



SOCIDROGALCOHOL

Guía clínica

para ayudar a los fumadores a

Dejar de fumar

Elisardo Becoña Iglesias

SOCIDROGALCOHOL

Guía clínica

dejar de fumar

Elisardo Becoña Iglesias

Junta Directiva de Socidrogalcohol
Universidad de Santiago de Compostela

EDITA: Socidrogalcohol • TIRADA: 2.500 ejemplares

PORTADA: *Martin Impresores, S.L.*

DEP. LEGAL: V-1388-2004

IMPRIME: MARTIN IMPRESORES, S.L. • Pintor Jover, 1 - 46013 VALENCIA

SOCIDROGALCOHOL

C/. Rambla, 15, 2ª, 3ª • 07003 Palma de Mallorca

Tel.: (+34) 971727434 • Fax: (+34) 971213306

E-mail: adicciones@socidrogalcohol.org

www.socidrogalcohol.org

Índice

1. Conceptos básicos sobre el tabaco y los fumadores 7

1. Introducción **8**
2. ¿Por qué se fuma? **9**
3. Prevalencia del consumo de cigarrillos **10**
4. Tabaco y salud. ¿Es tan grave el problema? **12**
5. El fumador pasivo y las regulaciones que le protegen **13**
6. La dependencia de la nicotina **14**
7. Beneficios que tiene dejar de fumar **16**
8. ¿Por qué debemos ayudar a todo fumador a dejar de fumar? **18**
9. Hoy disponemos de tratamientos efectivos para dejar de fumar **19**
10. Si yo no fumo, podré tratar mejor a mis pacientes fumadores **20**

2. Evaluación del fumador 21

1. Introducción **22**
2. Entrevista **22**
3. Pruebas médicas complementarias **23**
4. Diagnóstico de la dependencia **23**
5. Evaluación de la motivación para dejar de fumar **26**
6. Evaluación de probable psicopatología asociada **27**
7. Autorregistros **28**
8. Medidas fisiológicas **29**

3. Cómo ayudar a los fumadores a dejar de fumar, según su nivel de motivación 31

1. Los estadios de cambio en los fumadores:
los que quieren y los que no quieren dejar de fumar **32**
2. Estrategias generales para incrementar la motivación para
dejar de fumar en los fumadores en todos los estadios de cambio **32**

3. Cómo ayudar al paciente desmotivado (fase de precontemplación) **37**
4. Cómo ayudar al paciente que empieza a pensar que puede ser una buena idea dejar de fumar (fase de contemplación) **39**
5. Cómo ayudar al paciente que quiere dejar de fumar (fase de preparación para la acción) **44**
 - Tratamiento psicológico **45**
 - Tratamiento farmacológico **48**
 - Terapia sustitutiva con nicotina **48**
 - Bupropión **53**
6. Cómo ayudar a que el fumador abstinente se mantenga sin fumar y no recaiga **55**
7. Cómo ayudar al fumador que deja de fumar, recae, vuelve a dejar de fumar, recae, y así sucesivamente **58**

4. Aspectos clínicos que se deben tener en cuenta en el tratamiento de los fumadores **61**

1. Cuando existe psicopatología asociada **62**
 - 1.1. Fumar y trastornos del estado de ánimo: depresión mayor **63**
 - 1.2. Fumar, ansiedad y estrés **65**
 - 1.3. Fumar y consumo de drogas, especialmente alcohol **66**
 - 1.4. Fumar y esquizofrenia **67**
 - 1.5. Fumar y trastorno de déficit de atención con hiperactividad **67**
2. El problema del incremento de peso en la abstinencia **68**
3. Cuando el fumador quiere reducir el consumo pero no quiere dejar de fumar (reducción de daños) **70**

5. Respuestas a las preguntas más frecuentes que nos puede hacer un fumador **71**

Bibliografía para ampliar **77**

Para conocer más sobre el tema, a través de los recursos en Internet **78**

Guía clínica

para ayudar a los fumadores a
Dejar de fumar

Elisardo Becoña Iglesias

SOCIDROGALCOHOL

1. Conceptos básicos sobre el tabaco y los fumadores

1. Introducción **8**
2. ¿Por qué se fuma? **9**
3. Prevalencia del consumo de cigarrillos **10**
4. Tabaco y salud. ¿Es tan grave el problema? **12**
5. El fumador pasivo y las regulaciones que le protegen **13**
6. La dependencia de la nicotina **14**
7. Beneficios que tiene dejar de fumar **16**
8. ¿Por qué debemos ayudar a todo fumador a dejar de fumar? **18**
9. Hoy disponemos de tratamientos efectivos para dejar de fumar **19**
10. Si yo no fumo podré tratar mejor a mis pacientes fumadores **20**

1. Introducción

El tabaco constituye un grave problema de salud pública, el primer problema de salud pública. Estamos ante una epidemia en términos de salud. Por ello, si queremos mejorar la salud de cualquier país desarrollado la mejor medida que se puede tomar es conseguir reducir el número de fumadores de la población. De ahí que fumar cigarrillos es la primera causa de muerte evitable en nuestro país.

Las personas no fuman por casualidad. En el tabaco hay una sustancia psicoactiva, una droga, que es *la nicotina*. La nicotina no sólo es adictiva sino que también es tóxica. Fumada en forma de cigarrillos se absorbe a través del árbol bronquial y los alvéolos pulmonares. En menos de 10 segundos la inhalación del humo del tabaco, después de llegar a los pulmones, atraviesa la barrera hematoencefálica. De ahí su potencial adictivo, su rapidez de acción y su poder como reforzador. Su acción se manifiesta en los sistemas nervioso central y periférico, cardiovascular, endocrino, gastrointestinal y neuromuscular.

Otro componente importante de la combustión del tabaco es el *alquitrán*. Éste es una sustancia con aspecto untuoso, de color oscuro, olor fuerte y de sabor amargo. Es uno de los principales componentes sólidos de los cigarrillos. Se produce en la combustión del papel del cigarrillo y del tabaco. En él van una gran variedad de componentes, algunos son carcinógenos (ej., benzo-a-pireno) o cocarcinógenos, con un papel activo en la génesis de procesos tumorales en el organismo. Es el responsable del cáncer de pulmón, de otros cánceres y de diversas enfermedades respiratorias. Y, junto a ambos, está el *monóxido de carbono* (CO). Éste es un gas incoloro, que procede de la combustión del cigarrillo, y es de elevada toxicidad. El CO, una vez absorbido a través de la vía pulmonar, se combina con la hemoglobina formando la carboxihemoglobina (COHb). La COHb impide la fijación del oxígeno en los hematíes, lo que limita el abastecimiento del oxígeno al organismo. Desempeña un papel de primer orden en las lesiones en el feto, en el bajo peso al nacer, en el infarto agudo de miocardio, muerte súbita, arteriosclerosis y enfermedades respiratorias crónicas.

Y así podríamos seguir con otros muchos componentes nocivos que se desprenden en la combustión del tabaco como son los fenoles, ácido fórmico, formaldehído, acroleínas, el cianuro de hidrógeno, el óxido nitroso, etc.

➔ *La evidencia actual muestra que el 50% de las personas que fuman van a morir a causa del tabaco: ningún otro factor de riesgo tiene esa importancia. La evidencia actual también muestra que si un consejo aislado en una persona que fuma y acude a nuestra consulta por cualquier motivo tiene un 5% de efectividad, la intervención sistemática acompañada por el uso de fármacos cuando es necesario se acerca a cifras de éxito al año de un 20%, no lejanas del grado de control correcto que obtenemos en los pacientes hipertensos.*

Fuente: Cabezas MC. Ayudar a dejar de fumar desde la atención primaria: algunas ideas para pensar. Prevención Tabaquismo 2002; 4: 45-46.

Todo lo anterior demuestra la necesidad de ayudar a nuestros pacientes fumadores a dejar de fumar. O, al menos, a que les facilitemos el proceso que les lleve a que se planteen dejar de fumar a corto, medio o largo plazo. Y que, por ello, dejen lo antes posible de fumar.

2. ¿Por qué se fuma?

El consumo de tabaco va incrementándose poco a poco, una vez que se prueban los primeros cigarrillos, desde la niñez y adolescencia, hasta la juventud y la edad adulta, que es cuando se consolida la adicción y dependencia de la nicotina. La consolidación del consumo viene determinado por varios factores: de tipo biológico, psicológico y social. Hay que considerar los tres conjuntamente, igual que hacemos cuando hablamos de cualquier otra droga.

Los efectos psicofarmacológicos de la nicotina se deben al poder reforzante de la nicotina, que actúa tanto a través del reforzamiento positivo (satisfacción, placer, disfrute) como del reforzamiento negativo (evitación de los efectos negativos de la abstinencia). La nicotina tiene un poderoso efecto psicofarmacológico sobre el SNC. Se absorbe rápidamente y llega en pocos segundos al cerebro al atravesar la barrera hematoencefálica. Produce efectos eufóricos y sedativos modulados por la dosis, procesos neuroendocrinos, etc. Además, la ingestión continua de nicotina como cualquier otra droga, produce tolerancia, dependencia y síntomas de abstinencia físicos y psicológicos al dejar de fumar.

¿Por qué ocurre esto? Porque en nuestro cerebro tenemos receptores nicotínicos que se activan y sensibilizan cuando se fuma. Si no se fuma no se activan ni sensibilizan. Si se fuma, comienza el proceso adictivo. El resultado final, ser o no dependiente de la nicotina, va a depender de la historia biológica y genética previa, los procesos de aprendizaje, la motivación, expectativas, metas, cogniciones y medio social en el que vive. Por ello la sustancia no es suficiente para explicar la dependencia. Hay que considerar la sustancia, el individuo y su entorno. Pero cuando se fuma, se incrementa el riesgo de desarrollar una adicción a la nicotina, lo que no ocurre con otros productos de la naturaleza (ej., las naranjas), cuando no existen receptores específicos que permiten llevar a sus consumidores a la adicción.

A partir de aquí el fumador establece distintas asociaciones condicionadas, a partir del potente reforzador que es la nicotina. Poco a poco las asociaciones se multiplican y, al final, el fumador tiene que fumar en múltiples situaciones. La nicotina cumple un gran número de funciones: herramienta psicológica para manejar un estado de ánimo negativo, reducir el estrés, afrontar mejor todo tipo de situaciones, controlar el peso, etc. Por otro lado, el tabaquista va negando, minimizando o considerando que las informaciones negativas sobre el tabaco no le incumben a él; en todo caso, le afectarán a otros fumadores. Esa sensación de inmunidad viene facilitada por la aceptación, facilitación y potenciación del consumo en nuestro medio, a partir del consumo en el entorno inmediato (cónyuge, familiares, amigos, compañeros, etc.), la potenciación del tabaco en los medios de comunicación, las polémicas sobre el tabaco y las informaciones sesgadas, junto a la publicidad directa e indirecta sobre el tabaco a menudo a cargo de

figuras de identificación, sobre todo orientadas a los más jóvenes, que aparecen fumando o haciendo ostentación de fumar.

Cuadro 1. Factores implicados en la consolidación (uso regular) del consumo de tabaco

- Efectos psicofarmacológicos de la nicotina
 - Poder reforzante de la nicotina (reforzamiento positivo)
 - Evitación de los efectos negativos de la abstinencia (reforzamiento negativo)
- Asociaciones condicionadas con fumar
 - Situaciones
 - Características positivas ante los fumadores y ante fumar
- Negación, minimización o despersonalización de las consecuencias del tabaco en la salud
- El tabaco como herramienta psicológica
 - Reducción del 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

Fuente: Becoña E. Adquisición y mantenimiento de la conducta de fumar. En Bobes J, Casas M, Gutiérrez M, eds. Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Barcelona: Ars Médica, 2003; p. 382-393.

3. Prevalencia del consumo de cigarrillos

La relevancia que tiene el hábito tabáquico deriva de su elevada prevalencia en cualquier población humana. Por suerte, dadas las consecuencias del tabaquismo para la salud, y las campañas y acciones que se han puesto en marcha en estos últimos años, su prevalencia ha descendido en España, al menos en la población masculina. Sin embargo preocupa el aumento del tabaquismo en los adolescentes.

Según los últimos datos disponibles en España de la Encuesta Nacional de Salud fuma el 34.4% de la población española con 16 o más años. El porcentaje de fumadores varones es más alto que el de las mujeres (39.1% versus 24.6%). Sin embargo, entre los 16 y 24 años fuman más mujeres (42.7%) que varones (40.8%), lo cual es un fenómeno nuevo y preocupante en la historia del consumo de tabaco, que también se ha observado en la población joven de otros países desarrollados estos años. En el grupo de 25 a 44 años, casi la mitad son fumadores. A partir de esta edad hay un importante porcentaje de ex-fumadores. La suerte es

que un importante porcentaje de nuestros fumadores fuma poco, menos de 10 cigarrillos día o de 11 a 20 cigarrillos. A estos les será más fácil dejar de fumar.

Figura 1.
Consumo de tabaco en España en hombres y mujeres por edades
 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003)

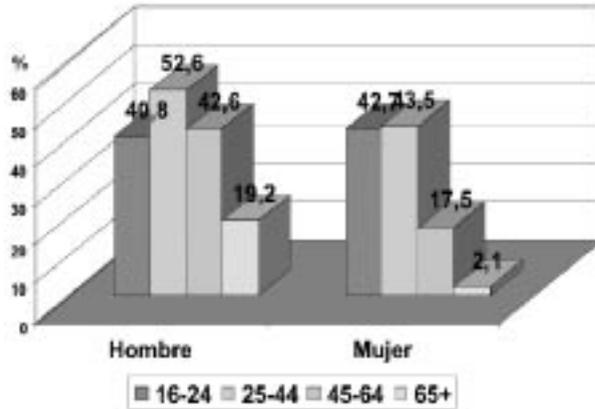


Figura 2.
Evolución de los fumadores en España por sexo (16 y más años)
 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003)

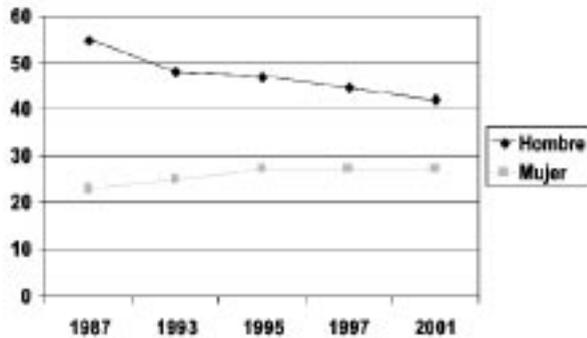
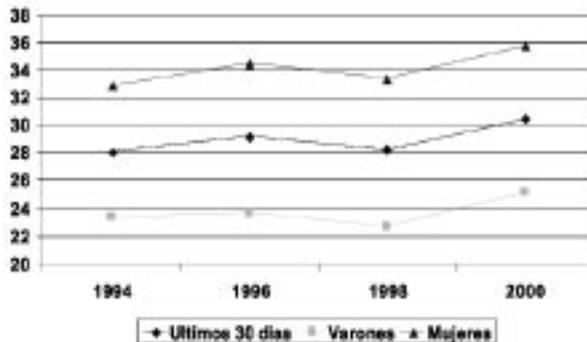


Figura 3.
Evolución del consumo de tabaco en estudiantes de secundaria
 (Plan Nacional sobre Drogas, 2002)



4. Tabaco y salud, ¿es tan grave el problema?

Cada diez segundos, una persona muere en el mundo como consecuencia del consumo de tabaco. Los productos del tabaco han sido los responsables de unos tres millones de muertes cada año durante la década de los noventa, y el número de muertes sigue aumentando. A menos que la tendencia de fumar tome otra dirección, la cifra podría alcanzar los diez millones de muertes al año dentro de 20 ó 30 años, produciéndose el 70% de estas muertes en los países en desarrollo.

Las consecuencias del tabaco en la salud son conocidas desde hace décadas, con una clara asociación entre fumar y distintas enfermedades, siendo en algunas de ellas una relación causal, como el cáncer de pulmón. Fumar cigarrillos es responsable de un gran número de cánceres, especialmente el de pulmón, que resulta ser el cáncer más frecuente en varones y el segundo, en las mujeres. En Estados Unidos, el tabaquismo ya es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer. Otros cánceres en los que hay una clara relación con fumar son los de la cavidad oral, esófago, laringe, vejiga y páncreas. A su vez fumar es el principal responsable de la enfermedad obstructiva crónica (bronquitis crónica y enfisema). Otro conjunto de enfermedades donde el tabaco tiene una gran relación es la cardiopatía. Cada año fumar explica miles y miles de muertes prematuras en personas fumadoras con cardiopatía, causada en muchos casos o agravada por el tabaco. Igualmente otros problemas cardiovasculares, como las enfermedades de las arterias, arteriolas y capilares, tienen su causa en fumar cigarrillos. Otras enfermedades relacionadas con fumar son la úlcera péptica (úlceras de estómago y úlcera duodenal), las alteraciones en la mujer fumadora y en el feto (como fumador pasivo), desde bajo peso al nacer, mayor tasa de abortos, nacimientos prematuros, muerte perinatal, complicaciones placentarias y mayor índice de enfermedades infantiles. Fumar también acelera la aparición de la menopausia en la mujer, contribuye a la impotencia en el varón, altera la formación de espermatozoides, envejecimiento cutáneo prematuro, etc., etc. Miles y miles de estudios bien diseñados y con adecuadas muestras avalan estos datos.

En España mueren actualmente, de modo prematuro por fumar cigarrillos casi 56.000 personas.

Figura 4.

Mortalidad por cáncer de pulmón en España (1975-1998) en hombres (López-Abente, 2002)

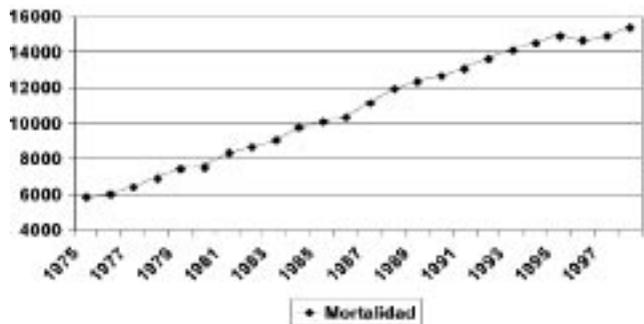
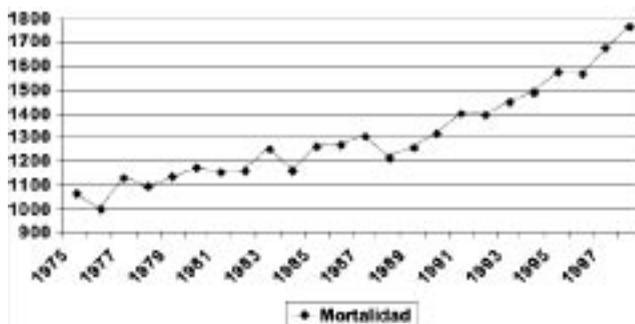


Figura 5.

Mortalidad por cáncer de pulmón en España (1975-1998) en mujeres (López-Abente, 2002)



Cuadro 2. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España, en 1998

| Causas de muerte | Varones | Mujeres | Total |
|--------------------------------------|---------------|--------------|---------------|
| Tumores malignos | 20.932 | 1.108 | 22.040 |
| Labio, boca, faringe | 1.696 | 83 | 1.779 |
| Esófago | 1.257 | 64 | 1.321 |
| Páncreas | 559 | 132 | 691 |
| Laringe | 1.406 | 29 | 1.435 |
| Tráquea, bronquios, pulmón | 14.001 | 663 | 14.664 |
| Cuello del útero | 0 | 81 | 81 |
| Vejiga | 1.461 | 40 | 1.501 |
| Riñón | 552 | 16 | 568 |
| Enfermedades cardiovasculares | 18.213 | 1.885 | 20.097 |
| Cardiopatía isquémica | 6.548 | 569 | 7.116 |
| Otras cardiopatías | 4.724 | 576 | 5.300 |
| Cerebrovascular | 4.557 | 546 | 5.103 |
| Otras circulatorias | 2.384 | 194 | 2.578 |
| Enfermedades respiratorias | 12.286 | 1.189 | 13.475 |
| EPOC | 10.626 | 1.004 | 11.629 |
| Otras respiratorias | 1.660 | 185 | 1.846 |
| Total | 51.431 | 4.182 | 55.613 |

Fuente: Banegas JR et al. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España 1998. Med Clin 2001; 117: 692-694.

5. El fumador pasivo y las regulaciones que le protegen

Cuando hablamos de fumadores, tenemos que hablar de fumadores activos (que fuman y tienen dependencia de la nicotina) y fumadores pasivos, o fumadores que inhalan involuntariamente el humo del tabaco sin querer hacerlo. La exposición durante una hora al aire contaminado por tabaco (AHT), equivale a fumarse tres cigarrillos.

