

# Tabaquismo. Terapia farmacológica e intervención psicológica

M. García Rueda, J. Rojas Villegas

## INTRODUCCIÓN

El tabaco que se cultiva ampliamente en diversas zonas del planeta es *Nicotiana tabacum* (una especie tetraploide de origen híbrido), planta herbácea de grandes hojas y flores vistosas organizadas en panículas muy ramificadas que producen frutos de tipo capsular.

Los diferentes tipos de tabaco se obtienen según la variedad de la especie que se emplee y según el proceso de transformación, más concretamente a como se lleve a cabo el curado.

El tabaco, tanto por su principal principio activo (la nicotina) como por su forma de comercialización y consumo, es considerado una de las drogas con mayor capacidad de generar adicción, si se compara con el resto de sustancias psicoactivas.

Se han identificado más de 4.700 componentes distintos en el humo del tabaco, muchos de los cuales son farmacológicamente activos, tóxicos, con actividad mutágena y carcinógena.

El tabaquismo es una enfermedad con entidad propia<sup>(1)</sup>, definida por la Organización Mundial de la Salud en 1988 como enfermedad crónica, recidivante y de carácter adictivo y constituye, además, la primera causa evitable de muerte en España.

La dependencia al tabaco es considerada como una enfermedad crónica adictiva en la última edición de la Organización Mundial de la Salud en 1995, en la que se otorga a esta drogadicción el

código F-17 (Tabla I)<sup>(2)</sup>; además, queda recogido en el manual de diagnóstico clínico de los trastornos mentales (DSM-IV)<sup>(3)</sup>.

El tabaquismo pasivo se define como la exposición de las personas no fumadoras a los productos de la combustión del tabaco en lugares cerrados y es la tercera causa evitable de muerte en nuestro medio.

## Prevalencia

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENSE), realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2006, el 29,5% de los españoles mayores de 16 años son fumadores (26,44%, fumadores diarios y 3,06%, fumadores ocasionales). Comparando estos datos con los obtenidos en la misma encuesta en 1987, en el que las cifras de fuma-

Tabla I. Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), publicada por la Organización Mundial de la Salud

### Trastorno por consumo de nicotina

F17.2. Dependencia de nicotina [305.10]

### Trastornos inducidos por nicotina

F17.3. Abstinencia de nicotina [292.0]

F17.9. Trastorno relacionado con nicotina no especificado [292.9]

dores se situaban en el 37,2%, se observa un ligero descenso en el consumo en España, dato que ya se refleja en algunos índices de mortalidad, aunque aún son cifras superiores a las de otros países europeos, como Suecia (20%), Portugal (23,3%), Reino Unido (27%), Dinamarca (27%), Italia (27,5%) o los Países Bajos (27,5%), que se encuentran más cerca de cumplir las recomendaciones de la OMS que instan, en un primer paso, a que el número de fumadores sea inferior al 20% de la población total.

Los patrones de consumo de tabaco varían considerablemente según sexo y edad. Al analizar la evolución del tabaquismo en España desde 1987 a 1997, se observa que el consumo de tabaco en los hombres ha descendido sensiblemente (de 50,8 a 35,3%), en contraposición con el aumento que ha experimentado el consumo en las mujeres inicialmente para estabilizarse en los últimos años (de 23,6 a 23,8%).

A nivel social también se aprecia cómo el tabaquismo incide más sobre poblaciones más desfavorecidas. En nuestro país, la población desempleada fuma más que el resto, tanto mujeres como hombres.

En Andalucía, como en el resto de regiones europeas, el tabaquismo es uno de los principales problemas de salud pública. La prevalencia del consumo de tabaco en la Comunidad, según la Encuesta Andaluza de Salud (EASP 2003-2007) es de 31,1% (39,5 hombres y 23,1 mujeres). El pico máximo de prevalencia se sitúa entre los 25 y 44 años (43%), seguido de la franja de edad 45-54 años (34,45%) y 16-24 años (33,43%). Granada (33,78%), Huelva y Córdoba son las provincias de mayor prevalencia, Cádiz (28,63%), Sevilla y Málaga, las de menor. La provincia de Córdoba mantiene valores similares de consumo respecto a la EAS 2003.

