

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**MANUAL PARA EL TRATAMIENTO  
MULTICOMPONENTE DEL TABAQUISMO.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA: **María Elena López Álvarez.**

**Directora de Tesis: Mtra. Leticia Echeverría San  
Vicente.**

**Revisora: Dra. Lydia Barragán Torres**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Índice

Portada.....	1
Índice.....	2
<b>Capítulo 1.-</b> Introducción al tabaquismo.	
Introducción.....	6
Epidemiología. Panorama Mundial del Tabaquismo.....	8
Panorama Epidemiológico Nacional del Tabaquismo.....	10
Panorama epidemiológico en el Distrito Federal.....	11
Antecedentes históricos del tabaquismo.....	14
<b>Capítulo 2.-</b> Modelos terapéuticos en tabaquismo.	
Introducción a los modelos terapéuticos en tabaquismo.....	20
Historia de la teoría conductista.....	23
Teoría del Condicionamiento Clásico.....	24
Conceptos básicos del Conductismo.....	26
El Conductismo y la Psicoterapia.....	27
Análisis de resultados de las investigaciones en el campo de la de Conducta.....	28
Teoría cognitiva del Aprendizaje Social.....	29
Técnicas aversivas de mayor uso para dejar de fumar.....	31
Técnica de Fumar rápido.....	32
Técnica del Saciamiento.....	32
Técnica de retención del humo.....	33
Técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán.....	33
Exposición a indicios, extinción y control de estímulos.....	35

Limitaciones de las técnicas aversivas y reflexión ética.....	35
Fumar controlado y la reducción de daños.....	36
Tratamientos cognitivo – conductuales en tabaquismo.....	38
Tratamientos psicológicos cognitivo conductuales combinados con tratamientos farmacológicos en tabaquismo.....	40
Programas Multicomponentes para dejar de fumar.....	41
Eficacia del tratamiento Psicológico Cognitivo Conductual del Tabaquismo.....	45

**Capítulo 3.- Herramientas básicas para el tratamiento multicomponente del tabaquismo.**

Teoría de los estadios de cambio (Fases de Prochaska).....	47
La Técnica de la entrevista motivacional y la teoría de los estadios de cambio.....	49
La Entrevista en consumidores de tabaco motivados a tratamiento.....	52
Entrevista motivacional, principios básicos.....	53
Estrategias de inicio de la entrevista motivacional.....	53
Habilidades sociales como herramienta de apoyo en el abandono del tabaquismo.....	56
Estrategias de afrontamiento: entrenamiento en solución de problemas.....	57
Prevención de recaída.....	58

**Capítulo 4.- Desarrollo del manual**

<i>Parte 1.</i> El Proceso de la adicción a la nicotina. Inicio del fumar.....	60
Mantenimiento del Hábito tabáquico.....	61
Síndrome de abstinencia.....	64
El proceso de abandono del usuario que quiere dejar de fumar.....	66
Consejería sobre los beneficios de dejar de fumar.....	67
Consejo Breve para fase de Precontemplación.....	68

Consejo sistematizado para fumadores poco motivados (Fase de contemplación).....	68
Parte 2. Cómo se lleva a cabo el tratamiento	
La valoración y diagnóstico del fumador.....	70
La evaluación.....	72
Utilización del registro diario.....	72
Terapia farmacológica.....	73
Terapia de Reemplazo de Nicotina (TRN).....	74
Parches de Nicotina.....	75
Goma masticable de Nicotina.....	76
Inhalador de Nicotina.....	76
Contraindicaciones de los medicamentos de TRN.....	77
Consideraciones sobre la TRN.....	78
Anfebutamona. (Bupropion).....	80
Vareniclina.....	81
Indicaciones y contraindicaciones del tratamiento farmacológico.....	82
Desarrollo de las sesiones.....	83
Sesión 1.....	84
Sesión 2.....	86
Sesión 3.....	91
Sesión 4.....	92
Sesión 5.....	92
Sesión 6.....	93
Sesión 7.....	93

Sesión 8.....	94
Sesión 9.....	94
Sesión 10.....	95
Estrategias de prevención de recaída y recomendaciones a seguir.....	96
Actitud del terapeuta ante el fracaso.....	98
Conclusiones.....	99
Anexos.....	105
Bibliografía.....	106

## **Capítulo 1.**

### **Introducción.**

El tabaquismo constituye la primera causa de muerte prevenible en México y el mundo por lo que este fenómeno se ha convertido en un importante problema de salud pública; por desgracia, el consumo de tabaco va en aumento y es solo con los esfuerzos y las acciones del personal de salud, de los legisladores y los docentes, que esta pandemia mundial podrá disminuir.

El tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica que en más del 80% de los casos en nuestro país se inicia antes de los 18 años de edad y que es capaz de causar muertes prematuras en más de la mitad de quienes lo padecen.

Hasta el momento existen innumerables esfuerzos e iniciativas contra esta epidemia y es posible que el incremento en el consumo se deba, en gran parte, a que las medidas y acciones dirigidas para combatir el tabaquismo no terminan de acatarse, ni por las administraciones públicas ni por muchos profesionales de la salud, que incluso consumen tabaco y no perciben este como un problema de atención prioritaria.

Otra medida importante para el abatimiento de esta adicción se refiere al tratamiento, el cual debe conformarse por una serie de actividades eficaces que se encuentren respaldadas en evidencias. Por lo que es necesario optimizar tratamientos efectivos a un bajo costo y cuya intervención sea oportuna. Para que estas medidas sean eficaces, los profesionales de la salud, incluidos los psicólogos deben implicarse en actividades preventivas y educativas en los diversos niveles de atención a la salud.

El tabaco produce una adicción tan dañina como cualquier otra droga, la nicotina es una sustancia adictiva que tiene un poderoso efecto sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) debido a que su absorción es muy rápida llegando en pocos segundos al cerebro produciendo efectos eufóricos y sedantes que se encuentran regulados por la dosis ingerida y la liberación de sustancias neurotransmisoras como por ejemplo la dopamina y la adrenalina entre otras.

El concepto del tabaquismo ha evolucionado mucho en las últimas décadas, de hábito en los años 60's, el consumo pasó a ser considerado como una dependencia psicológica en los años 70's, después como una adicción en los 80's y en consecuencia, en los años 90's, se instalaron las primeras clínicas para el tratamiento del tabaquismo en México. (2)

Para comprender el mecanismo de la habituación al tabaco, debe considerarse que fumar representa mucho más que la dependencia física a la nicotina. Con el paso del tiempo el fumador experimenta y refuerza conductas positivas con repercusiones culturales y sociales que le resultan altamente agradables, estos elementos se convierten en causantes determinantes para el establecimiento de la dependencia

psicológica. Tanto el componente psicológico como el físico de la dependencia al tabaco tienen un papel fundamental en el mantenimiento de continuar fumando. Una vez instalado el hábito, el usuario comienza a asociar una serie de estímulos ambientales al acto de fumar. Las circunstancias que provocan estos estímulos varían de acuerdo con el ambiente y hasta con el estado de ánimo del fumador, en este aspecto, es muy importante considerar las necesidades y diferencias individuales de cada consumidor. En la mayoría de ocasiones, las circunstancias encontradas con mayor frecuencia por las cuáles la gente fuma están asociadas a determinados espacios físicos y sociales, como son las salas de espera, los bares, los restaurantes, dentro del coche ó bien conduciendo y en cuanto a factores emocionales se identifican los aspectos relacionados con el estrés, la ansiedad, la depresión y el aburrimiento entre otras; en la esfera social se observa un mayor consumo de tabaco durante eventos recreativos como fiestas, reuniones de trabajo y encuentros con amigos. El reforzamiento agradable de la nicotina, los factores ambientales, el sabor y el olor del tabaco, así como la manipulación motora de un cigarro en la mano, también son altamente reforzantes, cuando estas situaciones se dan de manera conjunta durante un periodo de tiempo relativamente corto, se convierten en elementos reforzadores y consecuentemente asociados y esperados por los fumadores de tabaco <sup>(10)</sup>.

El establecimiento de esta adicción está determinado por diversos factores: biológicos, psicológicos y sociales y como con cualquier otra droga, éstos, están estrechamente relacionados entre sí convirtiendo la conducta del fumar en un problema complejo que no se puede desmembrar y tratar de manera aislada. Los efectos psicofarmacológicos de la nicotina contienen un gran potencial adictivo, que actúa a través del reforzamiento positivo (satisfacción, placer, disfrute). Además, como en otras dependencias también existe la tolerancia y la habituación que implica el fumar.

Durante los últimos quince años, en México, se han instalado alrededor de 400 Clínicas Contra el Tabaquismo que operan tanto en el ámbito gubernamental como en el privado, es importante mencionar que el 85% de ellas se encuentran instaladas dentro del área de la atención primaria de la salud, siendo accesibles a toda la población que lo requiera y que en la mayoría de ellas, el abordaje terapéutico y teórico utilizado se enmarca dentro del modelo multicomponente, éste encuadre se basa en el trabajo del equipo interdisciplinario, el modelo de atención multicomponente otorga atención médica, psicológica, de trabajado social, enfermería e incluso de un nutriólogo, juntos ofrecen al usuario atención integral sin descuidar ningún aspecto de su salud, en este abordaje todas las profesiones son imprescindibles y los integrantes del equipo deben estar conscientes de ello.

En lo que respecta a las teorías psicológicas utilizadas en este modelo, la aproximación por elección basa sus técnicas e intervenciones en la teoría cognitivo-conductual (Abengózar Ricardo 2004). Sin embargo a pesar de contar actualmente con esta cantidad de servicios en nuestro país, se observa que existen pocos trabajos que compilan estas experiencias de una manera integral y sencilla y la mayoría de propuestas similares existentes provienen de otros países, esto puede deberse a que anteriormente no se prestaba atención especial a este problema. En los últimos años hasta el área jurídica ha llevado a cabo esfuerzos impresionantes para mejorar la

atención y erradicación de éste, por lo que los modelos de atención van cambiando rápidamente, sin embargo la teoría cognitivo-conductual ha evolucionado y sus intervenciones son precisas y factibles de evaluación, este hecho la sigue ubicando como el tratamiento terapéutico de elección en general para el campo de las adicciones.