Respirar el ACHT es una de las graves consecuencias para los no fumadores en lugares cerrados o sin ventilación y explica que también los fumadores pasivos tengan riesgos asociados para su salud. Cada año mueren como mínimo 700 españoles debido a la exposición involuntaria al ACHT. Los fallecimientos suelen producirse en profesionales como las de camarero y oficinista, entre otras, pero el ACHT también afecta de forma significativa a niños menores de un año. De este modo, junto a la ayuda que hay que proporcionar al fumador, también tenemos que esforzarnos en que se respete el derecho a tener un aire limpio, especialmente un aire limpio de tabaco. Hoy sabemos que los actuales sistemas de ventilación no eliminan el ACHT.

Aunque existen distintas disposiciones legales para preservar la salud de los fumadores pasivos (ej., las mujeres embarazadas a nivel laboral), no siempre se respetan o simplemente se incumplen o no se ponen en vigor. Aquí la industria tabaquera procura por todos los medios que no se aprueben o, si están aprobadas, que no se apliquen las reglamentaciones para preservar la salud de la población, sea de fumadores o no fumadores. Nuestra regulación protege los derechos de los fumadores pasivos (ej., a nivel nacional el Real Decreto 192/1988, BOE 9-3-88, y distintas leyes autonómicas específicas sobre tabaco y drogas). Corresponde exigir su aplicación ya que estamos hablando de un carcinógeno que produce sufrimiento y muerte a muchos miles de personas cada año.

-
- ➔ *La Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer de la OMS (IARC), considera el ACHT carcinógeno, y uno de los agentes causales más importantes de cáncer en el ámbito laboral.*
 - ➔ *La IARC señala que la relevancia del ACHT como factor de riesgo de cáncer de origen laboral se debe a la gran proporción de población ocupada a la que afecta.*

Fuente: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Atención Tabaco y contaminación ambiental. Madrid: CNPT, 2003.

6. La dependencia de la nicotina

La nicotina es una droga con características especiales: es la más consumida después del café, su poder adictivo es enorme y es la responsable de producir la mayor mortalidad. Esto explica porqué muchos fumadores que quieren dejar de fumar fracasan una y otra vez. Su poder adictivo se ha ido demostrando a lo largo de miles de estudios en estas pasadas décadas. La fuerza de la dependencia de la nicotina producida por el consumo de cigarrillos se debe a varios factores: 1) la nicotina produce múltiples efectos de reforzamiento positivo (ej., mejorar la concentración, el estado de ánimo, disminuye la ira y el peso); 2) después de una inhalación la nicotina tarda menos de 10 segundos en llegar al cerebro, produciéndose un efecto de la sustancia casi instantáneo a su ingestión; 3) el fumador puede modular, por la forma en que fuma el cigarrillo, la dosis de nicotina que necesita; 4) la conducta de fumar se realiza repetida-

mente (por ejemplo, un fumador de un paquete de cigarrillos se administra nicotina aproximadamente unas 200 veces al día); y, 5) múltiples señales que elicitán la conducta de fumar, las cuales previamente se fueron asociando a la misma por procesos de condicionamiento.

Además, la nicotina es una droga de una accesibilidad enorme, se puede consumir de distintas formas, especialmente en forma de cigarrillos y, en menor grado, en forma de cigarro puro o pipa. Otras formas que se han utilizado en la historia han sido el tabaco mascado, esnifado u otras más minoritarias (ej., el bidi).

Junto a los criterios típicos de la dependencia de una droga (ver cuadro 3), que es lo aplicable a la nicotina, el síndrome de abstinencia de la nicotina suele presentar una serie de síntomas característicos para esta sustancia (cuadro 4). 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 cuatro semanas, pero la sensación de necesidad de nicotina (craving) pueden durar 6 meses o más. Dichos síntomas varían de uno a otro fumador.

Cuadro 3. 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 esfuerzos infructuosos 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 la sustancia
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

Cuadro 4. Criterios diagnósticos del DSM-IV para el síndrome de abstinencia de 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 período de 24 horas en el que se observan 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 cardíaca
 - 8. Aumento del apetito o aumento de 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.

7. Beneficios que tiene dejar de fumar

Dejar de fumar tiene claros beneficios para la salud, tanto física como mental. Los exfumadores tienen un riesgo de mortalidad más bajo que aquellos que continúan fumando. El riesgo de mortalidad va declinando progresivamente en función del incremento del tiempo desde que se haya dejado de fumar. Por lo general, en las personas que han permanecido abstinentes 15 años o más, se observa que tienen un riesgo de mortalidad similar a aquéllos que no han fumado nunca. Sin embargo, muchos beneficios para la salud, como por ejemplo la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular, ocurren mucho más rápido, con frecuencia en los primeros 12 meses después de dejar de fumar.

Dejando de fumar, se reduce en un 50% el riesgo de muerte prematura en los primeros cinco años después de dejarlo. El riesgo del cáncer de pulmón es más de 20 veces mayor en los hombres fumadores y 12 veces mayor en las mujeres fumadoras. Después de diez años de abstinencia, el riesgo de cáncer se reduce de un 30% a un 50%. Cuando mayor sea el período de abstinencia, mayor reducción en el riesgo de padecer dicha enfermedad. El riesgo de cáncer de la cavidad oral en los hombres es más de 20 veces superior en los fumadores. El riesgo en las mujeres fumadoras es entre 5 y 10 veces mayor. Dejarlo reduce a la mitad el riesgo, comparado con seguir fumando, cinco años después de abandonar los cigarrillos. La reducción del riesgo ocurre en mayor grado cuando pasa un período mayor de tiempo. Lo mismo podemos decir del resto de cánceres y enfermedades producidas por el tabaco.

Por ello, debemos animar a todo fumador a dejar de fumar y, si acepta, ayudarle a conseguirlo de un modo efectivo.

Cuadro 5. Beneficios de la cesación tabáquica para la salud a corto y a largo plazo

Veinte minutos después del último cigarrillo

- La presión arterial baja a cifras normales
- La frecuencia cardíaca recupera los niveles normales
- La temperatura de las manos y de los pies aumenta hasta valores normales

Ocho horas después de dejar de fumar

- El monóxido de carbono de la sangre se normaliza
- El oxígeno en la sangre se normaliza

Veinticuatro horas después de dejar de fumar

- Disminuye el riesgo de un ataque al corazón

Cuarenta y ocho horas después de dejar de fumar

- Las terminaciones nerviosas se acostumbran a la ausencia de nicotina
- Mejora el gusto y olfato

Setenta y dos horas después de dejar de fumar

- Los bronquios se relajan, lo que lleva a respirar mejor
- Incremento de la capacidad pulmonar

Medio mes a tres meses después de dejar de fumar

- Mejora la circulación
- Es más fácil caminar
- La función pulmonar mejora en un 30%

De 1 a 9 meses después de dejar de fumar

- Disminuye la tos, la congestión nasal, la fatiga y la sensación de ahogo
- Aumenta la sensación de bienestar
- Mejora la capacidad para limpiar el pulmón y disminuyen las infecciones

Cinco años después de dejar de fumar

- El riesgo de morir de enfermedad cardíaca es igual al de los no fumadores
- El riesgo de morir por enfermedad pulmonar disminuye a la mitad

Diez años después de dejar de fumar

- El riesgo de morir de cáncer de pulmón es similar al de los no fumadores
- Reducción a niveles equiparables a los que nunca han fumado de padecer cáncer de boca, laringe, esófago, vejiga, riñón y páncreas

8. ¿Por qué debemos ayudar a todo fumador a dejar de fumar?

Existen muchas creencias erróneas sobre el tabaco, sobre fumar y sobre dejar de fumar. Al tabaco se le ha ensalzado como algo bueno, deseable, necesario, y casi saludable. La realidad es la contraria. Casi siempre es la industria tabaquera la que está detrás de esa confusión informativa. Le interesa y pone en marcha todo su poder, desde influir en la prensa (con periodistas pro-tabaco o el pago de la publicidad), a las administraciones (con la excusa de la pérdida de los puestos de trabajo), a personas influyentes (pagando informes que le sean favorables), con sus bufetes de abogados (para buscar cualquier resquicio en las leyes y normas restrictivas para impedir o dilatar su aplicación) y desinformar, confundir o manipular a la población con su propaganda (ej., indicando que fumar es un acto de libertad, cuando está hablando de un carcinógeno que quiere poder vender sin ningún tipo de regulación y que produce millones de muertes cada año en el mundo).

Desde la perspectiva sanitaria, fumar es un grave problema, el más importante que tenemos en la actualidad cuando hablamos de muertes evitables. El tabaco es responsable de miles y miles de muertes prematuras cada año en España, como en otros países. Es nuestra obligación ayudar a dejar de fumar a todo fumador que nos lo pide. Y, a los que no nos lo piden, debemos aconsejarles que dejen de fumar. Esta guía se orienta a este objetivo.

-
- ➔ *Para mantener su negocio el mercado del tabaco necesita captar cada día 480 nuevos clientes entre niños, niñas, y adolescentes españoles.*
 - ➔ *Para sustituir a las personas que dejan de fumar y a las que mueren prematuramente por causa del consumo de tabaco, en España, la industria del tabaco necesita reclutar más de 175.000 nuevos clientes al año para asegurarse sus actuales beneficios*

Fuente: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Atención Tabaco y publicidad en España. Madrid: CNPT; 2003.

9. Hoy disponemos de tratamientos efectivos para dejar de fumar

A diferencia de otras épocas pasadas hoy tenemos un gran número de tratamientos efectivos para dejar de fumar. Además de los ya clásicos tratamientos psicológicos, con más de 40 años de historia de efectividad a su espalda, tenemos tratamientos farmacológicos, como la terapia sustitutiva de la nicotina y el bupropión, que son eficaces, los procedimientos de autoayuda, como manuales de tratamiento, folletos, y el consejo médico sistemático, que es una primera aproximación, y efectiva, para ayudar a los fumadores a dejar de fumar.

El conocimiento de la existencia de recursos terapéuticos eficaces debe servirnos para aplicarlos. También debemos saber cómo manejarlos adecuadamente, optimizando su utilización. Precisamente en esta guía nos vamos a centrar tanto en los aspectos más formales del tratamiento, como en los relacionados con el proceso de dejar de fumar. El conocimiento de ambos es la clave del éxito o del fracaso en muchas de nuestras intervenciones.

Cuadro 6. Intervenciones eficaces para el manejo de la adicción a la nicotina

| Tipo de intervención | La intervención es |
|--|--------------------|
| 1. Manuales de autoayuda | Eficaz |
| 2. Intervenciones clínicas mínimas | Eficaz |
| 3. Intervenciones clínicas intensivas (psicológicas) | |
| - Entrenamiento en solución de problemas | Eficaz |
| - Fumar rápido | Eficaz |
| - Otras técnicas aversivas | Eficaz |
| - Desvanecimiento de nicotina (reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán) | Eficaz |
| - Apoyo social | Eficaz |
| 4. Intervenciones farmacológicas | |
| - Chicle de nicotina | Eficaz |
| - Parche de nicotina | Eficaz |
| - Inhalador de nicotina | Eficaz |
| - Spray nasal de nicotina | Eficaz |
| - Bupropión | Eficaz |
| - Nortriptilina | Eficaz |
| - Clonidina | Eficaz |

Fuente: USDHHS. Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2000.

10. Si yo no fumo, podré tratar mejor a mis pacientes fumadores

En muchas ocasiones el profesional sanitario se encuentra ante un dilema: tiene que ayudar a la persona que tiene delante a dejar de fumar, pero él fuma. Sabemos que si un terapeuta fuma, tanto como si bebe o consume una droga ilegal, es menos probable que le aconseje a la persona subsidiaria de ayuda que abandone su conducta problema. Por ello, si usted fuma, debe empezar por dar usted mismo los pasos para dejar de fumar. Lo que le tiene que contar a la persona que tiene o va a tener delante de usted son los mismos argumentos que se tiene que aplicar a sí mismo.

Si aún así, tiene mucha dificultad para dejar de fumar, o ha intentado varios procedimientos sin éxito, es necesario que acuda en busca de ayuda a otro colega o a una unidad especializada. No se avergüence. Simplemente es el reconocimiento del fuerte poder adictivo que tiene la nicotina, que le está produciendo una alta dependencia. Muchos de nuestros colegas, miles como usted sabe, la tienen. Lo importante es superarla y dejar de fumar, no esconder la cabeza debajo del ala, como hacen las avestruces. Con ello mostrará su nivel de profesionalidad y, al dejar de fumar, mejorará su salud, reducirá los factores de riesgo asociados a fumar cigarrillos, y su propio ejemplo servirá para poder ayudar más efectivamente a otras personas que se van a encontrar con dificultades y problemas semejantes al suyo.

➡ *Si fuma y no es capaz de dejar de fumar por sí mismo, busque la ayuda de otros colegas o de una unidad especializada de tabaquismo.*

2. Evaluación del fumador

1. Introducción **22**
2. Entrevista **22**
3. Pruebas médicas complementarias **23**
4. Diagnóstico de la dependencia **23**
5. Evaluación de la motivación para dejar de fumar **26**
6. Evaluación de probable psicopatología asociada **27**
7. Autorregistros **27**
8. Medidas fisiológicas **28**

1. Introducción

La evaluación tiene como objetivo fundamental describir el problema por el que la persona acude a tratamiento, y diseñarle el tratamiento, o consejo si es el caso, a partir del mismo.

En el caso de la persona con dependencia de la nicotina la información que nos va a resultar más útil será la siguiente:

- 1) abuso o dependencia (nivel de gravedad);
- 2) intoxicación y nivel de tolerancia de la nicotina;
- 3) síndrome de abstinencia que padece o ha padecido cuando redujo o dejó de fumar en ocasiones anteriores
- 4) enfermedades físicas causadas por fumar o estado físico actual deteriorado asociado a fumar;
- 5) estado psicológico y trastornos psicopatológicos asociados que se pueden relacionar con fumar;
- 6) situación social (situación económica; profesión y situación laboral; situación con su pareja e hijos, si los tiene, y si se fuma en casa; otros posibles problemas; etc.);
- 7) red de apoyo social (familiar, social, amigos, compañeros de trabajo, etc.);
- 8) deseo para dejar de fumar y estadio de cambio en que se encuentra;
- 9) intentos previos de abandono; y
- 10) pronóstico.

2. Entrevista

En la entrevista con el fumador las áreas más importantes para evaluar son las características demográficas, las relacionadas con el consumo, intentos de abandono o reducción de cigarrillos previos, cuánto tiempo ha permanecido abstinentes, razones para dejar de fumar en intentos previos, razones para dejarlo actualmente, algún cambio en el funcionamiento psiquiátrico cuando ha intentado dejar de fumar, si ha acudido a algún tratamiento previo para dejar de fumar antes, procedimientos que ha seguido para dejar de fumar, causas de la recaída en otros intentos, apoyo social, creencias sobre la incidencia del tabaco sobre la salud, enfermedad, síntomas y molestias que padece o ha padecido por fumar cigarrillos, consumo de alcohol, café, otras drogas y medicamentos, deseo de dejar de fumar y expectativas sobre el tratamiento.

Cuadro 7. Ejemplo de diez preguntas importantes a hacerle al fumador en la entrevista

- ¿Cuántos cigarrillos fuma diariamente?
- ¿Cuál es su marca habitual de cigarrillos?
- ¿Fuma otros productos del tabaco, como puros, pipas, etc.?
- ¿Cuántos años lleva fumando?
- ¿Dejó en el pasado, o en el último año, alguna vez de fumar?
- ¿Cómo fuma los cigarrillos (ej., enteros, traga el humo)?
- ¿Quién fuma en su casa?
- ¿Qué problemas de salud le ha acarreado o le acarrea fumar?
- ¿Algún familiar o amigo ha contraído alguna enfermedad por fumar?
- ¿Quiere dejar de fumar?

➔ *La principal razón por la que la mayoría de los fumadores se plantean dejar de fumar es por motivos de salud*

3. Pruebas médicas complementarias

Ante la sospecha de alguna disfunción o enfermedad se deben hacer las pruebas pertinentes para su diagnóstico y tratamiento, siendo especialmente relevantes aquellas relacionadas con el funcionalismo pulmonar (ej., espirometría, radiografía de tórax) y el sistema cardiovascular (ej., ECG, Doppler). Para algunos fumadores, el descubrimiento de una disfunción que no conocían o de una enfermedad debida al tabaco, representa un fuerte impacto y una oportunidad única para conseguir dejar de fumar.

4. Diagnóstico de la dependencia

Cuantificar el grado de dependencia de la nicotina de un fumador es importante. Aquellos que tienen una dependencia elevada es más probable que necesiten una terapia más intensiva. 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 (cuadro 3) y la Escala de Dependencia de la Nicotina de Fagerström (cuadro 8). Esta sencilla escala de sólo 6 preguntas nos permite saber el nivel de dependencia del fumador. Existe también una escala corta de 2 preguntas, el Índice de Dependencia del Tabaco (cuadro 9), que nos da una medida rápida de la dependencia.

Cuadro 8. Test de Fagerström de dependencia de la nicotina

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

| | | |
|-----------------------|--------------------------|-----|
| Menos de 5 minutos | <input type="checkbox"/> | (3) |
| Entre 6 y 30 minutos | <input type="checkbox"/> | (2) |
| Entre 31 y 60 minutos | <input type="checkbox"/> | (1) |
| Más de 60 minutos | <input type="checkbox"/> | (0) |
2. ¿Le resulta difícil no fumar en lugares donde está prohibido, tales como iglesias, bibliotecas, cines, etc.?

| | | |
|----|--------------------------|-----|
| Sí | <input type="checkbox"/> | (1) |
| No | <input type="checkbox"/> | (0) |
3. ¿A qué cigarrillo odiaría más renunciar?

| | | |
|-------------------------|--------------------------|-----|
| Al primero de la mañana | <input type="checkbox"/> | (1) |
| A cualquier otro | <input type="checkbox"/> | (0) |
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

| | | |
|------------|--------------------------|-----|
| 10 o menos | <input type="checkbox"/> | (0) |
| 11-20 | <input type="checkbox"/> | (1) |
| 21-30 | <input type="checkbox"/> | (2) |
| 31 o más | <input type="checkbox"/> | (3) |
5. ¿Fuma más a menudo durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?

| | | |
|----|--------------------------|-----|
| Sí | <input type="checkbox"/> | (1) |
| No | <input type="checkbox"/> | (0) |
6. ¿Fuma cuando está tan enfermo que pasa en la cama la mayor parte del día?

| | | |
|----|--------------------------|-----|
| Sí | <input type="checkbox"/> | (1) |
| No | <input type="checkbox"/> | (0) |

Nota: Se indica entre paréntesis la clave de corrección. La puntuación oscila de 0 a 10. Un fumador con alta dependencia de la nicotina es aquel que tiene una puntuación de 6 o más.

Cuadro 9. Índice de dependencia del tabaco de Heatherton y colaboradores

1. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

| | | |
|------------|--------------------------|-----|
| 10 o menos | <input type="checkbox"/> | (0) |
| 11-20 | <input type="checkbox"/> | (1) |
| 21-30 | <input type="checkbox"/> | (2) |
| 31 o más | <input type="checkbox"/> | (3) |
2. ¿Cuánto tarda, después de despertarse, en fumar su primer cigarrillo?

| | | |
|-----------------------|--------------------------|-----|
| Menos de 5 minutos | <input type="checkbox"/> | (3) |
| Entre 6 y 30 minutos | <input type="checkbox"/> | (2) |
| Entre 31 y 60 minutos | <input type="checkbox"/> | (1) |
| Más de 60 minutos | <input type="checkbox"/> | (0) |

Nota: Se indica entre paréntesis la clave de corrección. La puntuación oscila de 0 a 6. Un fumador con alta dependencia de la nicotina es aquel que tiene una puntuación de 5 ó 6 puntos, dependencia media 3 ó 4 puntos y baja dependencia de 0 a 2 puntos.

El síndrome de abstinencia de la nicotina suele presentar una serie de síntomas característicos para esta sustancia, como irritabilidad, ansiedad, depresión, inquietud, molestias corporales, etc. Además de estos síntomas, algunas veces se puede observar una necesidad de tabaco (*craving*), el deseo de ingerir dulces, el aumento de tos y un deterioro en la ejecución de tareas de vigilancia. 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. La mayoría de los síntomas duran un promedio de cuatro semanas, pero las sensaciones de hambre y necesidad de nicotina pueden durar 6 meses o más. Los síntomas de la abstinencia de la nicotina se deben, en gran parte, a la privación de la nicotina. Se evalúan mediante un listado de los síntomas que se presentan más frecuentemente (cuadro 10).

Los síntomas del síndrome de abstinencia pueden disfrazar o agravar los síntomas de otros trastornos psiquiátricos o los efectos secundarios de otras medicaciones. La abstinencia de fumar puede causar ansiedad, insomnio, aumento del apetito, dificultad en la concentración, inquietud, dolor de cabeza, entre otras. Aunque es menos común, dejar de fumar también puede precipitar una depresión mayor, un trastorno bipolar y problemas de alcohol o drogas.

