



JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL

*II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones*

# GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ADICCIÓN AL TABACO

Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones

**Coordinación:**

*Silvia Moreno Mariscal.*

*Jefa de Departamento de Coordinación Asistencial.*

*Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones.*

*Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.*

*Junta de Andalucía.*

**Agradecimientos:**

*Queremos agradecer a todas aquellas personas que nos han facilitado la elaboración de esta guía clínica, destacando a la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, a su responsable asistencial D. Fernando Arenas Domínguez, a las directoras y directores de los centros provinciales de Drogodependencias, coordinadores y coordinadoras de los Centros de Tratamiento Ambulatorio y de una forma muy especial a nuestras familias que nos han prestado el tiempo y apoyo necesario para su realización.*

**Edita:**

*Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía*

**Diseño e Impresión:**

*Dia Cash, S. L.*

*Depósito Legal N.º GR 436/2008*

*I.S.B.N. 978-84-690-7647-7*

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA  
DE ADICCIÓN AL TABACO



## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	07
<b>2. CONDICION CLINICA DE LA CLINICA</b>	11
<b>3. LEGISLACION</b>	19
<b>4. IMPORTANCIA SOCIAL Y SANITARIA</b>	25
<b>5. EPIDEMIOLOGIA</b>	29
<b>6. NOCIONES BASICAS</b>	39
<b>7. ADICCIÓN AL TABACO</b>	49
7.1 Definición	51
7.2 Modelos de adquisición y mantenimiento de la adicción	51
7.3 Modelo transteorico	56
7.4 Efectos farmacologicos de la nicotina	59
<b>8. ABORDAJE DE LA ADICCIÓN AL TABACO</b>	63
8.1 Consejo sanitario	67
8.2 Consejo sanitario sistematizado	68
<b>9. EVALUACION Y DIAGNOSTICO DE LA CONDUCTA DE FUMAR</b>	73
9.1 Escalas y cuestionarios	76
9.2 Historia clinica de adiccion tabaco	87
<b>10. TRATAMIENTO MÉDICO</b>	97
10.1 Terapia sustitutiva con nicotina	101
10.2 Otros tipo de tratamiento	108
<b>11. TRATAMIENTO PSICOLOGICO</b>	121
11.1 Modalidades terapeuticas	123
11.2 Efectividad de las intervenciones	127
11.3 Una propuesta de protocolo de intervencion	128
11.4 Estrategias de prevencion de recaidas	130
11.5 Guía de sesiones	131
<b>12. POBLACIONES ESPECIALES</b>	137
12.1 Tabaco y juventud	139
12.2 Mujer y tabaco	140
12.3 Tabaco y embarazo	143
12.4 Tabaco en las personas mayores	144

<b>13. PATOLOGIA ORGÁNICA Y PSIQUIÁTRICA RELACIONADA CON EL CONSUMO DE TABACO .....</b>	<b>151</b>
<b>14. PERSONA FUMADORA PASIVA .....</b>	<b>169</b>
<b>15. PREGUNTAS MAS FRECUENTES .....</b>	<b>175</b>
<b>16. ANEXOS Y MATERIAL DE APOYO .....</b>	<b>183</b>

# 1 - INTRODUCCIÓN

**Autora:**

**Victoria de Larriva Casares.**

Psicóloga CPD de Córdoba

*mvictoria.delariva@ipbscordoba.net*

**Autor:**

**Manuel Cárdenas Abad**

Psicólogo CCD Cinturon Agroindustrial

Andévalo. Huelva

*mcardenas@diphuelva.es*

En el siglo XXI, en España, el tabaquismo sigue siendo un gran problema de Salud Pública, pues todavía es considerado como la primera causa evitable de mortalidad y morbilidad en nuestro país y a nivel mundial. Como en otras adicciones, su consumo se remonta a antiguas civilizaciones, en este caso del continente Americano. El ser humano ha consumido tabaco desde sus orígenes prácticamente, pero nunca con tanta intensidad, cualitativa y cuantitativamente, como en las últimas décadas. El desarrollo tecnológico, científico y las investigaciones han permitido también en los últimos años poner de manifiesto la relación entre tabaco y una amplia gama de patologías orgánicas y psicopatológicas, mortales en muchos casos.

La prevención es un pilar fundamental en el control y lucha frente a la epidemia tabáquica, y el papel modélico hacia la infancia es una obligación, que ha de tener toda la sociedad, las madres y los padres y personas adultas en general, también existen algunas profesiones que tienen un papel modélico en cuanto a referencia para la sociedad como pueden ser: todas las relacionadas con la Salud, tienen que ser conscientes de su papel e implicarse por esto de una forma especial en el problema de la adicción al tabaco.

La formación de profesionales en el tratamiento del tabaquismo es otra prioridad a tener en cuenta, tanto desde los planes de estudios Universitarios, como para el colectivo de profesionales que actualmente están ejerciendo y en su momento no recibieron una formación adecuada y actualizada del abordaje integral a la persona fumadora.

En cuanto a la demanda, cabe decir que en los últimos años, y gracias a las campañas de sensibilización, el aumento de personas que solicitan ayuda ha aumentado espectacularmente. Esta demanda ha sido cubierta por todo tipo de dispositivos, tanto públicos como privados, entre los cuales podemos destacar los Centros de Atención Primaria de Salud, consultas privadas de médicos especialistas en diversas afecciones relacionadas con el tabaco, Unidades de Tabaquismo de Hospitales, asociaciones y, en un lugar destacado, los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias y Adicciones de la red pública Andaluza.

Los centros de drogodependencias y adicciones debido a sus características definitorias, como son; el hecho de estar especializados en adicciones, contar con personal altamente cualificado y la accesibilidad a los mismos, se convierten en centros de primera elección para muchas personas que desean dejar de fumar. Además, hay que tener en cuenta que con el paso del tiempo, y gracias a las políticas preventivas y de control, las personas que solicitarán ayuda serán aquellas más resistentes y con más dificultades para dejar de fumar, las cuales no podrán ser tratadas de forma eficaz con intervenciones estándar.

Por otro lado, y ante el desarrollo que en ciencias de la salud ha tenido el tema de los tratamientos basados en la evidencia, se han publicado numerosas guías de práctica clínica, con el objetivo de guiar y orientar en la toma de decisiones al colectivo de profesionales, utilizando para ello los hallazgos que la metodología científica muestra como más eficaces. En la mayoría de ellas se incluye algún capítulo dedicado a evaluar los tratamientos eficaces en el tabaquismo, por lo que se cuenta con abundantes datos sobre cuales son los tipos de intervenciones que son eficaces.

El objetivo general de la presente guía es describir los procedimientos y estrategias terapéuticas que han demostrado más evidencia empírica sobre su eficacia, teniendo en cuenta que estamos hablando de intervenciones de segundo nivel, y por lo tanto especializadas, y llevadas a cabo por equipos multidisciplinares y dirigidas a todo tipo de personas fumadoras.



## 2 - CONDICIÓN CLÍNICA DE LA GUÍA

**Autores:**

**Manuel Cárdenas Abad**

Psicólogo CCD Cinturon Agroindustrial  
Andévalo. Huelva

*mcardenas@diphuelva.es*

**Manuel Ruiz Martínez**

Doctor en medicina CPD de Granada

*mruizmartinez@dipgra.es*

En los últimos años los Centros de Tratamiento Ambulatorios (CTA) de drogodependencias y adicciones tienen una nueva demanda de tratamiento, la de las personas con dependencia de la nicotina.

Las intervenciones que se están llevando a cabo se basan en protocolos basados en la evidencia, existe una importante demanda, y los resultados son adecuados. Si sigue la tendencia actual, en los próximos años continuará incrementándose la demanda. Para hacer frente a esta demanda y plantear alternativas eficaces, que es el objetivo de la presente guía, es necesario tener en cuenta las características de los propios centros y de la población diana de las citadas intervenciones terapéuticas.

En cuanto a los CTA de Drogodependencias y Adicciones, cabe decir que disponen del personal más especializado posible en este tema, contando con psicólogas y psicólogos, médicas y médicos, trabajadoras y trabajadores sociales y enfermeras y enfermeros. Por otro lado, son centros donde el tabaquismo no ha sido la principal prioridad. En último lugar comentar la gran accesibilidad de este recurso, ya que además de ser derivados por cualquier institución, las personas usuarias pueden llegar de forma directa, tanto presencial como telefónicamente. Todas estas características constituyen el marco en el que se interviene en tabaquismo, aspecto a tener en cuenta a la hora de plantear desde esta guía cuales son los procedimientos terapéuticos más recomendables.

En nuestra Comunidad Autónoma son los Centros de Tratamiento Ambulatorios el eje operativo en el ámbito provincial del II Plan Andaluz sobre Drogas en lo referente a prevención, asistencia, incorporación y promoción social. Funcionalmente, son la estructura periférica de la Dirección General de Drogodependencias y Adicciones y los encargados de la coordinación, junto con los diversos sectores implicados, especialmente con los Servicios Sociales de las Diputaciones Provinciales y los Ayuntamientos, así como con los dispositivos educativos y sanitarios de la provincia. Desarrollan la ejecución y gestión de programas y recursos específicos y se crean por acuerdo entre las diputaciones y la Junta de Andalucía. Desde el punto de vista asistencial, los Centros Provinciales actúan como centros especializados en la atención a las drogodependencias en la provincia. Tienen el carácter de Centros de Tratamiento Ambulatorio de primer nivel y son la puerta de entrada a la red asistencial.

Respecto al tipo de población destinataria de las intervenciones en tabaquismo, podemos decir que existen tres grandes grupos, por un lado la población que acude demandando tratamiento para dejar de fumar y que, en principio, no padece otro tipo de adicción, en segundo lugar, aquellas personas que quieren dejar de fumar y presentan trastornos por consumo de otras sustancias, y que proceden, en su mayoría, de los propios centros de tratamiento y, en tercer lugar, todas aquellas personas que pertenecen a empresas en instituciones que solicitan que se lleven a cabo programas de cesación tabáquica en sus lugares de trabajo.

En cuanto al primer grupo, decir que si bien hasta ahora estaba formado por población normalizada en su mayor parte, a partir de este momento, y según se prevé desde todos los foros de expertos, y tomando como ejemplo lo que sucede en otros países con más tradición en la lucha antitabaco, las características definitorias de las personas usuarias serán personas con adicción grave, con múltiples intentos previos y con patología orgánica y psiquiátrica asociada. Se trata de personas consumidoras más resistentes, que no han conseguido dejar el hábito a pesar de las campañas y medidas tomadas en los últimos años. También hay que nombrar aquí a las

personas pacientes psiquiátricos, que cada vez con mayor frecuencia son derivados a nuestros centros para ser tratados de su adicción, la cual como ya se sabe, es más severa y con menos probabilidades de éxito.

En cuanto a la población consumidora de otras sustancias, hasta hace poco tiempo, no se pensaba en ellos como candidatos para dejar de fumar, ya que su adicción a la nicotina se consideraba un mal menor dentro de su situación personal. Pero en los últimos tiempos, y también ante la presión social, estas personas solicitan cada vez más ayuda, además de que ha aumentado la conciencia de la problemática que genera en ellos el consumo.

Por último, respecto a la población que proviene de instituciones y empresas, constituyen el grupo más normalizado y con menos factores de pronóstico negativo, aunque debido a las características de este tipo de intervenciones, los resultados y metodología de trabajo presentan diferencias significativas respecto a los grupos antes reseñados.

En general, y después de lo dicho, podemos concluir que la población destinataria de esta guía son personas fumadores que presentan más dificultades que la población general, y por lo tanto, van a necesitar intervenciones más intensivas, más adaptadas a sus características y más individualizadas.

## 2.1 INDICADORES EN EL PROCESO DE TRATAMIENTO DE TABACO.

Entre los objetivos del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2002-2007), se incluyó un Sistema de información centralizado para la red asistencial de drogodependientes en Andalucía que permitiera incrementar la eficacia de las intervenciones preventivas, asistenciales y de incorporación social, y facilitara la toma de decisiones y la planificación.

Este sistema, conocido como SIPASDA, y a través del cual se opera el proceso de tratamiento de quienes consumen tabaco, se apoya desde su concepción en las nuevas tecnologías de la información, fundamentalmente Internet, como estrategias para la centralización de los datos en una base única, que se actualiza en tiempo real.

La fuente de datos del análisis de Indicadores que a continuación se detalla se basa en el SIPASDA, incluyéndose algunos indicadores que miden y ofrecen información sobre las personas consumidoras de tabaco y de aquellos que terminaron su proceso de tratamiento.

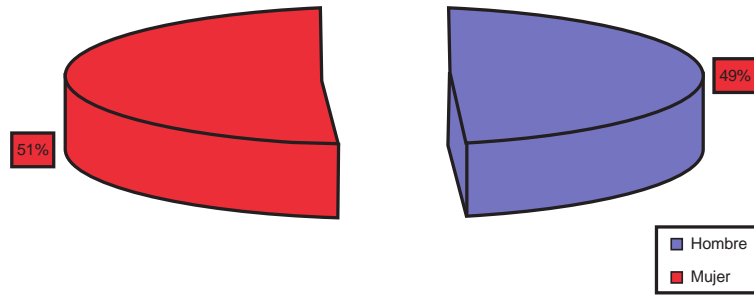
### Admisiones a tratamiento por tabaco según género

#### Tabaco

Hombre	3384
Mujer	3535
Total	6919

En cuanto a la variable sexo, en la red de atención a las adicciones de la Comunidad Andaluza, el porcentaje de hombres y mujeres que demandan tratamiento por su adicción al tabaco, esta muy igualado.

## Admisiones a tratamiento por tabaco según género



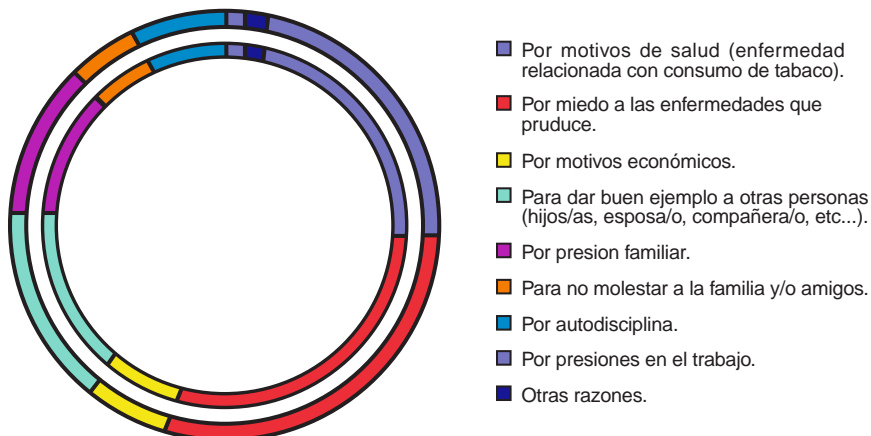
### Motivos fundamentales para dejar de fumar

Motivos fundamentales para dejar de fumar	Frecuencia	Porcentaje
• Por motivos de salud	3611	25,05%
• Por miedo a las enfermedades que produce	4185	29,03%
• Por motivos económicos	1312	9,10%
• Para dar buen ejemplo a otras personas (hijos/as, esposa/o, compañera/o, etc).	1624	11,26%
• Por presión familiar	1328	9,21%
• Para no molestar a la familia y/o amistades amigos	878	6,09%
• Por autodisciplina	1046	7,25%
• Por presiones en el trabajo	207	1,44%
• Otras razones	287	1,99%

Dentro de las motivaciones que les impulsa a iniciar el tratamiento. Destacan con gran diferencia las repercusiones orgánicas del tabaco sobre la salud, diferenciando estos motivos en:

1º- el miedo a sufrir en el futuro alguna patología secundaria al hábito de fumar, con un 29,03%.

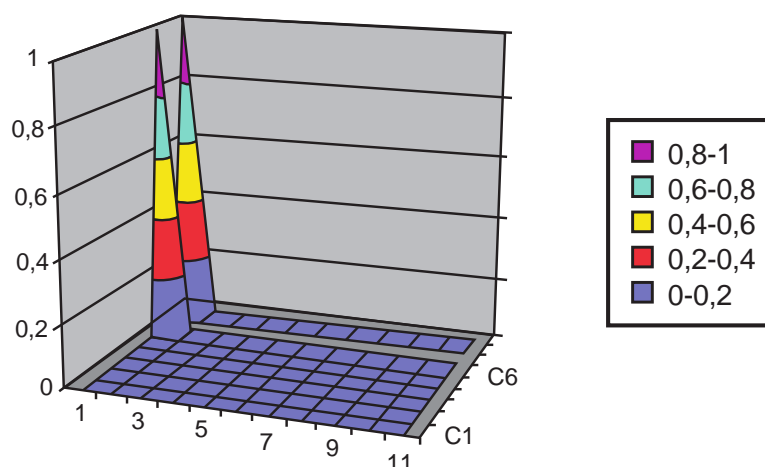
2º- padecer actualmente algunas molestias de salud que atribuyen directa o indirectamente al tabaquismo 25,05%, y el 3º es un motivo ejemplarizante y de modelo sobre las personas que le rodean fundamentalmente hijas e hijos y amistades en un 11,26%.



## Tipos de tratamiento seguidos cuando ha intentado dejar de fumar

### 1ª Vez: Tipos de tratamiento seguidos cuando ha intentado dejar de fumar

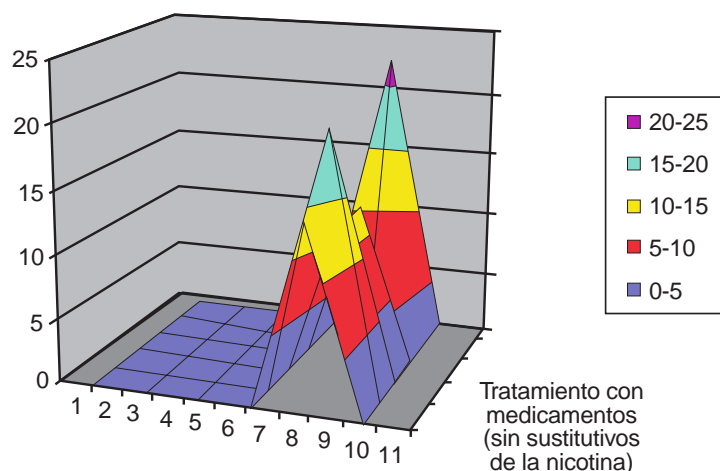
	Frecuencia	Porcentaje
• Tratamiento con medicamentos ( sin sustitutivos de la nicotina)	105	27,85%
• Tratamiento con sustitutivos de la nicotina	90	23,87%
• Terapias de grupo	56	14,85%
• Terapia psicológica individual	48	12,73%
• Acupuntura	26	6,90%
• Otros	60	15,92%



En el primer intento de tratamiento previo a este ( de los varios que han podido realizar), vemos que el mas frecuentemente utilizado fue con medicamentos no sustitutivos de la nicotina, como pueden se bupropion, diversas benzodiazepinas y otros fármacos de segunda línea. Seguido en segundo lugar de la terapia sustitutiva con nicotina (parches, chicles inhaladores o comprimidos de nicotina).

### 2ª Vez: Tipos de tratamiento seguidos cuando ha intentado dejar de fumar

	Frecuencia	Porcentaje
• Tratamiento con sustitutivos de la nicotina	20	23,26%
• Terapia de grupo	12	13,95%
• Terapia psicológica individual	12	13,95%
• Acupuntura	6	6,98%
• Otros	22	25,58%



En los intentos posteriores las personas pacientes mantienen el mismo porcentaje de tratamiento con terapia sustitutiva. Así como con las modalidades de tratamiento de grupo y psicológica individual. Desciende el tratamiento con fármacos no sustitutos de la nicotina y crece el utilizar otro tipo de terapias alternativas para conseguir la abstinencia al tabaco

#### Fuente de referencia principal para los consumidores de tabaco

Las personas consumidoras de tabaco que vienen a los Centros de Tratamiento de Adicciones (CTA). La fuente de donde obtuvieron la información de nuestra existencia, oferta terapéutica y derivación fueron muy variadas destacando los servicios sociales y sanitarios, movimiento asociativos y por iniciativa propia a través de información en folletos, medios de comunicación, etc.

	Frecuencia	Porcentaje
• Otros servicios de drogodependencias	48	0,77%
• Servicios Sociales	21743	4,93%
• Aparato Judicial	233	3,74%
• Empresa o empleador	21	0,34%
• Familia o amistades	422	6,78%
• Iniciativa propia	1293	20,77%
• Movimiento asociativo	1960	31,49%

### Edad del paciente por Tipo de sustancia o adicción.

	<b>Media</b>	<b>Desviación Típica</b>
• Juego Patológico	37,25	12,13
• Heroína y rebujao	35,54	7,16
• Cocaína	29,52	8,21
• Tabaco	42,82	11,46
• Cannabis	23,55	7,9
• Alcohol	42,4	10,63
• Otras Drogas	33,8	10,47

La edad media de las personas pacientes que demandan tratamiento en nuestros centros, por el tabaco, es la mas alta en relación al resto de sustancias con poder de adicción así como otras conductas adictivas sin sustancia, como es el juego patológico o ludopatía. Las edades también son muy variadas, siendo junto con la ludopatía, las adicciones que más variabilidad de edad presentan.

# 3 - LEGISLACIÓN

**Autores:**

**Manuel Ruiz Martínez**

Doctor en medicina CPD de Granada

*mruizmartinez@dipgra.es*

**Francisco Herrera Benítez**

Médico CCD de Linares. Jaén

*franhebe@telefonica.net*



La Constitución Española desde su aprobación en 1987 garantiza, entre muchos otros el derecho a la protección de la salud (Art. 43) “a disfrutar un medio ambiente adecuado” (Art. 45.) “A la defensa de los consumidores y usuarios” (Art. 51) “Es obligación de los poderes públicos, tanto del gobierno central como de los autonómicos garantizar estos derechos de los ciudadanos”.

Este es el punto de partida actual. Pero todos conocemos la dificultad y resistencia por parte de quienes fuman, sectores comerciales y poderes políticos para implantar medidas preventivas frente al tabaquismo. Para comprender las resistencias que en España tienen que afrontar los legisladores en materia de tabaquismo y su prevención, hay que remontarse al descubrimiento de América y a la introducción de los españoles del tabaco en Europa, a la producción y comercialización que se realizó como monopolio estatal desde la casa del tabaco de Sevilla y las políticas de la época encaminadas a expandir el mercado con fines puramente comerciales de rentabilidad económica. Sirva en su descargo, el que por entonces se desconocían los efectos nocivos del tabaquismo. Posteriormente cuando se empezaron a conocer los daños que ocasionaba, la industria tabacalera ha seguido planteado su lucha frente a los poderes políticos con argumentos puramente económicos:

A- sobre los supuestos beneficios económicos y puestos de trabajo directo e indirecto, que la producción, elaboración y comercialización aporta a los sectores sociales implicados.

B- al estado en particular, por los impuestos que obtiene de los productos del tabaco.

La historia ha demostrado que con la mecanización el número de puestos de trabajo es cada vez menor, que la contribución de los impuestos del tabaco a los ingresos totales del estado desciende paulatinamente desde mediados del siglo XVIII en nuestro país. Que no fumar aumenta la esperanza de vida y la calidad de vida de la ciudadanía, con las repercusiones económicas que esto pueda ocasionar.

Con la entrada de España en la Unión Europea, se intensificó el marco regulador en materia de prevención y control del tabaquismo. Los textos legislativos de ámbito nacional aprobados hasta ahora son diversos. A continuación mencionaremos algunos de ellos por orden cronológico y el tema que tratan:

Decreto / Ley	Contenido sobre el que trata
Real decreto 709/1982 de 5 de marzo	Publicidad y consumo de tabaco
Real decreto 2072/ 1983 de 28 de junio	Publicidad y medios de comunicación
Real decreto 1100/1978 de 12 de Mayo de 1978.	Publicidad de tabaco y alcohol
Ley 34/1988 de 11 de noviembre.	Ley General de Publicidad.
Real decreto 1259/1979 de 4 de abril.	Venta y calificación de los cigarrillos Light.
Real decreto 192/1988 de 4 de marzo.	Venta, uso y riesgos del tabaco.
Real Decreto 510/1992 de 14 d mayo.	Venta y etiquetado según normas ISO.
Real Decreto 1185/1994 de 3 de junio.	Venta y etiquetado.
Ley 13 /1998 de 4 de mayo.	Venta, mercado y normativa tributaria.

Decreto / Ley	Contenido sobre el que trata
Real Decreto 1199/1999 de 9 de julio	Ordenación del mercado y normativa tributaria
Real Decreto 6/2000 de 23 de junio.	Mercado y distribución
Real Decreto 486/ 1997 de 14 de abril.	Uso y seguridad en las empresas.
Real Decreto 1293/1999 de 23 de Julio	Uso en medios de transporte y limitaciones en la venta
Real Decreto 1079/2002 de 18 de octubre	Contenidos del tabaco, ingredientes y su etiquetado.
Ley 28/2005 de 26 de diciembre	Medidas sanitarias , venta, suministro, consumo y publicidad

Hay que destacar el Real Decreto 192/1988 de 4 de marzo que partiendo de la base del reconocimiento del tabaco como una sustancia nociva para la salud, establece las primeras medidas de protección en espacios públicos ante ambientes contaminados por humo del tabaco (ACHT) donde queda claro *que en caso de conflicto prevalecerá el derecho a la salud de las personas no fumadoras.*

Actualmente la Ley 28/2005 de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, suministro, consumo y publicidad de los productos del tabaco, ha supuesto un gran paso en la lucha frente al tabaquismo, por sus repercusiones en la sociedad, basta comprobar el debate suscitado y los cambios que ha propuesto en materia de uso en lugares públicos y su venta, y lo que esto supone como reducción del consumo y el efecto preventivo en las generaciones futuras.

La ley se articula en cinco capítulos:

**Capítulo I.** Se consagra a las disposiciones generales, delimita el objeto de la Ley y aclara, en forma de definiciones, los conceptos fundamentales que se contienen en la ley.

**Capítulo II.** Regula las limitaciones de la venta, suministro y consumo de los productos del tabaco. En cuanto a la venta y suministro, dispone que solo podrá realizarse al por menor en la red de expendedurías de tabaco y timbre o a través de máquinas expendedoras únicamente.

Prohíbe vender o entregar productos del tabaco a menores de 18 años. Prohíbe la venta de tabaco por menores. La venta en centros y dependencias de administraciones públicas y entidades de derecho público, centros sanitarios y de servicios sociales, centros docentes, centros culturales, centros e instalaciones deportivas, centros de atención y ocio de menores, así como en cualquier otro lugar, centro o establecimiento donde esté prohibido.

Limita el consumo, parte de la distinción entre lugares donde se establece la limitación total y lugares donde aún estando prohibido se permite habilitar zonas para fumar, siempre que se cumplan determinados requisitos, como la señalización adecuada, separación física del resto de dependencias y dotada de sistema de ventilación independiente.

**Capítulo III.** Incorpora a nuestro ordenamiento la directiva 2003/33/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 26 de mayo de 2003 en materia de publicidad y patrocinio del tabaco. Regula la prohibición de la distribución gratuita o promocional de productos, bienes o servicios o

cualquier otra actuación cuyo objetivo o efecto directo o indirecto sea la promoción del tabaco, también prohíbe salvo con determinadas excepciones, la publicidad, patrocinio y promoción de todos los productos del tabaco en todos los medios, incluidos los servicios de la sociedad de la información.

Dicta normas sobre las denominaciones comunes: nombres, marcas, símbolos o cualquier otro signo distintivo.

**Capítulo IV.** Incorpora medidas de prevención, impulsando acciones de educación para la salud, información sanitaria.

Promoción de programas para la deshabituación tabáquica en la red asistencial del Sistema Nacional de Salud.

Se crea el Observatorio para la Prevención del Tabaquismo, así como medidas de coordinación en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

**Capítulo V.** Tipifica las conductas contrarias a la norma, para identificar a los responsables y asignarles la sanción correspondiente.

Las medidas legislativas son las más eficaces para el control del hábito tabáquico. También es imprescindible el compromiso de los responsables políticos Europeos, nacionales, de las comunidades autónomas y los de ámbito local.

## BIBLIOGRAFÍA

- Becoña Iglesias, E (coord). (1998). Libro blanco del tabaquismo en España. Barcelona. Glosa Ediciones.
- Becoña E, Ed Monografía Tabaco, Adicciones, Vol.16, suplemento 2, 2004.
- Barrueco M; Hernández M.A; Torrecilla M (2006). Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo.
- Jiménez C.A., et al, Tratado de Tabaquismo, 2ª edición, Ergon 2007.
- *Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010, Consejería de Salud. Junta de Andalucía*
- *12- II Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones (2002-2007).* Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales.

## 4 - IMPORTANCIA SOCIAL Y SANITARIA DEL TABAQUISMO

**Autora:**

**Victoria de Larriva Casares.**

Psicóloga CPD de Córdoba

*mvictoria.delariva@ipbscordoba.net*

**Autor:**

**Manuel Cárdenas Abad**

Psicólogo CCD Cinturon Agroindustrial

Andévalo. Huelva

*mcardenas@diphuelva.es*

El consumo de tabaco en España supone la primera causa de muerte evitable; cerca de 54.000 personas mueren al año por causas relacionadas con su consumo. Según los datos de la última Encuesta Nacional (2003) del Plan Nacional sobre Drogas, la prevalencia de personas fumadoras diarias en población de 15 a 64 años era de 36,7%. Ante esta realidad y tratándose de la sustancia psicoactiva más consumida a diario en toda España se hace necesario un abordaje desde las instituciones sanitarias y sociales para dar respuesta a esta situación.

En Andalucía la prevalencia del tabaquismo en 2003 se sitúa en el 33% de la población mayor de 16 años (fuman el 41,1% de los hombres y el 24,9% de las mujeres). En la actual Encuesta de 2005 en Andalucía, en población de 12 a 64 años, la prevalencia de personas fumadoras diarias observadas es de un 34,4%.

El consumo de tabaco en la Comunidad Andaluza muestra una desigual distribución provincial, el mayor porcentaje de población fumadora se encuentra en Jaén (39,7%), Córdoba (37,9%) y Cádiz (33,5%) y en el otro extremo, por debajo de la media, se hallan las provincias de Málaga ( con el menor porcentaje de población fumadora 29,7%), Granada, Almería, Sevilla y Huelva.

El mayor porcentaje de personas fumadoras se mantiene en el 2003 en el grupo de edad entre los 25 y los 44 años. (46,2% tres puntos menos que en 1999). La edad media de inicio de consumo de tabaco según las encuestas andaluzas de salud esta alrededor de los 17 años.

Entre 1987 y 2003, el porcentaje de varones fumadores se ha reducido en Andalucía en 17 puntos, en fumadoras la tendencia general ha sido al contrario, aparece un incremento de 6 puntos.

Ante esta realidad de consumo en Andalucía, el coste sanitario y social que esta generando el tabaquismo, incluyendo los costes directos (atención médica, el tratamiento y medicación) y los costes indirectos (perdidas generadas cuando quienes fuman dejan de trabajar por los efectos de fumar y las enfermedades que produce), es muy elevado superando en todos los sentidos al beneficio que la producción y comercialización aporta las arcas públicas.

La evaluación del coste económico es difícil de estimar por todos los gastos a nivel sanitario y laboral que originan las enfermedades directamente causadas por el tabaco, pero habría que contabilizar también aquellas enfermedades que empeoran o dificultan su evolución el consumo de tabaco del paciente y las enfermedades producidas en personas no fumadoras pero afectadas por el humo que las rodean.

El problema del tabaquismo en España es de una importancia capital, por su elevada prevalencia en la población general (Datos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2003, la prevalencia actual de personas fumadoras es del 31,0%), y por su evolución (incorporación progresiva de la mujer joven), por la morbimortalidad que se origina, más de 50.000 muertes anuales y por los costes sanitarios y sociales derivados.

En España al igual que en el resto de países desarrollados, en el llamado primer mundo se aprecia un descenso de la población masculina fumadora pero un peligroso aumento de la mujer joven fumadora, en los últimos años el aumento de la proporción de fumadoras y fumadores en los países en desarrollo y entre la población femenina de los países desarrollados mitiga el descenso apreciable entre la población masculina de países desarrollados.

El consumo de tabaco supone un problema socio-sanitario importante, constituye el factor de riesgo aislado con mayor coste en términos de mortalidad, morbilidad y años de vida perdidos, hay quien lo llama “la epidemia del siglo XXI, o el “asesino silencioso”.

El tabaco es el principal agente medioambiental causante de enfermedad humana, tanto en las personas fumadoras activas como en los no fumadoras a quienes se le obliga a fumar pasivamente, el control del tabaquismo constituye unos de los medios más eficaces de mejorar la salud y la calidad de vida de la población y por tanto, una medida fundamental en salud pública. En la actualidad no se puede plantear ninguna duda sobre la relación causal entre tabaco y cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas, alteraciones en la gestación, desarrollo de asma y alergias durante la infancia en las personas fumadoras pasivas, aumento de procesos infecciosos del tracto respiratorio superior

En España, en el ultimo estudio para el Ministerio de Sanidad elaborado por la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, el coste sanitario directo derivado del consumo de tabaco es de 3918,44 millones de euros, teniendo en cuenta solo las seis enfermedades principales relacionadas con el consumo de tabaco, estas son EPOC, asma bronquial, enfermedades coronarias, enfermedad cerebro vascular, cáncer de pulmón y bajo peso al nacer.

Pero esta realidad, conocida, sobre todo en los países desarrollados, no ejerce el efecto disuasorio que cabría esperar.

Socialmente se minusvaloran los efectos del tabaco, debido en parte por la dispersión de sus efectos o consecuencias en nuestra salud, la gran mayoría de las veces estos efectos aparecen después de 20 o 25 años de llevar fumando, esto junto con la insuficiente información sobre la magnitud real de todas las consecuencias de fumar ayuda a promover que esta realidad no este lo suficientemente asumida por la persona fumadora, hecho necesario para que se produzca el cambio de conducta y en este caso que abandone el habito de fumar.

El consumo de tabaco nunca es rentable ni a corto ni a largo plazo para la salud de una persona ni para la economía de un país.

## BIBLIOGRAFÍA

- Guía practica para la implantación de unidades de deshabituación tabáquica... *GlaxoSmithKlein. 2004.*
- Primer Encuentro Iberomexicano sobre Tabaquismo, Universidad de Las Palmas de Gran Canarias. Pfizer..
- Becoña Iglesias, E (coord). (1998). Libro blanco del tabaquismo en España. Barcelona. Glosa Ediciones.
- . Barrueco M; Hernández M.A; Torrecilla M (2006). Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo.
- Becoña Iglesias E, (coord.) Monografía Tabaco, Adicciones Vol.16, suplemento 2 Manual de intervención. En compañía. *GlaxoSmithkline.2002.*
- Manejo del fumador en la clínica. *OMC. Ars Medica.2001.*
- Programa para dejar de fumar. *E. Becoña. Junta de Andalucía. 1997.*
- *IX Los Andaluces ante las Drogas, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.*
- *Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010, Consejería de Salud. Junta de Andalucía*
- EDIS (2003). *Los jóvenes andaluces ante las drogas y las adicciones 2002.* Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía.
- *II Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones (2002-2007).* Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales.

# 5 - EPIDEMIOLOGÍA

**Autores:**

**Manuel Ruiz Martínez**

Doctor en medicina CPD de Granada

*mruizmartinez@dipgra.es*

**Francisco Herrera Benítez**

Médico CTA de Linares. Jaén

*franhebe@telefonica.net*

El tabaquismo es considerado como la mayor epidemia a nivel mundial.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen en el mundo más de 1.100 millones de fumadores, lo cual supone, que 1/3 de la población mundial mayor de 15 años es adicta al consumo de tabaco.

Según el Banco Mundial 3/4 partes de la producción de cigarrillos se consume en países con niveles de ingresos medios y bajos, o lo que es lo mismo en vías de desarrollo.

Prevalencia del consumo de tabaco por sexos en la Unión Europea. Población mayor de 15 años. (Fuente: perfiles sobre tabaco en la UE .marzo 1996)

País	Hombres %	Mujeres %
ALEMANIA	36,8	21,5
AUSTRIA	42	27
BELGICA	31	19
DINAMARCA	37	37
ESPAÑA	47,2	27,2
FINLANDIA	27	19
FRANCIA	40	27
GRECIA	46	28
IRLANDA	29	28
ITALIA	38	26
LUXENBURGO	32	26
PAISES BAJOS	36	29
PORTUGAL	38	15
REINO UNIDO	28	26
SUECIA	22	24

Se estima según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que el consumo de tabaco es responsable directo de la mortalidad por diversas patologías:

- 90% de la mortalidad por cáncer de pulmón.
- 95 % de la mortalidad producida por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- 50% de la mortalidad por patología cardiovascular.
- 30% de la mortalidad por cualquier tipo de cáncer

En España, fallecen cada año como consecuencia del consumo de tabaco el 16 % de todas las muertes ocurridas en la población mayor de 35 años.

El consumo de tabaco está muy extendido en España, según el Observatorio Español sobre Drogas, pues los datos de la encuesta domiciliaria sobre drogas en población entre 15 y



64 años , el 41,5 % de la población había fumado alguna vez en los 30 días previos a la encuesta y el 35,1 % fuma a diario en el año 2001, además vemos como la prevalencia personas fumadoras habituales es mayor en hombres 41,1% que en mujeres 30,1%, pero se observa un incremento mayor en el numero de mujeres que fuman ,tendiendo a igualarse con el porcentaje en hombres.

Consumo	1997			1999			2001		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
En los últimos 30 días	50,1	34,1	40,6	45,1	35,6	39,8	46,3	36,3	41,5
Diario	40	25,8	32,9	37,1	28,1	32,6	40,1	30,1	35,1

Observatorio Español sobre Drogas: 1997, 1999,2001

### Consumo de tabaco según sexo, edad y nivel de estudios. Andalucía 2003. En %

Edad	HOMBRES			MUJERES		
	PRIMARIA	SECUNDARIA	UNIVERS	PRIMARIA	SECUNDARIA	UNIVERS
16-24	57.9	41.2	35.5	35.5	40.6	26.5
25-34	65.4	52	42.2	43.4	41.7	30
35-44	57.8	55.4	37.3	38.6	43	36.8
45-54	46.4	53.5	35.8	13.2	21.5	35.7
55-64	33.2	38.1	26.3	4.1	12.3	22.3
65-74	22.2	18.5	19.7	1.7	7.5	-
75 Y +	17	21	4.7	0.3	13.5	-

Fuente: Escuela Andaluza de Salud. Elaboración: Dirección General de Salud Pública y Participación

### Ha intentado dejar de fumar según sexo y edad (\*). Andalucía 1999-2003. En %

(SOLO PERSONAS FUMADORAS)	SI		NO	
	1999 (TOTAL 31,4%)	2003 (TOTAL 38,5%)	1999 (TOTAL 68,3%)	2003 (TOTAL 60,5%)
HOMBRE	31.83	39.6	67.9	59.5
MUJER	30.86	36.7	68.9	62.1
16 a 24 Años	26.4	26.4	73.1	72.4
25 a 44 Años	31.5	37.9	68.3	61.2
45 a 54 Años	35.7	53	64.2	45.8
55 a 64 Años	35.7	49	63.6	50.2
65 a 74 Años	35.3	43.3	63.6	56.7
75 Años o más	27	35.2	72.9	59
CASOS		872		

\*En la encuesta de 1999, la pregunta fue: ¿Ha intentado alguna vez dejar de fumar?  
En el 2003, la pregunta fue: durante los últimos 12 meses ¿Ha intentado dejar de fumar?  
Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración: Dirección General de Salud Pública y Participación

### Dos motivos fundamentales que le llevaron a dejar de fumar. Andalucía 1999-2003

(SOLO PERSONAS EXFUMADORAS) Respuesta abierta Sobre Nº total de casos	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	1999	2003	1999	2003	1999	2003
Le aconsejó el médico	28.3	24.1	9.6	11	24.6	20.6
Sentía molestias por el tabaco	23.7	19.4	16.3	17.3	22.2	18.8
Aumentó preocupación por efectos secundarios	10.2	7.5	13.3	12.7	10.8	8.9
Sentía disminuir rendimiento físico y psíquico	7.3	2.9	4.8	1.5	6.8	2.6
Lo decidí por propia voluntad	52.6	46.8	69.3	51.4	55.9	48
Otros motivos.	4.5	2.9	10.8	6.5	5.8	3.9
CASOS	667	737	166	279	833	1016

Fuente: Escuela Andaluza de Salud. Elaboración: Dirección General de Salud Pública y Participación

### Mortalidad atribuible al tabaquismo en Andalucía, causada por determinados grupos de enfermedades relacionadas con el hábito de fumar.

	1993		1996		1998		2002	
Nº total defunciones todas las causas	56.207		58.640		60.295		61.699	
Total defunciones atribuibles tabaquismo	9.212	16.3 %	8.538	14.56 %	8.947	14.83 %	9.047	14.66 %
Total atribuibles a Neoplasias	3.678	39.9 %	3.542	41.48 %	3.686	41.19 %	3.802	42 %
Total atribuibles Enf. Cardiovascular	3.211	34.8 %	2.718	31.83 %	2.852	31.87 %	3.037	33.56 %
Total atribuibles Enf. Respiratorias	2.174	23.59 %	2.156	25.25 %	2.299	25.69 %	2.132	23.56 %

Fuente: Servicio de Información y Evaluación. Viceconsejería de Salud. Elaboración: Dirección General de Salud Pública y Participación.

**Tasas de personas fumadoras diarias en distintos estudios.**

<b>ÁMBITO POBLACIONAL Y EDADES</b>	<b>AÑO</b>	<b>FUMADORES DIARIOS %</b>
Andalucía (12 y mas años)	1994	33,7
Nacional (15 y mas años)	1995	30,5
Galicia (12 y mas años)	1996	28,6
C. Valenciana (15 y mas años)	1996	35,0
Andalucía (12 y mas años)	1996	29,5
Nacional (15 -65 años)	1997	32,9
Canarias (15-65 años)	1997	36,2
Madrid (15-65 años)	1997	36,0
C. Valenciana (15 y mas años)	1998	36,5
Galicia (12 y mas años)	1998	32,2
Andalucía (12 y mas años)	1998	31,0
Nacional (15 -65 años)	1999	32,6
C. Valenciana (15 y mas años)	2000	40,0
Galicia (12 y mas años)	2000	32,0
Andalucía (12 y mas años)	2000	33,2
Nacional (15 -64 años)	2001	35,1
C. Valenciana (15 y mas años)	2002	35,0
Galicia (12 y mas años)	2002	32,1
Andalucía (12 y mas años)	2003	29,4
Nacional (15 -64 años)	2003	36,7
Andalucía (12 y mas años)	2005	34,4

*Fuente: los andaluces ante las drogas IX. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía.2005*

**Evolución de los fumadores diarios de tabaco en Andalucía (1994-2005)**

<b>AÑO</b>	<b>%</b>
1994	33,7
1996	29,5
1998	31,0
2000	33,2
2003	29,4
2005	34,4

*Fuente: los andaluces ante las drogas IX. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía.2005*

### Media de cigarrillos según edad y género.

Media años de inicio	
Media general	16,28
Hombres	15,87
mujeres	16,79
12-13 años	11,94
14-15	12,85
16-20	14,45
21-24	15,83
25-34	16,45
35-34	16,41
45-64	16,79

Fuente: los andaluces ante las drogas IX. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. 2005

### Tipología de personas fumadoras diarias.

Nº de cigarrillos	%
Moderados (menos de 10)	22,3
Medios-altos ( de 10 a 20)	60,7
Extremos ( de 21 a 40 o mas)	17,0
Total	100,0

Fuente: los andaluces ante las drogas IX. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. 2005

### Consumo diario de tabaco según género y edad.

Genero	Total	Edad				
		16/20	21/24	25/34	35/44	45/64
Hombres	39,1	29,5	34,0	45,2	53,8	36,5
Mujeres	29,7	30,3	43,3	33,1	38,9	21,0
Total	34,4	29,9	38,5	39,3	46,4	28,6

Fuente: los andaluces ante las drogas IX. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. 2005

**Características sociodemográficas de las personas fumadoras de tabaco diario.**

<b>Variables</b>	<b>%</b>	<b>Variables</b>	<b>%</b>
<b>Provincia</b>		<b>Con quien vive</b>	
Almería	36,6	Persona Casada	36,7
Cádiz	29,9	Solo con hijas e hijos	42,0
Córdoba	37,0	Sola	35,0
Granada	36,2	Otros Familiares	29,5
Huelva	29,9	Amistades	43,7
Jaén	31,1		
Málaga	31,9	<b>Nivel educativo</b>	
Sevilla	39,0	Primaria - 1º de ESO	32,2
<b>Hábitat</b>		2º ESO - Bachiller - FP	38,8
Hasta 5.000 hab.	30,7	Medios - Superiores	31,1
De 5.001 a 10.000	37,4		
De 10.001 a 50.000	39,6	<b>Ocupación</b>	
De 50.001 a 100.000	29,7	Empresariado - Directivas	40,2
De 100.001 a 250.000	29,1	Profesionales - Funcionarias	38,7
Mas de 250.000	35,6	Personas trabajadoras - Empleadas	44,6
<b>Género</b>		Personas parados	46,8
Hombre	39,1	Estudiantes	19,7
Mujer	29,7	Amas de casa	22,4
<b>Edad</b>		Personas jubiladas - Pensionistas	24,8
12-13	1,0		
14-15	9,2		
16-20	29,9		
21-24	38,5		
25-34	39,3		
35-44	46,4		
45 y mas	28,6		
<b>Total</b>	<b>34,4</b>	<b>Total</b>	<b>34,4</b>

*Fuente: los andaluces ante las drogas IX. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. 2005*

### Personas fumadoras diarias por edad en 2003 y 2005.

Edad	2003	2005
12-13	1,4	1,0
14-15	9,8	9,2
16-20	28,1	29,9
21-24	39,7	38,5
25-34	35,9	39,3
35-44	42,5	46,4
45 y mas(2003	22,7	-
45-64 (2005	-	28,6

Fuente: los andaluces ante las drogas IX. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. 2005

### Circunstancias en que fuman. Pregunta de respuesta múltiple.

Cuando estoy nervioso o estresado	57,9 %
Cuando me divierto.	47,6 %
Cuando me aburro.	25,0 %
Cuando estoy descansando	18,1 %
Otras circunstancias	11,1 %

Fuente: los andaluces ante las drogas IX. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. 2005

### Lugares donde suelen fumar. Pregunta de respuesta múltiple

En fiesta - bares	65,5 %
En mi casa	39,2 %
En el trabajo	34,8 %
En colegio - instituto	4,8 %
Otros lugares	11,6 %

Fuente: los andaluces ante las drogas IX. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. 2005

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Escuela Andaluza de Salud. Elaboración: Dirección General de Salud Pública y Participación
- Los andaluces ante las drogas IX. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. 2005
- Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010, Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- Servicio de Información y Evaluación. Viceconsejería de Salud. Elaboración: Dirección General de Salud Pública y Participación.
- Revisiones Cochrane en la biblioteca Cochrane Plus [http:// www.update-software.com/clibplus/ClipPlus.asp](http://www.update-software.com/clibplus/ClipPlus.asp)

## 6 - NOCIONES BÁSICAS

**Autora:**

**Victoria de Larriva Casares.**

Psicóloga CPD de Córdoba

*mvictoria.delariva@ipbscordoba.net*

**Autor:**

**Manuel Cárdenas Abad**

Psicólogo CCD Cinturon Agroindustrial

Andévalo. Huelva

*mcardenas@diphuelva.es*



## 6.1. DROGA

La O.M.S. define la droga como “una sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias funciones de este”, o de una forma más específica la define como toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo, y es además susceptible de crear dependencia ya sea psicológica, física o ambas.