Este manual pretende constituirse como un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, teniendo por objetivo el tratar de apoyar a los terapeutas en el proceso del abandono del tabaquismo de sus usuarios, mediante intervenciones disponibles y confiables de tratamiento, haciendo énfasis en la terapia cognitivo-conductual debido a las evidencias exitosas encontradas en México y otros países en comparación con otros enfoques teóricos para el cese del Tabaquismo.

Este manual, fue elaborado a través de una revisión bibliográfica reciente que se sustenta en evidencias disponibles, con el fin de mejorar la calidad del tratamiento cognitivo-conductual en el tabaquismo. En este documento se enfatizan las siguientes acciones de intervención: la primera es lograr un buen diagnóstico que permita diseñar la forma del tratamiento de acuerdo a las características y necesidades individuales de cada usuario. En segundo lugar plantea la aplicación específica de técnicas psicológicas cognitivo-conductuales, así como herramientas motivacionales y habilidades sociales que incrementen la posibilidad de éxito para el logro de cambios del comportamiento. En tercer lugar, también se abordan brevemente otras alternativas terapéuticas y farmacológicas, sobre estas últimas, es importante mencionar que sólo son una orientación para que el psicólogo conozca sus efectos, su funcionamiento y sus interacciones y reacciones secundarias en el organismo, lo que no exime que debe ser estrictamente el médico quien tome las decisiones sobre el tratamiento farmacológico a elegir. También se exponen con detenimiento los objetivos y procedimientos de las sesiones necesarias de trabajo psicoterapéutico para el abandono del Tabaquismo, así como las pruebas, formatos, hojas de registro, etc. que se aplican e interpretan para el control necesario del tratamiento cognitivo-conductual.

Es importante recalcar que si bien este trabajo recoge las prácticas de mayor uso en el modelo multicomponente, en lo que respecta al área farmacológica es decisión y responsabilidad del médico y el usuario mediante el consentimiento informado la elección y prescripción de cualquier tipo de medicamento.

## **Epidemiología.**

### **Panorama Mundial del Tabaquismo**

El tabaquismo constituye en el mundo la primera causa de enfermedad y muerte prevenible, siendo responsable de 3, 500,000 casos de defunciones anuales, cifra que podría duplicarse en el 2030, (OPS, 2006) de no realizarse acciones que contrarresten la situación. Actualmente, el tabaquismo es responsable de la muerte de una de cada diez personas adultas en el mundo y se pronostica que en el año 2030 llegará a ser una de cada seis.<sup>(34)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2006), estima que hoy en día, el tabaco causa cada año 10,000 muertes diarias y que de seguir así los fallecimientos podrían llegar a ser 10, 000,000 por año entre el 2020 y el 2030. Y de estas muertes cerca de la mitad ocurrirá a una edad media entre 40 y 60 años, con una pérdida de aproximadamente 20 años de esperanza de vida normal. Así, se estima que para el año 2020 el tabaco será la mayor causa de muerte y discapacidad y matará a más de diez millones de personas por año causando más muertes que el SIDA, que los accidentes de tránsito, los homicidios y suicidios, el alcoholismo y el abuso drogas ilícitas. Del mismo modo, los no fumadores que conviven con fumadores tienen un riesgo 35 veces mayor de contraer cáncer de pulmón que aquellos que no conviven con fumadores.

Un tercio de la población mundial mayor a 15 años fuma, siendo la cantidad total de 1,100, 000 fumadores en el mundo. De estos, 800 millones pertenecen a los países en desarrollo. Y en el año 2025 los consumidores llegarán a ser 1,600 millones. De acuerdo a las estadísticas generadas por la OMS, en el mundo fuman el 47% de los hombres y el 12 % de las mujeres. El 42% de los niños con enfermedades respiratorias crónicas son fumadores pasivos.

En cuanto a consumo, se estima que en alrededor de 100,000 niños y jóvenes al día se convierten en fumadores. La industria tabacalera considera que son "fumadores de reemplazo", pues van sustituyendo a los que mueren.<sup>(67)</sup>

Desde el año de 1950 hasta el 2000, el tabaco provocó la muerte de 60, 000,000 de personas sólo en los países desarrollados, lo cual equivale a un índice de muerte mayor del que produjo la Segunda Guerra Mundial. Tan solo en América Latina 150, 000 vidas se pierden por año debido al consumo de tabaco. (Llobell, Frías y Navarro, 2006, Valencia España).

En Estados Unidos 400,000 vidas se pierden anualmente. En América Latina la cantidad asciende a 150,000 seres humanos al año por la misma causa.(OPS, 2008).

Cada año, alrededor de 3,000 personas no fumadoras mueren en Estados Unidos por cáncer de pulmón, como resultado de respirar el humo de los demás (fumadores pasivos).

La OMS, ha evidenciado que el hábito de fumar es causa directa de más de veinte enfermedades comprobadas, destacando por orden epidemiológico las siguientes: enfermedades del corazón, enfisema pulmonar, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), cáncer de pulmón, de laringe, boca, esófago, vejiga, páncreas, etc.

Las estadísticas de la (OMS) muestran de manera reiterada que desde hace años el consumo de tabaco se ubica entre los primeros lugares de factores de riesgo prevenibles que provocan muerte y discapacidad. Así, el humo de tabaco, voluntaria o involuntariamente inhalado, representa un gran riesgo en el grupo poblacional en el que se ubican otras enfermedades crónico-degenerativas como la hipertensión arterial, el consumo de alcohol, el sobrepeso, el exceso de colesterol, la inactividad física, el consumo de drogas ilegales, los accidentes, etc.

Desde hace muchos años, las autoridades de la salud han emprendido una lucha frontal contra la epidemia del tabaquismo que ha comenzado a arrojar resultados completamente diferentes en diversos países. Por ejemplo en Europa, se observan controversiales desigualdades en las acciones emprendidas para tratar de frenar y reducir las consecuencias del consumo de tabaco. Mientras que en muchos países de Europa occidental, la prevalencia y el consumo del tabaco está estabilizada y en descenso tanto en hombres como en mujeres, en los países de Europa Oriental los datos registrados muestran que no hay descenso en el consumo, incluso en algunos de estos, el consumo está en franco aumento. En la Unión europea la prevalencia de uso avanzó del 27.8% en el año 2002 al 28.9% en el año 2005, lo cual denota un foco rojo en este problema.<sup>(31)</sup>

Como respuesta a la amplia problemática generada por el tabaquismo, diversos gobiernos han emprendido acciones para contrarrestar esta situación, una de las de mayor trascendencia es el *Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (CMCT, OMS)*, firmado por 198 países y ratificado por 141, incluidos la mayoría de países de América. Dentro de este marco se ha demostrado que la exposición al humo del tabaco es causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad. Otra iniciativa de este convenio obliga a la Comunidad y a sus Estados miembros a adoptar medidas contra la exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo interiores, transportes y lugares públicos.<sup>(69)</sup>

Según la encuesta del Eurobarómetro, sobre la actitud de los europeos ante el tabaco (European Comisión, 2006), muestra que tres cuartas partes de la población global son conscientes de que el humo de tabaco representa un riesgo para la salud de los no fumadores y el 95% de ellos saben que fumar en presencia de una mujer embarazada es peligroso para el bebé. Esta encuesta muestra que las políticas para un entorno sin humo reciben el respaldo de la mayoría de países de la Unión Europea, cuatro de cada cinco personas están a favor de la prohibición de fumar en los lugares de trabajo (86%) y en otros lugares públicos cerrados un 84% de los europeos en general, están a favor de que esta prohibición se extienda a los bares (61%) y restaurantes (77%).<sup>(44)</sup>

## **Panorama Epidemiológico Nacional del Tabaquismo**

En México, el tabaquismo provoca aproximadamente 53, 000 muertes al año, 145 muertes al día, distribuyéndose de la siguiente forma de acuerdo a los problemas de salud por el consumo: enfermedades del corazón 45,421 (10.3%), Enfermedad cerebro-vasculares: 25,657 (5.8%), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: 15,944 (3.6%). Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón 6,404 (1.5%).<sup>(22)</sup> estas cifras representan aproximadamente un 10% de las muertes nacionales, por lo que el costo de esta epidemia es muy alto para la economía del país. En años recientes el Sistema Nacional de Salud, calculó que el gasto aproximado es de treinta mil millones de pesos al año, para la atención y tratamiento de estos padecimientos.

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2006), reveló que la prevalencia de fumadores es de 28% en la población mexicana que tiene entre 12 y 65 años de edad, por lo que es importante mencionar que desde 1988 a la fecha ha habido un incremento de 7 millones de personas y lo que resulta más grave es que los niños

experimentan y comienzan el consumo de tabaco a edades cada vez más tempranas.<sup>(9)</sup>

La ENA llevada a cabo en el año 2002 mostró que el 72.2% de la población fumadora inició el consumo de tabaco alrededor de los 19 años, sin embargo, la Encuesta efectuada en el 2006 revela que actualmente la edad de inicio ha disminuido entre los 10 y los 13 años, situación que resulta alarmante ya que en muchas ocasiones el tabaco representa la puerta de entrada para el consumo de otras drogas. (Medina Mora y cols. 2006)

En el año 2006, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente M. llevó a cabo la Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes del D.F., aplicada en un universo de 5,840 estudiantes de secundaria; 3,211 de bachillerato y 1,472 de nivel técnico en 333 escuelas. Obteniendo un porcentaje de usuarios de 35.5% en el nivel secundaria, 63.5% en el bachillerato y finalmente 65,7% alumnos de escolaridad técnica. En nuestro país a pesar de la puesta en marcha de la Ley Antitabaco el tabaquismo sigue siendo todavía la primera causa prevenible de enfermedad, invalidez y muerte, por lo que es indispensable continuar avanzando en políticas públicas, disposiciones legales y programas de sanitarios, con el objetivo de reducir los severos efectos a la salud que origina este problema. En México y algunos otros países incluidos en la lucha contra el tabaquismo, estas disposiciones legales han sido el mayor avance en salud pública de los últimos 15 años y han alcanzado el 80% de los objetivos previstos. Los niveles de nicotina ambiental en los edificios públicos, empresas privadas, comercios, centros de transporte, universidades, hospitales y centros sociales son casi nulos y en general un 80% menores de los que había antes de la práctica de estas medidas legislativas. Las anteriores acciones fueron reconocidas a nivel internacional por la OMS y OPS en varias publicaciones.