Cuadro 10. Escala de síntomas de abstinencia de la nicotina

De los síntomas y sensaciones siguientes, indique si en la última semana notó alguno de ellos:

| | Nunca | A veces | Bastante | Mucho |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Deseo de un cigarrillo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Irritabilidad o ira | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ansioso o tenso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Impaciente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Intranquilo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dificultad en concentrarse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Deprimido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hambre excesiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aumento de apetito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Insomnio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Somnolencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de intestino o estómago | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nota: Una mayor puntuación implica un mayor nivel de malestar

5. Evaluación de la motivación para dejar de fumar

Uno de los mejores modos que tenemos actualmente de conocer la motivación de los fumadores para dejar de fumar es conocer su estadio de cambio. Los estadios de cambio fueron formulados por Prochaska y Diclemente. Consideran los siguientes:

- *Precontemplación*: los que no tiene intención de dejar de fumar (habitualmente evaluado para los próximos 6 meses).
- *Contemplación*: los que afirman que tienen la intención de dejar de fumar en los próximos 6 meses.
- *Preparación para la acción*: los que afirman que tienen la intención de dejar de fumar en los próximos 30 días y han hecho un intento serio de abandono en el último año, estando al menos un día abstinerente en el año previo.
- *Acción*: ha dejado de fumar al menos durante 24 horas y menos de 6 meses.
- *Mantenimiento*: son los que llevan más de 6 meses sin fumar y menos de 5 años.
- *Finalización*: son los que llevan más de 5 años sin fumar, no les apetece fumar ni piensan en volver a fumar.

La evaluación de los estadios de cambio puede hacerse con unas sencillas preguntas (cuadro 11). Resulta un buen indicador de la motivación para dejar de fumar.

Cuadro 11. Evaluación de los estadios de cambio

| | |
|---|--------------------------|
| 1. En el último año, ¿cuántas veces dejó de fumar durante al menos 24 horas? | |
| Ninguna | <input type="checkbox"/> |
| Una o más veces | <input type="checkbox"/> |
| 2. Actualmente fumo, pero tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 30 días | |
| Sí | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> |
| 3. Actualmente fumo, pero tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 6 meses | |
| Sí | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> |
| 4. Actualmente fumo, pero NO tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 6 meses | |
| Sí | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> |

Precontemplación: Respuesta afirmativa a la pregunta 4

Contemplación: Respuesta afirmativa a la pregunta 3

Preparación: Respuestas afirmativas a las preguntas 2 y a la 1 (una o más veces)

6. Evaluación de probable psicopatología asociada

En los fumadores, cada vez es más frecuente encontrar que las personas con depresión, ansiedad, alcoholismo y esquizofrenia fuman más. Por ello es necesario la utilización de entrevistas clínicas o distintos instrumentos para evaluar estos trastornos asociados en los fumadores. Entre los cuestionarios más utilizados, cuentan el Inventario de la Depresión de Beck, el cuestionario de ansiedad estado y ansiedad-rasgo de Spielberger, y el cuestionario de identificación de problemas de alcohol AUDIT, así como un amplio etcétera de instrumentos, cada uno específico de cada trastorno y otros más generales (ej., SCL-90-R).

Cuadro 12. Cuestiones para detectar la historia psiquiátrica del fumador

1. ¿Ha recibido en alguna ocasión tratamiento para problemas de salud mental?

- Sí
No

2. ¿Alguna vez en su vida ha estado deprimido la mayor parte del día durante un período de al menos dos semanas?

- Sí
No

7. Autorregistros

La mayoría de las veces que un fumador enciende un cigarrillo lo hace de forma automática e inconsciente. Ello es porque la conducta de fumar es un hábito aprendido, debido a la multitud de veces que lo ha realizado durante su historia de fumador. Para cambiar este comportamiento mecánico, observarlo y conocerlo adecuadamente es muy útil registrar la propia conducta mediante un autorregistro.

Lo fundamental de un autorregistro es que ofrezca información adecuada sobre los parámetros de la conducta de fumar, así como de las condiciones en que ocurre y las consecuencias que le siguen. Los autorregistros deben ser lo más sencillos posibles, recogiendo sólo aquella información que sea útil para el fumador o para el tratamiento.

Con ellos es posible conocer mejor la propia conducta y poner en marcha medidas de autocontrol a partir del análisis del mismo.

Cuadro 13. Ejemplo de autorregistro

| Día: | | | |
|-------------|------|---------------|-----------|
| Cigarrillos | Hora | Placer (0-10) | Situación |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |

8. Medidas fisiológicas

Las medidas fisiológicas para evaluar distintos compuestos del humo del tabaco han cobrado un gran auge en las últimas décadas. Las medidas que más se utilizan son el monóxido de carbono en el aire espirado, el tiocianato y la cotinina en saliva u orina y, en menor grado, la carboxihemoglobina y la nicotina en plasma.

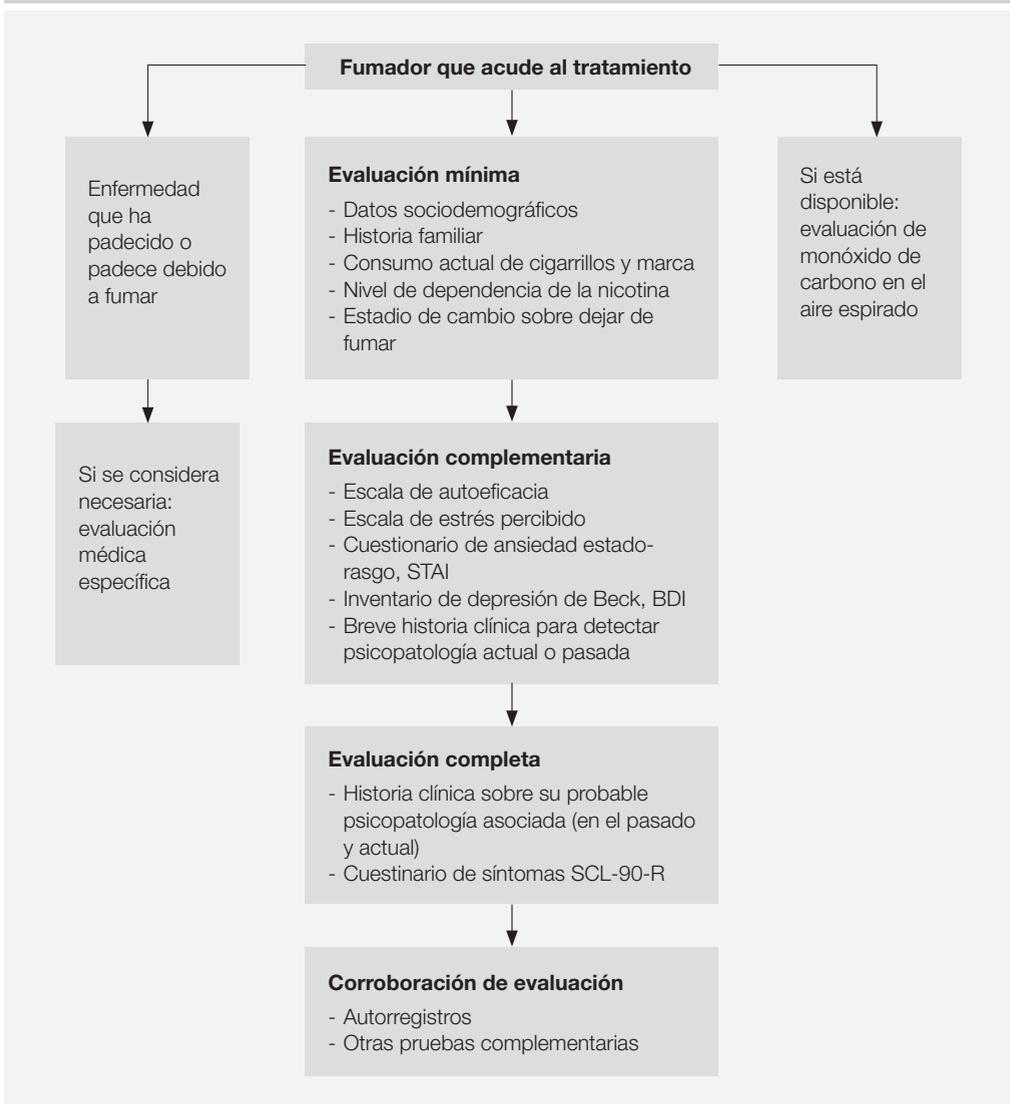
El más útil y generalizado es la evaluación del monóxido de carbono en el aire espirado. Su principal ventaja está en que podemos evaluarlo fácilmente con sencillos aparatos que nos dan la medida de monóxido de carbono al instante. El nivel de monóxido de carbono es evaluado en partículas por millón en el aire espirado. Suele utilizarse como medida de corte una medida de 10 o menos partículas por millón para los no fumadores.

La figura 5 recoge los pasos en la evaluación del fumador

Cuadro 14 Puntuaciones medias de monóxido de carbono (CO), en partículas por millón, en no fumadores y fumadores según el consumo de tabaco

| Tipo de fumador | Media de CO |
|--------------------------------------|-------------|
| No fumador | 2 |
| Fumador de 1-10 cigarrillos/día | 9 |
| Fumador de 11-20 cigarrillos/día | 16 |
| Fumador de 21-30 cigarrillos/día | 23 |
| Fumador de más de 30 cigarrillos/día | 29 |

Figura 5. Diagrama de los pasos en la evaluación del fumador



3. Cómo ayudar a los fumadores a dejar de fumar, según su nivel de motivación

1. Los estadios de cambio en los fumadores: los que quieren y los que no quieren dejar de fumar **32**
2. Estrategias generales y específicas para incrementar la motivación para dejar de fumar en los fumadores en todos los estadios de cambio **32**
3. Cómo ayudar al paciente desmotivado (fase de precontemplación) **37**
4. Cómo ayudar al paciente que empieza a pensar que puede ser una buena idea dejar de fumar (fase de contemplación) **39**
5. Cómo ayudar al paciente que quiere dejar de fumar (fase de preparación para la acción) **44**
6. Cómo ayudar a que el fumador abstinente se mantenga sin fumar y no recaiga **55**
7. Cómo ayudar al fumador que deja de fumar, recae, vuelve a dejar de fumar, recae, y así sucesivamente **58**

1. Los estadios de cambio en los fumadores: los que quieren y los que no quieren dejar de fumar

Sería ingenuo por nuestra parte pensar que todos los fumadores quieren dejar de fumar. Si así fuera la epidemia del tabaquismo no tendría la relevancia y magnitud actual. Más bien, los datos nos indican lo contrario: la mayoría de los fumadores no quieren dejar de fumar. Pero nosotros no podemos quedar de brazos cruzados ante este hecho. Podemos y debemos ayudar a que los que quieren dejar de fumar dejen de fumar, y convencer a los que todavía no se han planteado que lo pueden hacer.

Por suerte hoy sabemos relativamente bien quién quiere y quien no quiere dejar de fumar. Ya hace 20 años que Prochaska y Diclemente elaboraron un modelo de estadios o fases para dejar de fumar que se ha comprobado en distintos países, incluyendo España. Por él sabemos que los fumadores pasan por toda una serie de fases, o estadios, que van desde no tener ninguna gana en plantearse dejar de fumar, hasta buscar activamente ayuda para dejar de fumar. En la evaluación de la conducta de fumar ya vimos cómo evaluar estos estadios de cambio.

Tanto en España, como en otros países de Europa, resulta que en torno al 68% están en la fase de precontemplación, el 25% en la de contemplación y el 7% en la de preparación para la acción.

Cuadro 15. Porcentaje de fumadores en los distintos estadios de cambio en distintos países europeos y Estados Unidos

| País | Precontemplación | Contemplación | Preparación |
|----------------|------------------|---------------|-------------|
| Suiza | 73.6% | 22.3% | 4.1% |
| Países Bajos | 71.0% | 23.0% | 7.0% |
| Finlandia | 57.6% | 29.4% | 13.0% |
| España | 68.0% | 25.1% | 6.9% |
| Estados Unidos | 41.1% | 38.7% | 20.1% |

2. Estrategias generales para incrementar la motivación para dejar de fumar en los fumadores en todos los estadios de cambio

Para que a los fumadores les sea más fácil dejar de fumar, disponemos de distintas estrategias motivacionales capaces de aumentar su nivel de motivación. A través de ellas, podemos conseguir que la persona sea más consciente de su problema, sepa analizarlo más claramente y ponga en marcha sus propios recursos para el cambio que le permitan dejar de fumar o plantearse hacerlo.

Estas estrategias son:

1. Dar información y aconsejar. Proporcionar a la persona información clara y objetiva sobre su problema e indicarle la necesidad de dejar de fumar o reducir el consumo. Hay que evitar sus resistencias generadas por actitudes de imposición. El cambio lo tiene que hacer el paciente. Por tanto, es básico identificar claramente su problema: fumar, y los riesgos asociados al mismo, explicarle el por qué de la necesidad de dejar de fumar y facilitarle el modo de hacerlo, bien por sí mismo con nuestra ayuda.

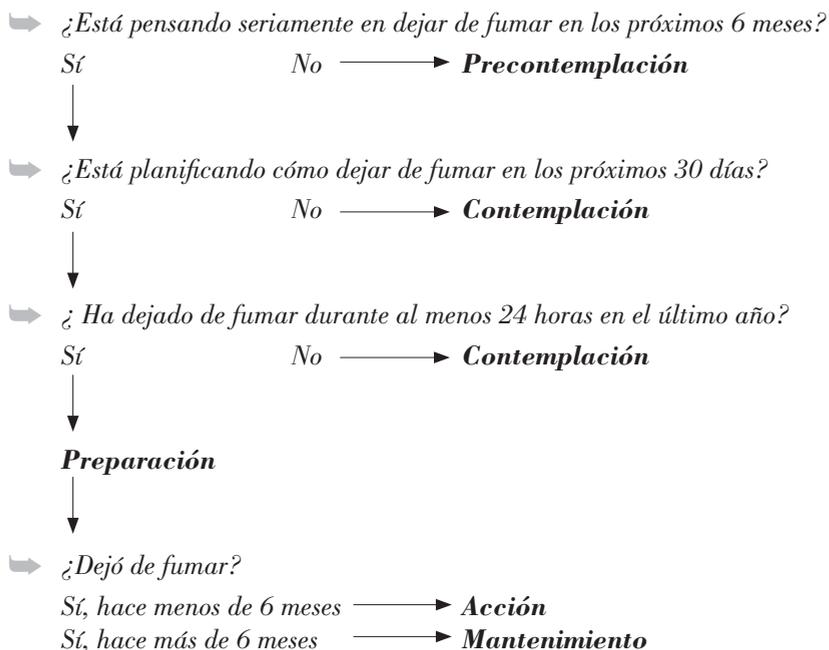
2. Eliminar obstáculos. Es importante identificar y eliminar todos aquellos obstáculos que impiden o dificultan el cambio. En muchas ocasiones éstos son los que impiden avanzar o empezar a cambiar. Uno de los obstáculos más relevantes suele ser la falta de tiempo para que podamos ayudarle, o la negativa a acudir en busca de una ayuda más especializada. Eliminar o reducir al máximo estos obstáculos es de una gran relevancia, porque con ellos no se avanza en el proceso de cambio.

3. Ofrecerle distintas alternativas para que el paciente elija. Cuando se tienen varias opciones disponibles, y se puede elegir una de ellas, la persona siente que tiene un mayor control sobre la situación y sobre sí misma. Esto ayuda a que se incremente su estima personal, aumente su capacidad de elección y con ello se incrementa su motivación personal para el cambio.

4. Disminuir los factores que hacen que la conducta de fumar sea deseable. La conducta de fumar cigarrillos se mantiene por los elementos de refuerzo del consumo. Una vez que la persona se adentra en el hábito tabáquico, el consumo se mantiene por reforzamiento positivo (gratificación) como por reforzamiento negativo (evitación de los efectos negativos del síndrome de abstinencia una vez establecida la dependencia). La persona fuma porque le gusta, porque le satisface, porque obtiene placer con dicho consumo. Aunque las consecuencias son tanto positivas como negativas la persona se va a centrar más en las positivas. Por ello, es importante identificar estas consecuencias y, una vez identificadas, eliminarlas o disminuirlas, con el objetivo de que pierdan su valor y la persona vaya perdiendo también su dependencia.

Cuando existen consecuencias adversas, las estrategias que favorecen la toma de conciencia suelen ser muy efectivas. Otra estrategia importante es ayudar al paciente a analizar los pros y contras del consumo, los costes y beneficios, las consecuencias adversas sobre su conducta y la de los demás (fumadores pasivos, su hijo pequeño, etc.).

5. Promover la empatía. La empatía, o cómo ponerse en el lugar del otro, ayuda en muchas ocasiones a comprender por qué el fumador hace lo que hace. Cuando la persona aprecia que la entendemos, se facilita de modo muy importante su proceso para cambiar. Debemos prestar un especial atención a todo lo que nos dice, cómo lo dice y qué se espera de él en función de lo expresado. Así, la persona aprecia que le entendemos y que realmente queremos y podemos ayudarle. Con todo, es más fácil, eliminar los procesos de resistencia al cambio y pasar a un modo más colaborador y útil para solucionar sus problemas.



6. Proporcionar feedback. A lo largo de todo el proceso de entrevista o consejo, es muy importante que le devolvamos al paciente la información que recogemos sobre él, cómo le vemos, cómo vemos su situación, y cuáles son las consecuencias de su hábito.

7. Clarificar los objetivos. Si la persona no tiene claro su objetivo el feedback proporcionado puede no ser suficiente. Por ello los objetivos que se planteen tienen que ser realistas, alcanzables y aceptados por la persona. De poco sirve que le propongamos o él elija objetivos que nunca se pueden cumplir. Ello sería contraproducente e irrealista, porque la persona los rechazará directamente o no los cumplirá. Es más útil proponer varios objetivos y que la persona elija aquel o aquellos que considere viables de cumplir a corto plazo.

8. Ofrecerle ayudar activa. A pesar de que siempre es la persona la que decide cambiar o no, el papel del terapeuta es clave. Para eso estamos formados y nuestro objetivo es ayudar a que la persona fumadora deje de serlo. Si acepta nuestra ayuda, podemos empezar sugiriéndole que elija una fecha concreta para dejar de fumar, para luego acompañarle en el proceso mediante visitas de seguimiento, eventual tratamiento farmacológico, e incluso la derivación a un tratamiento especializado, si procede. Lo importante es que la persona acepte esa ayuda y nosotros podamos proporcionársela.

Dos elementos que van a interferir este proceso son la *ambivalencia* y la resistencia. La ambivalencia es aquel estado de la persona en que tiene sentimientos conflictivos sobre algo. La ambivalencia es habitual en muchas personas cuando se les plantea que deben cambiar la con-

ducta que vienen haciendo desde hace tiempo y de la que obtiene placer. El análisis de los pros y contras de su conducta puede ser muy útil para modificarla. El otro elemento que con frecuencia interfiere el proceso de cambio es la *resistencia*. La resistencia es un proceso que apreciamos en muchas personas al negarse siquiera a plantearse dejar de fumar. En muchos casos la resistencia se puede producir en nuestra interacción con el paciente en la consulta. No utilizar la estrategia adecuada, o no saber en que estadio de cambio está la persona, puede llevarnos al fracaso antes de empezar. Si su paciente le argumenta o contradice todo lo que usted dice, le interrumpe, no reconoce el problema o no acepta su consejo y le ignora, está realizando claras conductas de resistencia ante lo que usted le dice o trata de decirle. Esto lleva a dinamitar todo lo que usted quiere hacer.