Otros autores la definen como una sustancia que introducida en el organismo es capaz de actuar sobre el Sistema Nervioso Central del individuo, es capaz de estimular o inhibir sus funciones, pudiendo ocasionar tolerancia y dependencia psíquica y física.

## 6.2. TOLERANCIA

Un concepto asociado al de Droga es el de **Tolerancia**: El organismo se habitúa a su utilización, precisando cantidades crecientes para lograr el objetivo deseado. La Tolerancia o Resistencia es el estado de adaptación resultante del consumo repetido de una droga y, se caracteriza por una disminución de las respuestas a la misma cantidad de droga o por incrementar la dosis para conseguir los mismos efectos que se conseguían con la dosis inicial.

## 6.3. DROGODEPENDENCIA

El Tabaquismo fue definido por la OMS en 1984 como una forma de Drogodependencia, y la Sociedad Americana de Psiquiatría en 1987 clasificó a la nicotina como una sustancia psicoactiva, que produce dependencia.

La Drogodependencia es un estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y una droga, que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irrefrenable a tomar dicha droga en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.

La Nicotina es una sustancia con gran poder adictivo, equiparable a otras drogas como el alcohol, heroína o cocaína.

Actúa a través de los receptores colinérgicos-nicotínicos y produce un efecto casi inmediato, dependiendo de la vía de administración, en la vía fumada se absorbe rápidamente por la mucosa nasal, oral y respiratoria llegando al cerebro donde están los receptores al cabo de unos 7 segundos.

## 6.4. DEPENDENCIA A LA NICOTINA

Está constituido por el conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras el consumo.

Tanto en el manual **DSM-IV-TR** de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) como la clasificación **CIE-10** coinciden en incluir los trastornos relacionados con el uso de nicotina en los trastornos relacionados con el uso de sustancias, igualándolas a las drogas de abuso habituales, tipo alcohol, heroína, cocaína..

### Criterios para el diagnóstico de dependencia de una droga según el DSM-IV-TR.

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

- 1.- Tolerancia o necesidad de tener que consumir mayor cantidad de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, o el efecto de la sustancia disminuye por su consumo continuado.
- 2.- Síntomas de abstinencia característicos de la sustancia.
- 3.- La sustancia es tomada con frecuencia en mayor cantidad o durante un periodo más largo de tiempo de lo que se pretendía.
- 4.- Deseo persistente o esfuerzo infructuoso de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- 5.- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- 6.- Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de las sustancia.
- 7.- Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de los problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

### Criterios diagnósticos de la dependencia a nicotina CIE-10

Deben haberse presentado simultáneamente tres o más de las siguientes manifestaciones durante al menos un mes o, si persisten durante periodos inferiores a un mes, deben de haberse presentado repetidas veces y simultáneamente en un periodo de 12 meses.

- 1.- Un deseo intenso o sensación de compulsión a consumir nicotina.
- 2.- Disminución de la capacidad para controlar el consumo en lo referente al inicio, término

o cantidades consumidas.

**3.-** Un cuadro fisiológico de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de nicotina.

**4.-** Pruebas de tolerancia a los efectos de la nicotina tales como la necesidad de aumentar significativamente la cantidad de nicotina para conseguir el efecto deseado, o marcada reducción del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de nicotina.

**5.-** Preocupación por el consumo de nicotina, que se manifiesta por el abandono o reducción de importantes alternativas placenteras o de interés a causa de la nicotina; o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos de la nicotina.

**6.-** Consumo persistente de nicotina a pesar de las pruebas claras de sus consecuencias perjudiciales, que se evidencia por el consumo cuando el individuo tiene en realidad conocimiento de la naturaleza y amplitud del daño.

## 6.5. SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Las células del organismo no pueden seguir funcionando adecuadamente si se interrumpe el consumo de dicha sustancia, apareciendo intensos trastornos. Es específico de cada tipo de droga.

### **Aparición de trastornos físicos y psicológicos cuando se interrumpe la administración de la droga**

Los síntomas del síndrome de abstinencia comienzan al cabo de unas pocas horas (2-12 horas) y alcanzan su punto álgido a las 24- 48 horas de dejar de fumar. La mayoría de los síntomas duran un promedio de unas cuatro semanas, pero la sensación de necesidad de nicotina (craving) puede durar 6 meses o más. Dichos síntomas varían de una persona fumadora a otra.

### **Criterios diagnósticos del DSM-IV- TR para el síndrome de abstinencia a la nicotina.**

**A.-** Uso diario de la nicotina durante al menos varias semanas.

**B.-** Interrupción brusca o reducción de la cantidad de nicotina administrada, seguida por un periodo de 24 horas en el que se observa cuatro o más de los siguientes síntomas:

- 1.- Disforia o estado de ánimo deprimido.
- 2.- Insomnio.
- 3.- Irritabilidad, frustración o ira
- 4.- Ansiedad
- 5.- Dificultad de concentración.
- 6.- Nerviosismo o impaciencia
- 7.- Disminución de la frecuencia cardiaca
- 8.-Aumento del apetito o aumento del peso.

**C.-** Los síntomas del criterio B pueden generar un malestar clínicamente significativo en el área social, laboral o en otros importantes del funcionamiento de la persona.

**D.-** Los síntomas no son producidos por un problema médico general y no se pueden explicar por otro trastorno mental.

### **Criterios diagnósticos de la abstinencia de nicotina CIE 10**

**A.-** Deben cumplirse los criterios generales del síndrome de abstinencia

1.- Debe de haber pruebas claras de un cese o reducción del consumo de nicotina después de un repetido, y habitualmente prolongado y/o a altas dosis, consumo de nicotina.

2.- Los síntomas y signos son compatibles con las características conocidas del síndrome de abstinencia de nicotina.

3.- Los síntomas o signos no se justifican por ninguna enfermedad médica no relacionada con el consumo de nicotina, ni tampoco por otros trastornos mentales o del comportamiento.

**B.-** Dos de los siguientes signos deben de estar presentes:

1.- Deseo imperioso de tabaco.

2.- Malestar o debilidad.

3.- Humor disfórico.

4.- Ansiedad.

5.- Irritabilidad o inquietud.

6.- Insomnio.

7.- Aumento del apetito.

8.- Aumento de la tos.

9.- Ulceraciones bucales.

10.- Dificultad en la concentración.

## **6.6. FACTORES SOCIOCULTURALES Y PERSONALES IMPLICADOS EN LA ADQUISICIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA CONDUCTA DE FUMAR.**

El hábito de fumar comienza generalmente durante la adolescencia, convirtiéndose en persona adicta cuando llega a la edad adulta. Además de los factores neurobiológicos existen diversos factores de tipo sociocultural y personal que llevan a la persona a iniciar el consumo de cigarrillos.

**Factores socioculturales y personales implicados en la adquisición del tabaquismo.**  
(Modificada de Becoña, 2003)

**Socioculturales:** Normas y valores de la familia y de las madres y los padres sobre fumar.

- Aceptación social del consumo
- Disponibilidad
- Coste económico
- Publicidad y presión social al consumo
- Características sociodemográficas: sexo, edad, clase social,

**Personales:** Inclinação hacia conductas problemas.

- Anticipación de la edad adulta.
- Extraversión
- Creencias tabaco-salud
- Factores cognitivos y de expectativas ante los cigarrillos.
- Carencias de estrategias adecuadas de enfrentamiento ante el aburrimiento y el control de peso corporal.

Muchos de los factores arriba indicados para la adquisición del hábito de fumar participan también en el mantenimiento del hábito de fumar.

**Factores implicados en la consolidación (uso regular) del consumo de tabaco.**

*Fuente: Becoña E. Adquisición y mantenimiento de la conducta de fumar en Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Barcelona. Ars Médica.*

- Efectos psicofarmacológicos de la nicotina. Poder reforzante de la nicotina (refuerzo positivo). Evitación de los efectos negativos de la abstinencia (refuerzo negativo).
- Asociaciones condicionadas con fumar. Situaciones, Características positivas ante las personas fumadoras y el fumar.
- Negación, minimización o despersonalización de las consecuencias del tabaco en la salud.
- El tabaco como herramienta psicológica: Reducción de estrés, reducción del estado de ánimo negativo, estrategia de afrontamiento, control del peso corporal.
- Aceptación, facilitación y potenciación del consumo en su medio: Familia, amigos e iguales, medios de comunicación, publicidad directa e indirecta sobre el tabaco, figuras de identificación que fuman.

## 6.7. FORMAS DE CONSUMO.

Aunque la forma más conocida y extendida, en la cultura Occidental, en la actualidad; de consumo de tabaco es la inhalada por vía pulmonar o fumada de la presentación en cigarrillos en otras etapas se consumía por vía oral o esnifada y en otro tipo de presentaciones. Algunas de estas ya casi olvidadas están volviendo con el halo de inocuidad y de menos nocivas para la salud, encubiertas por ser unas formas más naturales y menos manipuladas químicamente. Para lo que Internet está favoreciendo sobre manera su difusión.

**1.- Cigarrillos.** El cigarrillo actual evolucionó de una variante usada en el siglo XVI y consistía en fumar trozos de la hoja de la planta enrollada en pequeños tubos de papel, en la actualidad están constituidos por picadura de tabaco enrollados en papel y con boquilla en la mayoría de los casos. Siendo la forma más perjudicial de consumo.

**2.- Puros.** Compuestos fundamentalmente por hojas de tabaco enrolladas que pueden o no contener en su interior picadura de tabaco.

**3. Picadura para pipa.** La costumbre de fumar picadura de tabaco en pipa se atribuye al inglés sir Walter Raleigh, quien atribuía su utilidad para el tratamiento de la cefaleas, eccemas e incluso para la ceguera.

Cuando este hábito se expande al resto de Europa, las clases sociales más elevadas lo hacían en pipa, mientras que el cigarro era más común en las clases sociales más populares.

**4. RYO o cigarrillos de liar (Roll Your Own).** Debido a los costes crecientes de los cigarrillos industriales son cada vez más numerosos los consumidores que prefieren comprar picadura de tabaco para elaborar sus propios cigarrillos. En Nueva Zelanda representa casi el 30 % del consumo.

**5. Bidis.** Son cigarrillos pequeños liados a mano usados en los países del sudeste asiático, fundamentalmente en la India, el envoltorio es la hoja de tendí o temburni (plantas originarias de Asia).

Su exportación por Internet está aumentando debido a la creencia de su menor nocividad y como alternativa exótica, pues se puede mezclar con aromas como el mango, chocolate y cereza.

**6. Kreteks.** Son conocidos como "*cigarrillos de clavo*" pues van mezclados con la especie que les da el nombre. Se consumen en Indonesia, pero lo mismo que los Bidis se pueden obtener por Internet y su consumo se está extendiendo últimamente apoyado por una multinacional americana que ha entrado en el mercado de estos países.

**7. Mezclas aromatizadas.** Son presentaciones que incluyen aromas de miel, melaza, fruta o hierbas preparadas para ser fumadas en pipas de agua conocidas como hookahs, bhangs, marghiles. Son muy utilizadas en Medio Oriente, en ellas consumen todos los miembros de la familia.

La sustancia se coloca en un tazón pequeño con agujeros en el fondo, al que se conecta una serie de tubos flexibles que introducen el humo en un recipiente con agua (cuerpo de la pipa). El tabaco se quema añadiendo al tazón brasa o carbón.

Esta forma de consumo se está extendiendo entre la juventud en zonas universitarias, influenciado por la socialización del consumo, su parte de misticismo y a una supuesta seguridad por la creencia de ser más “natural” y por lo tanto menos nocivo.

**8. Tabaco de mascar.** Se corta como el césped de uso extendido entre personas fumadoras que por su actividad no pueden usar fuego, como las personas trabajadoras de plantas que trabajan con material inflamable, marineros o en la minería.

**9. Rapé.** El tabaco se raya en pequeñas partículas para ser esnifado, o en partículas de tamaño de un grano de café para mantenerlo entre la majilla y la encía.

Esta forma de consumo tuvo su máximo esplendor bajo el reinado de Catalina de Médicis, quien utilizó el tabaco para esnifar para alivio de las jaquecas que padecía por consejo del embajador francés Jean Nicot.

**10. Snus.** Es una variante sueca del rapé, cuya diferencia es la humedad de la picadura.

**11. Gutkha.** Se consume fundamentalmente en el Sudeste Asiático y la India. Es una mezcla aromatizada y mezclada de nuez de areca, catechu, cal muerta entre otros componentes.

**12. Tabaco para beber.** Junto con la práctica de mascar tabaco, la de beberlo quizá sean las más antiguas de su consumo. Lo consumen tribus del alto Amazonas, Montaña del Ecuador y algunas zonas de Perú.

El líquido para su consumo suele obtenerse de una infusión realizada con las hojas verdes enteras o molidas en agua como una infusión, este jugo se puede ingerir por vía oral o bien por la nariz.

En algunos países se ha puesto en venta las denominadas “Nicotina Water” agua de nicotina. En cada botella de agua puede contener de 2 a 4 mgrs. de nicotina. Suele utilizarse por personas a las que les resulta muy difícil abandonar el hábito. La FDA ha prohibido su comercialización.

**13 Enemas de Tabaco.** La utilización de tabaco por vía rectal en forma de enemas o supositorios, se ha utilizado como remedio para el estreñimiento por los indios sudamericanos. Los chipibos (tribu peruana) lo mezclaba con jengibre y lo utilizaban como vermífugo

**14.- Pasta dentrífica.** Las cremas o pastas dentales están compuestas además de tabaco por glicerina, alcanfor y aceite de clavo entre otras sustancias, se usan como un dentífrico normal, esta modalidad utilizada casi de forma exclusiva en Asia se está trasladando a Occidente.

**15. Caramelos con Nicotina.** Se suelen encontrar como chupa-chups su contenido en nicotina oscila entre los 1,2 mgrs. hasta los 4mgrs. Su uso ha sido prohibido por la FDA.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (APA) (1995). DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson
- Ayesta F j, Alvarez S, Benito B. Manual de Tabaquismo para Profesionales Sanitarios.2006.
- Becoña E, Ed Monografía Tabaco, Adicciones, Vol.16, suplemento 2, 2004.
- Becoña E, Ed. Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Madrid: Comité nacional para la Prevención del tabaquismo/ Barcelona, Glosa Ediciones; 1998.
- Becoña E, Vazquez FL, Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Dykinson;1998
- Becoña Iglesias, Tabaco Prevención y Tratamiento. Editorial Pirámide.2006
- Becoña E, Guía Clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar.Socidroalcohol,2004
- Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo, Majadahonda, Madrid: Ergón; 2006
- Conserjería de Salud, Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010
- Córdoba R, Nerín I, Manual de Tabaquismo en Atención Primaria. GlaxoSmithkline, 2005.
- EDIS (2003). Los jóvenes andaluces ante las drogas y las adicciones 2002. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía.
- Graña (Ed.), Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento. Madrid: Debate.
- Jiménez Ruiz Carlos; Fagerström Karl Olov. Tratado de Tabaquismo. Pfizer.2007
- IX Los Andaluces ante las Drogas, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.
- Manejo del fumados en la clínica. OMC. Ars Medica.2001.
- Manual de intervención. En compañía. GlaxoSmithkline.2002.
- O.M.S. (1992). CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: meditor
- Pardell H, Jané M, Sánchez Nicolay I, Villalbí JR, Saltó E. Manejo del Fumador en la Clínica, recomendaciones para el Médico Español, Ars Médica. Barcelona 2001.
- II Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones (2002-2007). Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales.
- Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010, Consejería de Salud. Junta de Andalucía
- Primer Encuentro Iberomexicano sobre Tabaquismo, Universidad de Las Palmas de Gran Canarias. Pfizer.
- Programa para dejar de fumar. E. Becoña. Junta de Andalucía. 1997
- Revisiones Cochrane en la biblioteca Cochrane Plus [http:// www.update-software.com/clibplus/ClipPlus.asp](http://www.update-software.com/clibplus/ClipPlus.asp)



## 7 - ADICCIÓN AL TABACO

**Autores:**

**Manuel Cárdenas Abad**

Psicólogo CCD Cinturon Agroindustrial

Andévalo. Huelva

*mcardenas@diphuelva.es*

**Manuel Ruiz Martínez**

Doctor en medicina CPD de Granada

*mruizmartinez@dipgra.es*

## 7.1. DEFINICIÓN

El consumo habitual y diario de cigarrillos se debe fundamentalmente al efecto que la nicotina ejerce sobre el sistema nervioso central. Tal efecto permite catalogar a esta sustancia como psicoactiva y potencialmente adictiva. La adicción a la nicotina podría definirse como un patrón repetitivo y compulsivo de consumo de nicotina en la que el individuo establece una relación de dependencia con la sustancia. Esta relación es de tal naturaleza que hace que la persona vea afectado en mayor o menor medida su funcionamiento social, familiar y/o laboral, además de continuar fumando a pesar de saber y/o padecer los efectos nocivos de la misma. Para una descripción más detallada pueden observarse los criterios del DSM-IV –TR, que son los mismos de cualquier otra droga. Este hecho constituyó un paso fundamental en la lucha contra el tabaquismo, ya que hasta no hace muchos años, se consideraba que el tabaco no generaba dependencia, y no aparecía dentro de los manuales de psicopatología.

El DSM IV TR incluye dos tipos de diagnósticos relacionados con el consumo de sustancias, por un lado se encuentran los patrones de consumo, y por otro, los síndromes clínicos formados por los síntomas característicos producidos por el efecto directo de la sustancia sobre el sistema nervioso central. Hablamos, en el primer caso del abuso y la dependencia, y en el segundo de la intoxicación y la abstinencia. La nicotina, sin embargo, no posee un diagnóstico de abuso, quedándose sólo con el de dependencia.

Los criterios del DSM- IV R para la dependencia de la Nicotina hacen referencia a tres conceptos clave en el campo de las adicciones, como son la dependencia física, el consumo compulsivo y las consecuencias a largo plazo. Los criterios 1 y 2 se refieren a los fenómenos de tolerancia y síndrome de abstinencia, ambos originados por la adaptación del organismo a la sustancia. En segundo lugar, los criterios 3, 4 y 7 hacen referencia a la incapacidad de la persona para controlar y/o eliminar el consumo de la sustancia, y por último, los criterios 5 y 6 hacen referencia al tercer pilar definitorio de las adicciones, que se refiere a las consecuencias que tiene en la persona esta conducta.

La CIE-10 (OMS, 1992), comparte, en líneas generales los planteamientos del DSM-IV. En ambos casos, la base teórica implícita de la que parten es fundamentalmente biologicista, dando especial importancia a los aspectos farmacológicos de la sustancia.

Actualmente, las adicciones se conciben como problemas de etiología multifactorial, en la que influyen factores biológicos, psicológicos y sociales y es por lo cual las intervenciones en esta materia deben contemplar estos aspectos si pretenden ser eficaces. Tradicionalmente no has sido así, existiendo una lucha entre los diversos modelos que planteaba que en cada momento, y en función del modelo predominante, se impusieran unas técnicas u otras de intervención.

## 7.2. MODELOS DE ADQUISICIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA ADICCIÓN.

Según Becoña (1994), hay varios modelos y teorías explicativas de la conducta de fumar, siendo las más importantes las farmacológicas, las psicológicas y las derivadas del condicionamiento.

### **7.2.1. Teorías basadas en el papel de la nicotina (Farmacológicas).**

Estas teorías propugnan que el factor principal que explica la dependencia del tabaco, es el efecto que la nicotina produce en el sistema nervioso central. Son teorías farmacológicas, y fueron descritas alrededor de 1.970. Dentro de este enfoque hay muchas aproximaciones, que se pueden reducir a tres grupos de explicaciones (Leventhal y Cleary; 1980):

- **Modelo del efecto fijo:** según este modelo la conducta de fumar se mantiene por los efectos fisiológicos que produce, ya que la nicotina se concentra en el cerebro y da lugar a la estimulación de centros neurales que producen reforzamiento. Los detractores de este modelo lo consideran muy simple para explicar la complejidad de la dependencia de la nicotina.
- **Modelo de la regulación nicotínica:** según este modelo las personas fumadoras buscan tener un nivel óptimo de nicotina y van adaptando su conducta de fumar a la cantidad de nicotina óptima que necesitan. Si por algún motivo ambiental los sujetos ingieren menos nicotina, fumarían más para alcanzar su equilibrio. Si por el contrario, se sobrepasa en la cantidad de nicotina autoadministrada, la tendencia será disminuir el número de cigarrillos, ya que el efecto de la dosis de nicotina será negativo para el sujeto. (Gil Roales 1994). Las principales deficiencias de este modelo son que no contemplan las variables individuales y que no explica porque las personas, en determinados momentos, supera con creces ese punto óptimo.
- **Modelo de regulación múltiple:** Surge para superar las deficiencias de los modelos anteriores: Este modelo sugiere que la conducta de fumar regula los estados emocionales en las personas. Por lo tanto, fumar no sólo cumple la función de mantener estable un cierto nivel de nicotina, sino para regular las emociones negativas.

### **7.2.2. Fumar como una herramienta psicológica.**

Además de los factores farmacológicos, fumar tiene unos beneficios psicológicos para el sujeto, y esto hace que se continúe fumando. Estos beneficios pueden ser el hacer frente a determinadas situaciones, rendir más en determinadas tareas, estrategia de afrontamiento, etc. (Ashton y Stepney, 1982).

Se han propuesto muchas aproximaciones teóricas para explicar total o parcialmente la conducta de fumar, como por ejemplo el psicoanálisis, que actualmente tiene el tema olvidado debido a la poca validez de sus explicaciones. Las teorías de la personalidad también han querido explicar este fenómeno, buscando las características personales que diferencian a las personas fumadoras de las no fumadoras, pero sus hallazgos tampoco han tenido relevancia, y por ello actualmente tienen olvidado el tema.

### 7.2.3. Modelos de condicionamiento.

Aunque hay varios modelos y teorías que contribuyen a la explicación de la conducta de fumar, no hay duda que la nicotina y los principios del aprendizaje son los más relevantes, sobre todo en cuando el hábito está muy consolidado. Los principales modelos que influyen en la explicación de la adquisición y mantenimiento de la conducta adictiva son los siguientes:

- Efecto discriminativo de la nicotina. La nicotina produce efectos sobre el sistema nervioso central y sobre el tracto respiratorio fáciles de distinguir respecto a cuando no hay droga. Esto quiere decir que la nicotina se puede convertir en un estímulo discriminativo que anticipa el resultado positivo de los efectos que la sustancia provoca en el individuo.
- Reforzamiento positivo. La conducta de autoadministración de nicotina (fumar) se refuerza positivamente por los efectos que produce sobre el organismo. Esta afirmación se demuestra claramente en animales (U.S.D.H.H.S., 1988). Este efecto reforzante va a depender de la dosis, de la exposición previa a la nicotina y al programa de reforzamiento con que se aplique, y va a ser un determinante del mantenimiento de la misma.
- Reforzamiento negativo. Nos referimos aquí a la capacidad de la nicotina para hacer desaparecer estímulos de carácter aversivo para la persona, como pueden ser determinadas emociones negativas y, muy importantes, el síndrome de abstinencia característico.
- Estímulo aversivo. La ingestión de nicotina a altas dosis produce efectos desagradables para las personas, lo cual puede alterar la topografía de la respuesta, siendo incluso un factor importante para determinar cuando se dejará el hábito adictivo. Se puede convertir así la nicotina en un castigo, o en un refuerzo negativo para las conductas que evitan la exposición a la nicotina.
- Estímulo condicionado. Según el condicionamiento clásico, la nicotina funciona como un estímulo incondicionado que provoca una respuesta incondicionada en el organismo. A partir de ahí y a base de repetir la conducta hay otra serie de estímulos que adoptan la misma función que la nicotina y se llaman estímulos condicionados. Estos estímulos pueden ser internos y externos, y su importancia radica en que provocan respuestas condicionadas que dan lugar al craving o deseo de consumir nicotina.

### 7.2.4. Modelo BIO-PSICO-SOCIAL: Un modelo integrador.

Todas las teorías y modelos expuestos anteriormente nos dan una visión parcial del problema, sin embargo, este modelo integra todos estos hallazgos para explicar de forma más amplia y completa la conducta de fumar. El modelo biopsicosocial propugna la interacción de factores farmacológicos, psicológicos y sociales en la adquisición y posterior consolidación del hábito de fumar.

## Prueba inicial y experimentación con el tabaco.

Según Becoña (1.994), existen varios factores claves en la adquisición del hábito de fumar. Estos factores son muy importantes para la prevención, ya que son los responsables de los primeros contactos.

En primer lugar está el factor de predisposición, el cual incluye varios aspectos:

- Normas y valores de los grupos de pares y de la familia sobre el hábito de fumar. Hay pruebas evidentes de la relación entre padres que fuman y que los hijos también lo hagan. La influencia de los iguales en la adolescencia es también de sobra conocida
- Variables personales. Hay ciertas conductas que están relacionadas con el inicio en consumo de cigarrillos, como son el incumplimiento en la escuela, bajos niveles de obediencia dentro de la familia, escasa responsabilidad, y todas aquellas conductas que conllevan una cierta trasgresión de lo normativo, donde el fumar se constituye en una conducta más de este tipo. También la extraversión, el querer ser personas adultas y las creencias respecto al valor de la salud, también están relacionadas con el inicio del hábito de fumar.
- Variables sociales. Hay ciertas ideas colectivas que influyen en el comportamiento individual, ya que son asumidas como propias, y en este sentido, la benévola, y en algunos casos positiva, imagen social que tiene el tabaco influye en que las personas se dejen llevar por esos estereotipos y comiencen a fumar.

Junto a los factores de predisposición, los factores sociodemográficos también facilitan la aparición de este hábito, variables como el sexo, la edad, clase social, ocupación, estudios, etc.,

En tercer lugar, la disponibilidad del tabaco influye decisivamente en el inicio, existen múltiples puntos de venta, es fácil de conseguir y su precio no es muy elevado.

La publicidad y la presión social hacia el consumo influyen también, ya que se asocian características positivas a las personas que fuman, se promulga la idea de que fumar es normal y toda una serie de ideas para conseguir que fumar sea aceptable socialmente y se consuman cigarrillos.

Hay una serie de errores cognitivos, que también podrían incluirse en factores personales, y que son sobrestimar el número de personas que fuman a su alrededor y minimizar las consecuencias negativas y la capacidad adictiva de la nicotina.

Como séptimo factor, podemos nombrar la falta de estrategias de afrontamiento ante el aburrimiento, ante el sobrepeso y otras situaciones de la vida cotidiana.

## La consolidación: su uso regular.

Si los factores mencionados se mantienen y además se le suman otros adicionales, las personas van a pasar de un uso esporádico y situacional del tabaco a un consumo regular y con una forma de hábito.

Esos factores que ayudan a consolidar el consumo son los efectos psicofarmacológicos de la nicotina, y que producen fenómenos como refuerzo positivo y refuerzo negativo.

A la influencia farmacológica se le añade el condicionamiento de situaciones y personas, que hacen que aparezcan respuestas condicionadas, que hacen que el sujeto tenga que fumar en esas situaciones por un mecanismo de condicionamiento clásico.

En tercer lugar, una vez que se fuma regularmente, la persona ya infravalora las consecuencias negativas del tabaco, piensa que a él no le va a pasar, tiene ilusiones de control, y otras distorsiones cognitivas que van a salvaguardar la conducta de la persona fumadora sin ponerse en la incomodidad de tener que dejar algo que les gusta hacer.

En estas primeras fases se descubre como el tabaco tiene muchas ventajas, como reducción del estrés, control del peso corporal, soportar el aburrimiento, ayuda a relacionarse, etc. A esto hay que añadir el refuerzo social que tiene el fumar, sobre todo si te dejan fumar en casa, lo cual supone haber adquirido un cierto estatus entre sus amigos sobre todo.

### **Análisis funcional.**

A través del análisis funcional vamos a integrar todos estos conocimientos que poseemos sobre la conducta de fumar, y eso nos va a ayudar a entender los mecanismos por los cuales una persona con adicción a la nicotina continúa fumando incluso aunque sea consciente de los peligros que su conducta le puede acarrear.

Los antecedentes de la conducta de fumar son internos y externos y son estímulos que están asociados funcionalmente a la conducta de fumar, bien por condicionamiento clásico u operante. Los más frecuentes son sentirse tenso, aburrido, pensar en fumar, estar alegre, tener hambre, leer, hablar por teléfono, etc.

Al ser una conducta que se repite mucho, está asociada a multitud de situaciones, lo cual hace que sea tan difícil de extinguir. Los síntomas de abstinencia son un estímulo antecedente de fumar, que si bien en los primeros momentos tiene una importancia moderada, es el que domina la conducta de la persona fumadora cuando este ya lleva un tiempo considerable como fumadora, e impide que pueda dejarlo aunque se lo plantee.

Entre los estímulos antecedentes y la respuesta están las variables organísticas, que modulan esta relación, e incluyen determinantes biológicos anteriores, que son posibles exposiciones al tabaco que hacen que se tolere mejor, y actuales que son la capacidad de nuestro sistema nervioso para que la nicotina produzca los efectos que tiene que producir. También se incluyen los repertorios conductuales, o sea si puede o no realizar la conducta, y su historia de aprendizaje de esa conducta, que incluye aspectos como dónde fuma y dónde no fuma, con quién y todas las variables de hábito.

La respuesta en sí se puede analizar en los componentes cognitivos, motor y fisiológico. Desde el punto cognitivo, se incluyen todos los pensamientos, imágenes y autoverbalizaciones que la persona tiene en el momento en que está fumando, y que en la mayoría de los casos es la que impulsa a que la persona fume finalmente. Fisiológicamente, todas las sensaciones tanto de síndrome de abstinencia, como de estrés, alegría, ansiedad, etc. que están presentes durante la realización de esa conducta forman lo que se denomina respuesta fisiológica. Por último, el

componente motor incluye lo más observable, que es fumar, entonces se incluyen aspectos como la marca, la cantidad, profundidad de las inhalaciones, etc.

En cuanto a los consecuentes tenemos que decir que esta conducta se mantiene fundamentalmente por las consecuencias a corto plazo de fumar, que además son rapidísimas. Entre ellas están la relajación, sentimiento de confort, reducción del síndrome de abstinencia, etc. Las consecuencias negativas se producen a largo plazo, por eso tienen menos poder que las positivas. De cualquier manera, estas consecuencias negativas son las que hacen que las personas se planteen dejar de fumar, entre ellas o podemos destacar sobre todo la gravedad de las consecuencias sobre la salud física, sentimientos de culpa, dinero, olor corporal, etc.

### **7.3. MODELO TRANSTEÓRICO**

Como afirman Tejero y Trujols (1994), hasta la década de los 70 aproximadamente, se consideraba que el abandono de una conducta adictiva, era un proceso dicotómico en el que la persona pasaba de estar realizando su hábito a no realizarlo, y se estudiaban cuales eran los mecanismos psicológicos que explicaban esta transición. Por consiguiente, el objetivo de las intervenciones era siempre la abstinencia, y la eficacia de los tratamientos sólo dependía de que los sujetos dejaran de realizar la conducta adictiva en cuestión.

Pero a partir de 1.970, el panorama comienza a cambiar y se va imponiendo la idea de que las personas, cuando cambian de conducta, y especialmente en las conductas adictivas, lo hacen pasando a través de una serie de etapas y mediante una serie de procesos que al final desembocan en la abstinencia. El primer modelo que concibe así el cambio conductual fue elaborado por Horn en 1.976, que contemplaba cuatro etapas de cambio.

Posteriormente, se desarrollaron otros como Rosen y Shipley (1.983) con tres estadios, Brownell, Marlatt, Liechtensteiny Wilson (1.986), Raw (1.986), etc. hasta llegar a 1.992, que es cuando se realizan las formulaciones definitivas del modelo más aceptado y utilizado en la actualidad, gracias a la superior capacidad explicativa y descriptiva respecto a los anteriores. Dicho modelo se denomina Modelo Transteórico del Cambio y fue elaborado por Prochaska y Diclemente. Este modelo consta de seis etapas, e integra gran parte de las teorías, modelos explicativos y abordajes terapéuticos existentes en el tema de las adicciones, constituyéndose como un metaparadigma de las conductas adictivas.

#### **7.3.1. Bases teóricas y presupuestos básicos.**

El modelo surge de un análisis acerca de cómo quienes fumaban, dejaban de fumar, para ello analizaron diferentes sistemas de psicoterapia y modelos explicativos de la conducta de fumar, incluso incluyeron en el estudio a las personas fumadoras que dejaban de fumar sin ayuda, ya que el objetivo era estudiar los mecanismos por los cuales las fumadoras pasaban a ser no fumadoras.

A partir de estos trabajos de investigación, se elaboró un sistema explicativo del cambio de las conductas adictivas con tres dimensiones, que ofrece una perspectiva global del cambio y que integra estadios, procesos y niveles de cambio.

### 7.3.2. Estadios

Los estadios constituyen la dimensión temporal del modelo, y se refiere al momento en que se producen los cambios intencionales, actitudinales y conductuales. Después de varias elaboraciones, la última contiene seis etapas o estadios.

El estadio de precontemplación es aquel en que la persona no tiene intenciones de cambiar, ya que no es consciente de que tiene un problema serio, porque con esa conducta obtiene más gratificaciones que desventajas.

En el estadio de contemplación, los sujetos son conscientes de que tienen un problema, debido a que los efectos negativos de la conducta comienzan a aproximarse a los beneficios. Sin embargo el compromiso por dejarlo todavía no es muy fuerte, aunque si que empiezan a interesarse por la naturaleza de su problema.

Cuando las personas establecen un compromiso fuerte para dejar de involucrarse en su conducta, podemos decir que estamos en el estadio de preparación, en el cual y hay uno primeros cambios conductuales fruto de esta decisión firme de cambio. Como por ejemplo disminuir el número de cigarrillos, estar un día entero sin fumar, etc.).

El estadio de acción es aquel en que la persona ya tiene que realizar conductas manifiestas y estrategias para dejar de fumar. Esta etapa implica un esfuerzo continuado por conseguir mantenerse abstinentes.

Posteriormente, se intentan mantener los cambios conseguidos en la fase de acción, lo cual significa continuar realizando esfuerzos, pero y más suaves y más de tarde en tarde.

La etapa de la recaída es aquella en la que la persona sujeto falla en las estrategias de mantenimiento y vuelve al hábito de fumar y a etapas anteriores a la de acción, con lo que el ciclo volvería a repetirse nuevamente.

Por último la fase de finalización es esa fase en la que ya se puede decir que la conducta de consumo y deseo están totalmente extinguidas y el sujeto ya no tiene que realizar ningún esfuerzo psicológico por mantenerse abstinentes. No hay un criterio tiempo consensuado y universal para decir que una persona esta en la fase de finalización, aunque se han intentado establecer a los tres o a los cinco años de haber abandonado la conducta.

### 7.3.3. Procesos de cambio.

Los procesos de cambio son conductas manifiestas o encubiertas que realizan las personas para modificar su conducta adictiva y que les permiten ir pasando de una etapa a otra. Estos procesos pertenecen a distintas orientaciones psicológicas, ya que el modelo es transteórico, como se explicó al principio.

Los procesos son:

- Concienciación. Aumento del procesamiento de información respecto a la conducta adictiva.



- Auto reevaluación. Valoración afectiva y cognitiva que hace el adicto del impacto del hábito en su forma de ser y de vivir.
- Reevaluación Ambiental. Valoración afectiva y cognitiva del impacto negativo que ha tenido el consumo en sus relaciones familiares y sociales.
- Relieve Dramático. Experimentación de emociones negativas derivadas de la observación de las consecuencias negativas de su conducta, sobre todo en su salud física.
- Auto liberación. Creencia de que uno puede hacer algo por cambiar las cosas, lo cual provoca en el fumador una mayor expectativa de autoeficacia.
- Liberación Social. Aumento en la capacidad de elegir del adicto, propiciada por una toma de conciencia de la imagen social que tiene el hábito de fumar.
- Manejo de contingencias. Estrategias conductuales que refuerzan el mantenerse abstinentes.
- Relaciones de ayuda. Utilización del apoyo social y familiar para facilitar el cambio.
- Contracondicionamiento. Modificar la respuesta condicionada a determinados estímulos y situaciones de riesgo, sustituyéndola por otra más adaptativa.
- Control de estímulos. Evitar las situaciones de alto riesgo para consumir.

Estos diez procesos se pueden agrupar en procesos cognitivos o experienciales y en procesos conductuales.

#### **7.3.4. Integración de estadios y procesos de cambio.**

Como dijimos anteriormente, los procesos ayudan a pasar de una fase a otra, pero además, en cada etapa predominan más unos procesos que otros. En el estadio de precontemplación es donde menos se usan los procesos de cambio, ya que no se reevalúan, no sienten emociones negativas por lo que hacen, etc.

Cuando la persona se encuentra en el estadio contemplativo, aumenta el uso de la contemplación, relieve dramático y reevaluación ambiental. La autoreevaluación se presenta como el enlace entre la contemplación y la preparación.

La autoliberación es más utilizada en el paso de la preparación a la acción. Posteriormente, en los estadios de acción y mantenimiento los procesos más conductuales son los que se utilizan con mayor intensidad.

Los procesos no siguen todos los mismos patrones en cuanto al nivel de utilización, ya que, por ejemplo, aumento de la concienciación, el relieve dramático y la reevaluación ambiental siguen un patrón curvilíneo. Esto quiere decir que desde el estadio de contemplación hasta el de acción va aumentando progresivamente. A partir de ahí ya baja a niveles precontemplativos.

La liberación social es el único proceso que no sigue un patrón curvilíneo, sino que el punto más elevado lo tiene en la precontemplación y va disminuyendo hasta la fase de mantenimiento. Los cinco procesos conductuales también siguen un patrón curvilíneo.

Profundizar y conocer este apartado es importante de cara a los tratamientos, porque sabiendo los procesos críticos y su nivel de funcionamiento en una etapa y otra, se pueden diseñar estrategias que enfatizan más los procesos necesarios en cada etapa y optimizar así el resultado de los tratamientos.

### 7.3.5. Niveles de cambio.

Los procesos y niveles de cambio no sólo operan en la conducta de fumar, sino en todas las dimensiones del comportamiento humano, así, cuando tratamos a una persona adicta, podemos intervenir en varios niveles, que son el nivel del síntoma, el nivel de las cogniciones desadaptadas, de conflictos interpersonales, de conflictos familiares e intrapersonales.

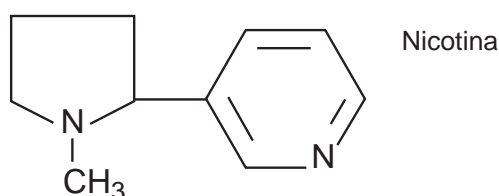
Variables cognitivo-conductuales susceptibles de integración en el modelo.

Hay una serie de variables que tradicionalmente se han utilizado para explicar porqué la gente cambia de comportamiento y que, con el modelo transteórico, lejos de perder vigencia, se pueden integrar en él y aumentar su importancia, ya que aportan más información dentro del modelo que cuando se las concebía de forma aislada. Estas variables son la motivación para el cambio o toma de decisión y las expectativas de autoeficacia.

En cada etapa el balance decisional entre los pros y contras de la conducta adictiva va cambiando, de tal manera que en cada etapa los pros y los contras tienen un valor diferente. En la etapa de contemplación predominan los pros, igualándose un poco, pero no del todo, en contemplación. Ya en acción y mantenimiento los contras superan a los pros. Esta información es útil para prevenir recaídas y para ayudar a las personas a pasar de un estadio a otro, constituyendo un proceso adicional de cambio.

Con las expectativas de autoeficacia sucede algo parecido, de tal manera que va aumentando desde precontemplación hasta el mantenimiento. Es también un buen predictor del progreso por las etapas del cambio.

## 7.4- EFECTOS FARMACOLÓGICOS DE LA NICOTINA.



La nicotina (formula química C<sub>10</sub> H<sub>14</sub> N<sub>2</sub>) es el principal alcaloide que hay en el humo del tabaco, es incolora, oleaginosa, volátil e intensamente alcalina, y además se le atribuye que es la responsable del sabor característico del tabaco.

La nicotina se encuentra en el jugo del tabaco acompañada de otros alcaloides. Para su obtención de forma industrial, se hierven las hojas de tabaco con agua varias veces, filtrando y reuniendo los líquidos del tratamiento; se filtran y concentran hasta que el extracto se solidifique y se trata éste con alcohol absoluto y caliente. Por el reposo se forman dos capas, que se separan por decantación; la superior, que contiene la nicotina, se concentra en baño de María y luego se trata con un exceso de disolución concentrada en potasa, se deja enfriar y se agita con éter, que disuelve la nicotina, la cual se separa del disolvente por evaporación de éste.

Por su similitud estructural con la acetilcolina, en el organismo interactúa con los receptores colinérgicos nicotínicos originando una estimulación ganglionar y una desensibilización posterior.

Es un potente veneno usado en muchos insecticidas, pero a bajas concentraciones se comporta como un estimulante. Sus efectos complejos y a menudo imprevisibles sobre el cerebro y el cuerpo, se deben a su acción sobre distintos sitios neuroefectores ya que tiene fases de acción estimulante y depresora. La respuesta final será la suma de varios efectos diferentes y a veces opuestos de la nicotina dependiendo de donde actúe y la dosis.

La nicotina se une de forma selectiva a los receptores de acetilcolina en los ganglios autonómicos, la placa neuromuscular, la corteza adrenal y el cerebro. Produce en el SNC un efecto estimulante sobre la vigilancia, alerta y rendimiento cognitivo (cuando se utiliza a dosis bajas), y un efecto reforzador o de recompensa sobre el sistema límbico (a dosis elevadas). La administración de nicotina activa los sistemas neurohormonales, dando lugar a la liberación de acetilcolina, dopamina, noradrenalina, serotonina, vasopresina, betaendorfinas, hormona de crecimiento y CTH (Hormona Corticotopa). De aquí se deducen los efectos a nivel de SNC y orgánicos, sobre todo los efectos cardiovasculares.

Los receptores nicotínicos están acoplados a canales iónicos. Un receptor nicotínico está formado por 5 subunidades que pueden ser diez del tipo alfa (del  $\alpha$ -1 al  $\alpha$ -10) y cuatro del tipo beta (del  $\beta$ -1 al  $\beta$ -4). La función de cada receptor depende de la concurrencia de algunas subunidades. Su principal expresión dentro del cerebro son las subunidades  $\alpha$ -4 –  $\beta$ -2, localizadas en las membranas somatodentríticas de las células dopaminérgicas en el área tegmental ventral; y  $\alpha$ -7, localizadas en las terminaciones glutamatérgicas que llegan a esa área. La exposición continuada de los receptores nicotínicos a agonistas lleva a una disminución de la respuesta con bloqueo de la transmisión sináptica, incluso aunque la concentración de agonistas disponible al receptor no varíe. La pérdida de respuesta por una exposición previa al agonista se llama desensibilización. Parte de la acción reforzadora puede deberse a esta desensibilización de los receptores nicotínicos. Los receptores formados por subunidades  $\alpha$ -4 –  $\beta$ -2 se desensibilizan lentamente en tanto que los que están formados exclusivamente por subunidades  $\alpha$ -7 se desensibilizan rápidamente. Cuando en un individuo prevalecen los primeros, entonces una misma dosis de nicotina ocupa un receptor por un período de tiempo mucho más largo y, por lo tanto, tendrá “menos necesidad” de fumar para nuevamente llenar esos receptores. Lo contrario ocurre en aquellos individuos que tienen el segundo tipo de receptores porque al estar libres, “requieren” ser llenados con más frecuencia y esto se traduce en un consumo mayor de cigarrillos. Una variante adicional es la distribución anatómica de los diferentes tipos de receptores: el tipo de receptores que se encuentran en el tálamo, son diferentes a los que se encuentran en la corteza cerebral, y a los del hipocampo. Esta variedad de posibilidades hace que las personas entre sí, sean particularmente singulares y respondan de modo diferente a las modalidades de tratamiento que en la actualidad se les ofrece.