Considerando que el número de enfermos que hay en México por causas directas e indirectas al consumo de tabaco es alto, (prevalencia de fumadores de 28% en la población que tiene entre 12 y 65 años de edad), se debe tener claro que se trata de un serio problema de salud pública y que el número de enfermedades y muertes asociadas con el consumo del tabaco ha adquirido proporciones graves. Por lo tanto, es necesario contar con intervenciones terapéuticas, aun incluso, cuando nadie solicitara tales tratamientos y apoyos. De la misma forma que como en otros problemas de salud pública, como el cólera, la tuberculosis, el dengue, el VIH, etcétera, el Estado debe intervenir para procurar la salud de la población, también debe prevenir y tratar el fenómeno del tabaquismo en México.

A pesar de toda la complejidad que existe en el proceso adictivo de empezar a fumar y querer dejar de hacerlo, se sabe que muchos de los fumadores desearían dejar el tabaco si pudieran hacerlo. La Encuesta Nacional de Adicciones 2006, revela que entre los años de 1999 y 2003 se llevaron a cabo aproximadamente 70, 000 intentos al día para dejar de fumar. Sin embargo, también se observó que solamente un porcentaje muy limitado de todos los que han intentado dejar de fumar, (del 2 a 7%), consiguen mantenerse en abstinencia durante un año. Este tiempo de contención puede prolongarse en forma variable porque, aun después de varios años de abstinencia, un número importante de ex - fumadores recae.

## Panorama epidemiológico en el Distrito Federal.

La Encuesta Nacional de Adicciones del 2006, indicó que las regiones que registran una prevalencia de consumo de tabaco superior al promedio nacional (25.1) fueron: Aguascalientes, Colima, Jalisco, Nayarit y Zacatecas y por supuesto la Ciudad de México con un 30%, el Noroccidente y Norcentro: 26.0%.

La encuesta de Adicciones de estudiantes del D.F. que se aplicó a jóvenes de 13 a 19 años de edad, en el año 2006, por el Instituto Nacional de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública, muestra que la edad de inicio del tabaco en los niños, oscila entre los 10 y los 12 años, en cuanto a la cantidad de consumo por delegaciones políticas, se puede observar que en las Delegaciones Magdalena Contreras, Coyoacán, Azcapotzalco, Iztacalco y Cuajimalpa las mujeres fuman en mayor cantidad que los hombres, tal como se muestra en el cuadro 1.

(Cuadro 1. Prevalencia del tabaquismo en adolescentes de ambos sexos en las Delegaciones del Distrito Federal)

<b>Delegación</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Benito Juárez	58.5	50.1
Magdalena Contreras	58.1	56.1
Venustiano Carranza	55.2	47.0
Cuauhtémoc	54.9	46.3
Coyoacán	54.7	51.1
Azcapotzalco	53.5	53.2
Álvaro Obregón	52.2	49.4
Tlalpan	51.1	50.7
Iztacalco	50.4	50.8
Tláhuac	51.1	37.8
Cuajimalpa	49.3	54.7
Milpa Alta	49.0	39.9
Xochimilco	47.2	43.0
Miguel Hidalgo	46.1	49.3
Gustavo A. Madero	46.1	42.5
Iztapalapa	43.0	43.0

(Encuesta de Adicciones del D.F. 2006. INP y SEP)

Del anterior cuadro, se deduce que el consumo de tabaco en las mujeres se ha incrementado de manera drástica, la ENA aplicada en 1988, muestra la relación entre hombres y mujeres fumadores en una proporción de tres hombres consumidores por una mujer en el Distrito Federal, sin embargo encuestas actuales exponen que las proporciones de hombres y mujeres fumadoras han crecido a un hombre por una mujer y en algunos casos se observa un consumo levemente mayor en mujeres que en hombres.

Esta encuesta detectó que 1, 075,853 jóvenes entre 12 y 14 años fuman diariamente, de estos 465,217 fuman 6 o más cigarrillos diarios y 120,000, es decir una cuarta parte pueden estar en dependencia. De acuerdo a los criterios de motivación para dejar de fumar 36,000 de ellos están conscientes de que tarde o temprano deben

abandonarlo, un 30% reciben consejo médico breve. 50% de estos aceptarían recibir consejo médico sistematizado y 24,000 (20%) estarían dispuestas a dejar de fumar. También se observó que los fumadores que no dejan el tabaco antes de los 35 años tienen un 50% de probabilidades de morir por alguna enfermedad relacionada con su uso. <sup>(97)</sup>

A nivel nacional, el inicio del consumo de tabaco a edades tempranas implica la iniciación e inclusión en un grupo de fumadores muy jóvenes cuyo estudio se separó en la ENA 2002 para diferenciar la situación de los adolescentes (el consumo ilegal) y los adultos. Casi un millón de adolescentes de 12 a 17 años en área urbana son fumadores (10.1%), con una prevalencia mayor en los hombres (15.4%) respecto de las mujeres (4.8%). En el área rural, la prevalencia de fumadores menores de edad es menor (6.1%); se observa el mismo patrón de mayor consumo en los varones (11.3% en hombres contra 1% en mujeres). La facilidad del acceso al tabaco para los menores de edad se refleja en México en la información disponible de consumo de tabaco en adolescentes, a pesar de la legislación vigente.

Casi la mitad de los adolescentes (47.6%) comenzó a fumar entre los 15 y 17 años, y en el área rural esta cifra es aún mayor (50.5%). Además, en ambas áreas se advierte que el 10% de los hombres comenzó el hábito antes de los 11 años; ninguna mujer inició el hábito a esta edad, la edad de inicio que ellas mostraron fue de 13 a 17 años. La mayoría de los adolescentes sólo fuma de 1-5 cigarros al día (86.5%); la prevalencia de consumo de un mayor número de cigarros es menor que de uno a cinco cigarros.

En comparación con el área rural, los fumadores adolescentes del área urbana refieren un mayor grado de escolaridad (preparatoria en 35.4%) que los del área rural (preparatoria en 1.4%). Sin embargo el factor nivel de escolaridad no es un determinante para el menor consumo de tabaco debido a que desde la primaria y en los siguientes grados escolares se incluye información sobre el tabaco y las adicciones y aún así estas se consumen incluso aún más.

Otros factores como la curiosidad y la presión de los amigos tienen un papel importante en el inicio del consumo de tabaco. El consumo de tabaco se va incrementando de manera rápida, una vez que se prueban los primeros cigarros, algunas veces desde la niñez, esto se da por varios factores: biológicos, psicológicos y sociales. Hay que considerar que como con las demás drogas, los factores multicausales no se pueden tratar de manera aislada. <sup>(15)</sup>

Finalmente en lo que respecta a los efectos del tabaquismo pasivo en la infancia, se han descrito diversas enfermedades y alteraciones que se inician desde el feto debido a la exposición de la madre fumadora y se continúan con la exposición involuntaria de los niños debido al tabaquismo de sus padres y familiares cercanos. En el caso de la mujer embarazada fumadora existe una serie de alteraciones embrionarias que se denominan como *síndrome fetal de tabaco*. Estas incluyen: disminución del peso al nacer, variaciones endocrinas en el recién nacido, mutaciones del ADN en diferentes tipos de células con riesgo elevado de producir alguno de los siguientes tipos de cáncer en los niños: cáncer de pulmón, cáncer nasofaríngeo, cáncer de vejiga, cáncer de estómago, tumores cerebrales, enfermedades cardiovasculares y asma bronquial.

Se ha comprobado además que muchos niños de madres que fumaron durante el embarazo sufren alteraciones en el aprendizaje, así como disminución del coeficiente intelectual (entre los 3-4 años), problemas de comportamiento (entre los 8 y 12 años), y durante su vida es común que padezcan enfermedades vasculares. Además, como ya se ha descrito, la mujer embarazada tiene un aumento en el riesgo de sufrir una serie de problemas del embarazo que ocasionan que la mortalidad perinatal aumente en el 28%. Otras enfermedades que pueden aparecer en la infancia debidas al tabaquismo pasivo pueden ser: incremento del riesgo a padecer trastornos respiratorias y asma bronquial después del primer año de vida, menor peso en la infancia y enfermedades del oído medio. También se ha descrito que el tabaquismo materno puede duplicar el riesgo de padecer el síndrome de muerte súbita del lactante, siendo una de las causas de mortalidad evitables más importantes. Por último, el tabaquismo pasivo en los niños se relaciona frecuentemente con una mayor incidencia de cáncer en la edad adulta y mayores probabilidades de enfermedades infecciosas.

### **Antecedentes históricos del tabaquismo.**

El tabaco es originario de América, específicamente de la ruta de la cultura maya. El consumo entre los mayas se extendió desde el año 2000 a.C. hasta el 987 d.C., abarcando los estados de Chiapas, Campeche, Yucatán, Guatemala y Honduras. Los mayas eran excelentes comerciantes en el Golfo de México y las islas del Caribe y comerciaban el tabaco entre otros productos como el Cacao y el Henequén y para ese entonces éste ya se consumía fumado, en compresas e inhalado. Todas estas islas tuvieron en común el tabaco de México, nombrado por los mayas como “CIKAR” que en esa lengua significa fumar. El tabaco también era intercambiado con los olmecas y difundido en el norte de América hasta Canadá. Por lo tanto los primeros que usaron las hojas de tabaco para fumarlas fueron los mayas en sus rituales de adoración al sol, para augurar buenas cosechas.

En la América precolombina, el tabaco no sólo se empleaba con fines rituales, sino también curativos y es que los nativos mayas estaban convencidos de que algunas enfermedades eran producidas por malos espíritus que se apoderaban y habitaban en el enfermo y sólo podían expulsarse a través del humo de tabaco.