En el cuadro 16 indicamos algunas estrategias para incrementar la motivación para el cambio según el estadio de cambio.

| Cuadro 16. Estrategias motivacionales para cada estadio de cambio | |
|--|--|
| ESTADIO DE CAMBIO | ESTRATEGIA MOTIVACIONAL MÁS ADECUADA |
| <p>PRECONTEMPLACIÓN El fumador todavía no se ha planteado dejar de fumar, no está dispuesto a hacerlo o no se ve capaz de hacerlo</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Establecer buen contacto, preguntar, pedir permiso o incrementar la confianza • Aumentar las dudas o preocupaciones en el fumador sobre su consumo de tabaco: <ul style="list-style-type: none"> - explorar el significado de los motivos por los que acude a la consulta - elicitár sus propias percepciones del problema - ofrecerle información basada en hechos sobre el riesgo del consumo de tabaco - proporcionarle feedback de su evaluación - examinar las discrepancias entre sus percepciones y las de otras personas sobre la conducta problema • Expresarle nuestra preocupación e interés y dejarle nuestra puerta abierta |
| <p>CONTEMPLACIÓN La persona reconoce el problema y considera la posibilidad de cambiar pero está ambivalente y tiene dudas para hacerlo</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ayudarle a resolver su ambivalencia fomentando el balance de los pros y contras de seguir fumando o dejarlo mediante: <ul style="list-style-type: none"> - elicitár las razones para dejar de fumar y los riesgos de no hacerlo - cambiar su motivación interna y externa - examinar sus valores personales en relación a dejar de fumar - enfatizar su libertad de elección, responsabilidad personal y que puede lograr dejar de fumar • Reforzar su autoeficacia para el cambio, recordándole otros cambios que ha logrado • Resumir las afirmaciones automotivacionales |

| | |
|---|--|
| <p>PREPARACIÓN La persona se compromete a realizar alguna acción y planifica dejar de fumar en un futuro inmediato y acaso ha hecho algún intento en el último año</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Clarificar los objetivos y presentarle un menú de opciones • Ayudar al paciente a elegir la estrategia más adecuada para el cambio • Ofrecerle nuestro consejo y conocimientos técnicos • Negociar un plan de cambio o tratamiento • Ayudarle a identificar quién le puede dar apoyo social • Explorar sus expectativas ante el tratamiento y su papel como paciente • Ayudarle a analizar sus problemas relacionados con el consumo de tabaco y todo lo que le impida dejar de fumar • Que informe a otras personas que tiene planes para dejar de fumar |
| <p>ACCIÓN La persona busca activamente el modo para dejar de fumar pero todavía no ha llegado a un cambio estable</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Incluirle en un tratamiento, ayudarle en su proceso de cambio y reforzarle por sus esfuerzos • Apoyar objetivos realistas de cambio (avance paso a paso) • Anticipar las dificultades que tendrá en distintos momentos para el cambio • Ayudarle a identificar las situaciones de alto riesgo y desarrollar estrategias de afrontamiento para ellas • Ayudarle a encontrar nuevos refuerzos positivos para el cambio • Ayudarle a evaluar y rentabilizar el posible apoyo familiar o social |
| <p>MANTENIMIENTO La persona ha conseguido la meta inicial, la abstinencia, y ahora trabaja para mantenerla</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ayudarle a identificar y buscar fuentes de satisfacción sin tabaco (esto es, nuevos reforzadores) • Apoyar los cambios de estilos de vida • Afirmar su propósito de cambio y su autoeficacia • Ayudarle a identificar situaciones de riesgo y utilizar nuevas estrategias de afrontamiento que le eviten volver a fumar • Mantener un contacto de apoyo (ej., indicarle que puede llamarnos entre sesiones por teléfono) • Desarrollar un plan de “escape” si vuelve a fumar • Revisar las metas a largo plazo con la persona |
| <p>RECAÍDA La persona ha vuelto a fumar y ahora debe volver a afrontar las consecuencias y qué hacer en el futuro</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ayudarle a volver a entrar en el ciclo de cambio y a que reconsidere los cambios positivos que ha logrado hasta ahora • Explorar el significado y la realidad de lo que significa volver a fumar como una oportunidad de aprendizaje • Ayudarle a encontrar estrategias de afrontamiento alternativas • Combatir la desmoralización y mantener el contacto de apoyo |

Fuente: Adaptado de Miller WR. Enhancing motivation for change in substance abuse treatment. Rockville, MD: U.S. Department and Health Services, Public Health Services, 1999.

3. Cómo ayudar al paciente que no quiere dejar de fumar (fase de precontemplación)

¿Qué podemos hacer con los fumadores que están en la fase de precontemplación? Estos fumadores son los que no se plantean dejar de fumar en los próximos 6 meses porque no ven la necesidad ni tienen ganas de hacerlo. Centrarse en los fumadores de esta fase es importante porque en ella están la mayoría de los fumadores (aproximadamente el 70%) de nuestro medio. Son varias las cosas que podemos hacer con ellos para irles convenciendo de que tienen que plantearse dejar de fumar. No tenemos que desanimarnos si conseguimos poco con ellos a corto plazo. Lo importante es llegar. El objetivo en estos fumadores es que se planteen dejar de fumar en un periodo de tiempo lo más corto posible (que puede ser meses o años) y que luego hagan un intento real de abandono.

Lo primero a hacer es proporcionarle información veraz y objetiva de las consecuencias nocivas del tabaco en la salud. Dentro de una intervención médica esto es fácil. Esta información repetida sistemáticamente a lo largo del tiempo facilita que muchos fumadores pasen de no considerar en absoluto dejar de fumar a que se planteen hacerlo. Este hecho, como otros, explican que en España haya descendido el consumo de tabaco en la población desde un 44% en 1987 a un 34% en 1992. Diez puntos porcentuales de diferencia son muchos puntos y muchos cientos de miles de fumadores que dejaron de fumar en esos años.

Cuadro 17. ¿Qué podemos hacer con los fumadores que no quieren dejar de fumar?

- Proporcionarle información de las consecuencias nocivas del tabaco sobre la salud
- Indicarle la necesidad de que tiene que dejar de fumar (consejo médico sistemático) por las consecuencias del tabaco en la salud (aunque no tenga enfermedades relacionadas con fumar)
- Mostrarle los beneficios para su salud si deja de fumar después de diagnosticar una enfermedad relacionada con fumar (ej., bronquitis, catarro, enfisema, etc.)
- Evaluar su grado de dependencia de la nicotina (ej., test de Fagerström, monóxido de carbono, etc.) y hacerle saber que es una persona con dependencia de la nicotina
- Exponerle las consecuencias que en su entorno (ej., familia) puede tener para los fumadores pasivos, especialmente si tiene niños pequeños, su consumo de tabaco
- Indicarle que hay procedimientos efectivos para dejar de fumar
- Animarle a que haga un intento de abandono

Junto a ello, en muchas ocasiones, hay que recomendarles realmente que tienen que dejar de fumar por problemas físicos en los que la nicotina incide claramente (asma, bronquitis, cardiopatía, etc.). Esta es una buena ocasión para engancharle. Pero tenemos que ser objetivos acerca de lo que podemos y no podemos hacer. Hay mucha tarea por delante y tenemos que conocer también nuestros límites. Así no nos frustraremos.

Otro aspecto que ayuda mucho a los fumadores a plantearse dejar de fumar es hacerles ver las “ventajas” o los “beneficios” de dejar de fumar. Ellos suelen centrarse en los problemas que

tendrán si dejan de fumar. Sobre ellos se han formado falsas creencias. Muchos fumadores dejan de fumar y no tienen problemas apreciables. Otros, al dejar de fumar, tienen problemas debido al síndrome de abstinencia de la nicotina. Centrarse en los beneficios ayuda a contraponer los miedos, creencias y efectos negativos de dejarlo. Si a los beneficios se añade la mejora en la salud, ello facilita ver el proceso, o el intento de abandono, de un modo más plausible, fácil y positivo.

➔ *A los fumadores hay que proporcionarles información veraz y objetiva de las consecuencias del tabaco en la salud*

En algunos casos les impacta mucho decirles que son personas “dependientes de la nicotina”. Esto que para nosotros es evidente, muchos fumadores no lo saben, lo ignoran, o lo niegan. Si se lo hacemos patente lo enfrentamos ante nuevos hechos. Cuestionarios sencillos como el Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina, que vimos más atrás, facilita esto, o que indiquen las ventajas y desventajas de fumar. Otros se impresionan al evaluarles el monóxido de carbono en el aire espirado. Disponer de una medida objetiva, fiable, que pueden ver al momento, y que se puede apreciar visual y auditivamente, es de un gran impacto para muchos fumadores. Por aquí se puede ayudar a que los fumadores se planteen dejar de fumar, especialmente si estas pruebas se le aplican rutinariamente a los que fuman. Lleva uno o dos minutos.

Para algunos fumadores resulta eficaz indicarle las consecuencias que tiene su humo del tabaco en las personas más cercanas (bebés, hijos pequeños, esposo o esposa, etc.). Es lo que conocemos por afectos de fumar pasivamente. Este es un motivo que ha llevado a más de un fumador a plantearse dejar de fumar. Si a ello se une el que deben respetar a los demás, facilita todo el proceso de cambio de actitud y de comportamiento por parte del fumador.

➔ *Si tiene un aparato para evaluar monóxido de carbono en el aire espirado haga una evaluación del mismo a todo fumador que acuda a su consulta.*

Otros fumadores, aunque tengan claro todo lo anterior, se excusan en que ¿para qué intentar dejar de fumar si luego no son capaces de conseguirlo? Cuando piensan así hay que transmitirles claramente que hoy disponemos de procedimientos efectivos para dejar de fumar. Muchos millones de personas han dejado de fumar en el mundo. El puede ser una de ellas.

Si aún sigue teniendo dudas, otra estrategia es que se plantee, como experimento propio, el intento de dejar de fumar y compruebe que ocurre. Que lo deje un día y vea qué le pasa. Si se encuentra bien no tendría excusa para seguir fumando. Si tiene dificultades nos lo puede comentar otro día y podemos ver cómo ayudarle efectivamente.

Cuadro 18. Ventajas (beneficios) y desventajas (costes) de dejar de fumar

| Si dejo de fumar las ventajas y beneficios que obtendré serán: | Si sigo fumando las desventajas y costes que me tendrán serán: |
|--|--|
| - | - |
| - | - |
| ... | ... |

4. Cómo ayudar al paciente que empieza a pensar que puede ser una buena idea dejar de fumar (fase de contemplación)

Los fumadores que están en la fase de contemplación son aquellos que piensan que sería una buena idea plantearse dejar de fumar en los próximos 6 meses. Estos ya están en una fase más cercana a decidirse a dejar de fumar pero es necesario en la mayoría de estos casos darles un empujón para que ese planteamiento se convierta en realidad.

Las estrategias que podemos poner en marcha para ellos son las mismas que las de la fase anterior, junto a otras nuevas que pasamos a comentar a continuación.

Si el fumador que tenemos delante ya tiene más claro que otros que desearía dejar de fumar en el futuro, en un periodo de tiempo no muy largo, como en los próximos 6 meses, podemos aprovechar para proporcionarle información específica sobre cómo dejar de fumar, fijando con él una fecha concreta para dejar de fumar. Esto tiene una gran relevancia porque sería pasar al fumador de la "idea" a la "acción". Poco importa si ese día no va a ser mañana ni para la próxima semana. Pero si es dentro de uno o dos meses, hemos avanzado de modo importante en su proceso de abandono. Una vez fijada esa fecha podemos analizar con él cómo puede intentar dejar de fumar. Dejarle libertad de elección, con nuestro consejo es muy importante. Que él se sienta libre y que vea que puede hacer un intento de abandono de un modo o de otro, pero siempre del modo que él cree que le va a resultar mejor. Nosotros aquí estamos para asesorarle, orientarle y sugerirle.

En algunos fumadores la corrección perceptiva del número de fumadores existentes en la población les ayuda mucho a tomar la decisión del abandono. Esto es, muchos fumadores piensan que en la población fuma la mayoría de las personas, el 50, el 60 o el 70%. Algo parecido ocurre en los adolescentes. Pero realmente, en la actualidad, en España sólo fuma el 34% de la población adulta, aunque luego es cierto que hay diferencias importantes por edad y sexo. Que sepa que hay más no fumadores que fumadores facilita dar el paso de pasar de ser fumador a no fumador. Nuestra información va a ser para él fiable y aceptable. Es una buena ocasión para ayudarle a dar el paso para dejar de fumar.

Algunos fumadores ponen la excusa de que hace meses o años han intentado una o más veces dejar de fumar por ellos mismos y no lo han conseguido. Si éste es el caso, podemos indicarles que existen distintos procedimientos para dejar de fumar, que nosotros podemos ayu-

Cuadro 19. ¿Qué podemos hacer con los fumadores que se empiezan a plantear que puede ser una buena idea dejar de fumar?

- Proporcionarles información de las consecuencias del tabaco sobre la salud
- Indicarles la necesidad de que tiene que dejar de fumar (consejo médico sistemático) por las consecuencias del tabaco en la salud (aunque no tenga enfermedades relacionadas con fumar)
- Mostrarles los beneficios para su salud si deja de fumar después de diagnosticar una enfermedad relacionada con fumar (ej., bronquitis, catarro, enfisema, etc.)
- Evaluar su grado de dependencia de la nicotina (ej., test de Fagerström, monóxido de carbono, etc.) y hacerle saber que es una persona con dependencia de la nicotina
- Exponerles las consecuencias que en su entorno (ej., familia) puede tener para los fumadores pasivos, especialmente si tiene niños pequeños, su consumo de tabaco
- Indicarles que hay procedimientos efectivos para dejar de fumar
- Animarles a que haga un intento de abandono
- Proporcionarles información específica sobre cómo dejar de fumar fijando una fecha concreta para dejar de fumar
- Que sepan que hay más no fumadores que fumadores en la población para que sea capaz de plantearse definitivamente dejar de fumar
- Si después de varios intentos para dejar de fumar por sí mismos no lo han conseguido ofrecerles folletos de autoayuda, guías para dejar de fumar, procedimientos farmacológicos (terapia sustitutiva de la nicotina o bupropión), procedimientos psicológicos o remitirle a un tratamiento especializado para dejar de fumar o a una unidad de tabaquismo
- Reducir el consumo puede ser un objetivo intermedio antes del abandono definitivo en una fase posterior

darle a seguirlos, que le podemos dar nuestro apoyo o, podemos remitirlos a un servicio especializado, si existe en nuestro centro (ej., si es un Centro de Drogodependencias) o en otro (ej., una Unidad de Tabaquismo de un Hospital o de otro servicio, organismo o asociación). Lo que importa es que se plantee efectivamente dejar de fumar, que le podamos ayudar y que podamos seguir su evolución a lo largo del tiempo. De este modo optimizaremos la intervención al máximo, con un claro beneficio para el fumador.

Cuando a pesar de todo lo anterior el fumador no tiene del todo claro, o no se ve capaz, de que pueda dejar de fumar, le podemos sugerir una solución intermedia, antes del abandono definitivo de los cigarrillos: reducir el consumo de cigarrillos. Esta es una medida mucho mejor a no hacer nada o a que el fumador siga impasible sin hacer ningún tipo de cambios. El mero hecho de poner esta medida en práctica le obliga a estar pendiente de su conducta, de por qué hace lo que hace, de como se comporta con los demás que fuman, etc. Poco a poco, si consigue reducir su consumo de cigarrillos, en mayor o menor grado, puede ir ganando confianza en sí mismo. Hay también que indicar que una reducción suele ser poco efectiva, si ha descendido poco el consumo de cigarrillos. Aunque se mantenga mucho tiempo, suele volverse al consumo anterior. Algunos consiguen mantener la reducción, pero son los menos. Pero, en el proceso de abandono esto es importante, aunque fracase, porque una vez que haya conseguido una reducción y la haya mantenido un tiempo (ej., dos meses), ya sabe que es capaz de bajar en su número de cigarrillos. Sólo le falta dar un paso más: ese descenso convertirlo en el abandono de sus cigarrillos.

➔ **Cómo dar consejo para dejar de fumar**

En distintos países, como en España, existen varias guías para ayudar a los médicos a que den consejo efectivo para dejar de fumar. En ellas se incluyen estrategias sencillas y muy concretas. Ayudan a contestar a las preguntas que más frecuentemente se plantean los médicos (ej., no tengo información acerca de cómo aconsejar a los pacientes fumadores), así como otros problemas de tipo práctico. Con tan sólo tres minutos de intervención, los médicos pueden causar un impacto enorme en los pacientes que fuman y ayudarles a romper definitivamente con su adicción al tabaco.

A continuación exponemos los pasos que debemos seguir para aplicar efectivamente consejo para dejar de fumar, siguiendo cinco principios básicos:

- 1) preguntarle;*
- 2) aconsejarle;*
- 3) ayudarle;*
- 4) citarle; y*
- 5) reforzarle.*

El primer paso es preguntar durante la consulta a sus pacientes si fuman o no, incluyendo esta pregunta como parte del chequeo rutinario. Con ello se pretende automatizar y hacer extensivo a la práctica clínica la evaluación de la condición de fumador. Junto a la inclusión de la condición de fumador en la historia clínica del paciente, se debería realizar una breve evaluación de la historia del fumador, el grado de dependencia y la motivación para dejar de fumar o estadio de cambio en el que se encuentra el fumador.

➔ **Recuerde:**

- Pregúntele a todos sus pacientes si fuman y anótelos en su historia clínica.*
- Aconseje a todos sus pacientes fumadores de modo claro y firme que tienen que dejar de fumar para mejorar su salud.*
- Fije con su paciente el día concreto en que va a dejar de fumar.*
- Cítele para varias semanas después del día del abandono para comprobar si consiguió dejar de fumar.*
- Felicítelo verbalmente (premio) por haber conseguido dejar de fumar y anímelo a que siga así en el futuro. En cada nueva visita elógielo por mantener la abstinencia.*

➔ *El segundo paso consiste en aconsejar a los fumadores que abandonen los cigarrillos. El mensaje debe ser personalizado, directo, claro, inequívoco, reiterativo y consecuente. Por ejemplo, “Juan, como tu médico tengo que decirte que tienes que dejar de fumar y que estoy aquí para darte consejo sobre cómo hacerlo con éxito”. El propósito de esta fase es incrementar la motivación del paciente de cara al abandono, personalizando*

los riesgos que le acarrea su conducta y los beneficios que va a conseguir al dejar de fumar. De modo ideal el mensaje del médico debe relacionar la actual enfermedad y síntomas del paciente con su conducta de fumar y debe enfatizar los beneficios que en su salud tendrá dejar de fumar.

Cuadro 20. Cómo aumentar la efectividad del consejo médico

- Incrementar la intensidad de la intervención, dedicándole más tiempo o programando más visitas.
- Administrar tratamiento farmacológico en aquellos pacientes con un consumo superior a 20 cigarrillos al día, que no presenten contraindicaciones para su uso.
- Establecer sesiones terapéuticas de seguimiento pautadas.

➔ *El tercer paso consiste en ayudar al paciente a dejar de fumar. El método más efectivo para pasar a la acción es fijar con el paciente la fecha concreta de abandono. La fecha de abandono no debe ser menor a un par de días ni mayor a un par de semanas, a partir de la fecha de consulta. De este modo, la persona goza de un período relativamente amplio que le permite prepararse para dejarlo, tanto por su cuenta como con la ayuda de folletos o un tratamiento más estructurado. Es conveniente conseguir el apoyo de su familia y amigos para el abandono de los cigarrillos.*

Cuadro 21. Diez consejos útiles que puede seguir el fumador el día en que deje de fumar y en los sucesivos días después de haber dejado de fumar

- Aparte de su vista, tirándolo, todo lo relacionado con fumar, como cigarrillos, puros, pipas, encendedores, cerillas, etc. Así elimina estímulos de comportamientos automatizados repetidos miles y miles de veces con anterioridad.
- Analice cuánto tiempo lleva sin haber conseguido dejar de fumar ni un solo día y lo que representa el que hoy o hace unos días haya conseguido dejar de fumar.
- Comunique a las personas cercanas de su entorno (esposo/a, hijos, amigos, compañeros de trabajo, etc.) que ha dejado de fumar para siempre.
- Beba abundante agua, zumos sin azúcar o líquidos sin alcohol para eliminar más rápidamente la nicotina de su organismo, para que desaparezca su sequedad de boca y para que su cuerpo lo tenga hidratado.
- Reduzca su consumo de alcohol y café.
- Camine una hora diaria por lugares donde pueda respirar aire puro.
- Haga una inspiración profunda de aire, retenga el aire en sus pulmones unos segundos, y luego expulse el aire lentamente. Repita este ejercicio las veces que quiera. Le ayudará a relajarse si lo precisa.
- No acepte cigarrillos de otras personas bajo ningún concepto.
- Piense que lo importante es este momento, donde no fuma, que tiene que ir consolidando hora a hora, día a día, semana a semana.
- Lleve a cabo cualquier otra actividad que crea que le puede ayudar a mantenerse sin fumar.

- *Es muy útil proporcionarle materiales al paciente, como guías, folletos o cualquier otro material que le ayude a dejar de fumar. Hoy tenemos un gran número de estos materiales, que distribuye el Ministerio de Sanidad y Consumo, las Comunidades Autónomas, Asociaciones científicas, laboratorios farmacéuticos, farmacias, etc. En tres minutos de intervención, el médico no puede revisar todas las cuestiones que le pueden surgir a los pacientes: cómo tratar las urgencias a fumar, ganancia de peso, qué hacer si se produce la recaída, etc. Por eso, en ese material el fumador encontrará consejos útiles para mantener con éxito la abstinencia los días que siguen al abandono de los cigarrillos. Para los fumadores que no quieran intentar dejarlo, hay que preguntarles en las siguientes visitas.*
- *En el cuarto paso, hay que citar a los fumadores, que se propusieron dejar de fumar, varias semanas después del día en que tenía que dejar de fumar. El 50% de los fumadores que recaen lo hacen dentro de la primera semana después de dejarlo. Por tanto, las visitas de seguimiento deberían ser dentro de la primera o segunda semana después de dejarlo. Una visita de seguimiento sólo necesita de 3 a 10 minutos para evaluar cómo está el paciente, y si está abstinentes, reforzarlo. Si ha recaído, es útil hacer una evaluación de las circunstancias de la recaída y darle consejo sobre cómo empezar de nuevo. El seguimiento es el componente clave de cómo ayudar a nuestros pacientes a conseguir el éxito. También el seguimiento por teléfono es muy efectivo.*
- *En ésta, y en venideras visitas, es recomendable felicitar verbalmente al paciente por haber dejado de fumar y animarle a que siga así en el futuro, siendo este el quinto y último paso, el de refuerzo. Debemos felicitarlo por haber dejado de fumar, elogiarlo por haberlo conseguido, manifestarle verbalmente nuestra satisfacción, reconocerle que lo ha conseguido y que todo ello le sirva para seguir manteniéndose abstinentes los próximos días, semanas, meses y años. Si no lo ha conseguido, hay que reforzarle igualmente animándole a volver a seguir los pasos o sugerirle otros tipos de intervenciones terapéuticas.*

Cuadro 22. Directrices para promover en su Centro un ambiente libre de tabaco

1) Cree en la consulta un ambiente libre de tabaco

- Prohibir fumar en todo el Centro, quitar los ceniceros, fijar carteles de no fumar en sitios visibles
- Colocar pósters con información animando a dejar de fumar
- Proveer, exclusivamente, la sala de espera con publicaciones en las que no venga publicidad de los cigarrillos o anuncios de tabaco

2) Institucionalizar la evaluación del hábito tabáquico

- Llevar un registro de todos los pacientes que son fumadores
- Adjuntar una hoja a la historia clínica con los progresos de cada fumador en dejar de fumar

3) Elegir un coordinador en el Centro

- Comprobar que se registran todas las personas como fumadores o no fumadores, que siempre se da consejo u otros datos del proceso de abandono
- Supervisar los seguimientos por teléfono para los pacientes comprometidos con dejar de fumar
- Planificar las visitas de seguimiento, al menos, para 2 semanas y 2 meses después de dejar de fumar

5. Cómo ayudar al paciente que quiere dejar de fumar (fase de preparación para la acción)

Cuando el paciente se plantea dejar de fumar entonces es cuando ya podemos ayudarlo efectivamente a que lo consiga. Aquí podemos ofrecerle distintas alternativas para conseguirlo y distintos tratamientos. Sin embargo, no debe olvidarse todo lo que llevamos dicho hasta aquí, tanto si plantean dudas concretas sobre lo dicho, como si no tienen claro algunas cuestiones que son esenciales para dejar de fumar. Tener presente todo ello nos facilita aplicarle un mejor tratamiento y que podamos ayudar al fumador a conseguir su meta de dejar de fumar.