**Absorción y eliminación:** cuando se fuma un cigarrillo la absorción de la nicotina se realiza fundamentalmente en un 79 a 90% a través de los pulmones y un 4- 40% por la mucosa bucal, nasal y los plexos sublinguales. También se puede absorber por la piel de forma muy variable dependiendo de varios factores como son la temperatura y el pH cutáneo, grado de humedad y la higiene personal.

El pH del humo del tabaco es muy importante también en la absorción por parte del organismo. En su forma ionizada, que es la que predomina a pH ácido, la nicotina atraviesa con dificultad las barreras celulares, pero cuando se encuentra en estado libre, que es cuando el pH es alcalino, atraviesa las barreras celulares fácilmente. La nicotina del humo de la pipa y el puro es alcalina, por eso se absorbe muy bien y rápidamente a través de la mucosa oral, mientras que el humo de los cigarrillos tiene un pH ácido y por esto se absorbe bien a través del epitelio respiratorio. Esto explica porque los fumadores de pipa y puro no suelen ni necesitan tragarse el humo y los de cigarrillos si, para asimilar la nicotina.

No toda la nicotina que tiene un cigarrillo es asimilada, solo asimilamos un 22%, puesto que durante la combustión del cigarrillo un 35% se destruye, otro 35 % pasa al ambiente con la corriente secundaria y un 85 queda retenido en la parte no consumida del cigarrillo. Los efectos a nivel de SNC se notan a los 7-8 segundos tras su absorción bucopulmonar. Esta rapidez es uno de los puntos clave, del alto poder adictivo de la nicotina. La concentración plasmática máxima tras haber fumado un cigarrillo es de 25 a 50 ng/ ml.

La vida media es de 2 horas (puede oscilar entre 1 a 4 horas dependiendo de la variabilidad individual).

La metabolización se produce fundamentalmente a nivel hepático por oxidación, por el grupo de enzimas del citocromo P- 450 (CYP) pasando a cotinina, que es su principal metabolito inactivo, otra pequeña parte (7%) es eliminada sin metabolizar por el riñón. El CYP2A6 es el responsable de la metabolización del 70-80 % de la nicotina.

La nicotina pasa a la leche materna y atraviesa la barrera placentaria.

La nicotina ejerce efectos significativos sobre el sistema nervioso central. Los fumadores experimentan modificaciones del humor como:

- Placer, disminución de la cólera y la tensión.
- Activación cortical, especialmente con los primeros cigarrillos del día.
- Relajación, en particular en situaciones de stress.
- Además, fumar puede favorecer la atención, el aprendizaje, el tiempo de reacción y la resolución de problemas. Muchos fumadores creen que fumar mejora su capacidad de concentrarse (Benowitz 1988).

La nicotina posee también efectos endocrinos y metabólicos. En general, se dice que el tabaquismo aumenta los niveles circulantes de los compuestos endógenos siguientes:

- Endorfinas

- ACTH
- Hormona de crecimiento
- Prolactina
- Catecolaminas
- Cortisol
- Vasopresina

Los efectos hormonales de la nicotina pueden variar, dependiendo del número y frecuencia de cigarrillos fumados y de si los fumadores han desarrollado tolerancia a la nicotina al fumar de forma repetida. El tabaquismo se asocia también a menopausia precoz y un riesgo aumentado de osteoporosis en las mujeres. (Benowitz, 1988).

Los fumadores suelen tener un peso corporal inferior a los no fumadores, por término medio de 2.7 a 4.5 kg menos. Esto es consecuencia de que el tabaquismo se asocia a un consumo reducido de alimentos y un gasto energético aumentado. El aumento de peso que se produce al dejar de fumar constituye un problema para muchos ex-fumadores (Benowitz 1988).

## BIBLIOGRAFÍA

- Ayesta F j, Alvarez S, Benito B. Manual de Tabaquismo para Profesionales Sanitarios.2006.
- Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo, Majadahonda, Madrid: Ergón; 2006
- Becoña. E. Programa para dejar de fumar *Junta de Andalucía*. 1997.
- Becoña E, Ed *Monografía Tabaco, Adicciones, Vol.16, suplemento 2, 2004.*
- Bobes J., et al. Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias *Ars Medica*.2003.
- Córdoba R, Nerín I, *Manual de Tabaquismo en Atención Primaria. GlaxoSmithkline, 2005.*
- Fagerstöm KO. *Effects of nicotine chewing gum and follow-up appointments in physicians based smoking cessation. Prevent Med.* 1984; 13: 517-27.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. *Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services. Agency for Health Care Policy and Research. Publication nº 2000; 0032; June 2000*
- *Guía practica para la implantación de unidades de deshabituación tabáquica...GlaxoSmithKlein. 2004.*
- Jiménez C.A., et al, *Tratado de Tabaquismo, 2ª edición, Ergon 2007.*
- *Manejo del fumador en la clínica. OMC. Ars Medica.2001.*
- *Manual de intervención. En compañía. GlaxoSmithkline.2002.*
- Martín Zurro AQ . *Atención Primaria. Vol. I.2003.*
- Martínez A. *Manual de patología tabáquica. Ministerio de Sanidad y Consumo.1982.*
- Raw M, McNeil A, West R. *Smoking cessation guidelines for health professionals: A guide to effective Smoking cessation interventions for de hearlth care system. Thorax 1998; 52(part-1):S1-S19.*
- Ruiz Martínez M. *Formación continuada en Medicina Familiar. Atención al individuo 2. Capitulo de drogodependencias. SAMFYC-SEMERGEN 2000.*
- Silagy C, Mant D et al. *Nicotine replacement Therapy for smoking cessation (Cochrane Review) en: The Cochrane library, nº 2, 2001.Oxford: Update Software.*
- Stapleton JA. *Prescription of ransdermal nicotine patches for smoking cessation in general practice: evaluation of cost effectiveness. Lancet 1999; 354-215.*

## 8 - ABORDAJE DE LA ADICCIÓN AL TABACO

**Autores:**

**Manuel Ruiz Martínez**

Doctor en medicina CPD de Granada

*mruizmartinez@dipgra.es*

**Francisco Herrera Benítez**

Médico CTA de Linares. Jaén

*franhebe@telefonica.net*

Es bien sabido que el tabaquismo es la primera causa de morbimortalidad en los países desarrollados y que como cualquier proceso adictivo tiene tendencia recidivante durante largos periodos, de ahí que se reconozca como enfermedad crónica recidivante y de la necesidad de incidir sobre ella desde cualquier ámbito para disminuir su incidencia.

Los dilemas de si el tratamiento de la adicción a la nicotina debería de ser exclusivamente médico o psicológico están obsoletas, pues las evidencias científicas sobre la eficacia de dichos tratamientos están fuera de toda duda, debiendo de enfocarse el abordaje dependiendo de la situación en la que se encuentre la persona fumadora a la hora de programar el tratamiento. En unas ocasiones bastará el simple consejo, en otras será necesario el empleo de técnicas de modificación de conducta más específicas y en ocasiones será necesaria la utilización de fármacos específicos para la patología concomitante que puedan presentar los pacientes, la utilización de terapias de sustitución, o alguna específica de la dependencia nicotínica.

Los tratamientos para el abandono de la adicción a nicotina no tienen por que ser excluyentes, si no que deben complementarse unos a otras o simplemente ser distintas fases dentro del proceso para lograr la abstinencia, siendo en cada caso concreto el resultado de la elaboración de un *Plan de Tratamiento Individualizado (P.T.I.)*

En la elaboración del PTI pueden intervenir distintos profesionales de la salud por lo que es conveniente definir parámetros clínicos y analíticos para el establecimiento de un diagnóstico correcto, consiguiendo de esta forma pautar el tratamiento de la forma mas correcta posible.

Los distintos abordajes los podemos resumir en:

A) destinados a grandes masas de población:

- Campañas publicitarias,
- Restricción del consumo en ciertos lugares.
- Campañas informativas, etc.

En definitiva se trata de convencer a las personas fumadoras para que lo dejen por sí mismos, o se conciencien para solicitar ayuda.

B) Individual

- Consejo mínimo, bien sea médico, psicológico, farmacéutico, de enfermería...
- Mediante procedimientos de autoayuda con folletos, manuales, guías, teléfonos, etc.

Este procedimiento no aumenta la efectividad del consejo aislado pero muestra algo de efectividad cuando se le compara con la “no intervención” (Estudio Cochrane OR= 1,23); cuando los folletos, manuales, etc, tienen en cuenta las características de la población a la que se quieren dirigir (jóvenes, mujeres,...) aumentan ligeramente la eficacia (OR= 1,41).

- Atención primaria de salud

- Especializado para las personas que presenten un mayor grado de dependencia o que hayan fracasado en varias ocasiones o con otros tipos de tratamiento.
- Tratar primariamente la comorbilidad psiquiátrica que puedan presentar las personas consumidoras de tabaco.

### C) Grupos.

La terapia de grupo quizás sea la técnica mas utilizada a la hora de abordar el tabaquismo, pues permite abordar a un número mayor de personas con prácticamente el mismo esfuerzo o un poco mayor que en la terapia individual. Normalmente los programas se basan en técnicas multicomponentes, pues incluyen además de distintas técnicas psicológicas, técnicas farmacológicas bien con fármacos de sustitución de nicotina, fármacos no específicos, tratando el síndrome de abstinencia (ansiolíticos, antidepresivos,..) o con fármacos no sustitutivos específicos del tratamiento del tabaquismo (bupropión, veraniclina).

Este tipo de programas han mostrado una alta efectividad a la hora de ayudar a los pacientes ha dejar de fumar siendo considerados por la mayoría de profesionales como los más eficaces.

En la bibliografía revisada se pueden contemplar más de un centenar de programas de terapia grupal, aunque coincidentes en lo fundamental se observan diferencias en cuanto al número de participantes, número de sesiones, duración de las mismas, frecuencia entre sesiones, personal para llevarlas a cabo, y seguimiento una vez finalizado el programa

Según el informe del Banco Mundial sobre la prevención del consumo de tabaco las intervenciones sobre la población general que se han mostrado mas eficaces en la disminución de la mortalidad atribuida al tabaco se muestran en la siguiente tabla.

Intervención	Efectividad
Incremento del precio	Incrementos del 10% en precio disminuye el consumo 8%
Limitación de consumo (trabajo, espacios públicos, etc.)	Disminución de consumo 4%
Restricción de publicidad	No hay datos
Campañas informativas	No hay datos
Etiquetas con advertencias sanitarias productos de consumo	En España no hay estudios, en Polonia 3% en los un año después de poner las advertencias
Ofertar ayuda a los consumidores	

Según confirma el estudio realizado por la European Network for Smoking Prevention (ESNP) en 28 países Europeos los mejores resultados en cuanto a prevención se refiere, se obtienen cuando las medidas preventivas se aplican de una manera integral, aunque a cada una de ellas se le pueda atribuir un resultado específico.



TÉCNICA	PORCENTAJE EFICACIA
Medidas Fiscales	30
Regulación de espacios libres de humo	22
Medidas de educación e conformación a la población	15
Regulación de publicidad	13
Subvención a terapias de deshabituación	10
Advertencia en las cajetillas	10

## 8.1. CONSEJO SANITARIO.

*Para que el consejo sanitario sea entendido como tal debe reunir las siguientes características: firmeza, seriedad, brevedad y que sea personalizado.*

- **Firme y serio:** Cuando una persona acude por problemas de salud a cualquier dispositivo y es fumadora no le resulta extraño (incluso se espera) que se le prohíba fumar y sin más el consejo es aceptado, pero no se está actuando sobre la adicción, por lo tanto el “debe o tiene” que dejar de fumar, tiene que ir acompañado del cómo debe dejarlo., indicándole de forma concisa los distintos métodos para lograr la abstinencia.

- **Breve:** En este primer contacto con la persona fumadora se resumen tanto los inconvenientes del hábito, así como de las ventajas obtenidas de su abandono, incluyendo mensajes positivos y motivadores. La duración no debe sobrepasar lo 3-5 minutos. Lancaster demostró en sus estudios que el consejo de 5-10 minutos es mas eficaz que los que presentan una duración menor (OR: 1,69; IC 95%: 1,45 – 1,98).

- **Personalizado.** Hay que tener en cuenta la edad, pues no es lo mismo aconsejar a una persona joven con poco tiempo de adicción que a otra con un tiempo mayor en el consumo; el sexo, pues las mujeres pueden tener otras motivaciones extras, como el echo de estar embarazadas, estéticos, etc....

El consejo sanitario se relaciona con salud/enfermedad actuales y los costes socioeconómicos y afectación del entorno familiar.

La eficacia del consejo frente al no consejo ha sido ratificada por las revisiones de la Colaboración Cochrane revelando el incremento (aunque leve pero significativo) OR: 1,69; IC 95%: 1,45 – 1,98; eficacia que aumenta nuevamente cuando el consejo es mas intensivo.

## 8.2. CONSEJO SANITARIO SISTEMATIZADO.

Hoy en día el concepto de intervención mínima es menos utilizado pues es un término que genera confusión utilizándose más el concepto de intervención breve o intensiva.

El concepto de intervención Mínima debe englobar:

- Examinar el hábito de la persona fumadora.
- Anotar en su historial clínico.
- Dar consejo sanitario.
- Ofertar ayuda y/o apoyo psicológico.
- Entrega de soporte escrito.
- Seguimiento del proceso.

El concepto de intervención Mínima Sistematizada viene a ser equiparable al de intervención no farmacológica, interviniendo sobre la forma de fumar, modificando los hábitos y con un seguimiento en el tiempo. Dependiendo de la duración se hablaría de breve (duración inferior a 10 min. / sesión y menos de cuatro sesiones y una duración total inferior a los treinta minutos) o intensiva (duración > 10 min./sesión, más de cuatro sesiones y una duración total superior a 30 min.).

Las etapas de la intervención sistematizada son:

• **Averiguar.** Este proceso consistiría en la identificación entre personas fumadoras, no fumadoras y exfumadoras.

A las no fumadoras felicitarles por tal condición y animarle a que continúen en abstinencia sobre todo si son adolescentes y decir algunas ventajas de esta condición.

A las exfumadoras, preguntar por tiempo de abstinencia, recordar la influencia sobre su salud al abandono del hábito y animar a mantener abstinencia.

A las fumadoras indagar sobre su historia: cigarrillos/día, años de fumador, dependencia, si ha realizado intentos previos para el abandono, etc.

• **Aconsejar de manera firme y convincente del abandono de la adicción.** El mensaje debe ser claro con frases como “es importante que deja de fumar ahora; yo puedo ayudarle a conseguirlo” o “disminuir el consumo de tabaco mientras esté enfermo no es suficiente, tiene que dejarlo y yo puedo ayudarle”

Se debe de informar de los efectos tanto de la nicotina, sustancia que le genera la adicción y del resto de los más de 5000 componentes nocivos del tabaco y recordar que es la primera causa evitable de muerte en los países desarrollados y lo mejor que un fumador puede hacer por su salud.

El consejo hay que adaptarlo a la persona que se le este realizando pues en la adolescencia, se debe resaltar el impacto/benéfico sobre su imagen (aliento, coloración dental, efecto sobre la

piel,..), si es adulto relacionando los beneficios sobre su estado físico, si se presenta alguna patología asociada relacionar la mejoría que se consigue con tan solo el abandono del consumo y ante todo mostrando positividad frente a las dificultades que puede presentarse a la hora de plantear la abstinencia.

• **Apreciar y evaluar la motivación del paciente** para plantearse el abandono del consumo, pues dependiendo de la fase que se encuentre se planteará la intervención.

Según Prochaska y Di Clemente las clasificó en: Precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y finalización.

- *Personas fumadoras en precontemplación.* Son aquellos que no quieren dejar de fumar, son las denominadas personas fumadoras consonantes, no conocen o no son conscientes de los efectos nocivos que les produce el tabaco y no se plantean los beneficios que les produciría la abstinencia.

En esta situación lo más adecuado es dar consejo informativo, evitando las imposiciones, expresando que en cualquier momento que decida abandonar el consumo estaremos dispuestos a ayudarlo; buscar motivaciones que favorezcan un cambio de actitud para replantearse la situación y dar algún folleto informativo sobre los beneficios de dejar el consumo.

Los pacientes en esta situación suelen rechazar cualquier tipo de intervención por lo que la información sistematizada debe ser valorada con cautela y debe espaciarse en el tiempo para no producir rechazo en el paciente.

Es básico en este periodo motivar a la persona paciente, el modelo sugerido por el informe del Public Health Service de USA, es bastante útil y es conocido como las 5 r:

- **Relevancia:** Importancia que tiene tanto para el individuo como para su entorno social y familiar el abandono del consumo.
- **Riesgos:** Destacar la influencia negativa de continuar con el consumo tanto para ella como para su entorno.
- **Recompensas.** En cuanto a las mejoras que presentaría en caso de abandono del consumo, referidas a él y a las personas que le rodean.
- **Resistencias:** Aclarar las dificultades que se pueden presentar a la hora de planificar el dejar de consumir y sus soluciones.
- **Repetición.,** tratar de intervenir en cada ocasión que el paciente acuda a consulta.

- *Personas fumadoras en contemplación.* En esta fase los sujetos se plantean dejar de fumar pero no de una forma inmediata y se caracterizan por haber realizado uno o varios intentos de desintoxicación y temen un nuevo fracaso.

En esta ocasión el consejo debe encaminarse a aumentar la auto confianza del sujeto, ofertar apoyo, realizar un análisis de las razones para dejar de fumar que presenta y dar folleto/guía

practica para dejar de fumar.

- *Personas fumadoras en fase de preparación.* La característica principal de estos pacientes que quieren realizar un intento serio para el abandono del consumo, por lo tanto ante esta situación hay que reforzar la decisión realizar una oferta terapéutica, con un plan concreto de trabajo y pautar el seguimiento.

- *Personas fumadoras en fase de acción y mantenimiento.* En estas fase el paciente ha dejado de fumar y una se diferencia de la otra en el tiempo de abstinencia que presentan. Las intervenciones serán similares y deben de enfocarse en el ofrecimiento para apoyar la deshabituación, analizando las situaciones de riesgo que se pueden presentar y como superarlas y establecer seguimiento para la prevención de las recaídas.

• **Ayudar al paciente en el abandono**, para eso hay que prepararlo para que elija un día en el cual no debe haber elementos estresantes diferentes de los habituales, siendo aconsejable que los días previos se realicen actividades distintas y encaminadas al abandono, como realizar auto registros, fumar menos, evitar automatismos relacionados con el consumo.

Se debe de informar de los posibles síntomas de síndrome de abstinencia que pueden presentarse, pues si se prevé su aparición se combaten de una manera más fácilmente, e informar de los distintos tratamientos médicos existentes encaminados a minimizar su aparición.

• **Acordar las sucesivas visitas** donde se evaluara la situación y se replantearan los objetivos en consonancia con lo conseguido y se plantearan las sucesivas intervenciones.

Se recomienda que la primera visita sea poco después del día elegido para dejar el consumo definitivamente, pues así podrá evaluarse de manera objetiva el sdre. de abstinencia que presenta al paciente. La segunda visita es recomendable realizarla entre los 15-20 días, y las posteriores en función de lo conseguido en las anteriores.

Este procedimiento es conocido como las cinco A: Averiguar, Aconsejar, Apreciar, Ayudar y Acordar.

### 8.3- DERIVACIÓN A UNIDAD ESPECIALIZADA.

Cuando las personas que han solicitado tratamiento en los distintos dispositivos de Atención Primaria y presenta algunas de las siguientes situaciones hay que plantearse la derivación a una unidad especializada, pues los continuos fracasos en dejar de fumar pueden crear la idea de que no es posible la abstinencia.

Los pacientes en los cuales esta indicada la derivación son:

- Con fracasos reiterados en varios intentos serios de abandono.
- Pacientes con cardiopatía isquémica inestable de una evolución inferior a 8 sem.

- Sujetos con cuadro de hipertensión arterial no controlados o que presenta algún trastorno del ritmo cardiaco,
- Pacientes que presenten alguna enfermedad crónica no controlada, hepatopatías, diabetes, nefropatías,
- Fumadoras embarazadas o en periodo de lactancia.
- Pacientes con alteraciones psiquiátricas tratadas, o con antecedentes depresivos, pues a la hora del tratamiento habrá que vigilar de forma especial la idoneidad del abandono total del tabaco, realizar un seguimiento individual con citas frecuentes y/o plantearse una disminución del consumo planteando el abandono a más largo plazo u descartarlo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ayesta F j. Alvarez S, Benito B. Manual de Tabaquismo para Profesionales Sanitarios.2006.
- Asociación Española contra el Cáncer: Protocolo de tratamiento combinado para dejar de fumar.
- Abengoza Muela R. Camarelles Guillem, F. Díaz-Maroto Muñoz, J.L. Guía de Buena practica clínica en abordaje del tabaquismo. Organización Medica Colegial, Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.
- Baena A., Nerin I., Fagerström K et al. Manejo clínico de los fumadores en proceso de reducción hasta dejarlo. Protocolos clínicos
- Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita M.A, Torrecilla García M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo.3.ª Edición Ergon 2006.
- Becoña Iglesias E., Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Socidrogalcohol.2004.
- Becoña E, Ed Monografía Tabaco, Adicciones, Vol.16, suplemento 2, 2004.
- Becoña E, Ed. Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Madrid: Comité nacional para la Prevención del tabaquismo/ Barcelona, Glosa Ediciones; 1998.
- Becoña E, Vázquez FL, Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Dykinson;1998
- Becoña Iglesias, Tabaco Prevención y Tratamiento. Editorial Pirámide.2006
- Conserjería de Salud, Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010
- Córdoba García R., Nerín de la Puerta I., Manual de tabaquismo en atención primaria, 2005.
- Jiménez Cruzado L. Hidalgo Quiles M.J., Vicente Piñol J., Costa Pérez E., Problemas relacionados con el consumo de tabaco. Guía de actuación clínica en atención primaria Alicante.
- López González Ángel Arturo et al. Guía Práctica: Si quieres dejar de fumar este es el camino. Govern de les Illes Balears. Conselleria d`interior. 2004.
- OMC; Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Buenas Prácticas Clínicas en Abordaje de Tabaquismo. 2006
- Pardell H., Jané M., Sanchez Nicolay I., Villalbí J.R. et al. Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español. Organización Médica colegial. Ars Médica 2002.
- R`Kaina, Cominio A. Rodríguez M. Ayesta F. Dejar de fumar es posible. Guía para fumadores, amigos y familiares. Plan integral de tabaquismo, consejería de sanidad y bienestar social ciudad autónoma de Ceuta 2006.
- Villegas Román, Briones Eduardo. Programas de deshabituación tabáquica. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Andalucía. 2004.
- Revisiones Cochrane en la biblioteca Cochrane Plus [http:// www.update-software.com/clipplus/ClipPlus.asp](http://www.update-software.com/clipplus/ClipPlus.asp)



## 9 - EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA CONDUCTA DE FUMAR

**Autora:**

**Victoria de Larriva Casares.**

Psicóloga CPD de Córdoba

*mvictoria.delariva@ipbscordoba.net*

**Autor:**

**Francisco Herrera Benítez**

Médico CTA de Linares. Jaén

*franhebe@telefonica.net*





Al igual que en otras conductas adictivas, en el tabaquismo la evaluación es un proceso indispensable antes, durante y al final del tratamiento y en los seguimientos que se lleven a cabo.

La evaluación tiene como objetivo fundamental describir el problema por lo que la persona acude a tratamiento, para poder diseñar el tratamiento más oportuno y adecuado.

La evaluación persigue aportar datos para poder diseñar el tratamiento que se va a seguir.

Evaluar es una tarea sistematizada y en lo posible lo más objetiva; con el fin de obtener y recoger la mayor información posible. Esa información nos ha de servir para comenzar nuestra actividad terapéutica y con posterioridad la evaluación nos determinará la pertinencia y efecto de nuestra actividad terapéutica sobre el problema concreto de salud (Fernández Ballesteros).

Por tanto, la descripción clara del problema (diagnóstico) modelo de intervención (tratamiento) y los resultados (Seguimiento); todo esta basado en nuestro proceso de EVALUACIÓN.

Se debe hacer una evaluación sistemática de las características del paciente, mediante una primera entrevista individual y complementarla con posteriores pruebas objetivas de diagnóstico y se deberían de incluir al menos las siguientes medidas:

- Diagnóstico y severidad de la dependencia a la nicotina (abuso- dependencia).
- Intoxicación.
- Síndrome de Abstinencia.
- Trastornos psicopatológicos asociados.
- Estado psicológico y curso del trastorno.
- Estado Físico y médico.
- Estado Social (económico, status laboral, pareja)
- Red de apoyo social (familiar, social, amigos, etc.)
- Valoración global del individuo.
- Pronóstico o propuesta de intervención.

En definitiva se trata de conocer o recoger datos que nos faciliten una información fundamental y necesaria para una posterior intervención, para trabajar de forma adecuada debemos conocer:

- Los motivos que le lleven la persona paciente a cambiar la conducta, el abandono del tabaco.
  - Qué estímulos están asociados a la conducta de fumar, que factores son predisponentes o facilitadores de la conducta de fumar
  - Qué aporta la conducta de fumar al sujeto, Ej: mecanismo de afrontamiento a situaciones de estrés, estabilizador de estado de ánimo, facilitador social.
  - De qué recursos cuenta la persona paciente para facilitar el cambio.

***El éxito del abandono depende no solo del nivel de dependencia, también depende de los recursos que tenga la persona para enfrentarse a la conducta adictiva, de su estabilidad psicológica y de los recursos y el entorno social de la persona.***

Se debe de realizar una buena Historia Clínica de Tabaquismo en la que se analicen los siguientes indicadores:

- Anamnesis.
- Exploración Física.
- Análisis de la dependencia.
- Análisis de la motivación.
- Estudio de la fase de abandono.
- Valoración del Síndrome de Abstinencia.

## **9.1 ESCALAS Y CUESTIONARIOS.**

Las Escalas y Cuestionarios son herramientas útiles, pero nunca deberán sustituir a la historia clínica para la evaluación. Los Cuestionarios son complementarios y no de aplicación inmediata, es mejor ganarnos la confianza de la persona paciente, la alianza terapéutica con el paciente es un arma muy potente y eficaz.

### **9.1.1. Dependencia a la nicotina:**

Hay una serie de medidas que se utilizan para valorar el grado de dependencia. Las que han demostrado tener más utilidad para el tratamiento son los criterios diagnósticos del DSM- IV –TR y las escalas de Fagerström.

#### **Criterios para el diagnóstico de dependencia de una droga según el DSM-IV- TR.**

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses.

- Tolerancia o necesidad de tener que consumir mayor cantidad de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, o el efecto de la sustancia disminuye por su consumo continuado.
- Síntomas de abstinencia característicos de la sustancia.
- La sustancia es tomada con frecuencia en mayor cantidad o durante un periodo más largo de tiempo de lo que se pretendía.
- Deseo persistente o esfuerzo infructuoso de controlar o interrumpir el consumo de la

sustancia.

- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de los problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

### **Escala de Fagerström de dependencia a la nicotina.**

La escala más conocida y más utilizada para evaluar la dependencia a la nicotina es la de Fagerström. Este autor parte de la premisa de que la nicotina es el reforzador primario de la conducta de fumar, el papel de la nicotina en la dependencia puede ser el factor clave en el uso compulsivo del tabaco (Fagerström, 1978), los componentes conductuales y sensoriales pasan a ser considerados reforzadores secundarios según este autor.

Mediante este conocido cuestionario podemos evaluar con cierta rapidez el nivel de dependencia que tiene el fumador. Puede darnos pistas acerca de si puede o no beneficiarse de tratamiento farmacológico y de la severidad de la dependencia. Es importante señalar que el resultado es de dependencia según Fagerström, pueden aparecer puntuaciones bajas en el cuestionario en personas que fumen un número reducido de cigarrillos pero que presentan un nivel de dependencia alto por otros factores que este cuestionario no es sensible en su evaluación, en consecuencia pueden aparecer falsos negativos.

La puntuación de la escala oscila entre 0 y 10, siendo la adicción mayor a la nicotina cuanto más alta sea la cifra obtenida. Un valor igual o mayor de siete indica un nivel elevado de dependencia, mientras que uno menor de tres indica una dependencia ligera.

### **Test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina.**

**INSTRUCCIONES:** ponga una X junto a la opción que se ajuste mejor a su realidad.

1. ¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?:  
Hasta 5 minutos..... 3 puntos  
De 6 a 30 minutos..... 2 puntos  
De 31 a 60 minutos..... 1 punto  
Más de 60 minutos..... 0 puntos
2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido?  
Sí..... 1 punto  
NO..... 0 puntos
3. ¿Qué cigarrillo le costará más dejar de fumar?:  
El primero de la mañana.....1 punto  
Cualquier otro.....0 puntos

4. ¿Cuántos cigarrillo fuma al día?:  
Menos de 10 cigarrillos.....0 puntos  
Entre 11 y 20 cigarrillos.....1 punto  
Entre 21 y 30 cigarrillos.....2 puntos  
Más de 30 cigarrillos.....3 puntos

5. ¿Fuma más durante las primeras horas después de levantarse?  
Si..... 1 punto  
NO..... 0 puntos

6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que estar en la cama?  
Si.....1 punto  
NO.....0 puntos

P U N T U A C I Ó N  
TOTAL.....

*Adaptación castellana de Becoña y Vázquez.1998*

Otros estudios, especialmente el de Heatherton et al. (1991), sugieren utilizar solo dos ítems del cuestionario; el que evalúa el número de cigarrillo por día y el que evalúa la hora del primer cigarrillo. En el estudio de Becoña, Vázquez y Cerqueiro (1998), resulta una buena herramienta para clasificar a los fumadores como ligeros, medios y altamente dependientes.

***Índice de Dureza de Fumar de Heatherton et al (1991)***

- 1.- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?  
10 o menos  
11 a 20  
21-30  
31 o más

- 2.- ¿Cuánto tarda, después de despertarse, en fumar su primer cigarrillo?  
Menos de 5 minutos  
Entre 6 y 30 minutos  
Entre 31 y 60 minutos  
Más de 60 minutos

*Fuente: Heatherton et al. (1989); adaptación española de Becoña (1994 a)*

En definitiva, a veces, es suficiente con preguntarle el número de cigarrillos que fuma al día, cuanto tiempo pasa desde que se levanta y fuma el primer cigarrillo y cuál es el cigarrillo que le causa mayor satisfacción. En relación a la severidad de la dependencia física la respuesta más importante es el tiempo que pasa desde que se levanta hasta que se fuma el primer cigarrillo.

### 9.1.2. Evaluación del síndrome de abstinencia.

#### Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el síndrome de abstinencia de la nicotina.

A.- Uso diario de la nicotina durante al menos dos semanas.

B.- Interrupción brusca o reducción de la cantidad de nicotina administrada, seguida por un periodo de 24 horas en el que se observan cuatro o más de los siguientes síntomas:

- Disforia o estado de ánimo deprimido.
- Insomnio.
- Irritabilidad frustración o ira.
- Ansiedad.
- Dificultad de concentración.
- Nerviosismo o impaciencia.
- Disminución de la frecuencia cardíaca.
- Aumento del apetito o aumento del peso.

C.- Los síntomas del Criterio B pueden generar un malestar clínicamente significativo en el área social, laboral o en otras importantes del funcionamiento del individuo.

D.- Los síntomas no son producidos por un problema médico general y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental.

Los síntomas del Síndrome de Abstinencia comienzan al cabo de unas pocas horas (2-12 horas) y alcanzan su punto álgido a las 24-48 horas después de dejar de fumar (Hughes y Hatsukami, 1992). La mayoría de los síntomas duran un promedio de cuatro semanas, pero las sensaciones de hambre y necesidad de nicotina puede durar 6 meses o más.

Dentro del proceso de Evaluación valorar el Síndrome de Abstinencia es importante para el Diagnóstico mismo de la dependencia y como indicador a trabajar en la Prevención de Recaídas.

A continuación se presenta una Escala de Valoración donde se valoran síntomas fisiológicos, conductuales y cognitivos. El paciente describe como se siente una vez que ha dejado de fumar.

### 9.1.3. Valoración del síndrome de abstinencia de nicotina.

***De los siguientes síntomas que se presentan cuando dejamos de fumar durante un tiempo ¿cuales tiene usted?***

Puntúelos: 0- No lo tengo. 1- leve. 2-Moderado. 3- Intenso.

SINTOMA	Nº
Deseo intenso de fumar.	
Nerviosismo, ansiedad.	
Irritabilidad, enfado.	
Mareo.	
Dificultad de concentración.	
Cansancio.	
Trastornos digestivos.	
Cefaleas- dolor de cabeza.	
Irritación de garganta.	
Aumento de apetito.	
Depresión.	
Somnolencia / insomnio	
Total puntuación	

#### 9.1.4. Evaluación del craving.

El concepto de craving esta unido al de Síndrome de Abstinencia. El craving suele ser equivalente a la descripción del la urgencia por consumir una sustancia (Gilbert y Warburton, 2000).

El "CRAVING" es el deseo, la urgencia por consumir la sustancia, las ganas de fumar. Para muchos autores (Shiffman,1979) el "Craving" es la principal causa de la recaída de los fumadores.

Es muy importante trabajar con las personas fumadoras, estrategias del manejo del deseo de fumar para afrontar el craving pautas que le van a ayudar a prevenir recaídas y en consecuencia a mantener la abstinencia.

A continuación a modo de ejemplo se muestra una escala de evaluación del craving, por su carácter visual, grafico, facilita su utilización durante el proceso de deshabituación.

#### Escala analógica visual de craving

**Por favor ponga una raya en cada una de las líneas horizontales en el lugar que mejor indique como se ha sentido a lo largo de estos últimos 7 días:**

1- ¿Ha tenido deseos de fumar?

**Nada** \_\_\_\_\_ **Más que nunca**

2- ¿Ha pensado en las otras sustancias que consume habitualmente (alcohol, café....?)

**Nada** \_\_\_\_\_ **Más que nunca**

3- ¿Le hubiese gustado fumar aunque solo fuese un poco?  
**Nada** \_\_\_\_\_ **Más que nunca**

4- ¿Ha tenido deseos de buenas sensaciones?  
**Nada** \_\_\_\_\_ **Más que nunca**

5- ¿Ha tenido deseos de librarse de malas sensaciones?  
**Nada** \_\_\_\_\_ **Más que nunca**

6- ¿Si hubiese tenido oportunidad, hubiera fumado algo?  
**Nada** \_\_\_\_\_ **Más que nunca**

### 9.1.5. Autoregistros.

Son unas hojitas a modo de registros diarios que tiene que rellenar la persona paciente en relación con el consumo de tabaco. La mayoría de las veces la conducta de fumar es automática, la persona paciente enciende el cigarrillo de forma mecánica, sin darse cuenta. La conducta de fumar es un hábito aprendido, debido a la multitud de ocasiones que el sujeto a repetido la conducta de fumar en múltiples y variadas situaciones. Se trata de observar y conocer la conducta de fumar, para cambiar este comportamiento mecánico.

Para cambiar este comportamiento mecánico, observarlo y conocerlo adecuadamente es necesario hacer autoregistros, estos son la medida conductual más utilizada en el tratamiento de las personas fumadoras. (Becoña, 1994; Becoña y Lorenzo, 1989 a)

Lo importante es que nos de información de cuando aparece la conducta de fumar y que consecuencias tiene. Los autoregistros deben de ser los más sencillos posibles y cómodos para conseguir que los pacientes lo trabajen. Por el simple hecho de rellenar las hojas de registro se observa una bajada de consumo, los llamados “efectos reactivos”, pero no permanente (Becoña y Gómez-Durán, 1991), debe de estar acompañada de otras estrategias para que se consiga el abandono. Los autoregistros se deben de rellenar justo antes de encender el cigarrillo.

La persona paciente debe de ser consciente y entender la utilidad de los autoregistros como estrategia de reducción y posterior abandono, es el primer paso para romper con el automatismo de la conducta de fumar, hacer consciente de cómo es su hábito, en que momentos aparece y sus consecuencias.

La realización de los autoregistros ayudará a la persona fumadora a tomar conciencia de su comportamiento mecánico y, además, puede registrar y cuantificar objetivamente las variables que controlan su conducta. La manera de completar el autoregistro puede ser útil para conocer la motivación y la disposición para el cambio.

Se le proporciona un registro para cada día y se le invita a recortar el papel e introducirlo entre el paquete y el papel de celofán

### Ejemplo de autoregistro

Nº cigarro	Hora	Situación	Placer 1-10

### 9.1.6. Análisis de la motivación.

#### A.- Evaluación de los estadios de cambio.

El modelo de Prochaska y Diclemente (1983), ha permitido entender las conductas adictivas no como un fenómeno de todo o nada, sino como un continuo en la intención de dejar de fumar, Este proceso en el que se pasan por varias fases de recuperación y de recaída hasta que se llega a una abstinencia a medio y largo plazo.

Aunque su modelo es tridimensional, integrando estadios, procesos y niveles de cambio, el mayor impacto del mismo esta en los estadios de cambio. Estos representan una dimensión temporal que nos permite comprender cuando ocurren los cambios, ya sea a nivel cognitivo, afectivo o conductual (Becoña y Vázquez, 1996). En su última formulación considera seis estadios de cambio. Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción, Mantenimiento y Finalización.

La evaluación de los estadios de cambio resulta un buen indicador de la motivación para dejar de fumar. No siempre es fácil discernir en que estadio o etapa se encuentra la persona, las



tres preguntas siguientes nos pueden orientar sobre el momento, además una persona puede cambiar de precontemplativo a contemplativo de un día a otro, los obstáculos o dificultades para el cambio pueden desaparecer de un día a otro.

### Evaluación de los estadios de cambio

¿Está pensando seriamente en dejar de fumar en los próximos 6 meses?

SÍ  NO  PRECONTEMPLACIÓN



¿Está planificando cómo dejar de fumar en los próximos 30 días?

SÍ  NO  CONTEMPLACIÓN



¿Ha dejado de fumar durante al menos 24 horas en el último año?

SÍ  NO  CONTEMPLACIÓN



### PREPARACION

**Precontemplación:** la actitud del fumador/ra es “consonante”, con su comportamiento; fuma habitualmente, se va a si mismo como fumador/ra, son los que no tienen intención de dejar de fumar, habitualmente evaluado en los próximos seis meses.

**Contemplación:** Se produce una “disonancia entre la conducta y la actitud, fumador/ra disonante, han intentado en varias ocasiones en dejar de fumar pero siempre han encontrado dificultades para dejarlo, son concientes que el consumo de tabaco perjudica seriamente su salud, piensan dejar de fumar en los próximos seis meses. Una parte de este grupo esta en la subfase de “CONTEMPLACIÓN CRÓNICA” en la que “pensar en dejar de fumar” sustituye al “actuar para dejar de fumar”

**Preparación para la acción:** Los que afirman que tiene intención de dejar de fumar en los próximos 30 días y han hecho un intento serio de Abandono en el ultimo año estando por lo menos un día sin fumar.

**Acción:** la persona lleva menos de seis meses sin fumar. Es necesario durante esta fase trabajar la recaída, la posibilidad de que aparezca y que puede ser considerada como parte del proceso normal para llegar a la abstinencia a medio largo plazo. No debe de ser considerada como un fracaso.

**Mantenimiento:** son los que llevan más de seis meses sin fumar y menos de cinco años.

**Finalización:** son los que llevan más de cinco años sin fumar, no les apetece volver a fumar ni piensan volver a fumar.

La mayoría de la gente no cambia una conducta crónica de forma lineal, desde un primer estadio al último, el cambio a través de los estadios implica un patrón en espiral (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992). La recaída es un evento fruto de la interrupción de la fase de acción

o mantenimiento, provocando un movimiento cíclico hacia atrás, a los estadios iniciales de precontemplación y contemplación.

Es conveniente aplicar este cuestionario al inicio de la intervención para así discernir con mayor claridad en qué momento se encuentra respecto al cambio de la conducta que nos ocupa y por tanto realizar la intervención más conveniente. Así tras realizar la primera pregunta, en caso negativo estaríamos ante una persona paciente en fase de precontemplación y por tanto, difícilmente dejaría de fumar si iniciáramos tratamiento para dejar de fumar directamente. En caso de responder afirmativamente, formulamos la segunda, si responde no, podemos determinar que se encuentra en el estadio de contemplación, al igual sucede si responde negativamente a la tercera. En estos 3 casos en que responde negativamente, no es recomendable iniciar tratamiento para cesar el consumo de tabaco y por tanto la intervención habrá de consistir en una "Motivación al Cambio", proporcionando información adecuada a sus características personales acerca de los efectos del consumo, mostrándole los beneficios para su salud si deja de fumar, indicando los procedimientos con los que disponemos para dejar de fumar, animándole para que haga un intento de abandono. La finalidad de toda intervención en tabaquismo es el avance en la fase del cambio.

En caso de responder afirmativamente a la tercera cuestión, podemos suponer que se esta preparando para el cambio y por tanto es posible iniciar tratamiento para deshabituación.

#### **B.-Test de Richmond.**

Otro test utilizado para medir la motivación es el test de Richmond, medimos la motivación para el abandono de forma objetiva, mediante cuatro preguntas, es muy sencillo y rápido, pero también escaso en la información que nos aporta, es más completa la información recogida en la entrevista inicial.

1.- ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?

No /SI

2.- ¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?

Ninguno/ Medio/ Elevado/ Muy elevado

3.- ¿Intentaría dejar de fumar en las próximas dos semanas?

No/ Creo que no/ Puede que si/ Si

4.- ¿Cuál es la posibilidad de que usted sea una persona no fumadora en los próximos seis meses?

Ninguna/ Seguramente que ninguna/ Probablemente sí/ Seguro que si

La primera pregunta vale 0/1; el resto se valora de 0 a 3 puntos, el máximo es de 10 puntos.

Puntuaciones de 7-8 indican la conveniencia de motivar para el cambio.

### 9.1.7. Situaciones asociadas al consumo.

Es de vital importancia saber prever cuales son las situaciones que conducen al consumo, para que durante el tratamiento de deshabituación se trabaje estas.

Junto con la información recogida en la entrevista inicial y la información volcada en los autoregistros pueden utilizarse diversos test, como ejemplo esta el de Russell, (1985) puede que sea el más utilizado actualmente. Consta de ocho componentes: Imagen psicológica, actividad boca-mano (manipulación), Indulgencia (fumar por placer), Sedación (asociados a estados de animo negativos), Estimulación, Automatismo y Adicción. Y Dependencia global

<b>Cuestionario sobre el hábito de fumar</b>	
<b>Puntúese según el siguiente baremo: 0.- No le sucede nada 1.- le sucede poco, 2.- Le sucede bastante 3.- Le sucede mucho</b>	
1.-Siento un gran deseo de fumar cuando tengo que parar cualquier actividad por un momento	
2.-Enciendo un cigarrillo sin darme cuenta que tengo otro encendido en el cenicero.	
3.-Me gusta fumar sobre todo cuando estoy descansando.	
4.-Obtengo gran placer fumando sea cuando sea	
5.-Tener un cigarrillo en los dedos es una parte del placer que me da fumar.	
6.-Pienso que mejora mi aspecto tener un cigarrillo entre las manos	
7.- Fumo más cuando siento preocupación por algo	
8.-Me siento más estimulado y alerta cuando fumo.	
9.-Fumo automáticamente a pesar de estar atento	
10.-Fumo para tener que hacer algo con las manos	
11.-Cuando me quedo sin cigarrillos me es casi insoportable hasta que vuelvo a tenerlos	
12.-Cuando me siento infeliz fumo más.	
13.-Fumar me ayuda a seguir adelante cuando estoy muy cansado/a	
14.-Me resulta difícil estar una hora sin fumar	
15.-Me encuentro fumando sin recordar haber encendido el cigarrillo.	
16.-Cuando estoy cómodo/a y relajado/a es cuando más deseo fumar.	
17.-Fumar me ayuda a pensar y concentrarme	
18.-Tengo muchas ganas de fumar cuando no he fumado durante un rato	
19.-Me siento más maduro/a y sofisticado/a cuando fumo	
20.-Cuando no estoy fumando soy muy consciente de ello	
21.-Me resultaría muy difícil estar una semana sin fumar	
22.-Fumo para tener algo que llevar a la boca	
23.-Me siento más atractivo/a con el sexo opuesto cuando fumo	
24.-Enciendo un cigarrillo cuando estoy enfadada/o.	

Una puntuación total de 20 puntos o más es alta y sugiere que necesitara mucha motivación para tener éxito en su intento de dejar de fumar.

Tipos de persona fumadora: A continuación se colocan las puntuaciones en los lugares correspondientes y se obtienen las sumas parciales, para desglosar los distintos aspectos que pueden caracterizar a cada fumador. Una puntuación de 6 o más significa que ese “tipo de fumar” es un motivo importante para el fumador.

- Imagen Psicológica: Ítem 6,19 y 23.
- Actividad Mano-Boca: Ítem 5, 10 y 22
- Placer- Relax: Ítem 3,4 y 16
- Sedativo: Ítem 7,12 y 24
- Estimulante: Ítem 8, 13 y 17
- Adictivo: Ítem 11,18 y 20
- Automático: Ítem 2, 9 y 15
- Dependencia global Ítem 1, 14 y 21

#### **9.1.8. Nivel de autoeficacia.**

Para Bandura, la autoeficacia es un mediador cognitivo de la conducta, ( Bandura 1977), la define como “la convicción que uno tiene de que puede exitosamente ejecutar la conducta requerida para producir los resultados deseados”. La autoeficacia está constituida por los juicios sobre el grado que uno mismo puede organizar y ejecutar patrones de acción requeridos para tratar con situaciones futuras que contienen elementos ambiguos, imprevisibles y a menudo estresantes.

