
Tratamientos combinados del tabaquismo: psicológicos y farmacológicos

FRANCISCO JAVIER HERRERO GARCÍA DE OSMA⁽¹⁾; JOSÉ JAVIER MORENO ARNEDILLO⁽²⁾

Ayuntamiento de Madrid. Departamento de Diseño y Evaluación de Programas de Salud. Programa del Adulto.

(1) Médico. Jefe de Sección. Programa del Adulto. Departamento de Evaluación y Calidad. Ayuntamiento de Madrid

(2) Psicólogo. Programa del Adulto. Departamento de Evaluación y Calidad. Ayuntamiento de Madrid.

Enviar correspondencia a: Francisco Javier Herrero Garcia de Osma. Ayuntamiento de Madrid. Departamento de Evaluación y Calidad. Programa del Adulto. Calle Navas de Tolosa, 10. 28013 Madrid. E-mail: morenoajj@munimadrid.es

RESUMEN

Los tratamientos combinados médico-psicológicos con el enfoque de elección en las intervenciones intensivas para dejar de fumar, tal como lo certifican las principales revisiones y metaanálisis de eficacia y lo recomiendan las principales guías clínicas. Su eficacia se basa sin duda en la consideración de las distintas variables que condicionan la conducta de consumo de tabaco. Se discute sobre qué es y qué no es un tratamiento combinado. Se presenta el Programa para Dejar de Fumar del Ayuntamiento de Madrid, con una breve guía de sesiones y algunos de los materiales de apoyo utilizados, así como los resultados sobre una muestra atendida de 1599 usuarios. Se concluye la idoneidad de los programas de estas características, así como la necesidad de adaptar al máximo las intervenciones a determinadas variables de los usuarios.

Palabras clave: *tabaco, dejar de fumar, tratamiento psicológico, tratamiento farmacológico.*

ABSTRACT

Combined medical-psychological treatments are the chosen focus in intensive intervention for smoking cessation, as seen in the primary revisions and metaanalysis of efficiency and in the principal clinical guide recommendations. The efficiency of the tratament is based, without a doubt, on the considerations of the diferent variables that conditions tabacco consumption behavior, it is argued over exactly what is and what is not considered combined treatment. The program for smoking cessation is presented by the city council of Madrid, with a short guide of sessions, some of the support materials used, as well as the results dealing with 1599 users. In conclusion, we can see the suitability of a program of this characteristics, as well as the need to adapt the intervention much as possible, to the specific variables of the users.

Keywords: *tobacco, smoking cessation, psychological treatment, pharmacological treatment.*

POR QUÉ UTILIZAR TRATAMIENTOS COMBINADOS

Podríamos definir los tratamientos combinados médico-psicológicos como aquellos que, partiendo de un modelo teórico donde se combinan los niveles explicativos biológico y conductual, plantean de

modo integrado estrategias que provienen de ambas disciplinas.

Esta definición conduce a algunas consideraciones. En primer lugar, a la constatación de que los tratamientos combinados no son de uso tan extendido como pueda parecer. Basta echar un vistazo a los programas de las reuniones científicas o al índice de las

monografías publicadas sobre el tema (como esta misma) para comprobar la inevitable separación entre los espacios dedicados al tratamiento farmacológico y los dedicados al tratamiento psicológico. Los capítulos son distintos, y también son distintas las mesas redondas donde se sientan médicos y psicólogos. Este desencuentro es atribuible a distintos motivos, cuya consideración escapa a los propósitos de este texto. Baste señalar la escasa presencia de los psicólogos en los servicios de salud, y especialmente en los dispositivos donde se trata este tipo de problemas.

En segundo lugar, la definición planteada insiste en la existencia de un modelo teórico como punto de partida. La consideración del consumo de tabaco como lo que es, es decir, una conducta con implicaciones biológicas, que como tal se encuentra condicionada por una biografía personal, es sin duda la primera justificación de la necesidad de un abordaje multidisciplinar que huya del reduccionismo biologicista. Esto implica que los tratamientos combinados no consisten simplemente en una mera yuxtaposición de procedimientos justificada sin más porque aumenta la eficacia. Menos aún tiene que ver con el concepto de "apoyo psicológico". Por "apoyo psicológico" suele entenderse una intervención de tipo motivacional, escasamente estructurada y con mínimo soporte teórico, y que suele ser llevada a cabo por cualquier profesional, no necesariamente psicólogo, en un contexto en el que la categoría "tratamiento" se reserva, más o menos explícitamente, al abordaje farmacológico. Frente a este planteamiento, en este texto defendemos la necesidad de intervenciones estructuradas (y por lo tanto objetivables y de eficacia contrastable), fundadas en modelos teóricos sólidos, y ejecutadas por profesionales de la medicina y la psicología clínica o, al menos, bajo su supervisión.

Aparte de las consideraciones teóricas, la más sólida justificación de los programas combinados se encuentra sin duda en las recomendaciones contenidas en las distintas guías clínicas que han ido apareciendo en los últimos años como consecuencia de la

revisión sistemática sobre la eficacia de los distintos tratamientos. Todas ellas plantean como procedimientos de elección, ya sea por separado o ya sea combinados, los tratamientos psicológicos y los tratamientos farmacológicos con Terapia Sustitutiva de Nicotina (TSN) o bupropion. Dentro de los tratamientos psicológicos, las guías más específicamente orientadas a evaluar la eficacia de los distintos tratamientos disponibles en este campo (y especialmente la guía de la American Psychological Association) recomiendan los derivados del enfoque cognitivo-conductual. En la Tabla 1 listamos las principales guías clínicas y revisiones disponibles. El lector interesado puede consultar un extracto las conclusiones de algunas de ellas en Becoña (2003).

El National Institute on Drug Abuse (NIDA, 1999), además de su revisión de tratamientos científicamente establecidos, comienza por fijar trece principios generales para el tratamiento de las adicciones, algunos de los cuales encierran interesantes implicaciones para los tratamientos combinados médico-psicológicos. Así, se establece como primer principio que "no hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas", principio que plantea la necesidad de contar con repertorios amplios de recursos y de adaptar su elección a las peculiaridades de la conducta de consumo, lo cual a su vez exige partir de modelos explicativos que contemplen variables a distintos niveles y no únicamente el bioquímico. Otro punto interesante y que nos lleva a la misma conclusión práctica es el que establece que "el tratamiento efectivo debe abarcar las múltiples necesidades de la persona, no solamente su uso de drogas" (principio 3). Los principios 6, 7 y 9 son especialmente relevantes para nosotros por su apuesta por los tratamientos combinados: "la terapia individual y/o de grupo y otros tipos de terapias de comportamiento constituyen componentes críticos del tratamiento efectivo de la adicción" (principio 6); "para muchos pacientes, los medicamentos forman un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con

Tabla 1. Principales Guías Clínicas, revisiones y metaanálisis sobre la eficacia de los tratamientos para dejar de fumar.

- Guía para la práctica clínica de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., Dorfman, S. F., Goldstein, M. G., Gritz, E. R. et al., 2000; Tsoh, J. Y. y McClure, J. B., 2003)
- Guía para el tratamiento de la dependencia de la nicotina de la American Psychiatric Association (American Psychiatric Association, 1996)
- Informe del Surgeon General (USDHHS, 2000).
- Guía para tratamiento de la dependencia de la nicotina de la Health Education Authority (Reino Unido) (Raw, M., McNeill, A. y West, R., 1998).
- Guía del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (España) (Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2001).
- Guía de la American Psychological Association (Chambless, D. L. y Ollendick, T. H., 2001).
- Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (WHO Europe, 1999).
- Guía del National Institute on Drug Abuse (NIDA) (NIDA, 1999; Sánchez-Hervás, E. y Tomás, V., 2001).
- Revisiones de la Cochrane Collaboration (Stead, L. F. y Lancaster, T., 2001).
- Revisiones y metaanálisis (Becoña, E., 2000; Garrido, P., Castillo, I. y Colomer, C., 1995; Niaura, R. y Abrams, D. B., 2002; Secades, R. y Fernández, J. R., 2001; Shiffman, S., Mason, K. M. y Henningfield, J. E., 1998; Schwartz, J. L., 1987).

los diferentes tipos de terapia" (principio 7), y "la desintoxicación médica es solamente la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el uso de drogas a largo plazo" (principio 9).

En la posterior revisión de tratamientos eficaces, la guía del NIDA propone para la dependencia del tabaco "la terapia combinada de comportamiento y reemplazo de la nicotina", argumentando que:

"el tratamiento combinado está basado en el fundamento que los tratamientos de comportamiento y farmacológicos operan con mecanismos diferentes pero complementarios y tienen el potencial para producir efectos acumulativos" (NIDA, 1999).

También la Organización Mundial de la Salud establece las mismas directrices para el tratamiento del tabaquismo. En el apartado de recomendaciones para el tratamiento en unidades especializadas, se lee que el tratamiento especializado

"puede ser ofrecido individualmente o en grupos (...) y debe incluir entrenamiento en habilidades de afrontamiento y apoyo social. Un formato eficaz incluye alrededor de cinco sesiones de una hora durante un mes más seguimiento posterior. El tratamiento intensivo debe incluir la oferta de Terapia Sustitutiva de Nicotina (si es apropiada) y claras instrucciones de cómo usarla" (WHO Europe, 1999).

Pero probablemente la guía de referencia en el tratamiento del tabaquismo es la Guía para la práctica clínica de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., Dorfman, S. F., Goldstein, M. G., Gritz, E. R. et al., 2000). En ella se realiza una revisión sumamente completa del efecto que sobre la eficacia del tratamiento producen distintas variables (para un resumen de sus resultados, véase Becoña 2003).

En cuanto a los contenidos terapéuticos, la guía establece con claridad como tratamien-

tos más efectivos la combinación de tratamientos farmacológicos (TSN bupropion) y psicológicos (en especial los basadas en el condicionamiento aversivo, el entrenamiento en habilidades y el apoyo social). De particular interés es el dato sobre la notablemente superior eficacia del tratamiento cuando este es proporcionado por proveedores múltiples (OR=3.8) frente a proveedores únicos (OR=1.8 cuando el proveedor es un sanitario no médico como el psicólogo o el trabajador social, y OR=1.5 cuando el proveedor es médico). Finalmente, los formatos y duraciones más eficaces son el consejo individual y grupal (OR=2.2 en ambos casos), más de 8 semanas de tratamiento (OR=2.7 frente a 1.6 para duraciones entre 4 y 8 semanas) y entre 4 y 7 sesiones terapéuticas (OR=2.5 frente a 2.0 si son entre 2 y 3 sesiones).

Todos estos criterios formales, así como la participación de distintos profesionales, son coherentes y se asocian siempre con los programas combinados médico-psicológicos.

El resto de las guías clínicas y recomendaciones citadas en la tabla 1 confirman las conclusiones expuestas hasta aquí, y por lo tanto no vamos a detenernos en ellas. Se trata de guías orientadas más bien hacia el ejercicio profesional en contextos más específicos, como la psicología clínica (guía de la American Psychological Association), la psiquiatría (guía de la American Psychiatric Association), o la Atención Primaria de Salud (guía de la británica Health Education Authority).

En España, el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) publicó en 2001 la "Guía de procedimientos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar" (CNPT, 2001). En ella, entre otras cuestiones, se revisa la eficacia de los distintos tratamientos disponibles por separado, considerándose bien establecida y por lo tanto de elección en el caso de la TSN, el bupropion y los tratamientos psicológicos multicomponentes de orientación cognitivo-conductual. Respecto a los tratamientos combinados, se dice que:

"... un tratamiento farmacológico con un tratamiento conductual mejora sus resultados. Por ello, aunque el tratamien-

to psicológico sea de baja intensidad, su combinación con un tratamiento farmacológico, por su efecto sinérgico, facilita un mayor porcentaje de abstinencia (...) Con un programa de 5 a 8 sesiones, bien estructurado y utilizando un programa multicomponente, llevado a cabo por un psicólogo, se consigue una eficacia al año de no menos del 30 %. Con un mayor nivel de apoyo clínico ésta puede incrementarse hasta el 40 %. En otros países se está generalizando la combinación de tratamientos psicológicos y farmacológicos, en unidades especializadas de tratamiento de fumadores..." (CNPT, 2001).

Así pues, podemos afirmar que los tratamientos combinados farmacológicos y psicológicos, estructurados, conducidos por más de un profesional (psicólogo, médico y enfermero), de en torno a 7 sesiones de duración a lo largo de 2 meses y posterior seguimiento, y con flexibilidad técnica para adecuar su contenido a las características de los usuarios constituyen la estrategia de elección para el tratamiento de la dependencia tabáquica. Tal vez esta afirmación deba acompañarse de una cierta reivindicación del papel de los componentes psicológicos del tratamiento, a menudo minusvalorados o considerados comparsas o meros acompañantes del tratamiento farmacológico (concepto de "apoyo" psicológico, como argumentábamos más arriba), situación en cuya explicación confluyen sin duda inercias culturales, corporativismos e intereses económicos, y que no es apoyada (más bien al contrario) por los datos sobre la eficacia de los tratamientos.

EL PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID: ASPECTOS GENERALES Y METODOLÓGICOS.

Criterios básicos del programa.

- **Flexibilidad.** Es deseable un programa flexible que se adecue a las características o a los deseos del sujeto, incluso ofrecien-

do la posibilidad de elegir (por ejemplo el tratamiento farmacológico que va a utilizar). Entre otras ventajas, esto aumenta la participación del fumador y favorece la implicación terapéutica. En nuestro programa ofreceremos tres posibles técnicas específicas para dejar de fumar: TSN, reducción gradual de la Ingesta de Nicotina y Alquitrán con cambio de marca, (RGINA) y Bupropion, junto con estrategias propias de Programas Multicomponentes como control de estímulos, técnicas de relajación, entrenamiento en resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales etc.

• **Atención a los distintos factores implicados.** A menudo las intervenciones en conductas adictivas, adolecen de una visión un tanto incompleta del comportamiento, en las que:

1. Se plantea la motivación para el cambio como un rasgo individual y “a priori”, en lugar de plantearlo como algo dinámico y que forma parte de los objetivos de la propia intervención. En nuestro programa planteamos intervenciones dirigidas a incrementar la motivación y el compromiso como primer paso para dejar de fumar.

2. No se tienen en cuenta los factores individuales y contextuales que son responsables de la recaída una vez que se ha superado la “dependencia física” (la llamada “dependencia psicológica”), por lo que no se diseñan intervenciones planificadas dirigidas específicamente al mantenimiento de la abstinencia. La mayor parte de las recaídas, no obstante, tienen lugar una vez superado el “síndrome de abstinencia”. En el Programa para Dejar de Fumar del Ayuntamiento de Madrid existen actuaciones dirigidas específicamente al mantenimiento de la abstinencia.

• **Economía.** El programa no requiere inversiones específicas, ni en aparataje ni en recursos humanos, contando con los recursos ya existentes en la Dirección de Servicios de Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid. Tampoco los destinatarios del

programa pagarán ningún coste adicional: el gasto en TSN y/o Bupropión es equiparable al ahorro en tabaco.

• **Eficacia en seguimientos a largo plazo.** Existe un salto importante en los índices de abstinencia al final del tratamiento y a los 12 meses de finalizado el mismo. Este dato plantea algunas exigencias a las que se da respuesta en nuestro programa:

1. Establecer seguimientos de al menos 12 meses.

2. Incluir en el programa estrategias dirigidas a cada una de las fases del proceso de cambio: estrategias de motivación, estrategias de supresión de la conducta y estrategias de mantenimiento y prevención de recaídas.

3. Situar adecuadamente nuestros criterios de éxito. Los trabajos que incluyen seguimientos a 12 meses raramente informan de tasas de éxito superiores al 40% al año de seguimiento, por lo que consideramos que estos resultados ya serían óptimos.

Objetivo General

Reducción del consumo de tabaco entre la población del municipio de Madrid.

Objetivos específicos

1. Conocer la prevalencia del consumo de tabaco entre los destinatarios del programa, así como la predisposición a dejar de fumar por parte de los fumadores.

2. Motivar a los fumadores para abandonar su hábito.

3. Implementar un programa para dejar de fumar para aquellos ciudadanos que lo deseen., a través de los Centros Municipales de Salud del Ayuntamiento de Madrid.

4. Defender los derechos del fumador pasivo, mejorando el cumplimiento de la normativa vigente en cuanto a prohibición de fumar en los centros de trabajo y los centros de salud.

5. Fomentar la formación de especialistas en tabaquismo entre los profesionales sanitarios del Ayuntamiento de Madrid.

Población Destinataria

El programa se dirige a la población general del Municipio de Madrid, con un desarrollo en tres fases:

1. Experiencia piloto con el personal perteneciente al Departamento de Salud del Área de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Madrid (753 personas en total), a cargo de los recursos materiales y humanos del Centro de Prevención del Alcoholismo y Tabaquismo.

Esta fase se realizó durante el año 1998-1999. Su buena acogida tanto por parte de los directores como por parte de los compañeros del área, ha sido definitivo para la continuidad del Programa en los siguientes escalones.

2. Extensión a todos los trabajadores del Ayuntamiento de Madrid (en torno a las 19.000 personas) y a los de empresas vinculadas a él. Se inició en 1999 y se continúa en la actualidad.

3. Extensión a la población general del municipio de Madrid. Esta fase se está realizando de forma escalonada. Desde el año 2000 hay contactos con la Comunidad de Madrid, con la intención de coordinar recursos en la atención a la población de Madrid.

Recursos

Recursos humanos. En la actualidad el programa se aplica en los 14 Centros Municipales de Salud repartidos por el término municipal de Madrid, y en distintos horarios de mañana y tarde. En cada centro existe un equipo compuesto al menos por enfermero y médico, y cuando es posible también psicólogo, que han recibido formación específica en tratamiento del tabaquismo y han rotado en prácticas en el Centro de Prevención del Alcoholismo y Tabaquismo del Ayuntamiento de Madrid.

Recursos materiales. Cada centro cuenta con espirómetro y cooxímetro, así como con carteles, trípticos, carpetas y material impreso específicos del programa. Los participantes no abonan cantidad alguna por el tratamiento, salvo la compra de la medicación utilizada (TSN – Bupropión), cuyo coste es equiparable al del tabaco que dejan de consumir.

Captación. El acceso al programa es totalmente libre, no siendo necesaria otra condición salvo la de ser fumador y desear dejar de fumar. La difusión se realiza a través de los propios programas municipales de salud, centros de salud y medios de comunicación. Los participantes rellenan un formulario de inscripción que es remitido al Centro Municipal donde desea realizar el tratamiento; cuando se forma un grupo suficiente en alguno de los días y horas solicitados, se le avisa.

Seguimiento

Se establece una evaluación de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses. Los datos recogidos se refieren a si continua sin fumar, si ha recaído (circunstancias, intención, etc), contactos esporádicos, apoyo recibido y autoeficacia percibida para continuar sin fumar.

Aspectos formales de la intervención

La intervención en grupo se desarrolla en 7 sesiones de tratamiento más una al mes de refuerzo. Cada sesión dura 1,5 horas. Se establece la obligatoriedad de asistir a todas ellas, debiendo avisar con antelación en caso de no poder acudir. De modo paralelo se llevan a cabo intervenciones individuales a medida que surge su conveniencia y con contenidos personalizados. A cada sesión asiste el equipo terapéutico completo y a menudo algún observador para completar su aprendizaje. Todas las sesiones salvo la primera tienen una estructura similar: revisión de tareas, abordaje del tema del día y asignación de nuevas tareas.

FUNDAMENTO TEÓRICO

No vamos a extendernos aquí sobre la importancia de que las intervenciones terapéuticas estén basadas en modelos teóricos donde se tengan en cuenta variables a distintos niveles de análisis. Como señalábamos en la introducción, los tratamientos combinados médico-psicológicos lo son en la medida en que parten de un modelo teórico integrador, y no simplemente por yuxtaponer procedimientos “que funcionan”. Los procedimientos utilizados en el Programa para Dejar de Fumar del Ayuntamiento de Madrid están basados en la Teoría del Aprendizaje Social. Desde este punto de vista, tanto la consolidación del hábito de fumar (habitualmente durante la adolescencia) como el mantenimiento de la abstinencia consisten esencialmente en procesos de aprendizaje, ciertamente complejos, pero que pueden analizarse en componentes más básicos que por serlo tienen ya implicaciones preventivas y terapéuticas.

Desde el punto de vista del *condicionamiento clásico o pavloviano*, el abandono de la dependencia tabáquica supone, de modo central, un proceso de extinción de las respuestas condicionadas percibidas subjetivamente como deseo de consumir, a través de la exposición del sujeto, por distintos procedimientos, a los estímulos condicionados con esas respuestas, al mismo tiempo que se previene la respuesta de consumo. Estos procesos pueden producirse de modo explícito y planificado o no, con intervención profesional o no, con tecnología conductual compleja o no, pero tienen lugar en toda situación de abandono exitoso, y constituyen el elemento nuclear de la deshabituación. Piénsese, además, en la importancia de este elemento en la conducta de fumar tabaco, que suele practicarse como media más de 200 veces al día (cada calada al cigarrillo es una dosis), durante muchos años y que, además, por ser compatible con numerosas actividades y situaciones cotidianas, acaba condicionada a un sinnúmero de estímulos presentes de modo masivo en los hábitos y los

contextos del fumador. Digamos, además, de pasada, que este principio implica la importancia central de la acción frente al discurso, esto es, de la actuación real en contextos reales como agente terapéutico eficaz frente al abuso de procedimientos exclusivamente “cognitivos”.

Desde el punto de vista del *condicionamiento instrumental u operante*, el abandono de la conducta de fumar implica la adopción de comportamientos alternativos que produzcan resultados reforzantes en distintos contextos, y que en esa medida se consoliden como alternativa a la conducta de fumar. La consecución de este objetivo supone el aprendizaje y la práctica efectiva (una vez más la actuación real en contextos reales) de habilidades y destrezas orientadas a la competencia social, la asertividad, la resolución de problemas, el autocontrol emocional, la eficacia profesional, etc.

Desde el punto de vista de las *variables predisponentes del individuo*, la consecución y el mantenimiento de la abstinencia pueden implicar actuaciones dirigidas, por ejemplo, al alivio de las señales de abstinencia (mediante apoyo farmacológico o técnicas de reducción gradual), al abordaje de otros problemas (emocionales, conductuales, sanitarios, sociales...) que puedan mantener una relación disposicional con el consumo de tabaco, a la modificación de ideas irracionales o lagunas de información sobre el tabaco, o, como señalábamos en el punto anterior, a la adquisición de nuevos recursos y destrezas personales con valor instrumental para afrontar situaciones asociadas al consumo.

Por otro lado, y como ya hemos visto, el hábito de fumar se mantiene por *factores farmacológicos* y conductuales, casi imposibles de separar en la práctica, pero que debemos diferenciar cuando hablamos del abordaje sanitario del tratamiento del tabaquismo.

Desde hace veinte años es cada vez mejor estudiada la acción adictiva de la nicotina, y hoy día se conoce su farmacocinética y farmacodinamia, su locus y su mecanismo de acción. De esta forma, hablamos de dependencia a la nicotina y ha aparecido cierta

cantidad de fármacos que utilizamos en el *tratamiento farmacológico* del tabaquismo.

En nuestro programa utilizamos solo dos de estos fármacos: Terapia Sustitutiva de Nicotina (TSN) y bupropion.

La TSN se basa en la administración por una vía distinta a la fumada, de nicotina pura para mitigar los síntomas del síndrome de abstinencia que se manifiestan en la mayoría de fumadores al dejar el hábito, ayudando al proceso de deshabitación.

El hidrocloreuro de bupropion es la primera medicación no nicotínica aprobada por la FDA para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Se trata de un inhibidor de la recaptación neuronal de dopamina a nivel del núcleo accumbens, y de noradrenalina en el locus ceruleus, por lo que contribuye a disminuir el ansia de los exfumadores y los síntomas del síndrome de abstinencia.

GUIA DE SESIONES

Para ejemplificar lo que hemos expuesto hasta aquí incluimos, a continuación, un extracto de la Guía de Sesiones del Programa para Dejar de Fumar del Ayuntamiento de Madrid (Moreno y Herrero, en prensa).

SESIÓN 1

Objetivos de la sesión

–Presentación de los terapeutas, los asistentes, el programa y las normas de funcionamiento.

–Aclaración de expectativas sobre los objetivos y los procedimientos.

–Motivación para participar.

–Evaluación.

Desarrollo de la sesión

1. *Presentación de los terapeutas y los usuarios.* Además de su nombre, cada participante debe decir cuantos cigarrillos fuman

y de qué marca. Esta información debe anotarse porque servirá de base para establecer la pauta personal en caso de optar por el uso de TSN. Además se les anima a que expresen sus expectativas sobre el programa y sobre el proceso de dejar de fumar. El terapeuta anota en la pizarra aquellas expectativas que por ser inadecuadas convenga después corregir, aclarar o subrayar.

2. *Información sobre aspectos formales del programa.* El terapeuta informa sobre:

–Duración del programa, número de sesiones, fechas, citas individuales para evaluación fisiológica: espirometría, cooximetría...

–Horario y exigencia de puntualidad.

–Necesidad de asistencia a todas las sesiones y de justificar cualquier ausencia.

–Exigencia de apagar los teléfonos móviles.

–Estructura de las sesiones (revisión de las tareas de la sesión anterior, tema nuevo y asignación de nuevas tareas), destacando la importancia del cumplimiento de las tareas para casa como factor que mejor predice los resultados.

3. *Información sobre los contenidos del programa y modificación de expectativas inadecuadas.* Partiendo de la información sobre las expectativas que hemos recogido al principio de la sesión y que está anotada brevemente en la pizarra, se señalan las expectativas irracionales más frecuentes y se establecen las expectativas correctas. En todo caso, deben abordarse las ideas más frecuentes. En el Anexo 1 recogemos las principales, y también la información correctora. Este es el elemento central de la sesión.

Enlazando con este punto, y a continuación, el terapeuta deja claro que la tarea que acometemos implica en realidad dos objetivos que pueden separarse: dejar de fumar y mantenerse (prevención de recaídas). Debe quedar claro que ambos objetivos, y sobre todo el segundo, suponen un proceso de aprendizaje: se trata de aprender a afrontar situaciones, tal vez por primera vez en la vida, sin utilizar el tabaco. El concepto de

aprendizaje tiene implicaciones importantes de cara a las expectativas sobre el tratamiento, que es necesario subrayar: como en todo aprendizaje (aprender inglés, aprender a conducir), se requiere adquirir las habilidades, practicar mucho y darse tiempo.

4. *Información sobre apoyos farmacológicos y procedimientos específicos para dejar de fumar.*

En esta sesión se trata de ofrecer una explicación general, de en torno a 15 minutos, que permita a los asistentes elegir uno u otro procedimiento antes de la próxima sesión. Será entonces cuando se aborde la cuestión más a fondo y se responda a todas las dudas.

El terapeuta informa sobre los tres procedimientos específicos para dejar de fumar: Terapia Sustitutiva de Nicotina (TSN), bupropion y Técnica de reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán (RGINA).

La explicación a ofrecer sobre cada uno de ellos aparece en los Anexos 2, 3 y 4.

Se dibuja en la pizarra un esquema con las fechas de los momentos clave a tener en cuenta en cada una de las técnicas:

5. *Evaluación*

Los participantes son citados antes de la siguiente sesión para realizarles una espirometría, cooximetría y peso. Se les propor-

na también cuestionarios que deben rellenar antes de la segunda sesión.

6. *Tareas hasta la próxima sesión*

-Analítica de sangre.

-Espiroimetría, cooximetría y peso (se citan para realizarlas antes de la próxima sesión).

-En función de sus resultados es posible que se pauten ejercicios para la mejora de la función pulmonar (Anexo 5).

-Cuestionario de evaluación y test de Fagerström, que traerán en la próxima sesión.

-Lista de beneficios que se esperan conseguir al dejar de fumar.

-Elección de técnica para dejar de fumar.

SESIÓN 2

Objetivos

-Reforzar la motivación para dejar de fumar.

-Establecimiento de procedimientos y pautas específicos para dejar de fumar en cada caso.

-Establecimiento de pautas para los primeros días sin fumar.

-Supervisión de ejercicios de mejora de la función pulmonar.

Tabla 2. Adecuación de los procedimientos a las sesiones

	SESION 1	Día siguiente a SESIÓN 2	Día siguiente a SESIÓN 3	Día siguiente a SESIÓN 4
TSN	Información	Empiezan parches y dejan de fumar		
bupropion		Empiezan con 1 comprimido, fumando	Empiezan con 2 comprimidos y dejan de fumar	
RGINA		Primer cambio de marca	Segundo cambio de marca	Dejan de fumar

Desarrollo de la sesión

1. Revisión de tareas

–Cuestionarios de evaluación y test de Fagerström.

–Ejercicios de mejora de la función pulmonar (Anexo 5).

–Elección de técnica específica para dejar de fumar. En caso de dudas, se remite a la información que se ofrecerá un poco más adelante.

2. Motivación: beneficios de dejar de fumar

Por turno, cada participante enumera ventajas o beneficios que ha anotado en la lista. El terapeuta toma nota en la pizarra de los principales. Una guía de los más importantes, que el terapeuta debe señalar si no surgen, aparece en el Anexo 6.

A continuación el terapeuta comenta, amplía y enfatiza todos los beneficios señalados, destacando aquellos que son más evidentes, más inmediatos y más reforzantes. Al terminar este apartado los usuarios deben tener un concepto claro de las ventajas que van a conseguir.

Se adelanta entonces una tarea para la semana próxima: la relectura y ampliación frecuente de la lista de beneficios.

Otra posibilidad es utilizar algún video con información sobre los efectos de fumar y los beneficios de dejarlo. En este caso, conviene dejar después un espacio para comentarios.

3. Técnicas específicas y pautas personales para dejar de fumar

El terapeuta reitera toda la información sobre TSN, bupropion y RGINA que se ofreció en la sesión anterior, tratando de aclarar todas las dudas o expectativas erróneas que surjan y, en el caso de la TSN y de la RGINA, estableciendo las pautas individuales pertinentes (Anexo 7). Debe insistirse en que se trata de procedimientos sumamente eficaces si se utilizan correctamente y si las expectativas son razonables. Hay que enfatizar que las pautas que se plantean deben seguirse escrupulosamente y no hacer “experimentos”. Se ofrece la posibilidad de llamar por

teléfono al terapeuta durante la semana en caso de cualquier problema o duda.

4. Pautas para los primeros días sin fumar

Debe enfatizarse mucho la importancia de acompañar el uso de parches, bupropion o RGINA, a partir del momento en que se deja de fumar, de las llamadas “estrategias de control estimular” o “de organización del entorno” (Anexo 8).

Es eficaz también proponer en este punto que los usuarios metan cada día en una hucha el dinero que van ahorrando por no fumar, y que se premien cada 7 ó 10 días con un regalo.

5. Nuevo mensaje motivacional y ofrecimiento para posibles consultas

Conviene terminar la sesión felicitando a los participantes por su decisión y ofreciendo nuestro apoyo para cualquier dificultad o duda que pueda surgir durante estos primeros días.

6. Tareas hasta la próxima sesión

–Seguir cada uno las pautas personales que se le han dado sobre uso de TSN, bupropion o RGINA. En el caso de la RGINA, deben llevar un registro de cigarrillos fumados.

–Seguir pautas de control estimular.

–En su caso, utilizar la técnica operante del ahorro de dinero.

–Colocar, repasar y ampliar la lista de beneficios de dejar de fumar.

–Continuar los ejercicios de mejora de la función pulmonar.

SESIÓN 3

Objetivos

–Afianzar o corregir el cumplimiento de las pautas establecidas hasta ahora.

–Aprender relajación.

–Modificar hábitos de alimentación y ejercicio físico.

Desarrollo de la sesión

1. Revisión de tareas

En este punto conviene dedicar bastante tiempo, incluso la mayor parte de la sesión a revisar el cumplimiento de todas las pautas ofrecidas hasta ahora, tanto las generales como las específicas de cada uno. Es importante que el terapeuta centre en todo momento los objetivos de esta revisión en el cumplimiento de las tareas, evitando la tendencia a la dispersión hacia contenidos irrelevantes. Conviene, por lo tanto, que la revisión sea ordenada (suele ayudar el empezar por escribir en la pizarra la lista de tareas).

Ante la expresión de dificultades por las ganas de fumar, el terapeuta reitera que el objetivo no es eliminar las ganas de fumar, sino controlarlas. Es normal, por lo tanto, tener ganas de fumar; lo importante es cómo se afrontan. Debe reforzarse, por lo tanto, el afrontamiento correcto de los deseos, con independencia de que estos sean intensos.

2. *Aprendiendo relajación*

Después de explicar el concepto de ansiedad y su papel como antecedente o disparador del deseo de fumar, se introduce la eficacia de la práctica de relajación. Si algún participante conoce o practica alguna técnica, se aconseja en principio que continúe con ella o la retome. Como procedimiento general, se propone el entrenamiento en respiración completa y profunda. El terapeuta explica la técnica y se hace una práctica durante algunos minutos.

3. *Practicando nuevos hábitos: ejercicio físico y alimentación*

El terapeuta señala la relación entre actividad física y mantenimiento de la abstinencia. Se aconseja, por lo tanto, iniciar algún tipo de ejercicio regular.

También se explica la relación existente entre abandono del tabaco y aumento de peso, insistiendo en que se trata de un problema que no es universal y que siempre es controlable. Se repasa las pautas fundamentales y se entregan por escrito.

4. *Tareas*

–Todas las anteriores (procedimientos específicos para dejar de fumar y técnicas.

de control estimular).

–Práctica regular de relajación. Se sugieren momentos para llevarla a cabo.

–Iniciar cambios en hábitos de alimentación y práctica de algún tipo de ejercicio físico.

SESIÓN 4

Objetivos

–Conocer el fundamento teórico de las adicciones, la deshabitación y la prevención de recaídas.

–Aprender a identificar los disparadores personales del deseo de fumar.

Desarrollo de la sesión

1. *Revisión de tareas*

Se revisa el cumplimiento de todas las tareas anteriores, y especialmente de la última sesión. Es importante que el terapeuta refuerce los avances que se van produciendo. Al final, se abordan brevemente las dificultades.

2. *¿Por qué se mantiene una adicción? ¿En qué consiste la deshabitación?*

El terapeuta explica los motivos por los que la adicción al tabaco es especialmente intensa, y los mecanismos de aprendizaje que intervienen en ella, así como las estrategias generales a seguir para mantener la abstinencia y conseguir la deshabitación (Anexo 9).

3. *Los disparadores del deseo de fumar.*

A partir de la explicación general anterior, el terapeuta se detiene un poco más en el papel del condicionamiento clásico en el deseo y la conducta de fumar. Explica también la necesidad de plantearse el objetivo de la habituación a esos estímulos, y la exposición gradual como estrategia para conseguirla.

Como primer paso, se señala la utilidad de identificar los “disparadores” personales de las ganas de fumar. De este modo se consigue un cierto efecto de inoculación o “vacuna”, se establece una lista de “objetivos de

deshabitación”, y se comienza a percibir el deseo de fumar como algo no azaroso, sino ligado a determinados estímulos y por lo tanto controlable.

4. *Recordatorio de las pautas para los primeros días sin fumar*

Al día siguiente de esta sesión dejan de fumar los que optaron por la técnica RGINA. Conviene por lo tanto recordar brevemente las pautas a seguir, que se abordaron en la sesión 2.

5. *Tareas (además de las específicas de sesiones anteriores)*

–Elaborar una lista de “disparadores del deseo de fumar”.

–Cuando aparezcan los deseos de fumar, practicar la habilidad de focalizar la atención en las consecuencias a medio plazo de hacerlo, y no en las inmediatas.

SESIÓN 5

Objetivos

–Aprender el papel de la atención y del lenguaje en la modulación del deseo de fumar.

–Aprender a identificar excusas y justificaciones habituales para volver a fumar.

–Practicar el uso del lenguaje (autoinstrucciones) para controlar el deseo de fumar.

Desarrollo de la sesión

1. *Revisión de tareas*

Se revisa el cumplimiento de las tareas de las sesiones anteriores, y especialmente de la última, aprovechando para recordar los contenidos fundamentales.

2. *El afrontamiento de las ganas de fumar: el papel de la atención y del lenguaje. excusas y justificaciones que llevan a la recaída. Las autoinstrucciones*

El terapeuta hace ver cómo en el afrontamiento y modulación del deseo de fumar juega un papel esencial el lenguaje interno del individuo, de modo que puede dar lugar a un aumento o a una disminución del mis-

mo. Se señalan distintos “errores” o formas disfuncionales de afrontamiento (por ejemplo la magnificación de las ganas de fumar, la anticipación, la focalización de la atención, las ideas de necesidad de fumar, etc.). Como siempre, se adopta un estilo socrático y se utiliza el sentido del humor.

A partir de esta explicación se introduce el entrenamiento en autoinstrucciones, pudiendo utilizarse para ello la explicación y la ficha que aparece en el Anexo10.

3. *Tareas (además de las específicas de sesiones anteriores)*

–Practicar las autoinstrucciones.

SESIÓN 6

Objetivos

–Consolidar las habilidades de autocontrol y los nuevos hábitos.

–Promover la exposición progresiva a los estímulos que provocan el deseo de fumar para conseguir la habituación y el incremento de las expectativas de autoeficacia.

Desarrollo de la sesión

1. *Revisión de tareas y recordatorio del contenido de la sesión anterior*

2. *La exposición al estímulo, la habituación y la autoeficacia*

La sesión se centra en la necesidad de conseguir la habituación a las señales o disparadores del deseo de fumar. En última instancia, conseguir este objetivo requiere la práctica repetida de exposición sin fumar a situaciones reales donde antes se fumaba. Se presenta el concepto de autoeficacia como mejor predictor de la abstinencia futura, y la necesidad de práctica exitosa como mejor medio para conseguirla. Es muy útil ilustrar la explicación con distintos ejemplos de otros aprendizajes.

Aunque la exposición a estímulos se produce de modo espontáneo, es más eficaz si se planifica y se supervisa en la medida de lo posible. Esta será la tarea de esta semana.

Como apoyo a la explicación podemos utilizar el texto del Anexo 11.

3. Tarea

–Registro diario de prácticas de exposición al estímulo.

SESIÓN 7

Objetivos de la sesión

–Revisar el cumplimiento de las pautas de exposición al estímulo.

–Repasar el contenido del programa.

–Recoger los datos de evaluación final.

–Concertar la cita de seguimiento de 1 mes.

Desarrollo de la sesión

1. Revisión de tareas y recordatorio de la sesión anterior

Sobre todo se revisan los registros de prácticas de exposición al estímulo.

2. Repaso del programa

Puede hacerse una lista en la pizarra de todas las estrategias utilizadas, recordando brevemente su importancia. Conviene insistir en que los resultados del programa dependen del grado en que se hayan ido cumpliendo las tareas semana a semana, y en la necesidad de continuar trabajando.

3. El efecto de violación de la abstinencia

Se aborda la cuestión de qué hacer en caso de que exista algún contacto con el tabaco (“efecto de violación de la abstinencia”).

4. Evaluación final

Se rellenan los cuestionarios de evaluación del programa y de autoeficacia.

5. Cita para seguimiento (1 mes)

RESULTADOS

Los resultados se presentan sobre una muestra con las siguientes características:

–1.599 fumadores que acudieron a nuestro programa entre enero del año 1999 y diciembre de 2002.

–Agrupados en 134 grupos terapéuticos.

–Atendidos en 14 Centros Municipales de Salud del Ayuntamiento de Madrid, a cargo de 17 equipos (en algunos centros existen dos equipos terapéuticos, de mañana y de tarde).

–59 % mujeres y 41 % varones, con una edad media de 42 años.

–Población general de Madrid.

–Solo 43 sujetos declararon más de 2 problemas severos de salud asociados al tabaco.

–Consumo medio de 27,9 cigarrillos al día.

–Media de años fumando de 20,6.

–Media en el Test de Fagerström de 5,67.

–557 participantes dejaron de fumar sin apoyo farmacológico; de ellos, 398 utilizaron RGINA; 712 usaron TSN y 330 bupropion.

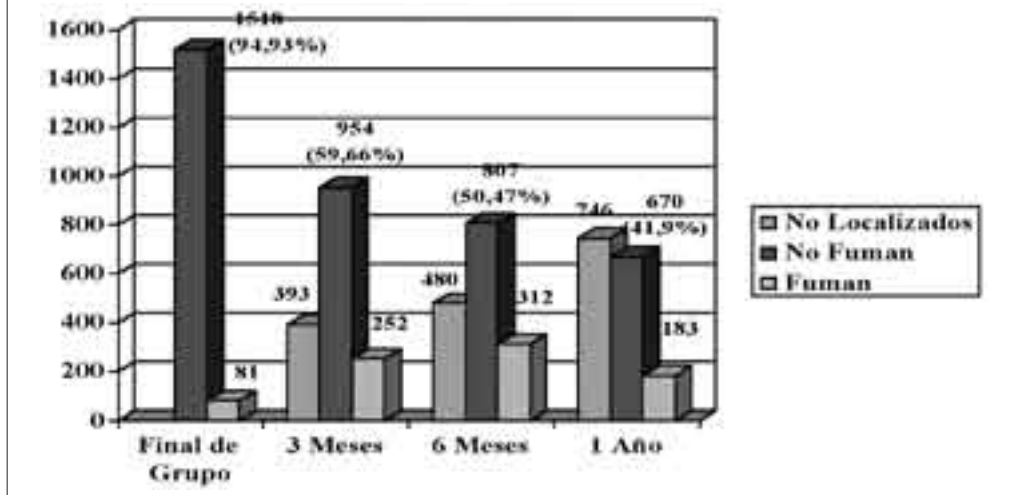
Los resultados de la intervención al final del grupo y en los seguimientos a los 3, 6 y 12 meses aparecen en la figura 1.

Dejamos para una publicación posterior el análisis de las distintas variables asociadas a los resultados, si bien en un estudio del año 2000 (Moreno y Herrero, 2000) sobre una muestra más reducida (130 usuarios) ya se apuntaban algunas conclusiones. De entre ellas, se confirma el valor predictivo de la variable sexo: el 41,9 % de abstinentes al año de nuestra muestra se desglosa en un 36,03 % en el caso de las mujeres y un 50,23 % en el caso de los hombres ($p < 0,01$).

CONCLUSIONES

En sintonía con las recomendaciones formuladas por las principales guías y revisiones sobre la eficacia de los distintos tratamientos, a cuyo resumen dedicamos buena parte de la introducción de este texto, el tra-

Figura 1. Resultados.



tamiento que se realiza en el Programa para Dejar de Fumar del Ayuntamiento de Madrid es multidisciplinar, de tipo médico-psicológico. Entre los varios tipos de tratamientos del tabaquismo, el combinado médico-psicológico es el que consigue mejores resultados.

El Programa para Dejar de Fumar del Ayuntamiento de Madrid tiene como características principales el de ser un programa flexible, que atiende a los diversos factores implicados tales como características individuales de los usuarios, económico, con estructura clara y centrado en el resultado de la abstinencia.

El Programa se dirige a la población general y debe ser coordinado por profesionales de salud (médicos, psicólogos, enfermeros) formados específicamente en las técnicas del Programa.

El resultado del Programa para Dejar de Fumar del Ayuntamiento de Madrid es del 59,66% de abstinencias a los 3 meses. A los seis meses es del 50,47%. Al año, del 41,9%.

El porcentaje de sujetos que dejó de fumar sin apoyo farmacológico fue del 34,9%. El resto, 64,1%, prefirieron utilizar dicho apoyo.

Los varones consiguen mejores resultados de abstinencia (50,23%) que las mujeres (36,03%).

El Programa para Dejar de Fumar del Ayuntamiento de Madrid se configura, por lo expresado anteriormente, como un Programa útil y con buenos resultados para abandonar el hábito del tabaquismo.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos su colaboración a D. Pedro Montejo Carrasco, Jefe de la Sección de Coordinación de Diseño y Evaluación de Programas de Salud del Ayuntamiento de Madrid, por su revisión de la primera redacción de este texto y por sus sugerencias, y a D. Antonio Rivero García, Asesor Técnico del Departamento de Evaluación y Diseño de Programas de Salud, miembro del equipo del antiguo Centro de Prevención el Alcoholismo y Tabaquismo del Ayuntamiento de Madrid, por su dedicación al trabajo terapéutico y formativo y sus constantes aportaciones al programa.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1996). Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 153 (Suppl. 10), 1-31 (trand cast. en Barcelona: Ars Medica, 2001).
- Becoña, E. (2000). Tratamiento del tabaquismo. Situación actual y perspectivas futuras. *Adicciones*, 12, 77-85.
- Becoña, E. (2003). El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. *Papeles del Psicólogo*, 85, 48-69.
- Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (2001). Guía de procedimientos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. *Adicciones*, 13, 211-216.
- Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., Dorfman, S. F., Goldstein, M. G., Gritz, E. R., Heyman, R. B., Jaén, C. R., Kottke, T. E., Lando, H. A., Mecklenburg, R. E., Mullen, P. D., Nett, L. M., Robinson, L., Stitzer, M. L., Tommasello, A. C., Villejo, L., Wewers, M. E., Baker, T., Fox, B. J. y Hasselblad, V. (2000). *Treating tobacco use and dependence*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service (resumen en castellano en JAMA vol. 283, 24).
- Garrido, P., Castillo, I. y Colomer, C. (1995). Son efectivos los tratamientos para dejar de fumar? Metaanálisis de la literatura sobre deshabitación tabáquica. *Adicciones*, 7, 211-225.
- Moreno, J. J. y Herrero, F. J. (2000). Factores asociados al éxito en programas para dejar de fumar. *Adicciones*, 12, 329-341.
- Moreno, J. J. y Herrero, F. J. *El programa para dejar de fumar del Ayuntamiento de Madrid: bases teóricas y guía de sesiones*. Madrid: Díaz de Santos; en prensa.
- National Institute on Drug Abuse (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide* (libro electrónico). Recuperado el 6 de febrero de 2002 de <http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODATIndex.html>.
- Niaura, R. y Abrams, D. B. (2002). Smoking cessation: Progress, priorities and prospectus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 494-509.
- Raw, M., McNeill, A. y West, R. (1998). Smoking cessation guidelines for Health Professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax*, 53 (Supl. 5), S1-S19.
- Sánchez-Hervás, E. y Tomás, V. (2001). Intervención psicológica en conductas adictivas. *Trastornos Adictivos*, 3, 21-27.
- Schwartz, J. L. (1987). *Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada 1978-1985*. Washington, DC: U. S. Department of Health and Human Services.
- Secades, R. y Fernández, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, vol. 13, 365-380.
- Shiffman, S., Mason, K. M. y Henningfield, J. E. (1998). Tobacco dependence treatments: Review and prospectus. *Annual Review of Public Health*, 19, 335-358.
- Stead, L. F. y Lancaster, T. (2001). Group behavior therapy programmes for smoking cessation. *The Cochrane Library*, Issue 2.
- Tsoh, J. Y. y McClure, J. B. Smoking cessation 2: components of effective intervention. *Behavioral Medicine*, vol. 23, Issue 1. Recuperado el 13 de Junio de 2003 de <http://search.epnet.com/direct.asp?an=9707023150&db=aph>.
- USDHHS (2000). *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.
- WHO Europe (1999). *The treatment of tobacco dependence*. Draft evidence based recommendations for health care systems y in Europe. Londres, WHO.

ANEXOS

ANEXO 1. CORRIENDO EXPECTATIVAS IRRACIONALES SOBRE EL TRATAMIENTO. (MATERIAL PARA EL USUARIO).

Cuidado con las expectativas poco realistas

Imagínate que vas a subir una montaña elevada. Otros viajeros te relatan sus experiencias. Con su información, vas formando unas expectativas: anticipas si va a ser fácil o difícil, si cada vez te costará menos o si te costará más, en qué momentos podrás descansar y cuáles serán los tramos más duros, cuánto tiempo vas a tardar, cuáles serán las situaciones peores, qué tareas tendrás que afrontar...

¿No te parece que, para conseguir tu objetivo, es esencial que tus expectativas sean realistas? ¿Qué ocurriría si fueran totalmente equivocadas?

Pues bien, una de las razones más importantes por las que muchos fumadores fracasan en su intento de dejar de fumar son las expectativas inadecuadas sobre la naturaleza de la tarea que tienen entre manos, su grado de dificultad o su evolución a medio y largo plazo.

Como las expectativas poco realistas no se suelen cumplir (por definición), suelen producir frustración, desánimo y abandono.

Vamos, por lo tanto, a invertir sabiamente unos minutos en situar algunas expectativas en su justo lugar.

Observa: ¿cuáles son tus expectativas?

Párate a pensar: ¿qué esperas tú de este "viaje"? ¿Está alguna de tus expectativas en la siguiente lista?

- "Este programa va a conseguir que se me quiten las ganas de fumar".
- "No hace falta que deje de fumar del todo y para siempre; voy a intentar fumar menos, o fumar de vez en cuando, como hace mucha gente. Por un cigarrillo de vez en cuando no pasa nada".
- "No hace falta que me esfuerce; este programa tan estupendo seguro que consigue que deje de fumar".
- "Dejar de fumar es difícilísimo, se pasa fatal".
- "Dejar de fumar es cuestión de fuerza de voluntad".
- "Cuando me vengan ganas de fumar, van a ser horribles e incontrolables".
- "Habrá momentos en que necesitaré un cigarrillo".
- "Cada vez cuesta menos, así que después de algunas semanas ya no tendré ganas de fumar".

Corrige (si es necesario) tus expectativas

Te ofrecemos a continuación la alternativa realista a cada una de las expectativas anteriores. Léelas con atención y observa en qué se diferencian estas ideas de lo que tú pensabas antes.

Recuerda que el éxito o el fracaso de tu empeño depende de que tus expectativas sean correctas.

Tabla 8. Principales expectativas irracionales y alternativas ante la tarea de dejar de fumar.

EXPECTATIVA IRRACIONAL	EXPECTATIVA CORRECTA
Este programa va a conseguir que se me quiten las ganas de fumar.	El objetivo del programa no es quitar las ganas de fumar, sino aprender a controlarlas, si bien con el tiempo disminuirán de frecuencia y de intensidad.
No hace falta que deje de fumar del todo y para siempre; voy a intentar fumar menos, o fumar de vez en cuando, como hace mucha gente. Por un cigarrillo de vez en cuando no pasa nada.	El objetivo del programa es dejar de fumar del todo y para siempre. Si intentas fumar menos, debes saber que las probabilidades de conseguir mantener la reducción son tan escasas que no justifican el intento. Las personas que fuman muy poco u ocasionalmente consiguen mantener ese patrón de consumo porque siempre han fumado de ese modo.
No hace falta que me esfuerce; este programa tan estu- pendo seguro que consigue que deje de fumar.	No existen "varitas mágicas". El programa requerirá tu esfuerzo personal
Dejar de fumar es difícilísimo, se pasa fatal.	Dejar de fumar tiene dificultades, pero no es extraordinaria- mente difícil si se hace bien. Además, anticipar que es muy difícil es precisamente lo que lo convierte en difícil (cuando consideramos que seremos incapaces de conseguir algo, tendemos a abandonar ante las primeras dificultades, confir- mando así la expectativa de que no seríamos capaces).
Dejar de fumar es cuestión de "fuerza de voluntad".	No fumamos "porque sí"; el fumador fuma porque a lo largo de su vida ha ido asociando de modo repetido la conducta de fumar con numerosas situaciones cotidianas o con estados emocionales, en los cuales además fumar ha llegado a ser una herramienta potente, sencilla, barata y eficaz. Dejar de fumar no es por lo tanto una cuestión de "ponerle ganas" o de "motivarse mucho", sino de trabajar metódicamente sobre cada uno de los factores que contribuyen a mantener el hábito.
Cuando me vengan ganas de fumar, van a ser horribles e incontrolables.	Pueden ser molestas, incluso intensas, pero en absoluto "horribles" ni "incontrolables". Este lenguaje es, además, muy peligroso: si yo me hablo de ese modo, provoco que mis ganas parezcan "horribles" e "incontrolables".
Habrà momentos en que necesitaré un cigarrillo.	Te apetecerá, pero no lo necesitarás. De hecho, si no fumas, ¿qué cosa horrible te ocurrirá?
Cada vez cuesta menos, así que después de algunas semanas ya no tendré ganas de fumar.	Las ganas de fumar será cada vez menos intensas y frecuen- tes, pero con "picos". A lo mejor después de algunos días o semanas en que "lo llevas bien" te encuentras con que expe- rimentas deseos de fumar que creías que ya "deberían" no aparecer. Cuenta con ello, pero no dudes de que globalmente cada vez te costará menos.

ANEXO 2. TERAPIA SUSTITUTIVA DE NICOTINA.

Se utilizan chicles, parches transdérmicos y pastillas de nicotina.

Chicles de Nicotina

Fue la primera terapia sustitutiva de nicotina que se desarrolló. Se fabricó en Suecia en 1973 y se autorizó su uso por primera vez en Suiza en 1978. Fue desarrollada por Fernö, Lichtnecker y Lundgren. Los chicles contienen nicotina unida a un ión que intercambia resina para controlar la liberación de nicotina, y un tampón con ph alcalino que aumenta su absorción en la mucosa oral. Los hay de 2 y 4 mg, siendo su biodisponibilidad aproximada del 60%, con variaciones dependiendo fundamentalmente de la forma de masticarlo. La nicotina del chicle precisa más tiempo para su absorción que la de un cigarrillo, y de forma general no se suelen superar los 10 ng/ml de nicotina al día para los de 2 mg y los 15 ng/ml para los de 4 mg, con un consumo de unos 8 o 10 chicles al día. Se deben usar como sustitutivos para dejar de fumar, no como una ayuda para reducir el consumo, y deben utilizarse siempre que se tenga urgencia de fumar (craving).

Parches de nicotina

El parche procura nicotina por vía transdérmica. Se trata de un material absorbente saturado con una cantidad de nicotina en solución, exactamente dosificada. Mientras permanece en contacto con la piel, la nicotina es absorbida a una velocidad estable y manteniendo unos niveles plasmáticos constantes.

Libera 0,7 mg por cm² en 24 horas. Tienen un tamaño que oscila entre los 7 y los 30 cm² con un contenido en nicotina que varía entre 25 y 114 mg aunque lo que se absorbe es de 15 a 22 mg. La liberación es lenta y progresiva por lo que no producen la satisfacción inmediata de los cigarrillos. Los hay de dos tipos, de 16 y de 24 horas, dependiendo de que se mantengan o no por la noche. Los niveles máximos de nicotinemias se alcanzan a las 5 – 10 horas de habérselo puesto (14,5 ng/ml), a las 16 horas se encuentran niveles de 8,9 ng/ml, a las 24 horas de 5 ng/ml y 6 horas después de retirarlos la nicotinemias es de 2,5 ng/ml. Se recomienda un uso máximo de 15 semanas (Fagerström, 1996), aunque su uso óptimo está entre las 6 y 10 semanas (Fiore, 1994).

Se coloca en el brazo, cadera o tronco (sin vello) desde que se levanta hasta que se acuesta (parches de 16 horas) o hasta el día siguiente (parches de 24 horas). Debe alternarse la zona de colocación para minimizar al máximo los efectos irritativos locales que puedan aparecer. En caso de desprendimiento del parche debe colocarse uno nuevo lo antes posible.

Comprimidos de nicotina para chupar

Recientemente se han introducido en España comprimidos para chupar de nicotina. Se presenta en comprimidos de 1 mg de liberación constante lo que permite alcanzar los mismos niveles plasmáticos de nicotina que los chicles de 2 mg. Los comprimidos se chupan hasta notar un sabor fuerte, entonces se deja el comprimido entre la encía y la pared bucal hasta que disminuya el sabor, volviendo a chupar el comprimido. La disolución total suele durar aproximadamente 30 minutos.

Sus ventajas respecto al chicle son las siguientes: no precisa masticación (útil en pacientes con alteraciones de la articulación témporo-mandibular), no se pega a los dientes y tiene una excelente tolerancia, además de mayor aceptación social. Se recomienda iniciar el tratamiento con 10 o 12 pastillas diarias e ir disminuyendo paulatinamente en dos meses.

Todas las formas comerciales disponibles de nicotina son efectivas como parte de una estrategia para dejar de fumar. Su eficacia es claramente independiente de la intensidad del soporte adicional proporcionado al fumador. Cuando aumenta el nivel de apoyo al fumador, aumenta la probabilidad de dejar de fumar y el éxito de la TSN.

ANEXO 3. BUPROPIÓN.

Se trata de la primera medicación no nicotínica aprobada por la FDA para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. El bupropión es un inhibidor de la recaptación neuronal de dopamina a nivel del núcleo accumbens, por lo que contribuye a disminuir el ansia en los exfumadores. Además inhibe la recaptación neuronal de noradrenalina en el locus ceruleus, disminuyendo los síntomas del síndrome de abstinencia.

Se presenta en comprimidos de 150 mg de hidrocloreuro de bupropión de liberación prolongada.

No se conoce exactamente su mecanismo de acción. Se alcanzan concentraciones máximas a las 3 horas de su ingesta sin que se potencie o disminuya por la existencia de alimentos. Se une en un 85% a proteínas plasmáticas. Tiene una vida media que oscila entre las 21 y las 37 horas y un 90% se elimina por orina, por lo que la insuficiencia renal influye sobre el grado de eliminación.

La dosis inicial es de 150 mg al día durante seis días, por la mañana. El séptimo día se empiezan a tomar 2 comprimidos diarios; uno por la mañana y otro a las 8 horas del primero (no por la noche) ya que el bupropión produce frecuentemente insomnio. Se aconseja suprimir el consumo de tabaco entre los días 7 y 15 de tratamiento. Nosotros, en los pacientes que eligen esta técnica, aconsejamos que corten el consumo de tabaco el séptimo día, al iniciar el tratamiento con dos comprimidos. El tratamiento debe continuar durante 2 meses.

Por lo demás, en su utilización en el Programa para Dejar de Fumar del Ayuntamiento de Madrid se siguen las pautas dadas por los laboratorios farmacéuticos indicando las interacciones y las contraindicaciones pertinentes y su posología, tanto a través de información verbal como por escrita. En algunos casos, siguiendo los estudios que presentan los laboratorios del producto, reducimos las dosis a la mitad diaria recomendada ante la presencia de ciertas circunstancias que así nos lo indican (mareos, desconexión, reacciones fisiológicas menores, etc).

ANEXO 4. REDUCCIÓN GRADUAL DE LA INGESTA DE NICOTINA (RGINA).

La técnica de RGINA está indicada para fumadores que consumen como media entre 15 a 20 cigarrillos/día. Para los que fuman un mayor número de ellos, la obligatoriedad de la anotación previa, les suele provocar molestia y desgana, propiciando en algunos casos el abandono.

El procedimiento de reducción gradual mediante cambio de marca comienza el día siguiente de la segunda sesión del Programa, en la que el fumador debe cambiar a otra marca de tabaco que contenga un 60 % menos de nicotina de la que está fumando; en la semana siguiente deberá adquirir otro tabaco que contenga aproximadamente un 30 % menos de la marca ya probada, para finalizar en la tercera semana, en la que se suprime definitivamente el tabaco.

Para facilitar los cambios, se ofrecen cuadros con las marcas que se comercializan en nuestro país, agrupados por tramos las concentraciones de en mg de nicotina (tablas 3, 4 y 5).

Tabla 3. Concentraciones de nicotina de las principales marcas (tramo 0,9-1,2 mg.).

BISONTE	0.9	LUCKY STRIKE	0.9
BROOKLYN Full Flavor	0.9	LUCKY STRIKE Filters	0.9
CAMEL	0.9	MARLBORO	0.9
CAMEL Filters	0.9	NOBEL	0.9
COHIBA	0.9	PALL MALL	0.9
CONDAL Imperiales	0.9	PALL MALL Filters	0.9
CORONAS American B.	0.9	PETER STUYVESANT	0.9
CRAVEN "A"	0.9	PIPER	0.9
CHESTERFIELD	0.9	PIPER Rubio Mentolado	0.9
CHESTERFIELD Filters	0.9	ROTHMANS	0.9
DIANA	0.9	UN X 2	0.9
DUNHILL Mentol	0.9	VICEROY	0.9
FINE 120 Lights	0.9	WINNS	0.9
FINE 120 Mentol	0.9	WINSTON	0.9
FINE 120 Virginia Blend	0.9	DAVIDOFF	1.0
FORTUNA Mentol	0.9	GITANES Filter	1.0
GAULOISES Blondes	0.9	J P S	1.0
K2 de DUCADOS	0.9	KENT	1.0
KOOL Mentol	0.9	ROYAL CROWN	1.0
L & M	0.9	DUNHILL International	1.1
LARK	0.9	GITANES	1.1
LOLA	0.9	KRUGER	1.2

Tabla 4. Concentraciones de nicotina de las principales marcas (tramo 0,5-0,8 mg.).

J P S Super Lights	0.5	J P S Lights	0.7
KENT Lights	0.5	K2 de DUCADOS Lights	0.7
MERIT	0.5	KAISER Extra Lujo	0.7
SILK CUT	0.5	NOBEL Bajo en Nicotina	0.7
BENSON & HEDGES	0.6	REX Lights	0.7
BROOKLYN Lights	0.6	ROYAL CROWN Lights	0.7
CONDAL BNA	0.6	SOMBRA	0.7
CORONAS Lights	0.6	WINNS Lights	0.7
CHESTERFIELD Lights	0.6	WINSTON Lights	0.7
DUCADOS Internacional BNA	0.6	BISONTE Lights	0.8
DUCADOS Lights	0.6	CELTAS Extra	0.8
FORTUNA Lights	0.6	CORONAS	0.8
L & M Lights	0.6	DUCADOS	0.8
LUCKY STRIKE Lights	0.6	DUCADOS Internacional	0.8
MARLBORO Lights	0.6	DUCADOS King Size BNA	0.8
PARTAGAS B. N. A.	0.6	FORTUNA	0.8
ROTHMANS Suave	0.6	DUNHILL Superior Mild	0.8
VICEROY Lights	0.6	GOLD COAST Mentol	0.8
B N	0.7	HABANOS	0.8
BONCALO	0.7	MORE	0.8
CAMEL Lights	0.7	PARTAGAS	0.8
DUCADOS Finos de Lujo	0.7	REALES	0.8
EXTRA 46	0.7	RECORD	0.8
GAULOISES Lights	0.7	REX	0.8
GOLDEN American Classic	0.7	VOGUE	0.8

Tabla 5. Concentraciones de nicotina de las principales marcas (tramo <0,5 mg.).

R1 Mínima	0.07	FORTUNA Ultra Lights	0.4
PETER STUYVESANT Ultra Lights	0.1	GAULOISES Ultra Lights	0.4
NOBEL Ultra Lights	0.2	GOLDEN Super Lights	0.4
R1	0.2	GOLD COAST Ultra Lights	0.4
BN Ultra Lights	0.3	PHILIP MORRIS	0.4
CORONAS Ultra Lights	0.3	WINSTON Super Lights	0.4
DUCADOS Extra Lights	0.4	WEST Ultra Lights	0.4

Si se consume una marca con una concentración de nicotina entre 0,5 y 0,8 mg (tabla 4), solamente se realizará un cambio con cualquiera de las especificadas en la tabla 5.

Al mismo tiempo que se sigue la pauta establecida para el cambio de marca, se pide al individuo que cumplimente un registro de cigarrillos fumados, con el fin de facilitar el control sobre el número de cigarrillos consumidos, que a menudo tiende a aumentar cuando se produce el cambio a una marca con menor contenido en nicotina. Se indica claramente a cada fumador que no debe fumar en ningún caso, un mayor número de cigarrillos que los que consumía inicialmente. Para facilitar esta tarea, se facilita una plantilla de registro, en la que se debe anotar previamente el cigarrillo que se desea consumir. Está diseñada para ser introducida fácilmente en el propio paquete de cigarrillos, de modo que el registro sea inmediato.

ANEXO 5. EJERCICIOS DE MEJORA DE LA FUNCIÓN PULMONAR. (MATERIAL PARA EL USUARIO).

La disminución de la función pulmonar es común en mayor o menor medida entre los fumadores, esta progresiva alteración está condicionada entre otras, por la edad de inicio, número de cigarrillos fumados y concentración de nicotina del tabaco que consume, características intrínsecas y hábitos del sujeto, etc.

Optimizar la función pulmonar es posible, pautando ejercicios específicos que mejoren y reparen en la medida de lo posible, los distintos elementos implicados en esta función, (CVF, Flujo espiratorio, etc). La práctica diaria y continuada de estos, favorecerá que la persona se sienta mejor físicamente, sin olvidar el elemento motivacional que esta mejoría lleva implícito.

A modo de ejemplo se sugieren los siguientes ejercicios específicos:

Ejercicio nº 1

Hinchar y deshinchar al menos dos globos (los de las fiestas de los niños) no más de cinco veces cada uno, utilizar cada globo un mayor número de veces carece de sentido, ya que estos pierden resistencia y no se conseguiría el efecto deseado.

Ejercicio nº 2

En medio vaso de agua y a través de una pajita de refrescos, se expulsará el aire que previamente se ha inspirado profundamente. Se procurará que la salida del aire se realice muy lentamente y de manera continua, con el objetivo de realizar burbujas lo más pequeñas posibles. (Se puede utilizar como referencia del tamaño a conseguir las que se desprenden al destapar las botellas de gaseosa).

Repetir el ejercicio al menos diez veces.

Ejercicio nº 3

Desde la posición de decúbito supino (tumbado boca arriba) se coloca un libro sobre el abdomen; con una lenta inspiración profunda y diafragmática, se elevará el libro lo más posible, que tras una breve pausa, se expulsará el aire muy lentamente hasta conseguir el reposo de los músculos abdominales. Posteriormente, se procederá a contraer lentamente los músculos abdominales, con el propósito que el libro descienda lo más posible, cuando se consiga, se realiza una pequeña pausa para posteriormente relajar los abdominales hasta conseguir nuevamente el reposo de estos.

Repetir el ejercicio al menos diez veces.

Es conveniente hasta conseguir una cierta rutina que se anoten diariamente los ejercicios realizados, número de veces que se ha ejecutado cada uno y las dificultades si han existido.

ANEXO 6. EFECTOS Y BENEFICIOS DE DEJAR DE FUMAR. (MATERIAL PARA EL USUARIO).

- Reduciré mucho el riesgo de padecer enfermedades graves: cáncer de pulmón, cáncer de laringe, cáncer del suelo de la boca, cáncer de esófago, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema, infarto de miocardio, arteriosclerosis, infarto cerebral, impotencia sexual, etc.
- Reduciré las complicaciones de otras enfermedades como el asma, la hipertensión o la diabetes (si las padezco).
- No perjudicaré a mi hijo durante el embarazo o la lactancia, si estoy embarazada o voy a estarlo.
- Reduciré mucho la frecuencia de pequeños problemas de salud: cansancio, catarros... y por lo tanto mejoraré mi calidad de vida.
- Podré hacer cosas que antes no hacía, como disfrutar del deporte, los paseos por el campo, etc.
- Me liberaré para siempre de la molesta sensación de dependencia, de estar permanentemente "necesitando" algo que condiciona mi vida y la limita.
- Mejoraré la salud de las personas que me rodean, en casa o en el trabajo.
- Seré un buen ejemplo para mis hijos y reduciré la probabilidad de que ellos fumen.
- Ahorraré mucho dinero. Si soy un fumador medio, en torno a 1000 euros al año, que podré dedicar a otra cosa.
- Mi casa, mi ropa y yo mismo no despedirán el molesto olor a tabaco.
- Mis besos no sabrán a tabaco.
- Recuperaré los sentidos del gusto y del olfato.
- Mis dedos no estarán amarillos.
- Mi piel estará más fresca y más tersa. Estaré más guapo/a.

ANEXO 7. CRITERIOS PARA LAS PAUTAS INDIVIDUALES DE TSN.

Ya sean parches transdérmicos solos o asociados a chicles de nicotina. Siempre se utilizan parches de 24 horas y chicles de 2 y 4 mg.

Las pautas que utilizamos según el consumo de tabaco son las siguientes:

Menos de 20 cigarrillos día:

Nicotinell TTS 20 2 semanas

Nicotinell TTS 10 2 semanas

De 20 a 30:

Nicotinell TTS 30 2 semanas

Nicotinell TTS 20 2 semanas

Nicotinell TTS 10 2 semanas

De 30 a 50:

Nicotinell TTS 40 2 semanas (TTS 30 + TTS 10)

Nicotinell TTS 30 2 semanas

Nicotinell TTS 20 2 semanas

Nicotinell TTS 10 2 semanas

Chicles en momentos de *craving* (6-10 al día 1ª semana y reducción posterior).

Más de 50 cigarrillos día:

Nicotinell TTS 40 2 semanas (TTS 30 + TTS 10)

Nicotinell TTS 30 2 semanas

Nicotinell TTS 20 2 semanas

Nicotinell TTS 10 2 semanas

Chicles en momentos de *craving* (10 – 12 al día 1ª semana y reducción posterior).

Criterios para las pautas individuales de RGINA

Desaconsejado para fumadores de 20 o mas cigarrillos. Ideal parca los de 15 o menos.

Se empezará con la reducción a partir de la marca inicial, según los parámetros dados, con duraciones entre 2 y tres semanas. Muy importante el registro de cigarrillos.

En general, dos semanas mejor que tres. Nunca más de tres semanas.

ANEXO 8. PAUTAS PARA LOS PRIMEROS DÍAS SIN FUMAR: CAMBIANDO EL ENTORNO Y LOS HÁBITOS. (MATERIAL PARA EL USUARIO).

Objetivos:

- Realizar cambios en el entorno y en las actividades para ayudarnos a controlar mejor el deseo de fumar.
- Desarrollar nuevos hábitos alternativos a fumar.

Las ganas de fumar dependen de las señales del entorno

Si preguntamos a cualquier fumador, nos dirá que su conducta de fumar es sumamente irregular: aunque es cierto que fuma todos los días, el número de cigarrillos y la probabilidad de que fume en una circunstancia particular depende de dónde esté, con quién, en qué momento o realizando qué actividad. No son sólo las señales del organismo, por lo tanto, las que despiertan las ganas de fumar, sino también las señales del entorno del fumador.

Este fenómeno es fácil de comprender si pensamos que un fumador medio:

-Se administra diariamente en torno a 300 dosis de nicotina (una calada es una dosis), cantidad muy superior a la de la administración media de cualquier otra droga.

-Además, lo hace durante 20, 30, 40 o más años.

-Y además esa conducta se repite especialmente ante ciertas situaciones cotidianas: cuando se levanta de la cama, cuando toma café, cuando hace una pausa en el trabajo, cuando se sienta a ver la tele, cuando habla por teléfono, cuando está tenso...

En otras palabras, como consecuencia de la repetición de la conducta de fumar durante miles de veces ante ciertas situaciones, estas adquieren el poder de disparar las ganas de fumar de modo automático.

Naturalmente, este principio no es sólo válido para la conducta de fumar, sino para cualquier comportamiento, como puede observarse en numerosos ejemplos cotidianos:

-La conducta de contar un chiste es más probable en una reunión de amigos (donde se ha producido numerosas veces en el pasado y suele ser bien acogida) que en un funeral.

-La conducta de llorar y pedir un caramelo es más probable en un niño cuando pasa delante de un kiosco que cuando está viendo la tele.

-Los animales del zoo producen saliva cuando ven al cuidador que les alimenta, y no cuando están ante el veterinario.

-Sentimos hambre cuando pasamos delante de una pastelería, y no cuando pasamos delante de un taller mecánico.

Para controlar el deseo de fumar debemos, por lo tanto, organizar bien nuestro entorno

Ahora que estás a punto de dejar de fumar es esencial que organices cuidadosamente tu entorno y tus hábitos para ayudarte a controlar sin esfuerzo los posibles impulsos de encender un cigarrillo. Esto puede ser costoso en algún momento, porque puede suponer renunciar durante algunas semanas a actividades agradables, como salir de copas con los amigos. Pero recuerda que será temporal, y que es más importante aún que tomar la medicación.

Algunos de los cambios que debes realizar son:

- Tira todo del tabaco que tengas en casa, en la oficina, en el coche...
- Retira todos los ceniceros de tu entorno.
- Lava tu ropa o tus cortinas si huelen a tabaco.
- No tomes café durante unos días.
- En lugar de sentarte en el sofá a ver la tele después de cenar, haz otra cosa.
- Ten a mano zumos de frutas.
- Piensa que otras cosas vas a hacer en esos momentos en que antes fumabas un cigarrillo (¡no confíes en la "fuerza de voluntad"!).
- Comunica a todas las personas que te rodean (familia, amigos, compañeros de trabajo) que has dejado de fumar. De este modo adquieres un compromiso mucho mayor.
- Coloca señales a modo de recordatorio, para ti y para los demás, sobre todo en los lugares que no puedes evitar y donde otros fuman (tal vez el trabajo).
- Coloca tu lista de ventajas de dejar de fumar en un sitio visible.
- Haz una lista con las situaciones que vas a evitar o en las que vas a introducir cambios.
- Haz algo de ejercicio físico. Puedes apuntarte a algún gimnasio, puedes salir a correr, puedes montar en bicicleta, o puedes simplemente bajarte del autobús una parada antes y caminar.

ANEXO 9. QUÉ ES LA ADICCIÓN AL TABACO Y QUÉ ES LA DESHABITUACIÓN. (MATERIAL PARA EL USUARIO).

Dejar de fumar supone aprender

El comportamiento de la gente, lo que hacemos, sentimos o pensamos, es el resultado de un proceso de aprendizaje a través de la interacción constante con el entorno. La mayoría de nuestros comportamientos nace de la observación de lo que hacen otras personas; cuando percibimos que ese comportamiento produce resultados positivos, tendemos a imitarlo; si, como consecuencia de esa imitación, nosotros mismos obtenemos resultados que estimamos valiosos, ese comportamiento tiende a repetirse, a consolidarse y a convertirse en un hábito. Este es también el caso del hábito de fumar.

Evidentemente, algunos de esos hábitos pueden llegar a producir, con el tiempo, consecuencias negativas, de salud o de otro tipo, que aconsejen su abandono. Puede ocurrir sin embargo que esos comportamientos hayan arraigado de tal modo en nuestras vidas que no sea fácil prescindir de ellos, que se hayan convertido en verdaderas dependencias. Quizá el caso más claro sea el del consumo de drogas, y entre ellas el tabaco.

Nuestra tarea, por lo tanto, es desaprender el hábito de fumar o, si se quiere, aprender formas alternativas de comportarnos ante las numerosas situaciones que lo desencadenan. Conviene, por lo tanto, conocer mejor a qué nos enfrentamos.

¿Cómo funcionan los hábitos?

Un hábito es una asociación, consolidada a través de la práctica repetida, entre lo que hacemos (por ejemplo, fumar), y dos cosas:

–Por un lado, lo que ocurre antes. Cuando fumamos una y otra vez en las mismas situaciones, estas llegan a adquirir el poder de provocar por sí solas el deseo de fumar. A estas situaciones las llamamos antecedentes o disparadores. Así, por ejemplo, pueden ser disparadores de la conducta de fumar el levantarme de la cama, el tomar café, el hablar por teléfono, el salir del metro, etc.

–Por otro lado, lo que ocurre después, es decir, las consecuencias que produce la práctica de ese comportamiento. Si un comportamiento, por ejemplo fumar, se convierte en hábito, es porque produce consecuencias positivas; si no fuera así, no se repetiría. Evidentemente, fumar produce consecuencias negativas graves, pero estas son menos seguras y más lejanas que las positivas, por lo que su valor motivador para el abandono del hábito es más escaso frente a la inmediatez y la utilidad de las consecuencias positivas.

Así, podríamos representar el hábito de fumar como una cadena que arranca con un disparador que provoca el deseo de fumar y una consecuencia lo consolida (ver figura 2).

Figura 2. Relación funcional de la conducta de fumar con antecedentes y consecuentes.



Pero las cosas son en realidad más complicadas. Si pudiéramos mirar “dentro del fumador” veríamos que, cuando éste se expone a un disparador del deseo de fumar, se ponen en marcha más procesos, que vamos a clasificar en tres tipos:

–Atiende o no, más o menos, a esas señales antecedentes. Dependiendo de dónde dirija la atención, la probabilidad de fumar será mayor o menor. A este proceso vamos a llamarlo “nivel del percibir”

–Las interpreta de una determinada manera, es decir, “habla consigo mismo”. Según cómo sea el lenguaje que utilice, la probabilidad de fumar será mayor o menor. Estos procesos de interpretación y valoración constituyen el nivel del “pensar”.

–Se ponen en marcha procesos fisiológicos en su organismo; cambia, por ejemplo, su ritmo cardíaco o su grado de tensión muscular; estos cambios son vividos subjetivamente como emociones, y ejercen un papel importante en la probabilidad de que fume o no. Constituyen el nivel del “sentir”.

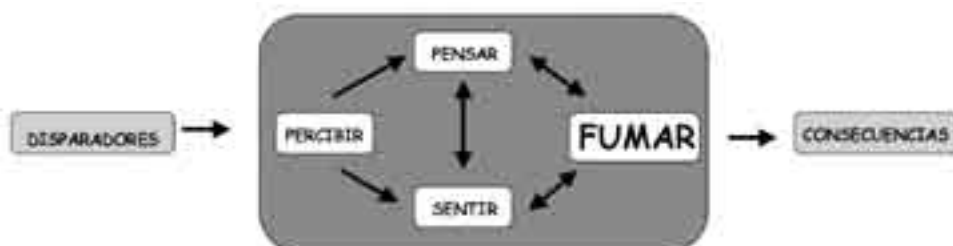
Pero, además, todos estos procesos están íntimamente interconectados: si yo centro mi atención en mis ganas de fumar (nivel de percibir), provocho que mi inquietud y mis ganas de fumar aumenten (nivel de sentir); es posible que esto me lleve a pensamientos del estilo de “no puedo más... por uno no pasa nada” (nivel de pensar) los cuales a su vez hacen que aumenten las ganas de fumar...

El resultado final de esta interacción entre los niveles es la actuación misma, en este caso fumar.

Naturalmente, el contenido de estos niveles es diferente entre distintos individuos; no todos actuamos igual ante las mismas situaciones, ni las interpretamos igual ni experimentamos los mismos procesos emocionales; esto es así porque la forma de percibir, de pensar o de sentir se gestan en la interacción con el entorno, a través de la historia personal del individuo, a través de toda su biografía. En la conducta de fumar, y en su abandono, está implicada pues toda la biografía del fumador.

Vamos, pues, a ampliar nuestra cadena inicial “metiéndonos” dentro del individuo y desentrañando los tres niveles a los que nos acabamos de referir y la interacción entre ellos (ver figura 3).

Figura 3. Relación funcional de la conducta de fumar con antecedentes, consecuentes y tres niveles de respuesta.



Por lo tanto, ¿qué tarea vamos a acometer?

Dejar de fumar, y mantenerse, implica por lo tanto una tarea de aprendizaje. Se trata de habituarnos a afrontar sin fumar las numerosas situaciones que están asociadas al tabaco.

Esta tarea, como todo aprendizaje, requiere práctica y tiempo.

Requiere, también, estar bien preparados. Vamos para ello a mejorar cada uno de nuestros niveles:

- Tendremos que actuar sobre los disparadores; vamos, pues, a planificar cambios en el entorno y en nuestras rutinas que ayuden a mantener el control sobre el deseo de fumar.
- Tendremos que actuar sobre las consecuencias; vamos a planificar premios y a hacer más evidentes las ventajas naturales de no fumar.
- Tendremos que actuar sobre el organismo, sobre todo durante los primeros días, para que esté en buenas condiciones y no "proteste" porque le falta del tabaco.
- Tendremos que actuar sobre el nivel del "percibir", con el fin de controlar mejor nuestra atención y apartarla del deseo de fumar.
- Tendremos que actuar sobre el nivel del "sentir", aprendiendo a controlar la tensión de nuestro cuerpo.
- Tendremos que actuar sobre el nivel del "pensar", aprendiendo a utilizar el lenguaje de modo que nos ayude a mantener el control sobre el deseo de fumar.
- Y, sobre todo, tendremos que intervenir sobre la propia actuación de los individuos:
- Fomentando hábitos nuevos que compitan con fumar o con acordarnos del tabaco.
- A medio plazo, exponiéndonos de modo progresivo a los antecedentes que provocan el deseo de fumar, con el fin de conseguir la habituación a ellos y, al mismo tiempo, adquirir expectativas de autoeficacia.

ANEXO 10. EL PAPEL DE LA ATENCIÓN Y DEL LENGUAJE. (MATERIAL PARA EL USUARIO).

Objetivo

Aprender a utilizar la atención y el lenguaje interno para controlar de modo efectivo el deseo de fumar.

¿Qué “nos decimos” cuando tenemos ganas de fumar? Lo que pensamos cuando sentimos ganas de fumar puede hacer que las ganas aumenten

Hace días, cuando explicábamos cómo funcionan las ganas de fumar, ya adelantábamos la importancia de nuestra forma de afrontar esas ganas como elemento que puede favorecer que el deseo aumente o disminuya.

Esta experiencia es, además, muy común. ¿No has observado que las emociones que experimentas (los “nervios”, el miedo, la tristeza, la alegría...) dependen, sobre todo, de los pensamientos que tengas en ese momento? Las ganas de fumar son algo parecido a las emociones: consisten en un conjunto de cambios que tienen lugar en tu organismo y que tú percibes como deseo de fumar.

¿No has observado, también, durante los primeros días sin fumar, que cuando estás distraído o cuando tienes pensamientos de ánimo, las ganas de fumar no aparecen o se controlan mucho mejor? En la tabla 6 planteamos algunos ejemplos de pensamientos poco útiles para afrontar las ganas de fumar, así como pensamientos alternativos.

Tabla 6. Ejemplos de afrontamiento funcional y disfuncional del deseo de fumar.

Cuando pienso...	Es más realista pensar...
“Las ganas de fumar son horribles e incontrolables”	“Ocasionalmente pueden ser intensas y molestas, pero en absoluto horribles ni incontrolables”.
“Necesito un cigarrillo”	“Me apetece, pero no lo necesito”.
“No puedo aguantar...”	“Es una reacción normal, ya me lo dijeron... Puedo controlarlo... Cada vez me costará menos... Lo que tengo que hacer es centrarme en lo que estaba haciendo...”
“No volveré a fumar más... ¡qué horror!”	“He decidido no fumar más, puedo revisar este objetivo cuando lo desee. Pero, por ahora, tengo claro que no voy a fumar”.
“De vez en cuando podré darme permiso para fumar un poco (“por uno no pasa nada”).”	“Si lo hago, en poco tiempo estaré fumando como antes y, ¡no quiero!”.
“El programa va a conseguir que deje de fumar (“varita mágica”).”	“Dejar de fumar requiere un esfuerzo durante un tiempo”

Los pensamientos de la columna de la izquierda suelen acudir automáticamente y pueden ser muy rápidos. Como ves, contienen formas poco realistas y poco útiles de afrontar las ganas de fumar, como por ejemplo:

- Exageraciones: "horrible", "espantoso", "incontrolable"...
- Ideas de "necesidad" que no son realistas (no lo necesito, la prueba está en que si no fumo no pasa nada).
- Anticipaciones: "tarde o temprano volveré a fumar...", "No podré aguantar...". Anticipar el fracaso lleva a fracasar.
- Permisos: "por uno no pasa nada...".
- Etc.

Cuando tienes ganas de fumar, ¿suelen acudirte este tipo de pensamientos? Si tratas de sustituirlos por los pensamientos de la columna de la derecha, ¿verdad que te resulta más sencillo afrontar el deseo y esta va disminuyendo en pocos segundos?

Las autoinstrucciones

Nuestros pensamientos y nuestras ideas suelen agolparse atropelladamente en nuestra cabeza cuando sentimos ganas de fumar. Aparecen ideas perturbadoras que contribuyen a aumentar nuestro deseo y, también, en ocasiones, ideas y pensamientos más racionales que contribuyen a que el deseo resulte como lo que es, ¡pasajero!. Si no ponemos orden en ese "lenguaje interno", el resultado puede ser volver a fumar.

¿Te imaginas que útil sería tener en ese momento crítico, a tu lado, a alguien, tal vez a un amigo, que te ayudara a poner orden en ese bullicio de ideas?

El ejercicio que te proponemos se llama "autoinstrucción", y es sumamente eficaz para ayudarte a afrontar de un modo efectivo las ganas de fumar. Como su propio nombre indica, consiste en darte a ti mismo (auto) instrucciones o indicaciones sobre cómo valorar la situación y qué hacer. En otras palabras, se trata de "aprender a hablarte a ti mismo" de un modo eficaz.

Toma un ficha y escribe en ella cuatro o cinco de estas "autoinstrucciones". Llévala siempre encima. Cuando sientas ganas de fumar, es la señal para detener el flujo incontrolado de pensamientos, sacar tu ficha y releer (¡con ganas!) las autoinstrucciones. Apréndetelas, haz que surjan automáticamente cuando experimentes deseos de fumar. En poco tiempo verás como controlas esos deseos sin esfuerzo.

Un ejemplo de ficha de autoinstrucciones:

- Ya me lo dijeron, es una reacción normal.
- No voy a intentar eliminarlo, sólo controlarlo.
- Tal como aparece, así desaparece.
- Voy a respirar como me han enseñado...
- En caso extremo, siempre podré llamar a...

ANEXO 11. HACIÉNDOME FUERTE Y HABITUÁNDOME A LAS SEÑALES QUE ACTIVAN EL DESEO DE FUMAR. (MATERIAL PARA EL USUARIO).

Objetivo

Que las señales y estímulos que activan mi deseo de fumar dejen de hacerlo

Estamos evitando los estímulos que recuerdan al tabaco pero, ¿podemos estar así siempre?

Has organizado tu entorno cotidiano y tus hábitos para evitar las situaciones que te provocan el deseo de fumar; gracias a eso, probablemente llevas ya algunos días sin fumar. ENHORABUENA.

Pero, como ya hemos comentado, las señales que activan las ganas de fumar son muy numerosas y muy cotidianas. No queda más remedio que habituarnos a ellas

¿Y qué hago para habituarme?

¿Recuerdas lo que te explicamos sobre Pavlov y su perro? A través de la repetición del sonido de una campana emparejado a la comida, Pavlov consiguió que su perro asociara ambos estímulos, de modo que producía saliva cuando oía la campana. En realidad esta es una experiencia muy común a todos nosotros, y ¡desde luego para los fumadores, a quienes se les activa el deseo de fumar ante numerosas “campanas” cotidianas!

Pero Pavlov hizo algo más: presentó después a su perro repetidamente el sonido de la campana, pero esta vez sin ir seguido de la presentación de la comida.

Al principio el animal seguía produciendo saliva porque ¡había emparejado tantas veces la campana con la comida!

Pero después de algunos ensayos, Pavlov observó que su perro cada vez producía menos saliva, hasta que dejó de producirla por completo. Como consecuencia de la repetición del estímulo (el sonido de la campana), el perro se había acostumbrado a él, ya no “significaba” nada, ya no le suscitaba ninguna respuesta.

En realidad esto es lo que nos ocurre a todos cuando decimos que nos hemos “habituado” a algo que antes nos producía algún tipo de respuesta (por ejemplo nos daba miedo) y ahora no.

Esta es la tarea que tenemos ahora por delante: nuestro objetivo es ir habituándonos a las “señales activadoras” para que no nos provoquen ganas de fumar

¡La clave está en la práctica!

Pero, ¡cuidado!, el mero paso del tiempo no basta para que te acostumbres. Hay que hacer algunas cosas más:

- Enfrentarte realmente a las situaciones que desencadenan tu deseo de fumar. Hay que practicar
- No fumar nada (al principio puede que te cueste un poco)
- Practicar tus nuevas habilidades: utiliza tu respiración para relajarte, háblate de modo que te ayude...
- Repite tus prácticas. Date tiempo. Nos enfrentamos a un hábito muy arraigado.

Para ayudarte en tus prácticas te vamos a pedir que durante algunos días lleves un registro. Cada noche, antes de acostarte, anota en la columna de la izquierda a qué señales te has enfrentado ese día. La mayoría serán espontáneas, sin planificar, pero otras puedes programarlas tú mismo. Puedes ayudarte echando un vistazo a tu “lista de señales” que elaboraste hace días. En la siguiente columna, puntúa de 0 a 10 las ganas que has tenido de fumar cuando estabas en esa situación; en la última columna, anota qué has hecho para ayudarte a controlar tus ganas.

Tabla 7. Registro de prácticas de enfrentamiento a situaciones que provocan deseo de fumar.

PRACTICAS DEL DÍA:

SITUACIONES A LAS QUE ME HE ENFRENTADO	GRADO DE DESEO	QUÉ HE HECHO PARA CONTROLAR EL DESEO
- Ejemplo: He estado en una reunión donde había fumadores.	8	Marcharme de allí Relajarme. Pararme a pensar. Premiarme después con...

--	--	--