Son varias las estrategias que podemos ofrecerle al fumador para dejar de fumar, que dependiendo del profesional o del dispositivo en donde llevamos a cabo nuestra labor clínica, pueden ser los de consejo para que deje de fumar, aplicarle un tratamiento para dejar de fumar (psicológico, farmacológico o combinado) o remitirle a una unidad especializada.

Pero la primera, y fundamental, es que se marque una fecha concreta en que va a dejar de fumar (ej., “el próximo sábado a partir de la hora de levantarme no fumaré ningún cigarrillo”). Debemos acordarla con él, anotarla en algún sitio y que nos indique, o le indicamos, qué hará el día anterior, ese día y los siguientes. La ayuda de unas breves instrucciones por escrito, un folleto o una guía de autoayuda puede serle de gran utilidad.

Cuadro 23. ¿Qué hacer con el fumador que se plantea dejar de fumar?

- Sirven todas las estrategias para los fumadores que no quieren dejar de fumar
- Sirven todas las estrategias para los fumadores que se empiezan a plantear que puede ser una buena idea dejar de fumar
- Y también, las siguientes:
- Que marque una fecha fija para dejar de fumar (ej., el próximo sábado a partir de la hora de levantarme no fumaré ningún cigarrillo)
- Que restrinja los lugares donde antes fumaba para facilitarle dejar de fumar e impedir recaer en ellos (ej., comunicarle a su mujer que nunca más va a fumar en el coche)
- Que espere a ver los efectos positivos que le va a producir dejar de fumar más que imaginar los negativos que supone le van a ocurrir sin que realmente se haya expuesto al abandono de los cigarrillos
- Aplicarle un tratamiento para dejar de fumar
- Sugerirle que acuda a un tratamiento especializado si tiene dudas en poder conseguir dejar de fumar por sí mismo, utilizar terapia farmacológica (terapia sustitutiva de nicotina, bupropión), tratamiento psicológico, folletos o manuales de autoayuda, o cualquier otro procedimiento que el fumador considere que le va permitir conseguir dejar de fumar

Complementario, o como una ayuda para que pueda conseguir dejar de fumar, debería restringir los lugares donde antes fumaba para facilitarle dejar de fumar e impedir recaer en ellos (ej., comunicarle a su mujer que nunca más va a fumar en el coche). Así va consiguiendo dejar de fumar en sitios en los que a partir de ese momento no tiene que volver nunca más a fumar.

Ello facilita dejar de fumar en esos sitios y que haga público su abandono, como puede ser ante su mujer o esposo, hijos, amigos, compañeros de trabajo, etc.

Los más pesimistas tienen dudas de que lo conseguirán. Y, si lo consiguen, se mantendrán abstinentes. En estos casos hay que convencerlos de cómo pueden dejar de fumar y, también, de que tienen que esperar a ver los efectos positivos que le va a producir dejar de fumar. Y, al mismo tiempo, que no se centren en los efectos negativos que se imaginan les va a suponer, o les van a ocurrir, al dejar de fumar.

Para los que tienen claro dejar de fumar mejor es un tratamiento específico para dejar de fumar, o sugerirle que acuda a un tratamiento especializado cuando tiene dudas en poder conseguir dejar de fumar por sí mismo.

A lo largo del proceso de abandono suele ser habitual que al fumador le vayan surgiendo distintos problemas o dudas sobre su capacidad, autoeficacia, motivación, mantenimiento de la abstinencia, incremento de peso, etc. Estos deben ser abordados adecuadamente en cada una de las sesiones de tratamiento o en los contactos que tengamos con él. Mantener una postura comprensible pero firme, orientada a superar sus problemas, resolverle sus dudas, proporcionarle estrategias que le sirvan eficazmente, facilitar la adherencia y seguimiento del tratamiento y el cumplimiento de las metas parciales antes de dejar completamente de fumar, son elementos esenciales para conseguir el objetivo pretendido con el paciente fumador. Cuando, a pesar de todo, vemos difícil la consecución de la abstinencia, o cuando cree que no es el momento, tenemos que insistir en la consecución de cierto nivel de autocontrol o de fumar controlado, para que fume menos cigarrillos, de modo menos peligroso. Con ello, lo preparamos para un intento posterior de abandono o para que acuda en otro momento posterior a tratamiento para plantearse dejar definitivamente de fumar. Es lo mismo que se hace con otras sustancias adictivas y que se conoce como reducción de daños. Pero nosotros no debemos olvidar que nuestra meta a conseguir con cualquier fumador, sea a corto o a largo plazo, es que deje de fumar.

• Tratamiento psicológico

Dentro de los tratamientos psicológicos, desde hace 40 años se vienen utilizando técnicas conductuales y cognitivas efectivas para que las personas dejen de fumar. De la utilización de técnicas aversivas en otras épocas, se ha ido pasando a la utilización en las últimas décadas de la técnica de desvanecimiento, también conocida como la técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán. Ésta se basa en los principios derivados del condicionamiento operante conocidos como desvanecimiento. A lo largo de varias semanas se va reduciendo la cantidad de nicotina y alquitrán ingerida por el fumador, pero evitando al tiempo que se produzca el fenómeno de la compensación nicotínica. Por ello, no puede fumar más cigarrillos que los que fumaba en la semana previa, y tiene también que reducir la cantidad fumada del cigarrillo. De este modo se va produciendo una disminución de la intensidad del estímulo (ni-

cotina, cigarrillos, caladas, situaciones), al tiempo que la persona va perdiendo su dependencia fisiológica sin padecer el síndrome de abstinencia de la nicotina. Además, a lo largo de varias semanas, va aprendiendo a comportarse en distintas situaciones cotidianas, con distintas personas, problemas, etc., sin cigarrillos. Por ello, suele combinarse esta técnica actualmente con la de control de estímulos y con la de prevención de la respuesta. Una vez que hemos establecido la relación funcional entre una situación, un pensamiento, una persona, etc., y el consumo de uno o más cigarrillos, podemos gradualmente organizar el acceso a la situación por parte del fumador, u organizarse la persona, para dejar de fumar en aquellas situaciones más fáciles para preparar el camino posterior para dejar de fumar en las más difíciles. De este modo en unas semanas puede dejar de fumar.

Los programas psicológicos conductuales multicomponentes tienen tres fases: preparación para dejar de fumar, abandono de los cigarrillos y mantenimiento de la abstinencia. El objetivo principal en la fase de preparación es motivar al fumador y que adquiera el compromiso de dejar de fumar. Para ello se suelen utilizar los depósitos monetarios, los contratos de contingencias y todas las técnicas motivacionales que estamos analizando en esta guía.

Cuadro 24. Fases de un programa psicológico conductual multicomponente para dejar de fumar

| Fase | Elementos |
|----------------------|--|
| Preparación | <ul style="list-style-type: none"> • Movilizar la motivación y el compromiso del cliente <ul style="list-style-type: none"> - Depósitos monetarios contingentes a la asistencia a las sesiones de tratamiento - Revisar las razones para dejar de fumar y los beneficios de abandonar los cigarrillos • Autoobservación: aumento de la concienciación y del conocimiento de la propia conducta • Establecer el día en que va a dejar de fumar (de 1 a 3 semanas) • Entrenarlo en técnicas de automanejo y autocontrol <ul style="list-style-type: none"> - Utilización de autorregistros para identificar los estímulos que elicitán la conducta de fumar - Identificar posibles conductas alternativas a la conducta de fumar - Entrenamiento en manejo del estrés: relajación o ejercicio |
| Abandono | <ul style="list-style-type: none"> • Estrategias aversivas (ej., fumar rápido, retener el humo, saciación) • Estrategias no aversivas <ul style="list-style-type: none"> - Reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán - Contratos en los que conste el día de la fecha de abandono • Estrategias farmacológicas <ul style="list-style-type: none"> - Terapia sustitutiva de la nicotina (chicles y parches de nicotina) |
| Mantenimiento | <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones de seguimiento o llamadas telefónicas • Entrenamiento en estrategias de afrontamiento <ul style="list-style-type: none"> - Estrategias de automanejo para evitar los estímulos elicítadores de la conducta |

- de fumar y en conductas alternativas (ej., tomar agua, hacer inspiraciones profundas)
- Estrategias de afrontamiento cognitivo-conductual (anticipar situaciones de alto riesgo; planificar habilidades de afrontamiento)
- Estrategias para evitar el síndrome de abstinencia: entrenar al sujeto en habilidades conductuales o seguir administrando terapia sustitutiva de la nicotina (chicles o parches)
- Estrategias para manejar las caídas (aprender del desliz, etc.)
- Apoyo social
 - Uso de ayuda mutua (entre los participantes del grupo de tratamiento)
 - Buscar el apoyo e implicación de personas próximas al sujeto (esposa, amigos)
- Estrategias específicas de prevención de la recaída

También es recomendable revisar con el fumador las razones para dejar de fumar y los beneficios que obtendrá con el abandono de los cigarrillos. En esta fase el fumador también tiene que concienciarse y conocer lo más objetiva y exhaustivamente posible su conducta de fumar. Esto se puede conseguir registrando los cigarrillos que fuma y los antecedentes y consecuentes que siguen a esta conducta (técnica de autorregistro), así como representando en una gráfica su consumo. En esta fase también se fija la fecha en que el fumador va a dejar de fumar (ej., cuarta sesión), recomendándose en muchos casos no colocarla más allá de tres semanas, tiempo en la mayoría de los casos más que suficiente para que el sujeto se prepare para dejar de fumar. Igualmente es en esta fase cuando hay que preparar al sujeto para dejar de fumar, enseñándole estrategias de automanejo (ej., relajación, identificar los estímulos que elicitán su conducta de fumar, programar conductas alternativas para dejar de fumar, etc.).

En la fase de abandono se aplica una de las técnicas que ha demostrado ser eficaz en el abandono de los cigarrillos, aplicada sola (ej., fumar rápido, retener el humor o la reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán) u otra que haya obtenido una eficacia adecuada cuando se ha utilizado en un programa multicomponente (ej., saciación, sensibilización encubierta, contrato con fecha fija para dejarlo).

Cuando el fumador ya dejó de fumar, entraríamos en otra fase, la de mantenimiento, también conocida como fase de prevención de la recaída. Se considera como la fase orientada a mantener las ganancias del tratamiento a largo plazo. En esta fase se llevan a cabo sesiones de seguimiento, que se pueden realizar personalmente, por teléfono o por carta. También se puede entrenar al sujeto en habilidades de afrontamiento para evitar los estímulos que elicitán el deseo de fumar, aprender a identificar y manejar situaciones de alto riesgo, afrontar adecuadamente las caídas. Cuando el sujeto no tenga apoyo suficiente para mantenerse abstinente se puede entrenar al mismo en cómo conseguirlo y a las personas más cercanas para que lo apoyen adecuadamente.

En la prevención de recaídas se pueden distinguir procedimientos generales y específicos de intervención. Las principales estrategias de intervención pueden clasificarse en tres categorías:

1) entrenamiento en destrezas (respuestas de afrontamiento en las situaciones de alto riesgo, tanto cognitivas como comportamentales); 2) entrenamiento en cogniciones alternativas; y, 3) estrategias de intervención en el estilo de vida (ej., relajación y ejercicio físico). Entre las estrategias de intervención específicas las más habituales son el autorregistro, la observación directa, escalas de autoeficacia, descripciones de recaídas pasadas o fantasías de recaída, entrenamiento en relajación y procedimientos de manejo de estrés y la matriz de decisión.

Cuadro 25. Estrategias de prevención de recaída

- Evitar situaciones de riesgo (especialmente durante las primeras semanas)
- Escape (abandonar la situación de riesgo)
- Distracción
 - Estrategias cognitivas
 - Imaginación (asociar fumar con consecuencias aversivas del tabaco)
 - Reestructuración cognitiva (cambio de percepción de la situación)
 - Autoinstrucciones (darse a uno mismo instrucciones para mantenerse abstinentes)
 - Estrategias comportamentales
 - Relajación
 - Actividad física, ejercicio
 - Comportamientos alternativos más adecuados (ej., beber un vaso de agua o de zumo, mascar chicle sin azúcar, dar un paseo, llamar a un amigo/a por teléfono, etc)
 - Habilidades asertivas (rehusar cigarrillos, solicitar apoyo durante una crisis, etc.)
- Retrasar el deseo de fumar
- Recordar caídas o recaídas que se hayan tenido en el pasado

• Tratamiento farmacológico

Todo lo anterior puede hacerse igualmente mediante un procedimiento farmacológico, como la terapia sustitutiva con nicotina o el bupropión. En este caso el papel del fumador es más pasivo, aunque su utilización va a depender de cómo estemos aplicando el tratamiento, disponibilidad de tiempo, aceptación de los tratamientos que se le ofrecen, gravedad del síndrome de abstinencia, etc.

• Terapia sustitutiva con nicotina

La terapia sustitutiva con nicotina se ha desarrollado para suprimir el síndrome de abstinencia de la nicotina que se produce cuando el fumador queda privado de la misma. Esto es, cuan-

do deja de fumar. Hay actualmente varias preparaciones como son el chicle y el parche de nicotina, que son las más utilizadas, junto al spray nasal de nicotina y el inhalador de nicotina.

Cuadro 26. Características generales de la terapia sustitutiva con nicotina

- La TSN elimina o reduce significativamente el síndrome de abstinencia de la nicotina
- Existe poca evidencia de su eficacia para fumadores de 10-15 cigarrillos diarios
- Las dosis estándar de TSN se han mostrado eficaces, pero se ha sugerido adecuar la dosis al nivel de dependencia del fumador
- La TSN es eficaz por sí misma, pero cuando se le añade un tratamiento conductual se mejoran los resultados, obteniéndose los mayores resultados en esta combinación
- Los efectos secundarios de la TSN son de escasa entidad
- En España están comercializados el chicle de nicotina, parche de nicotina, spray nasal de nicotina y comprimidos de nicotina para chupar

Fuente: Carreras JM, Quesada M., Maldonado B, Sánchez Agudo L. Terapia sustitutiva con nicotina en el tratamiento actual del tabaquismo. *Prevención del Tabaquismo* 2003; 5: 19-28.

- Chicle de nicotina

El chicle de nicotina ha sido el primer fármaco disponible eficaz para dejar de fumar. La persona deja de fumar cigarrillos y mastica en su lugar chicles de nicotina. Es importante utilizarlo dentro de una estrategia de consejo médico o de un tratamiento especializado, dar instrucciones claras al fumador sobre su uso, y tener un mínimo entrenamiento para añadir al mismo un consejo individual especializado.

Existen chicles de 2 y 4 mg de nicotina. De cada pieza se absorbe aproximadamente la mitad. El pico de concentración de nicotina en plasma se obtiene después de 30 minutos de masticación. Es, por ello, un nivel más lento de absorción que el cigarrillo. Por ello, es importante saber masticar el chicle de nicotina, para tenerlo durante 30 minutos en la boca.

➔ *[Terapia sustitutiva de nicotina:] Numerosos estudios han puesto de manifiesto que el empleo de este fármaco por diferentes vías de administración resulta una medida eficaz en el tratamiento del tabaquismo, consolidándose como un elemento terapéutico farmacológico de primera línea, con pocas contraindicaciones y secundarismos, por tanto suficientemente seguro, como se pone de manifiesto en diversos metaanálisis en los que se incluyen más de 100 estudios realizados en un número de fumadores superior a 35.000*

Fuente: Carreras JM, Quesada M., Maldonado B, Sánchez Agudo L. Terapia sustitutiva con nicotina en el tratamiento actual del tabaquismo. *Prevención del Tabaquismo* 2003; 5: 19-28.

El primer día en que el fumador comienza a consumir los chicles tiene que dejar de fumar. Debe mascar cada chicle durante un período de 20-30 minutos para asegurar la liberación adecuada de nicotina. No debe mascar más de 30 piezas diarias. Para muchos con 10-12 piezas les es suficiente. Hay dos tipos, de 2 y 4 mg de nicotina, dependiendo el uso de uno u otro del nivel de dependencia del fumador.

Se debe reducir el número de chicles mascados progresivamente y no consumirlos más allá de 6 meses. La duración recomendada del tratamiento es de 3 meses, aunque algunos expertos creen que un tratamiento más largo es más efectivo.

El chicle de nicotina se puede conseguir en las farmacias sin prescripción.

Cuadro 27. Instrucciones para un uso adecuado del chicle de nicotina

Finalidad del chicle de nicotina

- Es un sustituto para dejar de fumar
- No es una ayuda para reducir el consumo
- Se deben dejar de tomar si se vuelve a fumar cigarrillos
- Utilizarlo siempre que se sienta la urgencia de fumar

Ventajas del chicle de nicotina

- La dosis se puede ajustar para cada fumador
- En situaciones de mayor necesidad de nicotina se pueden tomar más chicles
- Sirve como una estrategia de prevención de la recaída cuando se toma en vez de fumar un cigarrillo
- Su uso es seguro para la mayoría de los fumadores, con la excepción de las contraindicaciones para algunas enfermedades

Pasos para el uso correcto del chicle de nicotina

- Mascarlo lentamente hasta percibir una sensación de picor u hormigueo
- Esperar hasta que desaparezca la sensación de picor u hormigueo
- Dejar el chicle entre la mejilla y las encías, o debajo de la lengua
- Mascarlo lentamente para liberar más nicotina, entonces dejarlo en el otro lado de la boca para minimizar la irritación local
- Continuar con el procedimiento indicado durante 30 minutos
- No mascarlos continuamente
- No tomar, o reducir, el consumo de café, zumo de frutas o bebidas ácidas, ya que dificultan la absorción de nicotina

Dosis

- Se puede consumir hasta un máximo de 30 piezas por día. A la mayoría de los pacientes les basta con 10 ó 12 piezas
- El tratamiento normal dura 8-12 semanas
- Al finalizar este tiempo se le baja la dosis para evitar el síndrome de abstinencia de la nicotina hasta dejar de tomar los chicles en las siguientes semanas
- Se puede usar hasta 6 meses y hay que ir disminuyendo progresivamente la dosis
- En fumadores de más de 25 cigarrillos diarios y con alta dependencia (puntuaciones mayores a 6 en el Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina), la dosis de chicles de 4 mg es más eficaz que la de 2 mg.

Precauciones

- Contraindicado o necesidad de utilizarlo con precaución durante el embarazo, si se ha padecido trastornos cardiovasculares, diabetes, esofagitis, úlcera gastroduodenal, etc.

- *Parche de nicotina*

El parche de nicotina, igual que el chicle de nicotina, es eficaz en ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Cada parche de nicotina está constituido por una capa que se adhiere a la piel, encima de la cual se encuentra una membrana que permite la difusión de nicotina depositada en la matriz del parche que está protegido por una cubierta externa.

Los parches de nicotina se colocan sobre la piel, uno por día, para que liberen nicotina a través de la misma. Como en el caso de los chicles de nicotina, al utilizarlos la persona tiene que dejar de fumar. En España están comercializados los de 21, 14 y 7 mg de nicotina que se liberan en 24 horas y los de 15, 10 y 5 mg que se liberan en 16 horas. El nivel de nicotina que se obtiene con los parches es aproximadamente la mitad del que se consigue con los cigarrillos. El parche de mayor dosis libera de forma continua aproximadamente 0.9 mg de nicotina por hora.