La Autoeficacia es un proceso cognitivo, se refiere a la competencia percibida por uno mismo en situaciones específicas y esta basada según Bandura en cuatro fuentes: las propias reacciones de uno mismo en el pasado, observación vicaria de otros, persuasión externa y activación emocional.

La Autoeficacia se refiere dentro del Modelo de Recaída de Marlatt a la percepción del individuo de su capacidad para afrontar futuras relaciones con el riesgo y dentro de este Modelo se podría inferir la capacidad de afrontamiento de la persona y de prevenir recaídas en función del nivel de expectativas de autoeficacia.

Se suele utilizar la escala de Baer y Lichtenstein, versión reducida de la escala de Conditte y Lichtenstein. Parecida al de Ruseel, pero con una escala donde se evalúa la percepción subjetiva de éxito, o la percepción subjetiva de capacidad de resistencia al deseo de fumar. Evalúa la percepción subjetiva de control que la persona paciente cree tener en estas circunstancias. Incluye situaciones de sociabilidad y control de peso que la escala de Russell no incluía.

### 9.1.9. Evaluación de posibles patologías asociadas.

Cada vez es más frecuente encontrar personas con problemas o patologías asociadas, en una primera aproximación en la entrevista inicial, preguntar por la toma de otros medicamentos directamente y utilizar posteriormente instrumentos para evaluar estos trastornos.

Entre los cuestionarios más utilizados, el Inventario de Depresión de Beck (1961), el cuestionario de ansiedad estado y ansiedad rasgo de Spielberger (1970) e incluso la posibilidad de utilizar el cuestionario de identificación de problemas de alcohol AUDIT (Babor y Grant, 1989).

Existe la posibilidad de utilizar estas dos cuestiones sencillas y rápidas para descartar la existencia de alguna historia psiquiátrica en la evolución del paciente, esto no ayuda a detectar rápidamente y a posteriormente valorar más en profundidad.

1.- ¿Ha recibido en alguna ocasión tratamiento por problemas de salud mental?  
Si No

2.- ¿Alguna vez en su vida ha estado deprimido la mayor parte del día durante un periodo de al menos dos semanas?  
Si No

### 9.2 HISTORIA CLINICA TABAQUICA.

La intervención sobre el consumo de tabaco es quizás la mas importante que se realiza para mejorar el estado de salud de las personas, de ahí la necesidad de realizar un correcto abordaje de las personas que han decidido intentar abandonar el consumo de tabaco y la realización de una buena historia clínica es casi imprescindible, ya que la recogida de datos sistematizada evita olvidos de datos y se obtiene una idea clara de la situación de la persona paciente.

La historia clínica debe ser sistemática abordando todos los aspectos de la adicción; tanto físicos, psicológicos y sociales, pues todos en su conjunto aportan datos útiles a la hora de la elección y elaboración del tratamiento que debe ser lo más personalizado posibles. La que mostramos a continuación puede servir de referencia.

#### A) Datos sociodemograficos.

Nombre:

Fecha Nacimiento:  Sexo:

Domicilio: Calle  nº  Piso

Localidad  C.P.

Teléfonos

Correo electrónico

Fecha de inicio del tratamiento:

1. Situación laboral:.....

2. Máximo nivel de estudios completados: .....

3. Profesión actual:

4. Estado Civil: .....

### B) Antecedentes de consumo tabaco

5. ¿Cuántos años lleva fumando?

6. ¿Ha intentado dejar de fumar en los dos últimos años? SI  NO

7. ¿Cuántas veces ha intentado dejar de fumar en los dos últimos años?

8. ¿Qué tipo/s de tratamiento/s ha seguido?:

1. ....

2. ....

3. ....

9. ¿Cuánto tiempo estuvo sin fumar la ÚLTIMA vez que lo intentó?

### C) Consumo actual de tabaco

10. Actualmente, ¿qué número de cigarrillos fuma al día?

11. ¿Cuántos años lleva Fumando?

Con estos dos parámetros se calcula el índice de paquetes / año, aplicando la formula:  
Número de cigarros consumidos al día multiplicado por el número de años de consumo y dividido por 20 (número habitual de las cajetillas de cigarros).

$$\frac{\text{Nº de cigarros al día} \times \text{nº de años fumando}}{20}$$

Según el resultado obtenido se clasifica en grados de dependencia como sigue:

- Grado leve: cinco o menos paquetes / año.
- Grado moderado: de cinco a quince paquetes año.
- Grado intenso más de 15 paquetes / año.

12.- ¿Cuáles son los motivos fundamentales por los que quiere dejar de fumar?:  
(Ordenados por importancia)

1. ....
2. ....
3. ....

13. indique los motivos por los que fuma:

1. ....
2. ....
3. ....

**D) Estado de salud.**

Para una correcta evaluación del estado de salud y facilitar la elaboración de “su Plan de Tratamiento Individual” es necesario que conteste correctamente al siguiente cuestionario.

14. ¿Qué medicación toma actualmente?

Si está tomando algún tratamiento farmacológico o cualquier otra sustancia escriba su nombre, la causa por la cual se la esta tomando y el tiempo que lleva.

Medicamento	Para que enfermedad	Fecha desde que lo toma

¿Se ha operado en alguna ocasión?	SI	NO
¿Ha notado alguna vez dolor u opresión en el pecho?	SI	NO
¿Le ha diagnosticado alguna enfermedad cardiaca?	SI	NO
¿Ha notado en alguna ocasión palpitaciones?	SI	NO
¿Está diganosticado de infarto?	MES	AÑO
¿Ha notado frialdad, adormecimiento, o cambio de coloración en las extremidades?	SI	NO
¿Se nota las piernas hinchadas?	SI	NO
¿Tiene varices?	SI	NO
¿Ha padecido vértigo?	SI	NO
¿Padece algún proceso pulmonar como tos, asma...?	SI	NO
¿Ha presentado periodos con afonía o cambios importantes en el tono de voz?	SI	NO
¿Utiliza dentadura postiza?	SI	NO
¿Padece de bocio o alguna enfermedad tiroidea?	SI	NO
¿Sufre de molestias gástricas como ardor, úlcera, etc.?	SI	NO
¿Es diabético?	SI	NO
¿Tiene elevado el ácido úrico?	SI	NO
¿Tiene elevado los niveles de colesterol?	SI	NO
¿Sufre con frecuencia dolores de cabeza?	SI	NO
¿Tiene sensibilidad en la piel?	SI	NO
¿Toma alcohol de forma habitual?	SI	NO
¿Ha tomado o toma cualquier otra droga?	SI	NO
¿Ha realizado en alguna ocasión tratamiento psicológico o psiquiátrico?	SI	NO
En alguna ocasión ¿Ha tenido pérdida de conocimiento o cuadros convulsivos?	SI	NO
¿Ha padecido algún proceso hepático?	SI	NO
Padece de estreñimiento	SI	NO
Presenta alergia a algún medicamento	SI	NO
Nota la sensación de falta de aire	SI	NO
¿Duerme bien?	SI	NO
	SI	NO
	SI	NO

### E) Estudio del entorno

15. Porcentaje de amigos/as que fuman en su entorno: (en %) .....

16. Porcentaje de familiares con los que convive que fuman en su entorno: (%) .....

17. ¿Crees tener apoyo en tu entorno familiar, laboral y social, para dejar de fumar?

SI

NO



18. ¿Alguna vez su médico le ha sugerido que debe dejar de fumar?

Nunca       Alguna vez       Muchas veces

19. ¿Cree que fumar cigarrillos afecta gravemente a la salud?

Muchísimo.....

Bastante .....

No sé.....

Poco.....

Nada.....

20. ¿Se siente presionado/a en su trabajo para dejar de fumar?

SI       NO

21. ¿Conoce a algún familiar, amigo o conocido que haya "enfermado" o muerto debido a fumar?

SI       NO

22. En una escala de 0 (nada) a 10 (máximo), indique: ¿Cuál es su deseo de dejar de fumar en este momento?: .....

23. Actualmente, (a día de hoy) ¿Ha dejado vd. de fumar? (conteste con una alternativa)

Sí, lo dejé hace más de seis mes.....

Sí, lo dejé hace menos de seis meses.....

No, pero tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 30 días .....

No, pero tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 6 meses.....

No, y no pienso dejarlo dentro de los próximos 6 meses.....

24. ¿Cuánto tarda, después de despertarse, en fumar su primer cigarrillo?

Menos de 5 minutos.....

Entre 6 y 30 minutos .....

Entre 31 y 60 minutos .....

Más de 60 minutos.....

25. Encuentra difícil abstenerse de fumar en sitios en donde está prohibido tales como iglesias, bibliotecas, cines, etc. Si       No

26. ¿A qué cigarrillo odiaría más renunciar?: Al primero de la mañana       A cualquier otro

27. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? 10 ó menos       11-20       21-30       31 ó más

28. ¿Fuma más a menudo durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día? Si       No

29. ¿Fuma cuando está tan enfermo que pasa en la cama la mayor parte del día?

Si       No

### **9.2.1. Historia clínica.**

Una vez que los sujetos hayan entregado los cuestionarios se completará la historia clínica siempre de forma individual, para preservar la intimidad y confidencialidad de los datos y poder establecer el Plan Terapéutico Individualizado. Este apartado debe de realizarlo un médico

#### **Anamnesis.**

Es importante valorar el estado de salud actual de la persona paciente, haciendo especial referencia a las consecuencias que el consumo de tabaco han tenido sobre la salud, sin olvidar las mejoras que se van a obtener con el abandono de su consumo.

Se debe preguntar por los antecedentes patológicos generales, interrogando de una manera más detallada por los síntomas relacionados con el consumo que la persona paciente haya podido pasar por alto: claudicación intermitente, disnea a los esfuerzos, cuadros repetitivos de tos, frecuencia de catarros de vías altas, sensación de falta de aire, opresión en el pecho, etc.; o haciendo una investigación más profunda de los datos obtenidos del cuestionario al que previamente ha contestado.

#### **Exploración física.**

No debe presentar diferencias significativas respecto a una consulta normal, pero se debe presentar especial atención a:

- Tensión arterial, que en caso de presentar alteración debe monitorizarse a lo largo del proceso pues puede presentar alteraciones a lo largo del proceso de desintoxicación/deshabitación.
- Frecuencia cardiaca; su elevación durante la desintoxicación puede aumentar originando sensación de malestar, ansiedad,....
- Pulsos periféricos, para comprobar el estado de la circulación periférica.
- Estado de la orofaringe, mucosa oral, estado de dientes y encías, para descartar gingivitis (lo que contraindicaría el uso de chicles de nicotina), caries,

#### **Pruebas complementarias inespecíficas.**

A toda persona que intente dejar de fumar se le deberían de solicitar unos exámenes complementarios, pues independientemente de los resultados que se puedan obtener con el tratamiento, se llevará una evaluación de su estado de salud.

Las pruebas que se describen a continuación son orientativas y deben de solicitarse de acuerdo con los recursos disponibles.

- Hemograma. Aunque no se producen alteraciones características de las personas fumadoras si se observa un aumento de los leucocitos, hematíes y hematocrito, que si se monitorizan y repite con posterioridad se puede comprobar la mejoría en los resultados, sirviendo de motivador para la consecución de la abstinencia.

- Bioquímica.- Estas determinaciones nos van a permitir descartar otros factores de riesgo asociados al consumo de tabaco como los niveles elevado de colesterol, glucosa y ac. Úrico.

- Estudio de la coagulación.- Esta determinación debería de incluirse en el estudio preliminar de los fumadores pues como es sabido hay componentes del tabaco y sobretodo del CO; que están muy relacionados con el aumento de la coagulación sanguínea y la formación de placas de ateroma.

- Pruebas de función pulmonar. Dependiendo de la disponibilidad serian muy interesante la realización de una espirometría, pues a parte de detectar a los pacientes que presentan síntomas de insuficiencia respiratoria. Su repetición al año les va a permitir la valoración de los beneficios obtenidos por el abandono de consumo de tabaco.

La determinación de una prueba de difusión pulmonar nos permite diagnosticar de una forma precoz la aparición del enfisema pulmonar.

### Pruebas complementarias específicas.

- Cooximetría.- Consisten en determinar la cantidad de monóxido de carbono (CO) que contiene el aire espirado de la persona paciente.

El monóxido de carbono es el responsable de la formación de la carboxihemoglobina, compuesto que tiene una afinidad 240 veces superior a la del oxígeno para combinarse con la hemoglobina, como consecuencia se produce una importante hipoxia tisular.

La determinación de la carboxihemoglobina (COHb) nos determinaría el grado de tabaquismo y el grado de riesgo cardiovascular de los pacientes, pero es una prueba que resulta incomoda al paciente, por lo que se sustituye normalmente por la determinación del CO en aire espirado, ya que ésta guarda una relación lineal con la COHb en sangre.

Es aceptado por la gran mayoría que el resultado de una cooximetría de 10 ppm (parte por millón), es el punto que divide a las personas fumadoras de los no fumadoras. Considerando un resultado superior a 10 como fumador.

Los niveles de CO se pueden ver alterados por el tiempo transcurrido del último cigarrillo, pues la vida media oscila entre las 2 y las 5 horas, otras situaciones que alteran los resultados son el ejercicio físico, exposición a ambientes cargados de humo del tabaco o de calefacciones, gases de automóviles.

Los niveles de CO comienzan a normalizarse a los dos – tres días de cesar el hábito tabáquico por lo que la cooximetría tiene utilidad:

- Indicador de exposición a los componentes del humo de tabaco u otras fuentes de CO.
- Intensidad de consumo de tabaco.
- En el proceso de deshabitación para comprobar abstinencia.

- Al monitorizar los resultados es un reforzador positivo y motivador para lograr la abstinencia.
- Como predictor de factor de riesgo de padecer enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. Pues a mayores niveles de CO más probabilidad hay de desarrollar enfermedades relacionadas con el consumo.

Hay que tener en cuenta algunos factores a la hora de realizar la cooximetría pues interfieren en los niveles de CO:

- La cantidad de cigarrillos consumida, a mayor nº de cigarrillos mayores niveles de CO.
- La profundidad de la calada, pues cuanto más profunda sea la inhalación del humo mayores niveles de CO se obtienen.
- El tiempo transcurrido desde el consumo de tabaco a su realización, así por las mañanas se obtiene niveles sensiblemente más bajos.

#### **Determinación de nicotina.**

La determinación de nicotina en sangre no tiene utilidad para los programas de desintoxicación; su determinación en orina sería de más utilidad a la hora de monitorizar en los procesos de deshabituación, pero al verse alterada por el pH, la cantidad de orina y su corta vida media (dos horas) no la hacen recomendable para tal fin.

El punto para considerar a fumadores de no fumadores es de 58,6 ng/ml.

#### **Determinación de cotinina.**

Los niveles de cotinina (metabolito de la nicotina) son más estables y alcanza valores entre 10 y 15 veces superiores a los de la nicotina, y unido a que la determinación en saliva se corresponden con los niveles sanguíneos la hacen más útil en los programas de tratamiento de la adicción al tabaco.

Los niveles para diferenciar a personas fumadoras de no fumadoras, tanto en sangre como en saliva son los 10 ng/ml.

Esta prueba nos ayuda al conocimiento del grado de dependencia, niveles de entre 40-50 ng/ml, en las personas fumadoras de menor consumo y de entre 200 y 400 en los de mayor consumo; orientándonos a la hora de establecer la pauta terapéutica y a determinar la exposición a ambientes contaminados por el humo de tabaco.

#### **Tiocianato.**

Es el metabolito hepático del ácido cianhídrico; gas tóxico presente en el humo del tabaco, que está presente en sangre, saliva y orina.

La determinación más útil sería la de saliva pero no se utiliza debido a que se ve alterado por consumo de cerveza, almendras, coliflor, etc,

## BIBLIOGRAFÍA

- Abengoza Muela R. Camarelles Guillem, F. Díaz-Maroto Muñoz, J.L. Guía de Buena practica clínica en abordaje del tabaquismo. Organización Medica Colegial, Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.
- American Psychiatric Association (APA) (1995). DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Asociación Española contra el Cáncer: Protocolo de tratamiento combinado para dejar de fumar.
- Ayesta F j. Alvarez S, Benito B. Manual de Tabaquismo para Profesionales Sanitarios.2006.
- Baena A., Nerin I., Fagerström K et al. Manejo clínico de los fumadores en proceso de reducción hasta dejarlo. Protocolos clínicos.
- Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo, Majadahonda, Madrid: Ergón; 2006
- Becoña E, Ed Monografía Tabaco, Adicciones, Vol.16, suplemento 2, 2004.
- Becoña, E; Programa para dejar de fumar. *Junta de Andalucía. 1997*
- Becoña E, Ed. *Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Madrid: Comité nacional para la Prevención del tabaquismo/ Barcelona, Glosa Ediciones; 1998.*
- Becoña E, Vazquez FL, *Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Dykinson;1998*
- Becoña E, *Guía Clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Socidrogalcohol,2004*
- Becoña Iglesias, *Tabaco Prevención y Tratamiento. Editorial Pirámide.2006.*
- Cervilla, Jorge: *Depresión y tabaco en ancianos.*
- *Comisionado para las Drogodependencias (2003). Catálogo de servicios asistenciales de los centros de Tratamiento Ambulatorio de Andalucía.* Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía.
- Consejería de Asuntos Sociales, Los Andaluces Ante Las Drogas VIII.
- Conserjería de Salud, Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010.
- Córdoba García R., Clemente Jiménez L., Aller Blanco A. Informe sobre el tabaquismo pasivo. Atención primaria 2003 Pág. 181-190.
- Córdoba R, Nerín I, Manual de Tabaquismo en Atención Primaria. GlaxoSmithkline, 2005.
- Echeburúa E. y Corral P. (1987). Escala de expectativas de cambio. En Graña (ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento.* Madrid. Síntesis.
- Echeburúa, E. (1994). *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos.* Madrid: Fundación Universidad y Empresa.
- EDIS (2003). *Los jóvenes andaluces ante las drogas y las adicciones 2002.* Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía.
- Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento.* Madrid: Debate
- Guía practica para la implantación de unidades de deshabituación tabáquica... *GlaxoSmithKlein. 2004.*
- *Fernández Muñoz E., Schiafino Rubinat A., Efectos del humo ambiental de tabaco sobre la salud: revisión de l a evidencia científica. Espacios libre de humo. Comité nacional para la prevención del tabaquismo. Ministerio de sanidad y consumo.2006.*
- *Jiménez Cruzado L. Hidalgo Quiles M.J., Vicente Piñol J., Costa Pérez E., Problemas relacionados con el consumo de tabaco. Guía de actuación clínica en atención primaria Alicante*
- *Jiménez Ruiz Carlos; Fagerström Karl Olov. Tratado de Tabaquismo. Pfizer.2007*
- *IX Los Andaluces ante las Drogas, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.*
- *Labrador, F. J., Vallejo, M. A., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A., y Fernández-Montalvo, F. (2000). - Eficacia de los tratamientos Psicológicos.* Documento de la Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud. [www.sepcys.org/Doc/DocumentoEficaciaTratamientos](http://www.sepcys.org/Doc/DocumentoEficaciaTratamientos).
- Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: Hacia una nueva psicología clínica.* Madrid: Dykinson.
- López García-Aranda, V.; García Rubira J.C.: Tabaco y enfermedad coronaria. Cardiovascular Risk factor- Diciembre 2000.
- López González Ángel Arturo et al. Guía Práctica: Si quieres dejar de fumar este es el camino. Govern de les Illes Balears. Conselleria d`interior. 2004.

- Mallo-Pérez, Luciano; Rodríguez Baciero, G. Lesiones Orales precancerosas en los ancianos. Situación en España. RCOE Vol. 7 nº 2. 2002.
- Millar, W.R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- OMC; Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Buenas Prácticas Clínicas en Abordaje de Tabaquismo. 2006
- Pardell H, Jané M, Sánchez Nicolay I, Villalbí JR, Saltó E. Manejo del Fumador en la Clínica, recomendaciones para el Médico Español, Ars Médica. Barcelona 2001
- *Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010, Consejería de Salud. Junta de Andalucía.*
- *Primer Encuentro Iberomexicano sobre Tabaquismo, Universidad de Las Palmas de Gran Canarias. Pfizer..*
- *Programa para dejar de fumar. E. Becoña. Junta de Andalucía. 1997.*
- O.M.S. (1992). *CIE-10. trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: meditor
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (Comps.) (2003).
- *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Pistelli R., Lange P. y Millar DL.; Determinants of Prognosis of COPD in the Elderly. *European Respiratory Journal* 21 (suppl. 40): 10d - 4s, 2003.
- *II Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones (2002-2007)*. Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales.
- Primer Encuentro Iberomexicano sobre Tabaquismo, Universidad de Las Palmas de Gran Canarias. Pfizer.
- Revisiones Cochrane en la biblioteca Cochrane Plus [http:// www.update-software.com/clibplus/ClipPlus.asp](http://www.update-software.com/clibplus/ClipPlus.asp)
- R`Kaina, Cominio A. Rodríguez M. Ayesta F. Dejar de fumar es posible. Guía para fumadores, amigos y familiares. Plan integral de tabaquismo, consejería de sanidad y bienestar social ciudad autónoma de Ceuta 2006.
- Roig Cutlas, Pilar; Sabater Puig, Eulalia et al. El tabaquismo en pacientes con otras drogodependencias. *Revista de toxicomanías* Nº 43 .2005.
- Villegas Román, Briones Eduardo. Programas de deshabituación tabáquica. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Andalucía. 2004.

# 10 - TRATAMIENTO MÉDICO

**Autores:**

**Manuel Ruiz Martínez**

Doctor en medicina CPD de Granada

*mruizmartinez@dipgra.es*

**Francisco Herrera Benítez**

Médico CTA de Linares. Jaén

*franhebe@telefonica.net*





La nicotina es una droga y como tal tiene, la capacidad de producir dependencia física, psíquica y social. En este apartado nos centraremos en el tratamiento de la dependencia física, que es un factor muy importante en el mantenimiento del uso, abuso y dependencia del tabaco, además el poder adictivo de la nicotina se ve reforzado por:

- Vía de consumo. Pulmonar, la más importante y tan rápida como la vía intravenosa, la forma inhalada de consumo hace que la nicotina pase rápidamente al torrente sanguíneo y de este al SNC en cuestión de 7-10 segundos. La mucosa bucal y la piel también absorben con facilidad la nicotina. Por vía gástrica es limitada, salvo que el pH del estomago esté elevado.
- El pH sanguíneo. Que facilita que la nicotina se difunda rápidamente en sangre y tejidos.
- Alta liposolubilidad, que hace que atraviese las membranas rápidamente, en especial la barrera hematoencefálica.
- Efecto reforzante positivo de la nicotina. Destacar el potente efecto estimulante a nivel de SNC, comparable al de la cocaína.
- Duración del efecto. Corto, aproximadamente la nicotina tiene 2 horas de vida media. Aunque las concentraciones plasmáticas de nicotina decaen rápidamente a los 5-10 minutos de haber fumado.
- Tolerancia, que lleva a un aumento del número de cigarrillos progresivo.

Como todos conocemos las drogas mas adictivas son aquellas que tienen, rápida absorción por lo que sus efectos se dejan sentir rápidamente a nivel de SNC, potentes, con vida media corta y rápida eliminación hacen que el contraste entre estar bajo sus efectos y notar su falta, sean rápidos, evidentes y molestos.

Cuando la OMS, la Surgeon General de American Psychiatric Association y otras instituciones de prestigio reconocieron, la nicotina como sustancia adictiva, cambió el enfoque terapéutico del tabaquismo, potenciándose estrategias farmacológicas específicas, como la terapia sustitutiva con nicotina.

Características del fármaco efectivo para el tratamiento del tabaquismo
Ayudar a cesar el uso de cigarrillos.
Reducir el efecto reforzador de la nicotina.
Atenuar los síntomas de la abstinencia somáticos y psicológicos.
Reducir el craving.
Reducir el riesgo de recaídas.

Modificado por Cryan et al. 2003

Fuente: Programa de Prevención de Tabaquismo en Profesionales Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. CEPS. Madrid, 1999.

## OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- RESTABLECER LAS CONDICIONES DE SALUD LO MAXIMO POSIBLE.
- LIBERAR AL ORGANISMO DE LA DEPENDENCIA PRODUCIDA POR LA NICOTINA
- DISMINUIR LOS SINTOMAS FISICOS Y PSIQUICOS DE LA ABSTINENCIA.
- EN EL ESPACIO DE TIEMPO MAS ADECUADO
- PROPORCIONAR UN TRATAMIENTO SEGURO Y HUMANIZADO.
- TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA CONDUCTA ADICTIVA.
- DIAGNOSTICAR Y TRATAR OTRAS PATOLOGIAS ASOCIADAS.
- FAVORECER RELACION TERAPEUTA-PACIENTE.

A continuación encontrará una tabla donde se describen los síntomas, el tiempo de duración y algunas recomendaciones para aliviarlos:

Síntoma	Causa	Duración	Alivio
Irritabilidad, ira y frustración	El cuerpo esta pidiendo nicotina	2-4 semanas	Salir a caminar, tomarse un baño ejercicios de relajación
Fatiga	La nicotina es un estimulante	2-4 semanas	Tome una siesta, no se esfuerce para nada, tómelo con calma
Insomnio	La nicotina afecta a la función de las ondas cerebrales	2-4 semanas	Evite tomar café despues de las 6 p.m. Realice técnicas de relajación
Tos Garganta seca Gotéo nasal	El organismo se está desaciendo del moco que obstruye vías aereas	Unos pocos días	Ingiera abundantes líquidos, tome pastillas para la garganta
Mareo	El cuerpo está recibiendo más oxígeno	1 a 2 días	Tome precauciones, realice cambios de posición lentamente
Ansiedad Inquietud	Por la falta de nicotina y el estres	De días a semanas	Maneje el estres Técnicas de relajación
Falta de concentración	El cuerpo necesita adaptarse a la falta de estímulo de la nicotina	Unas pocas semanas	Planee su carga de trabajo Evite situaciones de estres
Tirantez en el torax	Tensión en el cuerpo por la necesidad de nicotina	Unos pocos días	Utilice técnicas de relajación, respiraciones profundas, bañarse en agua tibia
Extreñimiento Gases y dolor estomacal	Los movimientos intestinales disminuyen por un breve periodo	1 a 2 semanas	Tome bastantes líquidos y dieta alta en fibra
Hambre y aumento del apetito	Los deseos de fumar se pueden confundir con hambre	Varias semanas	Tome agua o bebidas de pocas calorías, consuma alimentos dietéticos
Deseo o antojo por el cigarrillo	Por dependencia física o psicológica a la nicotina, una droga muy adictiva	De 2 a 4 días o hasta meses y años	Espera a que el deseo pase, dura unos pocos minutos, distraigalo, haga ejercicio, la dependencia psicológica en la que mas dura
Dolor de cabeza	Hay ahora en su organismo más oxígeno y menos monóxido de carbono	1 a 2 semanas	Tome agua y utilice técnicas de relajación

## Fármacos de primera línea utilizados en el tratamiento del tabaquismo.

### 10.1. TERAPIA SUSTITUTIVA CON NICOTINA (TSN)

Se define la TSN como la administración de nicotina a un fumador, por una vía distinta a la del consumo de un cigarrillo, en cantidad suficiente como para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia, pero insuficiente para crear dependencia.

La TSN se desarrollo en Suecia, los marineros destinados en los submarinos tomaban snus o tabaco sin humo (típico del país), ya que estaba prohibido fumar y se vio que estos snus, actuaban como un sustituto de la nicotina. Pero fue en suiza en el año 1978 cuando se consiguió presentarlo en forma de chicle.

CARACTERISTICAS DE LA T.S.N.	
<ul style="list-style-type: none"><li>• La administración se realiza por una vía distinta al consumo de cigarrillos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Chicle</li><li>• Parche</li><li>• Inhalador nasal</li><li>• Inhalador bucal</li><li>• Comprimidos</li><li>• Tabletas sublinguales</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• La cantidad de nicotina suministrada tiene que ser suficiente para evitar la aparición del síndrome de abstinencia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Un fumador tiene una concentración en Plasma de nicotina que oscila entre 10 y 40 ng/ml.</li><li>• Con cualquiera de las modalidades de TSN se consiguen nicotinemias superiores a los 5 ng/ml.</li><li>• Adaptar la dosis a cada paciente.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• La cantidad de nicotina administrada tiene que ser la adecuada para no producir una dependencia superior a la del cigarrillo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Con la TSN hay que conseguir niveles entre 5-15 ng/ml.</li><li>• La TSN los picos de nicotemia ni son tan altos ni tan rápidos como con el cigarrillo.</li><li>• Adaptar la dosis a cada paciente</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• La duración en el tiempo tiene que ser limitada. Pero no hay consenso en cuanto a su duración máxima.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Suficiente para conseguir la desintoxicación y deshabitación.</li><li>• Duración mínima no inferior a 8 semanas.</li><li>• Adaptar la duración a cada paciente de forma personalizada</li></ul>

Pautas terapéuticas con la TSN					
Determinaciones			Opciones terapéuticas		
NCD puntos	FTND pmm	CO	chicle	Parche 24 h.	Parche 16 h.
10-19	3	15	2mg 8-10 piezas/día 8-10 semanas	21 mg/4 semanas 14 mg/4 semanas	15 mg/4 semanas 10 mg/2-4 semanas
20-30	4-6	15-30	4 mg Cada 90 minutos Durante 12 semanas	21 mg/6 semanas 14 mg/4 semanas 7 mg/2 semanas	35 mg/6 semanas 15 mg/4 semanas 10 mg/2 semanas
30	7	30	4 mg Cada 60 minutos Durante 12 o más semanas	21 mg/6 semanas 14 mg/4 semanas 7 mg/2 semanas	35 mg/6 semanas 15 mg/4 semanas 10 mg/2 semanas
Terapia combinada: parche más : chicle o comprimido o spray nasal					
NCD: Numero de cigarrillos al día; TFND: Puntuación en el test de Fagerström; CO: Monóxido de carbono en el aire expirado.					

*Estas pautas de dosificación están recomendadas por la SEPAR y la SEDET.*

Todas las presentaciones de la TSN han demostrado ser eficaces (OR 1,73; 95% IC 1,62-1,85). La eficacia de la TSN es independiente de la intensidad de apoyo adicional que se le pueda proporcionar al fumador, aunque es beneficioso para aumentar la probabilidad de abandono, no es imprescindible para el éxito de la TSN (evidencia A)<sup>8</sup>. No hay evidencia científica para recomendar una u otra forma de presentación (evidencia B)<sup>6 y 7</sup>. Utilizar una u otra estará en función de: Por parte del paciente: las preferencias, necesidades (cantidad de dosis), coste del tratamiento, experiencias previas de uso de alguna presentación y contraindicaciones específicas. Por parte del médico: experiencia en el manejo y adecuación de la posología.

### 10.1.1. Chicle de nicotina

Es goma de mascar que contiene 2 ó 4 mg de nicotina unida a una resina de intercambio iónico, que posibilita la liberación lenta de la nicotina a medida que el chicle es masticado. Al masticar el chicle la resina se combina con los iones sodio y potasio de la saliva, se libera la nicotina y es absorbida por la mucosa orofaríngea, esta absorción se facilita gracias a un tampón que tiene el chicle, que hace que el pH de la saliva sea de 8,5. Tras su absorción pasa a la sangre y de aquí al SNC, aliviando el síndrome de abstinencia producido por la falta de nicotina. Es importante instruir al usuario en el uso adecuado del chicle, puesto que no se debe de masticar como un chicle normal (de forma continua), si se quiere obtener la máxima eficacia con el menor número de efectos indeseados.

El paciente cada vez que sienta deseos de fumar masticara un chicle de forma lenta hasta que sienta el sabor de la nicotina, cuando esta se libera en la cavidad bucal, en ese momento dejara de masticar hasta que se disipe el sabor fuerte de la boca, señal de que ya no queda nicotina al ser absorbida por la mucosa, en este momento iniciara otra vez el proceso de masticación. Este proceso se repetirá de forma cíclica hasta que se extraiga toda la nicotina que contiene la goma de mascar. El 90% de la nicotina se extrae de esta forma en un periodo que oscila entre 20 a 30 minutos de la forma de masticación anteriormente descrita, y los niveles de nicotemia entre 5 y 10 ng/ml a los 15-30 minutos de iniciar la masticación.

Hay que explicar también al fumador que fumando, la nicotina en cuestión de 7 segundos alcanzaba los receptores a nivel de SNC, pero que con el chicle esto se retrasa de 2 a 3 minutos, por tanto tardara un poco más en sentir el alivio del síndrome de abstinencia si toma chicles que si encendiese un cigarrillo.

La posología esta en función del grado de dependencia del fumador. Para una alta dependencia se recomiendan chicles de 4 mg y para una baja dependencia, chicles de 2 mg (ver tabla)

### 10.1.2. Parche de nicotina.

Los parches trasdérmicos de liberación de nicotina constan de tres capas: una adhesiva para pegar a la piel, otra intermedia que es donde se encuentra la nicotina y otra externa flexible que sirve de soporte y protección de todo el conjunto.

Los parches se pueden dividir en dos tipos según la duración en el tiempo de liberación de la nicotina en: 1º- parches de 24 horas. 2º - parches de 16 horas. A su vez estos dos tipos pueden tener tres cantidades de nicotina distintas, para adaptarse a la reducción progresiva que son: 21mg, 14 mg y 7 mg de nicotina, para los parches de 24 horas y de 15mg, 10mg y 5 mg para los parches de 16 horas.

La liberación de nicotina del parche es de aproximadamente 0,8-0,9 mg/h, por tanto se alcanzan niveles terapéuticos aceptables a las 2-4 horas de colocárselos, los niveles máximos se alcanzan a las 5-10 horas de aplicación. Este es un factor a tener en cuenta desde el punto de vista terapéutico y que hay que explicar a los usuarios para evitar abandonos. A las 2 horas de retirar el parche disminuye la nicotinemias.

Se considera que los niveles de nicotinemias aceptables para conseguir la abstinencia esta entre 10 y 30 microgramos/ ml. Como esta medida a nivel ambulatorio es poco práctico o imposible de medir, de forma práctica se adapta la cantidad de nicotina de los parches al número de cigarrillos que se fuma al día cada persona fumadora.

Las pautas de reducción recomendadas varían según los autores, aunque la mas aceptada es: empezar por las dosis máximas y mantener la terapia 4 semanas y cada 4 semanas ir reduciendo a la dosificación inferior (Ejemplo para un fumador de 20 cigarrillos/ día, las primeras 4 semanas utilizaría parches de 21 mg/ 24 h, las siguientes 4 semanas parches de 14mg/24 h y finalizaría con otras 4 semanas de parches de 7 mg/ 24 h). Este autor recomienda adaptar la dosis a la cantidad de cigarrillos que se fuman, por ello es frecuente asociar dos parches a la vez, y adaptar la pauta de reducción a cada paciente según evolucione desde semanalmente hasta cada 8 semanas si se viese oportuno. La regla de "cantidad generosa y el tiempo que sea necesario", la experiencia de la desintoxicación tiene que ser lo menos traumática y molesta posible para el/la paciente y permitirle que concentre su esfuerzo en superar y afrontar los aspectos Psíco-sociales de la dependencia.

La utilización de parches de 24 o de 16 horas ha demostrado tener igual eficacia. Pero el criterio mas aceptado es que si no existe contraindicación, utilizar el de 24 horas que evita el craving matutino y dejar el de 16 para los/las pacientes que presenten trastornos del sueño. Las ventajas del parche son su facilidad de uso, mejor cumplimiento terapéutico bajo poder adictivo

y escasos efectos adversos. Por todo esto se le considera como terapia de primera elección (8,16).

### **Normas de utilización de los parches**

- Se comenzara a usar el día fijado para dejar de fumar.
- Se cambiara diariamente, aproximadamente a la misma hora, después de la ducha.
- Se colocara en zonas de la piel sin vello, sana, seca, limpia , en una zona que no sude mucho ni tengan mucho roce (como brazos, hombros, espalda,..... ) (evitar las mamas y zonas con una gruesa capa de grasa)
- Ponerlo cada día en una zona distinta, para evitar la aparición de irritación cutánea.
- Si aparece irritación cutánea con picor y/o enrojecimiento en el lugar de aplicación, esta suele ser leve y desaparece espontáneamente en unos días. Pero si no fuese así póngalo en conocimiento de su medico ya que con la aplicación de una crema de corticoides desaparecerá.
- Este efecto irritativo producido por el adhesivo, disminuye si antes de pegarlo a la piel se deja airear un poco
- Se puede hacer deporte, sudar y ducharse con los parches
- Si se esta en tratamiento con parches no se debe de fumar, para evitar una posible intoxicación nicotínica.

#### **10.1.3. Comprimidos de nicotina.**

Existe una presentación en forma de comprimidos de 1 mg de nicotina que equivale a los chicles de 2mg. La ventaja de ésta presentación es que es un método rápido de obtención de nicotina en aquellos pacientes que por cualquier circunstancia no pueden utilizar la presentación en forma de chicles, como cuando existen problemas de la articulación temporo-mandibular, dentaduras postizas, en aquellas personas a las que por estética no les guste mascar chicle, etc. Cuando la persona paciente sienta deseos de fumar chupará lentamente el comprimido hasta sentir el sabor a nicotina, en ese momento suspenderá el acto de chupar hasta que desaparezca el sabor y repetir el proceso hasta finalizar el comprimido. De esta manera queda garantizada una absorción lenta de la nicotina y evitamos los efectos secundarios de una absorción rápida.

Los efectos adversos más frecuentes son: irritación de garganta, aumento de salivación, trastornos leves de digestión e hipo.

Esta contraindicada en: esofagitis activa, inflamación oral y faríngea. Se recomienda evitar el consumo previo de café, bebidas refrescantes o acidas, para evitar que disminuya la absorción.

#### **10.1.4. Spray de nicotina.**

Es un sistema de instilación de gotas por vía nasal, la nicotina liberada se absorbe por la mucosa de la nariz que está muy vascularizada por esto su absorción es casi tan rápida como la vía pulmonar. Con cada instilación se depositan 0,5 mg de nicotina por lo que una dosis está compuesta de una instilación en cada fosa nasal (un total de 1 mg). La persona paciente puede realizar tantas aplicaciones como desee, siempre y cuando no sobrepase la cantidad de 5 mg / hora o 40 mg al día. La duración del tratamiento recomendada es de 6 meses aconsejando la

reducción de forma gradual a partir del 3 mes. El spray está especialmente recomendado en aquellos pacientes que presentan una alta dependencia a la nicotina. En cuanto su eficacia es de una OR de 2,3 frente a placebo.

El principal inconveniente de ésta presentación es el riesgo de desarrollar dependencia mayor que con las otras modalidades de TSN.

### 10.1.5. Inhalador bucal de nicotina

Aún no está comercializado en España. Con este sistema se consiguen niveles de nicotina en sangre de forma rápida aunque menores y más tardíos que con el spray. Los metaanálisis realizados muestran una eficacia del doble frente a placebo.

Para personas fumadoras moderadas y de alta dependencia, con un alto componente de tipo manipulador- gestual, algunas personas profesionales recomiendan asociar una forma de liberación lenta de nicotina como es el parche, con otra forma de liberación rápida como son, chicle, comprimido y el spray de esta forma conseguiríamos índices de abstinencia mayores, sin que los efectos adversos aumenten.

La TSN en algunas situaciones especiales, puede generarnos la duda de si aportan más ventajas o inconvenientes

situación	Característica	TSN de elección
Embarazo	Antes de la 16-18 semana	Comprimidos o chicles
Lactancia	No coincidir con las tomas	Comprimidos o chicles
Hipertensión arterial	Ausencia de contraindicación si esta controlada	Parches
Diabetes mellitus	Ausencia de contraindicación si esta controlada	Cualquier forma de TSN
Dislipemias	Ausencia de contraindicación si esta controlada	Cualquier forma de TSN
Cardiopatía isquémica	Ausencia de contraindicación si esta controlada	Parches, chicles
Arritmias	Ausencia de contraindicación si esta controlada	Chicles, comprimidos
Úlcera gastroduodenal	Ausencia de contraindicación si esta controlada	Parches
Tratamientos farmacológicos	Ajustar dosis, por la inducción enzimática	Cualquier forma de TSN

Conviene tener en cuenta estas situaciones para informar a la persona paciente de los posibles riesgos, pero cuando hablamos de TSN a dosis equivalentes a las que el paciente se autoadministra, no estamos exponiendo al organismo a un agente nuevo, al que no está adaptado como es la nicotina y que puede modificar y agravar la respuesta del organismo, estamos hablando de cambiar nicotina por vía pulmonar a nicotina por otra vía de absorción, con la ventaja de que evitamos la exposición a más de 4.500 sustancias que acompañan a la nicotina del cigarrillo.

La TSN tiene escasos efectos adversos si se emplea de la forma y con la dosis correcta bajo control médico.

## Efectos adversos de la TSN

<b>Chicles</b>	
Locales	Inflamación de la mucosa oral Ulceras bucales Dolor de mandíbula Irritación de la garganta Mal sabor de boca
Gastrointestinal	Nauseas Hipo Epigastralgia Flatulencia
SNC	Cefalea Mareos Alteración del sueño
Cardiovasculares	Palpitaciones
<b>Comprimidos para chupar</b>	
Locales	Irritación de la garganta y mucosa oral
Gastrointestinales	Nauseas Hipo Epigastralgia Flatulencia
SNC	Cefalea Mareos
Cardiovasculares	Palpitaciones
<b>Parches transdérmicos</b>	
Gastrointestinales	Nauseas Hipo Epigastralgia
SNC	Alteraciones del sueño Insomnio Cefalea Mareos Parestesias Dificultad de concentración



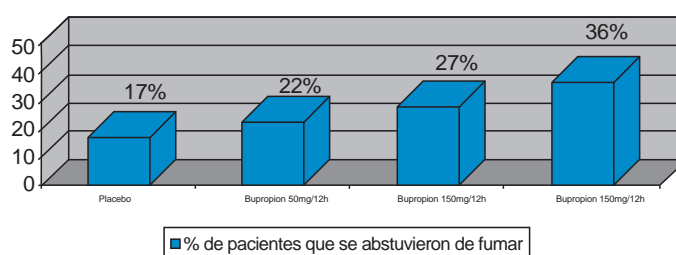
Cardiovasculares	Hipertensión Palpitaciones Taquicardia Dolor precordial Infarto de miocardio Angina de pecho Complicaciones cerebro vasculares
Otros	Tos, mialgias, artralgias, dismenorrea, sudoración
<b>Spray nasal</b>	
Locales	Riñera, irritación nasal y de garganta, estornudos, lagrimeo, epistaxis
Gastrointestinales	Dispepsia
SNC	Cefalea, insomnio

Contraindicaciones y precauciones	chicles	Comp. chupar	Parches	Spray Nasal
Hipersensibilidad a la nicotina o a cualquier componente de la formulación	C	C	C	C
No fumadores	C	C	C	C
Fumadores ocasionales	-	-	C	-
Embarazo	C	P1	C	C
Lactancia	C	P1	C	C
Enfermedades cardíacas graves	C2	-	-	C2
Infarto de miocardio reciente	-2	C	C	-2
Angina de pecho inestable	-2	C	C	-2
Insuficiencia cardíaca avanzada	-2	-	C	-2
Arritmias cardíacas graves	P	C	C	P
Accidente cerebrovascular reciente	-	C	C	-
Hipertensión arterial, infarto de miocardio, angina de pecho estable, insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular periférica, hipertiroidismo, diabetes mellitus, feocromocitoma	P	P	P	P
Insuficiencia hepática o renal grave Úlcera péptica	-	P	P	-
Trastornos en la articulación de la mandíbula	C	-	-	-
Esofagitis activa, inflamación oral y faríngea, gastritis	-	P	-	-
Enfermedades dermatológicas que puedan complicarse por la aplicación de los parches	-	-	C	-

## 10.2 OTROS TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS

### 10.2.1. Bupropión.

El hidrocloreuro de bupropión es un antidepresivo de segunda generación, su eficacia sobre la adicción a nicotina no se debe únicamente a la acción antidepresiva, su mecanismo de acción no se conoce totalmente. Tanto bupropión como su principal metabolito hidroxibupropión tienen complejas acciones a nivel del Sistema Nervioso Central (SNC) como un inhibidor selectivo de la recaptación de dopamina, noradrenalina y serotonina, aumentando su concentración a nivel de núcleo accumbens y locus coeruleus, también se comporta como un antagonista no competitivo del receptor nicotínico, ayudando de esta forma a aliviar el síndrome de abstinencia.