La Consejería de Salud puso en marcha un plan integral específico denominado Plan Integral de Atención al Tabaquismo (PITA, 2005-2010)<sup>(4)</sup>. Una de las medidas del Plan Integral es aumentar los recursos sanitarios disponibles en Andalucía para ayudar a los ciudadanos que deseen abandonar este hábito. Así, en el marco de este plan, se ha

dotado a cada Distrito Sanitario de Atención Primaria y a cada Área de Gestión Clínica de una Unidad de Apoyo para la Deshabitación Tabáquica, hasta alcanzar un total de 34 unidades que tienen por objeto organizar los programas de atención al tabaquismo. A estos recursos se suman las 22 unidades de deshabitación existentes en hospitales. Además, se dispone de una *Quit Line*, donde, con una simple llamada de teléfono, el fumador que desee dejar de serlo recibe ayuda y consejo de forma directa y personalizada sin necesidad de acudir a un centro sanitario.

### TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

La intervención mínima, el consejo para dejar de fumar que se realiza de forma seria, breve, clara, sencilla y personalizada, debe realizarse siempre que se tenga la oportunidad de tratar a un paciente fumador por cualquier motivo. Este tipo de intervención produce un incremento significativo en el índice de abstinencia, consiguiendo en términos absolutos que el 2,5% de los fumadores dejen de serlo, lo que, siendo un porcentaje escaso, no deja de tener gran importancia si tenemos en cuenta que, al menos aproximadamente, el 60% de los fumadores tienen al menos un contacto anual con el sistema sanitario.

Respecto a otras intervenciones más avanzadas, se pueden realizar de forma individual o grupal, siguiendo ambas unos principios generales según estemos en un momento u otro de la fase de abandono.

- **Fase de preparación.** En esta fase es importante generar en el grupo de tratamiento y en cada individuo la idea de que es posible dejar de fumar, y de que entre todos será más fácil conseguirlo.

Hay que ofrecer una información veraz sobre las consecuencias del tabaco para la salud, incluyendo información socio-sanitaria relevante, sobre los principios básicos de la adicción física a la nicotina y el componente comportamental del tabaquismo, así como relativa al síndrome de abstinencia. Se tratará de realizar una reestructuración cognitiva de los sujetos, prestando atención a las falsas creencias que existen.

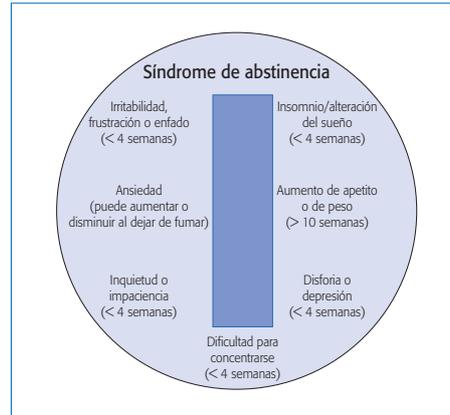
Proponer la realización individual de una lista de motivos para dejar de fumar y que cada uno de los fumadores cumplimente una hoja de autorregistro sobre su consumo.

Es importante que cada individuo haga una reflexión sobre cuáles son los momentos en los que mayor posibilidad tiene de fumar y estabilidad y exprese las estrategias que puede utilizar para afrontarlos con éxito.

- **Fase de abandono.** Completada la fase de preparación se pasa a la fase de abandono, en la que se acuerda una fecha para dejar de fumar (día D). En esta fase, además de prescribir el tratamiento farmacológico que se considere adecuado en cada caso, se debe efectuar un entrenamiento en técnicas de autocontrol de ansiedad, insistiendo en la identificación de los momentos en los que es más fácil fumar y las conductas alternativas que cada uno puede adoptar (entrenamiento en resolución de problemas). También resulta útil enseñar principios básicos de manejo de estrés, como control de la respiración y técnicas de relajación.

El tratamiento de la dependencia física y la tolerancia se puede realizar mediante la reducción progresiva del consumo, seleccionando situaciones en las que no se va a fumar, con dificultad progresiva, que son la oportunidad para ir aplicando y afianzando las estrategias antes mencionadas. En esta fase son también muy importantes los registros y autorregistros.

- **Fase de mantenimiento.** En esta fase se hace imprescindible insistir en la necesidad de reconocer los factores o momentos que pueden favorecer las recaídas para poder enfrentarlos con éxito. Para ello se deben identificar las situaciones de riesgo y planear las conductas con las que se van a afrontar dichas situaciones, también es útil describir y conocer los síntomas típicos del síndrome de abstinencia, para saber reconocerlos y enfrentarlos adecuadamente, tratando de afianzar en cada momento las ideas positivas y la percepción de que el deseo de fumar se puede controlar, es, asimismo, importante transmitir la idea de que una recaída es un accidente previsible, y que en modo algu-



**Figura 1.** Principales componentes del síndrome de abstinencia nicotínica.

no supone un fracaso completo, sino un hecho que se puede superar.

### Tratamiento farmacológico para dejar de fumar

En principio, el tratamiento farmacológico se usa para aliviar los síntomas del síndrome de abstinencia nicotínica (SAN) que aparecen en la persona fumadora cuando interrumpe su consumo de tabaco al dejar de fumar (Figura 1). Como norma general, el tratamiento se suele mantener entre 8-12 semanas (periodo en el que son relevantes los síntomas del SAN, que en general tienen 4 semanas de duración) aunque es importante, en este contexto, individualizar la duración del mismo. Los distintos tratamientos farmacológicos se pueden combinar entre sí en determinados supuestos<sup>(5)</sup>.

Previamente a la instauración del tratamiento está indicada la realización del test de Fagerström modificado, que nos indicará el grado de dependencia física que sufre el paciente y nos orientará sobre la indicación de un tratamiento u otro (Tabla II).

### Terapia sustitutiva con nicotina

La terapia sustitutiva con nicotina (TSN) consiste en la administración de nicotina a un fumador que desea dejar de serlo, por una vía distinta a la del consumo de cigarrillos, en cantidad suficiente como para disminuir los síntomas del síndro-

Tabla II. Test de Fagerström modificado

Preguntas	Respuestas	Puntos
P.1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?	Hasta 5 minutos	3
	De 6 a 30 minutos	2
	De 31 a 60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
P.2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca)?	Sí	1
	No	0
P.3. ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	El primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
P.4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Menos de 10 cigarrillos	0
	Entre 11 y 20 cigarrillos	1
	Entre 21 y 30 cigarrillos	2
	31 o más cigarrillos	3
P.5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
P.6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0
<b>Puntuación total</b>		.....
<b>Resultados:</b>		
Puntuación menor o igual a 4: <b>baja</b> dependencia de la nicotina.		
Valores de 5 y 6: implican dependencia <b>media</b> .		
Puntuación igual o superior a 7 puntos: <b>alta</b> dependencia.		

me de abstinencia nicotínica, pero insuficiente como para causarle dependencia.

Existen varios tipos de TSN, dependiendo de la vía de administración de la nicotina: parches (vía transdérmica), goma de mascar o comprimidos para chupar (vía oral) y el inhalador (vía inhalatoria).

#### Chicles de nicotina

Se trata de una goma de mascar que contiene entre 2 y 4 mg de nicotina unida a una resina de intercambio iónico, que permite que sea liberada lentamente a medida que el chicle es masticado. Es fundamental instruir al paciente sobre el uso correcto del chicle para conseguir resultados óptimos<sup>(6)</sup>.