La facilidad de uso del parche de nicotina y la escasez de efectos secundarios lo convierten en la primera elección, a nivel farmacológico, para la deshabituación tabáquica en Atención Primaria.

Cuadro 28. Instrucciones para un uso adecuado del parche de nicotina

Finalidad del parche de nicotina

- Es un sustituto para dejar de fumar
- No es una ayuda para reducir el consumo
- Se deben dejar de utilizar si se vuelve a fumar cigarrillos

Ventajas del parche de nicotina

- Hay una sola dosis diaria para cada fumador
- En algunos fumadores es mejor aceptado que el chicle de nicotina u otros procedimientos

Uso correcto del parche de nicotina

- Se deben aplicar el día que se ha dejado de fumar tan pronto como se despierte la persona
- No fumar mientras se usa el parche de nicotina
- Se coloca sobre una zona de piel limpia y rasurada todos los días en el momento de levantarse y deberá retirarse al día siguiente (si el parche es de 24 horas) o ese mismo día al acostarse (si es de 16 horas)
- Se puede hacer cualquier actividad sin limitación mientras se usa
- Cada día el fumador debe colocarse un nuevo parche

Dosis

- La dosis administrada debe ser función de las características específicas del paciente (experiencias previa del paciente con el parche, cantidad que fuma, grado de dependencia).
- El tratamiento estándar debe durar 8 semanas. Se han propuesto dos modos de hacerlo:
 - a) Durante las 4 primeras semanas se aplicará un parche de 21 mg/24 horas; las dos siguientes de 14 mg/24 horas; y, las dos últimas, de 7 mg/24 horas.
 - b) Durante las 8 semanas se aplicará un parche de 15 mg/16 horas
- El clínico debe individualizar el tratamiento para cada individuo tanto para la duración del mismo como para la dosis.

- Conforme va avanzando el tratamiento hay que ir progresivamente disminuyendo la dosis de nicotina

Precauciones

- Contraindicado o necesidad de utilizarlo con precaución en personas con enfermedades sistémicas de la piel, durante el embarazo, si se ha padecido trastornos cardiovasculares, diabetes, esofagitis, úlcera, etc.

Cuadro 29. Efectos adversos de la terapia sustitutiva de nicotina

Chicles de nicotina

- Locales: inflamación de la mucosa oral, úlceras bucales, dolor de mandíbula, irritación de la garganta, mal sabor de boca
- Gastrointestinales: náuseas, hipo, epigastralgia, flatulencia
- Sistema nervioso central: cefalea, mareos, alteraciones del sueño
- Cardiovasculares: palpitaciones, hipertensión

Parches de nicotina

- Locales: reacciones en la piel sobre la que se coloca el parche
- Gastrointestinales: náuseas, hipo, epigastralgia
- Sistema nervioso central: alteraciones del sueño, insomnio, cefalea, mareos, parestesias, dificultad de concentración
- Cardiovasculares: hipertensión, palpitaciones, taquicardia, dolor precordial, infarto de miocardio, angina de pecho, complicaciones cerebrovasculares
- Otros: tos, mialgias, artralgias, dismenorrea, sudación

- Spray nasal de nicotina

Es una solución acuosa de nicotina de liberación más rápida que el chicle y el parche de nicotina que permite su administración a través de las fosas nasales. Alcanza el pico plasmático a los 10 minutos. De ahí que sea idóneo para el tratamiento de los síntomas de abstinencia en grandes fumadores o en fumadores muy dependientes.

El fumador tiene que administrar aproximadamente 1 mg en las fosas nasales (0.5 mg en cada fosa). Se recomienda una pauta de 1 ó 2 dosis cada hora. No debe echar la solución más de 5 veces cada hora (5 mg de nicotina) y máximo 40 mg. al día. Se considera que la dosis mínima diaria eficaz es de 8 mg. La duración de la terapia es de 3 a 6 meses.

Su uso está contraindicado en pacientes con enfermedades crónicas nasales o con hiperreactividad bronquial grave.

➔ *La combinación de distintas formas de TSN puede ofrecer ventajas de alcanzarse un mayor nivel de sustitución y una adaptación farmacodinámica más cercana a la obtenida por la administración automática del cigarrillo, lo cual se asocia en muchas*

ocasiones a circunstancias concretas y puntuales y no es sistemáticamente la misma todos los días.

➔ *Las tasas absolutas de abstinencia tanto con sustancia activa como con placebo son mayores significativamente en los ensayos donde se suministra mayor intensidad de tratamiento conductual*

Fuente: Carreras JM, Quesada M., Maldonado B, Sánchez Agudo L. Terapia sustitutiva con nicotina en el tratamiento actual del tabaquismo. Prevención del Tabaquismo 2003; 5: 19-28.

- Comprimido para chupar de nicotina

Las tabletas para chupar de nicotina tienen 1 mg de nicotina, pero equivalen a 2 mg de nicotina de los chicles de nicotina, por su mayor absorción. Se disuelve en la boca como si fuese un caramelo. La posología y pauta de tratamiento recomendada es la misma que la del chicle de nicotina.

Cuadro 30 ¿Qué debemos sugerir al paciente chicle o parche de nicotina?

Aunque ambas sustancias son eficaces, es más recomendable utilizar el parche de nicotina cuando es un uso clínico rutinario. Para ello se puede argumentar que:

- Los pacientes presentan una mayor adherencia al tratamiento con parche de nicotina
- La terapia con parches de nicotina le supone un menor tiempo al clínico y al paciente para usarla adecuadamente

Las razones que aconsejan el uso del chicle de nicotina son:

- Preferencia del paciente por esta modalidad de tratamiento
- fracasos anteriores con el parche de nicotina
- Contraindicaciones específicas del parche de nicotina (ej., reacciones de la piel severas)

Fuente: Fiore MC, Bailey WC., Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER et al. Clinical practice guideline # 18 Smoking cessation. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1996.

• Bupropión

El bupropión es un antidepresivo que ha resultado ser eficaz en el tratamiento de la dependencia de la nicotina. Farmacológicamente actúa como inhibidor selectivo de la recaptación de dopamina y noradrenalina, que no inhibe la monoaminoxidasa (MAO) y que apenas interfiere

en la recaptación de la serotonina. Su mecanismo exacto de acción se desconoce, pero se relaciona con sus características farmacológicas citadas.

➔ *El bupropión disminuye el deseo de fumar, los síntomas derivados del síndrome de abstinencia y la tasa de recaídas en los fumadores crónicos*

El preparado para dejar de fumar, hidrocloreuro de bupropión, es un comprimido de liberación retardada de 150 mg. Durante los primeros 6 días el fumador tomará un comprimido de 150 mg, luego pasará a 2 comprimidos de 150 mg, con una separación entre ambas tomas de 8 horas, continuando así durante 7 a 9 semanas. Entre 7 y 15 días después de haber comenzado a tomar bupropión, que es cuando sus niveles en sangre son estables, la persona debe dejar de fumar.

Es un fármaco de prescripción. Debe valorarse cuidadosamente su indicación en pacientes ancianos, con enfermedad renal y/o hepática. No es aconsejable su utilización en menores de 18 años. Está contraindicado en distintas enfermedades (ver cuadro 32), siendo las convulsiones la reacción adversa más grave y el insomnio el efecto secundario más frecuente. Debe tenerse en cuenta su posible interacción con otros medicamentos.

El bupropión es una alternativa para aquellos pacientes para los que la TSN está contraindicada o que no dejaron de fumar con la misma.

Cuadro 31. Instrucciones para un uso adecuado del bupropión

Finalidad del bupropión

- Es un fármaco antidepressivo, no nicotínico, para dejar de fumar
- Se debe dejar de fumar después de estar 1-2 semanas tomando bupropión

Ventajas del bupropión

- Es cómodo de utilizar por el fumador al ser en forma de comprimidos
- Es bien aceptado por muchos fumadores a diferencia de otros procedimientos
- Aquellos que han tenido o tienen un estado de ánimo negativo les permite estar bien al ir dejando de fumar

Uso correcto del bupropión

- Se debe seguir la dosis pautada
- No se debe seguir fumando una vez que se llevan 1-2 semanas tomando bupropión
- No debe olvidarse la persona de saltarse ninguna toma, ni dejar de tomarlo todos los días
- El fármaco debe suspenderse si el fumador vuelve a fumar
- Siempre debe añadirse técnicas motivacionales o de consejo en las visitas mientras se está llevando a cabo el tratamiento con el fumador

Dosis

- El tratamiento completo dura 7 semanas
- Se inicia el tratamiento con una dosis diaria de 150 mg durante 6 días y se aumenta a 150 mg. dos veces al día, el séptimo día

- Después del séptimo día no exceder de 300 mg al día durante otras 6 semanas
- Es mejor adelantar la toma del segundo comprimido para no tomarlo cerca de la hora de acostarse, para evitar los problemas de insomnio que pueda producir

Precauciones

- Contraindicado en personas con hipersensibilidad al bupropión o a los excipientes de su formulación, trastorno convulsivo actual o cualquier antecedente de convulsiones, tumor del SNC, pacientes en proceso de deshabitación alcohólica o de retirada de benzodiazepinas o fármacos análogos, diagnóstico actual o previo de bulimia o anorexia nerviosa, historia de trastorno bipolar, cirrosis hepática grave, tratamiento concomitante con inhibidores de la MAO.

Cuadro 32. Efectos adversos del bupropión en el 1% o más de los individuos que lo toman

| | |
|--------------------|---|
| Generales | Dolor cervical, reacción alérgica |
| Cardiovasculares | Sofocos, hipertensión |
| Digestivo | Sequedad de boca, aumento del apetito, anorexia |
| Muscoloesquelético | Artralgia, mialgia |
| Sistema nervioso | Insomnio*, inestabilidad, temblor, somnolencia, dificultad de concentración |
| Respiratorio | Bronquitis |
| Piel | Prurito, erupción, piel seca, urticaria |
| Otros | Disgeusia |

* Es el más relevante, afectando al 30-40 % de los que lo toman.

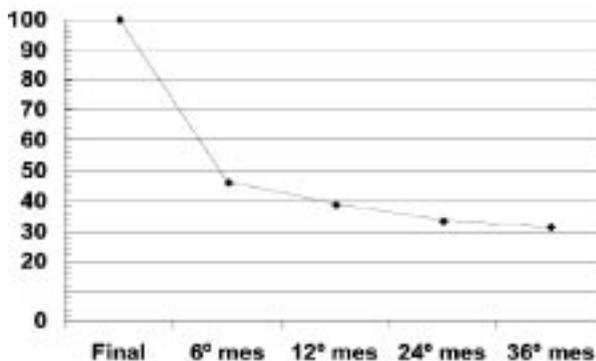
6. Cómo ayudar a que el fumador abstinentes se mantenga sin fumar y no recaiga

Aunque dejar de fumar es algo muy importante, dejando de fumar el fumador no ha finalizado todo el proceso de abandono definitivo, o abstinencia, de los cigarrillos. Queda otro paso igual de importante o aún más importante: el mantenimiento de la abstinencia.

Para el mantenimiento de la abstinencia hay dos estrategias básicas que se pueden utilizar. La primera es incrementar el apoyo social. La segunda es entrenar al fumador, a lo largo del tratamiento cuando aun fuma o, cuando ya ha dejado de fumar, en estrategias de prevención de la recaída. Hay clara evidencia de que aumentar el apoyo social es un elemento predictor de la mayor abstinencia a largo plazo. Si el tratamiento se hace en grupo debemos potenciar el apoyo social dentro del mismo. Fuera del mismo debe buscar apoyo en las personas más cercanas, como esposo/a, amigos/as, compañeros/as, otros familiares, etc., que le animen y refuercen en su abstinencia y que no le tienten para que vuelva a fumar. Rodearse de un adecuado ambiente, a poder ser libre de humo, sin cigarrillos a mano, facilita mantenerse abstinentes y no recaer o retrasar la reanudación del consumo.

Figura 6.

Curva de recaída hasta los tres años en fumadores que participaron en un tratamiento clínico para dejar de fumar y que estaban abstinentes al final del tratamiento



De modo más técnico se han desarrollado tratamientos específicos de entrenamiento en habilidades y de prevención de la recaída, como son el entrenamiento en estrategias de afrontamiento, en solución de problemas, manejo del estrés y del afecto negativo, control del peso, etc. Sabemos que las causas fundamentales de la recaída en nuestros fumadores son tres: los estados emocionales negativos (ira, frustración, ansiedad, depresión, etc.), la presión social al consumo (invitaciones, tentarle, etc.) y los estados emocionales positivos en situaciones interpersonales (ej., en una fiesta donde lo está pasando muy bien). Estos estados además se producen en algunos casos relacionados con el incremento de peso (que lleva a un estado emocional negativo), con el consumo excesivo de alcohol (con mayor probabilidad de pérdida de control en una situación como una fiesta) y con el mantenimiento a lo largo del tiempo del síndrome de abstinencia de la nicotina (lo que incrementa el estado emocional negativo). Por ello, las estrategias de mantenimiento tienen que orientarse hacia estos aspectos. A la persona se le puede entrenar en detectar las situaciones potencialmente peligrosas para recaer, que distinga la caída (un simple evento) de la recaída (volver a su consumo anterior), que pueda contactar con alguien o pedir ayuda ante los primeros consumos (amigo, otro ex-fumador, teléfono de autoayuda), entrenarlo en cómo resolver problemas (técnica de solución de problemas), entrenarlo en cómo afrontar situaciones (técnicas autoinstruccionales), entrenamiento en manejo del estrés (entrenamiento en relajación), entrenamiento en manejo del humor (terapia cognitiva), aparte de entrenarle en cómo controlar el peso si ha engordado más de lo previsto, especialmente en mujeres, ofrecerle tratamiento farmacológico si tiene un alto síndrome de abstinencia de la nicotina, etc.

Cuadro 33. Del abandono de los cigarrillos (abstinente) al mantenimiento de la abstinencia a lo largo del tiempo

- Una vez conseguida la abstinencia, debe buscar alternativas (de salud, ocio, tiempo libre, diversión, etc.) que le facilite mantenerse sin fumar

- La ayuda farmacológica o el entrenamiento en habilidades de tipo psicológico pueden ayudarle a mantenerse abstinentes a largo plazo
- Evitar situaciones de alto riesgo para no volver a recaer (ej., evitar ir a comprar lotería al estanco donde antes compraba sus cigarrillos con la excusa de comprobar que no tiene tentaciones a fumar)
- Buscar otros alicientes en todas sus situaciones vitales sin tabaco (ej., cuando sale a cenar, cuando está en una reunión), incidiendo en las ventajas que tiene ser un no fumador para preservar su salud
- Buscar ayuda profesional si cree que tiene riesgo de poder volver a recaer

Todas las situaciones anteriores son importantes en unos u otros fumadores. Por ello, es de gran importancia detectar en cada concreto fumador las situaciones de alto riesgo, como se encuentra, entre otras cuando sale a cenar, cuando consume alcohol abusivamente, cuando va al partido de fútbol con sus amigos, cuando tiene discusiones con su marido, etc. Estas situaciones pueden detectarse a lo largo del tratamiento pero también a lo largo del seguimiento, una vez que ya ha dejado de fumar. De ahí la relevancia de seguir manteniendo contacto con el ex-fumador y hacer periódicas visitas de seguimiento para que mantenga la abstinencia o le ayudemos a no recaer.

Al haberse introducido tratamientos farmacológicos eficaces en los últimos años, las estrategias de solución de problemas y el entrenamiento en habilidades han cobrado una gran relevancia como elementos de un programa de prevención de la recaída. Con el tratamiento farmacológico, el fumador deja de fumar. Con el entrenamiento adicional consigue mantenerse abstinentes. En los próximos años se extenderán más este tipo de estrategias terapéuticas.

Cuadro 34. Componentes de las intervenciones mínimas de prevención de la recaída

- Todo fumador que recibe prevención de la recaída debe recibir felicitaciones, ánimos y una clara manifestación de interés por parte del clínico para que permanezca abstinentes.
- El clínico debe animar a los pacientes a una discusión activa sobre los temas que suelen preocuparles. Se le deben hacer preguntas abiertas para así poder iniciar la solución de los distintos problemas que se le vayan presentando al paciente (ej., ¿cómo le ha ayudado el dejar de fumar?). Los temas más relevantes son del tipo:
 - Los beneficios de dejar de fumar, incluyendo los potenciales beneficios para la salud que el paciente puede obtener al dejar de fumar.
 - Cuando ha tenido previos episodios exitosos en los que haya dejado de fumar (duración de la abstinencia, reducción del síndrome de abstinencia, etc.).
 - Los problemas que van surgiendo o los que se prevén que puedan surgir a lo largo del mantenimiento de la abstinencia (ej., depresión, aumento de peso).
 - Los temores para mantener la abstinencia (ej., sentido de incapacidad, baja autoestima, nivel de dependencia de la nicotina).
- Volver de nuevo a aplicarle consejo para dejar de fumar o un tratamiento más intensivo para que pueda conseguir de nuevo la abstinencia, teniendo una especial atención al proceso de recaída y a que aprenda del proceso previo de recaída por el que ha pasado.

7. Cómo ayudar al fumador que deja de fumar, recaer, vuelve a dejar de fumar, recaer, y así sucesivamente

Lo ideal es que una persona deje de fumar, se mantenga abstinente y ya no vuelva a tener problemas con el tabaco. Es decir, que deje de fumar para siempre. Pero la realidad nos dice que esto no siempre es así. En muchos casos, los fumadores dejan de fumar, se mantienen un tiempo sin fumar (días, semanas o meses), recaen, vuelven de nuevo a intentar dejar de fumar, lo consiguen o no, y así siguen durante meses o años.

El haber conseguido dejar de fumar en cualquier momento del tiempo es un factor predictivo positivo de que el siguiente intento probablemente será más eficaz que el anterior. Sabemos que existen variables o características de los individuos que se asocian con la consecución de la abstinencia (ej., alta motivación, estado de preparación para la acción), y otras que se asocian negativamente a poder conseguir dejar de fumar o a mantener la abstinencia si dejan de fumar (ej., alta dependencia de la nicotina, comorbilidad psiquiátrica, etc.).

Cuadro 35. Variables asociadas a la consecución de un mayor porcentaje de abstinencia

| Variable | Ejemplos |
|---|--|
| Alta motivación | El fumador informa estar motivado para el abandono |
| Preparación para el cambio | El fumador está en la fase de preparación para la acción (quiere dejar de fumar en los próximos 30 días) |
| Autoeficacia de moderada a alta para dejar de fumar | El fumador confía en su capacidad para dejar de fumar |
| Red de apoyo social | En su casa y trabajo la gente no fuma; sus amigos no fuman en presencia de él cuando dejó de fumar |

Cuadro 36. Variables asociadas a obtener menores porcentajes de abstinencia

| Variable | Ejemplos |
|---------------------------------------|--|
| Alta dependencia de la nicotina | El fumador ha tenido un importante síndrome de abstinencia de la nicotina durante sus intentos previos de abandono; es un fumador duro (más de 20 cigarrillos diarios) y/o fuma el primer cigarrillo del día en los primeros 30 minutos después de despertarse |
| Historia de comorbilidad psiquiátrica | El fumador tiene una historia de depresión, esquizofrenia, alcoholismo u otra dependencia de sustancias |

¿Qué hacer en estos casos? Lo que tenemos que hacer en estos casos es, por una parte, lo que hemos expuesto para los tipos de fumadores y fases en las que se encuentran los fumadores

respecto al abandono del tabaco y, por otra, ser más conscientes de las variables que favorecen dejar de fumar o las que lo hacen más difícil. A éstas es a las que hay que dedicar más esfuerzos, porque están presentes en los individuos que fracasan con nuestro consejo o con nuestro tratamiento. En el cuadro 37 indicamos varias estrategias de consejo práctico que son útiles para estos fumadores, complementando todo lo dicho hasta ahora.

Cuadro 37. Estrategias de consejo práctico basado en el entrenamiento en habilidades de solución de problemas

| Estrategias de consejo práctico | Ejemplos |
|---|---|
| Reconocer situaciones de peligro: Identifica eventos, estados internos o actividades que incrementan el riesgo de fumar o recaer | <ul style="list-style-type: none"> - Afecto negativo - Estar al lado de otros fumadores - Tomar bebidas alcohólicas - Experimentar urgencias a fumar - Estar agobiado |
| Desarrollar habilidades de afrontamiento: Identificar y practicar habilidades de afrontamiento o de solución de problemas. Típicamente, estas habilidades se proponen para afrontar situaciones de peligro | <ul style="list-style-type: none"> - Aprender a anticipar y a evitar la tentación de fumar - Aprender estrategias cognitivas para disminuir el estado de ánimo negativo - Llevar a cabo cambios en el estilo de vida que reduzcan el estrés, mejoren la calidad de vida o resulten gratificantes - Aprender actividades cognitivas y conductuales para afrontar las urgencias de fumar (ej. distracción de la atención) |
| Proporcionar información básica acerca de fumar y de cómo dejar exitosamente de fumar | <ul style="list-style-type: none"> - El hecho de fumar algo (aunque solo sea una calada) incrementa la probabilidad de una recaída total - El síndrome de abstinencia suele descender a las 1-3 semanas después de dejar de fumar - Los síntomas de abstinencia incluyen el estado de ánimo negativo, urgencias a fumar y dificultad en concentrarse - La naturaleza adictiva de fumar |

Fuente: Fiore MC, Bailey WC., Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER et al. Treating tobacco use and dependence. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.