Efecto adverso		Bupropion retardado 100 a 300 mg/día (n=461) %	Placebo (n=150) %
Generales	Dolor cervical	2	<1
	Reacción alérgica	1	0
Cardiovasculares	Sofoco	1	0
	Hipertensión	1	<1
Digestivo	Sequedad de boca	11	5
	Aumento de apetito	2	<1
	Anorexia	1	<1
Musculoesquelético	Artralgia	4	3
	Mialgia	2	1
Sistema nervioso	Insomnio	31	21
	Inestabilidad	8	7
	Temblor	2	1
	somnolencia	2	1
	Dificultad concentración	1	0
Respiratorio	Bronquitis	2	0
Piel	Prurito	3	<1
	Erupción	3	<1
	Piel seca	2	0
	Urticaria	1	0
Órganos de los sentidos	Disgeusia	2	<1

## FACTORES A CONSIDERAR PARA PREVENIR LA APARICION DE CONVULSIONES POR BUPROPION

### DOSIFICACIÓN

- No exceder una dosis diaria de 300 mg dividida en dos tomas de 150 mg
- Iniciar el tratamiento con una dosis de 150 mg durante 6 días y aumentarla a 150 mg dos veces al día, el séptimo día

### SITUACIONES CLINICAS

- Historias previas de crisis convulsivas
- Traumatismo craneal
- Tumor cerebral
- Anorexia o bulimia

### FACTORES PERSONALES

- Consumo excesivo de alcohol
- Adicción a opiáceos
- Diabetes tratada con hipoglucemiantes orales o insulina
- Interrupción brusca de tratamiento con benzodiazepinas
- Uso de estimulantes o anorexígenos

### MEDICAMENTOS QUE DISMINUYEN EL UMBRAL CONVULSIVO

- Antipsicóticos, antidepresivos, antimaláricos, teofilina, tramadol, quinolonas, corticoides sistémicos, antihistamínicos con efecto sedante

## INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS POTENCIALES DEL BUPROPION

FÁRMACO/S	MECANISMO DE INTERACCION	EFECTO POSIBLE
Inductores de CYP2B6: Carbamazepina, fenobarbital, fenitoína	> Metabolismo del bupropión y posible acumulación del hidroxibupropión	> Toxicidad del hidroxibupropión
Inhibidores de CYP2B6	< Metabolismo del bupropión	> Toxicidad de bupropión
Inhibidores de CYP2D6; ritonavir, ácido valproico, fluoxetina	< Metabolismo del hidroxibupropión	> Toxicidad del hidroxibupropión
Sustratos de CYP2D6 • Antidepresivos tricíclicos (ej: imipramina, desipramina, nortriptilina) • Antidepresivos ISRS (ej: fluoxetina, paroxetina), venlafaxina • Betabloqueantes (ej: carvedilol, timolol, metoprolol) • Antiarrítmicos (ej: flecainida, mexiletina)	< Metabolismo de estos fármacos	> Toxicidad de estos fármacos

• Antipsicóticos (ej: risperidona, tioridazina, haloperidol, trazodona)		
FÁRMACOS QUE DISMINUYEN EL UMBRAL CONVULSIVO		
FÁRMACO/S	<UMBRAL CONVULSIVO	>RIESGO DE CONVULSIONES
Inhibidores de la MAO	Desconocido	> Toxicidad aguda de bupropión
Levodopa	Potencia efectos dopaminérgicos	> Efectos tóxicos de levodopa
Zolpidem	Desconocido	> Riesgo de alucinógenos por zolpidem
A: En estudio en dosis únicas no se observó efecto alguno B: administración contraindicada		

CONTRAINDICACIONES DEL BUPROPION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipersensibilidad al bupropión o a los excipientes de la formulación</li> <li>• Trastorno convulsivo actual o cualquier antecedente de convulsiones</li> <li>• Tumor del SNC</li> <li>• Pacientes en proceso de deshabitación alcohólica o de retirada de benzodiazepinas o fármacos análogos</li> <li>• Diagnóstico actual o previo de bulimia o anorexia nerviosa</li> <li>• Historia de trastorno bipolar</li> <li>• Cirrosis hepática grave</li> <li>• Tratamiento concomitante con inhibidores de la MAO</li> </ul>

### Compararon del grado de síndrome de abstinencia. TSN y Bupropion

Jorenby et al (1999) NEJM 340: 685-91

Jorenby et al, N Engl J Med 1999

#### 10.2.2. Vareniclina.

Fue aprobado por la FDA en el 2006 como fármaco no nicotínico de ayuda para el tratamiento del tabaquismo.

Su eficacia en el tabaquismo se debe al resultado de su actividad como: 1º agonista parcial de los receptores nicotínicos, 2º su acción como antagonista en presencia de la nicotina, pues al tener mayor afinidad por los receptores nicotínicos evita que la nicotina se una a ellos y los active.

Vareniclina se une de forma selectiva y con gran afinidad a los receptores nicotínicos de

acetilcolina  $\alpha_4\beta_2$  estimulándolo; por otra parte, con una acción antagonista, bloquea al receptor disminuyendo la recompensa asociada al consumo de tabaco. De esta manera al impedir que la nicotina se una a los receptores  $\alpha_4\beta_2$  y los active, de esta forma evita el aumento de concentración mesolímbica de dopamina inducida por la nicotina que es mucho mayor, que la liberación de dopamina inducida por vareniclina.

Tras la administración oral, la concentración máxima en plasma se produce a las 3-4 horas, no alterándose su biodisponibilidad por la ingesta o no de alimentos.

Vareniclina tiene un metabolismo hepático mínimo y una semivida de eliminación de 24 horas. Por esto en pacientes con insuficiencia hepática su farmacocinética apenas si se ve afectada, no haciendo falta ajustar de la dosis, y tampoco es necesario ajustes de dosis por las posibles interacciones con fármacos que tienen metabolismo hepático a través del citocromo P450. La eliminación es renal, en caso de insuficiencia renal leve o moderada no es necesario ajustar la dosis, pero si la insuficiencia renal es grave se recomienda disminuir la dosis total diaria en 0,5 mg.

Farmacocinética de la vareniclina	
Semivida aproximadamente de 24 horas	
Concentración máxima en 3-4 horas	
Estado estacionario alcanzado en 4 días	
Biodisponibilidad oral no afectada por los alimentos	
92% del fármaco se excreta inalterado	
No se inhiben las enzimas del citocromo P450	
Sin interacciones medicamentosas clínicamente significativas identificadas	
Sin restricción de dosis en pacientes con insuficiencia hepática	
Se requiere ajuste de dosis en la insuficiencia renal grave, y éste puede considerarse en insuficiencia renal moderada.	
No se requiere ajuste de dosis en pacientes ancianos que no presenten deterioro renal.	

En cuanto a la posología, la pauta de administración recomendada es de: 0,5 mg una vez al día durante los 3 primeros días, del 4º al 7º día se tomara 0,5 mg dos veces al día y del día 8º en adelante la dosis es de 1 mg dos veces al día. La duración del tratamiento recomendada es de 12 semanas aproximadamente, pero este periodo se puede ampliar y adaptar a cada caso en particular con la finalidad de aumentar las probabilidades de abstinencia a largo plazo, según criterio médico

Posología y forma de administración	
Días	Posología
Días 1º a 3º	0,5 mg una vez al día ( por la mañana)
Días 4º a 7º	0,5 mg dos veces al día ( mañana y noche)
día 8 - hasta fin de tratamiento	1 mg dos veces al día ( mañana y noche)

Los resultados en estudios a doble ciego frente a placebo, vareniclina ha demostrado ser 2-3 veces superior ( $p \leq 0,0001$ ).

Los efectos secundarios más importantes son: las náuseas en primer lugar, existiendo una relación directa en su aparición con la dosis administrada de vareniclina

<b>Efectos adversos surgidos con vareniclina</b>		
<b>Órgano-sistema</b>	<b>frecuencia</b>	<b>Efectos adversos</b>
Infecciones e infestaciones	Poco frecuentes	Bronquitis, nasofaringitis, sinusitis, infecciones fúngicas y virales,
Metabolismo y nutrición	Frecuentes	Aumento de apetito
	Poco frecuentes	Anorexia, disminución del apetito, polidipsia
Trastornos psiquiátricos	Muy frecuentes	Sueños anormales , insomnio
	Poco frecuentes	Reacciones de pánico, bradifrenia, pensamiento anormal, cambios de humor
Trastornos del sistema nervioso	Muy frecuentes	Dolor de cabeza
	Frecuentes	Somnolencia, mareos, disgeusia
	Poco frecuentes	Temblor, coordinación anormal, disartria, hipertonia, inquietud, disforia, hipoestesia, hipogeusia, letargo, aumento o disminución de la libido
Trastornos cardiacos	Poco frecuentes	Fibrilación auricular, palpitaciones
Trastornos oculares	Poco frecuentes	Escotoma, decoloración escleral, dolor ocular, midriasis, fotofobia, miopía, aumento de lagrimeo
Trastornos del oído y laberinto	Poco frecuentes	tinnitus
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Poco frecuentes	Disnea, tos, dolor faringolaríngeo, irritación de garganta, congestión del tracto respiratorio y de los senos, goteo postnatal, rinorrea, ronquido
Trastornos gastrointestinales	Muy frecuentes	Nauseas
	Frecuentes	Vómitos, estreñimiento, diarrea, distensión abdominal, molestias estomacales, dispepsia, flatulencia, sequedad bucal
	Poco frecuentes	Hematemesis, hematoquezia, gastritis, reflujo gastroesofágico, dolor abdominal, cambios en los hábitos intestinales, heces anormales, eructación, estomatitis aftosa, dolor gingival, lengua saburral
Trastornos de la piel y tejido subcutáneo	Poco frecuentes	Erupción cutánea generalizada, eritema, prurito, acné, hiperhidrosis, sudores nocturnos
Trastornos musculoesqueléticos y de tejido subcutáneo	Poco frecuentes	Rigidez de articulaciones, espasmos musculares, dolor de la pared torácica, costocondritis.
Trastornos renales y urinarios	Poco frecuentes	Glucosuria, nocturna, poliuria.
Trastornos de aparato reproductor y de la mama	Poco frecuentes	Menorragia, secreción vaginal, disfunción sexual.

Trastornos generales	Frecuentes	fatiga
	Poco frecuentes	Molestias de pecho, dolor de pecho, pirexia, sensación de frío, astenia, trastorno del ritmo del sueño circadiano, malestar, quiste.
Exploraciones complementarias	Poco frecuentes	Aumentote presión arterial, depresión segmento S-T, amplitud disminuida de la onda T, aumento de la frecuencia cardiaca, prueba anormal de la función hepática, recuento de plaquetas disminuido, aumento del peso corporal, semen anormal, proteína C reactiva aumentada, calcio en sangre disminuido.

Muy frecuentes  $\geq 1/10$ , frecuentes  $\geq 1/100$  a  $< 1/10$ ,

Poco frecuente  $\geq 1/1.000$  a  $< 1/100$ , raras  $\geq 1/10.000$  a  $< 1/1.000$

Tomado de la ficha técnica del producto.

### 10.2.3. Fármacos de segunda línea utilizados en el tratamiento del tabaquismo.

#### Estimulantes del sistema nervioso central:

Se ha utilizado por su acción liberalizadora de dopamina al igual que hace la nicotina y su capacidad para controlar la ganancia de peso. Los más utilizados son:

**La asociación efedrina-cafeína:** con resultados contradictorios según los distintos estudios realizados.

**Metilfenidato:** Estimulante utilizado en el síndrome de hiperactividad y en tratamientos de deshabituación a cocaína y otros estimulantes.

#### Terapia sobre receptores nicotínicos:

Su uso está basado en la teoría de que al bloquear los efectos reforzadores positivos de la nicotina, favorecería la deshabituación del tabaquismo, dentro de éste grupo se han utilizado fármacos tanto agonistas como antagonistas:

**Clonidina:** Agonista postsináptico alfa-adrenérgico. Su efecto sobre el sistema simpático ayuda a atenuar la actividad asociada a la abstinencia y la avidez. Reduce la actividad simpática del locus coeruleus asociado a las sensaciones de placer adictivo y a la privación del mismo. Las dosis son variables y los resultados también. Su utilidad ha sido aceptada, pero deben considerarse los efectos colaterales que inducen, particularmente la hipotensión arterial, sequedad de boca, sedación y mareos, depresión y estreñimiento.

Las dosis recomendadas es de 0,1 a 0,4mg/día durante 2-6 semanas. Es recomendable empezar el tratamiento 2 o 3 días antes del día previsto para el abandono del tabaco. En tres metaanálisis se demostró que la clonidina doblaba los porcentajes de abandono del tabaco encontrando una OR de 1,5 grado de evidencia A.

Es una alternativa eficaz para aquellos fumadores en los que está contraindicado los fármacos de primera línea.

**Citosina:** Es un alcaloide estimulante de los receptores nicotínicos.

**Lobelina:** Alcaloide natural obtenido de la Lobelia inflata (tabaco hindú). Sus propiedades farmacológicas son similares a las de la nicotina, pero al ser un agonista débil son menos potentes. Los estudios realizados hasta la fecha han aportado resultados poco favorecedores. Calman la ansiedad por la nicotina ayudando a la persona fumadora a dejar de desearla. Las dosis habituales son de 2 a 4 mg cada 8 horas cada diez días.

**Mecamilamina:** Es un bloqueador no competitivo de los receptores nicotínicos, centrales y periféricos, por lo que inhibe la liberación de dopamina reduciendo los síntomas y signos del refuerzo positivo producido por la nicotina. La dosis habitual es de 2,5 a 5 mg cada 12 horas. El tratamiento se suele empezar unas semanas antes del día del abandono y se continúa hasta seis semanas después. Los principales efectos adversos son: somnolencia, íleo, hipotensión ortostática y retención urinaria.

**Fenilpropanolamina:** Es un anorexígeno eficaz para evitar la ganancia de peso durante la deshabituación del tabaquismo.

**Naltrexona:** Es un agonista opiáceo que produce una liberación de noradrenalina por los receptores nicotínicos, además ocupa los receptores opiáceos disminuyendo de ésta forma la activación de la dopamina a nivel mesolímbico atenuando el ansia de fumar.

Otros fármacos antagonistas de los receptores nicotínicos utilizados son: naloxona, ACTH, análogos del 2 fluoruro-3descloroepibatidina, cimetidina cuya eficacia no está suficientemente demostrada.

Dentro de este grupo de fármacos estaría **vareniclina** que tiene un efecto agonista y antagonista competitivo sobre los receptores nicotínicos a nivel central, y que vimos anteriormente en el grupo de fármacos de primera línea de tratamiento.

### **Farmacoterapia de tipo sintomático para actuar sobre el síndrome de abstinencia nicotínico.**

Tratamiento encaminado a atenuar, eliminar o minimizar los síntomas del síndrome de abstinencia a la nicotina, son un amplio número de síntomas, que en cada paciente se presenta de forma particular y con mayor o menor intensidad respecto a otros, retrata pues de adaptarse a la sintomatología específica de cada persona, pudiéndose distinguir dos grupos de fármacos: unos encaminados a actuar sobre los síntomas desagradables del SAN (ansiolíticos) y otros sobre los cambios de humor (antidepresivos):

#### **Antidepresivos**

El uso de estos fármacos está basado en el hecho contrastado de que las personas fumadoras padecen más episodios de depresión que los no fumadores, de ello se deduce que los antidepresivos pueden ser útiles en el tratamiento de los fumadores que presentan o podrían presentar una sintomatología depresiva. Los más utilizados son:

- Bupropion: Mencionado y desarrollado anteriormente en el grupo de fármacos de primera línea.



- Nortriptilina: La posología utilizada es de 25 mg durante 3 días, 50 mg durante 4 días siguientes y 75 mg hasta finalizar el tratamiento que debe durar aproximadamente tres meses. La OR que se ha obtenido en distintos estudios es de 2,7 a 3,2.
- Imipramina: Antidepresivo tricíclico que actúa sobre los síntomas somáticos de la depresión. Su posología es de 25 mg / 8 horas durante dos meses.
- Doxepina: Antidepresivo tricíclico eficaz para controlar los síntomas del síndrome de abstinencia de nicotina y el craving del tabaco por sus propiedades ansiolíticas y antidepresivas. Su dosificación es de 50 mg/8 horas durante dos meses empezando dos-tres semanas antes del cese del abandono para dar tiempo a que ejerza su efecto.
- Fluoxetina, Sertralina y Paroxetina: Son Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, utilizándose tanto solos como complementos de la terapia sustitutiva de nicotina, encontrándose una OR de 0.88. No han demostrado ser especialmente eficaces en la deshabituación tabáquica.
- Moclobemida: Es un IMAO. Su uso se justifica en que a veces durante la fase de desintoxicación se produce un aumento de los niveles de mono-amino oxidasa (MAO). Puede ocasionar cuadros de depresión. La dosificación es de 400mg /día durante cinco, seis semanas, empezando una semana antes del abandono y terminando durante un mes más con 200 mg al día.
- Selegilina: IMAO-B presenta buenos resultados a largo plazo similares a la terapia sustitutiva con nicotina. La posología es de 10 mg / día durante tres semanas y continuando durante otras tres semanas con 5 mg/día.
- Lazabemida: IMAO-B cuya posología es de 200 mg/ día durante ocho semanas.
- Venlafaxina: Inhibidor de la recaptación de serotonina y NA. También inhibe débilmente la recaptación de dopamina. Posología 75 mg / día durante dos-tres meses.
- LY426965: Antagonista selectivo de la 5-hidroxitriptamina.
- BP807: Agonista parcial del D3R. Útil para reducir el refuerzo positivo motivacional de la nicotina.
- ST198: Antagonista parcial del D3R. Eficaz para reducir los efectos motivacionales de la nicotina.

### **Ansiolíticos**

Puesto que uno de los síntomas del SAN es la ansiedad y que el hecho de fumar a muchas personas les reduce la ansiedad justifican la utilización de éste grupo de fármacos. Los más utilizados son:

- Clorhidrato de buspirona: Ansiolítico no benzodiazepínico, agonista de los receptores dopaminérgicos D2 y capaz de bloquear la capacidad serotoninérgica en el sistema límbico.

Tiene bajo poder adictivo, escasos efectos secundarios. La posología es de 10 mg cada 8 horas empezando dos o tres semanas antes de la fecha prevista para el abandono del tabaco, continuando el tratamiento entre siete y diez semanas más. Recomendado a fumadores con alto grado de ansiedad.

- Diazepan: Benzodiacepina que presenta una OR de 1 en cuanto a su eficacia a la deshabituación tabáquica. El inconveniente es su potencial de generar dependencia.
- Alprazolam: Benzodiacepina con actividad específica en crisis de angustia, no está indicado actualmente por la dependencia física y psíquica que puede generar.
- Ritanserina: Ansiolítico que se encuentra en fase de estudio actualmente.
- Ondansetron: Antagonista de los receptores 5-HT3 con propiedades ansiolíticas.
- Betabloqueantes: Se han utilizado el propranolol, metropolol y oxprenolol por su efecto ansiolítico, pero sólo metropolol presentó abstinencias significativamente superiores frente a placebo.

#### **Antagonistas de los receptores cannabinoides:**

- Rimonabant: Es un antagonista de los receptores cannabinoides CB-1, es útil por bloquear las descargas de dopamina en el núcleo accumbens inducidas por la nicotina. Fármaco aún no comercializado en nuestro país que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la obesidad, dislipemias y abandono del tabaquismo. Estudios en fase III demuestran su eficacia ante la obesidad y ganancia de peso asociada a la abstinencia tabáquica.

#### **Inhibidores opioides:**

- Glicina-Glutamina: Inhibe los efectos reforzadores de la nicotina y disminuye el síndrome de abstinencia.

#### **Fármacos que actúan sobre la vía Gabaérgica:**

- Gabapentina: Aumenta los niveles de Gaba y Serotonina, disminuye la liberación de transmisores monoamínicos y mejora el sueño.

Otros fármacos utilizados son: Vigabatrin, Baclofen, MPEP...

#### **Estimulantes de las vías aéreas superiores:**

En la boca y en la garganta existen receptores que al ser estimulados por el humo del tabaco podrían contribuir al proceso de adicción, por esto se han utilizado diferentes sustancias que al ser inhaladas irritarían y estimularían a estos receptores y de ésta forma ayudar al cese tabáquico:

- Acido cítrico
- Acido ascórbico
- Extracto de pimienta negra

### Terapia aversiva:

se basa en provocar en el individuo sensaciones desagradables cuando a la vez consumen tabaco:

- Acetato de plata: Sustancia de uso local que, al entrar en contacto en la boca con el humo del tabaco, produce un sabor desagradable. Ha sido utilizado en diversos estudios con resultados muy variables y poca validación de los mismos. Su eficacia reside en la adhesión del paciente a su uso y requiere, además, de terapia de apoyo como medida de tratamiento. Comercializado en forma de chicle, píldoras y aerosol. Indicado para fumadores con baja dependencia a la nicotina.

### Terapia génica:

- Vacuna nicotínica-inmunoterapia nicotínica: Basada en la inducción de anticuerpos contra la nicotina. Para que el organismo reconozca como antígeno a la nicotina es necesario unirla a una proteína, este complejo por su mayor tamaño no puede pasar la barrera hematoencefálica y además estimula el sistema inmune generando anticuerpos contra dicho complejo.

### Características de la vacuna nicotínica

- Utilizan la nicotina conjugada. La unión de un Hapteno (nicotina) a distintos transportadores (proteínas).
  - Generan respuesta inmunológica frente a la nicotina.
  - Evitan el acceso al cerebro de la droga de abuso. Reteniéndose en sangre.
  - Disminuyendo la liberación de dopamina en el n. Accumbens,
  - Son bien toleradas y seguras independientemente de la vía de administración ( subcutánea, intranasal)
  - Disminuyen el acceso al cerebro de la nicotina entre un 38 - 65 % . Según los diversos estudios
  - Efecto inmunogénico tanto con dosis única como repetida
  - Utilidad:
    - Para facilitar la disminución del consumo antes del abandono completo.
    - Para facilitar la abstinencia.
    - para prevenir las recaídas.
    - Posiblemente útil y segura en embarazadas.
    - Prevención en infancia y adolescencia ¿?(controvertida)
- Inhibidores de la enzima CYP2A6: La nicotina se metaboliza fundamentalmente por el citocromo P 450 (CYP2A6). Esta es una enzima que presenta polimorfismo y se observa que las isoformas menos eficientes o más defectuosas se asocian con una menor probabilidad de volverse dependiente, así como con una menor toxicidad cancerígena del tabaco. Al impedir el metabolismo de la nicotina, se potencia su acción y se consigue que se fume menos. Esto ha llevado a postular que los inhibidores de este enzima podrían ser utilizados en el tratamiento del tabaquismo como un abordaje de reducción de daños. Los inhibidores de la CYP2A6 potenciarían la eficacia de las diversas modalidades de terapia sustitutiva.

## Cuadro resumen de fármacos para el tratamiento del tabaquismo

Farmacoterapia sobre el síndrome de abstinencia nicotínico		
Antidepresivos	Bupropión " PRIMERA LINEA" Nortriptilina (A. Tricíclico) Doxepina (A. Triciclito) Moclobemida (RIMA) Paroxetina (IRS) Fluoxetina (IRS) Venlafaxina (IRSN)	
Ansiolíticos	Benzodiazepinas Clorhidrato de buspirona Alprazolam Meprobamato Ondasepiron Ritanserina	
Antagonistas de los receptores cannabinoides	Rimonabant	
Terapia sobre receptores nicotínico		
<b>Agonistas:</b>	<b>Antagonistas o bloqueantes:</b>	<b>Agonistas y antagonistas:</b>
Terapia sust. Nicotina. (1ª LINEA) Lobelina Clonidina Citisina	Mecamilamina. Fenilpropanolamina. Naltrexona. H.Adrenocorticotropa (ACTH)	Tartrato de vareniclina (1ª LINEA)
Estimulantes de vías aéreas superiores		
Ácido cítrico Ácido ascórbico Extracto de pimienta negra		
Estimulantes del SNC		
Efedrina Cafeína Metilfenidato		
Terapia génica		
Inhibidores de la enzima CYP2A6 (Metoxaleno)	Inmunoterapia (vacuna)	
Terapia aversiva		
Chicle de acetato de plata		
Otros tratamientos		
Beta bloqueantes: Metoprolol, Oxprenolol, propanolol. Bicarbonato sódico D- fenfuramina Kinuretano Ritanserina Cimetidina Dextrosa oral Selegilina.		Topiramato. Oxcarbamecina.

Hay que informar a la persona usuaria que en determinadas situaciones, es muy importante plantearse dejar de fumar, como ocurre cuando:

- Se ingresa en un hospital. Pues aumenta la eficacia de los tratamientos y acorta el periodo de encamamiento y cicatrización de las heridas.
- Después de sufrir un infarto. Pues se reduce el riesgo de sufrir un nuevo infarto.
- Si tiene cáncer de pulmón o cualquier otro tipo de cáncer.
- Cuando esté embarazada, o su pareja esté embarazada.
- En la lactancia.
- Si se quiere poner un implante dental.
- Si es diabético, fumar empeora el pronóstico, puesto que aumenta el riesgo de sufrir un infarto, de que aparezcan lesiones cardiocirculatorias, la aparición de úlceras, hipertensión, impotencia.  
Cuando se toman algunos fármacos, por el poder inductor enzimático y disminución de su eficacia.
- Si se sigue un tratamiento de fertilización.
- Si no lo hace por usted, hágalo por sus hijas e hijos, si se es padre o madre responsable, tiene que saber que el riesgo de que sus hijos, sean fumadores en el futuro, es mayor que en hijas e hijos de progenitores no fumadores.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ayesta F j, Álvarez S, Benito B. Manual de Tabaquismo para Profesionales Sanitarios.2006.
- Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo, Majadahonda, Madrid: Ergón; 2006
- Becoña. E. Programa para dejar de fumar Junta de Andalucía. 1997.
- Becoña E, Ed Monografía Tabaco, Adicciones, Vol.16, suplemento 2, 2004.
- Becoña E, Ed. Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Madrid: Comité nacional para la Prevención del tabaquismo/ Barcelona, Glosa Ediciones; 1998.
- Bobes J., et al. Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias Ars Medica.2003.
- Córdoba R, Nerín I, Manual de Tabaquismo en Atención Primaria. GlaxoSmithKline, 2005.
- Fagerstöm KO. Effects of nicotine chewing gum and follow-up appointments in physicians based smoking cessation. Prevent Med.1984; 13: 517-27.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence. - Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services. Agency for Health Care Policy and Research. Publication nº 2000; 0032; June 2000
- Guía practica para la implantación de unidades de deshabituación tabáquica...GlaxoSmithKlein. 2004.
- Jiménez C.A., et al, Tratado de Tabaquismo, 2ª edición, Ergon 2007.

- Jiménez Ruiz C. et al. Manual practico de la terapia sustitutiva con nicotina en el tratamiento del tabaquismo
- NOVARTIS. 2002.
- Manejo del fumador en la clínica. OMC. Ars Medica.2001.
- Manual de intervención. En compañía. GlaxoSmithkline.2002.
- Martín Zurro AQ. Atención Primaria.Vol. I.2003.
- Martínez A. Manual de patología tabáquica. Ministerio de Sanidad y Consumo.1982.
- Raw M, McNeil A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals: A guide to effective Smoking cessation interventions for de hearlth care system. Thorax 1998; 52(part-1):S1-S19.
- Revisiones Cochrane en la biblioteca Cochrane Plus [http:// www.update-software.com/clibplus/ClipPlus.asp](http://www.update-software.com/clibplus/ClipPlus.asp)
- Ruiz Martínez M. Formación continuada en Medicina Familiar. Atención al individuo 2. Capitulo de drogodependencias. SAMFYC-SEMERGEN 2000.
- Sellers EM, Tyndale RF, Fernández LC. Decreasing smoking behavior and risk through CYP2A6 inhibition.
- Drug Discov Today. 2003; 8: 487-93.
- Silagy C, Mant D et al. Nicotine replacement Therapy for smoking cessation (Cochrane Review) en: The Cochrane library, nº 2, 2001.Oxford: Update Software.
- Stapleton JA. Prescription of transdermal nicotine patches for smoking cessation in general practice: evaluation of cost effectiveness. Lancet 1999; 354-215.

# 11 - TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

**Autora:**

**Victoria de Larriva Casares.**

Psicóloga CPD de Córdoba

*mvictoria.delariva@ipbscordoba.net*

**Autor:**

**Manuel Cárdenas Abad**

Psicólogo CCD Cinturon Agroindustrial

Andévalo. Huelva

*mcardenas@diphuelva.es*





Los factores psicológicos son componentes esenciales de la dependencia al tabaco. El uso repetido del tabaco asociado a múltiples circunstancias de la vida diaria, tanto placenteras, como estresantes, va estableciendo asociaciones tras un breve periodo de consumo, la persona fumadora aprende a establecer estas asociaciones de forma automática. El abandono del tabaco requiere, entre otras cuestiones o medidas, un proceso activo de reaprendizaje, de deshabitación, de aprender a vivir sin tabaco.

El hecho de abandonar el consumo regular de tabaco precisa de un cambio a nivel cognitivo, conductual y fisiológico.

Se considera que la conducta de fumar se establece a través de un proceso que transcurre por diversos estadios de cambio (Prochaska y Prochaska, 1993). Llegar a consolidar la conducta de fumar requiere un proceso que se desarrolla en dos fases: Adquisición y Consolidación.

De todo lo expuesto se desprende la importancia del tratamiento psicológico, es fundamental incluir dentro del tratamiento de deshabitación tabáquica técnicas de intervención psicológicas, no sólo para conseguir abandonar el hábito, sino también para permitir consolidar la abstinencia a largo plazo o lo que es lo mismo conseguir prevenir recaídas.

Las estrategias de intervención psicológicas son diversas y se encuadran dentro de diferentes y distintas corrientes psicológicas. La mayoría de las estrategias, sobre todo desde finales de los años sesenta, han surgido dentro de una corriente de la Psicología, la Modificación de Conducta, y son estas técnicas las que aparecen más efectivas en el proceso de abandono, existen más de 100 estudios prospectivos controlados que confirman la eficacia de la terapia conductual y que describen porcentajes de abandono de tabaco a los seis meses del 20 al 25%.

Actualmente podemos considerar el tratamiento de elección para las personas fumadoras el tratamiento psicológico o conductual, o bien la combinación de este con otro farmacológico.

## 11.1 MODALIDADES TERAPEUTICAS

Según Bayot, Capafons y Amigó, (1995), las técnicas psicológicas son las que han mostrado una mayor eficacia en el tratamiento del tabaquismo, las primeras técnicas que se emplearon fueron derivadas del condicionamiento clásico y del operante.

### 11.1.1. Técnicas aversivas.

El objetivo de estas técnicas es provocar la elicitación de respuestas condicionadas negativas ante estímulos tales como los cigarrillos, el sabor o la conducta de fumar en general por asociación con estímulos aversivos. Las más conocidas son las siguientes

### **Técnicas de fumar rápido.**

Se somete la persona a un programa de fumar cada 6 segundos, lo cual provoca que la nicotina se convierta en un estímulo que provoca malestar, ya que el sujeto vomita y se siente mal. Si estos ensayos se repiten, las variables contextuales y de fumar, se convierten en estímulos condicionados que provocan la respuesta emocional negativa condicionada. A su vez, a la persona le va indicando que se centre en los aspectos negativos de la experiencia.

Los mecanismos explicativos de la eficacia son la saciación, la repetición cognitiva de las experiencias displacenteras y la aversión condicionada al sabor. La aplicación de la técnica es difícil y conlleva riesgos para la de salud del paciente.

La eficacia de dicha técnica se sitúa en torno al 50% al año de tratamiento y del 100% al final del mismo (Becoña 1995; Lichtenstein y Glasgw, 1977).

### **Técnica de retener el humo.**

Diseñada por Kopel, Suckerman y Baksht (1.979), surge con la intención de poder ayudar a las personas que no podían o no querían utilizar la de fumar rápido. El fundamento es el mismo que el de la de fumar rápido sólo que los efectos desagradables se consiguen reteniendo el humo en la boca. Es menos aversivo y se ha usado dentro de programas multicomponente generalmente.

Mantiene unas tasas de abstinencias del 90.9%, 54.54% y 27.27%, al final a los 6 meses y al año de seguimiento respectivamente (Becoña y Guillán, 1988). Este estudio esta realizado en España y con la técnica dentro de un programa más amplio.

### **Saciación.**

Consiste en aumentar el consumo de cigarrillos hasta producir efectos fisiológicos indeseables.

#### **11.1.2. Técnica de Reducción Gradual (Becoña).**

Desarrollada por Foxx y Brown en 1.979, esta técnica se basa en que la dependencia del tabaco está mediatizada por la capacidad de la nicotina de producir síndrome de abstinencia. Por ello, si se consigue que el sujeto vaya reduciendo el nivel de nicotina en sangre, el síndrome de abstinencia irá desapareciendo y eso facilitará que la persona fumadora consiga dejar el hábito. Esto se hace, en su versión más original, a través de cambios de marca, reducción del número de cigarrillos, autoregistros y representación gráfica del consumo.

Está técnica, al principio lo que trataban de conseguir era que los sujetos dejaran de fumar pero sólo a través de la disminución de la nicotina, sin embargo esta estrategia hacía que el sujeto dejara de fumar sin haber aprendido estrategias de afrontamiento, ni de control estimular, con lo cual el sujeto era más vulnerable a la recaída.

Según Foxx y Axelroth (1.983), esta técnica tiene varias ventajas sobre las técnicas anteriores, como son que plantea la posibilidad de fumar menos o los que no consiguen la

abstinencia, alto grado de validez, es fácil de utilizar y altamente motivador debido al éxito seguro que va provocado en la persona fumadora, se puede realizar tanto en grupo como en individual, escasos efectos secundarios y por su eficacia es la técnica que más se está utilizando, sobre todo incluida en programas multicomponentes, donde parece que aumenta todavía más su eficacia.

Los niveles de eficacia son buenos, según Schwartz (1987) podemos establecerlos entre el 7% y el 46% al año de seguimiento. Este porcentaje puede aumentar si los programas incluyen técnicas de disociación del hábito (De La Llave, JM. Buceta y M.C. Pérez Llantada (1997).

### 11.1.3. Programas multicomponentes.

Además de estas técnicas hay muchas más que se han utilizado en el tratamiento del tabaquismo, como son los autoregistros, contratos de contingencias, hipnosis, control de estímulos, relajación, etc. Pero lo más característico de la evolución de los tratamientos para el tabaquismo ha sido la creación de programas que contengan varias opciones terapéuticas, con la idea de que eso aumentaba la eficacia de las intervenciones. De esa manera se han creado lo que se ha dado en llamar programas multicomponentes los cuales, y siguiendo la tendencia de complejidad antes apuntada, han ido incluyendo cada vez más técnicas, lo cual ha abierto en una línea de investigación cada vez más amplia, referente a la eficacia de intervenciones con programas cada vez más complejos .

Un estudio que apoya estas ideas es el de López Ríos, Gil-Róales Nieto y Teodoro Ayllón (2001), donde comparan dos programas multicomponentes, uno más simple y otro con más técnicas y más complejo, obteniendo un 31% y 30% de abstinencia a los 9 meses de tratamiento.

Los programas multicomponentes son intervenciones que incluyen técnicas diferentes, y cuya característica principal es la utilización de una técnica base, de reconocida eficacia en el ámbito científico, y a la cual se le añaden otras técnicas adicionales, que varían en número según los autores y objetivos del programa. El objetivo de las técnicas adicionales es aumentar la eficacia que la técnica de base tiene individualmente. “Así, desde que Hackett y Horan (1.977) acuñaran el término programa comprensivo, que finalmente ha derivado en el de “programa multicomponente, la sucesión de combinaciones posibles puesta en el mercado por los investigadores parece interminable” (López Ríos, 2001. pp-198-199).

Se ha llegado a afirmar que son la alternativa más eficaz de tratamiento, sin embargo los datos no son muy esclarecedores al respecto. La mayor parte de estudios coinciden en que la eficacia de estos programas, en los seguimientos superiores a 9 meses no sobrepasa el 30-40% ( Becoña y Gómez Durán, 1993; Becoña Vázquez, 1998; Hackett y Horan, 1979; ), además la gran cantidad de técnicas utilizadas y la desigualdad de los periodos de seguimiento impiden equiparar resultados de unos estudios a otros (López Ríos, Gil-Roales Nieto y Teodoro Ayllón, 2001)

Estos programas constan de tres fases: preparación para dejar de fumar, abandono de los cigarrillos y mantenimiento de la abstinencia.

Una primera fase de Preparación para el abandono, el objetivo principal en la fase de preparación es motivar a la persona fumadora y que adquiera el compromiso para dejar de fumar, revisar con el/la paciente los motivos o razones para dejar de fumar. En esta fase la persona fumadora tiene

que concienciarse y conocer lo más objetiva y exhaustivamente posible su conducta de fumar. Esto se puede conseguir registrando los cigarrillos que se fuma, y los antecedentes y consecuentes que siguen a esa conducta, en esta fase también se fija la fecha que el sujeto va a dejar de fumar, no debe de ser pasadas más de las dos o tres semanas después de haber empezado el tratamiento. Se trabaja con los sujetos diferentes estrategias facilitadoras de la abstinencia, técnicas de relajación, identificar estímulos que provocan la conducta de fumar, estrategias para manejo del deseo, técnicas de distracción cognitiva, técnicas de autocontrol, auto instrucciones, reducción el número de cigarrillo diario, promoción de conductas alternativas para favorecer el abandono del tabaco.

Continúa con el Abandono mismo del consumo, se consigue la abstinencia, se le insiste para que ponga en práctica las estrategias cognitivo-conductuales enseñadas durante las dos primeras semanas y a que tomen el tratamiento farmacológico los pacientes que este utilizando fármacos.

Para finalizar con una fase de Mantenimiento de la abstinencia o de prevención de recaídas, se entrena al sujeto en habilidades de afrontamiento, aprender a identificar y manejar situaciones de alto riesgo y afrontar adecuadamente las caídas (aprender de la caída), entrenamiento en respuestas de afrontamiento tanto cognitivas como conductuales, entrenamiento en cogniciones alternativas e insistir en estrategias de intervención en estilo de vida, romper con hábitos relacionados directamente con el tabaco de forma temporal y fomentar otros incompatibles con la conducta de fumar.

Mientras el tratamiento, durante el proceso de abandono en la persona fumadora va surgiendo diferente dudas sobre su autoeficacia para dejar de fumar, sobre su motivación, sobre la posibilidad de aumento de peso, todo esto debe de trabajarse en las sesiones de intervención, para de forma directa y concreta (con técnicas entrenadas..) se le de respuesta a todas los miedos y dudas que aparecen. De esta forma ayudamos al paciente a conseguir el objetivo final que es la abstinencia. En algunas ocasiones la consecución de la abstinencia es difícil o se cree que no es el momento, se le puede insistir al paciente en la consecución de cierto grado de autocontrol o de fumar controlado, para que fume menos cigarrillos, es menos peligroso y con la idea de un posterior intento de abandono total, es lo mismo que se hace con otras sustancias adictivas que son los programas de reducción del daño. Sin olvidar que nuestro objetivo final es el abandono pero puede ser incluir alguno intermedio.

## 11.2 EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES

### Eficacia de los tratamientos

Tipo de intervención	Eficacia OR (IC 95%)	Referencia
Manuales de autoayuda <ul style="list-style-type: none"> <li>• Materiales no personalizados</li> <li>• Materiales personalizados</li> </ul>	1.24 (1.07-1.45) 1.80 (1.46-2.23)	Lancaster y Stead (2003b) Lancaster y Stead (2003b)
Intervenciones mínimas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejo médico</li> <li>• Consejo de enfermería</li> <li>• Consejo telefónico (personal entrenado)</li> </ul>	1.69 (1.45-1.98) 1.50 (1.29-1.73) 1.56 (1.38-1.77)	Sylagy y Stead (2003) Rice y Stead (2003) Stead, Lancaster y Perera (2003)
Intervenciones psicológicas (multicomponentes) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia individual</li> <li>• Terapia grupal</li> <li>• Procedimientos aversivos</li> </ul>	1.62 (1.35-1.94)* 2.19 (1.42-3.37) 1.98 (1.36-2.90)	Lancaster y Stead (2003) Stead y Lancaster (2003) Hajek y Stead (2003)
Intervenciones farmacológicas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chicle de nicotina</li> <li>• Parche de nicotina</li> <li>• Spray nasal de nicotina</li> <li>• Inhalador de nicotina</li> <li>• Tabletas sublinguales de nicotina</li> <li>• Bupropión</li> <li>• Nortriptilina</li> <li>• Clonidina</li> </ul>	1.66 (1.52-1.81) 1.74 (1.57-1.93) 2.27 (1.61-3.20) 2.08 (1.43-3.04) 1.73 (1.07-2.80) 2.75 (1.98-3.81) 2.80 (1.81-4.32) 1.89 (1.30-2.74)	NICE (2002) NICE (2002) NICE (2002) NICE (2002) NICE (2002) NICE (2002) Hughes et al. (2003) Gourlay et al. (2003)

*Adaptado de Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III y Ministerio de Sanidad y Consumo (2003)*

\* La intervención psicológica individual tiene mayor eficacia cuando es más intensiva:  
 Tiempo de contacto: 91-300 minutos (OR=3.2); > 300 minutos (OR=2.8)  
 Número de sesiones: 4-8 sesiones (OR= 1.4); > 8 sesiones (OR=2.3)

El estudio más amplio realizado sobre la eficacia de los distintos procedimientos para dejar de fumar fue la que realizó Schwartz en 1.987, en Estados Unidos y Canadá, según este estudio los procedimientos más eficaces fueron los siguientes, indicándose entre paréntesis el porcentaje de ensayos con tasas de abstinencia superiores al 33% de abstinencia a los 12 meses de seguimiento; Programas multicomponentes (65%), Intervención médica con pacientes cardíacos(63%), Saciación más otros procedimientos 58%), Intervención médica con pacientes pulmonares (50%), Fumar rápido y otros procedimientos (50%), Reducción gradual de nicotina y alquitrán (44%), Prevención de factores de riesgo (43%), Programas de formato grupal (39%), Hipnosis (38) y Chicle de nicotina y tratamiento conductual(36%).

Lo más evidente del estudio es la superioridad de los programas multicomponentes sobre los demás abordajes especializados, y la superioridad de estos respecto a los no especializados.

Los distintos metaanálisis y revisiones de eficacia de los tratamientos pone de manifiesto que disponemos de técnicas eficaces para dejar de fumar, que las técnicas conductuales son las que obtienen mejores tasas de abstinencia, en los programas especializados se pueden obtener tasas de abstinencia de entre el 80 y el 100% según diferentes estudios, y que al año estas tasas bajan al 40-50%. Las técnicas que combinan estrategias conductuales con sustitutivos de nicotina presentan entre el 30 y el 40% de eficacia al año de seguimiento en personas fumadoras duras, definido así según el número de cigarrillos o del índice de dependencia fisiológica.

### **11.3.-UNA PROPUESTA DE PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN**

A continuación se muestra un Modelo de Intervención para dejar de fumar que se puede utilizar de forma individual o grupal, la aplicación de forma individual o grupal dependerá de las características de quien fuma. Este Modelo esta dentro de la Terapia Cognitivo-conductual multicomponente con Prevención de Recaídas para dejar de fumar.

En un principio para comenzar el tratamiento se informa del proceso terapéutico y se realiza una valoración de la motivación para el abandono del tabaco.

Es en esta fase donde se efectúa la Entrevista individual y la Evaluación. Se decide el tipo de intervención individual o grupal, la presencia de psicopatología grave, edad avanzada, negativa del paciente a tratamiento en grupo, discapacidad psíquica o física, son algunos indicadores que nos pueden guiar para decidir el tipo de intervención a realizar, en estos casos se recomienda trabajar de forma individual.

En el proceso de intervención es muy importante conocer hasta que punto la persona esta dispuesta a cambiar y cuales son los motivos que le llevan ha ese cambio. Conocer que estímulos están intrínsecamente asociados al habito, que aporta la conducta adictiva a la persona, que le aporta el fumar, lo utiliza como mecanismo de afrontamiento, control del estado de ánimo.... y que mecanismos alternativos puede tener el individuo.

#### **Programa Multicomponente. Becoña, 1987**

Preparación para dejar de fumar.

Técnicas para dejar de fumar, abandono de cigarrillos,

Técnicas para el mantenimiento de la abstinencia o de la prevención de recaídas.

#### **Características de una intervención tipo en grupo:**

7 sesiones.

1 sesión semanal de 1 hora y media de duración.

Sesiones de seguimiento a los 3 y 6 meses y al año de dejar de fumar.

Grupos de 10 a 15 personas.

**Fase de Preparación:**

## • Sesiones 1,2 y 3

- Movilizar la motivación y el compromiso para el abandono. Ej.: Razones para dejar de fumar, contrato terapéutico al inicio del tratamiento, información sobre el tabaco.
- Autoobservar. Aumento del conocimiento de la propia conducta, utilización de autorregistros y representaciones graficas.
- Establecer el día que se va a dejar de fumar dentro de las tres primeras semanas de tratamiento.
- Feedback fisiológico del consumo de cigarrillos, Cooximetria. Monóxido de Carbono en aire espirado.
- Entrenar al paciente en Técnicas de Automanejo y Autocontrol.
- Utilizar Autorregistros para identificar los estímulos internos y/o externos disparadores de la respuesta de fumar.
- Identificar posibles conductas alternativas a la conducta de fumar.
- Entrenar a la persona paciente en el manejo de estrés, entrenamiento en técnicas de respiración y/o ejercicios de relajación.

**Fase de Abandono:**

## • Sesiones 4 y 5

- Reducir de forma gradual la ingesta de nicotina y alquitrán.
- Firma del contrato terapéutico donde conste el día del abandono del hábito.
- Utilizar las posibles estrategias farmacológicas.

**Fase de Mantenimiento:**

## • Sesiones 6 y 7

- Entrenar en estrategias cognitivo-conductuales de afrontamiento ante los estímulos provocadores de la respuesta de fumar.
- Aprender a identificar y manejar situaciones de alto riesgo.
- Entrenar al sujeto para conocer y manejar los síntomas del Síndrome de Abstinencia.
- Facilitar el uso de la ayuda mutua entre quienes participan del grupo.

## 11.4.-ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Las principales causas de recaídas se dividen en tres grandes grupos

- El afrontamiento de estados emocionales negativos, como la frustración, ansiedad, tristeza.
- Por la presión social de consumo, por invitación directa o por los modelos más cercanos.
- Por la mejora del estado emocional positivo en situaciones de relación social, celebraciones, fiestas, encuentros.

Es importante llegado este punto recordar de nuevo que el abandono del hábito depende no sólo del grado de adicción, depende de los recursos que tenga la persona para enfrentarse a la adicción, de su estabilidad psicológica y de sus habilidades personales y el apoyo social con el que cuente para dejar de fumar.

