

Tabaquismo. Terapia farmacológica e intervención psicológica

M. García Rueda, J. Rojas Villegas, J.G. Soto Rojas, E. Casado Miranda

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 su transformación, más concretamente a cómo se realice el proceso de 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, no solo por la facilidad de obtención y bajo coste, sino también por su rapidez de acción, ya que ejerce su efecto a nivel cerebral en menos de 8 segundos desde que el fumador realiza la inhalación.

Se han identificado más de 7.000 componentes distintos en el humo del tabaco, muchos de ellos farmacológicamente activos, tóxicos, con actividad mutágena y carcinógena.

El tabaquismo es una enfermedad, y como tal, definida por la Organización Mundial de la Salud en 1984 como enfermedad crónica, recidivante y de carácter adictivo⁽¹⁾ y constituye, además, la primera causa evitable de muerte en España.

La dependencia al tabaco es considerada como una enfermedad crónica adictiva en la Clasificación Mundial de la Salud, en la que se otorga a esta dro-

gadicción el código F-17 (Tabla 1)⁽²⁾, además queda recogido en el manual de diagnóstico clínico de los trastornos mentales (DSM-IV)⁽³⁾.

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 2011-2012)⁽⁴⁾, realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en la población española de mayores de 15 años, el número de fumadores diario desciende al 24%, siendo un 3% los fumadores ocasionales, un 19,6% los exfumadores y una mayoría (53,5%) nunca había fumado.

Comparando estos datos con los obtenidos en la misma encuesta en 1987 y 2006, en el que las cifras de fumadores se situaban en el 37,2% y 29,5%, respectivamente, se observa un descenso progresivo en el consumo en España, dato que ya se refleja en algunos índices de mortalidad, aunque aun son cifras superiores a las de otros muchos países europeos, 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. Por franjas etarias, la prevalencia entre 25 y 54 años no baja del 30%. El tabaquismo sigue siendo más frecuente en hombres que en mujeres (31,4% vs 22,8%), pero la tendencia

TABLA 1. Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), publicada por la Organización Mundial de la Salud (versión 2016).

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]
Factores que influyen el estado de salud y contacto con los servicios de salud
Z72.0 Consumo de tabaco
Z58.7 Exposición a humo de tabaco (tabaquismo pasivo)

de mortalidad por este hábito sigue caminos distintos en ambos sexos, mientras la mortalidad en hombres desciende progresivamente, en mujeres, continúa en ascenso⁽⁵⁾. A nivel social también se sigue apreciando cómo el tabaquismo incide más sobre poblaciones más desfavorecidas.

Por comunidades autónomas en nuestro país, el mayor número de fumadores lo presentan Valencia y Andalucía, superando en ambas el 30% en prevalencia. Así, en Andalucía, el tabaquismo es uno de los principales problemas de salud pública. La prevalencia de consumo de tabaco en la Comunidad, según la Encuesta Andaluza de Salud (EAS 2011-2012)⁽⁶⁾, es del 30,9% (36,8 hombres y 25,2 mujeres). El pico máximo de prevalencia se sitúa entre los 25 y 44 años (40,7%), seguido de la franja de edad 45-54 años (39,3%) y 16-24 años (30,8%). Por provincias, respecto a la encuesta previa de 2006 en Granada, que tenía la prevalencia más alta (33,8%), esta ha descendido hasta situarse en el 28,1%, algo parecido ha ocurrido en Córdoba, donde ha descendido hasta el 30,8%, presentando Jaén el descenso más espectacular (pasa del 32,1% al 24,7% actual). Sevilla muestra cifras similares (29,8%) y se producen preocupantes ascensos en Málaga (32%), Cádiz (32,4), Huelva (34,6%) y Almería (37%).

TRATAMIENTO 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

TABLA 2. Modelo transteórico (Prochaska JO, DiClemente CC⁽⁷⁾).