La planta del tabaco, llamada científicamente *nicotiana tabacum*, tiene un tallo de metro y medio de radio aproximadamente, recto, redondo, felpudo y relleno de carne blanca. Las hojas son verdes, puntiagudas y pegajosas al tacto debido a la gran cantidad de vellitos que las recubren. Las flores son de la familia de las solanáceas, nacen pegadas al tallo y a las ramas formando anchas espigas son hermafroditas, grandes y atractivas, de color rojizo. El fruto es una cápsula ovoide, aguda, con numerosas y diminutas semillas pardas, aunque el origen de esta planta es tropical, suele resistir los inviernos templados del litoral mediterráneo, brotar de nuevo y volver a crecer en primavera. <sup>(55)</sup>

Originariamente, en América se cosechaban dos especies diferentes de tabaco en estado silvestre: la *Nicotiana Rústica*, cuyo cultivo tenía lugar en México y el este de América y tenía una hoja estrecha con un alto contenido de nicotina y sabor muy

amargo, se fumaba en pipa y la *Nicotiana Tabacum*, que es alta, ancha y mucho más suave, siendo origen del tabaco como se conoce actualmente.

El tabaco fue mostrado a Europa por dos marinos españoles; mientras exploraban por mandato de Colón la isla de Cuba, el encuentro fue en las playas de San Salvador donde fueron recibidos por nativos que llevaban frutas, jabalinas y “hojas secas que desprendían una peculiar fragancia”. En la década de 1560: Jean Nicot, embajador francés, enaltece y expone las propiedades medicinales del tabaco a la reina de Francia. <sup>(73)</sup>

Los primeros españoles en consumir el tabaco en fueron los expedicionarios y los marinos, posteriormente las clases más privilegiadas lo utilizaban por las propiedades médicas que adjudicaban los nativos a la planta.

Rodrigo de Jerez, un almirante que acompañó a Colón, fue quien años después introdujo el hábito de fumar en España y otros países, motivo que le costó muchos años de cárcel, al ser condenado por la santa inquisición, ya que ésta afirmaba que sólo el diablo tenía el “poder” de echar humo por la boca.

En 1560 Nicolás Monardes, médico de profesión de Sevilla llevó a cabo la primera aclimatación europea de la planta, con la creencia de que era una auténtica panacea que servía para curar diversas enfermedades, se usaba para sanar la dermatitis, dolores de cabeza, ceguera, dolor de muelas, tos e incluso asma crónico entre otras. Derivado de distintos experimentos, el tabaco se extendió rápidamente por Europa y Rusia, y en el siglo XVII llegó a China, Japón y África.

En el siglo XVI fumar se puso de moda por salud, considerándolo una fuente natural de bienestar, se comenzaron a fabricar cigarros con la finalidad de que el tabaco fuera consumido por todas las clases sociales distinguiendo la pipa entre las más usuales.

En 1561 el tabaco se extendió de España a Portugal para que posteriormente el diplomático Jean Nicot lo introdujese en Francia, a este embajador le debe el nombre genérico la planta (*Nicotiana*).

La fama del tabaco como un súper medicamento se dio por la experiencia que tuvo la Reina Catalina de Médicis (1560), quien sufría fuertes dolores de cabeza y que aconsejada por el embajador francés Jean Nicot le recomendó que aspirara tabaco por la nariz. Los dolores desaparecieron y el rumor hizo del tabaco un medicamento curativo, la fama creció y a partir de ese hecho, los poderes como medicamento se extendieron por toda Francia y Europa. Por el mismo año, el botánico sueco Linneo publicó su libro *Species Plantarum* bautizando a la planta como *Nicotiana Tabacum* en homenaje al embajador. <sup>(56)</sup>

Para la segunda mitad del siglo XVI, todo el tabaco que entraba en España era elaborado por indígenas mal pagados y sembrado a granel, tal situación lo convertía cada vez más en un remunerable negocio, los colonos españoles no dudaron en ser ellos los que se empezaron a encargar de la producción y el transporte, convirtiéndolo en un monopolio.

Durante el siglo XVI el tabaco empezó a considerarse como una droga, lo que llevó a tomar medidas al respecto. En el año 1600 en China, el filósofo Fang, afirmó que fumar tabaco producía quemaduras en los pulmones, llegando a prohibirse su uso en 1638 y más aún la distribución y tráfico de éste era castigado con la decapitación. En el año de 1620 Japón prohíbe su uso y consumo. Sin embargo este se consumía de manera ilegal.

En 1717, un decreto real de la Corona de España fundó la primera fábrica de tabaco en Cuba, llamada la Real Factoría de la Habana, implantando así un monopolio para la naciente industria cubana. En el año de 1758, se establece en Sevilla, la primera gran fábrica de tabaco.

Con este monopolio, se comenzó a dar un descontrol en la cantidad de plantíos, tráfico ilícito y siembras clandestinas, por lo que los empresarios exigían a las autoridades medidas legales de control. Por otro lado los efectos negativos a la salud, comenzaban a hacerse notar, a pesar de todo el consumo seguía incrementándose, al mismo tiempo el fumar tabaco con fines médicos disminuyó significativamente.

En 1904 empezó la fabricación de los cigarros “Elegantes” en cajetillas de 18 piezas y desde fines del siglo XIX y comienzos del XX, el cigarro ocupó la primera posición en el mercado.

Durante el siglo XIX todavía había quien creía que el tabaco poseía propiedades médicas, incluso hoy en día en las zonas mayas, muchos indígenas consideran que para evitar malos espíritus y posesiones se debe fumar en ciertas circunstancias.

En el año de 1929 Fritz Licking publica las primeras evidencias estadísticas de este problema, que relacionan directamente el cáncer de pulmón y el tabaco; en 1939 se presenta el primer estudio epidemiológico al respecto elaborado a nivel mundial y es en 1956 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que el tabaco es la principal causa previsible o evitable de muerte precoz.

En esta época es cuando comienza la gran controversia, por un lado de los productores, comerciantes y publicistas y por otro el otro el elevado costo social producido por enfermedades, incapacidades y muertes prematuras.

Hoy en día la industria tabacalera se encuentra posicionada como un sector globalizado muy competitivo, rentable y con una extraordinaria solidez además de estar protegido por ser un importante recaudador de impuestos y que se apoya de poderosas campañas de marketing, e ingeniosos publicistas así como de figuras importantes de la sociedad que han servido para iniciar, mantener y extender el deseo sobre todo en los jóvenes de fumar. Actualmente a pesar de las campañas de prevención sigue siendo una de las industrias con mayor solidez, aunque lo que es claro es que las actividades preventivas y educativas son la clave para la disminución y erradicación de este hábito.

Las acciones preventivas y de tratamiento para ayudar a los consumidores a dejar de fumar empezaron a desarrollarse a finales de los años cincuenta, basándose principalmente en proporcionar información sobre los efectos dañinos del tabaco en la

salud. En los años sesentas y setentas comenzaron a incorporarse en las campañas de información otras actividades para el fomento a la salud, como por ejemplo las discusiones de grupo, el juego de roles y las intervenciones conductuales. Más tarde se elaboraron manuales de autoayuda, libros y se difundieron otros remedios empíricos que adquirieron popularidad, pero que carecían de fundamentos teóricos. A partir de los años ochenta, los investigadores de la salud comenzaron a percatarse de la dificultad que implicaba a los fumadores dejar este hábito, los programas existentes, empezaron a evidenciar la necesidad de añadir otras metodologías estructuradas y sistematizadas, como por ejemplo, el entrenamiento de habilidades, la prevención de las recaídas, la utilización de medios de comunicación y el consejo profesional. Aunado a estos esfuerzos, y contemplando la problemática sanitaria cada vez más creciente, la industria farmacéutica se dio a la tarea de llevar a cabo varias investigaciones para la deshabituación sistematizada de la nicotina hasta llegar a la propuesta de promover los llamados tratamientos sustitutivos o de reemplazo de nicotina y otros tipos de medicamentos especializados, por supuesto abriéndose un nuevo mercado muy prometedor para este sector.

En los años 30's y 40's las técnicas aversivas eran las más utilizadas, posteriormente se emplearon las llamadas en aquel entonces de "*técnicas de desvanecimiento*", hoy conocidas como reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán (deshabituación), basadas en los principios derivados del condicionamiento operante.

Dentro de los tratamientos psicológicos en el tabaquismo, desde hace 40 años se han utilizado las técnicas cognitivo-conductuales debido a su factibilidad de medición y a los evidentes logros obtenidos.

Es a principios de los años noventa cuando tanto en Estados Unidos como en Europa las autoridades sanitarias y la sociedad civil demandaron soluciones urgentes en el ámbito de la salud, social, político y económico a fin de atender este problema, al mismo tiempo se exigía identificar qué tipo de terapias eran más efectivas para el tratamiento del tabaquismo; ante un listado de más de 400 psicoterapias existentes<sup>(16)</sup> en el mercado, la terapia Cognitivo-Conductual fue la más recomendada por la American Psychological Association (APA), debido a su nivel de evidencia.

Con el deseo de determinar la eficacia de los tratamientos psicológicos en función del tipo de trastorno psicológico y elaborar manuales y guías de tratamiento adecuadas a cualquier situación clínica concreta, la división 12 (Clinical Psychology), presidida entonces por David Barlow, de la American Psychological Association (APA) y a instancias de la Sección III (Society for a Science of Clinical Psychology), se creó en 1993 un grupo de trabajo sobre promoción y difusión de los tratamientos psicológicos existentes para esta problemática, en la cuál figura como primer lugar la terapia Cognitivo-conductual por la amplia cantidad de evidencia demostrable. (American Psychology Association, "Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence", 2001)

La dependencia del tabaco presenta características similares a las de las enfermedades crónicas degenerativas. La mayoría de los fumadores se mantienen en el uso del tabaco durante décadas, entre ciclos de abstinencia y recaídas, percatarse y aceptar el tabaquismo como un problema es esencial para su tratamiento. Durante

las últimas décadas la investigación y práctica para el abandono del tabaquismo se ha concentrado en elaborar programas basados en diversos marcos conceptuales con el objetivo de que “conviertan” en ex fumadores permanentes a los usuarios.