La recaída según GRAÑA se define como cualquier retorno al comportamiento adictivo o al estilo de vida anterior, después de un periodo inicial de abstinencia.

El modelo cognitivo-conductual más integrador de la prevención de recaídas es el modelo de Marlatt (Modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon, 1985), según este modelo la recaída es un fallo en el autocontrol del sujeto. El marco teórico donde se basan para el estudio de este fenómeno de la recaída Marlatt y Gordon es en la teoría cognitivo-social de Bandura.

Ante determinadas situaciones algunas personas pueden fallar y hacer una valoración no adecuada del grado del riesgo de la situación y/o su capacidad para afrontar o no pueden desarrollar de la forma necesaria las habilidades precisas para su afrontamiento exitoso (Díaz Salabert).

La recaída se produce al exponerse el sujeto a una situación de riesgo, sin ser capaz de responder con las estrategias de afrontamiento pertinentes para garantizar el mantenimiento de la abstinencia

Para Marlatt y Gordon (1985), un sujeto en una situación de riesgo puede emitir una respuesta de afrontamiento adecuada, la probabilidad de recaída disminuye y percibe una mayor sensación de control que además se asocia con la expectativa positiva de superar la próxima situación de riesgo (situación tanto interna como externa), produciéndose en el sujeto un considerable aumento de la percepción de autoeficacia.

A medida que aumenta la duración de la abstinencia y el individuo puede afrontar eficazmente cada vez más situaciones de forma acumulativa la probabilidad de recaída disminuirá (Marlatt 93, Marlatt y Gordon, 85).



### 11.4.1. Estrategias de prevención de recaídas. Becoña.

#### Estrategias Cognitivas:

- Utilizar la Imaginación, por ejemplo asociar fumar con consecuencias aversivas.
- Entrenar en el cambio en la percepción de la situación.
- Entrenar en Autoinstrucciones.
- Localizar los pensamientos sabotadores de la abstinencia (“fantasía de control”, “por uno no pasa nada”), localizarlos y modificarlos por otros adaptados a la situación y que me ayuden a mantener la abstinencia.
- Reconocer las decisiones o minidecisiones aparentemente irrelevantes que me están acercando al consumo, localizarlas y actuar inmediatamente.
- Recordar algún desliz o recaída anterior con el objetivo de aprender y mejorar la autoeficacia en situaciones próximas o futuras.

#### Estrategias Comportamentales:

- Evitar situaciones de riesgo durante las primeras semanas principalmente.
- Utilizar el escape, cuando sea necesario y sobre todo durante las primeras semanas abandonar la situación de riesgo.
- Entrenar en técnicas de respiración y/o relajación.
- Fomentar el ejercicio físico.
- Entrenar en estrategias de resolución de problemas y entrenamiento en técnicas asertivas de rehusar cigarrillos, aprender a solicitar apoyo durante una crisis.

## 11.5. GUIA DE SESIONES

### Primera Sesión:

#### Objetivos:

Establecer una línea base. Autoobservar y autorregistrar.  
Evaluar la adicción o las características del consumo.

#### Desarrollo de la Sesión:

Presentación de los miembros.

Explicación del programa.

Explicación de los Autorregistros y cuestionarios de Evaluación.

Medición del Monóxido de Carbono en aire expirado.

Explicación básica sobre la adicción al tabaco, física y psicológica.

Alternativas de tratamientos farmacológicos para el abandono del tabaco.

#### **Material:**

Ficha de Admisión a tratamiento.

Cuestionario completo de tabaquismo.

Cuestionario Motivación Richmond, Fagestrom, Cuestionario sobre el Habito de Fumar,

Cuestionario Ansiedad Estado-Rasgo STAI.

Autorregistros. Línea base de consumo diario.

Material explicativo sobre que es la adicción al tabaco y que es la deshabituación.

Cooximetro.

#### **Segunda Sesión:**

##### **Objetivos:**

Autoobservar.

Registrar

Reducir el consumo.

Introducir el tratamiento farmacológico en los pacientes que se valore su conveniencia como estrategia facilitadora del abandono.

##### **Desarrollo de la sesión.**

Análisis de los autoregistros, análisis funcional de la conducta.

Resultados de los cuestionarios.

Dar instrucciones específicas de cómo reducir el consumo.

Posibilidad de tratamientos farmacológicos. Visita medica individual.

Entrenamiento en relajación y respiración diafragmática.

#### **Material:**

Autorregistros

Pautas de reducción del consumo. Control de estímulos, reducir cantidad-situaciones.

Elaboración individual de un listado sobre los motivos para el abandono.

Material de relajación.

#### **Tercera Sesión:**

##### **Objetivos:**

Autoobservar

Fecha de Abstinencia y cumplimiento de esta.

Tomar el tratamiento farmacológico en su caso.

**Desarrollo de la Sesión:**

Análisis de los autorregistros.

Discusión de la experiencias. Dificultades y estrategias.

Prácticas de respiración.

Explicación de técnicas cognitivo-conductuales para el manejo del deseo de fumar.

Fecha de abstinencia y cumplimiento de esta.

**Material:**

Autorregistros

Prácticas de respiración.

Beneficios para la salud del abandono del consumo de tabaco.

Técnica de parada de pensamiento y posterior entrenamiento en distracciones cognitivas y Entrenamiento en autoinstrucciones.

Pautas para el control de Síndrome de Abstinencia.

**Cuarta Sesión:**

**Objetivos:**

Conseguir y mantener la abstinencia

Administrar el tratamiento farmacológico, en su caso.

**Desarrollo de la sesión.**

Análisis de los autorregistros.

Dificultades encontradas, estrategias de utilidad.

**Material:**

Pautas para el control de síndrome de abstinencia.

Recodar estrategias cognitivo- conductuales para el manejo del deseo de consumo.

**Quinta Sesión:**

**Objetivos:**

Conseguir mantener la abstinencia.

Administrar el tratamiento farmacológico en el caso que el paciente lo tome.

Entrenar en Estrategias de prevención de recaídas.

**Desarrollo de la Sesión:**

Valoración de la situación actual. Consecuencias de la abstinencia.

Manejo de las situaciones.

Descripción de percepciones.

Peso.

**Material:**

Riesgo del aumento de peso después de dejar de fumar.

Estrategias para desarrollar un hábito adecuado de comer.

Listado de pensamientos sabotadores de la abstinencia, listado de distorsiones cognitivas sobre el tabaco.

**Sexta Sesión:****Objetivos:**

Mantener la abstinencia y prevenir la recaídas

**Desarrollo de la Sesión:**

Valoración y análisis se la situación actual.

Retroalimentación positiva. Intercambio de vivencias semanales.

**Material:**

Estrategias para consolidar la nueva conducta.

Estrategias de prevención de recaídas, cosas que se pueden pensar y hacer para protegerse.

**Séptima Sesión:****Objetivos:**

Mantener la abstinencia.

Prevenir recaídas.

Evaluación.

**Desarrollo de la Sesión:**

Valoración y análisis de la situación actual.

Respuestas para afrontar las situaciones problemáticas durante la abstinencia.

Medición del monóxido de carbono.

**Material:**

Estrategias alternativas ante los riesgos de fumar.

Cuestionario de evaluación.

**BIBLIOGRAFÍA**

- American Psychiatric Association (APA) (1995). DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Ayesta F j, Alvarez S, Benito B. Manual de Tabaquismo para Profesionales Sanitarios.2006.
- Becoña E, Guía Clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Socidrogalcohol, 2004

- Becoña Iglesias, E (coord). (1998). Libro blanco del tabaquismo en España. Barcelona. Glosa Ediciones.
- Becoña Iglesias E, (coord.) Monografía Tabaco, Adicciones Vol.16, suplemento 2
- Becoña, E; Programa para dejar de fumar. *Junta de Andalucía*. 1997.
- Becoña Iglesias, *Tabaco Prevención y Tratamiento*. Editorial Pirámide.2006
- Becoña E, Vazquez FL, *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson;1998
- Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo*, Majadahonda, Madrid: Ergón; 2006
- *Comisionado para las Drogodependencias (2003)*. Catálogo de servicios asistenciales de los centros de Tratamiento Ambulatorio de Andalucía. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía.
- Córdoba García, R; Nerín de la Puerta, I, Manual de Tabaquismo en Atención Primaria. GlaxoSmithKline.
- Echeburúa E. y Corral P. (1987). Escala de expectativas de cambio. En Graña (ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid. Síntesis.
- Echeburúa, E. (1994). *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Madrid: Fundación Universidad y Empresa
- EDIS (2003). *Los jóvenes andaluces ante las drogas y las adicciones 2002*. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía.
- Fernández, J. (1996). *Varones y mujeres. Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género*. Madrid: Pirámide.
- Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Guía practica para la implantación de unidades de deshabitación tabáquica... *GlaxoSmithKlein*. 2004.
- Jiménez Ruiz Carlos; Fagerström Karl Olov. *Tratado de Tabaquismo*. Pfizer.2007
- Labrador, F. J., Vallejo, M. A., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A., y Fernández-Montalvo, F. (2000).
- *Eficacia de los tratamientos Psicológicos*. Documento de la Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud. [www.sepcys.org/Doc/DocumentoEficaciaTratamientos](http://www.sepcys.org/Doc/DocumentoEficaciaTratamientos).
- Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- *IX Los Andaluces ante las Drogas, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía*.
- *Manejo del fumador en la clínica*. OMC. *Ars Medica*.2001.
- *Manual de intervención. En compañía*. GlaxoSmithkline.2002.
- Millar, W.R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- OMC; Ministerio de Sanidad y Consumo. *Guía de Buenas Prácticas Clínicas en Abordaje de Tabaquismo*. 2006
- O.M.S. (1992). CIE-10. *trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: meditor
- Pardell H, Jané M, Sánchez Nicolay I, Villalbí JR, Saltó E. Manejo del Fumador en la Clínica, recomendaciones para el Médico Español, *Ars Médica*. Barcelona 2001.
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (Comps.) (2003).
- *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid: Pirámide.
- *Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010, Consejería de Salud. Junta de Andalucía*
- *Primer Encuentro Iberomexicano sobre Tabaquismo, Universidad de Las Palmas de Gran Canarias. Pfizer..*



## 12 - POBLACIONES ESPECIALES

**Autora:**

**Victoria de Larriva Casares.**

Psicóloga CPD de Córdoba

*mvictoria.delariva@ipbscordoba.net*

**Autor:**

**Francisco Herrera Benítez**

Médico CTA de Linares. Jaén

*franhebe@telefonica.net*





## 12.1. TABACO Y JUVENTUD

Al trabajar con personas jóvenes nos encontramos con una población con unas características determinadas, esto nos obliga a adaptar el continente y el contenido de nuestra intervención. 1/3 de la adolescencia que inician el contacto con el tabaco desarrollan una escalada rápida en su consumo.

En la adolescencia junto a los problemas relacionados con el consumo de tabaco puede haber otros que exijan una intervención paralela, problemas propios de la etapa evolutiva, estrategias para superar el estrés, problemas emocionales... que hacen más compleja la intervención.

El comienzo, o el primer contacto suele ser entorno a los 13 años, pero existe un primer contacto incluso antes alrededor de los 11 años. La realidad es que sigue aumentando el inicio de personas fumadoras y además cada vez se inician más mujeres jóvenes que hombres jóvenes.

Cuando una adolescente o un adolescente, decide dejar de fumar, no siempre pide ayuda, incluso cuando se trabaja con personas jóvenes con programas preventivos nos encontramos que ya hay grupos que están fumando, el tránsito de persona fumadora a no y viceversa es muy fluido, es por ello recomendable ofertar programas preventivos que incluyan dentro del programa terapia de deshabituación adaptada a esta población, como técnicos no podemos cometer el gran error de intentar trabajar de la misma forma que con los adultos, ofertar la posibilidad de que puedan iniciar un programa para dejar de fumar, en su mismo instituto y en hora lectiva.

Los intentos que se han hecho en programas para jóvenes cuando han funcionado ha sido cuando se ha trabajado dentro del horario escolar.

Como factor asociado al abandono esta la toma de conciencia de los problemas que el tabaco le causa o le puede causar a su salud, este motivo es muy importante en la población adulta menos en la adolescencia, la juventud se motiva más por la mejoría física inmediata que obtiene tras abandonar el hábito.

En la adolescencia la etapa de preparación para el abandono es muy importante, dado que su nivel de dependencia esta poco consolidado, se decide si abandono progresivo o brusco y se trabaja a nivel psicológico las estrategias de afrontamiento y manejo del deseo de fumar, estrategias cognitivo-conductuales y en la fase de mantenimiento las estrategias de prevención de la recaída.

La prevalencia de antecedentes de alteraciones psicopatológicas es el doble entre las adolescentes y los adolescentes fumadores que entre quienes no fumadores. Asimismo se ha demostrado la asociación entre los trastornos del comportamiento y tabaquismo y del trastorno por déficit de atención e inicio del hábito. La experiencia de relajación con la inhalación del primer cigarrillo es un fuerte predictor de la aparición de síntomas de dependencia a la nicotina.

A partir de los 14 años el hábito de fumar diariamente se consolida y va adquiriendo magnitudes importantes en la adolescencia, a los 15 años el 16.6% de los chicos y el 23.2% de las chicas fuman a diario, las chicas adolescentes fuman más que los chicos.

El grupo de edad de 16 a 24 años alcanza una prevalencia de personas fumadoras diarias del 40.1%.

El 63% de quienes están escolarizados entre 12-13 años que fumaban (por lo menos mensualmente) tienen 1 o más síntomas de dependencia a la nicotina.

Ante esta realidad es necesario adaptar los tratamientos en la adolescencia, actualmente se están llevando a cabo varias experiencias de tratamiento con adolescentes, desde los programas de intervención presenciales multicomponentes adaptados, hasta programas en red, programas en Internet adaptados a la población joven, y una combinación de ambos. El programa de ¡A no fumar me apunto! De la Consejería de Salud incluye estrategias de prevención y un programa propio de abandono indicado para la juventud.

## 12.2. MUJER Y TABACO

El Tabaquismo en las mujeres es difícil de entender sin incorporar la perspectiva de género. El concepto de género es una construcción cultural, en el que interviene el contexto social del momento.

El Tabaquismo entre las mujeres representa un problema de Salud Pública muy importante tanto por el número de muertes evitables que produce como por el incremento de su prevalencia. De seguir las tendencias actuales el tabaquismo va a ser un factor de riesgo predominantemente femenino, contrariamente de lo que ha sido hasta ahora donde el factor de riesgo estaba asociado al ser humano.

Actualmente el factor de riesgo está asociado al hombre porque lleva más tiempo fumando, empezó antes, la mujer en general se ha ido incorporando más tarde y por lo tanto la media de años fumando en el grupo mujeres es menor, con el resultado de menor patología asociada al grupo mujer en estos años de atrás, pero esta tendencia está cambiando porque ahora comienzan a fumar más mujeres que hombres en el mundo desarrollado y en los últimos años ha habido un aumento llamativo de mujeres fumadoras y abandonan más el hábito tabaquismo los hombres que las mujeres, a pesar de haber una mayor demanda de tratamiento en nuestros centros de mujeres.

Ante esta situación por un lado comienzan a fumar mayor número de mujeres y abandonan menos mujeres que hombres, nos puede hacer pensar que en la sociedad occidental el consumo y la dependencia va a ser predominantemente femenina. Ante esta futura realidad se deduce la importancia de la perspectiva de género en el acercamiento al tema.

Aunque el tabaco afecta de forma similar a hombres y mujeres, en ambos sexos es igual de tóxico y de adictivo, pero las diversas razones por las que se fuma y la importancia de estas en el mantenimiento de la conducta adictiva no tiene que ser similar en los dos grupos.

Cuando trabajamos con adicciones, el componente conductual es muy importante, es donde más diferencias encontramos entre mujeres y hombres, diferencias ya sea por el componente

genético, hormonal o ambiental y/ o cultural.

Cuando hablamos de tabaco y mujer debemos de distinguir dos fases en el desarrollo de la dependencia, igual que para los varones, es cierto que habrá muchos determinantes comunes pero existen diferencias.

En una primera fase de adquisición de la conducta de fumar, la mujer comienza a fumar cuando es joven por razones generalmente comunes a los jóvenes varones fumadores, rebeldía contra los padres, por modelos, por parecer mayor, por búsqueda de seguridad, por ser aceptado por su grupo de referencia o sus iguales.

En una segunda fase de Mantenimiento de la conducta de fumar hay dos factores muy importantes en la mujer que inciden en el mantenimiento del hábito tabaquico. La asociación con estados de ánimo negativos, el cigarrillo funciona como refuerzo negativo, me encuentro nerviosa, triste, cansada y fumo para salir de esas situaciones, para la mujer tiene mucha importancia el componente sedativo.

El segundo componente es el peso corporal, el tabaco se utiliza para mantener el peso, existe la idea de que fumar adelgaza y ayuda al mantenimiento de peso y si se abandona el hábito se engorda automáticamente.

A pesar de que el tabaco no es ansiolítico, todo lo contrario es ansiogénico, hay muy pocos datos que demuestren el poder ansiolítico de la nicotina, pero es cierto que la mujer lo utiliza como tranquilizante, sea para disminuir la sintomatología leve de abstinencia que aparece entre cigarrillos o por mecanismos de condicionamiento, asociaciones que hacen que aparezcan la respuesta de fumar en situaciones de ansiedad, de estrés o tristeza.

En relación con el segundo factor, el peso corporal, se debe trabajar con los pacientes, es cierto que puede haber un ligero aumento de peso, pero ni aparece en todas las personas y suele ser de 2-4 kilos de media, hay varios factores que inciden en la aparición, quienes fuman al abandonar el hábito tienden a volver a su peso real.

A la hora de trabajar con la mujer y deshabituación tabáquica, es importante tener en cuenta estos dos factores, peso y estados de ánimo. Valorar la importancia del peso corporal que tiene la mujer, hasta que punto el tabaco se esta usando para controlar el apetito, trabajar la posibilidad de incrementar el ejercicio, no solo para impedir el aumento de peso, también como facilitador en el periodo de deshabituación.

De igual importancia es el estado de ánimo de partida y durante el programa de deshabituación, durante la preparación, el abandono y el mantenimiento. Es importante conocer el histórico de la mujer, con que miembros contamos para empezar a trabajar, variables a tener en cuenta por la importancia en el tratamiento.

Por todo lo expuesto es necesario hacer programa adaptados a la mujer, que sean sensibles a estos factores y se tengan muy en cuenta a la hora de la intervención.

Es importante en la fase de evaluación de la conducta trabajar con cuestionarios sensibles

a estos aspectos. Evaluar de la forma más precisa el estado de ánimo de la mujer, aparece una alta asociación entre estados de ánimo negativos (tristeza, soledad, ansiedad...) y la conducta de fumar.

Fumo para evitar sentirme mal o porque me siento mal emocionalmente. Trabajar estrategias de afrontamiento cognitivo- conductuales específicas es fundamental en estos casos para un éxito posterior.

### **12.3. TABACO Y EMBARAZADAS**

En 1995 de cuatro millones de mujeres que dieron a luz en 1992, datos según National Pregnancy and Health Survey, más del 20 %, unas 820.000 embarazadas informaron haber fumado en algún momento del embarazo, convirtiendo a la nicotina en una de las sustancias de más abuso durante la gestación.

Pese a los problemas que causa el tabaco el recién nacido como son disminución en el aporte sanguíneo por la vasoconstricción que la nicotina ejerce sobre el útero, y la inhalación de monóxido de carbono que disminuye el aporte de oxígeno al feto, sólo un 18 % de las madres fueron capaces de renunciar al tabaco.

En un estudio publicado en Journal of Nurse and Midwifery, que el hábito de fumar está implicado en un 25 % de los bajos pesos en el recién nacido y aproximadamente en un 10% de las muertes.

Hay que conocer que por la acción de la nicotina se produce una liberación de hormonas como la adrenocorticotropa, la prolactina, la vasopresina y la hormona del crecimiento. La reacción de porque se produce esto no es muy conocida, pero se cree que es por la estimulación de los quimiorreceptores del cuerpo carotídeo.

En el embarazo la nicotina estimula determinados sistemas y puede llegar a cualquier área, por eso al atravesar la barrera placentaria de la mujer embarazada y llegar directamente al líquido amniótico y por el cordón umbilical al feto, por esto cuando una mujer fuma su hijo neonato también fuma. Así no hay que extrañarse que el recién nacido sea de bajo peso en caso de madres fumadoras. Los bebés prematuros y con bajo peso al nacer tienen mayores riesgos de sufrir problemas graves de salud durante los primeros meses de vida, incapacidades permanentes (como parálisis cerebral, retraso mental y problemas de aprendizaje) e incluso la muerte. No olvidar que en el puerperio la nicotina también se encuentra en la leche que toma el lactante, por eso si fuma también le da nicotina al recién nacido.

La mayoría de las mujeres intentan dejar de fumar durante el embarazo, por lo que es necesario aportarles medios y educación para dejar de fumar, es donde debemos de actuar para aumentar en lo posible el número de mujeres que dejan de fumar durante el embarazo, informándoles y facilitándoles los medios, para dejarlo

Es un hecho que las mujeres embarazadas, o no confiesan o minimizan la cantidad de tabaco que consumen.

La embarazada que confiese que es fumadora debemos considerarla como un embarazo de alto riesgo obstétrico.

El tabaco disminuye el aporte de oxígeno a los tejidos, produce bajos niveles de vitamina B12 y C (por ello son más frecuentes las malformaciones en hijos de madres fumadoras), libera oxitocina (la hormona que induce el parto) y por el efecto antidiurético de la nicotina se retienen líquidos y se produce un aumento de la presión arterial. La placenta se hace más grande para recibir más oxígeno, con el riesgo de poder desprenderse antes de tiempo, o de colocarse mal. El feto se defiende de esto consumiendo menos oxígeno y menos alimento resultando más pequeño de lo normal.

Además las madres que fuman y luego tienen hijos con bajo peso se sienten terriblemente culpables y acaban deprimidas. Las consecuencias psicológicas de dejar de fumar son fundamentalmente para la madre, no para el feto.

Las hijas o los hijos de madres fumadoras presentan un riesgo mucho mayor de sufrir problemas en las vías respiratorias, asma y daño inmunológico que las niñas y los niños de madres no fumadoras.

Es importante que el entorno fumador de las embarazadas entienda este problema y colabore en evitar la exposición al humo, pero la mujer embarazada debe de evitar estos ambientes y exigir que en su presencia se respete su derecho a la salud y el de su futuro hijo.

En nuestra sociedad aproximadamente el 10-15% de las parejas sufren problemas de infertilidad. Ciertos factores como la vida acelerada, el estrés, la mala alimentación, un problema emocional y el tabaco, influyen de manera directa en la fertilidad de los hombres.

Complicaciones de fumar durante el embarazo
<b>Partos prematuros.</b>
<b>Embarazo ectópico</b>
Mala inserción, desprendimiento e insuficiencia placentaria.
<b>Hemorragia vaginal.</b>
<b>Pérdida del embarazo / aborto.</b>
Niñas y niños de bajo peso al nacer.
Problemas respiratorios para la niña o niño.
Alteraciones del sistema inmunológico de la niña o niño
<b>Muerte súbita</b> durante el primer año de vida del bebé.
<b>Várices durante el embarazo.</b>
Alteraciones emocionales en la madre.

La terapia sustitutiva de nicotina se puede utilizar en las mujeres lactantes, puesto que las cantidades que se eliminan por la leche materna son mínimas y le ofrecen al bebé un espacio libre de humo. El ideal sería el chicle y procurar alejarlo lo máximo posible del momento de la toma.

## 12.4. TABACO Y ANCIANOS

El Abandono del hábito del consumo de cigarrillos es beneficioso a cualquier edad, según la SEGG (Sociedad Española de Geriátría y Gerontología) se aprecia un aumento significativo en la esperanza de vida en las personas mayores que dejan de fumar.

Hay que recordar que las personas ancianas son especialmente sensibles a los efectos nocivos de tabaco, debido a las características del propio proceso de envejecimiento y que las enfermedades provocadas por el consumo de tabaco también son las más frecuentes en esta etapa de la vida (cáncer de pulmón, EPOC, cardiopatía isquémica y enfermedad cardiovascular) por lo que los ancianos fumadores tienen mayor probabilidad de padecer este tipo de patologías, o sufrir reagudizaciones de las ya existentes.

Los beneficios específicos del abandono son:

- Evitar y/o reducir el riesgo de enfermedades respiratoria como bronquitis, asma, cardiopatías, infarto y como no el cáncer de pulmón.
- Quizás el beneficio mayor sea el de estabilizar enfermedades ya establecidas como diabetes, insuficiencia venosa y EPOC.
- Poder desarrollar un vida autónoma y sin restricciones físicas prolongando la vida; este es el pilar fundamental a la hora de plantear el que la persona mayor deje de fumar, pues cuando se le plantea la posibilidad de abandonar el hábito la resistencia que nos encontramos es que y es demasiado tarde y no le va reportar beneficios el abandono del tabaco.

Debido a las numerosas visitas que realizan las personas mayores a los distintos servicios sanitarios es importante no descuidar el abordaje de esta adicción en cualquiera de las visitas realizadas preguntando sobre el hábito tabáquico y recordando la relación entre su consumo y las patologías, así como la mejora que se puede obtener del cese en su consumo o de la reducción.

Estudios recientes publicados en "British Medical Journal" relacionan el consumo de tabaco con degeneración macular( enfermedad que afecta a una zona de la retina denominada mácula, zona donde se acumulan gran cantidad de receptores visuales, por lo que pequeñas lesiones de esta zona pueden producir grandes pérdidas en la visión, sobre todo de la zona central de las imágenes por lo que los sujetos son incapaces de ver el centro de las imágenes : ceguera central), observándose que los ancianos consumidores de tabaco tenían un probabilidad de padecer ceguera algo más del doble que aquellos que no tenían este hábito, los exfumadores tenían mas probabilidad que la población no fumadora pero no llegaban a las cifras de los fumadores. Los fumadores que habían abandonado el consumo de cigarrillos 20 años antes se igualaba a la población no fumadora.

Debido a que la degeneración macular no tiene tratamiento en la actualidad la lucha contra el hábito de fumar está entre las pocas intervenciones que se pueden realizar para prevenir el desarrollo de este tipo de ceguera.

Estudios realizados sobre la función cognitiva de un grupo de 9.209 hombres y mujeres sin demencia demuestran que los que nunca habían fumado presentaron un deterioro de 0,03 puntos por año. Este descenso llega a los 0,16 puntos en los fumadores (cinco veces superior).

Las personas pacientes exfumadoras presentaban un deterioro cognitivo bastante menor que los fumadores con una puntuación de 0,06, tan sólo el doble de los que nunca han fumado pero sensiblemente inferior a la población fumadora.

La explicación de este fenómeno podría estar relacionado con el padecimiento de pequeños infartos silentes en el cerebro provocados por la arteriosclerosis e hipertensión, patologías directamente relacionadas con el consumo de tabaco.

El estudio realizado por Jorge Cerdilla, profesor asociado de Psiquiatría en el Kinngs College de Londres y del hospital San Antonio Abad de Vilanova i la Geltrú de Barcelona, entre 1985 y 1990 se demuestra que en personas mayores de 65 años, independientemente del sexo el riesgo de padecer depresión se multiplica por dos.

## 12.5. TABACO Y OTRAS ADICCIONES

Desde la creación del primer plan nacional sobre drogodependencias, donde el consumo de heroína centraba la gran mayoría de los recursos dedicados a la prevención, tratamiento y reinserción de los pacientes, el alcohol y otras sustancias adictivas han ido tomando relevancia dentro de los planes de actuación.

Así en la actualidad y desde la aprobación de la Estrategia Nacional sobre Drogas recogida en el Real Decreto 17-12-1999, que permite el marco legal para las actuaciones recogidas en el Plan Nacional sobre drogas que se comenzó a desarrollar al año siguiente y finaliza el próximo, las adicciones se están abordando de una forma global, incorporando todas las sustancias, tomando especial relevancia el alcohol y el tabaco, y otras conductas capaces de generar adicción; como Ludopatía, móviles, Internet.

Los objetivos específicos recogidos y referidos al tabaco son:

- Incentivar la prevención con el objetivo de retrasar la edad de inicio en su consumo, y ejercer mayor control sobre la promoción y publicidad relativa a las labores del tabaco.
- Elaborar y establecer protocolos diagnósticos y de atención encaminados a la reducción del daño por consumo de tabaco.
- Incorporación de diversas estrategias en las redes asistenciales para el mejor abordaje terapéutico del tabaquismo.

Aunque no queda claramente definida la función de los centros de atención a las drogodependencias con respecto al tratamiento de la adicción al tabaco, parece lógico pensar que se deben considerar como “*unidades especializadas*” y como tales derivar a los pacientes que

presenten dificultades a la hora de realizar el tratamiento de la adicción.

Independientemente de la consideración de los centros de drogodependencias y si son o no los encargados de tratar el tabaquismo, es obvio las ocasiones de que se disponen para abordar el tabaquismo de los pacientes que acuden a otros tipos de tratamientos. Varios estudios ponen de relieve que el tabaquismo en las personas consumidoras de otras drogas no sólo son más altos si no que se mantienen estables; según las fuentes que se consulten resulta que de los consumidores de otras drogas el 70-80% son fumadores, este porcentaje llega al 90% si se consideran las personas con problemas de alcohol, o del 82% si se trata de pacientes con problemas de dependencia a opiáceos o el 75 % cuando se refiere a cocaína.

En consecuencia no cabe duda que los profesionales de los centros de drogodependencias tienen un importante lugar para poder actuar sobre el tabaquismo siendo necesario realizar programas para intervenir en la reducción del daño sobre la población fumadora. Aunque esta postura levanta ciertas cuestiones como: El abordaje del tabaquismo en personas pacientes que están en tratamiento por otra adicción ¿puede precipitar una recaída?;

### **12.5.1. Tabaco y alcohol**

Es la relación mejor estudiada y la que se presenta con una mayor frecuencia. La asociación entre tabaquismo y alcoholismo es tal que el tabaquismo severo se puede utilizar como marcador de personas que presenten problemas de alcohol y al contrario.

Los pacientes con problemas de alcohol son mas propensos a padecer alteraciones relacionadas con el consumo de tabaco y en comparación con las personas que no presentan problemas de alcohol tienen una dependencia a la nicotina mas alta, fuman más cantidad de cigarrillos y los síntomas del síndrome de abstinencia suelen ser más intensos.

Después de revisar diversos estudios se puede concluir:

- Las personas que abandonan el consumo de alcohol consiguen las mismas tasas de éxito que las personas que no han tenido problemas con el alcohol.
- La abstinencia a la nicotina no aumenta las recaídas en el consumo de alcohol.
- La eficacia del bupropión es similar a la obtenida cuando no hay problemas de alcohol, siendo contradictorios los datos de la eficacia de los tratamientos sustitutivos de nicotina.
- La terapia cognitivo-conductual es especialmente útil.
- El abordaje simultáneo es discutible.



### 12.5.2. Tabaco y cannabis

La prevalencia de consumo de tabaco entre los pacientes diagnosticados de dependencia a cannabis alcanza el 70 %, siendo del 50% cuando el uso de cannabis no cumple con criterios de dependencia. Existen pocos datos sobre la repercusión que tiene el cesación del consumo de tabaco en esta población, lo que parece estar claro es que el grado de consumo de cannabis en el mes anterior al tratamiento de la adicción a la nicotina empeora las tasa de abstinencia.

### 12.5.3. Tabaco y cocaína

El consumo conjunto de cocaína y tabaco aumenta de forma considerable el riesgo de complicaciones cardiovasculares, de ahí la gran importancia del abordaje de la adicción al tabaco en los pacientes con problemas relacionados con el consumo de cocaína.

A su vez las personas pacientes dependientes al tabaco que consumen cocaína lo hacen en mayor cantidad y lo hacen de forma mayoritaria por vía inyectada o fumada en vez de esnifada; vía menos peligrosa de consumo de esta sustancia.

Diversos estudios confirman que el cese del consumo de tabaco disminuye el consumo de cocaína y que el cese del consumo de cocaína también influye de manera positiva a la hora de dejar de consumir tabaco.

### 12.5.4. Tabaco y opiáceos

La mayoría de los estudios referentes al consumo de tabaco y opiáceos están realizados en pacientes en tratamiento con metadona.

Los patrones de consumo observados en esta población difieren de los de la población general así se observa una mayor proporción de mujeres fumadoras, presentan peores tasas en el abandono del consumo y tiene mayor número en los intentos por dejar el consumo.

La severidad de dependencia al tabaco se muestra como un factor predictor del consumo de heroína y cocaína.

Las personas consumidoras de opiáceos muestran por lo general un mayor interés en dejar de fumar que las personas pacientes que presentan otro tipo de problema adictivo, así lo que se presentan como más predispuestos se corresponden con el perfil de paciente de mas de 35 años en tratamiento con metadona y que no presenta historia reciente de abuso de alcohol.

Algunos estudios han llegado a relacionar el uso de naltrexona (antagonista opiáceo utilizado en el tratamiento de deshabituación) con la cesación en consumo de tabaco, pues al parecer los pacientes en tratamiento con este fármaco disminuyen el número de cigarrillos / día, el tiempo de latencia desde que se levantan hasta la ingesta del primer cigarrillo aumenta y las puntuaciones de satisfacción de los cigarrillos consumidos es más baja.

## BIBLIOGRAFIA

- Abengoza Muela R. Camarelles Guillem, F. Díaz-Maroto Muñoz, J.L. Guía de Buena practica clínica en abordaje del tabaquismo. Organización Medica Colegial, Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.
- American Psychiatric Association (APA) (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Ayesta F j. Alvarez S, Benito B. Manual de Tabaquismo para Profesionales Sanitarios.2006.
- Becoña E, Guía Clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Socidrogalcohol, 2004
- Becoña Iglesias, E (coord). (1998). Libro blanco del tabaquismo en España. Barcelona. Glosa Ediciones.
- Becoña Iglesias E, (coord.) Monografía Tabaco, AdiccionesVol.16, suplemento 2
- Becoña, E;Programa para dejar de fumar. *Junta de Andalucía. 1997.*
- *Becoña Iglesias, Tabaco Prevención y Tratamiento. Editorial Pirámide.2006*
- *Becoña E, Vazquez FL, Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Dykinson;1998*
- *Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo, Majadahonda, Madrid: Ergón; 2006*
- *Cervilla, Jorge: Depresión y tabaco en ancianos.*
- *Cervilla, Jorge: Depresión y tabaco en ancianos.*
- *Comisionado para las Drogodependencias (2003). Catálogo de servicios asistenciales de los centros de Tratamiento Ambulatorio de Andalucía.* Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía.
- Córdoba García, R; Nerín de la Puerta, I, Manual de Tabaquismo en Atención Primaria. GlaxoSmithKline.
- Echeburúa E. y Corral P. (1987). Escala de expectativas de cambio. En Graña (ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid. Síntesis.
- Echeburúa, E. (1994). *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Madrid: Fundación Universidad y Empresa
- EDIS (2003). *Los jóvenes andaluces ante las drogas y las adicciones 2002*. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía.
- Fernández Muñoz E., Schiafino Rubinat A., Efectos del humo ambiental de tabaco sobre la salud: revisión de la evidencia científica. Espacios libre de humo. Comité nacional para la prevención del tabaquismo. Ministerio de sanidad y consumo.2006.
- Fernández, J. (1996). *Varones y mujeres. Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género*. Madrid: Pirámide.
- Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Guía practica para la implantación de unidades de deshabituación tabáquica...*GlaxoSmithKlein. 2004.*
- *Jiménez Cruzado L. Hidalgo Quiles M.J., Vicente Piñol J., Costa Pérez E., Problemas relacionados con el consumo de tabaco. Guía de actuación clínica en atención primaria Alicante*
- *Jiménez Ruiz Carlos; Fagerström Karl Olov. Tratado de Tabaquismo. Pfizer.2007*
- *Labrador, F. J., Vallejo, M. A., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A., y Fernández-Montalvo, F. (2000).*
- *Eficacia de los tratamientos Psicológicos*. Documento de la Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud. [www.sepcys.org/Doc/DocumentoEficaciaTratamientos](http://www.sepcys.org/Doc/DocumentoEficaciaTratamientos).
- Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- López González Ángel Arturo et al. Guía Práctica: Si quieres dejar de fumar este es el camino. Govern de les Illes Balears. Conselleria d'interior. 2004.
- *IX Los Andaluces ante las Drogas, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.*
- *Manejo del fumados en la clínica. OMC. Ars Medica.2001.*
- *Manual de intervención. En compañía. GlaxoSmithkline.2002.*
- *Millar, W.R. y Rollnick, S. (1999). La entrevista motivacional. Barcelona: Paidós.*
- Nerín de La Puerta,I; Jané Checa M. Libro Blanco sobre Mujeres y Tabaco, Abordaje con una perspectiva de Género. Comité Nacional Para La Prevención del Tabaquismo. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- OMC; Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Buenas Prácticas Clínicas en Abordaje de Tabaquismo. 2006
- O.M.S. (1992). *CIE-10. trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: meditor

- Pardell H., Jané M., Sanchez Nicolay I., Villalbí J.R. et al. Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español. Organización Médica colegial. Ars Médica 2002.
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (Comps.) (2003).
- *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid: Pirámide.
- *II Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones (2002-2007)*. Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales
- *Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010, Consejería de Salud. Junta de Andalucía*
- *Primer Encuentro Iberomexicano sobre Tabaquismo, Universidad de Las Palmas de Gran Canarias. Pfizer..*
- R`Kaina, Cominio A. Rodríguez M. Ayesta F. *Dejar de fumar es posible. Guía para fumadores, amigos y familiares.*
- *Plan integral de tabaquismo, consejería de sanidad y bienestar social ciudad autónoma de Ceuta 2006.*
- Roig Cutlas, Pilar; Sabater Puig, Eulalia et al. *El tabaquismo en pacientes con otras drogodependencias. Revista de toxicomanías Nº 43 .2005*
- Villegas Román, Briones Eduardo. *Programas de deshabituación tabáquica. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Andalucía. 2004.*



# 13 - PATOLOGÍA ORGÁNICA Y PSIQUIÁTRICA RELACIONADA CON EL CONSUMO DE TABACO

**Autores:**

**Manuel Ruiz Martínez**

Doctor en medicina CPD de Granada

*mruizmartinez@dipgra.es*

**Francisco Herrera Benítez**

Médico CCD de Linares. Jaén

*franhebe@telefonica.net*



## 13.1 INTRODUCCIÓN

La inhalación del humo de quemar tabaco se remonta a las civilizaciones del continente americano donde se utilizaba en los ritos religiosos y con fines médicos; desde donde fue traído por los marineros de Colon.

Fue Rodrigo de Jerez el que plantó las semillas en su finca de Ayamonte, e hizo alarde de fumar que había a prendido de los indígenas, hecho que hizo fuera condenado por la inquisición con la sentencia de que “sólo Satanás puede conferir al hombre la facultad de expulsar humo por la boca”.

Desde aquel momento se han mantenido las posturas enfrentadas frente al tabaco. Respecto al introductor de la planta en España hay discrepancias pues para unos autores fue Fray Román Pané, para otros F. Hernández Boncalo. Sin embargo, el verdadero iniciador de la corriente medico científica en torno al tabaco es sin duda el sevillano Nicolás Monardes, quien en su libro publicado en 1580. “La Historia Medicinal de las cosas que se traen de Nuestras Indias Occidentales”, dedica un amplio capitulo a las innumerables virtudes curativas de la planta.

El gran paso para la difusión de su consumo fue la aceptación por parte de la nobleza, siendo su precursor el embajador francés en Lisboa Jean Nicot quien aconsejo el huso de rapé para alivio de las cefaleas de la soberana Catalina de Médicis, quien a su vez fue una activa propagadora de su uso. En España fueron la princesa Éboli y Don Juan de Austria sus defensores, siendo tal su aceptación que en 1620 se construía en Sevilla la primera fabrica de tabaco en polvo, y poco después una que elaboraba cigarros en Cádiz.

No fue hasta principios del siglo XX donde se extendió la fabricación de cigarrillos de forma masiva, siendo incorporado al rancho de los soldados en la Primera Guerra Mundial.

Según los datos de la organización Mundial de la Salud, el tabaco es la segunda causa de muertes a nivel mundial. Se calcula que la mitad de las personas que fuman morirán a causa del tabaco.

Además de los costes sanitarios si se analizan los costes económicos también son devastadores ya que no solo incrementan los costes de los sistemas sanitarios, sino que al enfermar las personas fumadoras con una mayor frecuencia son menos productivos durante la vida laboral activa.

Aunque la relación entre consumo y enfermedad es bien conocido desde los años cuarenta no fue hasta a la aparición de los estudios como el “Minnesota Business men Study” y el “Framingham Study” donde se demostraba no solo esta asociación sino la relación entre la dosis y su efecto, según la cual cada 10 cigarrillos diarios se produce un 18 % de incremento de mortalidad en hombres y un 31 % en mujeres.

## 13.2 ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

A los factores de riesgo cardiovascular clásicos, consumo de cigarrillos, hipertensión arterial, colesterol total y LDL elevados, colesterol HDL bajo, diabetes Mellitus, y edad avanzada se ha visto engrosado progresivamente con otros factores como la homocisteína o la Proteína C reactiva.

Al cabo de los 2-3 años después de dejar de fumar el riesgo cardiovascular es similar al de la población no fumadora, aunque a partir del primer año de abstinencia ya se observan efectos significativos.

Entre los agentes implicados en la génesis de complicaciones cardiovasculares se encuentran la nicotina y el monóxido de carbono.

Tras la inhalación de la nicotina la frecuencia aumenta en 10-20 latidos/minuto, la tensión arterial entre 5 y 10 mm. de Hg., aumenta a su vez el gasto cardiaco y el flujo cerebral, coronario y muscular; ocasiona además vasoconstricción sistémica y vasoconstricción arteriolar en extremidades que se traduce en una bajada de la temperatura entre 2,5 y 3 ° C.

La nicotina posee capacidad arritmógena aumentando el automatismo por depresión en la conducción o disminuyendo el umbral de la fibrilación ventricular.

En las personas pacientes coronariopatas la inhalación de nicotina produce una depresión en la contractilidad ventricular y en el gasto cardiaco y no un aumento de la demanda como cabría esperar, lo que se traduce en un aumento de probabilidad de padecer cardiopatía coronaria, riesgo que aumenta con el número de cigarrillos que se fuman diariamente.

La nicotina también aumenta los niveles de catecolaminas, lo que provoca un aumento inmediato de la frecuencia cardiaca y la tensión arterial.

El monóxido de carbono tiene también especial importancia en la aparición de enfermedades cardiovasculares, su unión a la hemoglobina da lugar a la carboxihemoglobina, que tiene una afinidad unas doscientas veces superior por el oxígeno, lo que incapacita a esta para el transporte del mismo. Tiene también cierta capacidad arritmógena al disminuir el umbral para la producción de fibrilación ventricular, y efecto ionotrópico negativo.

La eficacia de algunos fármacos antihipertensivos se ve disminuida por el consumo de tabaco, por lo que un fumador hipertenso tendrá más probabilidad de desarrollar complicaciones como la hipertensión renovascular maligna.

## 13.3. CARDIOPATIA ISQUEMICA

La incidencia de cardiopatía isquémica entre los fumadores es de 2 a 4 veces superior a la de los no fumadores. El estudio de Framingham demostró que esta patología se relaciona



directamente proporcional con el consumo de tabaco. Se calcula que el 29% de las muertes por enfermedad coronaria son debidas al consumo de tabaco y que los fumadores tienen un 70% más de probabilidad de tener cardiopatía isquémica mortal y del 200% no mortal. El efecto nocivo del tabaquismo se ha visto reflejado en la reincidencia de extensos tras la angioplastia coronaria transluminal percutánea, donde se duplica el riesgo en comparación con los no fumadores. El peor pronóstico se aprecia a su vez en el tratamiento trombolítico pues la tasa de reinfarto en no fumadores es del 5% frente al 20% de los fumadores.

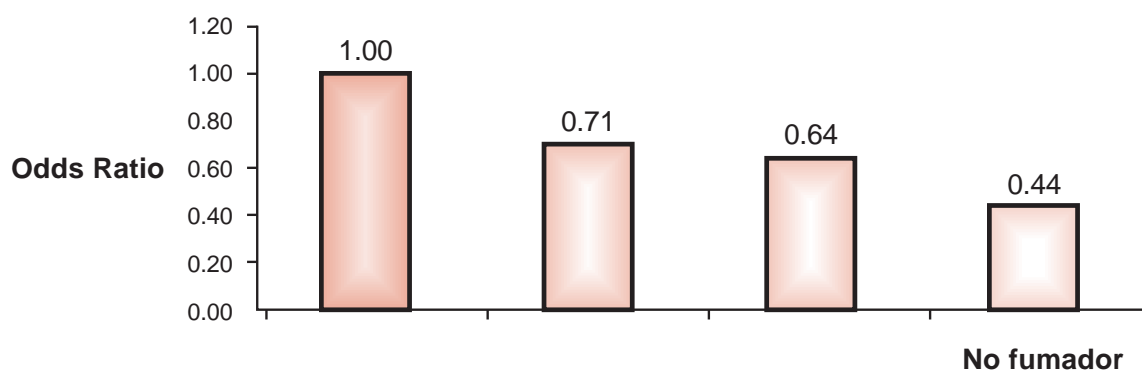
Dejar de fumar produce una reducción estimada de riesgo entre un 30-50% en el plazo de uno a dos años; existiendo posteriormente una reducción gradual, igualándose a la de los que nunca han fumado en un plazo de 10-15 años.

En las personas pacientes que han presentado un episodio de enfermedad coronaria, dejar de fumar se asocia a una disminución del 50% en la mortalidad.

### El riesgo de enfermedades cardiovasculares (ECV) disminuye al dejar de fumar

#### Dejar de fumar se relaciona con:

- 36% disminución de las probabilidades de mortalidad por cualquier causa en pacientes con enfermedades cardiovasculares (ECV)<sup>1</sup>
- Disminución de eventos CV en enfermos cardíacos, incluso en aquellos que han dejado de fumar recientemente<sup>2</sup>



*\*Englobados los que se definen como fumadores pero que dieron negativo en la prueba de concentración de nicotina.*

1. Critchley JA, Capewell S. JAMA. 2003; 290:86-97. 2. Twardella D et al. Eur Heart J. 2004;25:2101-2108.

## **13.4 APARATO RESPIRATORIO.**

Los radicales libres y sustancias irritantes son fundamentalmente los responsables de la patología producida por consumo de tabaco en el aparato respiratorio, siendo las alteraciones de los procesos inflamatorios, inmunológicos y las alteraciones en la función mucociliar, las más importantes.

El aumento de macrófagos, neutrófilos y el descenso de linfocitos, conduce a un notable aumento de la celularidad en el líquido del lavado alveolar; además se origina un aumento de agentes oxidantes ( superóxidos, peróxido de hidrógeno.. ) que unido a los radicales libres y el humo medio ambiental hace que se rompa el equilibrio entre agentes oxidantes intra y extracelulares, lo que conduce a una inactivación de la alfa-1-antitripsina, neutralizándose la elactasa, lo que a su vez conlleva la destrucción de las proteínas principales del tejido conectivo pulmonar y como consecuencia la aparición de enfisema pulmonar.

Dentro de las alteraciones de la inmunidad cabe destacar la disminución de los Linfocitos T, células natural Killer de la capacidad fagocitaria de los macrófagos alveolares y un aumento de las subpoblaciones T8 lo que conlleva una mayor susceptibilidad de infecciones y neoplasias.

Con respecto a las alteraciones de la función mucociliar destaca la disminución de las células ciliadas, hipertrofia de las glándulas submucosas, metaplasia escamosa, la cilostasis; lo que origina una importante alteración mucociliar.

### **13.4.1. Síntomas respiratorios.**

Existen multitud de estudios en los que se describen una mayor prevalencia de síntomas respiratorios inespecíficos, como tos, expectoración, disnea y sibilancias en fumadores que en no fumadores.

### **13.4.2.Hipereactividad bronquial.**

En el estudio realizado en 1980 por Gerrard se pone de manifiesto la mayor hipereactividad bronquial que presentan los fumadores sintomáticos en relación con los no fumadores. Los estudios posteriores la han relacionado con una mayor incidencia de asma bronquial, aunque hay autores que afirman que su repercusión no es tanto en la génesis de la enfermedad como en el agravamiento de la misma.

### **13.4.3. EPOC.**

Dentro de las enfermedades respiratorias la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es la de mayor prevalencia e impacto socioeconómico.

Se caracteriza por la presencia de obstrucción crónica y poco reversible al flujo aéreo causada, fundamentalmente, por una reacción inflamatoria frente al humo del tabaco.

Más del 90% de los casos de EPOC están relacionados con el consumo de tabaco, siendo aproximadamente un 20% de los fumadores los que la desarrollan.

Fletcher et al. en 1976 publicaron el trabajo que quizás haya clarificado más la influencia del consumo de tabaco en el desarrollo de enfermedad. En el grupo de fumadores la disminución de FEV1 se correlaciona directa y fuertemente con el número de cigarrillos consumidos, lo que puso de manifiesto que el tabaquismo es el principal agente etiológico en el desarrollo de la limitación crónica al flujo aéreo. Además en este grupo las personas que dejaron de fumar mostraron una disminución en el ritmo de caída del FEV1, aunque no recuperaron los valores de FEV1 de partida.

Sin embargo, en todos los trabajos se indica que existe un componente individual de susceptibilidad al tabaco, necesario para la génesis de la enfermedad, de ahí que tan sólo el 15-20% de las personas fumadoras desarrollarán esta patología.

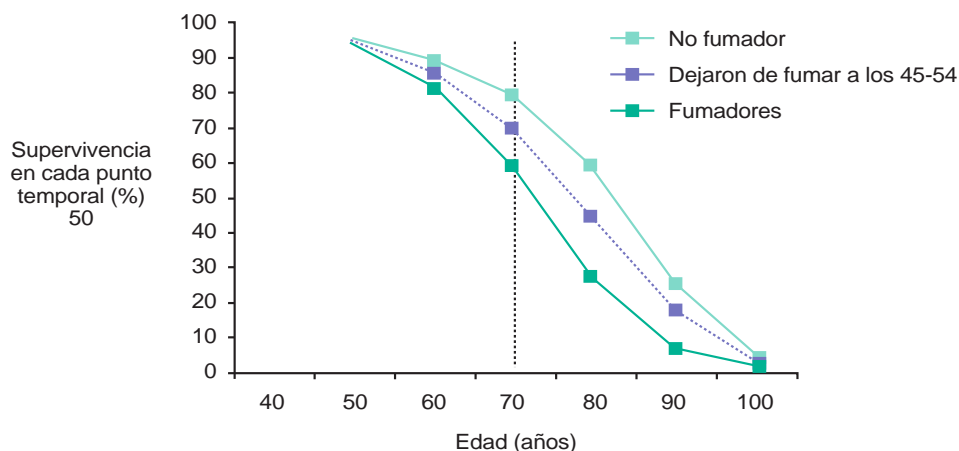
#### 13.4.4. Síndrome de apnea del sueño.

El trabajo de Wetter et al, pone de manifiesto que las personas fumadoras tienen mayor número de apneas e hipopneas que las no fumadoras, que aunque no tienen significación estadística si encontraron una relación dosis respuesta, pues en las fumadores severas (más de 40 cig/día) tienen 10 veces más probabilidad de tener eventos respiratorios que los fumadores moderados o ligeros y 40 veces más que los no fumadores, riesgo que desaparece en las exfumadoras.

Estas alteraciones pueden deberse a que en los fumadores la disminución de niveles de nicotina en sangre produce una inestabilidad en el sueño lo que contribuiría a una exacerbación de los eventos respiratorios. Otros estudios han puesto de manifiesto la mayor prevalencia de roncadores entre los consumidores de tabaco, por lo que el cese en el hábito puede ser un tratamiento efectivo en los fumadores que roncan.

#### Dejar de fumar a cualquier edad pueda aumentar la esperanza de vida

Resultados de un estudio en médicos varones fumadores en el Reino Unido



1. Doll R, et al. *BMJ*. 2004; 328:1519-1527

## 13.5. CARCINOGENESIS.

La asociación entre cáncer y tabaco fue sugerida por primera vez por John Hill en 1761 cuando observó pólipos en consumidores de rapé, sin embargo fueron Yamagawa e Ichikawa en 1941 los que demostraron por primera vez la naturaleza carcinógena de los diferentes componentes del tabaco.

Se ha estimado que entre el 75-80% de los cánceres humanos están relacionados con la exposición a carcinógenos químicos.

Se considera carcinógeno a toda sustancia que actuando sobre una célula induce alteraciones específicas cuyo resultado final es una manifestación tumoral. Los carcinógenos pueden ser de acción directa o indirecta; estos últimos necesitan una activación previa para comportarse como verdaderos carcinógenos y los podemos clasificar en:

- Iniciadores; aquellos que inducen alteraciones en el sistema celular.
- Promotores: hacen que se activen las células que se encuentran latentes.
- Cocarcinógenos: ejercen su acción en presencia de otros factores carcinogénicos.
- Aceleradores: no poseen actividad carcinogénica propia, pero aumenta la velocidad de los factores mencionados anteriormente.

De las casi 5000 sustancias contenidas en el humo del tabaco las más estudiadas hasta el momento son los *hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAP)*, siendo el 3-4 benzopireno el más destacado; las nitrosaminas, el formaldehído-acetaldehído, los elementos radiactivos, siendo los más relevantes el radio, torio, plomo 210, carbono 14 y el arsénico; los aditivos y los contaminantes como los nitratos, insecticidas y modificadores del gusto.

La aparición de la célula tumoral suele ser el resultado de la acción de varias sustancias que actúan por diversos mecanismos fisiopatológicos: acción directa, por alteraciones enzimáticas y/o por depresión inmunitaria.

No hay que olvidar que los componentes del tabaco están interactuando continuamente con otros elementos contaminantes ambientales, industriales e infecciones víricas, por lo que los estudios que relacionan el consumo de tabaco y la aparición de enfermedades tienen que ser muy rigurosos a la hora de obtener y extrapolar evidencias experimentales sobre la clínica humana.

Además de las asociaciones clásicas de tabaco y cáncer de pulmón, cavidad oral, faringe, laringe, páncreas, carcinoma escamoso esofágico, vejiga y pelvis renal; los estudios más recientes evidencian también asociaciones con el cáncer de senos paranasales, adenocarcinoma esofágico, gástrico, hepático, renal, cerviz uterino y la leucemia mieloide.

El efecto carcinogénico del tabaco es similar entre mujeres y hombres, está relacionado con el número de cigarrillos fumados y la profundidad de las caladas pero no con el tipo de cigarrillo fumado, la única diferencia entre el tabaco rubio y el negro es que el primero se obtiene con las

hojas de tabaco horneadas y el segundo con las hojas secadas al sol.

### 13.5.1. Cáncer de pulmón.

Son numerosos los estudios que ponen de manifiesto la relación tabaco/cáncer de pulmón (Doll e Hill, Hammond y Horn), hasta tal punto se ha establecido esta relación que como señala P. Correa *“quizás no exista otra enfermedad en la que se hayan cumplido mas cabalmente las etapas de investigación epidemiológica”*.

El tabaco es el responsable directo del 90% de de los casos de cáncer de pulmón, siendo el riesgo de los fumadores de 5 a 20 veces mayor que en los no fumadores. En mujeres fumadoras el riesgo es menor que en los hombres.

El tabaco aumenta el riesgo de los cuatro tipos histológicos (epidermoide, de células pequeñas, de células grandes y adenocarcinoma), en una clara relación dosis/respuesta en las variables:

- Número de cigarrillos consumidos, siendo una relación no lineal pues los fumadores de 40 cig/día tienen más del doble de probabilidad que los fumadores de 20 cig/día.
- La duración del consumo, pues el riesgo es mayor para los fumadores de 20 cig/día durante cuarenta años que los de 40 cig/día durante 20 años
- La edad de comienzo, pues la probabilidad es 4 veces mayor en aquellos que iniciaron el hábito antes de los 15 años con respecto a los que se iniciaron pasados los 25.
- La profundidad de la inhalación, pues cuanto más profunda sea mayor probabilidad
- Contenido en nicotina y alquitrán
- Abandono del hábito, pues aunque no llega a igualarse en los exfumadores a los que nunca han fumado disminuye de una forma muy importante una vez cumplido los 10-15 años de abstinencia.

### 13.5.2. Cáncer de laringe y de la cavidad oral.

De las neoplasias diagnosticadas de esta índole el 83% son debidas al consumo de tabaco, considerándose el riesgo de padecer esta patología 10 veces superior para el varón fumador y 8 veces mayor en las mujeres fumadoras.

Nuevamente el número de cigarros fumados, la edad de inicio y la profundidad de la calada aparecen como factores directamente relacionados con este tipo de patología.

Quienes fuman pipa y puro tienen igual riesgo que el de cigarrillos, disminuyendo drásticamente el riesgo a los cuatro años de haber abandonado el hábito. Un dato significativo es que la asociación de tabaco y alcohol aumenta en el 75% con respecto a la probabilidad de

cada uno de ellos por separado.

De las neoplasias orales y oro faríngeas (labios, lengua, encías, mucosa, paladar, glándulas salivales, suelo de la boca y orofaringe) el 92 % en el varón y el 61% en la mujer son achacables al consumo de tabaco. La tasa de esta patología en exfumadores va disminuyendo con forme aumenta el tiempo de abstinencia para llegar a igualarse con los que nunca han fumado a los 15 años.

### **13.5.3. Cáncer del aparato digestivo.**

El carcinoma de esófago (sobre todo del 1/3 superior) tiene una relación directa con el consumo de tabaco, estando también influenciado por el consumo de alcohol (17 veces más frecuente cuando se asocian las dos sustancias), siendo el responsable del 80 % de los casos, no habiendo diferencias por sexo. Múltiples estudios han demostrado también la relación del consumo de tabaco con el carcinoma de estomago llegando a ser tres veces superior en relación con los no fumadores.

El riesgo para el caso del páncreas es doble en fumadores, existiendo una relación dosis respuesta y una disminución proporcional conforme avanza el tiempo de abstinencia.

Con respecto al carcinoma de hígado y el consumo de tabaco no está totalmente dilucidada, aunque se aprecia una mayor incidencia en los fumadores y una disminución con el tiempo de abstinencia.

### **13.5.4. Cáncer de riñón y vejiga.**

Wynder y Godsmith concluyen en su estudio que el 50% de los tumores vesicales en el varón y el 31% en mujeres tienen una relación directa con el consumo de tabaco.

En el estudio de Benegas et al. afirma que en nuestro país hubo en el año 1.998, 1.501 fallecimientos por este tipo de neoplasia y 568 por neoplasias renales.

El carcinoma de la vejiga esta relacionado con la beta-naftilamina y las demás aminas aromáticas.

El riesgo es 3 y 4 veces superior para las mujeres y los varones fumadores respectivamente.

Este tipo de patología si que se ve influenciado por el tipo de tabaco, siendo mas frecuente en fumadores de tabaco negro y que además este riesgo revierte menos que en el caso de tratarse de tabaco rubio.

La asociación de carcinoma renal y de uréter y del hábito del tabaco es menos consistente.

### 13.5.5. Cáncer de mama y aparato genital.

Algunas investigaciones epidemiológicas subrayan que el hábito de fumar no afecta con respecto al padecimiento de carcinoma de mama, llegando incluso a afirmar que disminuiría el riesgo.

El estudio realizado por Lash et al. sobre tabaquismo activo y pasivo en relación con la aparición del cáncer de mama concluye que en la edad en la que aún no se ha desarrollado el tejido mamario el riesgo es alto, mientras que si la exposición se hace en la primera infancia el riesgo sería intermedio, mientras que sería bajo si la primera exposición se realiza en la edad adulta.

En cuanto al cáncer de cuello uterino el riesgo se eleva al doble entre la población fumadora. En el cáncer de endometrio parece ser que es la única situación en la que el consumo de tabaco puede ejercer un efecto protector.

Las neoplasias de vulva, pene y ano han sido descritas mayor frecuencia en fumadores.

### 13.5.6. Cáncer hematológico.

Al consumo de tabaco le son atribuidas el 14 % de las Leucemias linfoides o mieloides, relacionándose con los bencenos y nitrosaminas.

Causa de muerte	Consumo tabaco	Varón	Hembra
Cáncer de labio	Fumadores	57,9	19,1
	No fumadores	29,2	5,5
	Exfumadores	8,80	2,88
Cáncer de páncreas	Fumadores	24,9	5,4
	No fumadores	3,6	2,6
Cáncer de laringe	Fumadores	53,1	35,2
	No fumadores	29,8	18,5
	Exfumadores	5,24	11,88
Cáncer de traquea, bronquios, pulmón...	Fumadores	57,4	29,2
	No fumadores	33,5-	8,3
	Exfumadores	9,36	4,69
Cáncer de cuello de útero	Fumadores	-	10,5
	No fumadores	-	4,4
Cáncer de riñón	Fumadores	29,1	2,4
	No fumadores	20,8	0,8

## 13. 6. PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA

La piel contacta directamente con el humo del tabaco que hay en el medio ambiente donde se encuentre personas fumando e indirectamente por la llegada de sustancias tóxicas a través de la sangre.

En 1965 Ippen e Ippen ponen de manifiesto la relación entre consumo de tabaco y los cambios morfológicos microscópicos que aparecen en la cara de los fumadores (arrugas faciales). Estas alteraciones denominadas también “rostro del fumador” han sido agrupadas en:

- Arrugas finas en labios superiores, patas de gallo, líneas profundas y superficiales en las mejillas y mandíbulas.
- Prominencia de los relieves óseos, sobre todo de los pómulos, por adelgazamiento.
- Aspecto rugoso de la piel con una coloración grisácea.
- Piel de apariencia pletórica de color rosado o anaranjado pero no cianosis.

La alteración de las fibras elásticas parece ser el mecanismo patogénico por el cual se originan las arrugas en la piel de la persona fumadora, viéndose favorecida por una disminución de la vitamina A, alteración en la micro circulación y en la oxigenación, disminución de la inmunidad y de la hidratación, y la modificación de la respuesta inflamatoria.

## 13.7 ENFERMEDADES DENTALES Y PERIODONTALES

La halitosis y el cambio de la coloración de los dientes son característicos de los fumadores.

Son muchos los estudios que demuestran la mayor incidencia de caries dentales, placas bacterianas y candidiasis oral.

## 13.8 REPERCUSIONES NEUROENDOCRINAS

La acción de la nicotina en el sistema nervioso central es ejercida en el sistema dopaminérgico-mesolímbico, centro regulador del placer; y en el nucleus coeruleus responsables de la dependencia a la nicotina. En el cortex cerebral se produce una liberación de epinefrinas, vasopresina y beta-endorfinas; a nivel troncoencefálico estimula los centros respiratorio, vasomotor y emético.

A dosis altas y debido a la sobreestimulación de la formación reticular se producen temblores, movimientos convulsivos y desincronizaciones electroencefalográficas, estas últimas



alteraciones se pueden apreciar también a dosis bajas, apareciendo una disminución de la amplitud de las ondas alfa.

Los reflejos monosinápticos medulares están disminuidos, evidenciándose en los patrones electromiográficos.

En el sistema endocrino la nicotina ejerce una función antidiurética, secundaria a la liberación hipofisaria de arginina-vasopresina, así como un aumento en la secreción del cortisol diurno, inhibe la secreción de secretina, a su vez también se producen alteraciones en las hormonas de origen placentario y en la formación de prostaglandinas.

La implicación del sistema serotoninérgico es cada vez más evidente según las últimas investigaciones.

Concentraciones del 5% de carboxihemoglobina originan alteraciones sensoriales, si la concentración supera el 10% aparecen cefalalgias, náuseas y déficit importante en la agilidad mental, concentraciones del 50% se producen coma y/o lesiones cerebrales irreversibles.

Los estudios de los efectos de la nicotina sobre la circulación cerebral son contradictorios, aunque se pueden sacar las siguientes conclusiones.

- Cuando la concentración de nicotina es tal que activa los receptores nicotínicos pero no llega a producir efectos hemodinámicos a nivel sistémico disminuye la resistencia vascular cerebral —————> Vasodilatación.
- Si la concentración de nicotina es capaz de producir cambios hemodinámicos sistémicos, a nivel cerebral se produce un aumento de la resistencia vascular —————> Vasoconstricción.
- Las modificaciones hemodinámicas cerebrales producidas por la nicotina además de por su efecto directo sobre los vasos también están influenciadas por la disminución de la Presión parcial de CO<sub>2</sub> y aumento de la de oxígeno debido a la hiperventilación que provoca.

### 13.9 REPERCUSIONES EN OTROS SISTEMAS

- En el aparato digestivo produce una disminución de las prostaglandinas de la mucosa gástrica, acelera el peristaltismo y estimula la secreción gástrica.
- En el sistema hematopoyético origina un aumento en el número de hematíes y leucocitos, con elevación del hematocrito; lo que unido a la elevación de la trombina y fibrinógeno hace que el riesgo de accidente cerebrovascular agudo y de infarto este elevado.
- También hay que resaltar que a nivel hepático la nicotina puede acelerar o disminuir el metabolismo de algunos fármacos

## 13.10 PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Hasta los años 60 no se le presto al tabaquismo cierta importancia, siendo la postura de los profesionales sanitarios y autoridades permisiva y minimizadora de los daños causados, a partir de entonces el interés científico ha ido en aumento, debido a la creciente prevalencia de fumadores y las graves consecuencias en el campo de la salud. Siendo en ala actualidad una patología de primera línea.

La capacidad adiptógena del tabaco es tal que el 32% de las personas que se inician en el consumo se hacen dependientes y si lo comparamos con otras sustancias obtenemos la siguiente cifra:

- 23 % en heroína.
- 16,7% cocaína
- 15,4% alcohol.

La nicotina sale clasificada también en primer lugar cuando se las compara en dificultad para mantener la abstinencia, con respecto a la generación de tolerancia es la segunda, la tercera para provocar sdre. de abstinencia , la cuarta en capacidad de producir refuerzo y la quinta en concepto de producir intoxicación aguda; factores que sustentan la capacidad adictiva de las sustancias. Si a estos factores le unimos la temprana edad de inicio que facilita la adicción, comprenderemos todo el complejo que dificulta la abstinencia a la nicotina.

### 13.10.1 Patología afectiva.

En los distintos estudios publicados, y en la experiencia desde los Centros de Tratamiento Ambulatorio de la red de Drogodependencias; coinciden en que la población que padece trastornos afectivos el tabaquismo tiene unas características propias y unas dificultades que hace que el tratamiento y el manejo de estos pacientes sea especialmente dificultoso y que el logro de la abstinencia estable sea más complejo por las posibilidades de empeoramiento de la patología y la mayor frecuencia en la recaídas.

De los distintos estudios publicados sobre enfermedad mental y consumo de tóxicos no fue hasta los estudios publicados en 1.990 y 1.992 por el Nacional Comorbidity Survey donde aparece por primera vez la relación entre enfermedad mental y consumo de tabaco, existiendo un considerable aumento de las personas pacientes con patología psiquiátrica que consumen tabaco, existiendo una relación directamente proporcional entre la intensidad de la clínica psiquiátrica y la gravedad de la dependencia tabáquica.

Hughes encontró los siguientes porcentajes de personas fumadoras según la patología psiquiátrica presentada:

- 88% esquizofrenia.
- 70% Manía.
- 49 % Depresión mayor.

- 47% trastornos de ansiedad.
- 46 % trastornos de personalidad
- 45 % trastornos adaptativo.

Estas cifras han sido similares a las obtenidas en estudios realizados con posterioridad.

De León et al. en su estudio compararon las tasas de dependencia a la nicotina entre las personas enfermas mentales de EE.UU. y España no encontrando diferencias significativas aunque si hallaron una incidencia superior entre los grupos controles, siendo mayor en los norteamericanos.

### Trastornos depresivos.

El consumo de nicotina en las personas pacientes con depresión contrarresta el déficit de noradrenalina que subyace al cuadro depresivo, y a su vez la abstinencia de nicotina tras su consumo crónico incrementaría la vulnerabilidad para el cuadro depresivo. Los estudios realizados observan una fuerte correlación entre depresión y dependencia tabáquica. Esta relación es más significativa en mujeres, afectados por depresión mayor y en personas con alta dependencia a la nicotina.

Hay varias hipótesis que tratan de explicar la relación causal entre este cuadro y el consumo de tabaco y son:

A.- La automedicación. En este caso lo primario sería la aparición del cuadro depresivo, utilizándose la nicotina como activadora dopaminérgica y noradrenérgica, acción similar los fármacos utilizados en el tratamiento del cuadro depresivo.

Esta teoría viene avalada por un estudio realizado con pacientes deprimidos no fumadores tratados con parches de nicotina en el que se apreció una significativa mejoría en la clínica depresiva.

B.- Neuroquímica.- En este caso primero se daría la dependencia a la nicotina, produciéndose una alteración de la regulación de los neurotransmisores al cese del consumo dando lugar a la aparición de un cuadro depresivo.

En varios estudios se aprecia que sujetos sin antecedentes psiquiátricos previos necesitan tratamiento antidepresivo tras el cese del consumo de tabaco.

C.- Vulnerabilidad común. Esta hipótesis refiere que no hay un cuadro que predisponga al otro sino que hay una predisposición común a ambos mediada por un tercer factor, que podría ser genético y que hiciera a las personas más vulnerables al padecimiento de ambos cuadros.

Fergusson et al. realizaron siguieron la evolución de 947 niñas y niños, desde el nacimiento a la edad de 16 años, concluyendo que a esa edad ya está bien establecida la asociación de depresión y dependencia a nicotina y que depende de factores comunes.

Kendler et al observaron a 1566 gemelos llegando a la misma conclusión.

## **Trastorno bipolar.**

En un estudio retrospectivo realizado con pacientes con trastorno bipolar se observó que al igual que en otros trastornos psiquiátricos está asociado al uso del tabaco, pero a diferencia de los trastornos depresivos es más frecuente entre los varones.

Las personas pacientes con este tipo de patología presentan tasas de consumo mas elevadas que en la población general (51% frente al 33%) y además fuman en mayor cantidad.

### **13.10.2. Esquizofrenia**

Hay evidencias claras de la asociación entre la esquizofrenia y el uso de tabaco y que en comparación con población general presentan una alta dependencia a la nicotina, no encontrándose diferencia con respecto a otras enfermedades mentales graves. Así la posibilidad de que un paciente con esquizofrenia haya fumado alguna vez es casi cuatro veces superior (3,8) con respecto a la población general.

La experiencia desde los Centros de Tratamiento de Drogodependencias nos hace ver la gran dificultad que presentan este tipo de personas pacientes a la hora de abandonar el hábito de fumar, y los distintos estudios publicados refieren que sólo lo consiguen el 11 % en contraste con las cifras que hacen referencia al población general que las sitúan entre el 14 y el 49 %.

Las personas con esquizofrenia parecen ser más vulnerables para el inicio en el consumo de tabaco, pero tan sólo un estudio que ha utilizado técnicas multivariantes encontró que los sujetos con esquizofrenia eran mas vulnerables a la hora de establecerse la dependencia a la nicotina.

La diferencia entre la población adolescente de la población general y los que presentan esta patología del 20 al 46 %, lo que sugiere la mayor vulnerabilidad entre este tipo de patología y el consumo de tabaco.

La hipótesis de la automedicación parece ser la más acertada a la hora de establecer la relación entre estas patologías pues la nicotina activaría la producción de dopamina que esta disminuida en la esquizofrenia, por lo que reduciría los síntomas negativos de la enfermedad, teniendo también trascendencia a la hora de la disminución de los efectos secundarios de los fármacos utilizados en el tratamiento como la sedación , disminución de la actividad motriz, falta de concentración y atención, alteraciones de la memoria.

El tratamiento en estas personas pacientes se ve dificultado tanto por la escasa motivación que presentan unida a que el personal clínico que tratan con ellas parecen estar poco interesados en que dejen de fumar. No obstante la aparición de los nuevos antipsicóticos y la combinación con parches de nicotina ha hecho que se incremente de forma notable el éxito en estas personas.

### **13.10.3. Tabaco y patología en la mujer**

En España la tendencia del consumo entre el sexo femenino es ascendente, sobre todo en las mas jóvenes; por lo que cabe esperar que la morbimortalidad entre esta franja de población

vaya en aumento.

Entre la patología característica del consumo de tabaco hay que observar la asociación con la aparición temprana de la menopausia, y el riesgo consiguiente de osteoporosis.

El uso concomitante de anticonceptivos orales hace que aumente el riesgo de enfermedad cardiovascular.

El consumo de tabaco dificulta la concepción, observándose una mayor proporción de embarazos ectópicos y un aumento de patología placentaria durante el embarazo (placenta previa, hemorragia, ruptura temprana de membranas,...) bajo peso de los niños al nacer, aumento de muerte perinatal y un mayor riesgo de abortos espontáneos.

En el caso de la mujer gestante fumadora se han descrito una serie de alteraciones que se denominan síndrome de tabaco fetal, que incluyen. Bajo peso al nacer, alteraciones endocrinológicas, mutaciones en el ADN que pueden dar lugar a tumoraciones cerebrales y algunos tipos de leucemia y linfomas.

En las hijas e hijos de madres fumadoras se ha observado dificultad para el aprendizaje, disminución del coeficiente intelectual, problemas de comportamiento y una mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares.

## Fumar es la primera causa evitable de enfermedad y muerte<sup>1</sup>

**Tres primeras causas de muerte evitable atribuibles al tabaco en EE.UU.**

1. Cáncer de pulmón
2. Enfermedad cardíaca isquémica
3. EPOC

**Cáncer**

**Pulmón (#1)\***

Cavidad oral/Faringe- Laringe  
Esófago Estómago  
Páncreas Riñón  
Vejiga Cuello de útero

**Leucemia (LMA, LLA, LLC)†**

**Cardiovascular**


**Enfermedad cardíaca isquémica (#2)\***

Infarto cerebral – Demencia vascular‡  
Enfermedad vascular periférica§  
Aneurisma aórtico abdominal

**Aparato Respiratorio**

**EPOC (#3)\***

Neumonía  
Asma no controlado



**Aparato Reproductor**

Bajo peso al nacer  
Complicaciones en el embarazo  
Disminución de la fertilidad  
Muerte súbita del lactante

**Otros**

Complicaciones quirúrgicas/  
diálisis  
Fractura de cadera  
Baja densidad ósea  
Cataratas  
Úlcera péptica†

\*3 primeras causas de muerte evitables atribuibles al tabaco. †En pacientes con *Helicobacter pylori*. LMA = Leucemia mieloide aguda; LLA = Leucemia linfocítica aguda, LLC = Leucemia linfocítica crónica, EPOC = Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

1. Surgeon General's Report. *The Health Consequences of Smoking*, 2004. 2. Sandier DP, et al. *J Natl Cancer Inst*. 1993;85(24):1994-2009. 3. Crane MM, et al. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 1996;5(8):639-644. 4. Milligi L, et al. *Am J Med*. 1999;36(1):50-69. 5. Roman GC. *Cerebrovasc Dis*. 2005;20(Suppl 2):91-100. 6. Willigendael EM, et al. *J Vasc Surg*. 2004;40:1158-1165.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abengoza Muela R. Camarelles Guillem, F. Díaz-Maroto Muñoz, J.L. Guía de Buena practica clínica en abordaje del tabaquismo. Organización Medica Colegial, Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.
- Ayesta F j. Álvarez S, Benito B. Manual de Tabaquismo para Profesionales Sanitarios.2006.
- Becoña E, Guía Clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Socidrogalcohol, 2004
- Becoña Iglesias, E (coord). (1998). Libro blanco del tabaquismo en España. Barcelona. Glosa Ediciones.
- Becoña Iglesias E, (coord.) Monografía Tabaco, Adicciones Vol.16, suplemento 2
- Becoña Iglesias, Tabaco Prevención y Tratamiento. Editorial Pirámide.2006
- Becoña E, Vazquez FL, Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Dykinson;1998
- Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo, Majadahonda, Madrid: Ergón; 2006
- Cervilla, Jorge: Depresión y tabaco en ancianos.
- Cervilla, Jorge: Depresión y tabaco en ancianos.
- Córdoba García, R; Nerín de la Puerta, I, Manual de Tabaquismo en Atención Primaria. GlaxoSmithKline.
- Fernández Muñoz E., Schiafino Rubinat A., Efectos del humo ambiental de tabaco sobre la salud: revisión de la evidencia científica. Espacios libre de humo. Comité nacional para la prevención del tabaquismo. Ministerio de sanidad y consumo.2006.
- Fernández, J. (1996). Varones y mujeres. Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género. Madrid: Pirámide.
- Jiménez Cruzado L. Hidalgo Quiles M.J., Vicente Piñol J., Costa Pérez E., Problemas relacionados con el consumo de tabaco. Guía de actuación clínica en atención primaria Alicante
- Jiménez Ruiz Carlos; Fagerström Karl Olov. Tratado de Tabaquismo. Pfizer.2007
- Manejo del fumador en la clínica. OMC. Ars Medica.2001.
- Manual de intervención. En compañía. GlaxoSmithkline.2002.
- Nerín de La Puerta, I; Jané Checa M. Libro Blanco sobre Mujeres y Tabaco, Abordaje con una perspectiva de Género. Comité Nacional Para La Prevención del Tabaquismo. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- OMC; Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Buenas Prácticas Clínicas en Abordaje de Tabaquismo. 2006
- O.M.S. (1992). CIE-10. trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: meditor
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (Comps.) (2003).
- Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Madrid: Pirámide.
- Roig Cutlas, Pilar; Sabater Puig, Eulalia et al. El tabaquismo en pacientes con otras drogodependencias. Revista de toxicomanías N° 43 .2005

# 14 - FUMADOR PASIVO HUMO DE TABACO AMBIENTAL

**Autora:**

**Victoria de Larriva Casares.**

Psicóloga CPD de Córdoba

*mvictoria.delariva@ipbscordoba.net*

**Autor:**

**Francisco Herrera Benítez**

Médico CTA de Linares. Jaén

*franhebe@telefonica.net*





Para la persona fumadora pasiva, al igual que para el fumador, estar en un ambiente con humo tiene unas consecuencias sobre su salud.

**El humo de tabaco ambiental (HTA)** está compuesto por el humo exhalado por quien fuma, el emitido por la combustión espontánea del cigarrillo, los contaminantes emitidos en el momento de fumar y los contaminantes emitidos a través del papel del cigarrillo, esto incluye una elevada cantidad de sustancias nocivas absorbibles por el sistema respiratorio, como demuestra la concentración de cotinina (derivado del metabolismo de la nicotina) en lactantes y no fumadores/ra. La exposición durante una hora al aire contaminado por tabaco (ACHT), equivale a fumarse tres cigarrillo. La presencia de cotinina en la orina de personas no fumadoras constituye un marcador de exposición unánimemente admitido y de superior especificidad que la medida de monóxido de carbono en aire espirado, el cual puede producirse e inhalarse en otras circunstancias.

El Tabaquismo Pasivo es la inhalación involuntaria por parte de las personas no fumadoras del humo que quienes fuman generan a partir de la combustión directa del tabaco que consumen en su entorno y de la exhalación del humo previamente inhalado.

Existen diversos términos para denominar el humo que inhalan las personas fumadoras pasivas:

- Aire contaminado por humo de tabaco, ACHT
- Humo de tabaco Ambiental, HTA
- Humo de segunda mano.

El humo de tabaco ambiental tiene dos orígenes, el humo de la corriente principal que las personas fumadoras inhalan y exhalan y el humo de la corriente lateral o secundario, que va directamente al aire mientras el tabaco del cigarrillo, puro o pipa se consumen.

El humo de la corriente lateral o secundaria constituye un 75%-85% del humo del tabaco ambiental, y contiene mayores concentraciones nocivas, ya que surge de una combustión más incompleta, esto es, en el humo de la corriente lateral los carcinógenos, el amoníaco y el CO se emiten a concentraciones mucho más altas que en el humo de la corriente principal. En el humo del cigarrillo hay casi 5000 sustancias diferentes, inhaladas en un 25% por el quien fuma en la corriente principal, mientras que el 75% procedente de la combustión pasiva, pasa a la atmósfera en la corriente secundaria o lateral, en ambas corrientes hay sustancias perjudiciales para la salud, aunque la concentración de determinadas sustancias tóxicas puede llegar a ser superior en la corriente lateral.

Ante estas circunstancias es importante insistir en la trascendencia de la cesación tabáquica, por el beneficio del que abandona la dependencia y por el beneficio de su entorno, en términos de expectativa de vida y de calidad de vida, de bienestar, y por el enorme beneficio en términos de salud pública que se deriva de la reducción del número de personas fumadoras, con la consiguiente disminución de la morbi-mortalidad asociada.

Respirar el ACHT es una de las graves consecuencias para las no fumadoras en lugares cerrados y sin ventilación y explica que también las personas fumadoras pasivas tengan riesgos asociados para la salud. Cada año mueren como mínimo 700 españoles debido a la exposición involuntaria a ACHT.

Como se ha mencionado anteriormente se considera tabaquismo pasivo a la exposición que sufren los no fumadores a los productos de combustión del tabaco en espacios cerrados. Esta situación puede convertir al no fumador en fumador de 4 - 10 cigarros, dependiendo del tiempo y la concentración de humo que respire, esto se debe a que la concentración de sustancias emitidas al aire por la combustión directa del tabaco es superior a la emitida por la despedida por el fumador. La respuesta social generada a raíz de la publicación en 1986 del estudio de Surgeon General que relacionaba el respirar aire contaminado por el humo del tabaco y el cáncer de pulmón, llevo a los responsables de salud a tomar toda una serie de medidas.

Legislativas tendentes a proteger a los no fumadores del aire contaminado. No obstante la industria tabaquera se ha encargado de patrocinar de forma directa o indirecta estudios que resalten todo lo contrario para mantener viva la polémica y generar incertidumbre entre la población no fumadora.

## **14.1. MORBIMORTALIDAD POR TABAQUISMO PASIVO**

Debido a las altas concentraciones de tóxicos encontradas en aire contaminado por el humo de tabaco (AHT) la Agencia Estadounidense de Protección Medioambiental lo ha clasificado como carcinógeno de clase A, es decir, como aquel para el que no hay un nivel seguro de exposición.

La exposición al AHT puede producir irritación de la conjuntiva y de la mucosa de la nariz, garganta y tracto respiratorio produciendo en las personas expuestas lagrimeo, picor de ojos, congestión nasal con estornudos y tos imitativa.

Según estimaciones se calcula que el AHT es unas 57 más carcinógeno que otros elementos contaminantes así el estudio de Hachshaw et al. que realizaron un meta análisis de 37 estudios epidemiológicos en los que se analizaban la relación entre tabaquismo pasivo y cáncer, concluían que estar casado con una pareja que fumara habitualmente en el domicilio, aumentaba el riesgo de padecer cáncer de pulmón en un 26%, existiendo una clara correlación con el número de horas de convivencia y los años de relación.

Otros estudios demuestran que respirar ACTH aumenta el metabolismo lipídico y consecuentemente la probabilidad de angina de pecho en un 23% y un 25 % de provocar EPOC.

Son pocos los estudios que se han realizado para relacionar las muertes y el tabaquismo pasivo, pero las estimaciones más conservadoras de "Europa contra el cáncer" las cifran en 22.000 fallecimientos/año, en España rondan las 5.000 personas/año.

En relación de los casos de cáncer de pulmón los provocados por el tabaquismo pasivo representan un 2,92% siendo en España un total de 376 casos. Por procedimientos similares se establece que las muertes en niños a consecuencia de respirar ACTH representa un total de 240 niños.

La mortalidad humana por respirar AHT es dos veces mayor que el ocasionada por respirar aire con contaminantes ambientales reconocidos como tóxicos.

Una de las poblaciones más afectadas son las niñas y niños, y en especial los menores de 18 meses pues además de no poder evitar el respirar aire contaminado, la inmadurez de su aparato respiratorio hace que no pueden defenderse de una manera eficaz. A pesar del conocimiento del daño sufrido por respirar aire contaminado la mayoría de los estudios refieren que aproximadamente el 75% de las madres fuman delante de las niñas y niños, y se han detectado niveles de cotinina en orina significativos en una proporción que oscila del 47 al 60 % de las niñas y niños expuestos.

Dependiendo si en la casa fuman uno o das de los progenitores se puede decir que la cantidad de nicotina inhalada pasivamente por el niño equivaldría a un tabaquismo activo de entre 60 a 150 cigarros/ año.

Las afecciones más frecuentes presentadas en las niñas niños, son síntomas respiratorios inespecíficos (tos, esputos, sibilancias) laringotraqueítis, bronquitis, asma, y enfermedades otorrinolaringológicas.

La repercusión sufrida por el feto por el ACHT es un hecho demostrado, tanto si la madre es fumadora activa como pasiva, este acontecimiento es la que ha dado origen a la denominación de “fumador terciario intrauterino”.

Al conjunto de alteraciones presentadas en los fetos de las madres fumadoras se ha llegado a denominar < sdre. del tabaco feta>, que incluiría: bajo peso al nacer, embarazo ectopico, complicaciones obstétricas aumentadas, alteración en los resultados de pruebas funcionales respiratorias y endocrinas.

Algunos estudios refieren que la incidencia de sdre. de muerte súbita del lactante tiene una incidencia tres veces mas en madres fumadoras que en las que no lo son.

Gilliland observó que la mayor afectación se presentaba las pequeñas vías aéreas (MMEF Y FEF<sub>75</sub>) si la exposición era intrauterina mientras que los parámetros más afectados cuando la exposición era tras el parto eran FEV<sub>25-75</sub> /FVC.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ayesta F j. Álvarez S, Benito B. Manual de Tabaquismo para Profesionales Sanitarios.2006.
- Becoña Iglesias, E (coord). (1998). Libro blanco del tabaquismo en España. Barcelona. Glosa Ediciones.
- Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo, Majadahonda, Madrid: Ergón; 2006 Cervilla, Jorge: Depresión y tabaco en ancianos.
- Córdoba García, R; Nerín de la Puerta, I, Manual de Tabaquismo en Atención Primaria. GlaxoSmithKline.
- Fernández Muñoz E., Schiafino Rubinat A., Efectos del humo ambiental de tabaco sobre la salud: revisión de la evidencia científica. Espacios libre de humo. Comité nacional para la prevención del tabaquismo. Ministerio de sanidad y consumo.2006.
- Jiménez Ruiz Carlos; Fagerström Karl Olov. Tratado de Tabaquismo. Pfizer.2007
- Nerín de La Puerta,I; Jané Checa M. Libro Blanco sobre Mujeres y Tabaco, Abordaje con una perspectiva de Género. Comité Nacional Para La Prevención del Tabaquismo. Ministerio de Sanidad y Consumo.



# 15 - PREGUNTAS FRECUENTES A LA HORA DE PLANTEARSE DEJAR DE FUMAR

**Autores:**

**Manuel Ruiz Martínez**

Doctor en medicina CPD de Granada

*mruizmartinez@dipgra.es*

**Francisco Herrera Benítez**

Médico CTA de Linares. Jaén

*franhebe@telefonica.net*



Cuando una persona se plantea dejar el hábito tabáquico le surgen muchas preguntas que la frenan a la hora de tomar la decisión de iniciar tratamiento, por lo que los profesionales tenemos que tener claras las respuestas, para no dejar a la persona paciente con dudas, pues éstas van minando la “fuerza de voluntad” siendo una causa importante de recaídas y abandono de tratamiento.

En este apartado pretendo recopilar las que con mayor frecuencia se pueden presentar en la práctica clínica.

### **1.- ¿Podré dejar de fumar?**

La gran mayoría de las personas que se enfrentan a la decisión de abandonar el consumo de tabaco presentan una gran dificultad a verse como no fumadoras, pues todas sus rutinas diarias, ocio, tiempo de relax, etc. lo tienen muy asociado al consumo de tabaco, de ahí la importancia de recalcar que toda persona es capaz de abandonar el hábito y el éxito o el fracaso no depende de algo ajeno a ella, lo que muchos dan a entender como “fuerza de voluntad”, pues quien fuma puede lograr la abstinencia con un grado de esfuerzo mayor o menor y la superación de la adicción dependen de ir logrando progresos en “su” plan terapéutico.

### **2.- Yo no necesito dejarlo, pues el tabaco no me hace tanto daño como a otras personas incluso conozco a gente que fuma y tiene mucha edad.**

Este tipo de cuestión plantea una resistencia a la hora de abordar el tratamiento, pues la persona paciente no ve el consumo de tabaco como algo perjudicial para su salud, incluso deja entre ver que hay personas que al parecer no le perjudica el consumo de tabaco.

Es necesario incidir que los efectos del tabaco presentan de forma lenta y que su consumo aumenta la probabilidad de contraer enfermedades, si hasta ahora no se ha presentado ninguna ha sido por pura suerte; por eso este es el mejor momento para abandonar su consumo. Las personas que han fumado durante largos periodos de su vida y no han presentado complicaciones graves habría que preguntarse ¿Cuánto tiempo hubieran podido vivir más? Y seguro que la calidad de vida hubiera sido bastante mejor.

### **3.- ¿No soy demasiado viejo para dejar de fumar? ¿Qué voy a conseguir si no fumo?**

Para abandonar el consumo de tabaco nunca es tarde, pues por mucho tiempo que se haya fumando los beneficios son notorios, siendo evidente que cuanto menos tiempo de consumo haya habido la probabilidad de haber desarrollado patología es menor y que a pesar de tener alguna patología influenciada por el consumo de tabaco (EPOC, asma, hipertensión,) el abandono del hábito le proporcionará una mejoría evidente en la sintomatología y por consiguiente una mayor calidad de vida.

#### **4.- Si fumo cigarrillos bajos en nicotina y alquitrán ¿puedo mejorar mi adicción?**

No hay ningún cigarro más saludable que otro, toda ingesta de nicotina y alquitrán es perjudicial para la salud, el fumar cigarrillos de este tipo puede ofrecer la ventaja, como paso previo a la hora de una reducción del consumo de nicotina, siempre que se tenga en cuenta la proporción entre la reducción de nicotina y alquitrán sea equilibrada; pues está demostrado que dosis inferiores a 1mgr. de nicotina no dejan satisfecho al fumador, por lo que la tendencia será a aumentar la cantidad de cigarrillos con el consecuente aumento de niveles de nicotina en sangre y si a esta situación le añadimos que la disminución en los niveles de alquitrán no son similares al final se consigue el efecto contrario: mayor ingesta de alquitrán y aumento de los cigarrillos consumidos.

Otro de los riesgos de fumar productos de los llamados Light es que la persona tiende a aumentar la frecuencia de las caladas haciéndolas a su vez más profundas, con lo que aumenta la temperatura del humo del cigarro y llega mas abajo en el pulmón siendo esta forma de fumar más peligrosa.

#### **5.- He dejado algunas veces de fumar pero siempre recaigo ¡Nunca voy a lograrlo!**

El hecho de haber dejado de fumar en varias ocasiones le indica que es capaz de conseguir la abstinencia, y que sólo habría que planificar el evitar recaídas, situación frecuente en el abandono de las sustancias adictivas. Estas recaídas no son signo de mal pronóstico sino un evento que se puede producir, por lo que el trabajo debe de centrarlo en mantener la abstinencia y prevenirlas.

#### **6.- ¿Es mejor dejarlo de una vez o de forma paulatina?**

Aunque la mayor parte de las personas fumadoras logra la abstinencia de golpe, no todo el mundo puede lograrlo de esa forma; por lo que antes de dejar de fumar es conveniente asesorarse de las distintas técnicas existentes y planificarla de la forma más adecuada a cada caso concreto. También puede darse el caso que una persona que lo haya dejado con un método no siempre le funcione y tenga que decidirse por otro.

#### **7.- Si dejo de fumar ¿recuperaré el daño que me halla causado el consumo de cigarrillos?**

Los beneficios del abandono del consumo empiezan a notarse rápidamente una vez que cesa el consumo y van incrementándose con el paso del tiempo así tenemos:

- A los 20 min. Mejora la circulación periférica, la tensión arterial comienza a normalizarse así como la frecuencia cardiaca.
- A la 8h bajan los niveles de nicotina en sangre y los de monóxido de carbono (CO).
- A las 24 h se inicia la recuperación del olfato y el gusto, mejora el aspecto de la piel debido a la mejoría de la oxigenación de la sangre.
- A las 48h las cifras de monóxido de carbono son prácticamente normales y disminuye el riesgo de sufrir infarto de miocardio.



- A las 72h mejora notablemente la respiración.
- Al año se reduce el riesgo de infarto de miocardio al 50% de las personas que fuman.
- A los 10 años se reduce el riesgo padecer cáncer de pulmón al 50% y el riesgo de padecer infarto se iguala a la población no fumadora.
- A los 15 años el riesgo de sufrir un accidente cerebro-vascular se equipara al de las personas que nunca fumaron.

### **8.- Que es mejor fumar ¿puros o cigarrillos?**

Cada forma de ingerir el tabaco tiene sus riesgos, si bien es verdad que las personas fumadoras de puros o los que lo hacen en pipa tragan menos veces el humo, lo que hace que a nivel pulmonar no tenga tanta repercusión, por el contrario la cavidad bucal esta más expuesta al humo del tabaco, por lo que la patología a este nivel es más frecuente.

No es cierto que una persona habituada a fumar cigarrillos disminuya el riesgo de patología pulmonar pues cuando cambia a fumar en pipa o puros lo hace de la misma forma que cuando fumaba cigarros con lo que el riesgo es como mínimo igual, al que hay que sumar la mayor cantidad de nicotina ingerida.

### **9.- Si dejo de fumar ¿ganaré peso?**

Si bien es cierto que al dejar de fumar se produce un ligero incremento del peso en las primeras semanas o meses en la gran mayoría se vuelve al peso normal después de unos meses.

La mayor parte de las veces el incremento de peso no se debe a hecho de dejar de fumar en sí si no a un incremento de la ingesta de alimentos promovidos para combatir la ansiedad y por que se reconocen mejor los sabores; así si se tiene la precaución de no aumentar las calorías con productos como los frutos secos, dulces, chocolates, o bebidas azucaradas ( que por otro lado aumentan el deseo del consumo de tabaco) si se produjera un aumento de peso este vuelve fácilmente a la normalidad con una leve dieta y algo de ejercicio.

### **10.- Yo cuando fumo normalmente no toso y cuándo e intentado dejar de fumar inicio con una tos que sólo se calma cuando vuelvo a fumar ¿Por qué?**

Si bien esta circunstancia no se da en todos los fumadores es frecuente que se produzca, este fenómeno es debido a que la eliminación de los tóxicos que contiene el tabaco produce un aumento de la mucosidad y movimiento de los cilios de la tráquea por lo que no se debe vivir como algo negativo, sino como la evidencia de la recuperación del pulmón. Si se reinicia el consumo de tabaco las sustancias nocivas bloquean de nuevo los sistemas defensivos y se deja de toser.

### **11.- Cundo deje de fumar perderé concentración.**

Muchas personas fumadoras utilizan el cigarrillo como un estímulo para concentrarse pero la gente que no fuma no tiene problemas de concentración, lo que ocurre es que quien fuma rinde menos bajo el sdre. de abstinencia por lo que tiene que recurrir al consumo para evitarse el malestar y estar mas concentrado, pero es una situación pasajera.

### **12.- Una vez haya dejad de fumar ¿podré fumar en algunas ocasiones?**

Si bien es cierto que hay personas que sólo fuman ocasionalmente o fuman pocos cigarros no es porque hayan reducido su consumo si no por que se trata de personas con una dependencia baja a la nicotina; por lo tanto el hecho de consumir cigarrillos una vez superada la abstinencia las probabilidades de aumentar su consumo y producir una recaída son altas.

### **13.- Cuando he dejado de fumar me noto más triste, si dejo de fumar definitivamente ¿cogeré una depresión?**

Después de haber cesado en el consumo uno de los síntomas de abstinencia que se puede presentar es este, pero si reviste cierta gravedad o dura en el tiempo mas de lo previsto se puede medicar.

### **14.- Si en alguna ocasión me fumo un cigarro volveré a fumar lo mismo que antes.**

Una persona que abandona el consumo si en una circunstancia concreta vuelve a consumir no tiene por que recaer, ahora bien si esa conducta se sigue emitiendo las probabilidades de recaer son mayores. Es la diferencia entre un desliz (consumo aislado) y recaída (cuando la persona instaura el consumo con la misma o mayor intensidad que antes de su abandono).

### **15.-La acupuntura, hipnosis y otras técnicas no médicas ¿son útiles para dejar de fumar?**

La acupuntura, método tradicional chino basado en la estimulación de "puntos energéticos" que aplicado a la abstinencia del tabaco, trata de paliar la sintomatología provocada por el cese en la ingesta de nicotina. Los estudios que la comparan con otros donde se estimulan puntos considerados no útiles, no encuentran diferencias significativas. Atribuyendo el aumento del número de personas que dejan de fumar con esta técnica al "efecto placebo".

Idénticas conclusiones se extraen cuando se analizan la acupresión, la terapia con láser, electroestimulación y la hipnosis.

### **16.- ¿Son útiles los antagonistas opiáceos para el tratamiento de la adicción al tabaco?**

La utilización de este tipo de fármacos se basa en la posibilidad de bloquear los efectos gratificantes causados por la liberación de neurotransmisores inducidos por la ingestión de nicotina.

El más utilizado es la naltrexona y los estudios contrastados que han utilizado este tipo de fármacos concluyen que no es posible refutar sus eficiencias a la hora de prestar ayuda a la hora de dejar de fumar, recomendando la realización de estudios con mayor población.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ayesta F j. Álvarez S, Benito B. Manual de Tabaquismo para Profesionales Sanitarios.2006.
- Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo, Majadahonda, Madrid: Ergón; 2006 Cervilla, Jorge: Depresión y tabaco en ancianos.
- Jiménez Ruiz Carlos; Fagerström Karl Olov. Tratado de Tabaquismo. Pfizer.2007



16 - ANEXOS  
MATERIAL PARA EL USUARIO/A



## 16.1. EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN

### ENTRENAMIENTO EN RESPIRACIÓN ABDOMINAL O DIAFRAGMÁTICA

#### La respiración.

La función de la respiración es la de proporcionar oxígeno al cuerpo y expulsar el dióxido de carbono, un producto de deshecho. Los pulmones no disponen de músculos propios para llevar a cabo la respiración. El diafragma es el músculo más importante de la respiración. Es un músculo grande que separa la cavidad torácica de la cavidad abdominal y sirve de plataforma a los pulmones.

Durante la inhalación el diafragma desciende, de forma que deja más espacio en la capacidad torácica, permitiendo que los pulmones se llenen completamente de aire. Durante la exhalación el diafragma se relaja y vuelve a su posición original, expulsando el aire.

#### La respiración diafragmática.

Existen diferentes métodos de respiración que implican el movimiento de diferentes partes del tronco. La mayor parte de las personas respiran expandiendo y contrayendo el tórax (respiración torácica).

La respiración diafragmática, que implica un movimiento hacia arriba y hacia debajo del abdomen, es un método muy bueno de respiración y de relajación porque permite un intercambio de oxígeno y de dióxido de carbono más efectivo y con menos esfuerzo. Este tipo de respiración también ayuda a incrementar el estado de relajación general.

Las niñas y los niños generalmente utilizan la respiración diafragmática. Los adultos sin embargo, suelen cambiar sus patrones de respiración, generalmente como una forma de adaptarse al estrés. Cuando las defensas psicológicas y fisiológicas del estrés se activan, los músculos pectorales se utilizan para respirar. Con la respiración diafragmática el abdomen sube en cada inhalación, y desciende en cada exhalación.

#### Procedimientos:

- Inicialmente es más fácil practicar la respiración diafragmática estando tumbado en una cama, sofá o alfombra. Cuando ya se pueda respirar fácilmente en esta posición, se debe practicar estando sentado y, finalmente estando de pie.
- Afloja cualquier prenda que te apriete, sobre todo alrededor del abdomen.
- Coloca los pies ligeramente separados. Apoya una mano suavemente sobre el abdomen y otra sobre el pecho. En un principio se recomienda tener los ojos cerrados.
- Toma aire por la nariz porque esto permite que el aire se limpie y se caliente. Expulsa el aire por la boca. Si tienes algún problema nasal también puedes expulsar el aire por la boca.

- Concéntrate tranquilamente en tu respiración durante unos minutos y toma conciencia de que mano está subiendo y bajando en cada respiración.
- Expulsa suavemente todo el aire de tus pulmones.
- Toma aire mientras cuentas lentamente hasta cuatro, aproximadamente un segundo por número. Cuando tomes el aire, eleva ligeramente el abdomen. Deberás sentir el movimiento en tu mano. Recuerda no mover los hombros ni el pecho.
- Mientras inspiras, imagina que una bocanada de aire cálido y relajante entra en tu cuerpo y fluye por todas las partes del mismo.
- Para un segundo después de haber inspirado.
- Expulsa ahora lentamente el aire por la boca contando hasta cuatro. Mientras expulsas el aire el abdomen descenderá.
- Mientras el aire sale de tu cuerpo imagina que la tensión también está saliendo de él.
- Para un segundo después de haber expulsado el aire.
- Si te resulta difícil tomar aire y expulsarlo contando hasta cuatro puedes acortar un poco el cómputo contando hasta tres y posteriormente volver a contar hasta cuatro.
- Repite el mismo procedimiento entre cinco y diez veces: toma aire lentamente, paras, expulsas el aire lentamente, paras. Cuando practiques recuerda que al principio no conseguirás llegar a la parte más baja de los pulmones en cada respiración. Esto mejora con la práctica. La idea es concentrarte pasivamente en respirar lenta y suavemente.
- Si tienes dificultad para conseguir un ritmo regular de respiración, haz una inspiración profunda, mantenla durante uno o dos segundos, después expulsas lentamente el aire por la boca. Repite esto una o dos veces más y vuelve al procedimiento original.
- Ahora trata de repetir el procedimiento de la respiración abdominal o diafragmática: Expulsa el aire que hay en los pulmones. Toma aire lentamente: Uno, dos, tres, cuatro. Paras. Expulsas el aire lentamente: Uno, dos, tres, cuatro. Paras. Tomas aire de nuevo: Uno, dos, tres, cuatro. Paras. Expulsas el aire: Uno, dos, tres y cuatro. Paras. Continuas así hasta repetir el procedimiento entre cinco y diez veces.



## 16.2. LOS BENEFICIOS DE DEJAR DE FUMAR

Tiempo sin fumar	Cambios beneficiosos para la salud
20 MINUTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La presión baja a nivel normal.</li> <li>- La frecuencia del pulso baja a nivel normal.</li> <li>- la temperatura de pies y manos sube a la normal.</li> </ul>
8 HORAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El monóxido del carbono de la sangre baja a lo normal.</li> <li>- El nivel de oxígeno de la sangre sube a lo normal.</li> </ul>
24 HORAS	-la posibilidad de un ataque cardíaco disminuye
48 SEMANAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Las terminaciones nerviosas comienza a regenerarse.</li> <li>-Aumenta el sentido del olfato y el gusto.</li> </ul>
2-12 SEMANAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mejora la circulación sanguínea.</li> <li>-Mejora la capacidad física (ya no se siente cansancio al caminar o hacer ejercicio).</li> <li>-La función pulmonar aumenta hasta un 30%.</li> </ul>
3-9 MESES	-Las células ciliares del pulmón crecen mejorando la habilidad para manejar secreciones bronquiales, los pulmones se limpian y se reduce el riesgo de infección.
5 AÑOS	-Riesgo de enfermedad ataque coronario disminuye a la mitad con los fumadores
10 AÑOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La incidencia de muerte pulmonar disminuye a la mitad.</li> <li>-El riesgo de accidente cerebrovascular disminuye en el lapsus de 5-15 años igualando al riesgo en no fumadores.</li> <li>-El riesgo de cáncer en la cavidad oral, laringe, vejiga, riñón y páncreas disminuye.</li> </ul>
MAS DE 10 AÑOS	-Se iguala el riesgo en enfermedades cardiovasculares de un no fumador

### 16.3. CONSEJOS PARA LOS DIAS PREVIOS AL ABANDONO DEL TABACO

Los siguientes consejos deben ser puestos en práctica hasta el día elegido para dejar de fumar.

Le ayudaran a ir rompiendo lazos con el tabaco y a que el fumar no sea tan placentero. Eso le ayudará posteriormente cuando deje de fumar.

- Compre los paquetes de uno en uno. No acumule tabaco.
- Plantéese por la mañana los cigarros que va a fumar ese día y no pase de esa cantidad. No los apure hasta el final (no fume el último tercio)
- Fume el primer cigarrillo del día después del desayuno. Si ya era así retráselo 10 minutos.
- No acepte cigarrillos que le ofrezcan. Tampoco los pida.
- Hágase incómodo fumar .Guarde tabaco y mechero después de cada cigarrillo y limpie el cenicero. no lo deje a su alcance.
- Rompa lazos “afectivos” .Cambie de marca al acabar cada paquete empezará a gustarle menos. sólo vigile que el contenido en nicotina no sea mayor que el de su marca habitual.
- Limite las zonas para fumar: nunca en la cama, en el coche, ni con niños ni con no fumadores.
- Cuando sienta hambre, en vez de fumar ingiera agua, fruta, o chicle sin azúcar.
- Nunca lleve fuego, para que siempre tenga que pedirlo.
- Cuando desee fumar, espere al menos cinco minutos para hacerlo a veces las ganas pasan.
- No fume inmediatamente después de comer. Levántese, camine o haga algo.
- En casa fume solo en un sitio fijo que sea algo incómodo (la cocina el balcón, no en su sillón favorito).
- Elija una fecha para dejar de fumar, anótela y comuníquese a sus amigos y familiares. Pídale colaboración y paciencia. Advértales que a partir de esa fecha no le den tabaco aunque se lo pida.
- La noche anterior a la fecha elegida, tire el tabaco, tire el tabaco que le quede y esconda ceniceros y mecheros.
- Si alguien de su entorno quiere dejar de fumar, propóngale hacerlo juntos. Se ayudaran mutuamente.

## 16.4. CONSEJOS BÁSICOS QUE LE HARAN MÁS FÁCIL DEJAR DE FUMAR.

Estos consejos al menos algunos de ellos pueden serle útiles durante la fase de acción:

- Repase frecuentemente sus motivos para dejar de fumar. Son más importantes que los motivos que le incitan a fumar.
- Identifique las situaciones en las que más solía gustarle fumar. Anótelas e intente evitarlas.
- Pida a sus allegados que no fumen en su presencia, o si lo hacen, que sea solo en lugares concretos de la casa.
- Rechacen todos los cigarrillos que le ofrezcan.
- Cuide su alimentación e ingiera abundante líquidos.
- Después de comer, tras lavarse los dientes, pasee o realice alguna actividad que le sea agradable.
- Realice ejercicio físico diariamente.
- Si siente deseos de fumar, ingiera agua o fruta y emprenda alguna actividad .Estos deseos duraran pocos minutos.
- Si le cuesta concentrarse, paciencia, no se exija mucho las primeras semanas.
- En caso de nerviosismo o irritabilidad, pasee, tome un baño, haga algo relajante.
- En caso de insomnio evite las bebidas excitantes, relájese antes de acostarse. Si no se soluciona consulte en las sesiones de tratamiento.
- Si se encuentra cansado, aumente las horas de sueño. Si presenta bajo estado de ánimo contacte con personas en su misma situación, por ejemplo en la terapia de grupo, esto le ayudará a superar los momentos más difíciles.
- Si a pesar de todo le sigue apeteciendo fumar cambie de actividad.

**16.5. RECOMENDACIONES PARA AFRONTAMIENTO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE LA NICOTINA.**

Síntoma	Recomendaciones para afrontarlo
DESEO INTENSO DE FUMAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esperar, las “ganas de fumar” pasarán en dos o tres minutos.</li> <li>• Respirar profundamente dos o tres veces seguidas.</li> <li>• Beber agua o zumo. Masticar chicle sin azúcar o comer algo bajo en calorías.</li> <li>• Permanecer ocupado, trabajo, deportes, aficiones.</li> </ul>
IRRITABILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer una pausa, detener la actividad y reflexionar</li> <li>• Dar un paseo</li> <li>• Ducharse o tomar un baño.</li> <li>• Evitar café y bebidas alcohólicas.</li> </ul>
DIFICULTAD DE CONCENTRACION	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No exigir un alto rendimiento durante 2 semanas.</li> <li>• Dormir más.</li> <li>• Realizar deporte o alguna actividad física.</li> <li>• Evitar bebidas alcohólicas.</li> </ul>
DOLOR DE CABEZA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicio de relajación, ducha caliente o baño.</li> <li>• Evitar café o alcohol.</li> <li>• Dormir más.</li> </ul>
AUMENTO DE APETITO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beber mucha agua y líquidos con pocas calorías.</li> <li>• Evitar grasas y dulces.</li> <li>• Aumentar la ingesta de verduras y frutas</li> </ul>
INSOMNIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar té, café y colas por la tarde.</li> <li>• Aumentar ejercicio físico por la tarde.</li> <li>• Antes de acostarse tomar la leche caliente o tila.</li> <li>• Ejercicios de relajación en la cama.</li> <li>• Masajes de pie y/o espalda.</li> </ul>
CANSANCIO DESÁNIMO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener actividad: Trabajo, deporte, aficiones.</li> <li>• Hacer lo que habitualmente le guste más.</li> <li>• Evitar la soledad, busque la compañía de amigos.</li> <li>• Aumentar las horas de sueño.</li> </ul>
ESTREÑIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andar y hacer ejercicio</li> <li>• Dieta rica en fibras.</li> <li>• Beber mucha agua.</li> </ul>

## 16.6 ENTRENAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIONES

SE UTILIZAN SIEMPRE QUE LE ASALTEN DUDAS, TAMBIÉN PUEDE HACERLO EN CUALQUIER MOMENTO.

Piense que es normal dudar ante un cambio tan importante de vida sin embargo REACCIONE PRONTO y no deje que estas dudas minen sus fuerzas y su capacidad. Cada vez que sientas dudas piense y aplíquese autoinstrucciones:

- VOY A MANTENER EL CONTROL.
- ESTOY APRENDIENDO A CONTROLARME.
- LO ESTOY HACIENDO MUY BIEN.
- LO ESTOY CONSIGUIENDO.
- HA PASADO OTRO DIA SIN FUMAR
- ME SIENTO BIEN
- CONSEGUIR LO QUE ME PROPONGO.
- ESTOY ORGULLOSO DE LO QUE HAGO.

Elija las frases que más se adecuen a su forma de sentir.

## 16.7. TECNICAS DE DISTRACCIÓN COGNITIVA

- **Orientación de la atención a sucesos externos no amenazantes.**

Lo que debe captar la atención del sujeto puede ser la concentración en algún estímulo ambiental neutro (por ejemplo, la adivinación del lugar de origen de las personas que pasan por la calle), o, en otros casos, el recuerdo de una situación agradable vivida recientemente.

- **Ocupación de la mente en su tarea absorbente.**

Contar hacia atrás de tres en tres, hacer un trabajo manual absorbente, jugar una partida de ajedrez o resolver un crucigrama puedan ser ejemplos de este tipo de actividad.

- **Ejercicio físico.**

Mantenerse físicamente ocupado ayuda a distraerse de los pensamientos problemáticos. Ejemplos: practicar deporte de forma habitual; lavar el coche, andar sistemáticamente, etc

## 16.8. ¿QUE HACER ANTE UN DESEO IMPULSIVO?

- Piense que se le ha pasado por la cabeza una idea tonta.

- No necesita fumar; simplemente le apetece hacerlo. Las necesidades son ineludibles pero las apetencias pueden rechazarse. Por un mero deseo no puede tirar por la borda todo el progreso que ha hecho en estas últimas semanas. En todo caso, aplace esta decisión hasta mañana, porque se encontrará más tranquilo y lo verá todo más claro.

- Distráigase con alguna actividad o compañía agradable.

## 16.9. CUANDO LAS GANAS DE FUMAR SON MUY INTENSAS.

Esperar de cinco a diez minutos de reloj y mientras tanto:

- Recuerde que el deseo puede ser intenso pero tiene un carácter puntual, transitorio: “VIENE Y SE VA”. No discuta nunca con el deseo de fumar, no permita darse excusas para volver a fumar, no se cuestione su decisión de no fumar.
- Tome un sustituto de tabaco, agua zumo, caramelos...Mantenga las manos ocupadas.
- Reflexione sobre los motivos que tiene para no fumar y los motivos de su dependencia.
- Realice técnicas de respiración que conoce perfectamente, cinco o seis respiraciones.
- Realice actividades que le impidan fumar, ducharse o bañarse, lavar platos, nadar...
- Cuando la idea es persistente y se produzcan rumiaciones, realice la técnica de detención del pensamiento.
- Si esta muy nervioso realice ejercicios de relajación o ejercicio físico.

SI REALIZA ESTAS TÉCNICAS COMPROBARA QUE EL DESEO HA PASADO Y QUE USTED  
NO NECESITA FUMAR.

## 16.10. RIESGO DE AUMENTO DE PESO DESPÚES DE DEJAR DE FUMAR.

Muchas personas que dejan de fumar ganan peso por varias razones:

- Aumento del consumo de calorías al sustituir los cigarrillos por caramelos, galletas y otros alimentos con su contenido elevado de calorías.
- Aumento del apetito por la ansiedad que produce el síndrome de abstinencia.
- Cuando se fumaba, el organismo consumía calorías para eliminar los tóxicos que contiene el tabaco, al dejar de fumar no se consumen calorías por esta razón, con lo que se gastan menos calorías.

Muchas de las recaídas que se producen entre los que intentan dejar de fumar ocurren debido a la ganancia de peso ya que este tema preocupa bastante en la actualidad, sobre todo a las mujeres.

El aumento de peso que se produce generalmente es pasajero debido a que el metabolismo tiende a estabilizarse por sí solo.

Sin embargo si se desea controlar el posible exceso de peso es necesario prestar atención tanto a consumo de calorías como al gasto de las mismas.

La estrategia adecuada para eso es seguir una alimentación equilibrada y variada, así como acostumbrarse a practicar algún ejercicio físico moderado.

El ejercicio físico es muy útil ya que, además de ayudar a controlar el peso sirve para disminuir el aburrimiento y la depresión, también para controlar los niveles de colesterol y para bajar la tensión arterial.

Consejos para una alimentación saludable:

- La dieta debe ser variada, es decir, contener todos los grupos de nutrientes y equilibrada: cada grupo debe consumirse en distintas proporciones.
- Debe aumentarse el consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono y fibra, que deben tomarse en todas las comidas: fruta, verdura, pan integral, cereales, arroz, legumbres, etc.
- Moderar el consumo de alimentos de origen animal, sobre todo las carnes más grasas y los embutidos.
- Consumir grasas fundamentalmente de origen vegetal, el aceite de oliva es el mejor para la salud. Las grasas sólidas (mantequillas, margarinas...) aunque sean de origen vegetal, no son las más recomendables por lo que hay que moderar su consumo.
- Los dulces, helados, pasteles, refrescos azucarados, etc. son alimentos superfluos que sólo proporcionan calorías. Consumirlos de forma ocasional es lo adecuado, aunque al



principio del periodo de abandono del tabaco es mejor suprimirlos.

- Es recomendable disminuir el consumo de alcohol. Si es posible evitarlo durante las primeras semanas sin fumar, que además de que aportan calorías aumentan el deseo de fumar o pueden disminuir el control de las situaciones de riesgo y la decisión de no fumar.
- Es muy recomendable beber agua en cantidad, sobre todo un cuarto de hora antes de las comidas, lo que dará sensación de saciedad y además ayudará a eliminar la nicotina de la sangre. También son recomendables los zumos de fruta naturales.

Consejos para un ejercicio físico moderado.

- La mejor opción del ejercicio moderado es caminar a buen paso, o simplemente pasear.
- No es recomendable, al menos al principio, realizar ejercicios fuertes puesto que el sistema cardiovascular está deteriorado por el tabaco y hay que darle tiempo para que se recupere.
- Es recomendable andar todos los días. Empezar por 10 minutos los primeros días e ir aumentando progresivamente hasta llegar a media hora o una hora diaria.
- El ritmo mantenido es más importante que la velocidad. No debe pararse por ejemplo, a mirar escaparates. El paso debe hacer sentir a la persona que está haciendo un ejercicio, pero éste no debe dificultar la respiración. Si camina en compañía, debe poder mantener la conversación.
- Es conveniente fijar una hora en que todos los días se saldrá a caminar para incorporarlo como una pauta habitual, si se deja para cuando se tenga tiempo no se saldrá a caminar.

Este ejercicio físico, además de gastar calorías sirve de distracción, calma la ansiedad y aumenta la liberación de opiáceos endógenos con lo que se produce una sensación de bienestar y ayuda a aliviar los posibles síntomas de depresión.

## **16.11. CONSEJOS HIGIÉNICOS-DIETÉTICOS QUE AYUDAN A MANTENER LA ABSTINENCIA DURANTE EL PROCESO DE DEJAR DE FUMAR.**

- Beber agua abundante
- Realizar 4 ó 5 comidas ligeras al día, ricas en verduras y ensaladas.
- Evitar las comidas grasas, muy condimentadas, así como los fritos.
- No beber alcohol, café o té.
- Comer gran cantidad de frutas.
- Huir de la rutina y monotonía.
- No acudir a espacios cargados de humos. Pasear por espacios abiertos.
- Tener algún objeto a mano para jugar con los dedos y manos llavero, bolígrafo, canicas, monedas.
- Disfrutar de una ducha de agua fría por la mañana como estimulante y de un baño de agua caliente por la noche como relajante.
- Comer frutas dispuestas en taquitos y no comer caramelos, pipas, frutos secos.
- Descansar y dormir las horas deseadas o al menos las necesarias.

## **16.12. APRENDER A COMER DESPACIO** **Becoña.**

- Poner los cubiertos en la mesa entre bocado y bocado.
- Contar las masticaciones que se realizan en cada bocado.
- Prolongar la duración de la comida, interrumpiendo unos minutos de las mismas y dedicándolos a conservar.
- Disminuir la cantidad de alimento por bocado, empleando cubiertos pequeños.
- Realizar la siguiente secuencia de conductas: introducir una pequeña cantidad de alimento en la boca, dejar los cubiertos en la mesa, masticar despacio y tragar el alimento antes de coger de nuevo los cubiertos para volver a comer.
- Comer todo tipo de alimentos con cubiertos (incluso un bocadillo).

## 16.13. APRENDER A COMER MENOS

### Becoña

- Comer cuando se tiene hambre y no porque es la hora de comer.
- Comer con platos y cubiertos pequeños.
- No comer nunca dos cosas a la vez.
- Servir toda la comida en un plato y retirar las fuentes de la mesa. No comenzar el plato siguiente sin haber retirado las sobras del anterior.
- Aprender a terminar de comer dejando algo de comida en el plato.
- Esperar cinco minutos antes de repetir.
- Comer primero los alimentos preferidos, dejando los que no gustan para el final.
- Retrasar el acto de comer durante unos minutos a partir del momento en que se experimenta la sensación de hambre.
- Comer alimentos que requieren mayor lentitud de ingesta (por ejemplo, alcachofas).
- Levantarse de la mesa inmediatamente después de terminar de comer.

## **16.14. ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DE LA CONDUCTA DE SOBREENGESTA.**

### **Becoña**

- Limitar la conducta de comer a un solo espacio de la casa.
- Establecer un horario fijo para las comidas.
- Eliminar distracciones durante la comida (no leer, no ver la T.V)
- Planificar de antemano lo que se va a comer.
- Preparar las comidas cuando no se tiene hambre.
- Almacenar los alimentos peligrosos (de alto valor calórico) en lugares poco visibles empleando recipientes opacos y que no estén al alcance de la mano.
- Disponer en casa alimentos con bajo contenido calórico.
- Establecer un periodo de tiempo fijo para comer (quitar las sobras de la mesa si se inicia una tertulia de sobremesa).
- Planificar de antemano los alimentos que va a comprar (comprar solo los de la lista de compras, no comprar nada que no esté en la lista, llevar el dinero justo, ir a comprar con el estomago lleno).
- Comprar alimentos que requieren ser cocinados antes de ser consumidos.
- Seleccionar restaurantes que dispongan de una variada carta, de forma que los alimentos a consumir contengan valores calóricos adaptables a la dieta recomendada...

## 16.15. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Ya has dejado de fumar.

- Las recaídas se producen con más frecuencia dentro de los seis meses posteriores a haber dejado de fumar. Por ello, este período puede considerarse el más peligroso y delicado.
  - Repasar los motivos por los cuales hemos dejado de fumar, y tener claras las estrategias para hacer frente a los momentos difíciles que todavía se presentarán, son dos elementos cruciales para la prevención de recaídas.
  - Ser conscientes de que existe el peligro de recaída no implica tener que vivir angustiados por tal posibilidad, sino mantener un mínimo estado de alerta para rentabilizar al máximo el esfuerzo invertido hasta ahora.
  - Recuerda cuando hiciste los registros de en qué situaciones y momentos del día fumabas. Repasa tu “registro diario” te ayudará a recordar qué circunstancias o estímulos ambientales tienes más asociados con el cigarrillo.
  - Además de identificar tus “situaciones de alto riesgo” estás aprendiendo a afrontarlas y superarlas. Mantén tus estrategias personales a puntos, todavía las necesitarás por algún tiempo.
  - Repasa las recomendaciones de “cuando las ganas de fumar sean irresistibles” quizás alguna de ellas ahora te puede ser útil.
  - Pueden ser interesantes otras ideas cuando te sientas desanimado:
    - Llama a un amigo. Proponle salir a dar un paseo, ir al cine, a un concierto.
    - Haz una lista de motivos que te preocupan y piensa en soluciones prácticas.
    - Pasea .Anda cada día un mínimo de 10 minutos.
    - Habla de tu situación con un amigo de confianza, por lo menos, una vez por semana.
    - Procura no dejar espacios vacíos durante tu jornada. Haz una lista de actividades realizar durante tu tiempo libre.
    - Empieza la lectura de algún libro que te interese.
    - Haz una lista de mejoras que podrías hacer en tu casa durante el tiempo libre.
- Pon en prácticas tus planes y experimenta la sensación que te producirá cumplir con tus objetivos.

## 16.16. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.

Las situaciones en las cuales las personas ex-fumadoras tienen un mayor riesgo de recaer nuevamente en el hábito son:

- Crisis vital, muerte de un ser querido, enfermedad o divorcio.
- Beber alcohol y/ o consumir drogas.
- Comer o fumar con fumadores.
- Después de almorzar o cenar, cuando se está muy relajado.
- Presiones y dificultades en el trabajo.
- Discusión con un familiar o con la pareja.
- Depresión.
- Aburrimiento.

Intente imaginarse en esas situaciones. Piense como reaccionaría, e imagine que debería hacer para no fumar. REVISE SU LISTA DE ALTERNATIVAS E IMAGINESE A SÍ MISMO PONIÉNDOLAS EN PRÁCTICAS. Haga este ejercicio para cada situación, y si no se siente seguro en alguna de ellas, repítala con el mayor lujo de detalles. No se limite a decirlo único que tengo que hacer es no fumar”.REPASE SUS ESTRATEGIAS DE AUTOCONTROL Y SUS ALTERNATIVAS AL TABACO.

EL PREPARARSE MENTALMENTE A UNA SITUACIÓN MEJORARÁ SU REACCIÓN A LA MISMA, Y SOBRE TODO, ÉSTA NO LE COGERÁ POR SORPRESA.

## 16.17. EN CASO DE CAÍDA O RECAÍDA:

Deje de sentirse culpable y avergonzado, lo importante es que está leyendo esta sección y por tanto todavía quiere dejar de fumar. ¡COMIENCE AHORA MISMO!

### **RECORDAR SI OCURRE UN DESLIZ**

- LAS DESVIACIONES DE UN PROGRAMA NO SON ALGO FUERA DE LO NORMAL. SIMPLEMENTE HAS COMENDIO UN ERROR. NO HAS FRACASADO.
- UN DELIZ SIGNIFICA SIMPLEMENTE QUE DEBES TENER MAS CUIDADO LA PRÓXIMA VEZ.
- ESTUDIA TUS PROPIOS ERRORES Y APRENDE DE LA EXPERIENCIA ¿QUE TÉCNICA PODRÍAS UTILIZAR PARA CONTROLAR LA TENTACIÓN EN CIRCUNSTANCIAS SIMILARES?
- NO TE SIENTAS CULPABLE, FRUSTRADO NI DESAMINADO.
- VUELVE A DEJAR DE FUMAR AHORA. NO MAÑANA O LA SEMANA PRÓXIMA, AHORA.

## 16.18. IDEAS ERRÓNEAS SOBRE EL TABACO

- Para conseguir relajarme, tengo que fumar.
- La vida sin fumar será muy triste.
- Fumo cigarrillos bajos en nicotina, no corro riesgo.
- Tengo que morir, ¿que me importa de qué?
- Ya he intentado dejarlo y no puedo.
- Si dejo de fumar engordaré.
- Fumar me ayuda a relacionarme con los demás.
- Llevo muchos años fumando y el daño ya está hecho.
- Para concentrarme necesito fumar.
- Un cigarrillo en la mano me hace más atractivo, me da estilo.
- Preocupémonos más por la contaminación ambiental.
- Como no fumo mucho, no me perjudica.
- No me hace daño, tengo una salud estupenda.
- No está totalmente demostrado que el tabaco produzca cáncer.
- Puedo dejarlo cuando quiera.
- Tengo una gran dependencia física imposible de vencer.
- Mi abuelo murió sano a los ochenta años y fumando.
- Prefiero estar mal fumando que mal sin fumar.
- Si las recaídas son frecuentes, ¿para qué dejarlo ahora?
- Este no es un buen momento para dejarlo.

- **Para conseguir relajarme, tengo que fumar.**

Muchas personas encuentran alivio a sus tensiones sin utilizar el cigarrillo como instrumento de ayuda para afrontar las situaciones tensas de cada día. Al dejar de fumar es necesario aprender a relajarse sin utilizar el cigarrillo. Un programa de tratamiento adecuado puede ayudar a este objetivo.

- **La vida sin fumar será muy triste**

Algunas personas fumadoras encuentran como un “vacío” cuando dejan de fumar. Es una señal de hasta que punto ha llegado a formar parte de su ser el tabaco. Más triste es desde luego, enfermar seriamente por causa del tabaco o morir tempranamente. El proceso de dejar de fumar incorpora estrategias que ayudan a buscar sentido a las pequeñas cosas de la vida cotidiana.

- **Fumo cigarrillos bajos en nicotina, no corro riesgo**

Las concentraciones de productos tóxicos en estos cigarrillos son menores: sin embargo, esto no quiere decir que su consumo sea saludable ni menos perjudicial para las personas que cambian a este tipo de productos. Las personas fumadoras que se pasan a los cigarrillos bajos en nicotina tienden a inhalar más profundamente que antes, debido a la necesidad de mantener su nivel habitual de esta sustancia en la sangre. Esto hace que el riesgo asociado a su consumo pueda mantenerse igual o incluso aumente. No existe ninguna forma segura de fumar.

- **Tengo que morir que me importa de que para que quiero morir sano si, al fin y al cabo, he de morir**

No cabe duda que todos hemos de morir. Cada persona es libre de marcar sus prioridades en su vida, si ésta bien informada y valora los pros y contras de cada opción. Sin embargo fumar acorta la vida y disminuye sensiblemente la calidad de los años vividos.

- **Ya he intentado dejarlo y no puedo**

Dejar de fumar requiere tiempo. Se trata de un proceso en el que se suceden etapas y, con frecuencia, hay vuelta atrás: la recaída. Recaer no es deseable, pero se puede aprender de la recaída y estar alertado para el próximo intento. Cada vez que se intenta seriamente dejar el tabaco se aprende algo que ayudará en el próximo intento.

- **Si dejo de fumar ,engordare**

Algunas personas engordan al abandonar el tabaco, en parte porque comen más y en parte a causas de alteraciones de metabolismo. Solo un tercio del total de exfumadores gana peso. Otro tercio permanece como estaba, con un posible aumento momentáneo de 2 o 3 Kg. El resto de exfumadores pierden peso, generalmente gracias al inicio de programas combinados de ejercicio físico y dieta. En todo caso, el posible problema de aumento de peso tiene solución, es prevenible siguiendo una dieta equilibrada y es menos dañino para la salud que seguir fumando.



- **Fumar me ayuda a relacionarme con los demás**

La dependencia psicológica que ocasiona el tabaco se manifiesta en que afecta todas las facetas de la vida del fumador, incluyendo las relaciones. El proceso de abandono del tabaco incluye ayudas y consejos para relacionarse con las personas sin la necesidad del tabaco.

- **Llevo muchos años fumando y el daño ya está hecho, " para que dejarlo ahora"**

La mayor parte del riesgo que sufre un fumador se reduce al dejar el hábito y a medida que aumenta el tiempo de abstinencia. Los peligros de la mayoría de las enfermedades se reducen casi por completo entre los cinco y diez años desde el abandono del consumo. Pasado este período, los riesgos se equipararán prácticamente a los de una persona que nunca ha fumado.

- **Para concentrarme necesito fumar**

El hábito de fumar se asocia fuertemente a las actividades y funciones cotidianas del fumador. Este es uno de los muchos indicadores de la dependencia psicológica que ocasiona fumar. Es necesario, durante el proceso de deshabituación, encontrar estrategias que ayuden a la concentración sin necesidad del cigarrillo, en lo posible con ayuda profesional. Muchas personas exfumadoras pueden realizar actividades que requieran mucha concentración sin volver a fumar.

- **Un cigarrillo en la mano me hace más atractivo , me da estilo**

Fumar se incorpora a la propia imagen del fumador de tal manera que no llega a "verse" sin fumar. Los conceptos de atractivo y estilo son mudables con el tiempo y los contextos sociales donde uno se mueve. Si bien estos aspectos pudieron actuar como motivos para iniciarse en el consumo de cigarrillos a pesar de las sensaciones

- **Por que no nos preocupamos más de la contaminación ambiental.**

Reconocer los riesgos asociados al consumo de tabaco no significa olvidarse de otros problemas relacionados con la polución y el deterioro del medio ambiente, sino todo lo contrario. Es contradictorio estar a favor del control y respecto medioambientales y no valorar el producto que mayor daño produce en el ámbito individual. Es contradictorio estar a favor del control y respecto medioambiental y no valorar el producto que mayor daño produce en el ámbito individual y doméstico. La persona que fuma al inhalar el humo del tabaco introduce en sus pulmones unas concentraciones tóxicas 400 veces superiores a las máximas toleradas en las plantas industriales que soportan mayor polución ambiental. La acumulación de monóxidos de carbono en el aire espirado por un fumador es entre 30 y 50 veces superior a la de una persona que no fume y viva en una ciudad sometida a unos altos niveles de contaminación atmosférica.

- **Como no fumo mucho, no me perjudica**

La única cantidad que se puede tomar sin que afecta a la salud es cero, No es cierto que fumando poco tabaco evite los riesgos asociados a su consumo. Sí es verdad que el peligro de padecer enfermedades causadas por el tabaco se incrementa al aumentar el número de cigarrillos fumados, lo cual no implica que exista una cifra mínima recomendable, Por debajo que sea el uso,

el riesgo es siempre muy superior para una persona que fuma que para una persona que no lo hace.

- **A mi no me hace daño, tengo una salud estupenda.**

En el humo de la corriente principal (inhalada) y de la corriente secundaria (humo del cigarrillo en el ambiente) se han identificado más de 3.900 constituyentes. Los efectos de aquellos con actividad biológica tóxica o cancerígena para el hombre han sido especialmente analizados en el laboratorio. La mayoría de los efectos perniciosos del humo del tabaco, aparte de producir cáncer, se deben a la presencia de monóxido de carbono, amoníaco, ácido cianhídrico y acroleína entre otras sustancias. Si todavía no ha detectado daños ocasionados por el tabaco es cuestión de tiempo.

- **No está totalmente demostrado que el tabaco produce cáncer**

El consumo del tabaco constituye la principal causa aislada y evitable de mortalidad en España. No existe duda alguna de que el tabaco es el principal factor causante del cáncer de pulmón, laringe y cavidad bucal. Su consumo es el responsable del 80 y 90 % de los casos de cáncer de pulmón entre hombres y su importancia en las mujeres está aumentando tan rápidamente que en los países donde éstas empezaron primero a fumar masivamente, la muerte por esta causa ha desplazado al fallecimiento por cáncer de mama, más común entre las mujeres. Una de cada 4 muertes producidas en hombres y una de cada 50 en mujeres se debe al consumo de tabaco. La tercera parte de estas defunciones son prematuras y ocurren en personas menores de 65 años, lo que representa una pérdida de expectativa de vida de 20 años de media respecto a los no fumadores. El riesgo de desarrollar un cáncer de pulmón se halla estrechamente relacionado con el número de cigarrillos fumados y la edad de inicio de consumo. Las personas fumadoras que dejan su hábito reducen de forma importante el riesgo de contraer cáncer de pulmón así pasados entre 10 y 15 años desde que se ha abandonado el consumo, el peligro se acerca al de las personas que no han fumado nunca.

- **Puedo dejarlo cuando quiera**

El cigarrillo es una forma altamente efectiva de suministro de nicotina. Esta sustancia es la responsable de la dependencia física y psicológica al tabaco. Es potente neuroestimulante que actúa a nivel central y periférico. Muchas personas desean dejar de fumar a lo largo de su vida y no siempre lo consiguen con facilidad. Con frecuencia es necesario la ayuda del personal de salud u otros profesionales especializados. Dejar de fumar no es un acto de "fuerza de voluntad" si no que precisa de motivaciones potentes que hagan balance de los pros y los contras del hábito y de aprendizajes que ayuden a realizar las actividades cotidianas que en el período de fumador estaban asociadas con el tabaco.

- **Tengo una gran dependencia física imposible de vencer**

El grado de dependencia física al tabaco está en relación directa con la cantidad de cigarrillos que se fuma y el tiempo que se lleva fumando. No es fácil separarla, y con frecuencia se requiere ayuda profesional y medicación para pasar el síndrome de abstinencia. Con todo, la dependencia física es lo primero que se soluciona en el proceso de abandono del tabaco, siendo más costoso el abordaje de la dependencia psicológica. Por otro lado, que sea difícil no quiere decir que sea imposible y que no merezca la pena ponerse a ello.

- **Mi abuelo vivió mas de 90 años muy sano y fumando**

Su abuelo tuvo suerte, pero lo cierto es que cuanto más se fuma una persona y más años lleva fumando, incrementa de forma importante su riesgo de padecer y morir prematuramente a causa del tabaquismo. Por otra parte, en épocas anteriores, la frecuencia con que se fumaba y la propia presentación comercial del tabaco de liar hacía que el consumo fuera menor que el que se realiza actualmente.

- **Prefiero estar mal fumando que mal sin fumar**

Las ventajas de dejar de fumar son muchas y, si bien al principio puede ser difícil pasado un periodo de tiempo desaparecen las sensaciones negativas y se siente una gran satisfacción por haber superado una adicción, y por experimentar mejoras en la vida cotidiana y en la salud.

- **Esto no es un buen momento para dejarlo**

Cualquier momento puede ser bueno para dejarlo, si la persona fumadora está preparado para ello. Desde luego dejar de fumar requiere estar preparado para ello. Desde luego dejar de fumar requiere tiempo y esfuerzo, así que conviene planificar bien el momento de dejarlo y prepararse, deseablemente con ayuda de profesionales.

## **16.19. DIEZ PRINCIPIOS PARA CONSOLIDAR LA NUEVA CONDUCTA:**

1. No piense que tendrá que estar toda la vida sin fumar, preocúpese tan sólo por el día presente.
2. Evite tentaciones. Mantenga encendedores, cerillas, ceniceros y tabaco fuera de su presencia.
3. Busque mayormente la compañía de sus amigos no fumadores. Informe de las ventajas de dejar de fumar a aquellos que todavía fuman.
4. Tenga siempre a punto algo para picar o masticar: Fruta fresca, frutos secos, chicles sin azúcar, una zanahoria...cualquier cosa menos cigarrillos.
5. Durante el día hay momentos peligrosos, los pequeños descansos del trabajo, cuando va a tomar algo, tengo mucho cuidado y tenga muy claras las conductas alternativas precisas con las que afrontará el peligro.
6. Contenga el deseo imperioso de fumar, que cada vez será más esporádico y menos intenso, inicie actividades que le distraigan, le gusten y le gratifiquen.
7. Aprenda a relajarse sin cigarrillos. Haga respiraciones profundas soltando el aire lentamente y diciéndose a sí mismo "tranquila o tranquilo", cada vez que se sienta tenso.
8. Recuerde su lista de razones para no fumar, téngala a mano y repásela de cuando en cuando. Piense si ahora que no fuma puede añadir nuevas razones a su lista inicial.
9. Aparte el dinero que ahorra cada día. Después de unos meses de abstinencia, hágase un regalo a sí mismo.
10. No ceda nunca ni siquiera por un cigarrillo.