#### Comprimidos de nicotina

Se trata de una forma de TSN en la que, al ser chupados, se libera la nicotina progresivamente y

se absorbe a través de la mucosa orofaríngea. Cada comprimido contiene un total de 1 mg de nicotina y dicha cantidad es la que se libera. Por tanto, los comprimidos de 1 mg son bioequivalentes a los chicles de 2 mg, ya que el chicle sólo libera 1,2 mg de nicotina y el resto queda en la resina. En ningún momento debe masticarse, sino dejar que se disuelva a modo de caramelo.

#### Parches transdérmicos de nicotina

Se trata de un dispositivo de administración transdérmica que libera nicotina de forma lenta y continua, alcanzando niveles estables de nicotemia en sangre. La liberación de la nicotina se realiza de manera progresiva, manteniendo niveles estables durante el tiempo de utilización<sup>(7)</sup>.

Existen parches de 24 horas y 16 horas de aplicación. Los parches de 24 horas se mantienen

durante todo el día y liberan dosis de 21, 14 y 7 mg de nicotina y los parches de 16 horas se colocan durante el día y se retiran por la noche y liberan dosis de 15, 10 y 5 mg de nicotina. Los parches de 16-24 horas han demostrado similar eficacia.

#### *Inhalador bucal de nicotina*

Este dispositivo se compone de dos piezas: una boquilla y un depósito que contiene 10 mg de nicotina y 1 mg de mentol, no está comercializado en España.

#### *Indicaciones de la TSN*

La TSN está indicada en fumadores que estén dispuestos a realizar un serio intento de abandono y en los que no existan contraindicaciones. La utilización de uno u otro tipo de presentación de TSN dependerá de numerosos factores que deben ser considerados conjuntamente por el clínico y el paciente. Sin embargo, la utilización de TSN en fumadores de alto riesgo debe ser valorada cuidadosamente. Entre ellos se encuentran los pacientes con enfermedad cardiovascular, hipertensión no controlada y en embarazo y lactancia.

#### *Contraindicaciones de la TSN*

Existen una serie de contraindicaciones para el empleo de la TSN, comunes a todas las formas de administración, que son aquellas situaciones en las que también se encuentra contraindicado el consumo de cigarrillos. Las principales contraindicaciones son: infarto de miocardio reciente (< 4 semanas), arritmias cardíacas severas, angor inestable, hipertensión no controlada y úlcus gastroduodenal activo.

#### *Terapias combinadas con TSN*

La terapia combinada consiste en la combinación de dos sistemas de TSN, con diferente velocidad de liberación de nicotina. Uno de ellos liberará lentamente la sustancia, manteniendo unos niveles en sangre más o menos estables (parches), y el otro sistema será de liberación rápida (chicles, comprimidos o spray), lo que permitirá obtener picos de nicotemia elevados en los momentos

de necesidad. El primero se empleará de forma pautada y el segundo será dosificado a demanda por el propio paciente según sus necesidades, sin sobrepasar nunca las dosis máximas.

Recientemente, en octubre de 2006, se ha publicado un método para dejar de fumar, el método RhD (Reduce hasta Dejarlo) o reducción del consumo de tabaco como paso previo a la cesación mediante el uso de chicles de nicotina.

#### **Bupropión**

El bupropión es un fármaco antidepresivo, inhibidor de la recaptación neuronal de catecolaminas, que produce un aumento de la concentración de noradrenalina, dando lugar a una reducción de los síntomas de ansiedad e impaciencia, y un aumento de la concentración de dopamina, lo que activaría los sistemas de recompensa y reduciría la necesidad de nicotina.

El bupropión se absorbe en el tubo digestivo sin que la ingestión de alimentos interfiera en dicha absorción. La distribución del bupropión es amplia y el 84% se une a las proteínas plasmáticas. Atraviesa la barrera hematoencefálica y placentaria e incluso aparece en la leche materna, motivo por el que no debe ser administrado durante la lactancia y tampoco en el embarazo. Bupropión se metaboliza en el hígado y el estado de equilibrio se alcanza a los 5-8 días<sup>(8)</sup>.

