
El tratamiento del tabaquismo en los Centros de Drogodependencias y Unidades de Conductas Adictivas

JESÚS DE ECHAVE SANZ⁽¹⁾, CÉSAR FLODELÍS CORRAL⁽¹⁾, VICTORIANA GARCÍA GARCÍA⁽²⁾,
M^a VICTORIA DE LA RIVA CASARES⁽²⁾, JUAN JOSÉ LLOPIS LLÁCER⁽³⁾, ELENA MARTÍN
YÁNEZ⁽³⁾

(1) Centro de Atención a las Drogodependencias de Zaragoza.

(2) Unidad de Drogodependencias y Adicciones de Córdoba.

(3) Unidad de Conductas Adictivas, Area 2, Castellón.

Enviar correspondencia a: Jesús de Echave Sanz. Centro de Atención a las Drogodependencias de Zaragoza. Plaza San Bruno, nº 10, 50001 Zaragoza. E-mail: j.echave@correo.cop.es.

RESUMEN

En los últimos años los Centros de Drogodependencias y Adicciones tienen una nueva demanda de tratamiento, la de las personas con dependencia de la nicotina. En este artículo se presentan tres experiencias prácticas del trabajo que estamos realizando con fumadores en el Centro de Atención a las Drogodependencias de Zaragoza, en la Unidad de Drogodependencias y Adicciones de Córdoba y en la Unidad de Conductas Adictivas, Area 2, de Castellón. Los tratamientos los llevamos a cabo tanto en personas que son usuarias de dichos centros (personas con dependencia del alcohol, heroína, cocaína, marihuana, etc.), como con personas que son remitidas a dichos centros, o bien otras experiencias en donde acudimos a Centros de Atención Primaria para llevar en los mismos el tratamiento de los fumadores. Los tratamientos que estamos llevando a cabo se basan en protocolos de tratamiento eficaces, tenemos una importante demanda de tratamientos para dejar de fumar y los resultados son adecuados. Si sigue la tendencia actual, en los próximos años continuará incrementándose la demanda de este tipo de tratamiento.

Palabras clave: *Tabaco, tratamiento, centros, drogodependencias, adicciones.*

ABSTRACT

In the last years the Centers of Drug Abuse and Addictions in Spain have a new treatment demand, people with nicotine dependence. In this article three practical experiences are presented that are carrying out with smokers in the Centro de Atención a las Drogodependencias of Zaragoza, Unidad de Drogodependencias y Adicciones of Córdoba, and Unidad de Conductas Adictivas, Area 2, of Castellón, in Spain. The treatments were applied in patients of these centers (persons with alcohol dependence, heroine dependence, cocaine dependence, marijuana, etc.), like with people that are derived at our centers. In other cases we go to the Centers of Primary Care to apply in these centers the treatment to the patients smokers. The treatments that we are carrying out are based on effective treatment protocols. We have an important demand of treatments to stop smoke and the results are good. If it follows the current tendency, in the next years it will continue increasing the demand of this treatment type.

Key words: *Tobacco, treatment, centers, drug dependence, addictions.*

INTRODUCCIÓN

De todos es conocido que la nicotina es una droga que causa problemas de adicción o dependencia como cualquier otra droga y que, además, en este caso, dicha adicción acarrea a medio o largo plazo graves problemas de morbi-mortalidad en los que fuman, dado su alto nivel de prevalencia. De ahí que el número de personas afectadas por los problemas de dependencia de la nicotina se cuentan por miles o millones, dependiendo de a qué grupo social concreto nos refiramos, o si nos referimos a la población de un país.

Los problemas derivados del tabaquismo son múltiples y sobradamente conocidos. En el caso concreto de las personas con otras adicciones, el consumo y la dependencia de la nicotina suele ir unido a otras adicciones en casi todos los individuos. También es importante tener siempre presente que la intervención en los distintos ámbitos, para ayudar a los fumadores a dejar de fumar, es necesario realizarla adaptándonos a las circunstancias de cada caso concreto, de cada dispositivo, y de las posibilidades de intervención que tenemos.

Los Centros de Tratamiento de Drogodependencias o de las Adicciones ocupan un lugar privilegiado para cubrir una amplia gama de los posibles tratamientos que actualmente se realizan para que las personas dejen de fumar. Estos centros disponen de medios y del personal especializado necesario para dicho tratamiento en todos los centros de la geografía nacional.

En nuestro medio nos encontramos con múltiples opciones de trabajo, con un amplio abanico de población de usuarios y diversas áreas de intervención. Los propios usuarios de programas relacionados con otras adicciones también plantean la petición de ayuda para dejar de fumar, las personas de la población general acude a los programas para dejar de fumar que son un componente más de la oferta de tratamiento, la implantación de programas en las propias Instituciones

de las que formamos parte y el poder ser centros de referencia de los Centros de Atención Primaria, así como la realización de intervenciones de carácter preventivo, indican las posibilidades que poseen los Centros con estas características, ya que son muy útiles y necesarios en el control, prevención y tratamiento del tabaquismo en que todos, como profesionales de la salud, estamos inmersos. En este sentido, los Centros de Drogodependencias o de las Adicciones ocupamos un lugar central para ayudar de modo eficaz a los fumadores a dejar de fumar y un gran número de experiencias así lo avalan.

Como una ejemplificación de lo anterior, en las páginas que siguen, presentamos tres experiencias que se están llevando a cabo en este momento en Centros de Drogodependencias o Unidades de Conductas Adictivas donde se están llevando a cabo tratamiento con fumadores.

EL PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA DEL CENTRO DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS DE ZARAGOZA

El CAD, Centro de Atención a las Drogodependencias, del Ayuntamiento de Zaragoza, viene desarrollando un Programa de Deshabituación Tabáquica desde el año 1996, aunque ya anteriormente se trataron algunos casos de tabaquismo.

Este programa ha pasado paulatinamente a lo largo de 7 años de atender a un pequeño porcentaje de los usuarios del CAD a ser junto con el alcohol el que mayor número de usuarios atiende.

El programa ha evolucionado en el número de sesiones de grupo realizadas, el contenido de las mismas, la utilización de instrumentos de medida como el cooxímetro, el poder contar con uno o dos terapeutas para dirigir los grupos, etc.

Los Modelos Teóricos en los que nos basamos coinciden con los de otros Centros de

Drogodependencias, lo que indica que, dentro de la variedad existente, utilizamos una línea de trabajo común. Estos Modelos son: Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y Diclemente (1983), Modelo de la entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1999) y el Modelo de Prevención de Recaídas (Marlatt, 1993; Marlatt y Gordon, 1985).