4. Aspectos clínicos que se deben tener en cuenta en el tratamiento de los fumadores

1. Cuando existe psicopatología asociada **62**
 1. 1. Fumar y trastornos del estado de ánimo: depresión mayor **63**
 1. 2. Fumar, ansiedad y estrés **65**
 1. 3. Fumar y consumo de drogas, especialmente alcohol **66**
 1. 4. Fumar y esquizofrenia **67**
 1. 5. Fumar y trastorno de déficit de atención con hiperactividad **67**
2. El problema de cuando se incrementa el peso en la abstinencia **68**
3. Cuando el fumador quiere reducir el consumo pero no quiere dejar de fumar (reducción de daños) **70**

1. Cuando existe psicopatología asociada

En Estados Unidos la incidencia del consumo de tabaco en las personas que padecen algún trastorno mental es de un 60%, cuando en la población sólo fuma el 25%. En España los resultados van en la misma línea. Hay varios trastornos relacionados de modo importante con fumar, como son la esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar, alcoholismo, trastornos de ansiedad (trastorno por estrés postraumático, trastorno de pánico, ansiedad), y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, entre los más importantes.

Hasta ahora sabíamos las claras consecuencias que fumar producía en la salud física. Hoy, también sabemos que fumar está asociado con un gran número de trastornos mentales, algunos de los cuales acarrearán gran sufrimiento, y el tabaco ayuda a incrementar dicho sufrimiento.

Figura 7.

Relación entre fumar y trastornos psiquiátricos
(Farrel et al., 1998)

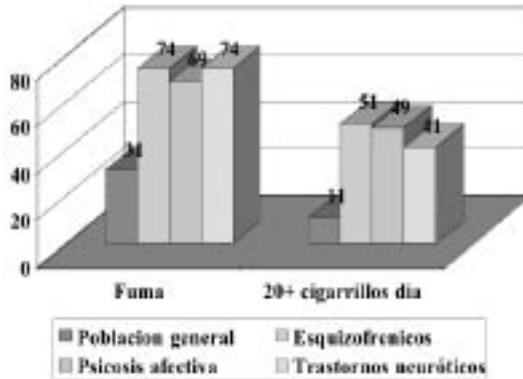
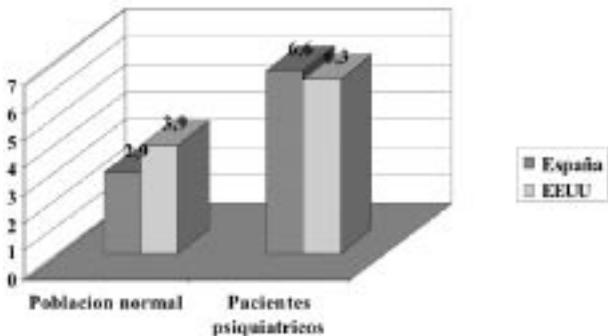


Figura 8.

Dependencia de la nicotina en población normal y pacientes psiquiátricos
(De León et al., 2002)



1.1. Fumar y trastornos del estado de ánimo: depresión mayor

De las anteriores relaciones la que mejor está estudiada es la existente entre fumar y depresión. El porcentaje de depresión es mayor en las personas que fuman respecto a las que no fuman. Al dejar de fumar, algunos recaerán inmediatamente para evitar los efectos negativos de la abstinencia. O, si se mantienen abstinentes, pueden caer en un cuadro depresivo, si en el momento de abandonar el tabaco no tenían una depresión clínica, pero la habían tenido en el pasado. Debemos saber que la depresión aparece como uno de los síntomas del síndrome de abstinencia de la nicotina y que con frecuencia se ha confundido el síntoma con el trastorno.

A su vez, sabemos que en los programas clínicos de un 30 a un 60% de las personas que acuden a dejar de fumar, han tenido una historia previa de depresión mayor. Esto explica su peor pronóstico.

Figura 9.

Historia previa de trastorno mental (fundamentalmente depresión) en fumadores en tratamiento

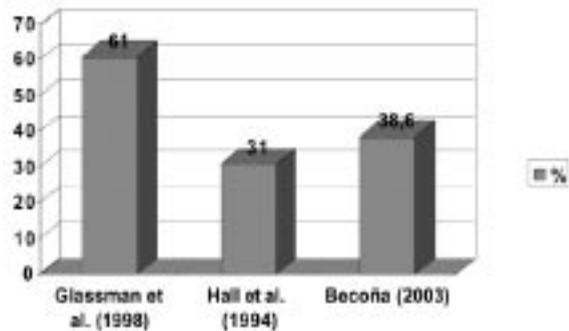
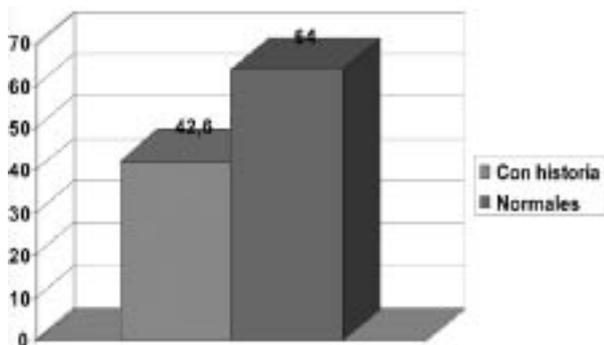


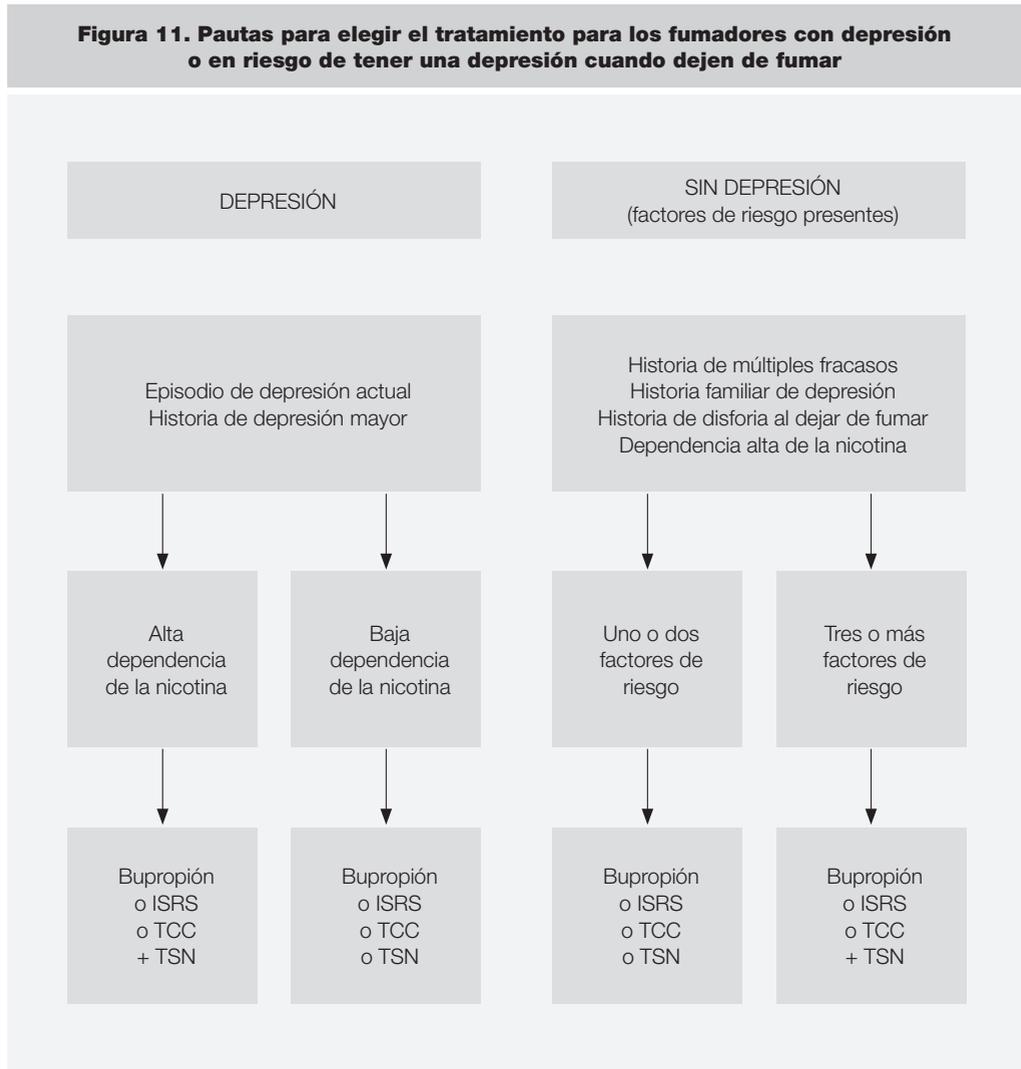
Figura 10.

Abstinencia (%) en fumadores con y sin historia previa de trastorno mental (N=140)



Todo ello se debe a la función antidepressiva de la nicotina. A nivel biológico se ha propuesto que la nicotina alivia algunos de los síntomas del trastorno depresivo mayor por su acción sobre el sistema de recompensa dopaminérgico mesolímbico, lo que explicaría la comorbilidad entre ambos trastornos. Pero hoy no sabemos claramente por qué se produce la relación entre fumar y depresión.

Un grupo de claro riesgo para esta relación entre fumar y depresión son las mujeres, que tienen el doble de prevalencia que los varones de trastornos del estado de ánimo. A ellas hay que prestarles una especial atención en este aspecto.



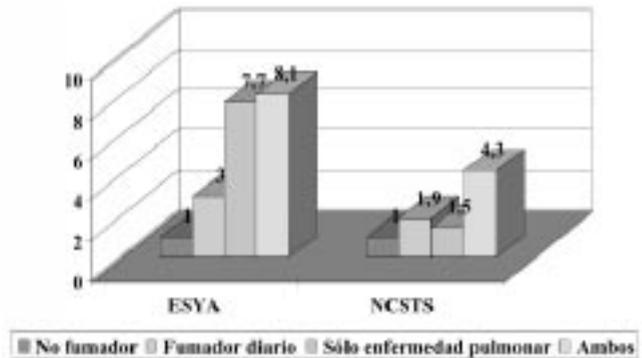
ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
TSN: Terapia sustitutiva de nicotina
TCC: Terapia cognitiva-conductual

1.2. Fumar, ansiedad y estrés

La mayor asociación entre fumar y distintos trastornos de ansiedad está clara desde hace años. También se encuentra asociación entre fumar y estrés. En los adolescentes se les incrementa el nivel de estrés conforme incrementan su patrón de consumo regular de tabaco. En los adultos, aunque fumar ayuda a relajarse, los fumadores están más estresados que los no fumadores. Cuando los fumadores dejan de fumar, les disminuye el nivel de estrés conforme transcurre el tiempo.

Figura 12.

Relación entre fumar y ataques de pánico (ESYA-Epidemiological Study of Young Adults in Southeast Michigan; NCSTS-National Comorbidity Survey Tobacco Supplement), en Odds Ratio (OR)



En el proceso de abandono del tabaco y en el del mantenimiento de la abstinencia, es de una gran relevancia conocer las estrategias de afrontamiento que pone la persona en marcha para controlar el estrés, o hacerle frente a las situaciones estresantes. Los fumadores con menos estrés dejan más de fumar que los que tienen un mayor nivel de estrés.

El estrés afecta al consumo de tabaco. Las personas que tienen un nivel alto de estrés no consiguen dejar de fumar o, si dejan de fumar, recaen en un periodo de tiempo corto. Ello es especialmente claro cuando la persona se encuentra ante una experiencia estresante o un estado de afecto negativo.

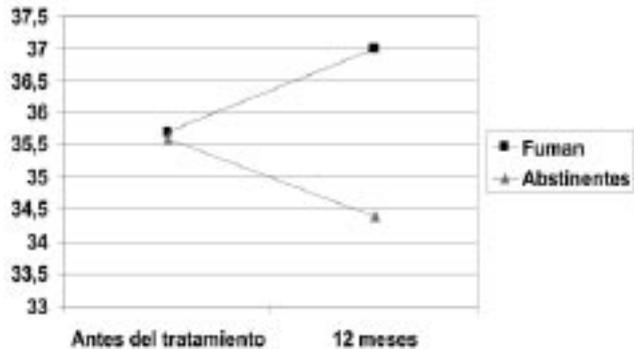
➔ *Toda persona, por muchos problemas asociados que tenga, puede dejar de fumar. Nos corresponde a nosotros conocer bien a esa persona, los factores que le llevan a fumar o mantienen su consumo, y con ello diseñarle el mejor tratamiento para que deje de fumar*

1.3. Fumar y consumo de drogas, especialmente alcohol

Fumar está asociado con todos los trastornos adictivos, como el alcohol, la cocaína, la heroína, el cannabis, el juego patológico, etc., habiendo un número de fumadores doble, triple o cercano al 100% en las personas con esos trastornos.

De los alcohólicos que acuden a tratamiento, en torno al 85% de ellos fuman. De ahí que haya que proponerles no sólo que dejen de beber, o remitirlos a un tratamiento para ello, sino también que al mismo tiempo dejen de fumar. Hoy sabemos que los que continúan fumando después de haber dejado el alcohol incrementan el riesgo de volver a recaer en la bebida. De ahí la necesidad de que abandonen ambas sustancias.

Figura 13.
Ansiedad-estado y abandono de los cigarrillos
(Becoña *et al.*, 2002)



Cuadro 38. Las tres principales causas de la recaída en nuestros fumadores

| Causa de la recaída | % de las recaídas que explican |
|---|--------------------------------|
| 1. El afrontamiento de estados emocionales negativos, como la frustración, ira, ansiedad, depresión, etc. | 40% |
| 2. Por la presión social al consumo, tanto directa (ej. ofrecerle cigarrillos), como indirecta (ej., fijarse en un modelo que fuma) | 20% |
| 3. Para la mejora del estado emocional positivo en situaciones interpersonales (ej., celebración, fiesta, encuentro, etc.) | 17% |

1.4. Fumar y esquizofrenia

La prevalencia del consumo de tabaco en la esquizofrenia es dos o tres veces mayor que la que existe en la población. Los esquizofrénicos utilizan la nicotina para modular los efectos secundarios de los antipsicóticos, igual que hacen con la cafeína. Fumando se les incrementa la dopamina en el núcleo acumbens y en el córtex prefrontal. Con la nicotina alivian una parte de sus síntomas psiquiátricos. Al fumar, precisan una mayor cantidad de medicación neuroléptica, con lo que se les incrementan los efectos secundarios de la misma a corto y a largo plazo. Esto se debe a que la nicotina altera el metabolismo de los fármacos antipsicóticos.

➔ *La nicotina es una droga casi ideal para el que la consume. Tiene tanto propiedades estimulantes como tranquilizantes. De ahí su utilidad funcional en las personas con trastornos psiquiátricos y que les ayude a afrontar mejor su vida cotidiana. Por ello, cuando existe esta asociación en un fumador se incrementan las dificultades para el tratamiento para dejar de fumar.*

Los resultados que se obtienen en el tratamiento para dejar de fumar con los esquizofrénicos son bajos. Toda una serie de barreras de la enfermedad esquizofrénica como las de la concomitante dependencia de la nicotina, hacen más difícil que estas personas dejen de fumar. Por ello, una estrategia que en muchas ocasiones hay que considerar como la idónea es que reduzcan el consumo, dada la dificultad que muchos tienen para dejar de fumar o en mantener la abstinencia una vez que lo han conseguido.

Un problema añadido para estos pacientes son sus dificultades para poder fumar, al restringirse cada vez más los lugares donde se puede fumar y, a la inversa, cómo controlar, restringir o prohibir que fumen en lugares de internamiento (ej., un hospital) en donde no se puede fumar. Lo cierto es que cuando se han puesto medidas de control en estos centros los problemas han sido mucho menores de los previstos, especialmente si se ha utilizado con ellos terapia sustitutiva de la nicotina.

1.5. Fumar y trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

El trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) tienen una gran relevancia en la infancia y adolescencia y es un predictor de padecer psicopatología de adultos en los que la padecen de niños y adolescentes. Distintos estudios han encontrado que existe relación entre que la madre fume durante el embarazo y la aparición posterior del TDAH en sus hijos.

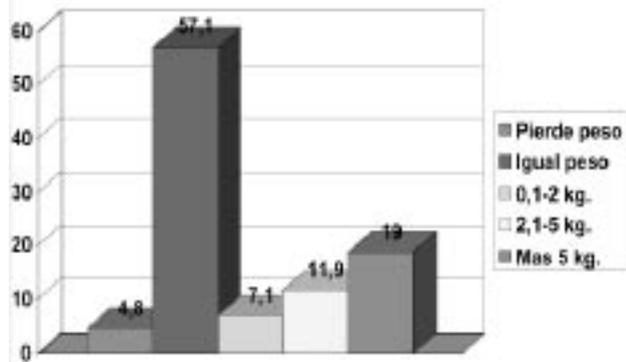
2. El problema del incremento de peso en la abstinencia

Fumar se relaciona con tener un peso más bajo y dejar de fumar con un incremento de peso. Al dejar de fumar persiste durante un tiempo las ganas de fumar y hay un incremento de las ganas de comer, al menos durante las primeras semanas o meses. Esto lleva a que una parte de los fumadores engorden varios kilos. La media de peso ganado oscila de 3 a 4 kilos en los que lo dejan de fumar de golpe y de 2 a 3 kilos en los que participan en programas clínicos, uno o varios años después de haber dejado de fumar. El aumento de peso es más rápido en las primeras semanas o meses después de dejar de fumar, estabilizándose aproximadamente a los 6 meses.

Aunque el incremento promedio es poco relevante, el problema está en que hay un pequeño porcentaje de fumadores que al dejar de fumar, aunque pequeño, incrementan de modo significativo su peso. La variabilidad del incremento de peso de unas a otras personas es enorme, dependiendo del sexo, la edad, el consumo previo de cigarrillos, el peso previo, etc. Por ejemplo, en programas clínicos, sólo un 7% de los que dejan de fumar incrementan más de 10 kg. su peso a los tres años de seguimiento.

Figura 14.

Porcentaje de personas que pierden peso, se mantienen igual o incrementan su peso a los 3 años después de haber dejado de fumar



Aunque, cuando los fumadores están con tratamiento farmacológico para dejar de fumar, no engordan, o engordan poco, al cesar la medicación engordan de igual modo que los que dejan de fumar por sí mismos. Hoy no disponemos de tratamientos eficaces para que una parte de los fumadores no incrementen de modo significativo su peso. Muchos pretenden mantener el peso que tenían cuando eran fumadores (especialmente en mujeres); otros comen más para controlar el estrés debido a la falta de cigarrillos o por el síndrome de abstinencia de la nicotina. Solo unos pocos tienen alteraciones de tipo orgánico en las que dejar de fumar les lleva a comer más y a engordar.

¿Qué alternativas tenemos ante este problema?

Primera, indicarle al paciente que los fumadores pesan menos que los no fumadores y que, al dejar de fumar, algunos fumadores engordan por tener más ganas de comer durante las primeras semanas. PERO, también hay que indicarles que, a largo plazo, la mayoría de los fumadores van a tener el mismo peso uno o varios años después de dejar de fumar.

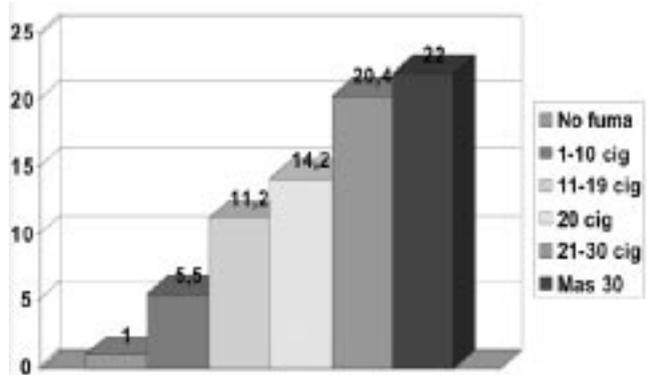
Segunda, el clínico le puede al paciente recomendar una dieta, ejercicio u otros cambios en su estilo de vida, o puede remitirle a un programa o a un especialista (más a largo plazo) si tiene tendencia a engordar o ha engordado más de lo que es el promedio o de lo que quería engordar el individuo.

➔ *Los beneficios que se obtienen al dejar de fumar para la salud son muy superiores a las consecuencias físicas, psicológicas y de imagen de la propia figura corporal cuando se engordan varios kilos como consecuencia de haber dejado de fumar.*

Figura 15.