Clásicamente, el tratamiento se inicia con 150 mg/día durante una semana y posteriormente se incrementa la dosis a 300 mg/día, aunque cada vez más se usa monodosis de 150 mg/24 h. Entre la toma de ambas dosis debe transcurrir un periodo de 8 horas y la segunda ha de tomarse antes de las 16 h. Esta recomendación está relacionada con la aparición del insomnio, uno de los efectos secundarios principales del fármaco. El tratamiento ha de mantenerse entre 7 y 9 semanas, aunque aún no se ha definido con exactitud cuál es la duración óptima.

Las principales reacciones adversas respecto a la frecuencia de aparición son el insomnio, sequedad de boca, cefaleas, náuseas y reacciones dermatológicas. Sin embargo, el efecto adverso más preocupante del bupropión son las convulsiones.

**Tabla III.** Principales contraindicaciones e interacciones farmacológicas del bupropión

Contraindicaciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipersensibilidad al bupropión o a los excipientes de la formulación</li> <li>• Trastornos convulsivos actuales o pasados</li> <li>• Factores de riesgo que predispongan a las convulsiones y tratamiento concomitante con fármacos que disminuyan el umbral convulsivo</li> <li>• Historia de anorexia o bulimia nerviosa</li> <li>• Historia de trastorno bipolar</li> <li>• Cirrosis hepática grave</li> <li>• Embarazo y lactancia</li> <li>• Pacientes menores de 18 años</li> </ul>
Principales interacciones farmacológicas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antidepresivos (desipramina, fluvoxamina)</li> <li>• Antipsicóticos (risperidona, tioridazina)</li> <li>• Antiarrítmicos (propafenona, flecainida)</li> <li>• Beta-bloqueantes (metoprolol)</li> <li>• Antiepilépticos (carbamacepina, fenobarbital, fenitoína)</li> <li>• Levodopa</li> <li>• Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)</li> <li>• Ritonavir</li> </ul>

Las principales contraindicaciones para el empleo de bupropión y sus interacciones más significativas se encuentran descritas en la Tabla III.

Las interacciones medicamentosas que se pueden presentar cuando se emplea bupropión se producen como consecuencia de su metabolismo. La formación del hidroxibupropión está catalizada principalmente por la isoenzima CYP2B6, mientras que la degradación de este metabolito parece estar mediada por la CYP2D6. Los fármacos que inducen, inhiben o actúan como sustratos de estas isoenzimas son los que potencialmente pueden provocar interacciones.

En pacientes con insuficiencia renal o hepática, el bupropión debe utilizarse con precaución y la dosis recomendada en estos casos es la de 150 mg una vez al día.

El tratamiento con bupropión se puede combinar con TSN, situación en la cual se deberá prestar especial atención a las cifras tensionales del paciente, pues el riesgo de cuadros hipertensivos

está aumentado cuando se usan ambos tratamientos.

### Vareniclina

Vareniclina fue aprobada en mayo de 2006 por la FDA (*Food and Drug Administration*).

La eficacia de vareniclina en la deshabituación tabáquica es el resultado de su actividad agonista parcial sobre el receptor nicotínico  $\alpha 4\beta 2$ , donde su unión produce un efecto suficiente para aliviar el *craving* y demás síntomas del síndrome de abstinencia nicotínica (actividad agonista), a la vez que produce simultáneamente una reducción de los efectos gratificantes y de refuerzo de fumar, al impedir la unión de la nicotina a los receptores  $\alpha 4\beta 2$  (actividad antagonista).

Vareniclina se elimina casi en su totalidad a través de la orina sin metabolización hepática, esto hace que, en principio, no tenga problemas de interacción con otros medicamentos.