Actualmente el tratamiento del tabaquismo lo enfocamos hacia varias áreas de intervención.

Programas para dejar de fumar dirigidos a la población general

Nuestro programa se puede definir como un programa multicomponente, el tratamiento es básicamente psicológico apoyado por terapias de sustitución de nicotina, bupropion y otras alternativas médicas según las características de los casos. El tratamiento se realiza preferentemente en grupo, el número de sesiones es de siete y su duración de 90 minutos. El número de asistentes a las sesiones de grupo es de 15, las sesiones son dirigidas por un terapeuta y un coterapeuta que se encarga especialmente de realizar los registros, la cooximetrías y otras tareas de apoyo.

El tratamiento se inicia con una valoración del caso en la que se recogen los datos generales de interés y se realiza una evaluación de la conducta de fumar consistente en: historia de fumar, un análisis topográfico y funcional de la conducta de fumar, basados en algunos de los Cuestionarios y modelos descritos por Becoña (1994a, 1998) en varias publicaciones; evaluación de factores emocionales mediante el "Inventario de depresión de Beck"; evaluación de factores cognitivos, mediante el "Cuestionario de la Resistencia de la urgencia de Fumar" entre otros; evaluación de la motivación, "Test de Richmon", así como de una valoración médica consistente en: espirometría, control de peso, tensión arterial, historia de las enfermedades relevantes y revisión de la medicación que toma el paciente en la actualidad, medición de CO, entre otras variables que se controlan.

Entre las técnicas psicológicas que se utilizan podemos citar: técnicas de control de estímulos, de afrontamiento, de relajación, de control de peso, de prevención de recaídas, realización de autorregistros, control de pensamientos y reducción gradual de nicotina. En los casos que lo requieren utilizamos terapia individual en lugar de grupal o bien una combinación de ambas.

Una vez concluido el tratamiento los usuarios tienen la opción de asistir a un grupo abierto de mantenimiento que se realiza con una periodicidad mensual. La asistencia depende del usuario, pudiendo acudir a las sesiones que desee, aunque no sea de forma continuada en el tiempo.

También facilitamos el atender lo antes posible, a los usuarios que están en tratamiento o que ya lo han concluido, tanto de forma presencial como telefónica ante cualquier demanda cuya motivada por una duda o por una situación de riesgo en la que se encuentren, en un intento de apoyarlos en la búsqueda de una rápida solución a su problema.

Realizamos un seguimiento a los 3, 6, 12, y 24 meses, mediante el envío de un cuestionario por correo. Nos resulta difícil obtener la devolución de estos cuestionarios, dificultad que se incrementa conforme avanza el tiempo desde que se les dio el alta.

Dada la influencia que en el tratamiento del tabaquismo presentan los trastornos psiquiátricos y psicológicos, así como la presencia de otras adicciones en nuestros usuarios, ponemos especial interés en valorar estas variables antes de iniciar el tratamiento. Estamos comprobando en nuestra práctica clínica cotidiana lo que ya sabemos por los estudios y publicaciones de los últimos años, que los sujetos que acuden a nuestro centro para dejar de fumar presentan un porcentaje cada vez mayor de las patologías citadas, aunque su gravedad no tiene porque ser importante. Esta característica complica a veces el tratamiento y exige un seguimiento de la evolución de estas personas, ya que la reducción de nicotina, entre otros factores, pueden acrecentar algunas patologías, aunque en general si se toman las precauciones necesarias, es-

tos pacientes pueden obtener los mismos beneficios de dejar de fumar que cualquier otro paciente. Con los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, depresión, etc., que están en tratamiento nos ponemos en contacto con su centro de referencia, logrando generalmente una buena coordinación con el especialista que los atiende, intentando prevenir las posibles variaciones en el curso de su enfermedad. En este tipo de intervenciones la modalidad de tratamiento es habitualmente individual.

Una población con características especiales es la de aquellos que son adictos a otras sustancias además de a la nicotina. En el CAD se produce un efecto bidireccional en la corriente de usuarios dependientes de diversas drogas. Como es de esperar, al ser la población fumadora una muestra importante de la población general, detectamos la presencia de problemas de adicción a otras sustancias entre los usuarios de nuestro programa para dejar de fumar. Esto ocasiona que haya usuarios que al conocer la posibilidad de recibir tratamiento para otras adicciones se incorporan a otros programas para tratarse de sus otras problemáticas. En sentido inverso al ser el CAD un centro en el que se trata cualquier tipo de adicción a sustancias, se produce un proceso de información y motivación a los usuarios para que se planteen dejar de fumar. La información se realiza mediante folletos explicativos de las ventajas que se obtienen al dejar de fumar y en los que se recoge la existencia de un programa para dejar de fumar en el mismo centro, también se informa verbalmente en la recepción ante cualquier muestra de interés por parte de los usuarios.

En las visitas individuales, los terapeutas aconsejan, orientan e intentan motivar, siguiendo el Modelo de los estadios de cambio de Prochaska y Diclemente, a sus pacientes para que inicien su deshabituación tabáquica. Los mismos usuarios que han intentado dejar de fumar animan a sus compañeros en las diversas terapias de grupo en las que participan a que los imiten.

El éxito terapéutico que se obtiene con estos usuarios, mayoritariamente alcohólicos

que están realizando terapia por su adicción alcohólica, es menor que el obtenido en la población general.

Aunque no disponemos de datos que confirmen estas observaciones, podríamos plantearnos algunas reflexiones sobre el por qué a pacientes alcohólicos, por ejemplo, les resulta más difícil dejar de fumar. Algunos de ellos manifiestan que encuentran más dificultades de las esperadas, especialmente aquellos que llevan un periodo prolongado de abstinencia y tienen una percepción de autoeficacia alta, ya que están logrando superar una dependencia y les sorprende no lograr vencer otra dependencia aparentemente más sencilla para ellos. Otros, quizá carezcan de la motivación suficiente y rápidamente elaboran pensamientos del tipo "no es tan importante dejar de fumar", "ya es suficiente con dejar de beber", "dejar todo es muy difícil", por lo que abandonan prematuramente el tratamiento.

Actualmente nos estamos planteando cómo mejorar los resultados con esta población, otro caso especial es el de los fumadores de cánnabis que se plantean los objetivos de dejar de fumar sólo una de las dos sustancias, o la dificultad de abandonar el consumo de ambas sustancias a la vez.