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.

un punto en el que está lo suficientemente motivado para hacer un intento serio y abandonar su hábito. Actualmente el modelo transteórico de cambio (Prochaska y DiClemente⁽⁷⁾, Tabla 2) 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.

En España se introdujo una regulación parcial sobre tabaquismo el 1 de enero de 2006, que posteriormente fue modificada el 2 de enero de 2011, para añadir una política global libre de humos. Durante estos años hemos asistido a una reducción progresiva de la prevalencia pero, en el estudio de Pérez Ríos y cols.⁽⁸⁾, se aprecia una disminución de fumadores en fase de preparación para la acción (desde 2006 a 2011, 10,4% vs 5%), lo que nos debe hacer permanecer en alerta para implementar estrategias eficaces para el cambio de fase del fumador y en ellas la entrevista motivacional tiene un papel destacado.

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 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

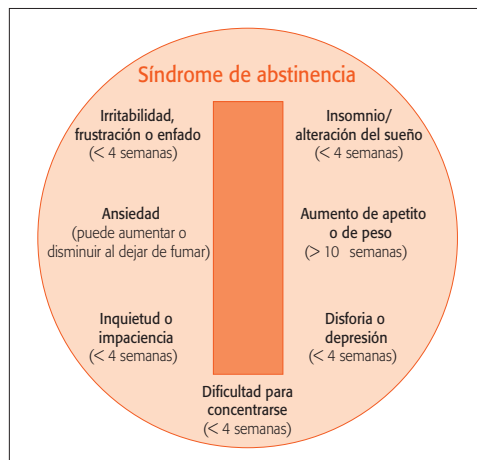


Figura 1. Principales componentes del síndrome de abstinencia nicotínica.

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 alguno 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 (Fig. 1). Como norma general, el tratamiento se suele mantener entre 8-12 semanas (periodo en

TABLA 3. 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 De 6 a 30 minutos De 31 a 60 minutos Más de 60 minutos	3 2 1 0
P.2 ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca)?	Sí No	1 0
P.3 ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	El primero de la mañana Cualquier otro	1 0
P.4 ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Menos de 10 cigarrillos Entre 11 y 20 cigarrillos Entre 21 y 30 cigarrillos 31 o más cigarrillos	0 1 2 3
P.5 ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Sí No	1 0
P.6 ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí No	1 0
Puntuación total	
Resultados:		
Puntuación menor o igual a 4 : BAJA dependencia de la nicotina.		
Valores de 5 y 6: Implican dependencia MEDIA.		
Puntuación igual o superior a 7 puntos: ALTA dependencia.		

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⁽⁹⁾.

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 3).

1. 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 Síndrome 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⁽¹⁰⁾.

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⁽¹¹⁾.

Los comprimidos de 1 mg son bioequivalentes a los chicles de 2 mg, ya que el chicle solo 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⁽¹²⁾.

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. Libera 1 mg/pulsación y es, de todos los preparados nicotínicos disponibles en nuestro medio, el de mayor rapidez de acción, lo que lo constituye como ideal para ejercer acción de rescate⁽¹³⁾.

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 o hipertensión no controladas 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.

Además del método clásico del "Día D", en el que se elige una fecha para dejar de fumar y se realiza la cesación brusca a partir de ese día, también se puede

utilizar la TSN para la reducción progresiva hasta el cese definitivo, 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⁽¹⁴⁾.

2. Bupropión

El bupropión es un fármaco antidepressivo, 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.

Se absorbe en el tracto 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. Se metaboliza en el hígado y el estado de equilibrio se alcanza a los 5-8 días⁽¹⁵⁾.

Clásicamente, el tratamiento se inicia con 150 mg/día durante una semana y posteriormente se incrementa la dosis a 300 mg/día, aunque no es infrecuente usar en monodosis de 150 mg/24 h, que, pese a proporcionar una efectividad menor, minimiza la aparición de los efectos secundarios más frecuentes. 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 de insomnio, uno de los efectos secundarios principales del fármaco. El tratamiento ha de mantenerse entre 7 y 9 semanas.

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 son las convulsiones.

Las principales contraindicaciones para el empleo de bupropión y sus interacciones más significativas se encuentran descritas en la tabla 4.

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.

TABLA 4. Principales contraindicaciones e interacciones farmacológicas del bupropión.

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

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.

3. Vareniclina

Vareniclina fue aprobado en mayo de 2006 por la FDA (*Food and Drug Administration*). La eficacia de esta droga 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 nicotínico (efecto 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 $\alpha 4\beta 2$ (efecto 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). Sus contraindicaciones: hipersensibilidad al principio activo y no se debe usar en embarazo y lactancia⁽¹⁶⁾.

Al igual que TSN, se puede usar en los métodos de cesación brusca ("Día D") y de reducción progresiva⁽¹⁷⁾.

4. Tratamiento farmacológico combinado

Como hemos indicado, un tratamiento de base (vareniclina, bupropión y parches de nicotina) puede combinarse con fármacos de rescate (inhalador bucal, chides y comprimidos) si se precisa, en caso de deseo urgente de fumar (*craving*). No obstante, para fumadores con alta dependencia existen estudios recientes que, aunque requieren mayor grado de evidencia, indican que la combinación de dos fármacos puede aumentar las tasas de abstinencia, incluso en supuestos tan impensables hasta la fecha como vareniclina + TSN⁽¹⁸⁾ o bupropion + vareniclina⁽¹⁹⁾. La tabla 5 refleja los principales fármacos de uso en deshabituación tabáquica.

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 H₂, benzodiacepinas, 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 de abandono del tabaco/síndrome de abstinencia, se

TABLA 5. Fármacos de primera línea en deshabituación tabáquica. Presentaciones.

Fármaco		Nombre comercial	Presentación/dosis	Efectos adversos	Contraindicaciones
Terapia sustitutiva con nicotina	Parches	Nicotinell® (24 horas) Nicorette® (16 horas) Niquitin Clear® (24 horas)	21 mg, 14 mg, 7 mg 15 mg, 10 mg, 5 mg 21 mg, 14 mg, 7 mg	<ul style="list-style-type: none"> • Locales: eritema, exantema, prurito • Generales: cefalea, molestias gastrointestinales, insomnio, palpitaciones, mareos 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidad a la nicotina o a alguno de los excipientes • Niños menores de 18 años.
	Chicles	Nicotinell® Nicorette®	2 mg, 4 mg 2 mg, 4 mg	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor articulación temporomandibular • Mal sabor de boca • Pirosis, meteorismo • Náuseas, hipo 	
	Comprimidos	Nicotinell® Nicorette® Niquitin®	1 mg, 2 mg 1 mg, 2 mg 1,5 mg, 4 mg	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas, irritación bucal • Molestias gastrointestinales • Cefalea, mareos 	
	Inhalador bucal	Nicorette Bucomist®	Nicorette Bucomist®	<ul style="list-style-type: none"> • Irritación bucal, faringe 	
Bupropión	Comprimidos	Zyntabac®	150 mg	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio • Sequedad bucal 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidad al bupropión • Antecedentes de episodios convulsivos • Factores de riesgo para convulsiones y uso de fármacos que disminuyan el umbral convulsivo • Anorexia, bulimia • Trastorno bipolar • Cirrosis hepática grave • Embarazo/lactancia • Menores de 18 años
Vareniclina	Comprimidos	Champix®	0,5 mg, 1 mg	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas • Cefalea • Insomnio, sueños anormales 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes • Embarazo

puede producir una exacerbación de su cuadro psiquiátrico, hecho que hay que conocer, vigilar y saber manejar^(11,12). Por eso la FDA estadounidense, en 2009, colocó el distintivo "black box" tanto a bupropión como a vareniclina, aunque estudios posteriores han demostrado su seguridad y eficacia al respecto^(20,21).

Tratamiento psicológico del tabaquismo

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.

1. Tratamiento multicomponente del tabaquismo

Los programas de tratamiento del tabaquismo se han hecho más complejos, multicomponentes, integrando diversas técnicas. El tratamiento es diferente

TABLA 6. Modelos de entrevista clínica informativo/motivacional.

Modelo informativo		Modelo motivacional
Da consejos expertos	→	Estimula la motivación para pasar a la acción
Intenta persuadir	→	Favorece el posicionamiento ayudando a la reflexión
Repite los consejos	→	Resume los puntos de vista
Actúa con autoridad	→	Actúa colaborando para ayuda a decidir
Es rápido	→	Es de aplicación progresiva

para cada fumador y depende fundamentalmente de la motivación que este tenga para abandonar definitivamente el consumo y la autoeficacia percibida para afrontar el cambio.

En todos nuestros pacientes nos será muy útil la entrevista motivacional. Esta es un instrumento concreto para ayudar a las personas a que reconozcan y se preocupen de un problema concreto, en este caso el tabaquismo. Ayuda a resolver la ambivalencia que existe en las conductas no saludables y prepara el terreno para el trabajo terapéutico posterior. Profundiza en los motivos por los que se mantiene un hábito y por los que habría que dejarlo.

En esta estrategia motivacional, el terapeuta no asume un rol autoritario ni de experto, a diferencia del modelo informativo de entrevista (Tabla 6). Se reconoce que la responsabilidad está en manos del individuo. Las estrategias que se utilizan son más de persuasión y apoyo que coercitivas o de discusión.

En todas las entrevistas se hará hincapié en los motivos para el cambio (que serán expuestos por el paciente, no por nosotros). El profesional hace solamente de catalizador del proceso, fundamentalmente escuchando, pero de forma activa, reflexiva, actuando como un espejo en el que el paciente se ve y va descubriendo el camino que desea tomar. Cuando aparezcan las resistencias, debemos evitar rebatirlas con argumentos e intentaremos que el propio paciente encuentre y de las respuestas a esos "peros". Son básicos los principios de empatía, crear discrepancia, evitar discusión, fomentar la autoeficacia. En el ámbito del tabaquismo existe suficiente evidencia de su utilidad como demuestran revisiones Cochrane y metaanálisis⁽²²⁻²⁴⁾ aunque posiblemente en manos de profesionales experimentados.

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.

1.1. 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 esta.

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 señales 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 solo en un lugar concreto y poco atractivo o fumar siguiendo una secuencia de

TABLA 7. Estrategias de afrontamiento.

Afrontamiento conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Desactivación física o relajación • Ejercicio físico • Comportamientos alternativos más adecuados • Habilidades asertivas
Afrontamiento cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> • 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

tiempo determinada) nos servirían para ayudar a la persona fumadora en el proceso de autorregulación y autocontrol.

A. 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.

B. 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 en Atención Primaria y bien aceptada por los fumadores.

En la última década se han desarrollado otras técnicas de reducción progresiva distintas a la RGINA que se caracterizan por ser asistidas por medicación (TSN o vareniclina), lo que contribuye a minimizar el síndrome de abstinencia y favorecer, así, la reducción primero y la cesación definitiva después.

C. 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.

1.2. Estrategias cognitivas

La conducta de fumar también puede dispararse por variables autogeneradas, cognitivas. Nos referimos a las creencias irracionales del paciente, 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 son: reestructuración cognitiva⁽²⁵⁾, técnicas de solución de problemas⁽²⁶⁾ y terapias de habilidades de afrontamiento para manejar situaciones (Tabla 7).

A. Reestructuración cognitiva

Existen una serie de errores del fumador en la interpretación de la información, estos 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 alternativas de solución, las ponga en práctica y se premie por ello.

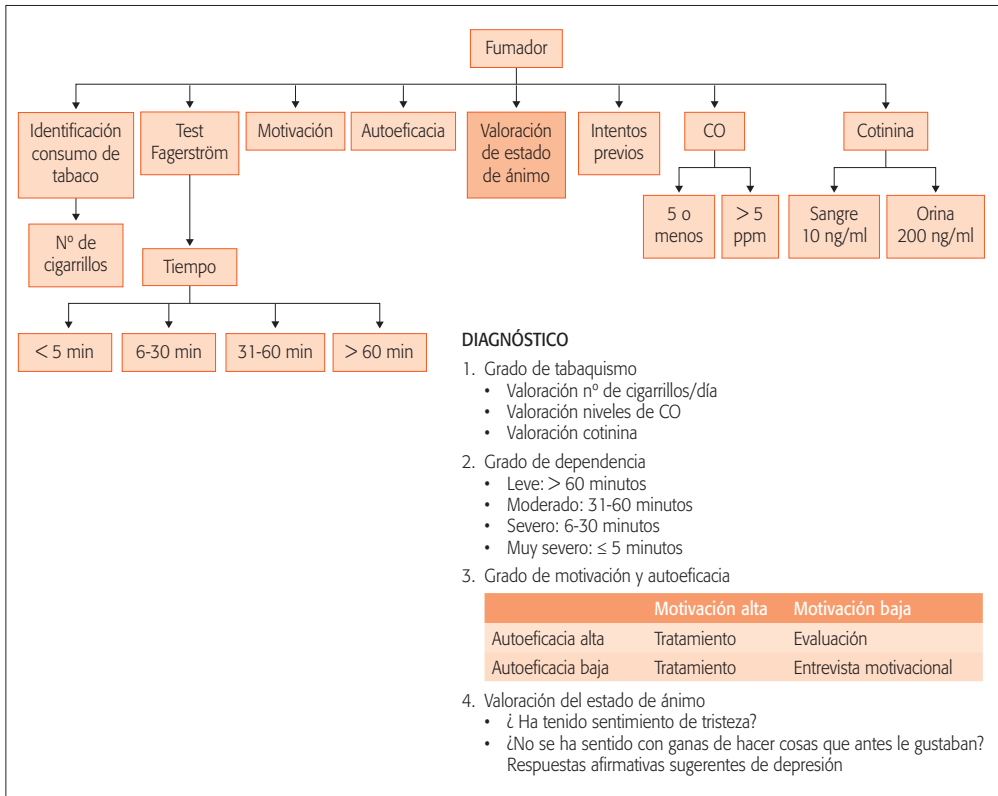


Figura 2. Algoritmo de actuación en tabaquismo en fumadores con EPOC previamente diagnosticada.

B. 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 deshabituación 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⁽²⁷⁾. 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 perfecta-

mente combinados con el tratamiento farmacológico de los pacientes fumadores sin que exista evidencia de mayor eficacia de su aplicación de una u otra forma⁽²⁸⁾. Es necesario utilizar una sesión semanal y suele ser suficiente el empleo de entre cuatro a siete sesiones, dependiendo de si se utiliza o no tratamiento farmacológico⁽²⁹⁾.

Una forma de abordaje que integra actuación farmacológica e intervención psicológica como medio de lograr mayores garantías de éxito se presenta en la normativa SEPAR de tratamiento del tabaquismo en fumadores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica⁽³⁰⁾, cuyo algoritmo de diagnóstico en fumadores con EPOC previamente diagnosticada se muestra en la figura 2.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz N, Curry S, et al. Treating Tobacco Use and Dependence:

- 2008 update. Clinical practice guideline, Rockville MD: US. Department of Health and Human Service. May 2008. Traducción al español: Jiménez Ruiz CA, Jaén CR, coordinadores de la traducción. Guía de tratamiento del tabaquismo. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, SEPAR; 2010.
2. Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Disponible en: <http://www.who.int/classifications/en>.
 3. Asociación de Psiquiatría Americana. Manual de Diagnóstico Clínico 4ª Revisión (DSM IV). Masson; 1994.
 4. La Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 (ENSE 2011/12). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>.
 5. Banegas JR, Díez-Gañán L, Bañuelos-Marco B, González-Enríquez J, Villar-Álvarez F, Martín-Moreno JM, et al. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. *Med Clin (Barc)*. 2011; 136: 97-102.
 6. Sanchez Cruz JJ, Garcia Fernandez L, Mayoral Cortes JM. Encuesta Andaluza de Salud 2011-2012. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csaud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/EAS_2011_2012_Adultos.pdf
 7. 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.
 8. Perez-Rios M, Fernandez E, Schiaffino A, Nebot M, Lopez MJ. Changes in the prevalence of tobacco consumption and the profile of spanish smokers after a comprehensive smoke-free policy. *PLoS ONE* 2015; 10: e0128305.
 9. Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita M A, Torrecilla García M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo, 4ª ed. Euromedice; 2009.
 10. Nicorette Chides medicamentosos de nicotina. Ficha técnica. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. 26-06-2006.
 11. NiQuitin 1,5 mg comprimidos para chupar sabor menta. Ficha técnica. agencia española de medicamentos y productos sanitarios. Junio, 2013.
 12. Nicotinell 14 mg/24 horas parche transdérmico. Ficha técnica. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. 22-12-2006.
 13. Nicorette BucoMist. Ficha técnica. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. Noviembre, 2012.
 14. Jiménez Ruiz CA, Ramos Pinedo A, De Granda Orive JL, Florez Martín S, Mayayo Ulibarri M, Cristóbal Fernández M, et al. Nuevas formas de uso de la terapia sustitutiva con nicotina. Análisis de su eficacia y seguridad en el tratamiento del tabaquismo. *Prev Tab*. 2008; 10:102-14.
 15. Bupropión. Ficha técnica. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios.
 16. Vareniclina. Ficha técnica. Agencia Europea de Medicamentos (EMA).
 17. Ebbert JO, Hughes JR, West RJ, et al. Effect of varenicline on smoking cessation through smoking reduction: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2015; 313: 687-94.
 18. Koegelenberg CF, Noor F, Bateman ED, Van Zyl-Smit RN, Bruning A, O'Brien JA, et al. Efficacy of varenicline combined with nicotine replacement therapy vs varenicline alone for smoking cessation: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2014; 312: 155-61.
 19. Rose JE, Behm FM. Combination varenicline/bupropion treatment in an adaptive smoking cessation paradigm. *Am J Psychiatry*. 2014; 171: 1199-205.
 20. Thomas KH, Martin RM, Knipe DW, Higgins JPT, Gunnell D. Risk of neuropsychiatric adverse events associated with varenicline: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2015; 350: h1109-9.
 21. Tsoi DT-Y, Porwal M, Webster AC. Efficacy and safety of bupropion for smoking cessation and reduction in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2010; 196: 346-53.
 22. Hettema JE, Hendricks PS. Motivational interviewing for smoking cessation: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2010; 78: 868-84.
 23. Heckman CJ, Egleston BL. Efficacy of Motivational Interviewing for Smoking Cessation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Tob Control*. 2010; 19: 410-6.
 24. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 2; 3: CD006936.
 25. 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.
 26. D'Zurilla TJ, Goldfried MR. Problem solving and behavior modification. *J Abnorm Psychol*. 1971; 78: 107-26.
 27. Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall (Teoría del aprendizaje social). Madrid: Espasa-Calpe; 1982.
 28. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; (2): CD001007
 29. Becoña Iglesias E. Programa para dejar de fumar. Editado por Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2008.
 30. Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Altet Gómez, Lorz Blasco JJ, Signes-Costa Miñana J, Solano-Reina S, et al. Tratamiento del tabaquismo en fumadores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol*. 2013; 49: 354-63.