Los efectos adversos más frecuentes son: náusea, cefalea, insomnio y sueños anormales. De todos ellos, el más frecuente es la náusea (28,6%), de intensidad leve y que no suele hacer que se abandone el tratamiento por este motivo (2,3% frente a 0,4% en el grupo placebo).

Contraindicación: hipersensibilidad al principio activo. No usar ni en embarazo y ni en lactancia<sup>(9)</sup>.

### Influencia del abandono del tabaco sobre la enfermedad de base

El dejar de fumar, con o sin tratamiento farmacológico, puede alterar la respuesta a la medicación concomitante en exfumadores y dichos medicamentos pueden requerir ajuste de la dosis.

En general, el tabaco aumenta el metabolismo hepático y por ello disminuye el efecto de los fármacos. En estos casos se puede plantear un aumento de dosis, siempre que lo permita el margen terapéutico y la medicación siga siendo efectiva y segura. Algunos de estos medicamentos son: antidepresivos tricíclicos, antagonistas de los receptores H<sub>2</sub>, benzodiazepinas, diuréticos, insulina, etc.

Algo parecido ocurre con la patología de base del paciente, esto es especialmente importante en las enfermedades mentales, donde en el contexto

**Tabla IV.** Modelo transteórico (Prochaska JO, DiClemente CC)

- Fase precontemplativa, el fumador no tiene ningún interés por cambiar, no identifica ningún riesgo que le motive a adoptar algún cambio en su hábito
- Fase contemplativa, el fumador empieza a identificar los riesgos de su comportamiento y se da cuenta de los beneficios que podría alcanzar si cambiara
- Fase de preparación, la persona tiene la firme intención de adoptar un cambio en su comportamiento en un futuro inmediato, en esta etapa puede empezar a experimentar pequeños cambios
- Fase de acción, el fumador realiza un cambio en su conducta, esta fase se localiza desde las primeras 24 horas sin fumar hasta los seis meses sin fumar
- Fase de mantenimiento, el fumador ha realizado un cambio en su conducta, el periodo de esta fase comprende desde los seis meses sin fumar hasta los cinco años

de abandono del tabaco/síndrome de abstinencia, se puede producir una exacerbación de su cuadro psiquiátrico, hecho que hay que conocer, vigilar y saber manejar<sup>(10,11)</sup>.

### **Tratamiento psicológico del tabaquismo**

Dejar de fumar es percibido como un laberinto sin salida en el que el fumador que quiere dejar de serlo, se encuentra obligado a pasar, hasta que llega a un punto en el que está lo suficientemente motivado para hacer un intento serio y abandonar su hábito. Actualmente el modelo transteórico de cambio (Tabla IV)<sup>(12)</sup> es el que se utiliza en el proceso de abordaje del tabaquismo para reconocer en qué estadio se encuentra un fumador que desea cesar el consumo de tabaco y adaptar el tipo de intervención en función de la fase de cambio en la que se encuentre cada individuo.

Fumar es una conducta que se explica por la dependencia fisiológica de la nicotina, siendo esta la responsable del gran poder adictivo del tabaco, por factores sociales de disponibilidad, accesibilidad, publicidad y por factores psicológicos de reforzamientos y procesos cognitivos. La droga llega a

provocar en el sujeto dos tipos de dependencia: física o farmacológica y psicológica o psicocomportamental.

### **Tratamiento multicomponente del tabaquismo**

Los programas de tratamiento del tabaquismo se han hecho más complejos, multicomponentes, integrando diversas técnicas. El tratamiento es diferente para cada fumador y depende fundamentalmente de la motivación que éste tenga para abandonar definitivamente el consumo. Aquellos fumadores que están dispuestos a realizar un serio intento para dejar de fumar pueden recibir dos tipos de intervenciones: una conductual-cognitiva encaminada a combatir la dependencia psíquica y otra farmacológica, para aliviar la dependencia física a la nicotina.