Una variante, no muy frecuente, de este programa, consiste en desarrollar los grupos para dejar de fumar fuera del espacio del CAD. Un ejemplo es el desplazamiento de los terapeutas a Centros Municipales de Tercera Edad, ya que resulta más práctico por ser centros de reunión cotidiana de los usuarios, lo que facilita la información previa a la realización de los grupos, así como su asistencia a los mismos. Esta actuación se complementa con la coordinación de la dirección de los Centros en la implantación de espacios sin humo, etc.

Programa Municipal

Este Programa ha comenzado a implementarse tras una etapa previa de preparación,

a lo largo del año 2003 (Domínguez, 2000). Consta de dos áreas de intervención.

La primera consiste en realizar Cursos para dejar de fumar dirigidos a trabajadores del Ayuntamiento. Su funcionamiento es similar al de los cursos dirigidos a la población general. Se realizan en horario laboral, facilitando la asistencia las diferentes jefaturas, colaborando de esta forma con el programa.

La segunda consiste en la coordinación con el Servicio de Prevención y Salud del Ayuntamiento. Hemos realizado cursos de formación para sanitarios con el objetivo de que adquieran las capacidades necesarias para detectar, motivar, tratar y derivar los casos de tabaquismo.

A continuación se creó un grupo para dejar de fumar dirigido al personal sanitario que había recibido la formación citada, realizándose en su centro de trabajo, logrando un alto grado de implicación y participación por su parte.

Entre otras tareas, este equipo sanitario realiza los reconocimientos médicos de los trabajadores municipales, lo que supone disponer de una posición privilegiada para detectar y actuar en los casos de tabaquismo, derivando al CAD aquellos que sean susceptibles de tratamiento especializado.

Otra faceta de esta coordinación a corto y medio plazo será la plasmación de una actuación amplia a nivel preventivo en los diversos espacios municipales.

También hemos de indicar que, desde la Sección de Drogodependencias, en la que se incluye el CAD, se realizan Programas de Prevención de las Adicciones especialmente en el ámbito educativo. Hacemos especial incidencia en la prevención del consumo de alcohol y de tabaco, llegando en el año 2002 a más de 5.300 alumnos del primer ciclo de ESO. La prevención referida a tabaco la trabajamos en los programas ya citados y de manera muy específica con actividades concretas como son: representación de una obra de teatro "Su tabaco, gracias" y una Gymkana de la Salud.

Resultados

Los resultados que se citan a continuación se refieren a parte de los usuarios que han recibido tratamiento en el año 2003.

De un total de 78 sujetos el 61.53 % de los mismos son mujeres y el 38.46% varones. Tienen una media de edad de 43.16 años (DT = 10.49). Fuman 26.44 cigarrillos diarios de media (DT = 10.49). La media en el Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina es de 6.15 (DT = 3.8).

La permanencia media de usuarios que reciben tratamiento para dejar de fumar en el año 2003 es de 50,55 días.

Los resultados al final del tratamiento son de aproximadamente el 70% de abstinencia al finalizar el tratamiento. A los 6 meses de terminar el tratamiento nos aproximamos al 40% de abstinencia.

ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN LA UNIDAD DE DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES DE CÓRDOBA

Demanda de tratamiento y evaluación

En Córdoba capital es el Patronato de servicios sociales de la Diputación de Córdoba la institución responsable de la Unidad de Drogodependencias y Adicciones. Los equipos asistenciales están formados por médico, psicólogo y trabajador social. La intervención asistencial se realiza en el Centro de Salud, a donde se desplazan médico y psicólogo.

Los objetivos que se persiguen son:

1. Como problema de salud que es la adicción al tabaco atender de forma normalizada en un marco sanitario "in situ" en los Centros de Salud.
2. Potenciar la flexibilidad y adaptación de la atención a las demandas y necesidades existentes – y cambiantes- de cada momento.

3. Completar la asistencia individual, fomentando la atención de carácter grupal.

El acceso al programa de tabaquismo se realiza por derivación del médico de cabecera o a iniciativa propia, utilizando los canales existentes en los centros de salud, de manera que el usuario pide cita directamente en el mostrador o a través del teléfono con el equipo de adicciones siguiendo la misma dinámica que se utiliza para las citas en atención primaria.

La primera entrevista la realiza indistintamente el médico o el psicólogo, dependiendo de la agenda de ambos con objeto de que la cita se demore lo menos posible desde la petición hasta la entrevista.

En la primera entrevista del médico se hace un estudio de la demanda, se realiza una historia clínica, se cumplimenta la Ficha de información básica de admisión a tratamiento por adicción a tabaco y se deriva al psicólogo. En la entrevista con el psicólogo se analiza la demanda y expectativas del sujeto y se realiza una exploración de la motivación. Se establecen distintos tipos de actuación en función de los objetivos y de la fase de cambio.

Si el paciente no se plantea dejar de fumar (Precontemplación), suele acudir a consulta acompañado de un familiar (madre, pareja). Se interviene de forma individual con objeto de motivar a la abstinencia a través de información básica.

Si el paciente se encuentra en el estadio de Contemplación, es decir se está pensando el dejar de fumar, entonces se interviene individualmente para motivarle para que acuda al tratamiento con información relacionada con la salud, economía, preocupaciones en torno al tabaco, etc.

En el caso de que el paciente esté firmemente decidido a dejar de fumar (Preparación), se le explica el programa y se valora la intervención (individual o grupal). En algunos casos (nos hemos encontrado muy pocos) algunos pacientes no quieren el grupo, con lo cual se interviene de forma

individual. Actualmente la mayoría de las intervenciones se realizan en grupo.

Los Modelos Teóricos –Terapéuticos en que nos basamos para la elaboración del programa son:

- Modelo Transteórico del Cambio o Modelo de los Estadios de Cambio de Prochaska y Diclemente (1983), dentro del desarrollo y abandono de una dependencia. Utiliza elementos como el balance decisional, compromiso consciente de cambiar, etc. (Prochaska y Prochaska, 1993).
- Modelo de la entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1999), que se centra en el análisis y el abordaje del tema de la motivación hacia el tratamiento, reconsideración de la importancia del estilo del terapeuta en el manejo relacional con los pacientes adictos, etc.
- Prevención de Recaídas (Marlatt y Gordon, 1985). Si la recaída constituye una realidad en el tratamiento de las adicciones lo más adecuado es la aceptación de esta realidad y la desensibilización hacia el tema, y abordarlo terapéuticamente de forma efectiva.

Tratamiento

El programa de intervención en grupo es un programa psicológico con apoyo farmacológico. En el grupo intervienen médico y psicólogo aunque el peso del grupo lo lleva fundamentalmente el psicólogo. Es un programa multicomponente que consta de las siguientes fases:

- Preparación para dejar de fumar:* Autorregistros, pautas de reducción, control de estímulos, técnicas de relajación, aprendizaje de técnicas de autocontrol.
- Abandono de los cigarrillos:* Fijar la fecha de abandono, pautas cognitivo-conductuales para conseguir la abstinencia y resistir la urgencia de fumar, toma de medicación (Si el médico lo estima oportuno y si el paciente quiere; nos encon-

tramos en la práctica que muchos de ellos no quieren ningún tipo de medicación).

–*Mantenimiento de la abstinencia:* Técnicas de prevención de recaídas, pensamientos sabotadores de la abstinencia.

El programa de tabaquismo en grupo consta de 7 sesiones, de una hora de duración, una vez a la semana en horario de mañana y tarde. Los grupos están formados por 10 ó 15 personas, salvo en algunos casos que por la presión asistencial se supera este número.

Llevamos varios grupos a la semana en distintos Centros de Salud aunque la situación social y económica de los centros varía considerablemente, nos hemos encontrado que no es así en relación al perfil de los sujetos que demandan ayuda para dejar de fumar; intervenimos tanto en barrios muy normalizados de clase media y alta como en los barrios más marginales de Córdoba.

El tratamiento se realiza en grupo. Sin embargo, cuando se utiliza tratamiento farmacológico éste se prescribe individualmente de modo personalizado. El sujeto antes de incorporarse al grupo ha sido historiado por el médico, compatibilizándose la intervención individual con la grupal. En el grupo coexisten distintos tratamientos farmacológicos, sin que ello haya sido un problema. Es en la segunda sesión cuando se les propone la fecha de abandono, que tienen que indicarla en la tercera sesión. Al finalizar esta tercera sesión el médico, en consulta individual, prescribe el tratamiento farmacológico si procede. Posteriormente lo supervisará a lo largo de las sucesivas sesiones, siempre de modo individual. Sí que observamos que hay fumadores que se niegan, de entrada, al tratamiento farmacológico y que, otros, por el contrario, condicionan la abstinencia a dicho tratamiento.

Características de los fumadores tratados y algunos resultados

Respecto al perfil de los usuarios hay una gran demanda en puerta para pedir cita, pero

también suelen fallar a la primera consulta de los que pasan la primera entrevista si suelen acudir al grupo casi todos. En relación al sexo la mayoría son mujeres (casi el doble de mujeres que de varones); de edad media (la mayoría de 30 a 50 años), suelen estar trabajando; estudios: tienen estudios de enseñanza primaria o situación laboral: secundaria fundamentalmente, junto a un menor grado de estudios universitarios; estado civil: suele haber mayoría de casados o de personas que viven en pareja.

En relación a la dosis de consumo suele ser la predominante de 20 a 30 cigarrillos diarios; el tiempo medio que llevan fumando suele estar entre 8 y 10 años, aunque hay otros que llevan más de 20 años; la mayoría no ha intentado dejar de fumar anteriormente y los que lo han intentado lo hicieron solos sin ninguna ayuda.

En cuanto a los motivos por los que quieren dejar de fumar hay un porcentaje importante que argumenta por problemas de salud, por miedo a las enfermedades, para dar ejemplo, o por que no quieren estar enganchados a nada. Las enfermedades más frecuentes relacionadas con el consumo del tabaco que han padecido son: continuos resfriados, fatiga, problemas de circulación, problemas de estómago.

En el día a día observamos varias situaciones particulares, como que una vez que arranca el grupo en la segunda sesión suele haber algún abandono, pero los que quedan llegan al final. Sobre los autoregistros hay que indicar que, en general, la gente registra bastante bien su consumo de cigarrillos, salvo personas mayores hombres (de 60 años o más), que les cuesta hacerlos o no los hacen. Los que no registran su consumo de cigarrillos no suelen conseguir la abstinencia. Generalmente, la mayoría de los fumadores del grupo, suelen llegar al final abstinentes. La primera persona del grupo que consigue la abstinencia tira mucho de los demás.

Otra cosa importante a tener en cuenta es que hay una gran mayoría que está en tratamiento farmacológico por problemas de

ansiedad y depresión. A lo largo de nuestra experiencia ha habido grupos de todos los tipos (solo mujeres, solo hombres, aunque generalmente son mixtos; tuvimos un grupo en el que todos eran pacientes de salud mental; otros grupos con menores en donde abundaban las niñas).

En nuestra experiencia son las mujeres las que más consiguen la abstinencia, y se implican más en el proceso de dejar de fumar. Existe mucha preocupación por la posibilidad de incrementar el peso al dejar de fumar, no solo en las mujeres, sino también en los hombres.

De los últimos 43 fumadores que han intervenido en el programa, 25 de ellos son mujeres y 18 hombres. Al finalizar el tratamiento han conseguido la abstinencia 19 mujeres y 9 hombres. Esto significa un nivel de eficacia del 65%. Los que no consiguen dejar de fumar con el tratamiento que se les ofrece se les da la oportunidad de poder participar en otro tratamiento, sea individual, médico o psicológico, aunque pocos aceptan continuar.

Los seguimientos los hacemos por teléfono, pero resulta difícil contactar con las personas que hemos tratado, y los resultados que se obtienen de este modo son poco fiables. Esto es frecuente en la clínica, donde lo relevante es la intervención, aunque no negamos que el seguimiento tiene su relevancia, pero con frecuencia la falta de medios adecuados, o de personal, lo dificulta o lo impide.

Algunas variables que inciden negativamente en conseguir la abstinencia son: escasa motivación, falsas expectativas de éxito sin esfuerzo y no ajustarse a la hora de nuestra intervención.

Algunas conclusiones que obtenemos de nuestra intervención

En relación a las conclusiones, hemos observado que desde que estamos pasando consulta en los centros de salud se han disparado las demandas de tratamiento por tabaquismo de una forma exagerada, hasta

el caso de tener en lista de espera 100 usuarios en un solo Centro de Salud. Esto nos hace pensar que al estar integrados dentro de un marco de salud, la población toma conciencia de que la conducta de fumar es por un lado una adicción, y por otro, que es un problema de salud y su respuesta está en los dispositivos normalizados de salud.

Aparte, creemos que esto ayuda de cara a la prevención de esta adicción en los sujetos que aun no se han iniciado, pues la intervención clínica en esta conducta ya indica de las consecuencias negativas que conlleva.

Por otra parte, el hecho de intervenir en los centros de salud, facilita la intervención en otras patologías o situaciones específicas: embarazadas, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, mujeres en edad fértil que desean quedar embarazadas y antes quieren dejar de fumar, y la tercera edad (aunque a estos últimos les cueste más trabajo dejarlo, es una apreciación por los casos que hemos tenido; sobre todo vemos que tienen pensamiento más rígido y mayor número de distorsiones cognitivas, de manera que cuando el usuario acude a su médico de cabecera para sus revisiones habituales, se le facilita la intervención en tabaco para una evolución más favorable de la patología por la que consulta

También hemos observado que cuando un miembro de la familia demanda tratamiento, puede motivar al resto de los miembros que también fuman, parejas de novios, matrimonios, padres e hijos, abuelo y nieto, etc.

Y, por último, consideramos muy importante estar en el mismo espacio físico que el médico de atención primaria de cara a la coordinación, no solo para la intervención clínica en el abandono de la conducta de fumar, sino para la motivación al cambio.

TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN LA UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS, AREA 2, DE CASTELLÓN

Protocolo de intervención en pacientes fumadores con trastorno por dependen-

cia a sustancia: alcohol, cocaína y marihuana

Según el Informe del Public Health Service de los Estados Unidos, en la actualidad el 70% de los fumadores desea dejar de fumar definitivamente y un 46% intenta abandonar cada año. La dependencia del tabaco es un proceso crónico que precisa, habitualmente, intervenciones repetidas. El tratamiento breve de la dependencia del tabaco es efectivo y a todo fumador debiera ofrecérsele desde el sistema sanitario (Pardell et al., 2000). A los pacientes que desean dejar de fumar deben prestarse tratamientos identificados como efectivos, los pacientes que no desean dejar de fumar se les deberá prestar una intervención breve para incrementar la motivación para dejar de fumar. Se ha observado que hay tres tipos de asesoramiento y terapia conductual especialmente efectivos: a) prestación de asesoramiento práctico (resolución de problemas, aprendizaje de habilidades), b) prestación de apoyo social como parte del tratamiento y, c) ayuda para asegurar un apoyo social fuera del tratamiento.

La Unidad de Conductas Adictivas Area 2 de Castellón, viene desarrollando un Programa de Deshabituación Tabáquica desde la puesta en marcha del Servicio (1998), aunque dicha intervención para el abordaje del tratamiento ha evolucionado no sólo en el contenido del protocolo diseñado (Programa para dejar de fumar, Becoña 1993) sino también en los instrumentos de valoración y evaluación del mismo.

Cada vez son más los y las pacientes que inmersos en el proceso de tratamiento de la adicción por la que solicitaron intervención en la UCA, demandan tratamiento para dejar de fumar. En muchas ocasiones es el conocimiento del gran incremento en el riesgo de desarrollo de carcinoma laringeo como resultado de la asociación entre alcoholismo y tabaquismo (Cuevas, 2000), en otras es el cambio de actitud respecto de aquellas sustancias adictivas y tóxicas y muchas veces son fumadores/as de derivados del cañamo que se plantean dejar de fumar "porros" por

decisión propia y sin que influya un motivo legal o sanitario como desencadenante de la solicitud de tratamiento.

Las posibilidades de intervención con estos pacientes con doble adicción no difieren en gran medida de la intervención realizada en una deshabituación tabaquica, si bien los criterios de tratamiento son más estrictos y sobre todo la evaluación física y psicológica previa es determinante para la programación del tratamiento y sus objetivos, que pueden ir desde conseguir una abstinencia total del tabaco a intervenciones de reducción de daños centradas en disminuir el número de cigarrillos así como el contenido sustancias tóxicas de los mismos. Algo similar ocurre con la cada vez más creciente demanda de deshabituación tabaquica en pacientes que sufren psicosis, en la que los objetivos suelen ser parciales y dirigidos a la reducción de daños.

El objetivo de éstas líneas es presentar el Protocolo de Intervención de Tratamiento del Tabaquismo en pacientes que han iniciado deshabituación por trastorno de dependencia al alcohol, cocaína y marihuana en régimen ambulatorio, siguiendo las directrices clínicas prácticas para el tratamiento del consumo y la dependencia del tabaco publicado por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (Fiore et al., 2000), de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET) (Jiménez et al., 1999).

Si tenemos en cuenta que gran parte del tratamiento farmacológico no sustitutivo del tabaquismo se basa, a grandes rasgos, en restablecer el equilibrio del sistema dopaminérgico, no habría ninguna razón para pensar que los mismos fármacos serían útiles para el tratamiento de la adicción a sustancias como cocaína o alcohol en las que el efecto de recompensa y la pérdida de control se basan en los efectos de la dopamina a nivel de sus receptores (George, 2003). En esta línea recientes publicaciones revisan la eficacia de diferentes opciones de tratamiento farmacológico que actúa restableciendo la homeostasis del sistema dopaminérgico, y en otros

casos implican al sistema Gabaérgico (Zickler, 2003), cuya relación con el alcoholismo es de antiguo conocida.

En el caso de la deshabituación en fumadores de marihuana hay que tener en cuenta que en España, a diferencia de otros países, la marihuana y otros derivados del cannabis se consumen mezclados con tabaco. La adicción a nicotina se convierte en el objeto principal de intervención, aunque no suele ser la demanda de los consumidores, y el trabajo de deshabituación se centra en cambio de hábitos y actitudes respecto del cannabis, y sobre todo de modificación de la atribución como estilo de vida que los fumadores atribuyen a la "cultura del cannabis". En este contexto de modificación de actitudes se informa sobre el incremento de los riesgos físicos del tabaquismo cuando se asocia tabaco y marihuana.

Las características del *Protocolo de Intervención* se concretan en:

- 1) *Modelos Teóricos-Terapéuticos*: basados en el Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y Diclemente (1983), Modelo Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick (1999) y en el de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon (1985).
- 2) La *Técnica* utilizada basada en el Programa multicomponente (Becoña, 1994b), según los siguientes criterios:
 - Aumento de la motivación del paciente.
 - Estrategias no aversivas: Reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán y contrato en el que conste el día de la fecha de abandono.
 - Entrenamiento en estrategias de afrontamiento:
 - Estrategias de automanejo para evitar los estímulos motivadores de la conducta de fumar y en conductas alternativas: tomar agua, hacer inspiraciones profundas...
 - Estrategias de afrontamiento cognitivo-conductual: anticiparse a las

situaciones de alto riesgo, planificar habilidades de afrontamiento.

- Estrategias para evitar el síndrome de abstinencia: entrenar al paciente en habilidades conductuales.
 - Estrategias para manejar las caídas: aprender el desliz, etc.
 - Apoyo social: Buscar el apoyo e implicación de personas próximas al paciente.
 - Psicoterapia individual.
 - Estrategias farmacológica: Tratamiento con hidrocloruro de bupropión.
 - Evaluación: En todos los pacientes que van a iniciar la deshabituación tabaquica, se realiza un protocolo que incluye un análisis completo de sangre así como serología, un electrocardiograma, y una valoración de antecedentes psicopatológicos para poder tomar una decisión respecto al fármaco más adecuado a cada caso, si la indicación incluye farmacoterapia.
 - Seguimiento.
- 3) La *Intervención Psicoterapéutica* basada en las siguientes fases:
 - Acogida: Información del proceso terapéutico y motivación para el tratamiento (Entrevista Psicológica),
 - Evaluación Diagnóstica: basada en criterios diagnósticos del DSMIV-TR y CIE-10, mediante:
 - Entrevista Clínica: evaluación toxicológica, médica, psicológica y social,
 - Diagnóstico Clinimétrico: Psicodiagnóstico (instrumentos para la dependencia tabáquica),
 - Tratamiento: Plan Terapéutico Individualizado, se realiza de forma individual con programa psicológico multicomponente y apoyo farmacológico: Bupropión y Sustitutivos de la Nicotina (chicles, parches). Los fármacos dopaminérgicos como son Bupropión y en un futuro Selegilina u otros no son

utilizados en aquellos casos que existe riesgo de provocar cardiotoxicidad y en aquellos pacientes con antecedentes de haber sufrido trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar o psicosis. En caso de psicopatología asintomática y sin tratamiento actual, debe vigilarse estrechamente la aparición de síntomas de reagudización:

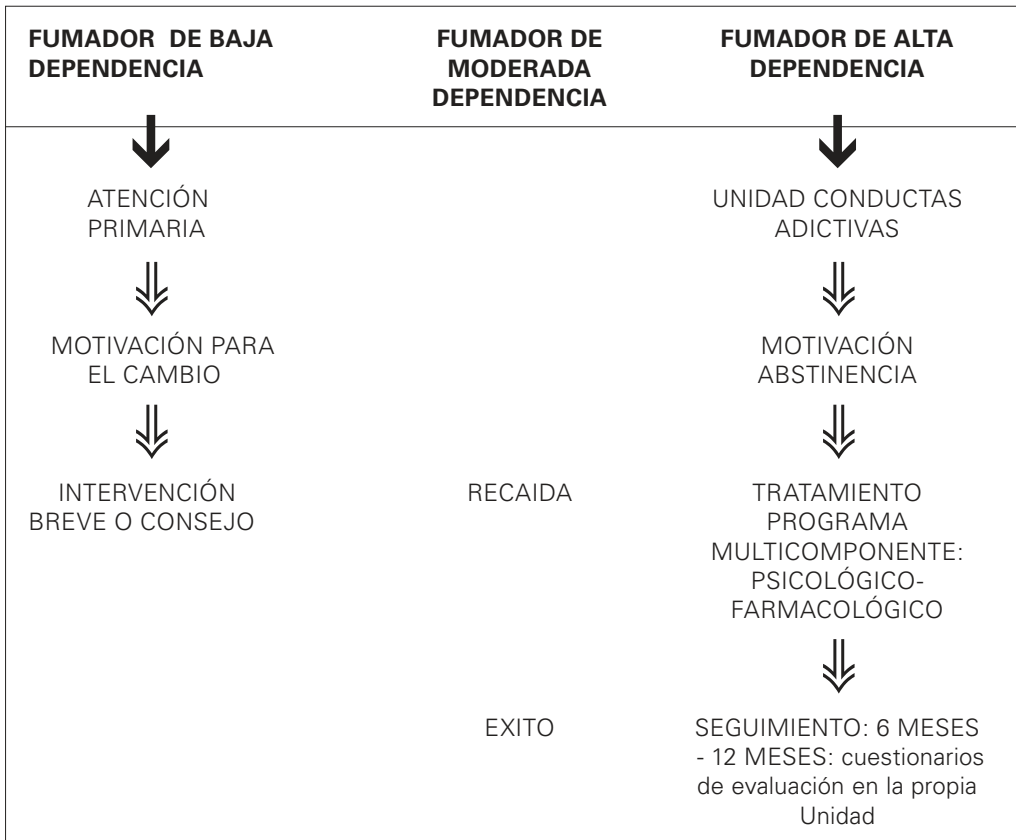
–Objetivos: Abstinencia y/o reducción de daños.

–Contexto: Ambulatorio.

–Fases del Tratamiento: Desintoxicación, Deshabitación, Alta terapéutica.

–Niveles de intervención: Intervención breve o consejo, psicoterapia individual.

Para el *abordaje del tratamiento* se propone el siguiente esquema:



5) Y el *Protocolo de Atención* a pacientes que reciben tratamiento con apoyo farmacológico contempla 6 sesiones terapéuticas

con intervención psicológica y médica, las cuales se indican a continuación:

1ª CITA: EVALUACIÓN-MOTIVACION

0.- Objetivos:

- Establecer una adecuada relación terapéutica.
- Fomentar estrategia simple de prevención en recaídas.

1.- Evaluación clínica:

- Ficha de acogida del paciente.
- Fijar fecha Analítica completa, Prueba de Embarazo y Electrocardiograma.
- Espirometría.
- Medición Monóxido Carbono en el aire espirado.
- Peso y Tensión Arterial.

2.- Evaluación Hábito de Fumar:

- Revisar las razones para dejar de fumar y los beneficios de abandonar los cigarrillos.
- Cuestionario Hábito de Fumar.
- Escalas de Valoración Hábito Tabáquico: Richmond-M; Fageström-D; Test de Probabilidades de Éxito, Motivación para el inicio del tratamiento: Estadios del Cambio.
- Cuestionario de ansiedad estado-rasgo, STAI.
- Inventario de depresión de Beck, BDI.

3.- Reducción del consumo diario de cigarrillos:

- Línea base de consumo: con autorregistro del consumo diario de cigarrillos.
- Pautas de modificación Hábito Tabáquico: tareas a realizar en los próximos 15 días:
 - Fumar un 10% menos de cigarrillos misma marca.
 - Fumar 1/3 menos de la misma marca de cigarrillos.
 - No aceptar ofrecimientos de cigarrillos,
 - Reducir la profundidad de la inhalación,
 - Llevar a la boca el cigarrillo para fumar.

2ª CITA: EVALUACIÓN –TRATAMIENTO: A LOS 15 DIAS DE LA 1ª CITA

0.- Objetivos:

- Motivar al fumador para el abandono de la conducta de fumar.
- Introducir técnicas de autocontrol de estímulos.

1.- Evaluación Clínica:

- Resultados de la Analítica, Prueba de Embarazo y Electrocardiograma.
- Medición Monóxido de Carbono en el aire espirado.
- Peso y Tensión Arterial.

2.- Evaluación Hábito de Fumar:

- Evaluar el nº de cigarrillos fumados según el autorregistro entregado en la 1ª cita.
- Pautas para la modificación Hábito Tabáquico: fumar menos.

3.- Reducción de la ingestión de nicotina y alquitrán:

- Revisión Línea Base de Consumo: Autorregistro gráfica del consumo diario de cigarrillos.
- Reducción del consumo de cigarrillos: Reducción del 10% con cambio de marca.
- Pautas de modificación hábito Tabáquico: tareas a realizar en los próximos 15 días:
 - Aumentar a la mitad la parte fumada del cigarrillo.
 - No aceptar ofrecimientos de cigarrillos.
 - Reducir la profundidad de la inhalación.
 - Retrasar en 15 minutos el cigarrillo si fuma antes del desayuno o después de levantarse.
- Entrega de documentación: Información sobre los riesgos para la salud del consumo de tabaco, beneficios para la salud del abandono conducta de fumar, etc.

3ª CITA: EVALUACIÓN- TRATAMIENTO: A LOS 15 DIAS DE LA 2ª CITA

0.- Objetivos:

- Revisar el logro de los objetivos propuestos: reducción daños y/o abstinencia.
- Motivación para dar continuidad al tratamiento ante la posibilidad de abandono.

1.- Evaluación Clínica:

- Medición Monóxido de Carbono en el aire espirado.
- Peso y Tensión Arterial.
- Iniciar tratamiento Farmacológico: Se le entrega al paciente el calendario modelo para el control y seguimiento de la pauta a seguir. Se fija con el paciente un día de la próxima semana para dejar de fumar.

2.- Seguimiento Hábito Tabáquico:

- Evaluar la reducción del consumo de cigarrillos fumados y normas para fumar menos, según los registros entregados en la 2ª cita.
- Continuar con la reducción gradual de ingestión nicotina y alquitrán: aproximadamente en un 30%, con cambio de marca.

3.- Tareas a realizar durante la próxima semana de tratamiento:

- Autorregistro: Gráfica del consumo diario de cigarrillos.
- Pautas de alimentación e higiene que ayuden a no engordar. Esquemas básicos de tablas.
- Identificar conductas alternativas a la conducta de fumar.
- Introducir al paciente en técnicas de autocontrol de la ansiedad: Tablas con ejercicios para un entrenamiento básico en Relajación.
- Seguimiento del calendario para el control de la medicación, durante el próximo mes.

4ª CITA: TRATAMIENTO: A LOS 15 DIAS DE LA 3ª CITA

0.- Objetivos:

- Revisar avances conseguidos hasta el momento.
- Explicar las diferencias entre caída-recaída.

1.- Evaluación Clínica:

- Seguimiento de la pauta farmacológica iniciada en la 3ª cita.
- Explicar al paciente, con el calendario modelo, el tratamiento farmacológico para el próximo mes.
- Control del peso, tensión arterial y valoración del monóxido de carbono en el aire espirado.

2.- Seguimiento del hábito de fumar:

- Valorar el abandono del consumo de cigarrillos según las pautas y registros entregados en la 3ª cita.
- Cumplimiento del día "D" fijado por el paciente.

3.- Seguimiento de las pautas a realizar para el autocontrol de la ansiedad:

- Pautas de alimentación e higiene.
- Ejercicios para un entrenamiento progresivo de Relajación.
- Conductas alternativas a la conducta de fumar.

4.- Estrategias de afrontamiento.

5ª CITA: TRATAMIENTO: AL MES DE LA 4ª CITA.

0.- Objetivos:

- Reforzar mantenimiento de la abstinencia.
- Consecuencias positivas al haber dejado de fumar.

1.- Evaluación Clínica:

- Seguimiento de la pauta farmacológica iniciada en la 4ª sesión.
- Evaluación final del tratamiento pautado.
- Control del peso, tensión arterial y valoración del monóxido de carbono en el aire espirado.

2.- Seguimiento de la Abstinencia:

- Mantener el éxito.
- Buscar el apoyo e implicación de personas próximas al paciente.
- Aclarar dudas.
- Revisar los beneficios obtenidos desde el abandono de la conducta de fumar.
- Prevención de Recaídas: Estrategias de afrontamiento para fomentar la abstinencia continuada.

3.- Evaluación final del tratamiento:

- Cuestionario final de tratamiento (estatus de fumar, apoyo social, mejoría física y psicológica, síntomas de abstinencia, valoración de la confianza en mantenerse abstinentes).
- Cuestionario de ansiedad estado-rasgo STAI.
- Inventario de depresión de Beck, BDI.
- Escala de Autoeficacia.

6ª CITA: EVALUACIÓN: SEGUIMIENTO ABSTINENCIA: 6 – 12 MESES

0.- Objetivos:

- Insistir en que se pongan en marcha, en el futuro, todas las estrategias aprendidas hasta ahora.
- Reforzar al paciente por ser él quien ha logrado dejar de fumar.

1.- Evaluación de la abstinencia:

- Cuestionario de seguimiento: estatus de abstinencia/recaída.
- Evaluación complementaria: STAI, BECK, Autoeficacia.
- Evaluación fisiológica: monóxido de carbono en el aire espirado.

CONCLUSIONES

Poco a poco los tratamientos para fumadores se han ido poniendo en marcha y expandiendo en los Centros de Drogodependencias y de Conductas Adictivas. Nuestros usuarios son precisamente uno de los grupos que más fuman y que, por ello, también precisan un tratamiento específico para que dejen de fumar junto a la demanda principal de tratamiento por el que a él han acudido.

El Centro de Drogodependencias es el lugar ideal para el tratamiento del fumador. En dicho centro están los profesionales que mejor conocen cómo abordar un problema tan complejo y multifacético como es la dependencia de la nicotina. En función de cada centro, o de los profesionales más implicados en este tipo de tratamiento, los tratamientos pueden ser psicológicos, farmacológicos o combinados. Lo ideal es poder disponer de un tratamiento multicomponente que pueda ser llevado a cabo por parte de distintos profesionales.

Una limitación que tenemos para el mayor conocimiento de lo que hacemos sobre el tratamiento de los fumadores está en que nuestra función, y nuestro objetivo, es el tratamiento de las personas que tienen una adicción, en este caso una adicción a la nicotina. Nuestro objetivo no es la evaluación o análisis de la eficacia del tratamiento que aplicamos. Esto vendría bien hacerlo pero no siempre, o escasamente, se puede hacer.

Por el contrario, cada vez hay más ensayos clínicos en otros contextos, al tiempo que los mismos parecen proporcionar la idea que es en esos contextos donde se realizan en exclusiva los tratamientos para los fumadores, cuando la realidad no es ésta, como hemos visto en las páginas anteriores.

La población con la que tratamos es una población difícil de tratar, tanto para su dependencia primaria por la que acuden a tratamiento, como por su dependencia de la nicotina. Pero siendo una y otra dependencias podemos técnicamente llegar a aplicarles el mejor de los tratamientos posibles, aunque también sabemos de las dificultades de dichos tratamientos, de su eficacia, de las recaídas, etc.

Otra limitación que tenemos es la de conocer qué ocurre con nuestros fumadores tratados más allá del final del tratamiento. La dificultad de hacer seguimientos, o de obtener los datos de modo fiable, hace que no siempre podamos publicar los resultados obtenidos en revistas científicas por carecer de algunos elementos que se exigen en ellas (ej., asignación de los sujetos al azar, seguimientos largos, como de un año, evaluación fisiológica de la abstinencia, adecuados tamaños de la muestra, etc.). Futuros estudios entre varios centros puede solventar esta limitación.

Consideramos que uno de los espacios ideales para iniciar el tratamiento del tabaquismo son los Centros de Atención Primaria, donde se pueden detectar a los fumadores en las visitas que realizan a su médico por

cualquier motivo relacionado con su salud. El consejo y las intervenciones breves están indicados en este ámbito. Cuando no existe la posibilidad de realizar la intervención o cuando los usuarios presentan un perfil de adicción más complicado: dependencia alta a la nicotina, fracasos en sus intentos anteriores para dejar de fumar, complicaciones con otras dificultades o patologías psicológicas, etc., y en general cuando cumplan los criterios que indican que se beneficiarían de una intervención más especializada, es cuando se aconseja la derivación a otros centros que disponen de programas específicos para dejar de fumar como son los Centros que tratan Adicciones. Esto supone la necesidad de un conocimiento mutuo del trabajo que se realiza en los diferentes niveles de atención y una coordinación que facilite el adecuar, lo mejor posible, las diferentes ofertas de tratamiento a las necesidades particulares de cada usuario.

Es cada vez más evidente que si aún no lo estamos haciendo hay que ir incrementando, u ofertando, a todos nuestros pacientes que fuman, acudan o no a tratamiento para dejar de fumar, tratamientos para que dejen de fumar. Si los rechazan, debemos en sucesivas visitas intentar que entren en estos tratamientos. Dejando de fumar mejorarán claramente su calidad de vida.

Finalmente, nosotros, como expertos en Adicciones, tenemos que ser un referente para otros profesionales sanitarios en el tratamiento clínico de esta adicción. Hemos sido formados específicamente para ello, nos dedicamos a ellos, y tenemos un papel relevante que desempeñar. Esto no significa que lo hagamos en exclusiva, ya que el tabaquismo exige intervenciones múltiples y por parte de distintos profesionales. Pero nosotros hemos tenido, tenemos y seguiremos teniendo un papel esencial como expertos que somos en el tratamiento de la adicción a la nicotina y de otras adicciones.

REFERENCIAS

Becoña, E. (1993). *Programa para dejar de fumar*. Santiago de Compostela: Servicio de

Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela (3ª ed., Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para la Droga).

Becoña, E. (1994a). Evaluación de la conducta de fumar. En J.L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas* (p. 405-453). Madrid: Debate.

Becoña, E. (1994b). Tratamiento del tabaquismo. En J.L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas* (p. 457-493). Madrid: Debate.

Becoña, E y Vázquez, F.L (1998) *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson.

Cuevas Badenes, J (2000). Patología orgánica derivada del consumo de alcohol. En Cuevas, J y Sanchis, M. (eds.), *Tratado de alcoholología* (pp. 141-168). Barcelona: Ed. Dupont Pharma.

Domínguez, A.; González, E.; Alarcón, M.D. et al, (2000). *Programa de intervención sobre el hábito tabáquico en el ámbito laboral*. Murcia: Fundación HEFAME, Servicios Municipales de Salud. Ayuntamiento de Murcia.

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

George, T., et al (2003). A preliminary placebo-controlled trial of selegiline hydrochloride for smoking cessation. *Biological Psychiatry* 53, 136-143.

Jiménez Ruiz, C. A., Solano Reina, S., González de Vega, J. M., Ruiz Pardo, M., Florez Martín, S., Ramos Pinedo, A. et al. (1999). Normativa para el tratamiento del tabaquismo. *Archivos de Bronconeumología*, 35, 499-506.

Marlatt, G. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas. Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *Recaída y prevención de recaídas* (p. 137-153). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

Marlatt, G.A. y Gordon, J. (Eds.) (1995). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guildford Press.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.

Pardell, H., Jané, M., Sánchez Nicolay, I., Villalbí, J. R., Saltó, E. et al . (2002). *Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para el*

médico español. Madrid: Organización Médica Colegial/ Barcelona: Medicina s.t.m Editores (Ars Medica).

Pérez Trullen A, Marrón R. (1999) Guías prácticas de deshabitación tabáquica: ¿Qué son, por qué y como utilizarlas?. *Archivos de Bronconeumología*, 35, 84-89

Prochaska, J.O. y DiClemente, C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the*

traditional boundaries of therapy. Homewood, Il: Dow Jones/Irwin.

Prochaska, J. y Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *Recaída y prevención de recaídas* (p. 85-139). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

Zickler, P. (2003). Discovering, developing, and delivering smoking cessation meditation is focus of NIDA symposium. *NIDA Notes*, 18(3).