Como en todo proceso crónico, la prevención primaria es fundamental para el control del tabaquismo, pero igualmente lo son el tratamiento temprano y las intervenciones terapéuticas. La investigación sobre los tratamientos psicológicos ha ido progresando desde una postura de validación y apoyo empírico hasta su formulación como un modelo de práctica basada en la evidencia. Desarrollar teorías coherentes y comprensibles, trabajar con clínicos expertos y reconocer la importancia del cliente permitirá diseñar un modelo que facilite el avance del conocimiento sobre los tratamientos psicológicos más eficaces. <sup>(6)</sup>

En el caso del tabaquismo, el modelo multicomponente aunado a la Terapia Cognitivo-Conductual, ofrece la posibilidad de verificar que se cumpla con los conceptos metodológicos básicos de la validez interna y externa en condiciones de un adecuado control experimental, ya que la metodología de este tratamiento, cumple con los siguientes requisitos:

- 1.- Los usuarios deben cumplir con criterios específicos de ingreso para la Clínica, por ejemplo: sólo deben padecer un trastorno o problema diagnosticado y aquellos quienes tienen múltiples trastornos son excluidos.
- 2.- Algunos pacientes reciben intervención terapéutica y también pueden contar con apoyo farmacológico, por lo mismo el control debe ser riguroso permitiendo evaluar las intervenciones.
- 3.- La intervención se adapta a las características del usuario
- 4.- Los objetivos son operacionales
- 5.- Los pacientes son seguidos durante un período fijo después del tratamiento <sup>(89)</sup>

Los estudios de eficacia señalan que los pacientes del grupo de terapia cognitivo-conductual logran mejores resultados que los del grupo control, entonces la intervención queda reconocida como "tratamiento con apoyo empírico".

El elemento clave que diferencia a los Tratamientos bien establecidos de los Tratamiento probablemente eficaces no es otro más que la calidad de evidencia empírica que lo sustenta, es decir, el tipo de diseño metodológico, siendo la máxima evidencia la que aporta el diseño experimental aleatorio. (Secades Villa y Fernández Hermida, Universidad de Oviedo España, 2003).

Una herramienta importante en el tratamiento multicomponente del tabaquismo y que más adelante se retomará detalladamente es la *entrevista motivacional*, de la cuál hasta el momento no se dispone de suficiente evidencia que permita asumir que la relación terapéutica opera de manera idéntica en todos los tipos de psicoterapia o con todos los pacientes, sin embargo es posible inferir que la calidad emocional y

relacional del vínculo entre paciente y terapeuta es una parte imprescindible para el éxito del proceso psicoterapéutico pero la medición de su efecto no es sencilla. <sup>(37)</sup>

El Código Ético de la American Psychological Association (2003) y los Códigos de ética profesional del Psicólogo, destacan la responsabilidad del profesional de que se deben ofrecer tratamientos con apoyo empírico que garanticen la validez de sus efectos, resaltando la necesidad de la formación y capacitación continua del psicólogo. La búsqueda de información válida, la lectura crítica y la incorporación del saber que paulatinamente se van adquiriendo con la práctica del terapeuta, son tareas que forman parte de la curricula del psicólogo clínico. <sup>(8)</sup>

El objetivo de este manual es integrar un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática teniendo como propósito el apoyar a los terapeutas y a sus usuarios en el proceso de las intervenciones psicológicas y tratamientos adecuados para el abandono del Tabaquismo, haciendo particular énfasis en el modelo multicomponente para dejar de fumar y con el enfoque psicológico de la terapia cognitivo-conductual debido a la eficacia encontrada en México y muchos países en comparación con otros enfoques teóricos para el tratamiento de las adicciones y en consideración de que la parte básica para el abandono del tabaquismo radica en la intervención psicológica terapéutica.

Es importante mencionar que este manual considera el acatamiento a los reglamentos y Normas Oficiales Mexicanas vigentes en la materia y que no se encuentra involucrado en ningún conflicto de intereses de ningún tipo más que con el compromiso de apoyar e informar sobre el tratamiento multicomponente para dejar de fumar al psicólogo que así lo necesite.

## **Capítulo Dos.**

### **Modelos terapéuticos en tabaquismo.**

#### **Introducción a los modelos terapéuticos en tabaquismo.**

El objetivo de este capítulo es realizar una revisión crítica de la historia del tratamiento del tabaquismo, sus antecedentes y su situación actual a nivel nacional centrándose en las principales investigaciones existentes así como en los enfoques teóricos más representativos al respecto.

Si bien desde siglos atrás se han teorizado y comprobado los efectos nocivos que el tabaquismo ocasiona a la salud y los costos económicos al erario público que este constituye en México y el mundo, es hasta los años de 1940, aproximadamente, cuando se comienzan a aplicar, estructurar y estudiar técnicas específicas para el tratamiento de las personas con dependencia a la nicotina, hasta ese momento, los remedios o curas existentes se derivaban de conocimientos empíricos, populares, y sin posibilidad de evidenciar.<sup>(70)</sup>

En esta revisión se analizan las técnicas principales en el tratamiento del tabaquismo que han demostrado ser más eficaces y aquellas que más se han utilizado en los últimos años, como son los métodos de aversión, la reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán, la exposición a indicios, extinción y control de estímulos, la técnica del fumar controlado para la reducción de daños, las habilidades sociales, la prevención de recaídas, el entrenamiento en solución de problemas, etc. Así como la intervención de programas más complejos como los multicomponentes, los conductuales, etc. Otro punto que se considera esencial son los antecedentes y surgimiento de los modelos terapéuticos utilizados y su relación con las adicciones.

Finalmente, se presentan los últimos avances que se han producido, como son el tratamiento de la comorbilidad, la necesidad de mejorar el modo de prevención de recaída y la optimización en los diversos tratamientos y combinaciones existentes. Actualmente, ya se dispone de tratamientos psicológicos eficaces, pero por supuesto, se debe continuar en el mejoramiento, la difusión y capacitación de los profesionales de la salud para el tratamiento del tabaquismo.

Antes de abordar las técnicas y herramientas para el abandono del tabaquismo, es importante mencionar que el 90% de los tratamientos más utilizados en muchos problemas de conducta, incluyendo las adicciones, derivan esencialmente de técnicas cognitivo conductuales, así que se empezará con los principios teóricos de estos enfoques.<sup>(19)</sup>

La investigación sobre el efecto de los tratamientos psicológicos ha ido progresando desde una postura de validación y apoyo empírico hasta su formulación como un modelo de práctica científica. Encontrar la evidencia más válida, desarrollar teorías coherentes y comprensibles, trabajar con clínicos expertos y considerar las necesidades del usuario permite diseñar modelos que faciliten el avance del conocimiento sobre los tratamientos psicológicos más eficientes.

La amplia proliferación de tratamientos psicológicos existentes en la actualidad exige un control de calidad más estricto, es decir, del control de sus efectos para identificar los programas psicoterapéuticos más efectivos y los mecanismos psicológicos a través de los cuáles actúan. Sin embargo, el conocimiento de los resultados de la investigación empírica y su integración posterior en la práctica del profesional no ha llegado a consolidarse del todo debido a la dificultad para extraer información útil de los datos de investigación, o bien por los problemas de interpretación estadística y de comprensión del diseño del estudio, siendo esenciales el desarrollo de organizaciones académicas que permitan el debate y la reflexión sobre los elementos que contribuyen al efecto obtenido de la psicoterapia como una iniciativa interesante que permita el intercambio de experiencias y valoraciones con el fin de mejorar la calidad de las intervenciones psicológicas. <sup>(41)</sup>

La preocupación por fundamentar la práctica profesional en psicología sobre la evidencia empírica no es nueva, sin embargo, desde años atrás, Eysenck y col. (1952), afirmaban que entre los grupos de pacientes integrados en procesos psicoterapéuticos y los grupos control no había diferencias estadísticamente significativas, incitando a un movimiento de debate que hasta hoy provoca controversias. Durante los años siguientes muchos grupos de investigadores en el mundo llevaron a cabo grandes esfuerzos para demostrar la superioridad de los tratamientos psicológicos sobre el placebo. Hasta el día de hoy, los resultados de los meta-análisis llevados a cabo apoyan la superioridad del tratamiento psicológico sobre el placebo y en ocasiones incluso sobre el fármaco y lo que también es cierto es que el tratamiento psicológico potencializa la recuperación del paciente cuando se administra en conjunto con el fármaco. <sup>(36)</sup>

Si los estudios de eficacia señalan que los pacientes del grupo de terapia consistentemente logran mejores resultados que los del grupo control entonces la intervención queda identificada como "tratamiento con apoyo empírico".

Durante las últimas décadas se han llevado a cabo diversos estudios sobre el costo-efectividad de los tratamientos del tabaquismo, la mayor parte de ellos en Inglaterra y en los Estados Unidos de América, estos estudios muestran que determinadas intervenciones de tratamiento del tabaquismo son eficaces y no muy costosas. Estos trabajos abarcan un rango de intervenciones que van desde el consejo médico de baja intensidad pero de gran alcance en el consultorio (intervención mínima), hasta llegar a una intervención más intensiva realizada en unidades especializadas de tratamiento.

El tratamiento psicológico fue de hecho, el primer tratamiento efectivo disponible para tratar a los fumadores, este surge en los años 60, junto con las técnicas de modificación de conducta y se expande mundialmente en los años 70 hasta llegar al nivel de desarrollo de los tratamientos multicomponentes de expansión actual, con técnicas psicológicas conductuales, cognitivas, motivacionales y de prevención de recaída, la relevancia y eficacia de estas técnicas de intervención y tratamiento con los fumadores es tal que hoy constituye la base del tratamiento psicológico de los fumadores e incluso en la mayoría de ocasiones son un complemento imprescindible

para que el tratamiento farmacológico funcione. La evolución de estos últimos 40 años ha llevado a disponer de tratamientos psicológicos con los que se obtienen altos niveles de eficacia.

Los primeros tratamientos psicológicos sistematizados dirigidos a fumadores comenzaron a proporcionarse a finales de los años 70`s, extendiéndose poco a poco. Hacia la década de los 80`s ya se otorgaban tratamientos psicológicos en combinación con Terapias de Reemplazo de Nicotina (TRN), (goma masticable), los años 80`s y 90`s, se caracterizaron por ser el auge de los tratamientos psicológicos. En esta misma década, también se empezaban a especializar los tratamientos farmacológicos, se comercializó ampliamente el parche de nicotina y el uso del bupropion. También para estas fechas ya se comenzaba a observar la importancia que constituía la teoría de la motivación para el cambio, las diversas fases del abandono (teoría de cambio de Prochaska) y sus problemas y la necesidad de la prevención de recaídas. Al mismo tiempo, se desarrollaron y perfeccionaron distintos tratamientos psicológicos que se constituyeron como tratamientos de referencia tanto a nivel nacional como internacional. <sup>(54)</sup>

Para llevar a cabo el tratamiento psicológico cognitivo-conductual en tabaquismo se debe considerar que fumar es una conducta que se explica principalmente por tres factores:

- 1.- Factores sociales: disponibilidad, accesibilidad y publicidad de la sustancia.
- 2.- Factores psicológicos de reforzamiento y procesos cognitivos.
- 3.- Dependencia fisiológica de la nicotina.

En general, a nivel de atención pública, son varias las estrategias y líneas de acción fundamentales que se utilizan para que los fumadores dejen de hacerlo, estas se resumen en las siguientes tipologías:

1. Elaboración de campañas con el objetivo de convencer a los fumadores para que dejen de fumar por sí mismos (a través de mensajes en los medios de comunicación, campañas públicas informativas, restricción del consumo, incremento de precios, ordenamientos jurídicos, etc.).
2. Elaboración de estrategias multidisciplinarias de sensibilización para que los fumadores sean motivados para dejar de fumar por medio de la consejería por el personal médico y paramédico (médicos, psicólogos, trabajadoras sociales, enfermeras, trabajadores de la educación, líderes comunitarios, etc.).
3. La posibilidad y accesibilidad para proporcionar procedimientos de apoyo de tipo psicológico. Esto implica la facilidad de acudir de ser necesario a tratamientos especializados, (especialmente los fumadores con mayor grado de dependencia donde la elección pueda ser un tratamiento psicológico exclusivamente o una combinación de tratamiento psicológico con apoyo farmacológico).

En estas intervenciones el tratamiento psicológico es un elemento esencial por lo que el psicólogo clínico debe ser idealmente el profesional mejor capacitado para este

fin, ya que él es quien debe tener los conocimientos técnicos especializados para llevar a cabo ese tipo de intervención o tratamiento. Sin embargo, en los últimos años, con mucha frecuencia se aprecia la utilización descontextualizada, de estrategias psicológicas y la falta de formación, también es común observar la puesta en práctica de intervenciones sesgadas y mal utilizadas, de ahí la necesidad de guías y manuales metodológicos y conceptuales.

Para la ilustración de los enfoques y modelos terapéuticos más utilizados en el tabaquismo, se comenzará por las técnicas más utilizadas a nivel popular, no sin antes conocer de manera muy general los antecedentes teóricos que sustentan estos tratamientos. <sup>(2)</sup>

## **Historia de la teoría conductista**

El principal antecedente del Conductismo es la Escuela de Fisiología rusa creada por Schenov (1829-1905). Este teórico postulaba que toda conducta podía entenderse como una manifestación de ciertos reflejos, sin hacer referencia alguna a los procesos mentales, ni a la conciencia. Entre sus principales discípulos se encontraron I. Pavlov (1848-1936) y W. Bechterev (1857-1927). Las principales contribuciones de Pavlov a la psicología, son el estudio experimental de los procesos de condicionamiento, es decir demostrar cómo es que ciertos estímulos que anteriormente eran neutros, pueden generar respuestas condicionadas mediante el aprendizaje. En segundo lugar Pavlov inició el estudio de las neurosis experimentales en animales, que sirvieron para optimizar y estudiar posibles intervenciones y tratamientos. En un estudio experimental, Pavlov mostraba como al cambiarles las condiciones de aprendizaje a los perros estos dejaban ver respuestas de excitación (gruñidos, ladridos, etc.), o en otros casos respuestas de tipo inhibitorias (se mantenían inmóviles, con la cola y las orejas caídas), observándose que estas reacciones tenían relación directa con muchos síntomas de tipo neurótico.

El fundador del Conductismo es John Watson (1878-1958), quien a partir de 1913 comenzó editando publicaciones en donde sentaba las bases de su pensamiento y estableciendo los cimientos del Conductismo; en su manifiesto conductista se expone la idea de que la conducta puede investigarse utilizando métodos objetivos de investigación psicológica, estudiando los reflejos simples y sus combinaciones. El Manifiesto de Watson (1913) comienza diciendo que: “La psicología, tal como el conductista la concibe, es una rama objetiva y experimental de las ciencias naturales. Su objetivo teórico es la predicción y el control de la conducta. En el conductismo, la introspección no es esencial en sus métodos, ni tampoco depende su valor de datos de interpretación en términos de “conciencia”. El conductista, en sus esfuerzos por lograr un esquema unitario de la respuesta animal, no reconoce una línea divisoria entre el hombre y éste. La conducta del hombre, con todos sus refinamientos y complejidad, es sólo una parte del esquema total de investigación del conductista. <sup>(96)</sup>

El objeto de la psicología científica es la formulación teorías que permitan la predicción de conductas y que sean lo suficientemente generales para abarcar todos los organismos (no sólo al hombre). Los estudios ubican el énfasis principalmente en las conductas (los comportamientos observables), que reemplazan al método

introspectivo como método de investigación por estudios de laboratorio dedicados al condicionamiento.

Para el conductismo queda definido que el ambiente y la educación en general, influyen de forma determinante sobre las personas. Parecería que esta concepción, plantea problemas respecto a los valores y la ética. Este aspecto fue uno de los más criticados, el objetivo era poder determinar el tipo de respuesta que daría una persona o animal frente a un estímulo determinado y por qué se da esa respuesta. Con esta orientación la investigación se dirigió hacia la experimentación con animales y humanos, poniendo especial atención sobre el aprendizaje en general. El Conductismo, en el ámbito humano, hace hincapié en la importancia del ambiente. Este movimiento ambientalista, surgió como una reacción frente a los avances de los movimientos eugenésicos, principalmente de los EE.UU. y Europa en los comienzos de la década de los años 20`s, muchas personas que escaparon de la guerra comenzaron a llegar a Norteamérica, provenientes de distintos puntos de Europa. Estos inmigrantes recién llegados, en la mayoría de los casos no lograban adaptarse a la sociedad, observándose que la marginación y el desarraigo, hacían que se involucraran en ocupaciones riesgosas y destructivas o que se convirtieran en personas marginadas, locos o delincuentes.

El supuesto de estas teorías que defendían la supremacía de la raza blanca americana, era que existían factores genéticos intrínsecos que se iban a desarrollar necesariamente, independientemente del medio. Este movimiento eugenésico (εὖ: bien; γενεά: nacimiento, raza), cobra una fuerza enorme en EE.UU. y frente a estas posturas que planteaban que lo único importante es el origen (γενεά), surge una corriente que replantea exactamente lo opuesto: lo importante y determinante es el medio y el aprendizaje, este planteamiento es el que sostiene el Conductismo. Esta escuela comienza a dar una dura pelea a los representantes de las líneas eugenésicas que se libraban no sólo en los ámbitos científicos y académicos, sino que también hubo fuertes debates sociales y legales. <sup>(77)</sup>

### **Teoría del Condicionamiento Clásico.**

Los autores más importantes y reconocidos dentro de esta teoría son Pavlov y Watson. Quienes son ampliamente conocidos por sus trabajos del arco reflejo y su investigación en las respuestas de los perros, extendiéndose luego de la psicología animal al campo humano y permitiendo explicar muchos de los procesos básicos de aprendizaje.

La experiencia de Pavlov permitió comprender cómo se pueden condicionar ciertos aprendizajes, logrando por ejemplo, que un alimento apetitoso para la mayoría de los animales no generara salivación o bien que se generara mediante condicionamiento. La investigación consistió en hacer sonar una campana junto con la aparición de la comida a un grupo de perros, al tiempo de presentar el estímulo incondicionado (comida), se presentaba un estímulo condicionado (el sonido de la campana), y se obtenía en principio una respuesta incondicionada (salivación), que luego de repetir varias veces la prueba se transformó en una respuesta condicionada (salivación). Después de repetidas ocasiones, se hacía sonar la campana y los perros secretaban

saliva, tal cual lo habían hecho frente a la comida, la respuesta (salivación), se había transformado en una respuesta condicionada, en este caso al sonido de la campana.

*Teoría del Condicionamiento Operante:* Su principal representante fue Skinner, quien desarrolló a partir de la Teoría del Efecto de Thorndike (1913), los más importantes planteamientos de esta orientación. La Ley del Efecto dice que los comportamientos que son seguidos por consecuencias placenteras o agradables tienden a repetirse y aquellos que causan molestia o son desagradables tienden a desaparecer.

A partir de este planteamiento Skinner extendió este principio llamando refuerzos a aquellos estímulos que operan sobre la conducta precedente haciendo que esta aumente en frecuencia o intensidad. Esta teoría se ocupa principalmente de las conductas que los organismos realizan espontáneamente y que se dan sobre el medio, y de las consecuencias que se tiene del mismo y el control que estas generan en las conductas originales.

Se le llama *refuerzo* a todo estímulo que aumenta en intensidad o en frecuencia a la conducta anterior, y existen refuerzos positivos y negativos:

- *Refuerzos positivos:* Son aquellos en donde existe un estímulo positivo presente, que permite aumentar en intensidad y frecuencia la conducta o respuesta que se había dado anteriormente. Por ejemplo: si un niño se porta bien y nosotros lo premiamos con una golosina, el niño tenderá a portarse bien con mayor intensidad o frecuencia con posterioridad para recibir la golosina (estímulo), la cuál operó como un refuerzo positivo, respecto a la conducta precedente (portarse bien) haciendo que esta se incrementara.
- *Refuerzos negativos:* son aquellos en donde se espera (se anticipa) una consecuencia desagradable y esta no ocurre, por lo tanto aumenta la conducta precedente. Ejemplo: si el mismo niño se porta mal y espera tener algún castigo o sanción y este no se da (negativo), posteriormente aumenta la conducta precedente de portarse mal ya sea en intensidad o frecuencia; la ausencia de castigo opera como un refuerzo de la conducta anterior (la de portarse mal).<sup>(12)</sup>

Existen dos combinaciones importantes con relación a este esquema, y es que haya una disminución de la conducta precedente, y en este caso ya no se habla de refuerzo, sino que se dice que se dio una aversión o punición y lo que se denomina ausencia de recompensa frustrante:

*Ausencia de recompensa frustrante:* esta se da cuando alguien espera algún tipo de recompensa o premio y este no se obtiene y genera que el comportamiento anterior disminuya en intensidad o frecuencia. Por ejemplo: Si el mismo niño que se portaba mal, ahora espera que se le levante el castigo comenzará a portarse bien pero las personas no lo hacen, no lo notan. Lo que se esperará es que vuelva a portarse mal, como consecuencia de la falta de recompensa (el levantamiento del castigo), si esto ocurre pasa que el estímulo esperado al no aparecer opera como ausencia de recompensa frustrante. Como puede observarse estas formas de aprendizaje se ven diariamente de muchas maneras, y estas modalidades básicas se utilizan

cotidianamente con los hijos, con la pareja, con nosotros mismos de manera reiterada y continuada y permiten explicar muchos de los comportamientos y métodos de aprendizaje más sencillos.

Sobre esta base y entendiendo que los trastornos mentales son en muchos casos problemas de aprendizaje, entonces es posible comprender cómo se plantean las conceptualizaciones de dichos trastornos y también su posible tratamiento desde la óptica de la Terapia de Conducta.

El paradigma del condicionamiento operante, ha generado infinidad de técnicas conductuales. Cuando se diseña un programa de reforzamiento es importante identificar cuáles son los reforzadores que para esa persona o grupo de personas tiene especial relevancia, ya que lo que puede ser reforzante para algunos puede no serlo para otros. <sup>(31)</sup>

### **Conceptos básicos del Conductismo.**

Según Kazdin (1978), teórico del conductismo: La modificación de conducta se define como la aplicación de la teoría y de la investigación básica procedente de la psicología experimental al cambio de la conducta, con el propósito de resolver problemas tanto de índole personal como social, y de mejorar el funcionamiento humano en general.

Autores como Nietzel y Berstein (1980), señalan entre las principales características de la Terapia de Conducta las siguientes:

- Se considera a la conducta como un producto del aprendizaje.
- Los factores heredados o innatos no son tan importantes en la adquisición de la conducta, aunque se acepta la influencia de posibles factores constitucionales o genéticos.
- Se le da especial relevancia al método experimental, como medio idóneo para la descripción, predicción y cambio de conductas.
- El objeto de estudio está situado en la conducta, entendida ésta como una actividad cuantificable y evaluable en distintos niveles (motor, afectivo, fisiológico, cognitivo).
- Se considera indispensable la validación rigurosa y la comprobación de la eficacia de cualquier procedimiento, ya sea de evaluación o bien de tratamiento.
- La conducta se adquiere y modifica por los mismos mecanismos de aprendizaje, no se considera a las enfermedades mentales como entidades cualitativamente distintas en cuanto a génesis y dinámica funcional.

- La evaluación y el tratamiento se consideran funciones estrechamente relacionadas y estas van dirigidas a modificar las conductas desadaptativas.
- Los tratamientos conductuales son en general, estructurados, concretos y operacionales.

## **El Conductismo y la Psicoterapia.**

Si bien desde principios del siglo XX, comenzaron a aparecer trabajos sobre la aplicación de los principios del aprendizaje en el tratamiento de ciertos trastornos, estas publicaciones tuvieron escasa difusión y efecto sobre las corrientes de la psiquiatría y la psicología clínica. Fue apenas en los años 60 cuando la terapia conductual surgió como un enfoque sistemático y amplio para el abordaje de diversos trastornos. Hubo tres grandes líneas de trabajo: la inglesa, la norteamericana, y la sudafricana. En EE.UU., B. Skinner, junto a sus discípulos comenzaron a aplicar el condicionamiento operante, el cual fue desarrollado en laboratorios de condicionamiento animal, y fue utilizado posteriormente con personas a nivel clínico con buenos resultados. La principal diferencia entre el grupo norteamericano y el británico, fue que el primero trabajó fundamentalmente con pacientes internados con problemas graves y patologías crónicas; en cambio el grupo británico lo hizo con pacientes con patologías menos severas y en la mayoría de los casos eran pacientes ambulatorios.

Actualmente las aplicaciones de la terapia de conducta abarcan casi la totalidad de los trastornos mentales y muchos otros problemas de conducta o de relación. Entre ellos podemos mencionar trastornos de la alimentación, adicciones, trastornos de ansiedad, en particular fobias específicas, trastornos o disfunciones sexuales, etc.

El Conductismo evolucionó mucho desde sus orígenes, incorporando otros enfoques que fueron ampliando sus consideraciones tanto teóricas como prácticas. Gracias a las críticas que se le fueron haciendo, el Conductismo se modificó y logró un amplio desarrollo con aplicaciones en diversos campos. <sup>(76)</sup>

El objetivo de los tratamientos conductuales es la modificación de los patrones de conducta desadaptativos que conducen a síntomas patológicos. En el tratamiento, se lleva cabo una evaluación detallada de los principales parámetros de conducta y se establecen registros para poder después juzgar la eficacia de este. Con relación al tiempo, los tratamientos tienden a tener una cantidad limitada de sesiones. Tienen un diseño estructurado y se le pone un especial énfasis a los aspectos técnicos en detrimento de la relación terapéutica.

### **Técnicas conductuales para dejar de fumar.**

La terapia conductista desarrolló una amplia gama de técnicas, muchas de ellas muy específicas, para tratar diversos trastornos y problemáticas y sus diferentes usos exceden en mucho la psicoterapia, pudiendo utilizarse algunas de ellas para la educación, la toma de decisiones, la prevención, la publicidad, los deportes, etc. Cabe señalar que si bien las técnicas pueden resultar fáciles de comprender, la aplicación

requiere un profundo conocimiento de éstas, mucha pericia y un alto grado de especificidad y preparación para lograr buenos resultados.

Las técnicas más utilizadas son:

- Técnicas de respiración.
- Entrenamiento en relajación.
- Reforzamiento.
- Técnicas aversivas.
- Desensibilización sistemática.
- Modelado.
- Economía de fichas.
- Entrenamiento en asertividad.
- Entrenamiento en habilidades sociales.

### **Análisis de resultados de las investigaciones en el campo de la Terapia de Conducta.**

La psicoterapia conductista ha mostrado buenos resultados en varios trastornos, en particular en áreas en las que existen síntomas o conductas desadaptativas específicas, al poner énfasis especial en la contrastación empírica, la terapia de conducta desarrolló una enorme cantidad de investigaciones. El problema de la eficacia terapéutica, entendido éste como el dilema de mostrar la relación entre la mejoría de un síntoma o conducta por medio de la utilización de técnicas específicas ha sido el foco especial de interés de muchas investigaciones. También hay diversos estudios con resultados en distintos cuadros psicopatológicos, que muestran buenos resultados obtenidos por la aplicación de estas terapias.

Las terapias para controlar hábitos o reaprender desde comportamientos alimenticios, consumo de drogas, alcohol, control de impulsos, etc., se basan en métodos que se derivan del conductismo. (Flaxman, J. Craighead, A. Kazdin y M.J. Barcelona, España, 2008).

Los principales aportes del Conductismo en psicoterapia son:

1. El conductismo planteó la necesidad del estudio objetivo de los hechos y el prescindir de la especulación y la metafísica.
2. Influyó significativamente sobre el método de la psicología, aportando métodos objetivos y observacionales.
3. Impuso un mayor rigor conceptual al favorecer una definición operacional de los conceptos.
4. Señaló que los organismos interactúan entre sí mediante conductas y que estas son observables (esto no supone la negación de los procesos mentales que fueron retomados y estudiados por el neo conductismo).

5. Mostró que el problema mente-cuerpo sobrepasa el campo de la psicología.
6. Incorporó al campo de la psicología el concepto de conducta y aprendizaje.
7. Posibilitó y fomentó el uso de recursos de evaluación y medición, mediante técnicas específicas para plantear objetivos y estudiar variables psicológicas.
8. Favoreció el desarrollo de una concepción optimista de los problemas psicológicos, que puso énfasis en las posibilidades de cambio.
9. Enfatizó los determinantes actuales de la conducta, por sobre los históricos.

En el campo actual de las psicoterapias, el modelo conductista tal cual como está ocurriendo en muchos otros abordajes y teorías, está sufriendo un importante proceso de fusión y combinación con otras teorías, fenómeno que resulta trascendental. En particular las técnicas conductuales fueron consideradas y retomadas por modelos tan diversos como el cognitivo, el sistémico, el gestáltico y hasta el existencialista, aunque entre ellos existen profundas diferencias teóricas.

Con respecto a las teorías, existen en la actualidad algunas propuestas que plantean una fusión entre la terapia cognitiva y la terapia de conducta, que popularmente se conoce como terapia cognitivo-conductual y que en parte es objeto del presente trabajo, en muchos casos se ha dado una integración entre estos dos modelos (que poseen diferencias teóricas esenciales).