En España las primeras terapias para los fumadores comienzan a finales de los años 70; con los primeros tratamientos psicológicos aplicados a fumadores, se utilizan técnicas psicológicas conductuales (técnicas aversivas, reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán, exposición a indicios, extinción y control de estímulos) y técnicas cognitivas (entrenamiento en solución de problemas y reestructuración cognitiva). Con terapia psicológica se obtienen buenos resultados tanto a corto como a largo plazo, actuando en la conducta o reestructurando el pensamiento de la persona fumadora.

### **Estrategias de autocontrol**

Los fumadores han estado expuestos a multitud de estímulos o señales ambientales que se han asociado a la conducta de fumar; la presencia de estos estímulos disparan dicha conducta; podemos decir que la conducta está controlada por el ambiente. El análisis funcional de los estímulos antecedentes y consecuentes que controlan la conducta ofrece una explicación suficiente de la implantación y mantenimiento de patrones de comportamiento y posibilita el control de ésta.

Desde la psicología del aprendizaje, si estas señales que gobiernan la conducta de fumar se debilitan o se extinguen, dejar de fumar sería más fácil, es decir, intentar reducir el número de seña-

les asociadas con fumar antes de que el sujeto abandone el hábito, aplicar una restricción progresiva de las situaciones en las que esté permitido fumar (fumar a ciertas horas, fumar en ciertas situaciones, fumar sólo en un lugar concreto y poco atractivo o fumar siguiendo una secuencia de tiempo determinada) nos servirían para ayudar a la persona fumadora en el proceso de autorregulación y autocontrol.

- **El registro del consumo de cigarrillos** es una técnica de elevada importancia para ofrecer datos concretos, no estimaciones acerca del consumo. Evalúa, por un lado, la conducta y, por otro, tiene valor terapéutico en sí por motivar el cambio.
- **Reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán.** La técnica RGINA implica un proceso paulatino de reducción de nicotina y alquitrán mediante el cambio semanal de marca de cigarrillos. La técnica está indicada para fumadores que consumen como media entre 15 y 20 cigarrillos/día. Para facilitar los cambios se ofrecen cuadros con las marcas que se comercializan en nuestro país donde están agrupadas por concentraciones de nicotina en mg. Se le proporciona al fumador una plantilla de registro y se le dan instrucciones para que este cambio sea inmediato, debiendo quedar claro desde el primer momento que el objetivo final del tratamiento es alcanzar la abstinencia. Es una técnica muy utilizada y bien aceptada por los fumadores.
- **Técnicas de biofeedback** es un procedimiento de autocontrol cuyo objetivo es proveer de información al sujeto fumador de los resultados que está obteniendo de una forma objetiva con la emisión de sus propios cambios de conducta en el camino de dejar de fumar. El instrumento que se emplea es el cooxímetro, monitor de monóxido de carbono en el aire espirado.

#### *Estrategias cognitivas*

La conducta de fumar también puede dispararse por variables autogeneradas, cognitivas. Nos referimos a las creencias irracionales del paciente

**Tabla V.** Estrategias de afrontamiento

#### **Afrontamiento conductual**

- Desactivación física o relajación
- Ejercicio físico
- Comportamientos alternativos más adecuados
- Habilidades asertivas

#### **Afrontamiento cognitivo**

- Revisión mental de los beneficios de dejar de fumar y de las consecuencias negativas de seguir fumando
- Ensayo mental de estrategias para situaciones de alto riesgo
- Autoinstrucciones

que son bastante frecuentes y que es necesario identificar para luego reconvertirlas. No modificar estas cogniciones catastrofistas sobre el dejar de fumar va a provocar un incremento de la ansiedad difícilmente controlable con fármacos. Esta ansiedad puede aparecer incluso en los días previos a la fecha de abandono, recibiendo el nombre de ansiedad anticipatoria. El tratamiento psicológico debe orientarse al cambio cognitivo para promover así el cambio conductual.

El objetivo de estas estrategias cognitivas es dotar al sujeto de recursos para hacer frente a las situaciones problemáticas nuevas. Entre las más utilizadas para el tratamiento del tabaquismo están: reestructuración cognitiva<sup>(13)</sup>, técnicas de solución de problemas<sup>(14)</sup> y terapias de habilidades de afrontamiento para manejar situaciones (Tabla V).

#### *Reestructuración cognitiva*

Existen una serie de errores del fumador en la interpretación de la información, éstos provocan la percepción que el fumador tiene sobre sus posibilidades y beneficios de dejar de fumar, son las distorsiones cognitivas que explican la percepción, actitudes y atribuciones con las que el sujeto afronta su problema, "creo que nunca dejaré de fumar", "fumar me relaja" o "me gusta fumar". Se trataría de que los fumadores reconozcan la importancia de las cogniciones en el proceso de abandono de su hábito, maximice sus beneficios y contemple la posibilidad de buscar alter-

nativas de solución, las ponga en práctica y se premie por ello.

### Solución de problemas

El objetivo que se pretende con la utilización de esta técnica es que el fumador reconozca los recursos que posee para abordar su deshabitación y aumentar su sentido de control ante circunstancias que son consideradas como complicadas. Debe aprender a definir sus problemas no en términos de situaciones imposibles, sino como resoluble y controlable, siendo capaz de solucionar sus problemas con sus propios esfuerzos. Este sería básicamente el concepto de autoeficacia de Bandura<sup>(15)</sup>. La asunción fundamental de la que parte la terapia de solución de problemas es que los seres humanos se caracterizan por ser solucionadores de problemas; el procedimiento incluye identificar o descubrir medios efectivos de enfrentarse a la abstinencia física y/o psicológica, generando soluciones alternativas y la toma de decisión o elección conductual.

Los programas multicomponentes se pueden aplicar de forma individual o grupal y pueden ser perfectamente combinados con el tratamiento farmacológico de los pacientes fumadores sin que exista evidencia de mayor eficacia de su aplicación de una u otra forma<sup>(16)</sup>. Es necesario utilizar una sesión semanal de dos horas de duración como máximo. Suele ser suficiente el empleo de entre cuatro a siete sesiones, dependiendo de si se utiliza o no tratamiento farmacológico<sup>(17)</sup>.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; Mayo 2008.
2. Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). En <http://www.who.int/classifications/en>.
3. Asociación de Psiquiatría Americana. Manual de Diagnóstico Clínico. 4ª Revisión (DSM IV). Barcelona: Masson; 1994.
4. Junta de Andalucía. Plan Integral de Tabaquismo en Andalucía 2005-2010. Consejería de Salud. Sistema Sanitario Público de Andalucía.
5. Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita MA, Torrecilla García M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. 4ª ed. Badalona: Euromedice; 2009.
6. Nicorette Chicles medicamentosos de nicotina. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. 26-06-2006.
7. Nicotinell 14 mg/24 horas parche transdérmico. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. 22-12-2006.
8. Bupropión. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
9. Vareniclina. Ficha técnica. Agencia Europea de Medicamentos (EMA).
10. Manual SEPAR de Procedimientos: Abordaje del Tabaquismo. Barcelona: ALAOESTE-SEPAR; 2007.
11. Proceso asistencial integrado: Atención a las personas fumadoras. Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2008.
12. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51; 390-5.
13. Mahoney MJ, Arnkoff D. Cognitive and self-control therapies. En: Garfield SL, Bergin AE, eds. *Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis*. Nueva York: Wiley; 1978.
14. D'Zurilla TJ, Goldfried MR. Problem solving and behavior modification. *J Abnormal Psychol* 1971; 78: 107-26.
15. Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall (Teoría del aprendizaje social). Madrid: Espasa-Calpe; 1982.
16. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
17. Becoña Iglesias E. Programa para dejar de fumar. Editado por Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2008.