Riesgo relativo de cáncer de pulmón en mujeres, en relación con el número de cigarrillos fumados diariamente

(Ramos et al., 1999)



3. Cuando el fumador quiere reducir el consumo pero no quiere dejar de fumar (reducción de daños)

A pesar de todo lo que hagamos, hay algunos fumadores que no dejan de fumar, que quieren seguir fumando, o que solo están dispuestos a reducir el consumo de cigarrillos. Si vemos que no es posible conseguir la abstinencia podemos proponerle algunas estrategias para que fume menos cigarrillos, los fume menos intensamente o que ingiera menos nicotina. En este caso le vamos preparando para un posible abandono definitivo de los cigarrillos. Es una postura realista. A esto es a lo que conocemos como reducción de daños.

➔ *El objetivo de la reducción de daños es conseguir que aquel fumador que no puede o no quiere dejar de fumar, reduzca el número de cigarrillos, descienda la cantidad de nicotina ingerida de sus cigarrillos, o adopte la ingestión de productos de nicotina alternativos (ej., chicle de nicotina), con los que puede reducir el riesgo de enfermedades o de muerte prematura*

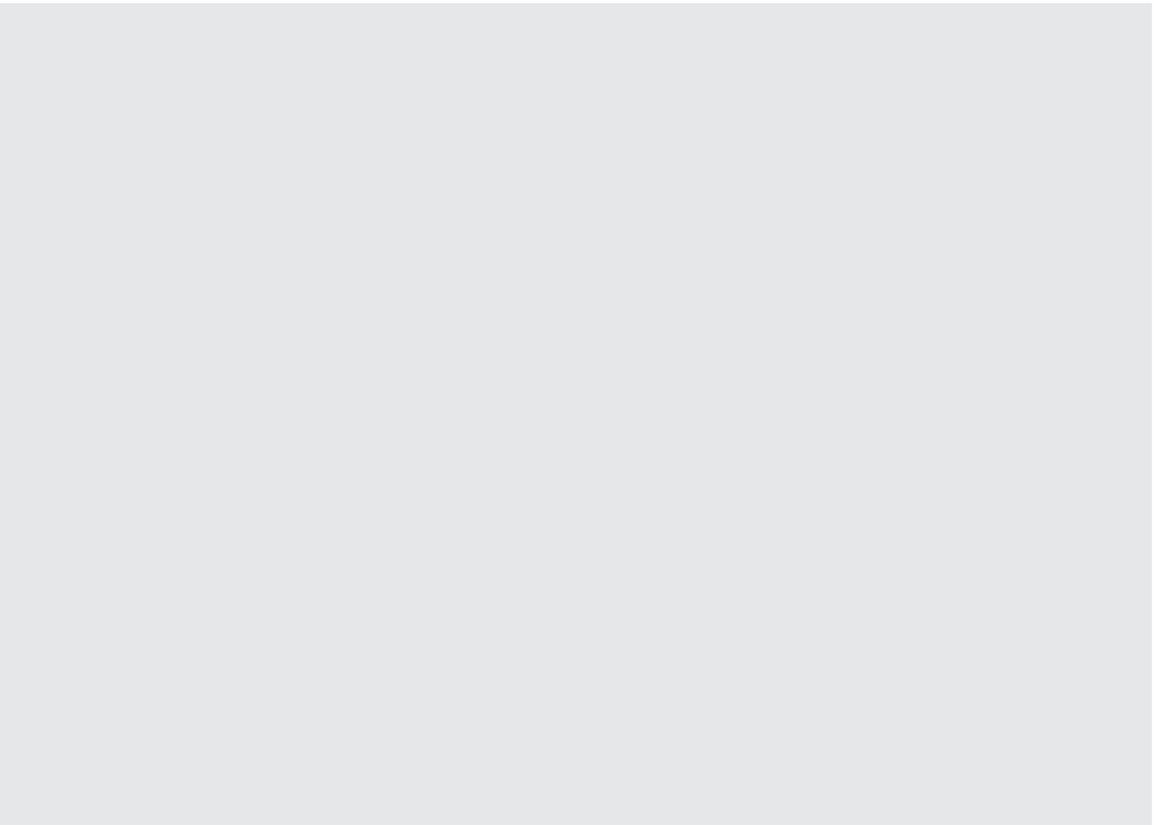
Cuando la persona consigue reducir su número de cigarrillos o fuma de un modo menos dependiente va avanzando en su estadio de cambio cara al abandono definitivo de los cigarrillos. En este caso, varias semanas o meses después le podemos proponer que haga un intento definitivo de abandono, o que haga una mayor reducción en su consumo de cigarrillos. En un caso o en otro le vamos acercando a la meta final: dejar de fumar.

Cuadro 39. Algunas sugerencias para que los fumadores fumen menos o ingieran menos nicotina de sus cigarrillos

- Reducir cada semana en cinco el número de cigarrillos que se están fumando actualmente
- Fumar un tercio menos del cigarrillo desde el filtro
- Utilizar una boquilla para fumar menos y reducir las sustancias tóxicas del cigarrillo
- Reducir la profundidad de la inhalación
- No aceptar ofrecimientos de cigarrillos
- Dejar de fumar en varios lugares prefijados (ej., en casa, en el coche)
- Cambiar a una marca de cigarrillos con menor cantidad de nicotina y alquitrán, para así inhalar menos nicotina. En este caso, obligatoriamente, tiene que ir unido este cambio de marca a un descenso en el número de cigarrillos fumados
- Cambiar la forma de fumar (por ej., pasar de fumar cigarrillos a fumar en pipa)
- Tener en una hoja anotadas, y llevarla encima, las razones para dejar de fumar y los beneficios que se obtienen al dejar de fumar
- Llevar un registro del número de cigarrillos fumados diariamente
- Comentar a las personas que le rodean que va a dejar de fumar en los próximos meses

Nota: La reducción sigue dejando al fumador con riesgo de padecer enfermedades, ralentizado las mismas si la reducción es efectiva y no se produce compensación nicotínica.

5. Respuestas a las preguntas más frecuentes que nos puede hacer un fumador



Los fumadores nos hacen preguntas sobre cuestiones que les interesa saber o sobre los problemas que pueden tener, o que creen que van a tener, cuando se plantean dejar de fumar, cuando están intentando dejar de fumar o cuando ya han dejado de fumar.

Las 25 preguntas y respuestas que podemos darles a algunas de las que con más frecuencia nos formulan se indican a continuación.

➡ **1. ¿Seré capaz de dejar de fumar?**

Todo fumador puede dejar de fumar con mayor o menor esfuerzo. Muchos miles lo han conseguido antes que usted. No hay por ello motivo para que no consiga dejar de fumar. Yo estoy aquí para ayudarle a que consiga dejar de fumar.

➡ **2. ¿Es posible dejar de fumar sin “fuerza de voluntad”?**

Se le informa de que estamos aquí para ayudarle a dejar de fumar. “Yo le guiaré para que pueda conseguir dejar de fumar. Verá de lo que es usted capaz por sí mismo”.

Hay que indicarle que aunque la primera vez no consiga dejar de fumar, después de varios intentos es casi seguro que lo logrará. Le debemos ofrecer distintas alternativas para dejar de fumar y darle todo nuestro apoyo. Siempre debemos proporcionarle consejo para que deje de fumar.

➡ **3. No necesito dejarlo porque fumo cigarrillos bajos en nicotina y alquitrán**

Debemos dejarle bien claro que no existe un cigarrillo saludable y que la mayoría de los fumadores a menudo le dan más caladas al cigarrillo o las inhalan con más intensidad para compensar el bajo contenido de nicotina de sus cigarrillos bajos en nicotina.

➡ **4. ¿Por qué tengo que dejar de fumar si me encuentro sano?**

Hay que explicarle que fumar cigarrillos es una epidemia silenciosa que va produciendo efectos negativos en el organismo poco a poco, sin que se detecten sus efectos hasta que en muchas ocasiones ya es tarde. Dejando de fumar se gana en salud y se evitan riesgos de padecer graves enfermedades. Por ello, lo mejor es dejar de fumar.

➡ **5. Yo he fumado durante muchos años, ¿no soy demasiado viejo para dejarlo?**

Debemos indicarle al paciente que nunca es tarde para dejar de fumar. Por mucho tiempo que uno haya fumado, si lo deja, experimentará los beneficios de dejar de fumar. Incluso si la persona tiene más de 65 años, dejar de fumar en ese momento le puede ayudar a vivir más tiempo y a tener un mayor calidad de vida.

➡ **6. No voy a poder dejar de fumar, es el único vicio que tengo**

Si tiene un vicio lo que tiene que hacer es abandonarlo, porque usted mismo reconoce que no es bueno. Pero en el caso del tabaco tenemos que hablar de algo más que de un vicio. Tenemos que hablar de una droga, la nicotina, que es la que produce la dependencia y la que

le impide dejar de fumar. Cuando deje de fumar apreciará que dejar de fumar es más fácil de lo que hoy piensa y de que podrá vivir perfectamente sin fumar. Y con un vicio menos.

➡ **7. Deje muchas veces de fumar y vuelvo de nuevo a estar donde estoy**

El haber dejado de fumar en el pasado, aunque haya sido un solo día, indica que usted sabe que es posible dejar de fumar. Este puede ser el intento definitivo que le lleve a dejar de fumar para siempre.

➡ **8. Cuando deje de fumar ¿tendré la misma salud que si no hubiese fumado?**

Si el tabaco no ha producido ninguna lesión (ej., enfisema), poco a poco las funciones de su organismo se irán recuperando hasta prácticamente su nivel normal, desapareciendo los riesgos (ej., de infarto) debidos al tabaco. En un plazo de 10 a 15 años, los ex-fumadores de edad media tienen un riesgo similar a aquellos que nunca han fumado.

➡ **9. ¿Es mejor dejarlo bruscamente o paulatinamente?**

Le debemos indicar que la mayor parte de los ex-fumadores han conseguido dejar de fumar de golpe. No obstante, hay una serie de procedimientos psicológicos y farmacológicos que le pueden ayudar a dejar de fumar sin experimentar el síndrome de abstinencia de la nicotina. Ello va a depender mucho del grado de adicción fisiológica y psicológica que tenga el fumador.

➡ **10. ¿Tendré menos riesgos si fumo en pipa o puros en vez de cigarrillos?**

Los fumadores que fuman pipas o puros no tragan el humo y, por tanto, a esos niveles sí se benefician. Sin embargo, al fumar pipas o puros exponen su cavidad bucal al humo del tabaco mucho más que los fumadores de cigarrillos con lo que se incrementa el riesgo de un cáncer de boca. Además, los fumadores de cigarrillos que se cambian a los puros suelen mantener su forma habitual de inhalar con lo que no reducen para nada ningún riesgo, más bien lo incrementan.

➡ **11. ¿Se gana peso al dejar de fumar?**

Si lo preguntan, debe indicárseles que en algunos casos el fumador puede incrementar de peso, en las primeras semanas o meses después de dejar de fumar, aunque la mayoría vuelven a su peso normal en poco tiempo. Si esto ocurre, puede recomendárseles una dieta, ejercicio u otros cambios en el estilo de vida del paciente, o puede remitir al paciente a un especialista, una vez que haya consolidado la abstinencia. Mientras, se puede tranquilizar al paciente de que ganar algún peso después de dejar de fumar es común y que realizar dietas tan pronto como deje de fumar puede ser contraproducente.

➡ **12. ¿Qué puedo hacer cuando tengo ganas de fumar?**

Se deben programar con el fumador conductas alternativas, de tipo conductual (ej., dar un paseo, hacer inspiraciones) o cognitivas (ej., imaginarse una escena que a uno le guste) que le ayuden a afrontar correctamente la necesidad de un cigarrillo, hecho que es normal si tene-

mos en cuenta que fumar es una conducta que se ha repetido miles y miles de veces y que como todo hábito no se suprime de un día para otro.

➔ 13. **¿Voy a sufrir el síndrome de abstinencia de la nicotina?**

Éste ocurre cuando se deja de fumar de golpe y la adicción a la nicotina es elevada. Si el fumador realiza un tratamiento en el que se contemple el abandono gradual, o un tratamiento sustitutivo con nicotina, no tendrá este problema. En las visitas de seguimiento, y en la planificación del abandono, debemos indicarle esto.

➔ 14. **Ahora toso más que antes cuando fumaba**

Se deben despejar las dudas del paciente y dejarle claro que eso no es un empeoramiento de su salud, más bien lo contrario. El incremento de tos y la expulsión de más secreciones es una señal de recuperación de los mecanismos de defensa del pulmón. No todos los fumadores tienen por qué experimentar este fenómeno.

➔ 15. **¿Es conveniente que le diga a otras personas que estoy dejando de fumar?**

Le debemos decir claramente que sí. El apoyo es muy importante para dejar de fumar y continuar abstinerente. Y, lo contrario, cuando no existe ningún apoyo, hay que entrenar a la persona a que consiga apoyo y obviar los comentarios que puedan influir negativamente en su motivación para dejar de fumar.

➔ 16. **¿Cuándo se deja de fumar se produce insomnio?**

Hay que aclararle al fumador que en personas que tienen un gran nivel de adicción puede tener problemas de sueño en los primeros días o semanas después de haber dejado de fumar. Sin embargo, si se sigue un tratamiento adecuado, no tiene por qué suceder. Además, si ese síntoma está relacionado con la nicotina desaparecerá en un plazo de aproximadamente tres semanas.

➔ 17. **¿Voy a funcionar sin tabaco?**

En algunos casos aislados puede parecerle al sujeto que su rendimiento y concentración son peores. Muchos fumadores utilizan los cigarrillos como herramienta psicológica. No obstante, la mayoría de la gente no fuma y funciona perfectamente. El tabaco no ayuda a estar más relajado o hacer mejor las tareas cotidianas. Lo que sucede es que la adicción lleva al sujeto a tener que fumar para sentirse bien y atenuar el malestar que le produce la carencia del cigarrillo. El cigarrillo lo hace sentir mejor porque impide que se desencadenen los efectos aversivos de no fumar.

➔ 18. **¿Qué hago para mi bajo estado de ánimo o para mi depresión?**

En algunos casos el fumador, al haber dejado de fumar, se siente con el ánimo bajo, con síntomas depresivos o con depresión. Puede ser un síntoma del síndrome de abstinencia de la nicotina o, en otros casos, tiene un cuadro depresivo. En este caso se le puede proporcionar una

terapia farmacológica, psicológica, o combinada, para su depresión o remitirlo a un especialista.

➡ **19. Mis síntomas de abstinencia están durando ya mucho tiempo**

Si el paciente informa que sigue teniendo deseo de nicotina u otra sintomatología del síndrome de abstinencia, después de que ya ha transcurrido un tiempo razonable desde que dejó de fumar, se puede considerar la posibilidad de realizar una terapia adicional o entrenarlo en estrategias de prevención de la recaída.

➡ **20. Siento que tengo más estrés que antes**

Al dejar de fumar, en varias semanas, se reduce el nivel de estrés y de ansiedad, en la mayoría de los fumadores. Si el síndrome de abstinencia es importante los síntomas de éste anularán dicha mejoría. Debe analizarse esto, informarle de ello, y pedirle que espere a ver que ocurre en las próximas semanas sin fumar ningún cigarrillo.

➡ **21. Nadie me apoya en mi ambiente para que deje de fumar**

Cuando el fumador no encuentra ningún tipo de apoyo en su ambiente para dejar de fumar, es de gran ayuda que nosotros, u otra persona de nuestro Centro, le haga llamadas telefónicas de seguimiento o le ayudemos a identificar fuentes de apoyo en su entorno que le puedan ayudar.

➡ **22. Si vuelvo a fumar un solo cigarrillo ¿soy fumador?**

Hay que aclararle que hay dos procesos muy diferentes. Por un lado está lo que se le llama caída o desliz, que se refiere a la emisión de la conducta indeseada en un momento del tiempo, no pasando de ser más que un episodio (ej., darle una sola calada a un cigarrillo). Por otro, se puede hablar de recaída cuando la persona ha adoptado un patrón regular de consumo (ej., volver a fumar diariamente). Por tanto, si un ex-fumador vuelve a tener un consumo aislado, sigue siendo un ex-fumador y no vuelve a ser ya un fumador, aunque debe esforzarse en no fumar ningún cigarrillo.

➡ **23. ¿Podría fumar un cigarrillo en alguna ocasión especial?**

Controlar el consumo de tabaco suele ser difícil. La ilusión del fumador es poder fumar algún cigarrillo cuando le apeteciese. Lo cierto es que sólo hay un pequeño porcentaje de fumadores que fuman menos de cinco cigarrillos al día u ocasionalmente. Y éstos raramente han reducido el consumo de muchos cigarrillos a esos pocos; siempre han fumado pocos cigarrillos y tienen escasa dependencia de la nicotina. La mayoría de los fumadores no pueden controlar el consumo de tabaco y cada vez tienen que fumar más para que la nicotina haga los mismos efectos (fenómeno de tolerancia). Por tanto, si uno vuelve a fumar un cigarrillo después de dejarlos corre un riesgo elevado de que vuelva a fumar y se le dispare rápidamente el consumo de cigarrillos.

➡ **24. He vuelto a fumar varios cigarrillos, ¿tengo alguna posibilidad de poder conseguir la abstinencia?**

Todas. Haber conseguido dejar de fumar y estar ahora fumando solo unos pocos cigarrillos, en vez de los que fumaba antes, indica que va adquiriendo un mayor control sobre el tabaco y que puede estar días sin fumar. Sólo queda que vuelva a dejar de fumar de nuevo. Tenga cuidado una vez que lo deje con no volver a coger ningún cigarrillo.

➡ **25. Estoy fumando la mitad de los cigarrillos que fumaba antes de intentar dejar de fumar. ¿No volveré a fumar igual que antes?**

En absoluto. Lo que ha conseguido es reducir el consumo a la mitad. Manténgase así y planifiquemos cómo hacer otro intento para dejar definitivamente de fumar. Lo podemos hacer a corto o a medio plazo. Vamos a ver qué es lo más conveniente en su caso.

Bibliografía para ampliar

- ABRAMS DB, NIAURA R, BROWN RA, EMMONS KM, GOLDSTEIN MG, MONTI PM. *The tobacco dependence treatment handbook*. Nueva York: Guildford Press; 2003
- BARRUECO M, HERNÁNDEZ MA, TORRECILLA M. *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*, 2ª ed. Majadahonda, Madrid: Ergón; 2003.
- 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.
- BENOWITZ N, ed. *Nicotine safety and toxicity*. Nueva York: Oxford University Press; 1998.
- FIGURE MC, BAILEY WC., COHEN SJ, DORFMAN SF, GOLDSTEIN MG, GRITZ ER et al. *Clinical practice guideline # 18 Smoking cessation*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research; 1996.
- FIGURE MC, BAILEY WC., COHEN SJ, DORFMAN SF, GOLDSTEIN MG, GRITZ ER et al. *Treating tobacco use and dependence*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2000.
- GOLD MS. *Tabaco*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1996.
- HAUSTEN KO. *Tobacco or health? Physiological and social damages caused by tobacco smoking*. Berlin: Springer-Verlag; 2003.
- JIMÉNEZ CA, FAGERSTRÖM, KO. *Manual práctico de la terapia sustitutiva con nicotina en el tratamiento del tabaquismo*. Barcelona: Novartis; 2000.
- MILLER WR, ROLLNICK S. *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós; 1999.
- ORLEANS CT, SLADE J, eds. *Nicotine addiction. Principles and management*. Nueva York: Oxford University Press; 1993.
- PARDELL H, JANÉ M, SÁNCHEZ NICOLAY I, VILLALBÍ JR, SALTÓ E et al. *Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español*. Organización Médica Colegial, Madrid/Medicina stm Editores (Ars Medica), Barcelona; 2002.
- SALVADOR, T. *Tabaquismo*. Madrid: Aguilar; 1996.
- SEIDMAN DF, COVEY LS, eds. *Helping the hard-core smoker. A clinician's guide*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 1999.
- USDHHS. *Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2000.
- VILLALBÍ JR, ARIZA C. *El tabaquismo en España: Situación actual y perspectivas para el movimiento de prevención*. Barcelona: SESPAS, Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo; 2000.

Para conocer más sobre el tema, a través de los recursos en Internet

1. Institucionales

- Ministerio de Sanidad y Consumo: www.msc.es.
- Organización Mundial de la Salud: www.who.org.
- Surgeon General norteamericano: www.surgeongeneral.gov/tobacco

2. Principales sociedades científicas españolas donde se puede encontrar información sobre tabaco

- Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, CNPT, www.cnpt.es
- Sociedad Científica Española de Estudios del Alcohol, el Alcoholismo y otras Toxicomanías, Socidrogalcohol, www.socidrogalcohol.org
- Sociedad Española de Cardiología: www.sec.org
- Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo, SEDET, www.sedet.es
- Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, SEPAR: www.separ.es
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, SEMFYC: www.papps.org

3. Otras bases de datos importantes en tabaco

- American Lung Association: www.lungusa.org
- CDC: www.cdc.gov
- En compañía: www.atenciontabaquismo.com
- European Network on Smoking Prevention: www.ensp.org
- Globalink: www.globalink.org
- National Institute on Drug Abuse: www.nida.nih.gov
- Nicotinaweb: www.nicotinaweb.info
- SRNT: www.srnt.org
- Tobacco Free Kids: www.tobaccofreekids.org
- TobaccoOrg: www.tobacco.org
- Treattobacco: www.treattobacco.net

Con la colaboración de:

