	33.7
NS/NC (n)	(79)					
media±de	36.9±11.9					
valor-p		r <sub>s</sub> =0.022 p=0.564 <sup>g</sup>	0.201 <sup>h</sup>	0.670 <sup>h</sup>	0.637 <sup>h</sup>	0.802 <sup>h</sup>
-----						
¿Trabaja para seguros dentales?						
No	473 (62.3)	18-6-31-45	61.9	48.8	84.1	33.8
Sí	286 (37.7)	17-6-28-49	69.6	46.2	83.2	28.7
NS/NC (n)	(5)					
valor-p		0.392 <sup>c</sup>	0.040 <sup>d</sup>	0.521 <sup>d</sup>	0.815 <sup>d</sup>	0.163 <sup>d</sup>
-----						
Satisfacción profesional (de 0-10)						
1-4	27 (3.6)	19-7-33-41	66.7	33.3	88.9	11.1
5-6	112 (15.0)	23-7-29-40	61.6	51.8	78.6	30.4
7-8	425 (57.0)	18-6-28-48	64.5	47.1	85.6	31.5
9-10	182 (24.4)	13-5-33-49	69.2	50.0	83.0	36.8
NS/NC (n)	(18)					
media±de	7.6±1.5					
valor-p		r <sub>s</sub> =0.072 p=0.050 <sup>g</sup>	0.504 <sup>h</sup>	0.590 <sup>h</sup>	0.949 <sup>h</sup>	0.005 <sup>h</sup>
-----						
Satisfacción económica (de 0-10)						
1-4	32 (4.3)	28-9-25-37	68.8	59.4	78.1	28.1
5-6	199 (26.9)	22-5-28-45	63.8	47.7	83.4	32.2
7-8	425 (57.4)	16-5-31-47	64.5	48.0	85.2	32.7
9-10	84 (11.4)	12-6-29-54	73.8	46.4	83.3	27.4
NS/NC (n)	(24)					
media±de	7.0±1.5					
valor-p		r <sub>s</sub> =0.083 p=0.023 <sup>g</sup>	0.609 <sup>h</sup>	0.519 <sup>h</sup>	0.507 <sup>h</sup>	0.885 <sup>h</sup>

a: Véase Pie de Tabla 6 para el significado de estas variables. b: Distintas opciones (solas o combinadas) de cuenta propia (privada), cuenta ajena (privada), seguridad social y universidad.

c: test de Mann-Whitney. d: chi cuadrdo con corrección de Yates. e: test de Kruskal-Wallis. f: chi cuadrado. g: correlación de Spearman, con las variables originales de la primera columna (sin recodificar). h: test de student, con las variables originales de la primera columna (sin recodificar).

**Tabla 5.11. Detalle de la práctica profesional especializada (preferente o exclusiva), hábito tabáquico y recomendaciones de los dentistas (n=745a).**

	Descripción n (%)	Fuma <sup>b</sup> (%)	Activ. <sup>b</sup> (%)	Plan <sup>b</sup> (%)	Recomiendo <sup>b</sup> (%)	Exijo <sup>b</sup> (%)
<b>Práctica especializada</b>						
Todos	764 (100)	17-6-30-47	64.8	47.8	83.8	31.7
<hr/>						
<b>Cirugía bucal</b>						
No	629 (84.4)	17-6-29-48	63.9	46.4	84.3	30.5
Sí	116 (15.6)	20-5-33-42	68.1	56.0	81.9	40.5
valor-p		0.341 <sup>c</sup>	0.446 <sup>d</sup>	0.071 <sup>d</sup>	0.618 <sup>d</sup>	0.044 <sup>d</sup>
<hr/>						
<b>Endodoncia</b>						
No	576 (77.3)	17-5-30-47	63.9	48.3	83.2	30.6
Sí	169 (22.7)	19-7-29-45	66.9	46.7	86.4	37.3
valor-p		0.502 <sup>c</sup>	0.536 <sup>d</sup>	0.795 <sup>d</sup>	0.376 <sup>d</sup>	0.121 <sup>d</sup>
<hr/>						
<b>Implantología (cirugía)</b>						
No	611 (82.0)	17-6-30-47	65.5	47.1	84.0	31.8
Sí	134 (18.0)	22-6-26-45	60.4	51.5	83.6	33.6
valor-p		0.385 <sup>c</sup>	0.317 <sup>d</sup>	0.413 <sup>d</sup>	0.983 <sup>d</sup>	0.757 <sup>d</sup>
<hr/>						
<b>Implantología (prótesis)</b>						
No	665 (89.3)	17-6-31-46	64.1	48.0	84.2	32.8
Sí	80 (10.7)	23-2-21-54	68.8	47.5	81.3	26.3
valor-p		0.505 <sup>c</sup>	0.481 <sup>d</sup>	0.969 <sup>d</sup>	0.603 <sup>d</sup>	0.291 <sup>d</sup>
<hr/>						
<b>Estética odontológica</b>						
No	708 (95.0)	17-6-30-47	64.5	47.2	83.9	31.5
Sí	37 (5.0)	24-0-32-43	64.9	62.2	83.8	43.2
valor-p		0.608 <sup>c</sup>	0.891 <sup>d</sup>	0.107 <sup>d</sup>	0.833 <sup>d</sup>	0.190 <sup>d</sup>
<hr/>						
<b>Medicina bucal</b>						
No	587 (78.7)	18-5-30-46	63.9	49.7	85.0	31.9
Sí	159 (21.3)	16-7-28-48	67.3	41.5	79.9	32.7
valor-p		0.649 <sup>c</sup>	0.481 <sup>d</sup>	0.079 <sup>d</sup>	0.149 <sup>d</sup>	0.915 <sup>d</sup>
<hr/>						
<b>Odontopediatría</b>						
No	497 (66.7)	18-6-29-47	64.0	48.5	82.5	29.4
Sí	248 (33.3)	17-6-30-47	65.7	46.8	86.7	37.5
valor-p		0.920 <sup>c</sup>	0.699 <sup>d</sup>	0.716 <sup>d</sup>	0.173 <sup>d</sup>	0.031 <sup>d</sup>
<hr/>						
<b>Oclusión/ATM</b>						
No	611 (82.0)	18-6-29-47	65.3	47.5	83.3	29.8
Sí	134 (18.0)	17-7-33-43	61.2	50.0	86.6	42.5
valor-p		0.545 <sup>c</sup>	0.423 <sup>d</sup>	0.662 <sup>d</sup>	0.424 <sup>d</sup>	0.006 <sup>d</sup>
<hr/>						
<b>Ortodoncia</b>						
No	513 (68.9)	18-6-29-47	63.4	47.8	82.8	30.6
Sí	232 (31.1)	17-5-31-47	67.2	48.3	86.2	35.3
valor-p		0.878 <sup>c</sup>	0.345 <sup>d</sup>	0.959 <sup>d</sup>	0.295 <sup>d</sup>	0.231 <sup>d</sup>
<hr/>						
<b>Periodoncia</b>						
No	676 (90.7)	18-6-30-46	64.5	47.5	84.0	31.2
Sí	69 (9.3)	16-7-26-51	65.2	52.2	82.6	40.6
valor-p		0.552 <sup>c</sup>	0.990 <sup>d</sup>	0.538 <sup>d</sup>	0.894 <sup>d</sup>	0.146 <sup>d</sup>
<hr/>						
<b>Prótesis (prostodoncia)</b>						
No	635 (85.2)	19-6-29-46	63.9	47.2	83.1	31.3
Sí	110 (14.8)	13-5-34-48	68.2	51.8	88.2	36.4
valor-p		0.333 <sup>c</sup>	0.452 <sup>d</sup>	0.434 <sup>d</sup>	0.236 <sup>d</sup>	0.351 <sup>d</sup>

a: Tras excluir 19 que no respondieron a la pregunta sobre actividad profesional (764-19=745).

b: Véase Pie de Tabla 6 para el significado de estas variables.

c: test de Mann-Whitney.

d: chi cuadrado corregida por continuidad.

**Tabla 5.12. Actitud ante el riesgo de cáncer oral, hábito tabáquico y recomendaciones de los dentistas (n=764).**

Variable	Descripción n (%)	Fuma <sup>a</sup> (%)	Activ. <sup>a</sup> (%)	Plan <sup>a</sup> (%)	Recomiendo <sup>a</sup> (%)	Exijo <sup>a</sup> (%)
Todos	764 (100)	17-6-30-47	64.8	47.8	83.8	31.7
-----						
Examino tejidos blandos						
No	142 (18.6)	15-4-30-51	62.7	44.4	76.1	16.9
Sí	622 (81.4)	18-6-30-46	65.3	48.6	85.5	35.0
valor-p		0.184 <sup>b</sup>	0.626 <sup>c</sup>	0.419 <sup>c</sup>	0.008 <sup>c</sup>	<0.001 <sup>c</sup>
-----						
Palpo siempre lengua y suelo						
No	507 (66.4)	18-6-29-47	64.9	47.1	82.6	28.6
Sí	257 (33.6)	17-5-31-46	64.6	49.0	86.0	37.7
valor-p		0.841 <sup>b</sup>	0.998 <sup>c</sup>	0.677 <sup>c</sup>	0.279 <sup>c</sup>	0.013 <sup>c</sup>
-----						
Palpo sistemáticamente cuello						
No	670 (87.7)	18-6-29-47	64.2	46.7	83.4	31.5
Sí	94 (12.3)	15-3-36-46	69.1	55.3	86.2	33.0
valor-p		0.794 <sup>b</sup>	0.407 <sup>c</sup>	0.146 <sup>c</sup>	0.600 <sup>c</sup>	0.864 <sup>c</sup>
-----						
¿Realizas biopsias?						
No	575 (77.3)	18-6-28-48	65.9	47.1	84.3	29.2
Sí	169 (22.7)	16-5-33-45	61.5	49.7	82.8	40.2
NS/NC (n)	(22)					
valor-p		0.812 <sup>b</sup>	0.339 <sup>c</sup>	0.616 <sup>c</sup>	0.726 <sup>c</sup>	0.009 <sup>c</sup>
-----						
¿Lesiones sospechosas has remitido?						
0	66 (10.3)	17-3-20-61	54.5	48.5	68.2	27.3
1-4	273 (42.5)	21-7-29-44	65.9	48.7	87.9	34.4
5-14	205 (31.9)	17-6-33-44	64.9	47.3	87.3	30.2
15-300	98 (15.3)	13-4-36-47	70.4	50.0	84.7	33.7
NS/NC (n)	(122)					
media±de	9.6±20.3					
valor-p		r <sub>s</sub> =-0.02 p=0.556 <sup>d</sup>	0.925 <sup>c</sup>	0.646 <sup>c</sup>	0.737 <sup>c</sup>	0.072 <sup>c</sup>
-----						
¿Recibido cursos precáncer y cáncer?						
No	274 (37.4)	22-7-25-47	60.9	47.8	81.8	27.0
Sí	458 (62.6)	15-5-32-48	67.2	48.5	85.8	34.3
NS/NC (n)	(32)					
valor-p		0.241 <sup>b</sup>	0.099 <sup>c</sup>	0.923 <sup>c</sup>	0.176 <sup>c</sup>	0.049 <sup>c</sup>
-----						
¿Debe el Colegio organizar campañas contra el cáncer oral?						
No	382 (50.0)	17-7-33-43	58.9	40.3	78.8	25.9
Sí	382 (50.0)	18-4-27-51	70.7	55.2	88.7	37.4
valor-p		0.088 <sup>b</sup>	<0.001 <sup>c</sup>	<0.001 <sup>c</sup>	<0.001 <sup>c</sup>	<0.001 <sup>c</sup>

a: Véase Pie de Tabla 6 para el significado de estas variables.

b: test de Mann-Whitney.

c: chi cuadrado con corrección de Yates.

d: correlación de Spearman, con las variables originales de la primera columna (sin recodificar).

e: test de student, con las variables originales de la primera columna (sin recodificar).

**Tabla 5.13. Resultados descriptivos de los expertos en primera y segunda vueltas (n=28)**

Ítem	1ª vuelta Distribución <sup>a</sup>	2ª vuelta Distribución
1. Papel actual del dentista español	0-2-13-6-4-1-2-0	0-0-17-4-6-0-1-0
2. Papel en 2020 del dentista español	0-0-0-2-1-11-8-6	0-0-0-1-1-12-9-5
4. Importancia de barreras para el tratamiento		
Falta de tiempo	0-4-3-3-3-6-4-5	0-3-0-0-9-7-4-5
Falta de formación	0-1-0-1-2-8-8-8	0-0-0-0-0-11-9-8
Falta de de incentivo económico (no se paga)	0-4-2-2-3-4-7-6	0-2-1-1-7-4-13-0
Los pacientes no suelen ver al dentista en ese rol	0-1-1-6-4-2-8-6	0-0-0-5-4-3-10-6
5. Importancia formación dentista para el tratamiento		
Formación pregraduada	0-0-0-3-3-5-7-10	0-0-0-1-0-10-6-11
Formación postgraduada	0-0-1-2-2-5-11-7	0-0-1-1-0-7-12-7
Formación continua	0-0-1-0-4-4-9-10	0-0-0-0-1-8-9-10
7. Papel actual en el tratamiento del tabaquismo?		
Dentista	0-0-20-4-1-2-1-0	0-0-21-4-2-0-1-0
Personal auxiliar dentista (higienista, auxiliar)	0-9-11-6-0-2-0-0	0-8-14-5-0-1-0-0
Médico (medicina científica-tradicional)	0-0-0-6-8-8-5-1	0-0-0-6-9-8-5-0
Medicina alternativa (acupuntura, homeopatías, etc.)	0-2-5-9-5-4-3-0	0-0-7-9-6-5-1-0
Farmacéutico	1-2-9-8-6-0-2-0	0-1-10-8-7-0-1-1
Psicólogo	1-1-3-7-8-7-1-0	0-1-2-7-9-8-1-0
Personal de enfermería	0-0-8-3-10-5-2-0	0-0-7-3-12-6-0-0
Campañas en medios de comunicación	0-0-5-3-7-9-2-2	0-0-5-2-8-10-3-0
8. Papel en 2020 en el tratamiento del tabaquismo?		
Dentista	1-0-0-2-2-8-7-8	0-0-0-1-2-9-8-8
Personal auxiliar dentista (higienista, auxiliar)	1-0-3-3-3-6-7-5	0-0-2-3-4-7-7-5
Médico (medicina científica-tradicional)	1-0-0-1-0-5-8-13	0-0-0-0-0-5-9-14
Medicina alternativa (acupuntura, homeopatías, etc.)	1-2-5-2-4-4-4-6	0-2-4-3-4-4-4-7
Farmacéutico	1-1-1-4-6-7-2-6	0-1-0-4-7-7-3-6
Psicólogo	1-0-0-2-2-8-6-9	0-0-0-1-3-8-7-9
Personal de enfermería	2-0-1-2-4-5-6-8	0-0-0-2-5-6-7-8
Campañas en medios de comunicación	2-0-0-1-3-8-6-8	0-0-0-0-4-8-8-8
9. Importancia dentista en el tratamiento en:		
En clínicas del Sistema Público:	1-1-5-3-1-8-5-4	0-0-3-4-2-9-6-4
En clínicas privadas:	1-0-5-3-2-5-7-5	0-0-4-3-2-5-9-5
10. ¿Cómo incrementar dentista en el tratamiento?		
Informar a población desde el SNS	1-0-2-3-4-2-7-9	0-0-1-3-5-3-7-9
Informar desde el Consejo General de Dentistas	1-0-1-2-2-6-4-12	0-0-1-2-3-6-3-13
11. Importancia del dentista en:		
Anamnesis y exploración (cáncer oral)	1-0-0-0-1-0-5-21	1-0-0-0-0-0-5-22
Breve intervención motivacional	1-0-0-3-3-2-4-15	1-0-0-1-3-2-4-17
Intervención intermedia	1-0-0-3-4-2-8-10	1-0-0-2-4-2-8-11
Intervención plena (farmacología)	5-1-1-6-4-2-4-5	4-1-1-7-4-2-4-5

a: Número de expertos en las categorías Missing-1-2-3-4-5-6-7. Para pregunta 11 la categoría «Missing» se refiere a los que contestan «No» (véase cuestionario).

**Tabla 5.14. Resultados de los expertos en primera y segunda vueltas (n=28)**

Item	1ª vuelta		2ª vuelta		Valor-p (comparación)	
	n	media (de)	n	media (de)	medias <sup>a</sup>	varianzas <sup>b</sup>
1. Papel actual del dentista español	28	2,82 (1,31)	28	2,71 (1,05)	0,326	0,260
2. Papel en 2020 del dentista español	28	5,54 (1,10)	28	5,57 (0,96)	0,713	0,468
4. Importancia de barreras para el tratamiento						
Falta de tiempo	28	4,29 (2,07)	28	4,75 (1,71)	0,010	0,331
Falta de formación	28	5,57 (1,40)	28	5,89 (0,83)	0,083	0,009
Falta de de incentivo económico (no se paga)	28	4,64 (2,11)	28	4,75 (1,53)	0,587	0,100
Los pacientes no suelen ver al dentista en ese rol	28	4,89 (1,77)	28	5,29 (1,44)	0,039	0,283
5. Importancia formación dentista para el tratamiento						
Formación pregraduada	28	5,64 (1,37)	28	5,93 (1,05)	0,018	0,180
Formación postgraduada	28	5,57 (1,35)	28	5,75 (1,17)	0,057	0,486
Formación continua	28	5,79 (1,29)	28	6,00 (0,90)	0,083	0,071
7. Papel actual en el tratamiento del tabaquismo?						
Dentista	28	2,57 (1,10)	28	2,43 (0,92)	0,212	0,351
Personal auxiliar dentista (higienista, auxiliar)	28	2,11 (1,10)	28	2,00 (0,90)	0,375	0,310
Médico (medicina científica-tradicional)	28	4,54 (1,14)	28	4,43 (1,03)	0,326	0,621
Medicina alternativa (acupuntura, homeopatías, etc.)	28	3,46 (1,43)	28	3,43 (1,17)	0,713	0,305
Farmacéutico	27	2,96 (1,26)	28	3,07(1,30)	0,663	0,850
Psicólogo	27	3,74 (1,20)	28	3,86 (1,15)	0,327	0,824
Personal de enfermería	28	3,64 (1,28)	28	3,61 (1,10)	0,745	0,430
Campañas en medios de comunicación	28	4,21 (1,45)	28	4,14 (1,27)	0,424	0,493
8. Papel en 2020 en el tratamiento del tabaquismo?						
Dentista	27	5,63 (1,21)	28	5,71 (1,08)	0,327	0,562
Personal auxiliar dentista (higienista, auxiliar)	27	4,96 (1,63)	28	5,04 (1,50)	0,327	0,680
Médico (medicina científica-tradicional)	27	6,19(1,00)	28	6,32 (0,77)	0,327	0,186
Medicina alternativa (acupuntura, homeopatías, etc.)	27	4,44 (2,04)	28	4,57 (2,03)	0,110	0,962
Farmacéutico	27	4,74 (1,65)	28	4,86 (1,56)	0,327	0,754
Psicólogo	27	5,67 (1,24)	28	5,71 (1,15)	0,327	0,698
Personal de enfermería	26	5,42 (1,47)	28	5,50 (1,29)	0,327	0,499
Campañas en medios de comunicación	26	5,65 (1,16)	28	5,71 (1,05)	0,327	0,595
9. Importancia dentista en el tratamiento en:						
En clínicas del Sistema Público:	27	4,52 (1,85)	28	4,82 (1,56)	0,166	0,396
En clínicas privadas:	27	4,78 (1,80)	28	4,96(1,71)	0,327	0,782
10. ¿Cómo incrementar dentista en el tratamiento?						
Informar a población desde el SNS	27	5,33 (1,69)	28	5,39 (1,55)	0,327	0,659
Informar desde el Consejo General de Dentistas	27	5,70 (1,49)	28	5,68 (1,52)	0,327	0,927
11. Importancia del dentista en:						
Anamnesis y exploración (cáncer oral)	27	6,70 (0,67)	27	6,81 (0,40)	0,185	0,010
Breve intervención motivacional	27	5,93 (1,47)	27	6,22 (1,22)	0,118	0,354
Intervención intermedia	27	5,67 (1,41)	27	5,81 (1,33)	0,212	0,760
Intervención plena (farmacología)	23	4,61 (1,83)	24	4,54 (1,82)	1,000	0,976

a: t-student para muestras apareadas.

b: Test de Snedecor. En la gran mayoría fue no significativo, lo que indica que el criterio de parada (dos vueltas) es adecuado.

**Tabla 5.15. Encuesta Delphi a Expertos. ¿En cuáles de las siguientes circunstancias cree que el dentista debe ofrecer un programa de tratamiento del tabaquismo en el consultorio? (cabén varias opciones).**

Respuesta	Nº expertos
Pacientes con enfermedades periodontales (piorrea)	19
Pacientes a los que se les va a colocar implantes	17
Pacientes con lesiones en mucosa oral	18
Pacientes embarazadas	13
Pacientes con alto riesgo de caries	6
A todos los pacientes fumadores	21

Nota: los expertos han podido aportar más de una de estas sugerencias.

**Tabla 5.16. Encuesta Delphi a Expertos. ¿Qué medidas se le ocurren para que el dentista pueda potenciar la incorporación de un programa de el tratamiento del tabaquismo en su consultorio (por ejemplo incorporándolo a la oferta asistencial, incluyéndolo en los presupuestos dados en la primera visita, etc.)?**

Respuesta	Nº expertos
Fidelización e información a los pacientes	6
Mayor concienciación por parte de los dentistas	7
Mayor formación del dentista	6
Incluir en cartera de servicios AP <sup>a</sup>	9
Incorporar a la oferta asistencial	11
Desarrollo de una guía práctica para el dentista desde el Consejo General	3
Creación de un logotipo que relacione salud oral y tabaco	1

Nota: los expertos han podido aportar más de una de entre todas estas sugerencias.

a: Atención Primaria

**Tabla 5.17. Dispersión de criterio de expertos en primera y segunda vueltas (n=28)**

Item	1ª vuelta CV (%)	2ª vuelta CV (%)
1. Papel actual del dentista español	46,5	38,7
2. Papel en 2020 del dentista español	19,9	17,2
4. Importancia de barreras para el tratamiento		
Falta de tiempo	48,3	36,0
Falta de formación	25,1	14,1
Falta de de incentivo económico (no se paga)	45,5	32,2
Los pacientes no suelen ver al dentista en ese rol	36,2	27,2
5. Importancia formación dentista para el tratamiento		
Formación pregraduada	24,3	17,7
Formación postgraduada	24,2	20,3
Formación continua	22,3	15,0
7. Papel actual en el tratamiento del tabaquismo?		
Dentista	42,8	37,9
Personal auxiliar dentista (higienista, auxiliar)	52,1	45,0
Médico (medicina científica-tradicional)	25,1	23,3
Medicina alternativa (acupuntura, homeopatías, etc.)	41,3	34,1
Farmacéutico	42,6	42,3
Psicólogo	32,1	29,8
Personal de enfermería	35,2	30,5
Campañas en medios de comunicación	34,4	30,7
8. Papel en 2020 en el tratamiento del tabaquismo?		
Dentista	21,5	18,9
Personal auxiliar dentista (higienista, auxiliar)	32,9	29,8
Médico (medicina científica-tradicional)	16,1	12,2
Medicina alternativa (acupuntura, homeopatías, etc.)	45,9	44,4
Farmacéutico	34,8	32,1
Psicólogo	21,9	20,1
Personal de enfermería	27,1	23,5
Campañas en medios de comunicación	20,5	18,4
9. Importancia dentista en el tratamiento en:		
En clínicas del Sistema Público:	40,9	32,4
En clínicas privadas:	37,7	34,5
10. ¿Cómo incrementar dentista en el tratamiento?		
Informar a población desde el SNS	31,7	28,8
Informar desde el Consejo General de Dentistas	26,1	26,8
11. Importancia del dentista en:		
Anamnesis y exploración (cáncer oral)	10,0	5,9
Breve intervención motivacional	24,8	19,6
Intervención intermedia	24,9	22,9
Intervención plena (farmacología)	39,7	40,1

a: coeficiente de variación porcentual  $(=de/medio) \times 100$ . Si es mayor del 50% se suele interpretar como signo de no acuerdo.



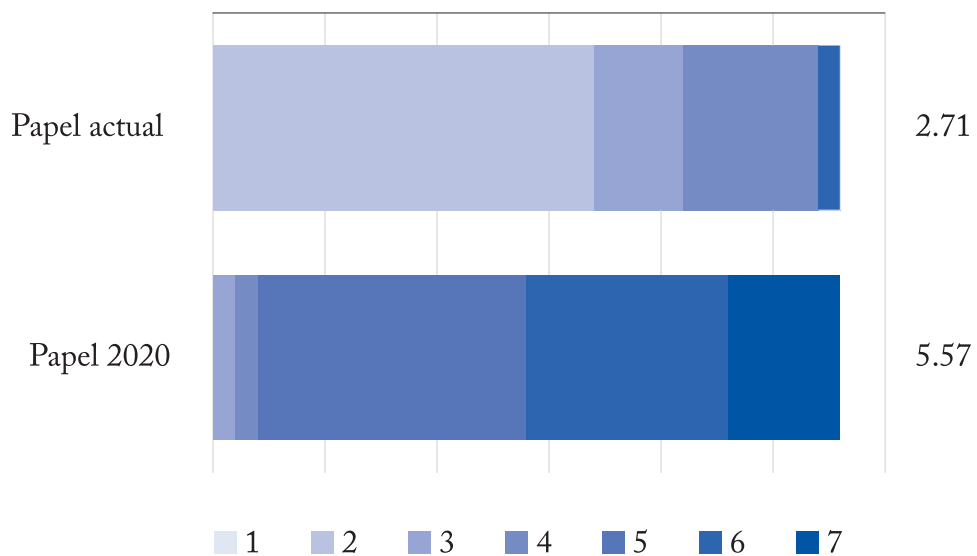


Fig. 5.1. Papel actual y futuro del dentista en el tratamiento del tabaquismo.

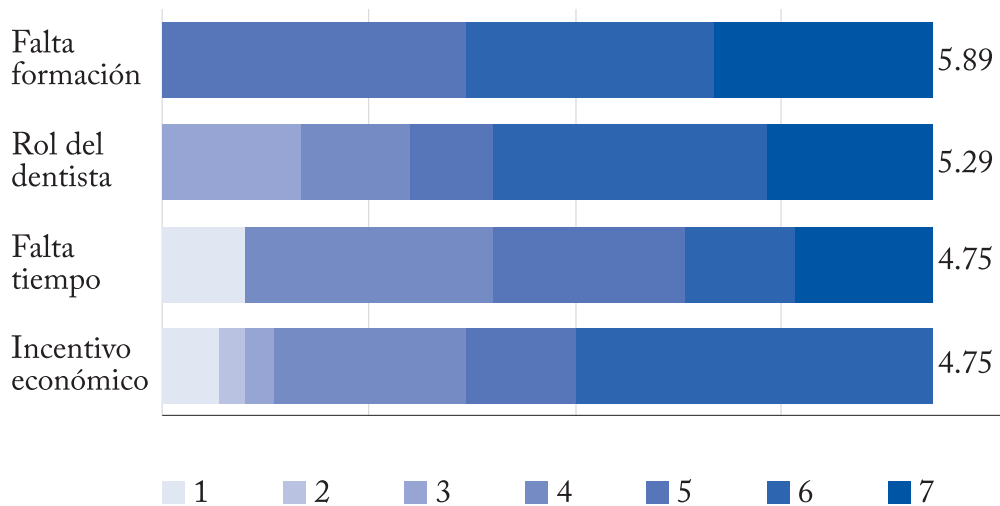


Fig. 5.2. Importancia de las barreras en el tratamiento del tabaquismo.

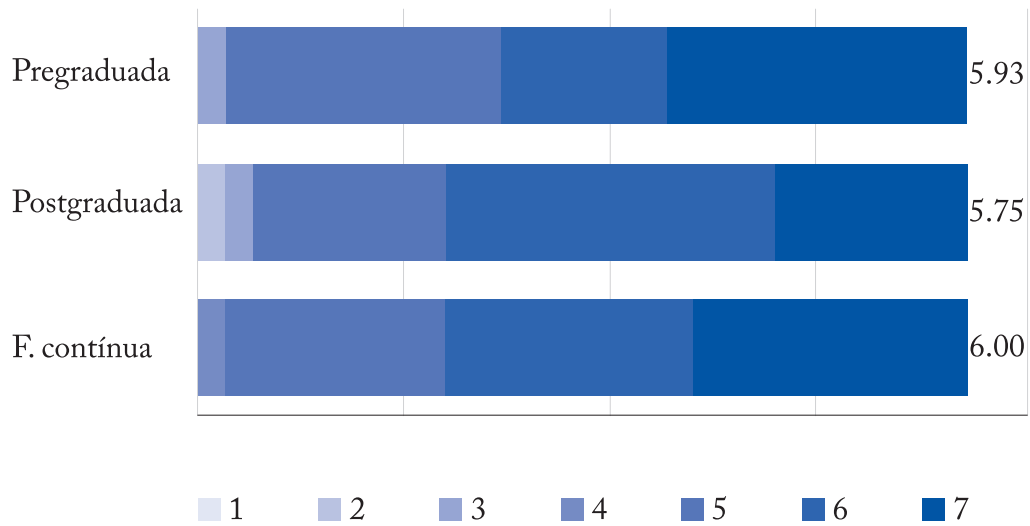


Fig. 5.3. Importancia de la formación en el tratamiento del tabaquismo.

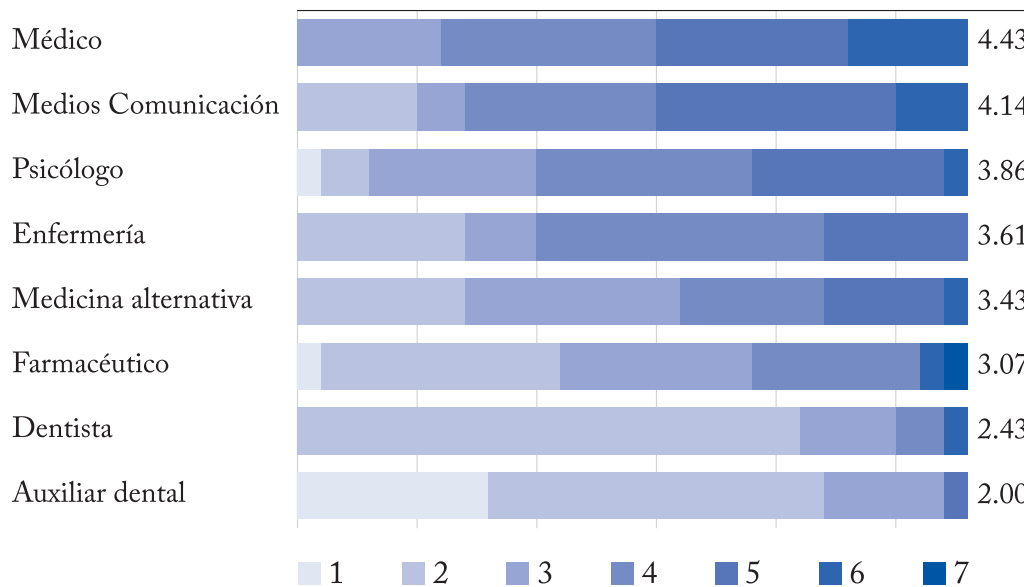


Fig. 5.4. Papel actual de los siguientes actores en el tratamiento del tabaquismo.

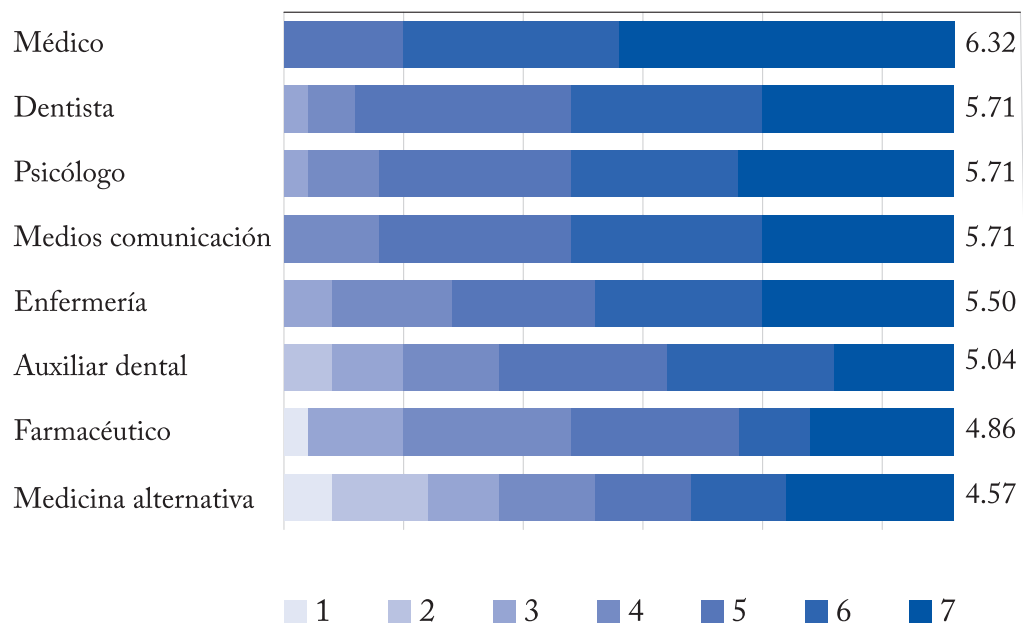


Fig. 5.5. Papel presumible en el 2020 de los siguientes actores en el tratamiento del tabaquismo.

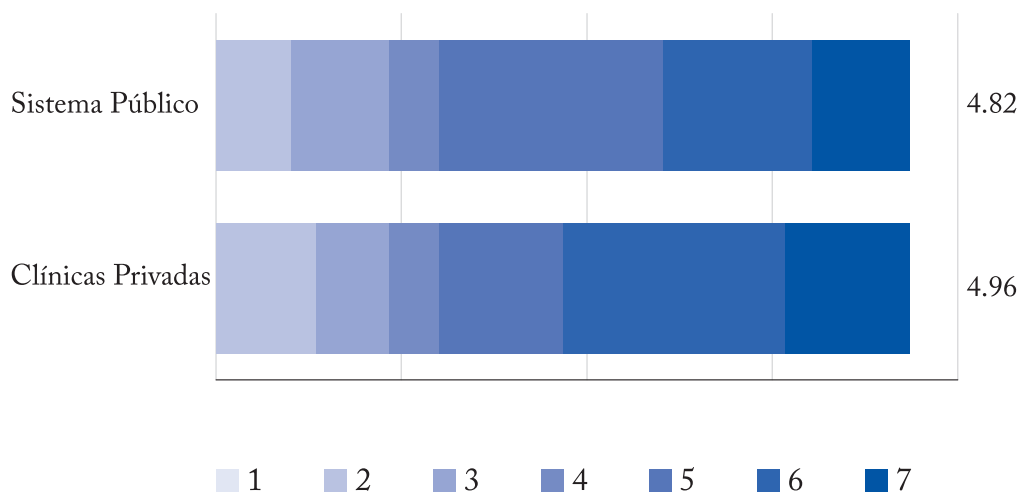


Fig. 5.6. Importancia del dentista en el tratamiento del tabaquismo en función del entorno laboral.

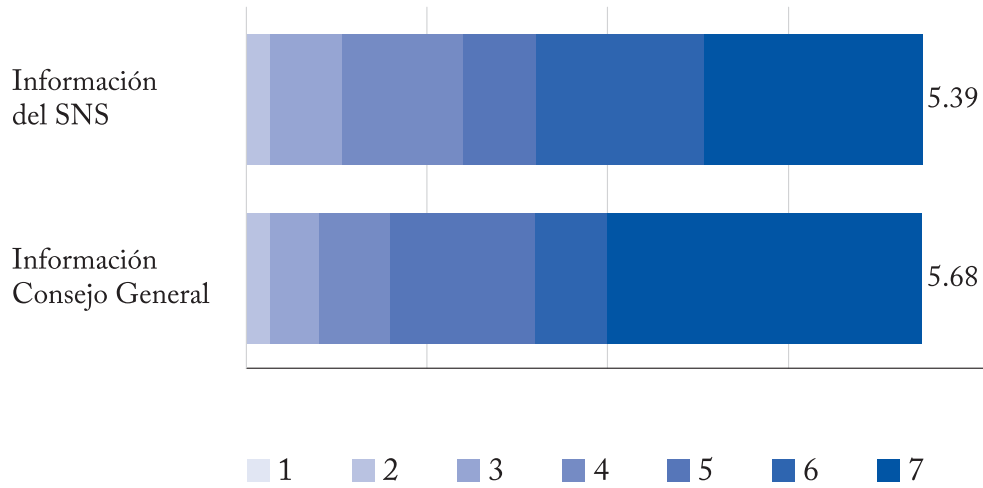


Fig. 5.7. Cómo incrementar la labor del dentista en el tratamiento del tabaquismo.

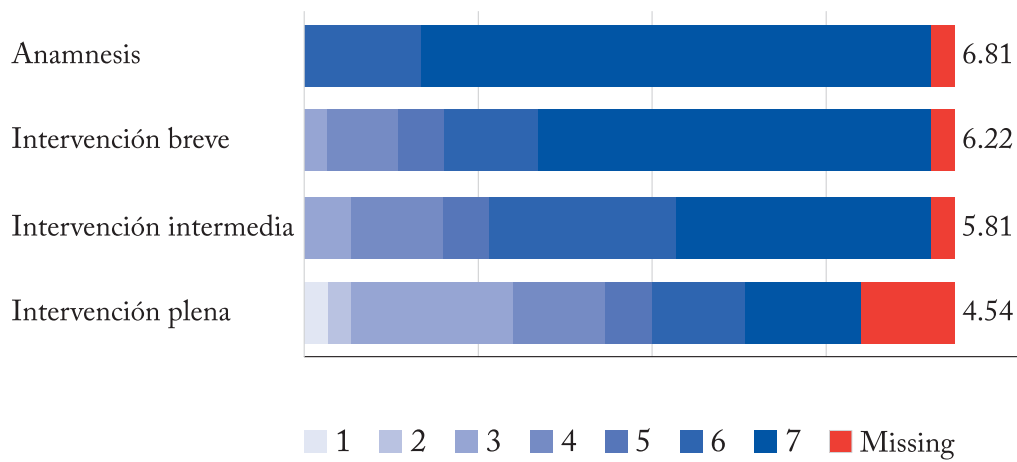


Fig. 5.8. Competencias del dentista en el tratamiento del tabaquismo.

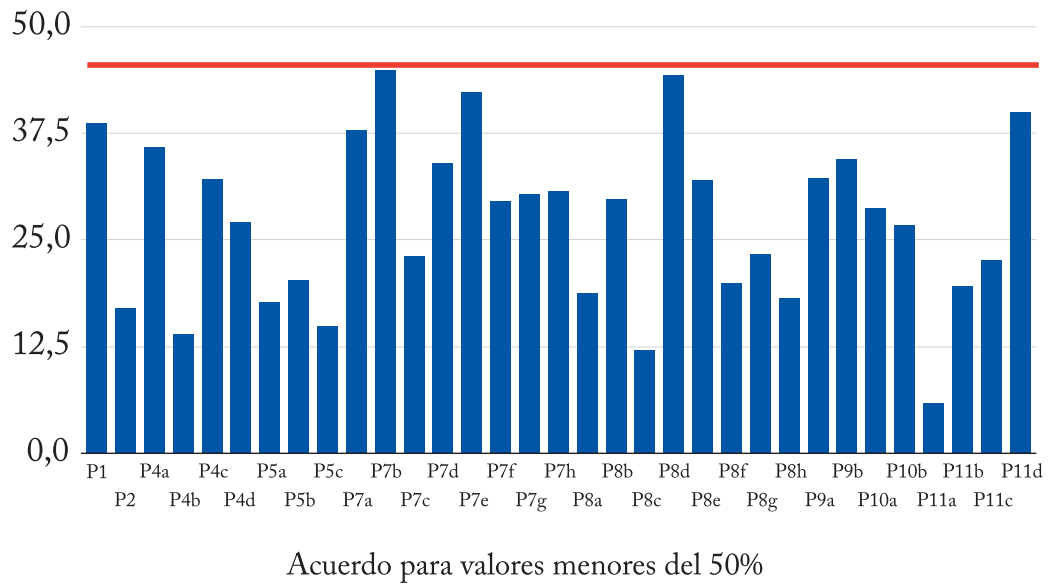


Fig. 5.9. Dispersión de criterio de expertos en segunda vuelta.

6.

DISCUSIÓN



## 6.1. ENCUESTA A DENTISTAS

El porcentaje de fumadores entre los dentistas es igual que el de la población general, pero fuman menos cantidad (el 55,1% de los dentistas fuman 10 cigarrillos o menos frente al 36,9% de la población general) y son más los que quieren dejarlo (el 59,0% frente al 49,2%). Los dentistas al igual que la población general fuman sobre todo cigarrillos y, comparados con la población general, consumen menos puros o pipas [1].

La ENS 2013 refleja un aumento en el número de no fumadores y un descenso en el de ex fumadores, con respecto a los dentistas y a la población general en 2008. Parece que en los últimos años, aunque la tasa de fumadores se mantiene estable, hay más gente que no empieza a fumar [1].

Aunque nos ha llamado la atención que hay un 17,9% de dentistas fumadores habituales que fuman en la consulta, hay que tomar este dato con cautela, puesto que los resultados de esta encuesta son anteriores a la ley del tabaco de 2010, en la que se prohíbe fumar en los centros de trabajo (ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias contra el tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco).

Al igual que en la población general, la inmensa mayoría de los dentistas (92,8%) que han conseguido dejar de fumar lo han hecho sin tratamiento [15]. Y esa actitud no sólo se observa en el pasado: sólo el 44% de los dentistas fumadores habituales se acogerían a un plan de tratamiento del tabaquismo pese a que el éxito en la cesación es mayor si los fumadores se someten a él.

En nuestra opinión todos los dentistas deberían estar preparados y concienciados para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar. Hay un 16% de dentistas que no recomiendan a sus pacientes dejar de fumar, lo que debería preocuparnos. Este porcentaje es casi el doble en el grupo de los dentistas fumadores habituales. Es, cuando menos, sorprendente que existan profesionales de la salud que no recomienden a sus pacientes que dejen de fumar. Los dentistas fumadores y sobre todo los ocasionales son los que menos creen que deberíamos ser activistas antitabaco; los que más, los no fumadores (más que los ex fumadores, como que cabría pensar a priori).



También sorprende que sólo un 32 % de los dentistas exijan a sus pacientes que dejen el tabaco ante determinados tratamientos, dada la mayor tasa de fracasos que comportan, aunque esta conducta profesional también es discutible, como veremos más adelante.

Los dentistas fumadores y sobre todo los habituales son los que más interesados están en un plan de tratamiento de tabaquismo para dentistas. Aunque en principio parece obvio, no deja de llamar la atención el hecho de que el 56% de ellos no se acogería a él. Además, es razonable deducir que si ellos mismos no están interesados en recibir tratamiento difícilmente se lo ofrecerán a sus pacientes. Como ya se ha mencionado, los dentistas fumadores, y, sobre todo los habituales, son los menos recomiendan a sus pacientes dejar de fumar. Por consiguiente, parece que el hecho de fumar influye negativamente sobre la capacidad de ayudar a los pacientes a dejar el consumo.

#### **6.1.1. Edad y sexo**

Al igual que en la población general, los dentistas fuman menos al aumentar la edad, sobre todo a costa de un aumento de los ex fumadores.

En cuanto al sexo, no encontramos relación con el hábito tabáquico entre los dentistas, pero sí en la población general, donde encontramos mayor número de mujeres no fumadoras y de hombres ex fumadores. Esta discrepancia con el grupo de dentistas quizás podría explicarse porque las mujeres se han incorporado a esta profesión recientemente y las diferencias halladas en el grupo general podrían estar muy influenciadas por la variable edad.

#### **6.1.2. Formación graduada y postgraduada**

Como se ha visto en el capítulo de Resultados, este criterio de segmentación no arroja diferencias.

#### **6.1.3. Formación continuada**

La formación continuada y la pertenencia o no a sociedades científicas tampoco se asocian con diferencias en el consumo de tabaco por los dentistas, ni con su actitud ante los pacientes.

#### 6.1.4. Perfil profesional

Es difícil de explicar el hecho de que los dentistas «especializados» en algún perfil profesional recomienden menos que los generalistas a los pacientes que dejen de fumar. Quizás piensen que ya se ha encargado de ello el generalista o que su tiempo es más valioso.

Sin embargo cuando se analizan los distintos perfiles de «especialidades» por separado, encontramos que los cirujanos bucales, odontopediatras y especialistas en oclusión/ATM exigen más que los generalistas a sus pacientes periodontales o en tratamiento con implantes que abandonen el consumo de tabaco. En todo caso, estos datos hay que tomarlos con cautela. De hecho es bastante inverosímil que un odontopediatra trate a muchos pacientes con periodontitis o con necesidad de una rehabilitación sobre implantes, aunque resulta comprensible su actuación antitabaco en los escolares cercanos a la adolescencia

Los dentistas más satisfechos profesionalmente son los que más exigen a sus pacientes que dejen de fumar antes de realizar tratamiento de implantes o de periodontitis. Sería lógico que un profesional que sabe que los tratamientos que va a realizar tienen peor pronóstico en un paciente fumador le exija a éste que lo deje, pero parece que sólo lo llevan a cabo aquellos que se sienten muy satisfechos con su trabajo. Esto también podría estar relacionado con el hecho de que estos profesionales altamente satisfechos de su trabajo podrían tener un mayor número de pacientes (no parece lógico pensar que un dentista que tiene la agenda muy vacía esté muy contento con su profesión) y por tanto, prefieran no tratar a aquéllos que, en principio, tienen más posibilidades de fracaso o de aparición de complicaciones. Sin embargo, esto también es discutible, ya que las mismas afirmaciones serían aplicables a otro tipo de pacientes, los diabéticos por ejemplo, y no parece creíble que a éstos se les niegue tratamiento dental por el hecho de serlo, aunque, por supuesto, se les debe pedir a aquellos que no tienen buenos controles de glucemia que los mejoren. En nuestra opinión también se le debe pedir a los fumadores que abandonen el hábito y no sólo en caso de periodontitis o de rehabilitaciones con implantes, sino siempre. No obstante, el hecho de que un paciente no pueda o no quiera dejar de fumar no debería, o al menos eso creemos, traer como consecuencia que el paciente no sea tratado.

Cuanto mayor es la concienciación de que el dentista tiene un papel importantísimo en la detección precoz del cáncer oral (examen de tejidos blandos, palpación sistemática de la lengua y el suelo de la boca, práctica de biopsias, formación continuada en precáncer y cáncer oral), mayor es la implicación con el tabaco.

A este respecto, **nos resulta llamativo el hecho de que casi un 20% de los dentistas reconocen que no incluyen en su exploración del paciente el examen de los tejidos blandos, más de la mitad no palpan la lengua ni el suelo de la boca y casi el 90% no examinan el cuello en busca de posibles adenopatías.**<sup>1</sup> En nuestra opinión resulta complicado esperar de un profesional que no se toma la molestia de realizar estas sencillas y eficaces maniobras se ocupe de conocer y tratar el hábito tabáquico de sus pacientes.

Aunque los conocimientos sobre el cáncer oral se adquieren durante los estudios universitarios, los colegios profesionales y las sociedades científicas organizan frecuentemente cursos para recordar o ampliar la formación de los dentistas en este tema. Se aprecia una asociación positiva de los que han recibido alguno de estos cursos y de los que están a favor de que los colegios realicen campañas contra el cáncer oral con una mayor exigencia a sus pacientes con patología periodontal o que van a ser tratados con implantes de que dejen de fumar, verosímilmente por estar más concienciados sobre los efectos nocivos del tabaco.

## 6.2. CRÍTICAS Y LIMITACIONES METODOLÓGICAS AL MÉTODO DELPHI

El método Delphi es un proceso interactivo que se desarrolla en varias rondas o fases. Los resultados de cada ronda se recopilan y se reenvían a todos los participantes. A través de sucesivas interacciones, se invita a los expertos a reevaluar sus respuestas en base a los resultados globales de los participantes. Durante todo este proceso se mantiene el anonimato entre los expertos con la finalidad de evitar posibles posiciones de prevalencia y mantener la plena autonomía de todos los expertos. Intentaremos analizar y responder, en el contexto de nuestra investigación, a las diferentes críticas a las que ha sometido el método Delphi.

---

<sup>1</sup> Aunque estos datos son ajenos al objetivo de esta Tesis, nos parecen muy importantes y dignos de resaltar. De ahí la negrita.

### *Coste de tiempo*

Tradicionalmente, los estudios Delphi eran muy laboriosos y requerían de una gran inversión de esfuerzo y de tiempo ocasionado por todo el proceso de envío por correo, recolección de datos y arduo seguimiento de los que no contestaban en una u otra fase del proceso.

Estos inconvenientes se han resuelto con la utilización de versiones electrónicas del Delphi, denominadas «e-Delphi». El tiempo y coste del proceso se ha reducido considerablemente, los datos son recopilados electrónicamente y se puede remitir una información mucho más detallada a los participantes en cada una de las rondas o circulaciones [63]. En el presente estudio, todo el proceso de «e-Delphi» pudo realizarse en un periodo de 3 meses, incluyendo los análisis y el control de pérdidas.

### *Atrición*

Otra crítica a la que se ha sometido el método Delphi hace referencia a la atrición (pérdidas) que se va produciendo conforme se avanza en las sucesivas rondas o circulaciones. Esta potencial pérdida de participantes se debe fundamentalmente a que, normalmente, el proceso suele necesitar de varias semanas o incluso meses para su finalización puesto que cada ronda requiere una inversión no menospreciable de tiempo para los panelistas.

En nuestro caso concreto no hemos tenido ninguna pérdida durante el estudio, de manera que hemos conseguido disponer de la información de los 28 expertos inicialmente seleccionados. Pensamos que las precauciones que se tomaron para minimizar las pérdidas, a saber, simplificar el cuestionario, comunicar claramente a los panelistas las diferentes fases del estudio desde el principio, agilizar los análisis y por lo tanto conseguir disminuir el tiempo entre las diferentes rondas y realizar un seguimiento escrupuloso de los que se retrasaban en el proceso, nos han permitido alcanzar este grado de participación.

### *Falta de rigurosidad del método*

Sackman [64], el mayor detractor del Delphi, lo considera un método acientífico, normalmente mal administrado y no conforme a los principios psicométricos estándares. Sin embargo, otros muchos autores, entre los que destaca Linstone [65], opinan que esta crítica es errónea pues olvida que el

método Delphi no ha sido diseñado para determinar la causalidad sino como técnica para facilitar la deliberación de unos expertos acerca de una temática concreta, sintetizando de manera ordenada esa información. Pensamos, en efecto, que a través del método Delphi se pueden abordar aspectos cualitativos como el analizado en la presente investigación, sin más pretensión que la de sistematizar las opiniones diversas de los expertos consultados.

El método Delphi ha sido también criticado por su falta de clarificación en la definición de lo que se considera «experto» [66,67]. Otros [68] le acusan de facilitar la conformidad más que el consenso y de promover respuestas simplistas a problemas complejos. Para Rowe y Wright [67], los panelistas con opiniones divergentes se verán más fácilmente abocados a abandonar el proceso Delphi, por lo que el consenso puede ser tan sólo el resultado de un fenómeno de atrición, es decir que aquellos expertos que no logran ponerse de acuerdo con la mayoría acaban abandonando el estudio.

Como ya hemos comentado, no parece ser el caso en nuestro estudio teniendo en cuenta que no abandonó el mismo ningún experto.

#### *Número de expertos*

En relación al tamaño necesario de expertos en los estudios Delphi, existe una enorme divergencia. En la literatura lo más habitual es recurrir a un número de expertos comprendido entre 15-30 con el objeto de garantizar un grupo lo suficientemente heterogéneo. Sin embargo, a pesar de no estar establecido, con criterios claros, cuál debe ser el número recomendable mínimo de expertos, si se conoce que más allá de 20-25 expertos, no parece existir un aumento claro en la confiabilidad de los resultados obtenidos [69].

En nuestro estudio se decidió optar por un número de 28 expertos de diferentes perfiles profesionales muy variados (ámbito sanitario diverso, universitarios, responsables de salud pública, políticos etc.). Coincidimos con Powell [70] en que un panel de expertos con una mayor diversidad de perspectivas alcanza un juicio más preciso que el obtenido a través de un grupo homogéneo.

#### *Criterios de veracidad*

Linstone y Turoff [62] sugieren que el método Delphi es apropiado para resolver problemas que «no requieren técnicas analíticas pero que pueden beneficiarse de juicios subjetivos basados en una colectividad». El Delphi es un

método para estructurar un proceso de comunicación grupal con el objeto de sistematizar la exploración del problema [64,71].

Spencer et al. [72] afirman que una de las formas de veracidad en investigación es precisamente el «acuerdo de que es veraz». Este es el caso del método Delphi: la verdad es experimental, derivada de un proceso inductivo y basada en un «acuerdo suficientemente amplio». Scheele [73] explica que en el proceso Delphi, la realidad es negociada con el grupo, es decir, se va construyendo entre todos los participantes incluidos en el estudio.

Debido a que el número de panelistas es habitualmente pequeño, el Delphi no pretende alcanzar resultados estadísticamente significativos. En otras palabras, los resultados alcanzados por cualquier panel Delphi no predicen las respuestas de otro grupo diferente de panelistas. Solamente representa la síntesis de las opiniones de un determinado grupo de expertos, ni más, ni menos [74].

En la presente investigación se ha tenido especial cuidado en intentar seleccionar expertos de muy diversos perfiles profesionales, todos ellos con opiniones y responsabilidades específicas en la materia objeto del estudio.

El criterio de selección de los expertos se ha basado exclusivamente en su nivel de «compromiso» con la temática abordada. Quizás hubiese sido deseable incluir en el panel a alguna voz representativa de la sociedad civil en general. Sin embargo, la inclusión de expertos con responsabilidades políticas a nivel nacional, de algún modo soslaya esta posible omisión, pues al fin y al cabo, no dejan de ser también voz autorizada de esa sociedad civil.

#### *Síntesis de las opiniones de expertos*

El método Delphi, como ya ha sido comentado, se basa en un intento de alcanzar el consenso. Sin embargo, no existe un método estándar que determine ese nivel de consenso [75]. Se sabe que la mayoría de los cambios en las respuestas de los panelistas suele ocurrir de la primera a la segunda ronda. A partir de entonces se obtiene muy poca ganancia de nuevos criterios a lo largo de las interacciones sucesivas [76].

Uno de los métodos para agregar los juicios subjetivos de los expertos con el objeto de obtener una opinión colectiva es mediante el promedio de las respuestas de los participantes. Se ha comprobado que este método es robusto para agregar juicios grupales [77-79]. Algunos recomiendan incluir un análisis ponderado de los resultados, asignando a cada experto un peso específico

en función de su mayor o menor grado de especialización en la materia. Sin embargo, este método ha sido duramente criticado por la mayoría, al considerarlo un artefacto muy subjetivo, pues los criterios de ponderación son, forzosamente, artificiales.

En relación a los análisis, nos hemos limitado a exponer una descriptiva de los resultados del grupo de expertos. Tan sólo hemos introducido un análisis de dispersión de criterios de expertos, como complemento a la información anterior (Tabla 5.17 y Figura 5.9).

#### *Garantía en la validez de los datos*

El Delphi es una forma de procedimiento de encuesta y por lo tanto debe seguir los protocolos del diseño y administración de las encuestas. La garantía de los resultados depende del control de calidad a lo largo de todo el proceso [80]. Ello incluye una máxima motivación de los expertos a lo largo de todo el estudio, asegurar una máxima claridad en las preguntas y unas instrucciones claras para los participantes [81]. En el presente estudio se ha intentado respetar esos criterios.

En relación al cuestionario, una vez redactado, se envió a varios peritos (grupo asesor, formado por 4 miembros) para su validación. Realizada esta primera parte, el cuestionario se envió a los expertos, junto con una hoja de instrucciones claras, que incluían los objetivos de la investigación, las fases del mismo así como el calendario previsto del estudio.

Con respecto a la motivación de los participantes, ésta se realizó al inicio del estudio (contacto telefónico previo), al finalizar la primera ronda de respuestas (mediante correo electrónico recordando la importancia de la segunda fase). Tanto en la primera como en la segunda fase, se tuvo especial cuidado en realizar un seguimiento de las pérdidas, incluso mediante refuerzo telefónico. Todas estas precauciones explican probablemente el hecho de que no haya habido pérdidas a lo largo de la investigación.

En relación a la codificación de las respuestas y a la informatización de las mismas, se realizó un *doble análisis* para descartar posibles errores de codificación y/o tabulación tal y como recomienda Scheuren [80].

Desde la introducción del Delphi en la década de los años 50, se ha aprendido mucho acerca de cómo mejorar el rigor con la finalidad de asegurar una mayor validez de los datos. Las sugerencias se centran en 3 áreas: (a) selección



adecuada y motivación de los expertos, (b) elaboración del cuestionario y (c) dirección del proceso.

En relación a la selección y motivación de los expertos, los puntos clave se centran en elegir panelistas heterogéneos, procedentes de diversos perfiles, y bien motivados a la largo de todo el estudio. Es muy importante en este sentido que los expertos perciban que sus aportaciones son relevantes para el normal desarrollo del estudio.

En cuanto a la elaboración del cuestionario, las instrucciones de relleno deben ser claras, las preguntas concisas, sin ambigüedades y fáciles de entender por todos. Es imprescindible realizar un pretest previo al inicio del Delphi al objeto de detectar posibles errores o falsas interpretaciones.

Finalmente, en relación a la dirección del estudio, es fundamental evitar los sesgos, explicar el motivo de la investigación. No debe transcurrir demasiado tiempo entre las diferentes rondas al objeto de no disminuir el interés y motivación de los expertos. Las opiniones divergentes deben ser consideradas y agradecidas.

En la presente investigación, como se ha comentado en apartados anteriores (tanto en Material y Metodología como en este apartado de Discusión), se ha intentado en todo momento respetar en todas sus facetas las recomendaciones para la realización de estudios Delphi.

Uno de los puntos criticables es la ausencia de una reunión de consenso que hubiese permitido un contacto cara a cara final para debatir sobre algunos aspectos concretos. Sin embargo, tanto por los resultados obtenidos en el «e-Delphi» (con una baja dispersión de criterios entre expertos) como por motivos operativos y logísticos (dispersión geográfica de los expertos amén de agendas muy comprometidas), se decidió prescindir de la misma. No obstante, cabe resaltar que de ningún modo las reuniones de consenso forman parte obligada de un proceso «e-Delphi» puesto que, precisamente la gran ventaja de un trabajo electrónico es precisamente ahorrar tiempo y dinero.

### **6.3. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO DELPHI**

#### **6.3.1. Papel del dentista en el tratamiento del tabaquismo**

Para la mayoría de los expertos, el papel actual del dentista en la deshabituación tabáquica tiene una baja importancia. Casi todos coinciden, no obstante, en que ese papel será mucho más relevante en el escenario del año 2020.



En relación a la situación actual, ello es congruente con la realidad clínica. Si bien es común que los dentistas (8 de cada 10) recomienden a sus pacientes fumadores dejar de hacerlo, esta recomendación no suele acompañarse de mayores medidas.

Los expertos son claramente optimistas acerca de un incremento en el peso relativo del papel del dentista en este campo. Este hecho no es exclusivo de nuestro país. Estudios realizados en Estados Unidos [82] muestran que los dentistas son mucho menos propensos a facilitar consejos para dejar de fumar que los médicos. Muchos dentistas entrevistados se quejan de que sus pacientes suelen abandonar los tratamientos cuando se les incluye en un programa de desintoxicación tabáquica, aún cuando esta percepción no corresponde con la realidad, a saber, un incremento de la satisfacción de los pacientes [83,84]. En Estados Unidos entre el 13-50% de los dentistas afirman dar consejos de cesación de manera rutinaria a sus pacientes fumadores [85], muy por detrás de las cifras alcanzadas en el ámbito de la práctica médica [86].

### **6.3.2. Circunstancias para el ofrecimiento de un tratamiento antitabáquico**

En nuestro estudio, nos llama mucho la atención que solamente la mitad de los expertos consideren que los dentistas deban realizar programas de tratamiento del tabaquismo en las embarazadas (Tabla 5.15). También nos parece digno de mención que no lleguen ni a un 70% el porcentaje de expertos que no consideran necesario tal ofrecimiento a aquellos pacientes con lesiones en la mucosa oral. No obstante, esto podría explicarse, como veremos más adelante, por el hecho de que la mayoría de los expertos en tabaquismo coinciden en que el dentista debe informar sobre los riesgos que conlleva para sus pacientes el seguir fumando de manera que fomente un cambio de conducta en aquellos que se preocupan por su salud. Sin embargo, los expertos también coinciden en no está claro que sea el dentista quien deba implicarse en profundidad en el tratamiento del tabaquismo.

### **6.3.3. Importancia de las barreras en el tratamiento del tabaquismo**

En cuanto a las principales barreras, los expertos consideran que la más importante es la falta de formación seguido del hecho de que los pacientes

no perciban al dentista en ese rol. Otras barreras tales como la falta de tiempo y el escaso incentivo económico, pasan a segundo lugar. Existen diversos estudios que se han ocupado también de analizar las barreras para aplicar las técnicas de tratamiento del tabaquismo en las consultas dentales [87]. Estas incluyen (a) una escasa formación [88], (b) falta de tiempo y de reembolso de las acciones [10], (c) problemas organizativos en el consultorio dental, (d) actitud fatalista frente a los beneficios de la acción, (e) hostilidad y rechazo del paciente.

Si bien no abundan estos estudios que analizan las posibles barreras al tratamiento del tabaquismo en el campo dental, algunos autores coinciden en la importancia de la formación como clave indispensable para llevarla a cabo [89,90]. Comprueban que, en efecto, aquellos proveedores de servicios sanitarios que han recibido formación específica en el tratamiento del tabaquismo perciben menos barreras a la hora de introducir los consejos a sus pacientes y son más propensos a hacerlo. Sin embargo, el conocimiento de los distintos enfoques del tratamiento del tabaquismo y el desarrollo de las capacidades para el mismo, si bien son obligados, no son necesariamente suficientes para mejorar el control del tabaquismo en el entorno dental. Otro aspecto importante señalado por Qu [89] en un estudio Delphi similar al nuestro es la necesidad de poner a disposición de los dentistas suficiente material (folletos, videos, etc.) para facilitarles su labor en el tratamiento del tabaquismo.

En relación a la barrera económica (no reembolso de las acciones), debemos destacar que este aspecto ha sido señalado en otro estudio Delphi [89] como muy relevante. En nuestro estudio, si bien no ocupa el primer lugar en las barreras, también aparece como muy importante.

Otra de las barreras que perciben los dentistas para llevar a cabo acciones para mejorar el tabaquismo entre sus pacientes es que temen que queden insatisfechos. A pesar de que exista cierta «evidencia» de que los pacientes valoran positivamente estas acciones, esto no es bien conocido por los dentistas [91]. Por ello, coincidimos con Qu [89] en la conveniencia de realizar estudios de opinión entre la población diana susceptible de recibir estos consejos sobre tratamiento del tabaquismo, es decir los pacientes. Ello permitiría conocer el punto de vista de los pacientes en relación a las acciones emprendidas, resaltando aquellas que puedan ser percibidas como más efectivas.

#### **6.3.4. Importancia de la formación del dentista en el tratamiento del tabaquismo**

Nada tenemos que decir sobre este epígrafe, ya que no tenemos elementos de comparación, salvo que estimamos provechoso, desde el punto de vista sanitario, la inclusión de formación en el tratamiento del tabaquismo dentro de los estudios de Grado de los odontólogos, y que esperamos rinde buenos dividendos socio-sanitarios.

#### **6.3.5. y 6.3.6. Papel actual y futuro de los siguientes actores en el tratamiento del tabaquismo**

En nuestro estudio, cuando se consulta a los expertos en relación a la importancia actual que tienen los diferentes agentes en el tratamiento del tabaquismo, el médico y los medios de comunicación se sitúan en lo alto del listado. Al dentista se le asigna una importancia más baja. En cuanto al papel en el año 2020, el médico sigue en primer lugar seguido por el dentista, psicólogo y medios de comunicación, los tres con la misma importancia.

Es curioso que el 20% de los consultados consideren a la medicina alternativa muy importante en la actualidad. No hacen sino reflejar una realidad social, a pesar de la falta de «evidencia» científica que avale la medicina alternativa para el tratamiento del tabaquismo [60,61]. La mayoría de los estudios coinciden en que el papel del dentista debería ser mucho mayor de lo que en realidad es en el tratamiento del tabaquismo. Y ello porque el dentista tiene una posición privilegiada para poder desarrollar su labor debido a las características de sus intervenciones [92].

#### **6.3.7. Importancia del dentista en el tratamiento del tabaquismo en función del entorno**

Los expertos no encuentran ninguna diferencia de cómo debe abordar el dentista el problema del tabaquismo de sus pacientes, entre los entornos público y privado. Realmente resulta difícil plantear diferencias de enfoque terapéutico sin tener elementos de comparación entre el impacto económico y el impacto sanitario (y por lo tanto, de la costo-efectividad), de ser incorporado el tratamiento del tabaquismo al catálogo de prestaciones del Sistema Público.

### **6.3.8. Cómo incrementar la labor del dentista en el tratamiento del tabaquismo**

Existe muy poca investigación acerca de las estrategias específicas que pueden ser de utilidad para facilitar el tratamiento del tabaquismo en el consultorio dental. Las intervenciones para modificar los comportamientos de los dentistas se han basado generalmente en una perspectiva ética que probablemente no sea la más adecuada o relevante para la población diana [93, 94]. Algunos autores recomiendan realizar estudios específicos de otras perspectivas con el objeto de analizar cuáles serían las estrategias más eficientes para introducir el tratamiento del tabaquismo en el contexto odontológico [89]. En nuestro estudio, los expertos señalan como medidas prioritarias para que el dentista pueda potenciar la incorporación de un programa de tratamiento del tabaquismo en su consultorio, su inclusión en la cartera de servicios de la Atención Primaria e incorporándolo a la oferta asistencial.

### **6.3.9. Importancia del dentista en las acciones específicas del tratamiento del tabaquismo**

Analizando más a fondo las acciones concretas del dentista en el tratamiento del tabaquismo, la mayoría de los expertos opinan que el dentista tiene un papel importante en (a) las acciones de anamnesis sobre el consumo de tabaco y exploración oral completa, (b) breve intervención, es decir motivar al paciente para que deje de fumar y entregarle algún tipo de material informativo, y (c) intervención intermedia, remitiendo al paciente a un programa de tratamiento del tabaquismo. Sin embargo piensan que su papel en la intervención farmacológica en estos programas es más dudosa. Ello coincide plenamente con la mayoría de los autores especialistas en tabaquismo [95].

Pensamos que, en efecto, todo profesional de la salud debe conocer y aplicar al menos el consejo sanitario, y debe hacerlo siempre y a todos sus pacientes. Coincidimos en que las intervenciones del equipo dental pueden incrementar los porcentajes de abandono del consumo de tabaco. También pensamos que los dentistas se encuentran en una posición única para educar y motivar a sus pacientes en lo relativo a los peligros del tabaco sobre su salud oral y sistémica, suministrándole las intervenciones necesarias dentro del contexto de los cuidados rutinarios proporcionados.

### **6.3.10. ¿Qué medidas se le ocurren para que el dentista pueda potenciar la incorporación de un programa de desintoxicación tabáquica en su consultorio?**

Como hemos señalado, las medidas apuntadas son muy básicas, dado el retraso actual en la visión de los dentistas como agentes prioritarios en el tratamiento del tabaquismo: formación, concienciación social e inclusión en la cartera de servicios sanitarios públicos.

### **6.3.11. Observación final sobre la convergencia de criterio de los expertos**

Por último, creemos que es significativa la convergencia de criterio (acuerdo) de los expertos (a pesar de provenir de distintos perfiles profesionales). Como se observa en la Tabla 5.17 y en la figura 5.9, el coeficiente de variación en la segunda vuelta ha sido inferior al 50% para todos los ítems.

7.

CONCLUSIONES



*Con respecto a la encuesta a dentistas*

1. (Al objetivo 1). Una cuarta parte de los dentistas españoles son fumadores, y de ellos, la mayoría, querría dejar de fumar. El sexo no se asocia a este hábito.

2. (Al objetivo 2). Dos tercios de los dentistas creen que el dentista debe ser un activista antitabaco, y la inmensa mayoría recomienda a sus pacientes dejar de fumar. El factor socioprofesional más relacionado con recomendar o exigir dejar el tabaco a los pacientes se refiere a la formación específica en cáncer oral, a los dentistas que manifiestan explorar sistemáticamente partes blandas, a los que realizan biopsias y a los que están a favor de que los colegios profesionales se impliquen en la formación sobre el cáncer oral.

*Respecto al estudio Delphi*

3. (Al objetivo 3). Los expertos coinciden en una muy baja relevancia del papel del dentista en el tratamiento del tabaquismo en la actualidad. Sin embargo, 9 de cada 10 piensan que se incrementará en el escenario del 2020 hasta posicionarse muy próximo al papel del médico.

4. (Al objetivo 4). La principal barrera de los dentistas en el tratamiento del tabaquismo es la falta de formación. La falta de tiempo y de incentivo económico son percibidas por los expertos como barreras de menor relevancia.

5. (Al objetivo 5). En relación con la formación de los dentistas en el tratamiento del tabaquismo, debe mejorarse tanto en sus facetas pre y postgraduada, como en el capítulo de formación continua.

6. (Al objetivo 6). En cuanto a la importancia de los distintos actores en el tratamiento del tabaquismo, los expertos coinciden en que el más importante tanto actualmente como en el futuro es el médico. El segundo puesto actualmente está ocupado por los medios de comunicación, sin embargo, para el futuro ese puesto está compartido entre los medios de comunicación, los dentistas y los psicólogos.



7. (Al objetivo 7). Existe una práctica unanimidad de los expertos en considerar a la anamnesis y a la exploración del paciente como competencia clave del dentista en el tratamiento del tabaquismo. La mitad de los expertos no consideran que la intervención plena sea competencia del dentista.

8. A pesar del diferente perfil profesional de los expertos, se llega a un elevado consenso de criterio en el Delphi.

8.

BIBLIOGRAFÍA



1. Informe de resultados de la encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas en relación al consumo de tabaco. Madrid 2008. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Disponible en [http://cnpt.es/doc/pdf/Informe Encuesta 08.pdf](http://cnpt.es/doc/pdf/Informe%20Encuesta%2008.pdf). Acceso desde abril de 2012. Estudio realizado con la cofinanciación del Ministerio de Sanidad y Consumo.
2. <http://www.ine.es/inebmenu/indice.htm>
3. Salvador Manzano M, Antona Rodríguez MJ, Ayesta Ayesta F, et al. Intervención interdisciplinar en tabaquismo. Documento de consenso. SEDET, 2010.
4. Pardell H, Saltó E, Tresseras R, Salleras LL. Tabaco y profesionales de la salud en España. En: Becoña E (Coord). Libro blanco de prevención del tabaquismo. Barcelona: Glosa Ediciones, 1998, pp 265-293.
5. Marcelo Daniel H. Estrategias de la industria del tabaco en España: grupos de presión, marketing y publicidad al servicio de un producto adictivo. *Med Clin (Barc.)* 2005;124:220-222.
6. Marín Tuyá D. Convención de Ginebra para el control del tabaco: la salud prevalece sobre el producto. *Med Clin (Barc.)* 2003;121:253-255.
7. Mata N, Díez-Gañán L, Galán I. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid número 9. Volumen 13. Septiembre 2007. Informes: Vigilancia del Consumo de tabaco, exposición ambiental y mortalidad atribuible en la Comunidad de Madrid. Madrid: Dirección General de Salud. Consejería de Sanidad de Madrid, 2007.
8. Enquesta sobre hàbits i actituds respecte al tabaquisme en professionals sanitaris. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Catalunya, 2002.
9. Johnson NW. The role of the dental team in tobacco cessation. *Eur J Dent Educ* 2004;8:18-24.
10. Carr AB, Ebbert JO. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;25:CD005084.
11. Mayoral J, Chavez M, Ribera M. La candidiasis oral. Revisión de la literatura. *Revista Odontológica de Especialidades* 2009.
12. Sanz Alonso M, Argemí Renom J, Sánchez Pozo A, García Román A, Rodríguez Sánchez F. Libro blanco. Título de grado en Odontología. Madrid: Agencia nacional de evaluación de la calidad y acreditación, 2004.

13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta nacional de salud de España. Madrid: MNC, 2003.
14. Becoña Iglesias E, Vázquez González F. Dejar de fumar como un proceso: implicaciones asistenciales. En: Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Barcelona: Glosa, 1998.
15. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction* 2004;99:29-38.
16. Royal College of Physicians. Nicotine addiction in Britain. A report of the tobacco advisory group of the Royal college of Physicians. London: Royal College of Physicians, 2000.
17. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.:CD001118. DOI: 10.1002/14651858. CD001118. 2005.
18. U.S.Department of Health and Human Services. Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General. Atlanta: DHHS, 2000.
19. Soto Mas FG, et al. El proceso de abandono del tabaquismo: teoría, investigación y práctica. *Gac Sanit* 2001;15(Supl.4):49-54.
20. Russell MA, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners' advice against smoking. *Br Med J* 1979;2:231-235.
21. Martín C, Jane C, Nebot M. Evaluación anual de un programa de ayuda al fumador. *Aten Primaria* 1993;12:86-90.
22. Martín C, Córdoba R, Jane C, et al. Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a fumadores. *Med Clin (Barc.)* 1997;109:744-748.
23. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art. No.: CD001188. DOI: 10.1002/14651858. CD001188. 2004.
24. Lancaster T, Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of systematic reviews* 2004, Issue 4. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858. CD000165. 2004.
25. US Public Health Service. Guía de tratamiento del tabaquismo. Barcelona: Sociedad Española de Neumología y Cirugía torácica, 2010.
26. Camarelles F, Salvador T, Ramón JM, et al. Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. Observatorio para la Prevención del Tabaquismo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
27. Alvarez S, Veiga S. Abordaje del tabaquismo: intervención sistemática. En: Ayesta FJ, et al. Manual de tabaquismo para profesionales sanitarios. Ceuta: Ingesa-CA, 2006.

28. Jiménez CA, Barrueco M, Solano S, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. *Arch Bronconeumol* 2003;39:35-41.
29. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax* 1998;53(5 Sup):s1-s19.
30. Jiménez CA, Solano S, Barrueco M, et al. Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas en tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2001;37:382-388.
31. Secker-Walker RH, Gnich W, Platt S, Lancaster T. Community interventions for reducing smoking among adults. The Cochrane Library, Issue 2, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. 2006.
32. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Configurando la salud pública en una nueva Europa. Libro de evidencia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000.
33. Moragues MD, Nebot M, Ballestín M, Saltó E. Evaluación de una intervención comunitaria (Programa "Quit and Win") para dejar de fumar. *Gac Sanit* 1999;13:456-461.
34. Zhu SH, Anderson C, Tedeschi GJ, et al. Evidence of real-world effectiveness of a telephone quitline for smokers. *N Engl J Med* 2002;347:1087-1093.
35. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD002850. DOI: 1002/14651858. CD002850. 2006.
36. Carreras Castellet JM, Flétes Dóniga I, Quesada Laborda M, Sánchez Torrecilla B, Sánchez Agudo L. Diseño y primera evaluación de tratamiento del tabaquismo por teléfono. Comparación con un modelo estándar. *Med Clin (Barc.)* 2007;128:247-250.
37. 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;64:202-211.
38. Sánchez-Agudo L, Carreras Castellet JM. Unidades de tabaquismo por internet. *Arch Bronconeumol* 2007;43:1-3.
39. Bock B, Graham A, Sciamanna C, et al. Smoking cessation treatment on the internet: content, quality and usability. *Nicotine Tob Res* 2004;6:207-219.
40. Millis MA, Dunbar P. Reviews of computer-generated outpatient health behaviour interventions. *J Am Med Inform Assoc* 2001;8:62-79.

41. García-Galbis Marín J, Leal Hernández M, Hernández Menarguez F, Abellán Alemán J. Tratamiento farmacológico en la deshabitación tabáquica. Ventajas e inconvenientes de los tratamientos actuales. *Semergen* 2012;38:505-510.
42. Jiménez-Ruiz CA, de Granda Orive JI, Solano Reina S, Carrión Valero F, Romero Palacios P, Barrueco Ferrero M. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2003;39:514-523.
43. Martín F, Corral LP. Tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Trastornos Adictivos* 2004;6:103-112.
44. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146. 2004.
45. Ramón Torrell JM, Masuet Aumatell C. Actualización del tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Butlletí d'informació terapèutica* 2011: 22, 1. ISSN 0213-7801. ISSN 1579-9441.
46. Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED, Offord KP, et al. A comparison of sustained release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997;337:1195-1202.
47. Hays JR, Hurt RD, Wolter TD, et al. Bupropion SR for relapse prevention. 6th annual conference of the Society for Research on Nicotine and tobacco. Arlington, 2010.
48. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999;340:685-691.
49. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs. sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *J Am Med Assoc* 2006;296:47-55.
50. Cahill K, Stead L, Lancaster T. Agonistas parciales de los receptores de la nicotina para el abandono del hábito de fumar. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 12. Art. No.: CD006103. DOI: 10.1002/14651858.CD006103. 2010.
51. Rollema H, Chambers LK, Coe JW, et al. Pharmacological profile of alfa4 beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist varenicline, and effective smoking cessation aid. *Neuropharmacology* 2007;52:985-994.
52. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, et al. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs. placebo or sustained-release

- bupropion for smoking cessation: A randomized controlled trial. *J Am Med Assoc* 2006;296:56-63.
53. Nides M, Oncken C, Gonzales D, et al. Smoking cessation with varenicline, a selective alpha4 beta2 nicotinic receptor partial agonist: results from a 7 week, randomized, placebo and bupropion controlled trial with 1 year follow up. *Arch Intern Med* 2006;166:1561-1568.
  54. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline. Rockville, MD: United States Department of Health and Human Services, 2000.
  55. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz N. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database of systematic Reviews* 2004; 3: CD000058. 2004.
  56. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of systematic Reviews* 2007; 24(1): CD000031. 2007.
  57. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *Am J Psychiatry* 1996;153:1-31.
  58. U.S. Department of Health and Human Services. Clinical practice guideline for Smoking cessation. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 1996.
  59. Le Foll B, Melihan-Cheinin P, Rostoker G, Lagrue G. Smoking cessation guidelines: evidence-based recommendations of the French Health Products Safety Agency. *Eur Psychiatry* 2005;20:431-441.
  60. White AR, Rampes H, Campbell JL. Acupuncture and related interventions for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD000009. DOI: 10.1002/14651858.CD000009. 2006.
  61. Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J. Hypnotherapy for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 2, Art. No.: CD001008. DOI: 10.1002/14651858.CD001008. 1998.
  62. Linstone HA, Turoff M. *The Delphi method: techniques and applications*. Boston, MA.: Addison-Wesley, 1975.
  63. Chou C. Developing the e-Delphi system: A web-based forecasting tool for educational research. *Br J Educ Tech* 2002;33:233-236.
  64. Sackman H. *Delphi assessment: expert opinion, forecasting and group process*. Santa Monica, CA: Rand Corporation, 1974.
  65. Linstone HA. Eight basic pitfalls: a checklist. En: Linstone HA, Turoff M (eds). *The Delphi method: techniques and applications*. Boston, MA: Addison-Wesley, 1975.



66. Fischer RG. The Delphi method: a description, review, and criticism. *J Acad Librarianship* 1978;4:64-70.
67. Rowe G, Wright G. The Delphi technique as a forecasting tool: issues and analysis. *Int J Forecasting* 1999;15:353-375.
68. Stewart TR. The Delphi technique and judgmental forecasting. *Climatic Change* 1987;11:97-113.
69. Hogarth RM. A note on aggregating opinions. *Organizational Behavior and Human Performance* 1978;21:40-46.
70. Powell C. The Delphi technique: myths and realities. *J Advanced nursing* 2003;41:376-382.
71. Mitroff II, Turoff M. Philosophical and methodological foundations in Delphi. En: Linstone HA, Turoff M (eds). *The Delphi method: techniques and applications*. Boston,MA.: Addison-Wesley, 1975, pp 17-34.
72. Spencer L, Ritchie J, Lewis J, Dillion L. Quality in qualitative evaluation: a framework for assessing research evidence. 2003. Disponible en [http://www.policyhub.gov.uk/docs/qqe\\_rep.pdf](http://www.policyhub.gov.uk/docs/qqe_rep.pdf). Acceso en abril de 2011.
73. Scheele DS. Reality construction as a product of Delphi interaction. En: Linstone HA, Turoff M (eds). *The Delphi method: techniques and applications*. Boston,MA: Addison-Wesley, 1975, pp 35-67.
74. Gordon TJ. *The Delphi method*. Washington,DC.: American Council for the United Nations University, 1994.
75. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Advanced nursing* 2000;32:1008-1015.
76. Mitchell VW. The Delphi technique: an exposition and application. *Technology analysis & Strategic Management* 1991;3:333-358.
77. Larrick RP, Soll JB. Intuitions about combining opinions: misappreciation of the averaging principle. *Management Science* 2006;52:111-127.
78. Wallsten TS, Budescu DV, Erev I, Diederich A. Evaluating and combining subjective probability estimates. *J Behavioral Decision Making* 1997;10:243-268.
79. Winkler RL, Clemen RT. Multiple experts vs. multiple methods: combining correlation assessments. *Decision Analysis* 2004;1:167-176.
80. Scheuren F. *What is a survey*: American Statistical Association, Alexandria, VA, 2004.
81. Barribeau P, Butler B, Corney J, et al. *Survey research*. Acceso el 20-junio-2011 de <http://writing.colostate.edu/references/research/survey>. 2005.

82. Warnakulasuriya S. Effectiveness of tobacco counseling in the dental office. *J Dent Educ* 2002;66(9):1079-1087.
83. Conroy MB, Majchrzak NE, Regan S, et al. The association between patient-reported receipt of tobacco intervention at a primary care visit and smokers' satisfaction with their health care. *Nicotine Tob Res* 2005;7:S29-S34.
84. Quinn VP, Stevens VJ, Hollis JF, et al. Tobacco-cessation services and patient satisfaction in nine nonprofit HMOs. *Am J Prev Med* 2005;29:77-84.
85. Albert D, Ward A, Ahluwalia K, Sadowsky D. Address tobacco in managed care: a survey of dentists' knowledge, attitudes, and behaviors. *Am J Public Health* 2002;92:997-1001.
86. Jaén CR, McIlvain H, Pol RL, et al. Tailoring tobacco counseling to the competing demands in the clinical encounter. *J Fam Pract* 2001;50:859-863.
87. Gordon JS, Lichtenstein E, Severson HH, Andrews JA. Tobacco cessation in dental settings: research findings and future directions. *Drug Alcohol Rev* 2006;25:27-37.
88. Hu S, Pallonen U, McAlister AL, et al. Knowing how to help tobacco users: dentists' familiarity and compliance with the clinical practice guideline. *J Am Dent Assoc* 2006;137:144-148.
89. Qu H, Houston TK, Shewchuk RM. Cognitive mapping tobacco control advice for dentistry: A dental PBRN Study. *Am J Health Behav* 2011;35:228-239.
90. Albert DA, Severson H, Gordon J, et al. Tobacco attitudes, practices, and behaviors: a survey of dentists participating in managed care. *Nicotine Tob Res* 2005;7(Suppl 1):S9-S18.
91. Victoroff ZK, Lewis R, Ellis E, Ntragatakis M. Patient receptivity to tobacco cessation counseling in an academic dental clinic: a patient survey. *J Public Health Dent* 2006;66:209-211.
92. Brotwell DJ. Should the use of smoking cessation product be promoted by dental offices? An evidence-based report. *J Can Dent Assoc* 2001;67:149-55.
93. Creswell JW. *Qualitative inquiry and research design choosing among five traditions*. Sage Publications, 1998.
94. Morris M, Kwok L, Annes D, Lickel B. Views from inside and outside: integrant emic and etic insights about culture and justice judgment. *Acad Manage Rew* 1999;24:781-796.
95. Córdoba R, Alisent R. Ética clínica y tabaco. *Med Clin (Barc.)* 2004;122:262-266.



ANEXO I.

ENCUESTA POSTAL A DENTISTAS ESPAÑOLES





Alcalá, 79-2º  
Tels.: 91 426 44 10\*  
Fax: 91 577 06 39  
28009 Madrid

*Ilustre Consejo General  
de  
Colegios de Odontólogos y Estomatólogos*

Querido/a amigo/a:

Necesitamos estudiar la opinión de los dentistas en diversas cuestiones de nuestra profesión que tendrán gran importancia para nuestro futuro, para procurar adoptar las mejores decisiones posibles. Con este motivo, se va a realizar una gran encuesta nacional, a los colegiados, sobre una muestra de 2.200 compañeros.

Para que los resultados sean representativos de la realidad, además de ser imprescindible un muestreo aleatorio, **es importante evitar factores de sesgo, como los que suelen derivarse de las "no-respuestas"**, que muchas veces no son consecuencia del azar, sino de formas de pensamiento que también se corresponden o correlacionan con algunas de las posiciones en las materias encuestadas.

Por todo lo dicho, siendo tú uno de los 2.200 colegiados seleccionados aleatoriamente para representar el pensamiento de nuestra colegiación, **te ruego encarecidamente nos concedas los 15 minutos que aproximadamente se requieren para responder meditadamente a esta encuesta**, y la respondas, teniendo en cuenta que:

- Las opciones de respuesta señaladas con un círculo, como el que inicia esta frase, son excluyentes (sólo se puede responder a una de ellas):
- Las indicadas con un cuadradito, como el del comienzo de esta frase, son compatibles con otras, por lo que cabe responder a más de una.

**Las zonas sombreadas** son campos abiertos para rellenar libremente.

Recuerda, es crucial que nos la devuelvas contestada, para prevenir el riesgo de esos sesgos mencionados de las "no-respuestas", que alteran las conclusiones.

Tu respuesta es, a todos los efectos, anónima. Aportamos dos sobres precisamente para garantizar tu anonimato. El franqueado va numerado para poder localizar las no-respuestas e insistir en pedir contestación a quien no la envíe a tiempo. En el otro sobre blanco es donde deberéis introducir la encuesta y éste, a su vez, en el franqueado.

Cuando los recibamos, el sobre en blanco, con tu encuesta, se introducirá en una urna. El sobre franqueado nos permitirá saber quien ha contestado y quien no, y una vez computado este dato, será destruido.

**En resumen: Mete tu encuesta en el sobre blanco, ciérralo, introdúcelo en el sobre franqueado y deposítalo en un buzón de correos.**

**Muchas gracias** por tu colaboración. **Es muy importante**. Nos permitirá saber a todos (entre ellos, tú), cuando la concluyamos y publiquemos, **qué es lo que los dentistas queremos y qué es lo que conviene hacer desde nuestra organización colegial.**

Recibe un cordial saludo.

Madrid, a 25 de enero de 2007

Manuel Alfonso Villa Vigil  
Presidente









## II ENCUESTA NACIONAL SOBRE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LOS DENTISTAS

**¿Qué tareas o tratamientos refieres o delegas en otros compañeros habitualmente en la consulta?**

Sistemáticamente...	Frecuentemente...
<input type="checkbox"/> Endodoncia 1-2 conducto	<input type="checkbox"/> Endodoncia 1-2 conducto
<input type="checkbox"/> Endodoncia molares	<input type="checkbox"/> Endodoncia molares
<input type="checkbox"/> Retratamientos	<input type="checkbox"/> Retratamientos
<input type="checkbox"/> Cirugía bucal	<input type="checkbox"/> Cirugía bucal
<input type="checkbox"/> Implantología (cirugía)	<input type="checkbox"/> Implantología (cirugía)
<input type="checkbox"/> Implantología (prótesis)	<input type="checkbox"/> Implantología (prótesis)
<input type="checkbox"/> Estética	<input type="checkbox"/> Estética
<input type="checkbox"/> Medicina bucal	<input type="checkbox"/> Medicina bucal
<input type="checkbox"/> Odontopediatría	<input type="checkbox"/> Odontopediatría
<input type="checkbox"/> Operatoria dental	<input type="checkbox"/> Operatoria dental
<input type="checkbox"/> Oclusión / ATM	<input type="checkbox"/> Oclusión / ATM
<input type="checkbox"/> Odontología preventiva	<input type="checkbox"/> Odontología preventiva
<input type="checkbox"/> Ortodoncia	<input type="checkbox"/> Ortodoncia
<input type="checkbox"/> Periodoncia	<input type="checkbox"/> Periodoncia
<input type="checkbox"/> Prótesis (prostodoncia)	<input type="checkbox"/> Prótesis (prostodoncia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**¿Realizas tú las biopsias de lesiones sospechosas?**

- No  
 Sí

**¿Cuántas lesiones malignas o sospechosas has remitido a un centro especializado en tu vida?:**

**¿En el caso de no hacer biopsias, que tiempo estima razonable, en demorar la remisión de un paciente que presente una lesión "sospechosa de malignidad"? (Expresarlo en días)**

**¿En su periodo de ejercicio profesional ha seguido algún curso específico sobre precáncer y cáncer oral?**

- Sí. ¿Cuántas?  
 No

**¿Dejas alguna vez a tus higienistas trabajar con pacientes cuando tienes que ausentarte de la consulta (sin que haya algún dentista presente)?**

- No  
 Sí

**¿Practicas consentimiento informado?**

- No suelo hacerlo, ...  
 para no alarmar al paciente con los riesgos  
 porque no lo creo necesario  
 porque

- Sí, con

- Información verbal  
 Información por escrito  
 Consentimiento verbal,  
 y anoto haberlo hecho en la historia clínica  
 no anoto haberlo hecho en la Hª clínica

- Consentimiento por escrito  
 En los tratamientos quirúrgicos o invasivos  
 Siempre, en todos los tratamientos

- Mediante ...

- formularios estándar  
 documentos personalizados expresamente elaborados para cada paciente

- Dando las explicaciones...

- yo mismo, personalmente  
 mis colaboradores

### ACTITUD HACIA EL TABACO:

- Fumo diariamente  cigarrillos  cigarros o pipas, desde hace unos  años

- Fumo en la consulta  
 Lo saben los pacientes  
 Querría dejar de fumar  
 Me acogería a un plan de deshabituación para dentistas

- Fumo ocasionalmente (soy fumador social)

- He fumado durante  años, y lo he dejado hace  años mediante:

- Fuerza de voluntad  
 Tratamiento médico  
 Tratamiento psicológico

- Ni fumo ni he fumado

- Recomiendo a mis pacientes dejar de fumar

- Exijo a los pacientes en tratamiento con implantes o con enfermedad periodontal que dejen de fumar

**¿Crees que el dentista debería ser un activista antitabaco?**

- Sí  No  No sé

**¿Crees que interesa un plan de deshabituación para dentistas?**

- Sí  No  No sé

**Si un paciente es seropositivo:**

- Lo trato en mi consulta dentro del horario normal, como cualquier otro paciente sin anotaciones llamativas en la ficha  
 Lo trato en mi consulta en un horario diferente  
 Lo derivo a otro centro  
 No le doy importancia  
 Lo registro en la historia, pero no hago una anotación llamativa  
 Hago una anotación llamativa en la historia clínica

### SATISFACCIÓN PROFESIONAL

Tu valoración de la profesión es (de 0 a 10):

Profesionalmente:  Económicamente:

**¿Recomendarías a tus hijos/nietos hacerse dentistas?**

- Sí  No  No sé

**¿Qué ingresos netos mensuales crees que debe tener un dentista asalariado al mes?:**

**¿Qué ingresos netos mensuales crees que debe tener un dentista en su clínica particular (es decir, considerando, además del trabajo, un rendimiento a su inversión)?:**

### ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

**¿Crees que se deben crear especialidades odontológicas?**

- No  
 Sí, las siguientes

<input type="checkbox"/> Endodoncia	<input type="checkbox"/> Estética odontológica
<input type="checkbox"/> Cirugía Bucal	<input type="checkbox"/> Medicina bucal
<input type="checkbox"/> Odontopediatría	<input type="checkbox"/> Oclusión / ATM
<input type="checkbox"/> Odontología preventiva	<input type="checkbox"/> Ortodoncia
<input type="checkbox"/> Periodoncia	<input type="checkbox"/> Prótesis (prostodoncia)
<input type="checkbox"/> Implantología	<input type="checkbox"/>

**¿Crees que se deben crear capacitaciones específicas para los estomatólogos?**

- No  
 Sólo si se crean especialidades odontológicas  
 Sí en todo caso, y sugiero las siguientes:

<input type="checkbox"/> Endodoncia	<input type="checkbox"/> Estética odontológica
<input type="checkbox"/> Cirugía Bucal	<input type="checkbox"/> Medicina bucal
<input type="checkbox"/> Odontopediatría	<input type="checkbox"/> Oclusión / ATM
<input type="checkbox"/> Odontología preventiva	<input type="checkbox"/> Ortodoncia
<input type="checkbox"/> Periodoncia	<input type="checkbox"/> Prótesis (prostodoncia)
<input type="checkbox"/> Implantología	<input type="checkbox"/>



# II ENCUESTA NACIONAL SOBRE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LOS DENTISTAS

## FORMACIÓN CONTINUADA

- Realizo al año  cursos y  horas, aproximad.  
 Elijo en función del  precio  del tema  del lugar  
 ¿Crees que deber ser obligatoria?

Mis temas preferentes son

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cirugía bucal           | <input type="checkbox"/> Periodoncia              |
| <input type="checkbox"/> Implantología (cirugía) | <input type="checkbox"/> Implantología (prótesis) |
| <input type="checkbox"/> Endodoncia              | <input type="checkbox"/> Estética odontológica    |
| <input type="checkbox"/> Medicina bucal          | <input type="checkbox"/> Odontopediatría          |
| <input type="checkbox"/> Odontología preventiva  | <input type="checkbox"/> Operatoria dental        |
| <input type="checkbox"/> Ortodoncia              | <input type="checkbox"/> Prótesis y oclusión      |
| <input type="checkbox"/> <input type="text"/>    | <input type="checkbox"/> <input type="text"/>     |

- Acudo anualmente a unos  Congresos, de:
- Me interesaría asistir a los Congresos del Consejo General (con predominio de temáticas profesionales), si mantienen precios, como máximo, menores de:  
 75 €  100 €  125 €  150 €  175 €

## SOBRE LA IMAGEN DE LA PROFESIÓN

Creas que nuestra Organización colegial...

- debe realizar campañas de promoción de salud bucal y de la visita periódica al dentista, a través de...  
 televisión  
 otros medios que los técnicos aconsejan
- debe realizar acciones sociales prestigiosas y populares para mejorar su imagen, como:  
 una campaña contra el cáncer  
 acciones sociales con colegiados voluntarios para personas económicamente desfavorecidas  
 participar con ONG's en el cuarto mundo (españoles sin posibilidades)  
 estoy dispuesto a participar personalmente, como voluntario, en alguna de esas acciones
- debe tener un gran gabinete de prensa para potenciar la imagen y prestigio de la profesión  
 debe contratar agencias de "lobby" (influencia) para ayudar a la consecución de objetivos de la profesión

¿Crees razonable dedicar a estos proyectos una parte del presupuesto del Consejo General?

- Sí, unos  € anuales por colegiado  
 No, no debe gastar en ellos  
 No sé

¿Cuál es tu valoración (con un número entero de 0 a 10) de las última campañas?:

... desde el punto de vista de tu gusto personal

- "Ven al dentista, ven" (TV, 2002):   
- "Te das cuenta de lo importante que es la boca en tu vida?" (TV, 2004):   
- "Proboca" (Semanales, junio 2005):

... teniendo en cuenta que los destinatarios no eran los dentistas sino amas de casa (madres de familia)

- "Ven al dentista, ven" (TV, 2002):   
- "Te das cuenta de lo importante que es la boca en tu vida?" (TV, 2004):   
- "Proboca" (Semanales, junio 2005):

... según su coste (unos 2 millones de euros, las de TV; unos 100.000 euros, la de los suplementos)

- "Ven al dentista, ven" (TV, 2002):   
- "Te das cuenta de lo importante que es la boca en tu vida?" (TV, 2004):   
- "Proboca" (Semanales, junio 2005):

## SOBRE EL FUTURO PROFESIONAL

¿Qué cuestiones de la profesión te preocupan para el próximo futuro?

- La imagen profesional  
 La disminución de la demanda asistencial  
 El exceso de dentistas  
 La competitividad de policlínicas y franquicias  
 La creación de especialidades y su competitividad  
 El intrusismo  
 La posibilidad de legalización del denturismo (tratamiento de los pacientes por el protésico)  
 Los seguros dentales  
 Las reclamaciones profesionales  
 La posibilidad de instalación independiente de los higienistas

¿Te parece que el Consejo General atiende o trabaja adecuadamente en esas cuestiones?  No  Sí

¿Qué crees que tiene descuidado?

- 

## RESPONDE SI PRACTICAS PROSTODONCIA

- Generalmente vacío las impresiones en la clínica  
 Generalmente remito las impresiones al laboratorio  
 Indico el diseño de las prótesis removibles  
 Para diseñar, tengo y utilizo un paralelizador  
 Tengo articulador(es) semiajustable(s), marca:  
     
 que uso sistemáticamente  
 que uso frecuentemente  
 que uso excepcionalmente

¿Cuántas citas necesitas en promedio desde la toma de impresiones hasta la colocación de las siguientes prótesis (ambas incluidas)?

- Para una completa, unas  citas  
- Para una prótesis esquelética, unas  citas  
- Para una corona, unas  citas  
- Para un puente unas  citas

Coste medio del laboratorio con el que trabajo, por:

- Un aparato de prótesis completa:  euros  
- Una prótesis esquelética de 5 dientes:  euros  
- Una corona metalocerámica:  euros  
- Una corona cerámica últ. generación:  euros

Precio al paciente (incluido laboratorio) de:

- Un aparato de prótesis completa:  euros  
- Una prótesis esquelética de 5 dientes:  euros  
- Una corona metalocerámica:  euros  
- Una corona cerámica últ. generación:  euros

En mis facturas a los pacientes:

- Desgloso el coste de laboratorio y mis honorarios  
 No hago este desglose, pero estoy dispuesto a hacerlo si el Colegio me lo recomienda  
 Englobo mis honorarios y el coste de laboratorio en un precio y concepto único, ...  
 que calculo aproximadamente multiplicando el coste del laboratorio por: x ,   
 y jamás haré ese desglose, aunque me lo pidan

Hago mis prescripciones escritas de prótesis en:

- Formularios impresos del laboratorio  
 Formularios normalizados del Colegio  
 Impresos propios  
 Un papel cualquiera





ANEXO II.

CARTAS Y CUESTIONARIO DELPHI



## DESINTOXICACIÓN TABÁQUICA EN ODONTOLOGÍA. ESTUDIO DELPHI

Estimado/a amigo/a:

En primer lugar queremos agradecerle su participación en calidad de experto/a en este Proyecto Delphi. El principal objetivo de dicho Proyecto es analizar algunos aspectos relativos a la deshabituación tabáquica en odontología.

### *Instrucciones generales*

En el cuestionario que se adjunta se describen unas instrucciones específicas para cumplimentarlo. Le rogaríamos que las leyera detenidamente antes de empezar a responder a las diferentes preguntas formuladas. Algunas de ellas hacen referencia a la situación actual mientras que otras están pensadas para un escenario del año 2020. Todas las preguntas están diseñadas para el contexto del Estado Español.

Las respuestas que tenga a bien facilitarnos se refieren a lo que **opina que ocurre en el momento actual o a lo que cree que ocurrirá el año 2020 en España y NO a lo que le gustaría que ocurriese.**

### *Dinámica de trabajo*

Una vez haya terminado de rellenar el cuestionario le rogaríamos lo remitiera por correo electrónico a: [cabezas@villavigil.com](mailto:cabezas@villavigil.com)

### *Confidencialidad*

Todo el Estudio Delphi se basa en la CONFIDENCIALIDAD de las respuestas aportadas por cada uno de los expertos y en el ANONIMATO. Por ello, queremos que sepa que en **ningún** momento se realizará una utilización individual de las respuestas específicas aportadas por cada uno de los expertos.

### **Fases del estudio**

El presente Delphi consta de dos fases claramente definidas y con una metodología de trabajo preestablecida (con su subsiguiente cronograma):

1. *Primera fase: Primer envío del cuestionario a los expertos:*

- I. Recepción del cuestionario por parte de los expertos
- II. Respuesta a las preguntas del cuestionario
- III. Envío del cuestionario cumplimentado por correo electrónico a: [cabezas@villavigil.com](mailto:cabezas@villavigil.com)

Una vez que el coordinador reciba los cuestionarios de **todos** los expertos, se procederá a analizar (cálculo de la media, la moda, la mediana, los percentiles) cada respuesta. De esta manera dispondremos de los datos globales correspondientes a la totalidad de los expertos participantes.

2. *Segunda fase: Segundo envío del cuestionario a los expertos:*

- I. Recepción del cuestionario por parte de los expertos pero **esta vez con los datos globales del conjunto de los expertos**. Así mismo, y con el objeto de que cada experto pueda conocer su grado de coincidencia o discrepancia con respecto al grupo, cada experto recibirá también sus propias respuestas (en rojo) al lado de las del grupo.
- II. Respuesta a las preguntas del cuestionario: Este segundo envío tiene por finalidad permitir a cada experto volver a posicionarse una vez leídas y analizadas las respuestas del conjunto. Tras ello, cada experto puede mantenerse en su respuesta original o, por el contrario cambiarla. Si alguna de las respuestas se aleja mucho de la posición del grupo le pediremos que lo argumente en caso de que siga manteniendo esa opinión. Estas respuestas son la última oportunidad que tiene cada experto para posicionarse.
- III. Envío del cuestionario cumplimentado: Una vez hechas las modificaciones que cada experto considere necesario se volverá a remitir el cuestionario por correo electrónico ([cabezas@villavigil.com](mailto:cabezas@villavigil.com)). **Este envío reverá realizarse incluso en el caso de que no se produzca ninguna modificación en las respuestas del cuestionario.**

La fecha límite para remitir la primera parte del cuestionario, que recibe en este momento, es el 30 de enero de 2013.

**Importante:**

Como fácilmente podrá entender, un estudio de estas características requiere de una logística y de una coordinación compleja. Por ello le rogamos

que respete escrupulosamente los plazos de remisión de los cuestionarios (en las dos rondas) al objeto de no paralizar o enlentecer todo el proceso. Tenga en cuenta que los análisis que tienen que realizar requieren de TODOS los cuestionarios. En el caso de no poder comprometerse a ello, le rogaría me lo indicara en este momento.

Quiero agradecerle una vez más su inestimable colaboración.

Blanca Cabezas (610 767 434) (984 29 39 39)





## DESINTOXICACIÓN TABÁQUICA EN ODONTOLOGIA. DELPHI. FASE II

Estimado/a experto/a:

En primer lugar, quiero agradecerle su inestimable colaboración en la Fase I del estudio Delphi sobre «Desintoxicación tabáquica en odontología». Como ya le informamos, este tipo de estudios consta de una segunda Fase. Así como en la Fase I usted tuvo plena libertad para contestar a las preguntas sin ningún tipo de condicionamiento, en esta segunda Fase lo que se pretende es alcanzar el máximo consenso en las respuestas. Le adjuntamos nuevamente el Cuestionario en el que encontrará la siguiente información en cada pregunta:

- 1) En cada pregunta encontrará las respuestas del total de expertos, para cada categoría (le recuerdo que dichas categorías van de 1 a 7, desde nula importancia a máxima importancia). Han sido un total de 28 expertos/as los/as participantes, por lo que la suma total máxima de respuestas se eleva a 28 (en alguna pregunta el total es inferior debido a diversas razones).
- 2) En **color rojo** señalamos la categoría a la que usted respondió en la primera vuelta para facilitarle la labor.
- 3) Para cada pregunta usted observará que hemos señalado el intervalo de respuestas mayoritarias. Para su señalización hemos utilizado el subrayado. Esto significa que si, para una pregunta determinada, hemos subrayado los valores 5, 6 y 7, entonces la mayoría de los expertos están situados dentro de ese intervalo.
- 4) Podrá observar que en algunos casos, su respuesta en **color rojo va acompañada de un \***. En ese caso concreto, ello significa que su respuesta de la Fase I se sale del intervalo mayoritario de los expertos.

*Que debe hacer en esta fase II:*

- Leer los resultados pregunta a pregunta.
- Se fijará si su respuesta (color rojo) está situada o no dentro del intervalo.

- En caso afirmativo no tendrá asterisco y aparecerá subrayada. Podrá ver cómo se sitúa su respuesta dentro del conjunto de expertos. Si lo desea *la puede dejar como está* o *por el contrario puede modificarla* (siempre dentro de las categorías del intervalo subrayado).
- Si su respuesta (color rojo) está señalada con un asterisco, ello significa que se encuentra fuera del intervalo mayoritario. Al tratarse de una técnica de consenso usted tiene dos posibilidades:
  - a) Modificar su respuesta y cambiarla por otro valor que esté comprendido en el intervalo subrayado
  - b) Mantenerse en su respuesta: en este caso, al final de la pregunta deberá justificar su respuesta y explicar los motivos de la misma.

*Cómo cambiar su respuesta de la fase 1:*

A continuación y mediante **un ejemplo**, le indicamos cómo debe hacer para modificar su respuesta en caso de tener que hacerlo.

En una escala de 1 (= nula importancia) a 7 (= máxima importancia) ¿qué importancia **le otorga al** papel **actualmente** desempeñado por el dentista español en la deshabituación tabáquica de sus pacientes fumadores?

<b>2*</b>	<b><u>13</u></b>	<b><u>6</u></b>	<b><u>4</u></b>	1	2	□
1	2	3	4	5	6	7
Nulo						Máximo

Este es un ejemplo en el que necesariamente el/la experto/a deberá modificar su respuesta señalando un valor comprendido dentro del intervalo (en este caso valores 2, 3 y 4) o por el contrario, mantener su respuesta siempre que la **justifique**.

Para cambiar su respuesta se haría del siguiente modo:

<b>2*</b>	<b><u>13</u></b>	<b><u>X</u></b>	<b><u>4</u></b>	1	2	□
1	2	3	4	5	6	7
Nulo						Máximo

Dejará el valor marcado **en rojo** y señalaría con una cruz (X) el nuevo valor que quiere asignar (en este ejemplo, el experto cambia el valor inicial 1 por el valor 3).

Si no desea modificar su respuesta, el/la experto/a sólo deberá añadir su justificación.

NOTA: Algunos/as expertos/as encontrarán notas específicas señaladas en color rojo. Por favor, léanlas con atención.

IMPORTANTE: Todos los cuestionarios de la Fase II, independientemente que hayan sido modificados o no con respecto a la Fase I, **deberán ser reenviados nuevamente.**

**La fecha límite para la recepción de esta segunda fase del cuestionario es el 11 de marzo de 2013.**

Los cuestionarios debidamente cumplimentados serán enviados a:

**cabezas@villavigil.com**

Muchas gracias por su importante colaboración.

Atentamente,

Blanca Cabezas (610 767 434) (984 29 39 39).



**DESINTOXICACIÓN TABAQUICA EN ODONTOLOGIA. DELPHI**

1. En una escala de 1 (= nula importancia) a 7 (= máxima importancia) ¿qué importancia **le otorga al** papel **actualmente** desempeñado por el dentista español en la desintoxicación tabáquica de sus pacientes fumadores?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
Nulo						Máximo

2. En la misma escala, ¿qué importancia cree que **debería tener** en el futuro (suponga el horizonte del 2020) el papel desempeñado por el dentista español en la desintoxicación tabáquica de sus pacientes fumadores?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
Nulo						Máximo

3. **¿En cuáles de las siguientes circunstancias** cree que el dentista debe ofrecer un programa de deshabituación tabáquica en el consultorio? (cabén varias opciones):

- Pacientes con enfermedades periodontales (piorrea)
- Pacientes a los que se le van a ser colocar implantes
- Pacientes con lesiones en mucosa oral
- Pacientes embarazadas
- Pacientes de alto riesgo de caries
- A todos los pacientes fumadores
- Otra circunstancia (especificar): . . . . .
- . . . . .
- . . . . .
- . . . . .

4. En relación a las potenciales **barreras** u obstáculos para la implantación de un programa de desintoxicación tabáquica en el consultorio dental, puntúe, en una escala de 1 (= nada importante) a 7 (= máxima importancia), la importancia que usted le concede a cada una de las siguientes:

• Falta de tiempo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7
	Nada					Muy	

• Falta de formación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7
	Nada					Muy	

• Falta de incentivo económico (no se paga):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7
	Nada					Muy	

• Los pacientes no suelen ver al dentista en ese rol:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7
	Nada					Muy	

Otros (especificar):

• .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	1	2	3	4	5	6	7
	Nada					Muy	

• .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	1	2	3	4	5	6	7
	Nada					Muy	





- |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Personal auxiliar dentista<br>(higienista, auxiliar)    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
|   | Nada                     |                          |                          | Máximo                   |                          |                          |                          |
| • Médico (medicina científica-tradicional)                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
|   | Nada                     |                          |                          | Máximo                   |                          |                          |                          |
| • Medicina alternativa:<br>acupuntura, homeopatías, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
|   | Nada                     |                          |                          | Máximo                   |                          |                          |                          |
| • Farmacéutico  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
|   | Nada                     |                          |                          | Máximo                   |                          |                          |                          |
| • Psicólogo:  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
|   | Nada                     |                          |                          | Máximo                   |                          |                          |                          |
| • Personal de enfermería:                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
|   | Nada                     |                          |                          | Máximo                   |                          |                          |                          |
| • Campañas en medios de comunicación                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
|   | Nada                     |                          |                          | Máximo                   |                          |                          |                          |

Otros que considere importantes (especificar)

- |       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ..... | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
|       | Nada                     |                          |                          | Máximo                   |                          |                          |                          |

.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	1	2	3	4	5	6	7
	Nada			Máximo			

8. En una escala de 1 (= nulo) a 7 (máximo) ¿qué papel cree que deberían jugar en el futuro (suponga el horizonte del 2020) los siguientes *actores* en la desintoxicación tabáquica?

• Dentista:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7
	Nada			Máximo			
• Personal auxiliar dentista (higienista, auxiliar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7
	Nada			Máximo			
• Médico (medicina científica-tradicional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7
	Nada			Máximo			
• Medicina alternativa: acupuntura, homeopatías, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7
	Nada			Máximo			
• Farmacéutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7
	Nada			Máximo			
• Psicólogo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7
	Nada			Máximo			
• Personal de enfermería:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7
	Nada			Máximo			

- Campañas en medios de comunicación
 

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
Nada			Máximo			

Otros que considere importantes en el futuro (especificar)

.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	1	2	3	4	5	6	7
Nada			Máximo				

.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	1	2	3	4	5	6	7
Nada			Máximo				

9. En una escala de 1 a 7 ¿qué importancia le da usted a la labor del dentista en la desintoxicación tabáquica en los siguientes *entornos laborales*?:

- En clínicas del Sistema Público
 

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
Nada			Máximo			

- En clínicas privadas
 

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
Nada			Máximo			

10. En una escala de 1 (= mínima importancia) a 7 (= máxima importancia) ¿cómo piensa usted que se podría **incrementar** la labor del dentista en la desintoxicación tabáquica:

- Labor de Información a la población del Sistema Nacional de Salud sobre la importancia del papel del dentista en la desintoxicación tabáquica
 

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
Nula importancia			Máxima importancia			

- Labor de Información a la población del Consejo General de Dentistas sobre la importancia del papel del dentista en la desintoxicación tabáquica

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
Nula importancia					Máxima importancia	

Otras (especificar)

- .....
- .....
- .....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
Nula importancia					Máxima importancia	

- .....
- .....
- .....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
Nula importancia					Máxima importancia	

- .....
- .....
- .....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
Nula importancia					Máxima importancia	

11. En relación al papel que debería desempeñar el dentista en la desintoxicación tabáquica, de las siguientes *acciones* señale cuáles piensa que son de su competencia y **en caso afirmativo** qué importancia le da usted a cada una, en una escala de 1 (= mínima) a 7 (= máxima):

<i>Acción</i>	Si/No	En caso de sí, estime su importancia en una escala de 1 (= mínima) a 7 (máxima)						
Anamnesis sobre hábito del tabaco y exploración oral completa (incluyendo diagnóstico precoz de Cáncer oral)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6	7
		Mín.						Máx
Breve intervención que consista en entrevista motivacional y suministro de información para dejar el tabaco		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6	7
		Mín.						Máx
Intervención intermedia incluyendo remisión a programa de deshabitación tabáquica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6	7
		Mín.						Máx
Intervención plena incluyendo soporte farmacológico si procede		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6	7
		Mín.						Máx

**ANEXO III.**

**DELPHI: LISTADO DE EXPERTOS Y PERFIL PROFESIONAL**



### **1. Aragüés González, Alfredo:**

Licenciado en Odontología por la Universidad ISCS-S Lisboa (Portugal). Máster en Periodoncia por la Universidad de Paris (Francia). Máster de Láser en Odontología por la Universidad de Barcelona. European Masters Degree on Oral Laser Applications (Unión Europea). Máster en Tabaquismo por la Universidad de Cantabria. Profesor del Máster de Odontología Láser del Instituto de Tecnología Avanzada de Monterrey (Méjico). Presidente de la Junta Provincial de Burgos del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la VIII Región. Presidente del Comité Científico del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la VIII Región. Representante del Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos de España en el Comité Nacional de Prevención de Tabaquismo (CNPT). Coordinador de la campaña nacional del tabaco del Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos de España. Práctica limitada a periodoncia, láser y cesación tabáquica en su clínica privada en Burgos.

### **2. Ayesta Ayesta, Francisco Javier:**

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad del País Vasco. Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Cantabria. Profesor Titular de Farmacología y Trastornos Adictivos de la Universidad de Cantabria. Ex Presidente del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT).. Director del Máster Interuniversitario en Tabaquismo de la Universidad de Cantabria y la Universidad de Sevilla.

### **3. Baca García, Pilar:**

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada. Especialista en Estomatología por la Universidad de Granada. Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada. Catedrática de Universidad en el perfil Odontología Preventiva y Comunitaria. Vicedecana de asuntos económicos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Granada. Directora del Departamento de Estomatología en la Universidad de Granada.



**4. Bagán Sebastián, José Vicente:**

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Valencia. Especialista en Estomatología por la Universidad de Valencia. Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Valencia. Catedrático de Medicina Bucal en la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Valencia. Jefe de Servicio de Estomatología del Hospital General Universitario de Valencia. Director del Máster de Medicina Oral de la Universidad de Valencia. Fellowship in Dental Surgery *ad hominem* del Royal College of Surgeons of Edinburgh – Scotland (GB). Director de la revista Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal. Ex editor asociado de la revista internacional Oral Diseases. Ex Presidente de la Comisión de Investigación del Hospital General Universitario de Valencia. Medalla de Oro del Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Valencia. Ex presidente de la Academia Europea de Medicina Oral.

**5. Bascones Martínez, Antonio:**

Licenciado en Ciencias Biológicas por la Universidad Complutense de Madrid. Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Estomatología por la Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Cirugía Maxilofacial en el Hospital Clínico San Carlos. Doctor en Medicina y Cirugía oral por la Universidad Complutense de Madrid. Catedrático de Medicina Bucal y Periodoncia en la Universidad Complutense de Madrid. Académico de la Real Academia de Doctores de España y correspondiente de Medicina. Doctor Honoris Causa de varias universidades extranjeras. Ex presidente del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región. Ex Vidececano de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense. Ex Director de Departamento de Estomatología III de la Facultad de Odontología. Autor de 36 libros, y de 400 artículos internacionales, en su mayoría sobre Medicina Oral y Periodoncia.

**6. Becoña Iglesias, Elisardo:**

Licenciado en Psicología por la Universidad de Santiago de Compostela. Doctor en Psicología por la Universidad de Santiago de Compostela. Catedrático de Psicología Clínica en el Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de

Compostela. Su principal campo de especialización son las conductas adictivas, y en especial el tratamiento del tabaquismo, juego patológico, cocaína, etc., y la prevención de las drogodependencias. Autor de varios libros sobre adicciones y un gran número de artículos sobre la temática de las drogodependencias y de las adicciones, entre las que se encuentran los problemas del tabaquismo.

#### **7. Casals Peidró, Elías:**

Licenciado en Odontología por la Universidad de Barcelona. Doctor en Odontología por la Universidad de Barcelona. Ex presidente de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO). Participante en el Primer y el Segundo Workshops europeos de prevención y cesación tabáquica.

#### **8. De Vicente Rodríguez, Juan Carlos:**

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Oviedo. Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad de Oviedo. Especialista en Estomatología por la Universidad de Oviedo. Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial en el Hospital Universitario Central de Asturias. Máster en Estadística e Investigación en Ciencias de la Salud por la Universidad Autónoma de Barcelona. Catedrático de Cirugía Oral y Maxilofacial en la Universidad de Oviedo. Jefe de Servicio en el Hospital Universitario Central de Asturias. Ex Subdirector de la Escuela de Estomatología de la Universidad de Oviedo. Ex Vicedecano de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de Oviedo. Ex Director de la Revista Científica del Consejo de Odontólogos y Estomatólogos (RCOE). Ex Coordinador de la Campaña Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Oral del Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos de España.

#### **9. García Pola, María José:**

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Oviedo. Grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía Médico por la Universidad de Oviedo. Especialista en Estomatología por la Universidad de Oviedo. Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Oviedo. Premio Extraordinario de Doctorado. Profesora Titular de Universidad adscrita al Departamento de Cirugía y Especialidades Médico-Quirúrgicas de la Universidad Oviedo. Ex Secretaria de la Escuela de Estomatología de la Universidad de Oviedo.

**10. García Romero, Alberto:**

Licenciado en farmacia por la Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Análisis Clínicos. Máster en Farmacia Asistencial. Máster en Terapias Emergentes. Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid. Consejero del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Vocal autonómico de Madrid del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Vocal de la Unión Interprofesional de Colegios Profesionales de la Comunidad de Madrid (UICM). Presidente de INFARMA. Vicepresidente de la Fundación AMA. Ex consejero de AMA. Titular propietario de Oficina de Farmacia. Jefe y Director de laboratorio de diversas clínicas en Madrid.

**11. González Jurado, Máximo:**

Graduado en Enfermería por la Universidad de Granada. Graduado Universitario en Podología por la Universidad de Complutense de Madrid. Licenciado en Antropología Social y Cultural por la Universidad Católica San Antonio de Murcia. Enfermero Especialista en Cuidados Médico-Quirúrgicos. Doctor por la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Doctor por la Facultad de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid. Profesor titular de Universidad en la Universidad Complutense de Madrid. Miembro del Grupo Interdisciplinar de Estudio del Pie Diabético de la Universidad Complutense de Madrid. Presidente del Consejo General de Enfermería de España. Miembro del Consejo Asesor de Sanidad De la Ministra de Sanidad y Política Social. Miembro del Consejo Superior de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad en Enfermería Médico-Quirúrgica. Vocal del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud. Ex Vicepresidente del Consejo Internacional de Enfermería. Posee varias distinciones de relevancia entre la que destaca, por su interés para nuestro estudio, la Cruz Blanca de la Orden del Merito del Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio del Interior.

**12. Infante Cossio, Pedro Antonio:**

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Sevilla. Médico especialista en Estomatología por la Universidad de Sevilla. Médico especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial vía MIR y Facultativo en el hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Doctor en Medicina Cirugía

por la Universidad de Sevilla Profesor Titular Vinculado en la Universidad de Sevilla. Especialista del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

**13. Llamazares Trigo, Gaspar:**

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Oviedo. Máster en Salud Pública por la Universidad de la Habana. Ex docente en el Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad de Santiago de Compostela y en la Unidad Docente de Medicina de la Familia en Cazoña (Cantabria). Ex Coordinador de Izquierda Unida en Asturias. Ex Diputado en la Junta General del Principado de Asturias. Ex Coordinador general de la Coalición Izquierda Unida. Ex Presidente de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo del Congreso de los Diputados. Actualmente es diputado de IU por la circunscripción de Asturias, portavoz del Grupo Parlamentario La Izquierda Plural en la Comisión de Justicia, Comisión de Sanidad y Servicios Sociales, Comisión Mixta para el Estudio del Problema de las Drogas y Portavoz adjunto en diversas comisiones en el Congreso de los Diputados. Además es Presidente de la Comisión Mixta Congreso Senado para el Estudio del Problema de las Drogas.

**14. Lopez Calvo, Juan Antonio:**

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Estomatología por la Universidad Complutense de Madrid. Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid. Profesor Titular de Estomatología en la Universidad Complutense de Madrid. Ex Director del Departamento de Odontología Conservadora de la Universidad Complutense de Madrid. Ex Presidente del Colegio Oficial de Dentistas de La I Región. Ex Presidente de la comisión científica Colegio Oficial de Dentistas de La I Región. Vicepresidente del Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos de España.

**15. Mulet Falcó, Francisco Vicente:**

Licenciado en Enfermería por la Universidad Católica de Valencia. Especialista en Radiología y Enfermería de Empresa. Másteres en Salud Pública, en Dirección de Empresas, Vacunación Internacional y Medicina del Trabajo. Ex

Profesor de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina de Valencia. Ex miembro del Claustro Fundador del servicio de Medicina Preventiva del Hospital Clínico Universitario de Valencia donde desarrolla su labor en el tratamiento del tabaquismo. Supervisor y Adjunto del Hospital Clínico Universitario de Valencia. Presidente de Honor del Colegio de Enfermería de Valencia. Vicepresidente tesorero contador del Consejo Autonómico de Enfermería de Valencia (CECOVA). Ex vocal del Consejo General de Enfermería. Ex Presidente del Colegio de Enfermería de Valencia y ex presidente autonómico.

**16. Noguero Rodríguez, Blas:**

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada. Especialista en Estomatología por la Universidad Complutense de Madrid. Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid. Ex Presidente del Colegio Oficial de Dentistas de Granada. Ex Presidente de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (SEPA). Codirector del proyecto Periodoncia en España 2025 de la SEPA. Ha participado como experto en otros proyectos de prospección sociológica en Odontología desde hace más de 20 años. Actualmente ejerce la Periodoncia e Implantología en exclusiva en su clínica privada en Granada.

**17. Otero Requeijo, Miriam:**

Licenciada en Psicología por la Universidad de Santiago de Compostela. Máster en Tabaquismo por la Universidad de Cantabria. Codirectora del Máster Interuniversitario de Especialistas en Tabaquismo de la Universidad de Cantabria y de la Universidad de Sevilla. Trabaja en el Servicio de Trastornos Adictivos del Servicio Gallego de Salud. Ex Coordinadora del Máster Interuniversitario de Especialistas en Tabaquismo (PIUFET) en Universidad de Cantabria.

**18. Peña López, Carmen:**

Licenciada en Farmacia por la Universidad Complutense de Madrid. Doctora en Farmacia por la Universidad Complutense de Madrid. Farmacéutica de Farmacia Comunitaria. Presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España. Vicepresidenta de la FIP, Federación Internacional Farmacéutica. Miembro del Working Group of Public Policy de la

Federación Internacional Farmacéutica. Miembro de la Delegación Española en la PGEU (Agrupación Farmacéutica de la Unión Europea. Miembro de la Delegación Española en FEPAFAR (Federación Panamericana Farmacéutica). Académica Correspondiente de la Real Academia Nacional de Farmacia. Académica Correspondiente de la Academia Iberoamericana de Farmacia. Fue Consejera del Consejo General del INSALUD.

**19. Peñarrocha Diago, Miguel:**

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Valencia. Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Valencia. Médico Especialista en Estomatología por la Universidad de Valencia. Médico Especialista en Neurología en el Hospital la Fe de Valencia. Máster en Cirugía e Implantología Bucal por la Universidad de Barcelona. Fellow of the European Board of Oral Surgery. Catedrático de Cirugía Bucal de la Facultad de Medicina y Odontología de Valencia. Director del Máster de Cirugía e Implantología Bucal de la Universidad de Valencia. Investigador del Instituto IDIBELL.

**20. Planchuelo Santos, María de los Ángeles:**

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Medicina del Trabajo por la Universidad Complutense de Madrid. Experta Universitaria en Tabaquismo por la Universidad de Cantabria. Fundadora de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET). Ex Presidenta de Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET). Ex Presidenta del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Miembro de la Junta Directiva del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT).

**21. Rodríguez Lozano, Francisco:**

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza. Especialista en Estomatología por la Universidad Complutense de Madrid. Máster en Tabaquismo por la Universidad de Cantabria. Ex Presidente del Colegio Oficial de Dentistas de Tenerife. Ex Secretario del Consejo General de de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. Ex Vicepresidente del Consejo Europeo de Dentistas en Bruselas. Presidente del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT).



**22. Rodríguez Redondo, Luis Bernardino:**

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Oviedo. Especialista en Cardiología vía MIR en La Ciudad Sanitaria nuestra Señora de Covadonga (Oviedo). Especialista Universitario en Gestión de Unidades clínicas. Magister en Dirección Médica y Gestión clínica por la UNED. Miembro de las Sociedades Española y Europea de Cardiología, de la Sección de imagen Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología, de la Sociedad Americana de Cardiología, y de la Sociedad Europea de Imagen Cardíaca. Acreditado para la práctica de la ecocardiografía por la Sociedad Europea de Cardiología. Director de la Unidad de Imagen Cardíaca del Hospital de Cabueñes (Gijón). Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital de Cabueñes (Gijón).

**23. Rodríguez Sendín, Juan José:**

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Salamanca. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Administración Sanitaria por la Escuela Nacional de Sanidad. Miembro y fundador de la Fundación para la Cooperación Internacional Sanitaria de la SEMG-Solidaria. Miembro de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. Ex miembro de la delegación española en la Unión Europea de Médicos Generales (UEMO). Fundador de la Sociedad Española de Médicos Generales y Familiar (SEMG). Ex Presidente de la Sociedad Española de Medicina General (SEMG).

**24. Seoane Lestón, Juan Manuel:**

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Estomatología por la Universidad Complutense de Madrid. Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid. Profesor Titular de Cirugía Oral a tiempo completo en la Universidad de Santiago de Compostela. Acreditado para Catedrático de Universidad. Director del Departamento de Estomatología de la Universidad de Santiago de Compostela. Ex vocal del Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. Coordinador de la Campaña Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Oral.

**25. Simón Salazar, Federico:**

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad del País Vasco. Especialista en Estomatología por la Universidad del País Vasco. Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid. MSc. Dental

Public Health en London Hospital Medical College-UCL. Diplomado en Dirección de Servicios de Salud por la Universidad Deusto-ESADE. Ex Presidente Consejo Asesor de Salud Bucodental del País Vasco. Ex Presidente de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO). Jefe del Servicio Dental Comunitario del Servicio Vasco de Salud.

**26. Suárez Quintanilla, José María:**

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Santiago de Compostela. Especialista en Estomatología por la Universidad de Santiago de Compostela. Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Santiago de Compostela. Profesor Titular de Cirugía Oral en la Universidad de Santiago de Compostela. Director del Curso de Especialización en Implantología Oral en la Universidad de Santiago de Compostela. Presidente del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de A Coruña. Vocal del Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. Director de la Revista Científica del Consejo de Odontólogos y Estomatólogos (RCOE) y de la revista Dentistas.

**27. Tejerina Lobo, José María:**

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Navarra. Especialista en Estomatología por la Universidad Complutense de Madrid. Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Oviedo. Profesor Titular de Periodoncia en la Universidad de Oviedo. Co-Director del Máster en Periodoncia e Implantología de la Universidad de Oviedo. Ex Presidente del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Asturias. Ex Presidente de la Comisión de Formación Continuada del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Asturias. Ex vocal del Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España.

**28. Vieitez De Prado, José María:**

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Navarra. Especialista en Oncología por la Clínica Universitaria de Navarra. Doctor en Medicina y cirugía por la Universidad de Navarra. Jefe de la Sección de tumores gastrointestinales y neuroendocrinos del Hospital Central de Asturias. Es miembro del comité científico del Grupo de Tratamiento de los Tumores Digestivos (TTD). Miembro del comité ejecutivo del Grupo de Tratamiento de los Tumores Digestivos (TTD).





ANEXO IV.

PUBLICACIÓN

Cabezas Hernández B, Bravo Pérez M,  
Llodra Calvo JC, Villa Vigil A  
*Actuación del dentista frente a un paciente fumador*  
RCOE 2013; 18 (2): 87-98.



# Actuación del dentista frente a un paciente fumador

Cabezas Hernández B\*, Bravo Pérez M \*\*, Llodra Calvo JC\*\*\* y Villa Vigil A\*\*\*\*



Dra. Blanca  
Cabezas Hernández

## RESUMEN

En este artículo se revisa el papel del dentista en la deshabituación tabáquica con especial énfasis en el consejo sanitario y en la intervención breve. Sin embargo, no parece necesario que el dentista conozca en profundidad los distintos tipos de tratamiento y los lleve a cabo en su consulta. Si bien, en la consulta dental parecen darse todas las condiciones necesarias para realizar el tratamiento del tabaquismo. Si se decide no tratar el tabaquismo de un paciente es recomendable que tras el obligatorio consejo sanitario se le dé al paciente algún tipo de folleto con información sobre cómo dejar de fumar para que ayude al paciente hasta éste acuda a una Unidad de Tabaquismo.

**PALABRAS CLAVE:** Tabaquismo, dentista.

## ABSTRACT

This paper reviews on the role of dentists in smoking cessation, focusing in counselling and short intervention. It does not seem to be necessary for the dentist to be knowledgeable on the different treatments and to provide them at his/her practice, although the dental office seems to meet all requirements to undertake effective tobacco-cessation therapies. In case the dentist decides not to treat tobacco addiction, adequate advice should be provided and the patient offered leaflets on how to quit smoking in order to help him/her until seen at a tobacco control unit.

**KEY WORDS:** Smoking habit, dentist.

En 1988, la Organización Mundial de la Salud define el tabaquismo como una enfermedad adictiva crónica. A partir de esta fecha se establecen las bases para considerar el tabaco como una sustancia que genera dependencia. De hecho, el tabaco es considerado una de las drogas con mayor capacidad de generar adicción.

\* Master en Periodoncia e Implantología. Universidad de Oviedo.

\*\* Catedrático de la Universidad de Granada. Departamento de Estomatología.

\*\*\*Profesor Titular de la Universidad de Granada. Departamento de Estomatología.

\*\*\*\* Catedrático Universidad de Oviedo. Departamento de Cirugía y Especialidades Médico-Quirúrgicas.

Correspondencia autor: Blanca Cabezas Hernández. Clínica Villavigil. C/ Corrida 14. Entresuelo. 33206 Gijón

Correo electrónico: cabezas@villavigil.com

La mayoría de personas que fuman refieren el deseo de dejar de fumar. El 60% lo ha intentado alguna vez. Sin embargo, anualmente, sólo entre un 3% y un 5% de quienes fuman, y realizan intentos de cesación, lo consigue con éxito.<sup>1,2</sup> Esta baja tasa de éxito puede ser explicada en parte por el hecho de que la mayoría de los intentos de abandono se realizan sin ayuda.

La adicción al tabaco es una condición clínica crónica, difícil de superar si no se dispone del apoyo y del tratamiento adecuados.<sup>3,4</sup> Hay que tener en cuenta que el cambio de una conducta no es un hecho puntual, sino que responde a un proceso ya descrito por Prochaska y DiClemente en el año 1982, en el que se suceden varias etapas de forma espiral a lo largo de un tiempo más o menos extenso. Este proceso, generalmente largo, es susceptible de acelerarse tras la intervención de un profesional sanitario adiestrado.<sup>5</sup>

Las fases o estadios de este proceso de cambio (Figura 1) son:

1. **Fase de precontemplación:** La persona fumadora no es consciente de que el tabaco sea un problema para su salud y no se plantea seriamente dejar de fumar. Si



**FIGURA 1**  
Fases del proceso de cambio.



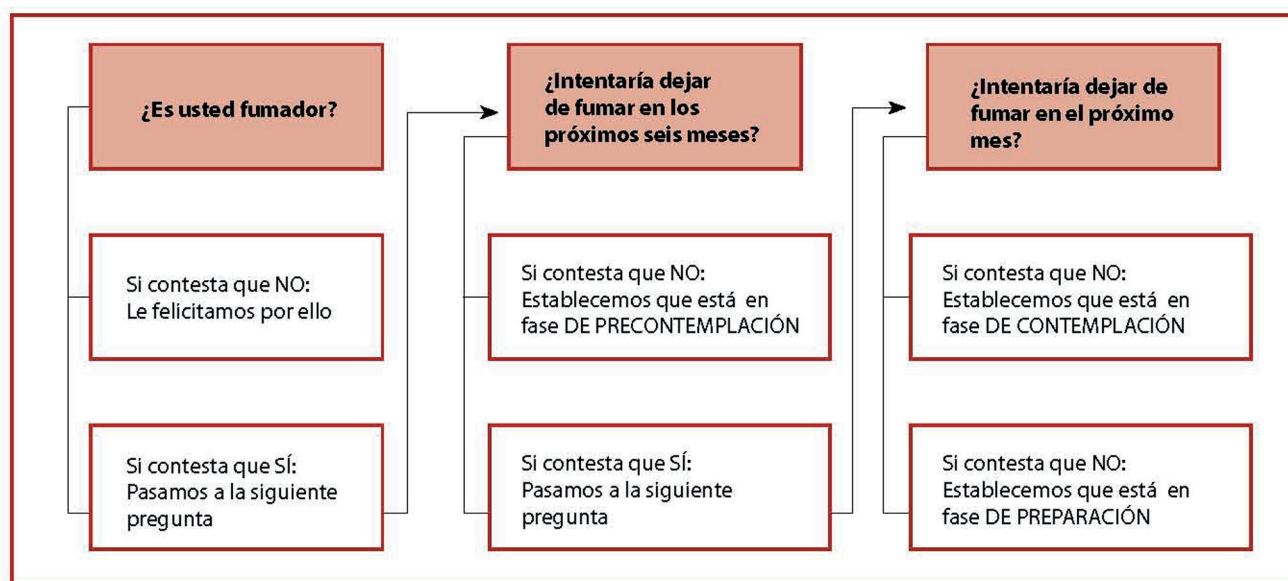


FIGURA 2  
Cuestionario para el diagnóstico de la fase de abandono.

se le pregunta si está dispuesta a dejar de fumar en los próximos seis meses responde que no.

2. **Fase de contemplación:** La persona fumadora reconoce que fumar tiene consecuencias negativas para la salud. Se plantea dejar de fumar en los próximos seis meses.

3. **Fase de preparación:** La persona fumadora está dispuesta a hacer un intento serio de abandono. Hace planes específicos orientados a tal efecto, como fijar una fecha en los próximos 30 días.

4. **Fase de acción:** El paciente deja de fumar. Pone en marcha los planes fijados en la etapa de preparación.

Esta fase dura desde el momento en el que el paciente deja de fumar hasta 6 meses después del abandono del tabaco.

5. **Fase de mantenimiento:** El paciente lleva sin fumar entre 6 meses y un año. Al año de haber dejado de fumar la persona se convierte en ex fumador.

Hay que tener en cuenta que las recaídas forman parte de este proceso de cambio. Habitualmente son necesarios varios intentos para cambiar definitivamente de conducta. Por lo tanto, el hábito tabáquico debe considerarse como un problema crónico, en el que se suceden fases de remisión y de recaída, lo que hace necesario una atención continuada hasta consolidar el cambio.

Debemos considerar un éxito no sólo que la persona deje de fumar sino cualquier cambio de fase dentro de todo el proceso de abandono del tabaco.

Es fundamental, ante todo fumador, que se investigue la fase de abandono en la que se encuentra, pues la actitud que tengamos con él viene determinada por esta fase. El conocimiento de la fase de abandono

permite instaurar el tratamiento más adecuado para cada fumador. En la figura 2 exponemos un sencillo cuestionario que puede llevarse a efecto para hacer el diagnóstico de la fase de abandono en la que se encuentra el fumador.

Se debe intentar cualquier cambio de fase dentro de este proceso de cambio, por lo que nuestra actuación debe dirigirse a todos los pacientes fumadores, aunque ésta sea distinta según el momento en el que se halle el fumador. Para comprender mejor cómo debemos actuar frente a un paciente fumador a continuación se describen los distintos tipos de intervención para el tratamiento del tabaquismo que existen.

#### TIPOS DE INTERVENCIÓN ASISTENCIAL EN EL TABAQUISMO

- Consejo sanitario o motivador o intervención promotora del cambio.
- Intervención breve.
- Intervención intensiva.
- Tratamiento especializado.
- Intervenciones de carácter comunitario.
- Asistencia mediante el uso de tecnologías de la comunicación.

#### CONSEJO SANITARIO

Entendemos por consejo sanitario una intervención de entre 1 y 3 minutos de duración, con el estilo propio del médico que se da en una consulta ordinaria. Esta definición ya fue dada por Russell en 1979,<sup>6</sup> y, actualmente no sólo permanece vigente sino que es la más recomendada por los expertos.



Su efectividad y eficacia son científicamente incuestionables. El efecto del consejo sanitario frente a la no intervención incrementa la probabilidad de conseguir la abstinencia, pero además se observa que cuanto más intensa es la intervención mayor es la eficacia obtenida. **Todos los profesionales de la salud deberían conocer y poder aplicar el consejo sanitario, independientemente del nivel asistencial en el que desarrollan su trabajo.** El objetivo del consejo sanitario consiste en **A**veriguar si la persona fuma, **A**nalizar si está dispuesta a dejarlo y **A**consejar el abandono del tabaco (intervención de las "cinco Aes").

1. **Averiguar:** El profesional sanitario debe siempre preguntar a todo paciente mayor de 10 años por el consumo de tabaco y registrarlo en la historia clínica. La periodicidad mínima de esta actuación debe ser cada 2 años.

2. **Analizar:** Si el paciente es fumador (entendemos por fumador toda persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno) debemos aplicar el cuestionario para el diagnóstico de la fase de abandono en la que se encuentra el fumador (*Figura 2*). Se debe cuantificar el número de cigarrillos que consume al día ya que este dato es de gran importancia para posteriores actuaciones en el tratamiento del tabaquismo.

3. **Aconsejar:** Nuestro consejo debe ser breve, firme, positivo y personalizado. Debemos aportar información sobre las consecuencias de fumar, destacando los beneficios del abandono del tabaco. Indagar sobre los motivos que harían que el fumador se plantease la posibilidad de dejar el consumo (en el *anexo 1* se recogen algunos de los principales motivos personalizados según las distintas circunstancias de cada paciente para dejar de fumar). Y, por último mejorar con nuestra intervención la confianza del paciente para conseguir el objetivo de dejar de fumar.

Si el fumador se encuentra en fase de precontemplación debemos con nuestro consejo aportar información para estimular la reflexión y generar ambivalencia frente al hecho de fumar. Si está en fase de contemplación nuestro objetivo será aumentar la motivación y la confianza. Resulta útil complementar la información con manuales de autoayuda.

## INTERVENCIÓN BREVE

La intervención breve viene definida por el concepto del tiempo, de modo que se trata de intervenciones de menos de 10 minutos realizadas por profesionales de la salud dentro de su ámbito asistencial. El número total de estas sesiones debe ser de tres o menos. Este tipo de intervención no está dirigida a todos los fumadores si no sólo a los que se encuentran en fase de preparación.

El objetivo de la intervención breve consiste en **A**veriguar si la persona fuma, **A**nalizar si está dispuesta a dejarlo, **A**consejar el abandono del tabaco, **A**yudar al

paciente interesado a dejarlo y **A**cordar visitas de seguimiento (intervención de las "cinco Aes").

1. **Ayudar:** El profesional sanitario debe ofrecer su disposición a ayudar al paciente si éste decide plantearse el abandono del tabaco. Puede resultar útil entregar al paciente algún folleto informativo o guía práctica para dejar de fumar. La distribución de materiales de autoayuda contribuye a promover el abandono del tabaquismo con tasas superiores a las conseguidas sin ningún tipo de intervención, aunque este efecto es pequeño. Por ahora no existe evidencia de que proporcionen un beneficio adicional a otras intervenciones. Sin embargo, sí existe evidencia de que materiales adaptados al perfil de cada persona, son efectivos y más efectivos que los generales, a pesar de que esta eficacia sea pequeña.<sup>4</sup>

Se debe ofrecer al paciente que esté dispuesto a dejar de fumar tratamiento farmacológico siempre y cuando éste esté indicado.<sup>7</sup>

Es conveniente que dediquemos al paciente unos minutos (menos de 10) sin prisa, por lo que si nos parece conveniente podemos citar al paciente para otro momento. Nuestra intervención debe ir encaminada a ayudar a que el fumador conozca su adicción: Grado de dependencia (para lo que podemos aplicar el test de Fagerström, *tabla 1*); grado de motivación para dejarlo (valorable con el test de Richmond, *tabla 2*). Un mejor conocimiento de su dependencia le facilitará todo el proceso al proporcionarle armas para controlar las situaciones difíciles, aumentar su autoconfianza, buscar ayuda en su entorno... en definitiva para elaborar un plan para dejar de fumar, en que se deben realizar las siguientes actividades:

–Fijar una fecha de abandono en las siguientes 4 semanas (día D).

–Darle unas recomendaciones para los días previos al día D (*Anexo 2*).

–Darle unas recomendaciones para los primeros días de abandono del tabaco (*Anexo 3*).

–Entregarle material informativo y una guía práctica para dejar de fumar.

Además del asesoramiento práctico las personas fumadores que intentan dejar de fumar pueden recibir tratamiento farmacológico si está indicado. Debemos explicarles que su uso reduce los síntomas de abstinencia y aumenta las probabilidades de éxito. Recomendaremos fármacos a fumadores con alta dependencia (test de Fagerström, los que fuman más de 15 cigarrillos al día o los que lo hacen en la primera media hora tras levantarse) y los fumadores que ya han intentado dejarlo y sufrieron una recaída en las primeras semanas.

2. **Acordar** visitas de seguimiento: Para monitorizar los progresos, reforzar la motivación y realizar el seguimiento del tratamiento. Se recomienda hacer visitas de

**TABLA 1**  
Test de Fagerström para evaluar la dependencia

Pregunta	Respuesta	Puntos
¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	Hasta 5 minutos	3
	Entre 6 y 30 minutos	2
	Entre 31 - 60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido?	Sí	1
	No	0
¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	El primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
¿Cuántos cigarrillos fuma?	10 ó menos	0
	11 - 20	1
	21 - 30	2
	31 ó más	3
¿Fuma más en las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama?	Sí	1
	No	0

*De 0 a 3 puntos: Dependencia baja; 4 a 7 puntos: Dependencia moderada; 8 a 10 puntos: Dependencia alta.*

**TABLA 2**  
Test de Richmond para valorar la motivación

Pregunta	Respuesta	Puntos
¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	No	0
	Sí	1
¿Cuánto interés tiene en dejarlo?	Nada	0
	Algo	1
	Bastante	2
	Mucho	3
¿Intentará dejar de fumar en las próximas 2 semanas?	Definitivamente NO	0
	Quizás	1
	Sí	2
	Definitivamente Sí	3
¿Cabe la posibilidad de que sea un "No fumador" en los próximos seis meses?	Definitivamente NO	0
	Quizás	1
	Sí	2
	Definitivamente Sí	3

*Puntuaciones de 0 a 6: Motivación baja; de 7 a 9: Motivación moderada y 10: Motivación alta.*



seguimiento a la primera semana, segunda semana, primer mes, a los 2 ó 3 meses y al año. Estas visitas podemos realizarlas aprovechando una cita que tenga el paciente por cualquier otro motivo.

### INTERVENCIÓN INTENSIVA

Es aquel tipo de intervención que consta de cuatro o más sesiones de más de 10 minutos; en general suelen ser 10 visitas de menos de 15 minutos de duración cada una y con una frecuencia individualizada para cada paciente. Se basa en el más que aceptado hecho de que cuanto mayor es la intensidad de la intervención mayor es la respuesta en el tratamiento del tabaquismo. Se trata de un encuentro clínico entre el paciente y un asesor entrenado e incluye las mismas actividades y objetivos que la intervención breve. Este tipo de actuación está dirigido a aquellos fumadores dispuestos a realizar un intento serio y supervisado para dejar de fumar (fase de preparación). Es un tipo de intervención diseñada para ser desarrollada sobre todo en las consultas programadas de enfermería de los equipos de atención primaria, precisando de la labor conjunta de enfermero y médico para la supervisión de la pauta de los fármacos.<sup>8,9</sup>

La intervención intensiva puede ser individual o grupal.

### TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

Se diferencia del intensivo por la cualificación de los profesionales que la desarrollan (al menos un profesional de medicina, de psicología y de enfermería con formación específica en tabaquismo),<sup>8,10,11</sup> por la intensidad del tratamiento y por el grupo poblacional al que va dirigido. Tiene como objetivo promover la abstinencia del consumo de tabaco cuando las intervenciones intensivas no han funcionado o en aquellas personas en las que es urgente dejar de fumar. Está dirigida a quienes presentan una o varias de las siguientes condiciones: a) alto grado de dependencia y fracasos reiterados en la consolidación de la abstinencia; b) patología psiquiátrica asociada; y/o c) personas para quienes, por distintas circunstancias, el mantenimiento del consumo de tabaco en la situación presente conlleva un especial riesgo por presentar serios problemas de salud relacionados con el uso del tabaco (durante el embarazo o antes de una intervención quirúrgica).<sup>8,10,12-14</sup>

Considerando criterios de coste-efectividad, el tratamiento especializado del tabaquismo constituye la intervención asistencial más adecuada para pacientes en situación de alto riesgo, pero no para toda la población en general.

Este tipo de intervención, al igual que la intensiva, puede realizarse de forma individual o en grupo. En ambos casos no existen suficientes pruebas científicas que determinen si es más eficaces una que otra, aunque

si hay evidencias que indican que cuanto más intensa es la intervención mayores son las posibilidades de éxito.

Los entornos clínicos más apropiados para la administración de este tipo de tratamiento son las Unidades Especializadas de Tabaquismo, denominación que reciben aquellos servicios asistenciales que disponen de un equipo multidisciplinar debidamente formado y con suficiente motivación y disponibilidad horaria para aplicarlo. En la *tabla 3* se resumen estos tres tipos de intervención.

Las intervenciones de carácter comunitario y la asistencia mediante el uso de tecnologías de la comunicación no se han descrito por considerarse fuera del ámbito de este trabajo.

### EN RESUMEN

1. Todos los profesionales sanitarios debemos conocer y poner en práctica el consejo sanitario. Éste debe llevarse a cabo siempre y en todos los pacientes, independientemente de cuál sea el motivo de consulta.

2. Es recomendable que los dentistas estemos familiarizados con la intervención breve, ya que su puesta en práctica multiplica las posibilidades de que el paciente deje de fumar. Sin embargo, no es necesario que el dentista conozca en profundidad los distintos tipos de tratamiento y los lleve a cabo en su consulta aunque, desde luego, es deseable. Nuestro papel puede limitarse a remitir al paciente a una Unidad de Tabaquismo de su centro de salud una vez que el paciente se encuentra en fase de preparación. Si bien nos parece que en la consulta dental se dan todas las condiciones necesarias para realizar el tratamiento del tabaquismo.

3. Si se decide no tratar el tabaquismo de un paciente es recomendable que tras el obligatorio consejo sanitario se le dé al paciente algún tipo de folleto con información sobre cómo dejar de fumar para que ayude al paciente hasta éste acuda a una Unidad de Tabaquismo. Se ha elaborado un algoritmo que resume cual debe ser la conducta a seguir en un paciente con respecto al tabaco (*Figura 3*).

### TRATAMIENTOS

Una vez descritos los tipos de intervenciones explicaremos las distintas opciones de tratamientos que existen en la actualidad.

#### Tratamientos farmacológicos

##### *Tratamientos de primera elección*

Actualmente se consideran tratamientos de primera línea, por su eficacia y seguridad, la terapia sustitutiva con nicotina (TSN), el hidrocloreuro de bupropión (Zyntabac®), y más recientemente la vareniclina (Champix®), quedando en un segundo escalón terapéutico la nortriptilina y la clonidina por sus frecuentes problemas de tolerancia.



**TABLA 3**  
Resumen de los tipos de intervención

	Quién	A quién	Dónde	Qué
<b>Consejo sanitario</b>	Todos los profesionales sanitarios	A todos los pacientes	En la consulta ordinaria	Averiguar si fuma Analizar la fase en la que está Aconsejar de forma breve, clara, positiva y personalizada
<b>Intervención Breve</b>	Los profesionales sanitarios entrenados	A los pacientes en fase de preparación	En la consulta ordinaria o programada	Consejo sanitario más: Ayudar al paciente con técnica psicológicas y fármacos Acordar visitas de seguimiento
<b>Intervención Intensiva</b>	Los profesionales sanitarios entrenados con tiempo para ello	A los pacientes en fase de preparación en los que falló la intervención breve	En consultas programadas, generalmente de enfermería bajo la supervisión de un médico	Lo mismo que la intervención breve pero con más visitas y de mayor duración
<b>Tratamiento Especializado</b>	Equipo formado por al menos un médico, un psicólogo y un enfermero con formación en tabaquismo y tiempo para llevarlo a cabo	Pacientes en los que es urgente que dejen de fumar Pacientes en los que fallaron las terapias anteriores Pacientes con patología psiquiátrica grave asociada	En la Unidades Especializadas de Tabaquismo	Lo mismo que la intervención intensiva pero más intensa

Los fármacos de primera elección pueden ser utilizados por todos los fumadores que deseen dejar de fumar salvo que exista alguna patología que contraindique su uso, se trate de mujeres gestantes o lactantes, adolescentes o personas que fuman menos de 10 cigarrillos al día.

#### 1. Terapia sustitutiva con nicotina

La TSN consiste en la administración de nicotina a un fumador que quiere dejar de serlo por una vía distinta del cigarrillo en una cantidad suficiente para evitar los efectos desagradables del síndrome de abstinencia nicotínica pero en cantidad insuficiente como para crearle dependencia.<sup>15</sup> El uso apropiado de TSN en personas que desean dejar de fumar se ha demostrado eficaz, duplicando las tasas de abstinencia a los 6 y 12 meses, con respecto a la intervención placebo.<sup>16,17</sup>

Sus resultados mejoran cuanto más se adecua su utilización a las características de cada paciente (presentación y dosificación) y cuando su administración va acom-

pañada de una intervención de apoyo (intervención breve y/o terapia psicológica de apoyo). No obstante, también se ha mostrado eficaz, aunque en menor grado, en ausencia de este tipo de apoyo. La TSN puede utilizarse mediante la administración de nicotina por vía transdérmica (parches), oral (goma de mascar, comprimidos para chupar y comprimidos sublinguales), intranasal o inhalatoria (spray nasal). En la actualidad, en nuestro país sólo se dispone de chicles, parches y comprimidos para chupar. La liberación de nicotina cuando se administra a través de comprimidos o de chicles es muy rápida, aunque no tanto como cuando se da una calada, lo que resulta muy eficaz para controlar el "craving" o deseo intenso de fumar; mientras que los parches consiguen una liberación lenta lo ayuda controlar los síntomas de la abstinencia. Ambos tipos pueden administrarse a la vez en la llamada terapia combinada que ha mostrado discretamente más eficaz que cuando se administran de forma separada.

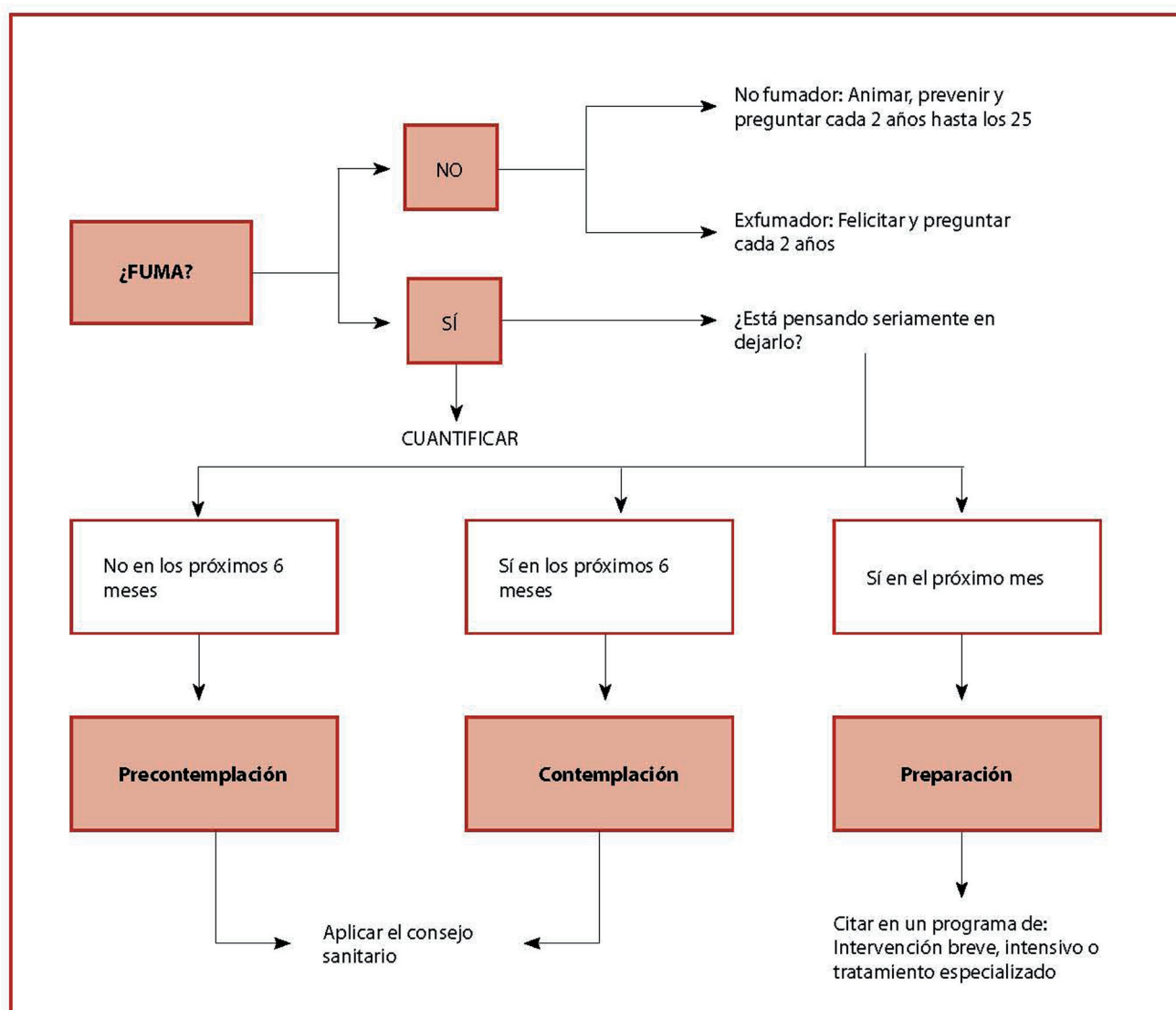


FIGURA 3  
Algoritmo de intervención

Se ha realizado un breve resumen de la dosificación, modo de uso, contraindicaciones, efectos secundarios y precauciones en el *anexo 4*.

## 2. Bupropion (Zyntabac®)

Es el primer medicamento no nicotínico que ha demostrado su eficacia en el tratamiento del tabaquismo. Se trata de un antidepresivo que inhibe de forma selectiva la receptación neuronal de noradrenalina y dopamina, incrementando los niveles de estas sustancias en las sinapsis neuronales. Al aumentar los niveles de dopamina se disminuye el "craving" mientras que al aumentar la concentración de noradrenalina se consigue minimizar los efectos del síndrome de abstinencia (ansiedad, irritabilidad...). Hay estudios *in vitro* que

muestran que el bupropion también es un inhibidor funcional no competitivo de los receptores nicotínicos de la acetilcolina, lo contribuiría a aumentar su eficacia en el tratamiento de la dependencia a la nicotina.<sup>18</sup> A pesar de que las diversas acciones que realiza el bupropion en el ámbito de los neurotransmisores en el sistema nervioso central son muy conocidas, no se conoce con exactitud su mecanismo de acción en el cese tabáquico.

El bupropion constituye un tratamiento eficaz para dejar de fumar, cuando se usa como coadyuvante del consejo sanitario y del tratamiento psicológico especializado. El uso de bupropion dobla las tasas de abstinencia a los 6 y 12 meses de la intervención, cuando se compara con placebo.<sup>19,20,21</sup>



## ANEXO 1

## Motivos para dejar de fumar

<b>Todos los fumadores</b>	Sentirse mejor Mayor capacidad para hacer ejercicio Ahorro de dinero Vida más larga y de mejor calidad	<b>Adultos asintomáticos</b>	Doble de riesgo de enfermedad cardíaca Seis veces más de riesgo de enfisema Diez veces más de riesgo de cáncer de pulmón Se pierden 10 años de vida Coste del tabaco Evitar arrugas, mal aliento e inflamación de las encías Poca aceptabilidad social
<b>Adolescentes</b>	Mejor rendimiento deportivo Ahorro de dinero Evitar halitosis y dientes amarillos Menor número de infecciones respiratorias Mayor libertad por el control que ejerce fumar	<b>Adultos sintomáticos</b>	Dolor de garganta y tos Infecciones respiratorias Disnea Úlcera gástrica Reflujo esofágico Angina de pecho Claudicación intermitente Osteoporosis
<b>Embarazadas</b>	Mayor riesgo de aborto y muerte perinatal Mayor riesgo de bajo peso del recién nacido Mayor riesgo de complicaciones en el embarazo y en el parto		
<b>Padres</b>	Papel modélico Mayor riesgo de infecciones respiratorias en sus hijos		

## ANEXO 2

## Recomendaciones para los días previos al día D

<b>Lista de motivos</b>	Lista con los motivos por los que fuma  Lista con los motivos por los que quiere dejar de fumar	Es conveniente que las tenga presentes durante todo el proceso
<b>Registro del consumo de cigarrillos</b>	Los que fuma durante al menos todo un día laborable Los que fuma durante al menos todo un día festivo Señalando el grado de necesidad (de 1 a 3) y las circunstancias en las que los fuma	Pretendemos hacerle consciente del acto de fumar, desautomatizar la conducta e capacitarle para identificar las situaciones de riesgo
<b>Búsqueda de apoyos</b>	Informar a familia, amigos, compañeros de trabajo... de su decisión para pedir su ayuda	
<b>Creación de espacios sin humo</b>	Dejar de fumar en aquellos sitios donde pase mucho tiempo Retirar los productos relacionados con el tabaco	
<b>Modificación de rutinas con riesgo de fumar</b>	Buscar alternativas a fumar como beber agua en aquellas situaciones en las que el fumador desea fumar	Es útil informar sobre el síndrome de abstinencia y dar consejos para controlar sus síntomas

**ANEXO 3**  
 Síndrome de abstinencia

SÍNTOMAS	RECOMENDACIONES	SÍNTOMAS	RECOMENDACIONES
<b>Craving</b>	Desaparece en unos minutos Cada vez es menos intenso y frecuente Cambiar de actividad Beber agua o zumo Comer algo bajo en calorías	<b>Ansiedad</b>	Evitar bebidas estimulantes Técnicas de relajación Ejercicio físico
<b>Aumento del apetito</b>	Beber mucha agua Aumentar las ingesta de frutas y verduras Hacer ejercicio físico	<b>Dificultad de concentración</b>	No exigirse demasiado durante unas dos semanas Evitar las bebidas alcohólicas
<b>Cefalea</b>	Técnicas de relajación Analgésicos	<b>Cansancio</b>	Dormir más
<b>Insomnio</b>	Evitar bebidas estimulantes Técnicas de relajación Ejercicio físico	<b>Aumento de las tos</b>	Beber muchos líquidos
		<b>Estreñimiento</b>	Dieta rica en fibra y líquidos Ejercicio físico

**ANEXO 4**  
 TSN

	Parches	Chicles	Comprimidos
<b>Presentación</b>	16 h: 5, 10 y 15 mg 24 h: 7, 14 y 21 mg	2 y 4 mg	1 y 2 mg (equivalentes a chicles de 2 y 4 mg)
<b>Dosificación</b>	4 semanas 15 mg (16h); 21 mg (24 h) 2 semanas 10 mg (16h); 14 mg (24 h) 2 semanas 5 mg (16h); 7mg (24 h) Entre 6-8 semanas sin exceder de 12	Fumadores de menos de 20 cigarrillos día: chicle 2 mg o comp de 1 Fumadores de más de 20 cigarrillos día: chicle 4 mg o comp de 2 1 cada 1 ó 2 h durante 6-8 semanas. Disminuir la dosis progresivamente No exceder de 25 unidades al día de 2mg ni de 15 de 4 mg	
<b>Instrucciones</b>	Sobre piel sana y sin vello Colocar uno cada mañana No repetir la misma zona en 7 días	Masticar o chupar hasta percibir un sabor picante. "Guardar" entre la mejilla y la encía hasta que disminuya el sabor picante. Repetir. Cada chicle o comp debe durar 30 minutos No comer ni beber durante su uso ni 15 minutos antes Las bebidas ácidas (refrescos, café, zumos) disminuyen su eficacia	
<b>Efectos adversos</b>	Dermatológicos locales Cefalea Insomnio y pesadillas	Dolor muscular en la mandíbula Pirosis, náuseas, vómito e hipo cefalea	
<b>Contraindicaciones</b>	Enfermedad cardiovascular aguda o inestable		
<b>Precauciones</b>	HTA no controlada Úlcera péptica activa Feocromocitoma Hipertiroidismo Daño hepático o renal grave		



## ANEXO 5

## Bupropión y vareniclina

	Bupropión	Vareniclina
<b>Presentación</b>	Comprimidos de 150 mg	Comprimidos de 0,5 y de 1 mg
<b>Dosificación</b>	Empezar 1 ó 2 semanas antes de dejar de fumar -1/24 h los 6 primeros días -1/12 h desde el día 7 hasta 7-9 semanas desde que se dejó de fumar	1-3 día: 0,5 mg/24 h 4-7 día: 0,5 mg/12 h 8 día-final del tratamiento: 1 mg/12 h Duración del tratamiento: 12 semanas
<b>Instrucciones</b>	Fijar el día D 1 ó 2 semanas después de haber empezado a tomar la medicación	Fijar el día D 1 ó 2 semanas después de haber empezado a tomar la medicación
<b>Efectos adversos</b>	Insomnio Cefalea Sequedad de boca y alteraciones en el gusto Reacciones cutáneas	Nauseas y vómitos Cefalea Insomnio y sueños anormales Estreñimiento y flatulencia
<b>Contraindicaciones</b>	Hipersensibilidad al medicamento Historia actual o pasada de convulsiones Tumor del SNC Cirrosis hepática grave Tratamiento del alcoholismo Anorexia-bulimia actual o pasada Tratamiento con IMAOs en las 2 semanas anteriores Trastorno bipolar	Hipersensibilidad al medicamento
<b>Precauciones</b>	En insuficiencia hepática, renal o ancianos, la dosis recomendada es de 150 mg al día Si el umbral convulsivo está disminuido no debe usarse salvo que el riesgo de seguir fumando sea mayor que el de las convulsiones Interacciones con otros medicamentos	Poca experiencia de uso No existen interacciones clínicamente significativas No se recomienda usar en menores de 18 años

Aunque no existen suficientes pruebas que confirme un incremento de la eficacia al realizar una combinación de tratamientos, en algunos pacientes puede estar indicada la combinación de TSN, en cualquiera de sus formas de administración y bupropion.

Como en el apartado anterior no nos hemos detenido a explicar el mecanismo de acción, posología, contraindicaciones ni efectos secundarios, sino que se ha hecho un breve resumen en el *anexo 5*.

### 3. Vareniclina (Champix®)

Vareniclina es un nuevo tratamiento utilizado en programas de deshabituación tabáquica. En mayo de 2006 fue aprobado con este fin por parte de la agencia estadounidense del medicamento. En España se aprobó con idéntica indicación en enero de 2007.

Se trata de un fármaco específicamente diseñado para ayudar a los fumadores a dejar de fumar.<sup>22,23</sup>

Presenta un efecto agonista parcial de los receptores nicotínicos  $\alpha 4 \beta 2$ . Su acción selectiva sobre estos receptores, provocaría un aumento de los niveles de dopamina, lo que minimizaría las manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia y del deseo de fumar (actividad agonista). Al mismo tiempo evitaría o, al menos reduciría, los efectos placenteros derivados de la actuación de la nicotina por evitar su unión a los receptores  $\alpha 4 \beta 2$  (actividad antagonista).<sup>24</sup> Este último punto podría ser importante en cuanto a la prevención de las recaídas.

El doble efecto de vareniclina (agonista y antagonista) es una característica diferencial respecto de otros tratamientos.

Vareniclina triplica las probabilidades de conseguir la abstinencia a largo plazo cuando se compara con intentos para dejar de fumar sin apoyo farmacológico.<sup>25</sup>



Comparativamente con bupropión también se objetivó una diferencia significativa en la tasa de éxitos a favor de la vareniclina.<sup>26</sup>

Al igual que en los apartados anteriores no nos hemos detenido a explicar el mecanismo de acción, posología, contraindicaciones ni efectos secundarios por no considerarlo objeto de este estudio.

### Tratamientos de segunda línea

Se trata de medicamentos que han demostrado ser eficaces para el tratamiento del tabaquismo, pero tienen un papel más limitado que los de primera línea porque presentan un mayor número de efectos secundarios. Además son fármacos que no han sido aprobados por la Dirección General de Farmacia del Ministerio de Sanidad y Consumo como medicamentos específicos para tratar la dependencia al tabaco.<sup>27</sup>

Los principales medicamentos de segunda línea son:

–La clonidina. Es un agonista noradrenérgico  $\alpha_2$  que suprime la actividad simpática, usado fundamentalmente como fármaco antihipertensivo. Se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la adicción a la nicotina, doblando los efectos respecto al tratamiento placebo.<sup>28</sup>

–La nortriptilina. Se trata de un antidepresivo tricíclico, útil para el tratamiento del tabaquismo. También dobla la tasa de abstinencia con respecto al placebo.<sup>29</sup> Parece que su actividad en el tratamiento de la adicción al tabaco no está asociada con la existencia de síntomas depresivos.

### Tratamientos psicológicos

Los principales grupos que requieren este tipo de intervención asistencial son fumadores disonantes con alta dependencia y fracasos previos en la consolidación de la abstinencia, mujeres embarazadas y pacientes que presentan serios problemas de salud relacionados o no con el consumo del tabaco.

### Otros tipos de tratamiento

Las revisiones de los estudios disponibles hasta ahora sobre la eficacia de otras técnicas para dejar de fumar (acupuntura, digitopuntura, auriculopuntura, hipnosis, diversos tipos de electroestimulación, láser, etc.) indican que la aplicación de estas técnicas no consiguen resultados superiores a los alcanzados por cualquier procedimiento placebo.<sup>30,31</sup>

### BIBLIOGRAFÍA

- Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction* 2004;99:29-38.
- Becoña Iglesias E, Vázquez González F. Dejar de fumar como un proceso: implicaciones asistenciales. En: Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Barcelona: Glosa; 1998.
- U.S. Department of Health and Human Services. Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General. Atlanta: DHHS; 2000.
- Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD001118. DOI: 10.1002/14651858.CD001118.
- Soto Mas FG, et al. El proceso de abandono del tabaquismo: teoría, investigación y práctica. *Gac Sanit* 2001;15(Supl.4):49-54.
- Russell M, Wilson C, Taylor C, Baker C. Effect of general practitioners' advice against smoking. *BMJ*. 1979;2:231-235.
- 100: Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. Editorial Ergon. 2008.
- Camarelles F, Salvador T, Ramón JM, Córdoba R, Jiménez C, López V et al. Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. Observatorio para la Prevención del Tabaquismo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2008.
- US Public Health Service. Guía de tratamiento del tabaquismo. Barcelona: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica; 2010. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK47499>
- Álvarez S, Veiga S. Abordaje del tabaquismo: intervención sistemática. En Ayesta FJ et al. (eds). Manual de tabaquismo para profesionales sanitarios. Ceuta: Ingesa-CA Ceuta; 2006.
- Jiménez CA, Solano S, Barrueco M, De Granada JJ, Lorza JJ, Alonso S, et al. Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas en tabaquismo. *Arch Bronconeumol*. 2001; 37:382-38b.
- US Public Health Service. Guía de tratamiento del tabaquismo. Barcelona: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica; 2010. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK47499>
- Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax*, 1998;53(5 sup):S1-S19.
- Jiménez CA, Barrueco M, Solano S, Torrecilla M, Domínguez F, Díaz-Maroto JL, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. *Arch Bronconeumol*. 2003;39:35-41.
- García-Galbis Martín J, Leal Hernández M, Hernández Menarguez F, Abellán Alemán J. Tratamiento farmacológico en la deshabituación tabáquica. Ventajas e inconvenientes de los tratamientos actuales. *Semerger*. 2012;38:505-10. -Vol. 38 núm 08.
- Jimenez-Ruiz CA, de Granda Orive JJ, Solano Reina S, Carrión Valero F, Romero Palacios P, Barrueco Ferrero M. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2003;39(11):514-523.
- Martín F y Corral LP. Tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Trastornos adictivos* 2004;6(02):103-112.
- Ramon Torell JM, Masuet Aumatell C. Actualización del tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Butlletí d'informació terapèutica* Vol. 22, núm. 1. 2011. ISSN 0213-7801. ISSN 1579-9441.
- Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED, Offord KP et al. A comparison of sustained release Bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997;337:1195-1202.
- Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA et al. A controlled trial of sustained-release Bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999;340:685-691.
- Hays JR, Hurt RD, Wolter TD, et al. Bupropion SR for relapse prevention. 6th Annual Conference of the Society for Research on Nicotine and tobacco. Arlington. 2000.
- Rollema H, Chambers LK, Coe JW, Glowa J, Hurst RS, Lebel LA, et al. Pharmacological profile of  $\alpha_4\beta_2$  nicotinic acetylcholine receptor partial agonist varenicline, an effective smoking cessation aid. *Neurpharmacology*. 2007;52:985-994.
- Cahill K, Stead L, Lancaster T. Agonistas parciales de los receptores de la nicotina para el abandono del hábito de fumar. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010 Issue 12. Art. No.: CD006103. DOI: 10.1002/14651858.CD006103.
- Gonzales D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing C et al. Varenicline, an  $\alpha_4\beta_2$  nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs. sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2006;296:47-55.
- Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky E, Williams K et al. Efficacy of varenicline, an  $\alpha_4\beta_2$  nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs. placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: A randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296:56-63.

26. Nides M, Oncken C, Gonzales, Rennard S, Watsky EJ, Anziano R et al. Smoking cessation with varenicline, a selective alpha4 beta2 nicotinic receptor partial agonist: results from a 7 week, randomized, placebo and bupropion controlled trial with 1 year follow up. *Arch Intern Med.* 2006;166:1561-1568.
27. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SE, Goldstein MG, Gritz ER., Heyman RB, Jaén CR, Kottke TE, Lando HA, Mecklenburg RE, Dolan Mullen P, Nett LM, Robinson L, Stitzer ML, Tommasello AC, Villejo L, & Wewers ME (2000). Treating tobacco use and dependence: Clinical practice guideline. Rockville, MD: United States Department of Health and Human Services.
28. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz N. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004;3:CD000058.
29. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;24(1): CD000031.
30. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *American Journal of Psychiatry* 1996;153,1-31.
31. Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J. Hypnotherapy for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 2. Art. No.: CD001008. DOI: 10.1002/14651858. CD001008.
32. White AR, Rampes H, Campbell JL. Acupuncture and related interventions for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD000009. DOI: 10.1002/14651858. CD000009.