### **Teoría cognitiva del Aprendizaje Social.**

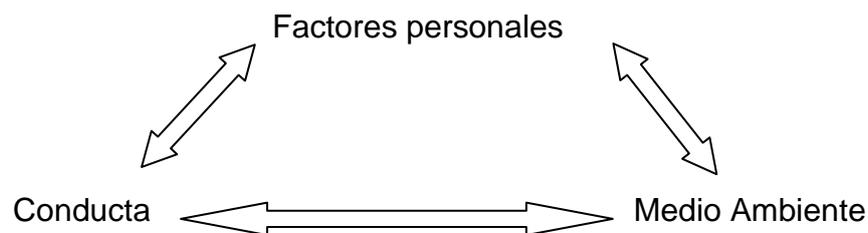
La teoría del aprendizaje social aplicada al fenómeno del tabaquismo, se apoya básicamente de cuatro preceptos:

La teoría del aprendizaje social de Bandura (1977). La aplicación de la teoría de Bandura proporciona una explicación muy interesante de por qué la gente fuma, a través de la observación los niños y adolescentes aprenden a fumar, por ejemplo, los niños aprenden de manera vicaria que fumar permite aliviar la ansiedad de tal manera que cuando se sientan tensos experimentarán fumando un cigarro para remediarlo, otra vía a través de la cual se puede facilitar la iniciación en el consumo es la exposición a modelos que frente a las expectativas del niño, (que esperan ser castigados en una conducta que se les ha inculcado que es socialmente reprobada), parecen sin embargo disfrutar del consumo de tabaco sin que aparezca ninguna consecuencia negativa, pero si los adultos lo hacen, ellos seguirán este patrón de conducta (modelo), todo esto contribuye a que se establezca una adicción y aún más, existen también ciertos factores de la personalidad que pueden incrementar y comprobar la influencia del modelado social, la baja autoestima, la dependencia y el haber sido recompensado en el pasado por la imitación de la conducta de otros.

El principal representante de esta teoría es Albert Bandura, quien a partir de los conceptos de refuerzo y observación ha ido concediendo importancia a los procesos

mentales internos (cognitivos) así como a la interacción del sujeto con los otros y con el medio.

En sus orígenes se llamó Teoría del Aprendizaje Social y desde los años 80's se le conoce como Teoría Cognitivo Social. Bandura con su teoría intenta superar el modelo conductista clásico al presentar una alternativa para cierto tipo de aprendizajes. Esta incorporación de aspectos cognitivos y sociales en la comprensión de los procesos de aprendizaje, es un fenómeno que también se ve claramente en la práctica clínica. Bandura plantea que existe la denominada reciprocidad trídica, entre la persona, su comportamiento externo y el entorno social:



Según la Teoría del Aprendizaje Social, en el aprendizaje humano existen dos procesos básicos: los Procesos simbólicos o cognitivos y el aprendizaje social por imitación. También se entienden dos momentos en el proceso de Aprendizaje y son la fase o momento de Observación y la Fase de Ejecución. En la *Fase de Observación*, la persona aprende o comienza a tomar modelos en forma controlada e indirecta, mediante la observación de otros (modelado), luego viene la fase en donde el sujeto trata de *ejecutar* ese nuevo aprendizaje que es la llamada *fase de Ejecución*. En todo proceso de aprendizaje son notables e indispensables estos dos aspectos (Observación y Ejecución).<sup>(28)</sup>

Ambos momentos ejecución y observación son esenciales en el aprendizaje y deben ser tomados en cuenta cuando se intenta enseñar algo a alguien para que lo aprenda, si ese aprendizaje se queda sólo en la teoría, nunca se dará un aprendizaje completo. No basta sólo ver, sino que hay que experimentar, actuar, practicar, hacerlo activo.

La primera fase, la de observación, puede entenderse como un componente pasivo, ya que indirectamente y de manera pasiva se va aprendiendo, en cambio, la fase de ejecución es un componente activo en el sentido de la acción directa y de la práctica. Debe considerarse que en la primera fase existe un menor riesgo, que en la segunda, un mayor control y una menor exposición por parte de la persona que aprende y en cambio en la segunda, existe una mayor exposición, un menor y por ende un mayor riesgo para el que aprende.

Otro aspecto importante a considerar, es que solamente participando activamente (ejecución) es como se obtienen éxitos y gratificaciones por los logros alcanzados. Es necesario señalar que el aprendizaje es mucho más que "aprender" ya que incluye a la persona en su totalidad y es un proceso fundamental de sobrevivencia en la experiencia humana. Este proceso de aprendizaje abarca no sólo lo que clásicamente

se entiende como conducta, sino también patrones de vinculación, formas de comunicación, de cuidado, de dar y recibir, etc.

El aprendizaje es un proceso que se da durante toda la vida, es en gran parte inconsciente y permite la adaptación tanto emocional o psicológica como física. En este modelo de aprendizaje se incorporan fundamentalmente elementos cognitivos y sociales a los aspectos que clásicamente se consideraron desde las anteriores teorías del aprendizaje. <sup>(27)</sup>

### **Técnicas aversivas de mayor uso para dejar de fumar.**

En base a los principios del aprendizaje y el conductismo, surgen diversas técnicas para la modificación de conductas aprendidas:

Las técnicas aversivas, son técnicas conductuales ampliamente utilizadas cuyo objetivo es modificar conductas. A continuación se describen las más comunes en su práctica para el cese del hábito tabáquico.

Aversión: se da cuando se presenta un estímulo desagradable o no querido como consecuencia de alguna conducta anterior y hace que esta luego disminuya. Por ejemplo, si un niño se porta mal, se le castiga no permitiéndole ver la televisión por su mal comportamiento y esto logra que posteriormente el niño disminuya o elimine su conducta de portarse mal, en este caso, el estímulo operó como una aversión o punición, cabe hacer mención que estas técnicas se enmarcan dentro de las terapias conductuales.

En el caso del tabaquismo, el objetivo de éstas técnicas es conseguir que el fumador sienta repugnancia por el tabaco. Este tipo de técnicas se basan en tres premisas:

1. Los aspectos reforzadores de una conducta disminuyen cuando dicha conducta se repite gran cantidad de veces.
2. Cuando una conducta provoca sensaciones muy desagradables, dicha conducta tenderá a desaparecer.
3. Cuando los efectos displacenteros son debidos a consecuencias negativas intrínsecas a fumar, la intensidad de la aversión aumenta siendo su generalización y mantenimiento más probables.

Las técnicas aversivas implican aparear la conducta que se quiere modificar (en este caso el fumar) con un estímulo desagradable. El objetivo básico de la aversión es establecer una respuesta condicionada negativa a los cigarros. De este modo los aspectos positivos de fumar (sabor, satisfacción, etc.) se convierten en negativos. Las técnicas aversivas pueden reducir el nivel de placer experimentado de fumar o incrementar el nivel de desagrado. Estos procedimientos pueden ser también efectivos para incrementar el compromiso de los fumadores para dejar de fumar a través del énfasis en los aspectos desagradables que produce fumar. Como se puede observar, las técnicas aversivas tienen su fundamento en la teoría conductual aunque

estas prácticas en la actualidad pueden ser criticables ya que pueden dejar secuelas de traumatismos y otros cuestionamientos sobre todo éticos. <sup>(78)</sup>

Las técnicas que siguen más adelante se caracterizan por que utilizan los principios de las teorías conductistas y son modalidades derivadas de las técnicas aversivas.

### **Técnica de Fumar rápido**

La técnica de fumar rápido se basa en los principios del condicionamiento aversivo, utilizando los mismos cigarros como agente aversivo. Este método se lleva a cabo indicándoles a los fumadores que inhalen el humo de los cigarros de su marca preferida cada 6 segundos, para medirlos se utiliza un metrónomo o cronometro. En cada sesión se llevan a cabo tres ensayos de 15 minutos cada uno con una pausa de cinco minutos de descanso entre ellos. Durante los ensayos el fumador debe prestar atención a los aspectos y sensaciones negativas de la situación y del fumar que le va indicando el terapeuta. Los descansos entre los ensayos se aprovechan para comentar los aspectos negativos de la experiencia y sugerirle asociaciones negativas acerca del hábito de fumar. Con la técnica de fumar rápido, el tratamiento dura aproximadamente de dos a tres semanas. Este método prevé que en alrededor de seis sesiones los usuarios dejen de fumar. La aplicación de la técnica de fumar rápido trae consigo varios inconvenientes y desventajas, estas se presentan desde el período previo a la aplicación de la técnica, también se requiere necesariamente de requisitos exclusivos para ser un candidato adecuado a este método por ejemplo es necesario contar con un análisis médico que constate que el fumador tenga buena salud y que sus parámetros fisiológicos sean normales: en el electrocardiograma (ECG), en los estudios de función respiratoria y en sus funciones arteriales y cardiacas y finalmente, que el fumador tenga menos de 40 años. Además, el terapeuta debe explicar detalladamente el procedimiento al fumador para que éste adquiera las expectativas propias de la terapia.

En la mayoría de los problemas encontrados con este método, las sesiones de las técnicas aversivas de tratamiento, suponen problemas no siempre salvables, por ejemplo, si el sujeto deja de fumar bruscamente, es casi seguro que experimentará de forma aguda el síndrome de abstinencia de la nicotina, esto implica la difícil tarea, a veces insuperable de las reacciones fisiológicas desagradables como taquicardias, vómitos, sudoración, malestar, mareos, etc.; Dentro de las sesiones de tratamiento, el terapeuta debe ser firme en la aplicación del tratamiento, reiterando insistentemente en los aspectos negativos que tiene fumar en el organismo cuando la persona inhala el humo cada 6 segundos. <sup>(75)</sup>

### **Técnica del Saciamiento.**

Con el Saciamiento se pretende que los aspectos positivos del fumar (sabor, deleite, satisfacción, etc.) se conviertan en aversivos: es decir, se persigue la pérdida de potencial de reforzador positivo. Para conseguir que los aspectos positivos de fumar se hagan aversivos, se instruye al fumador para que incremente de forma exagerada el consumo de cigarros. Tiene que duplicar, triplicar o cuadruplicar el consumo de cigarros respecto a los que fumaba al comienzo del tratamiento (a nivel base) durante un intervalo de tiempo específico, por ejemplo una semana, produciéndose en este

caso malestar, dolores, vómitos, etc. Después de que el fumador lleva a cabo este proceso durante una o varias semanas, se le pide que abandone los cigarrillos. Como técnica aversiva, se observan los mismos problemas y limitaciones que en la técnica de fumar rápido y también se requiere de un control médico exhaustivo de los fumadores.

### **Técnica de Retención del Humo.**

La técnica de retención del humo o de Saciamento al sabor, ha sido aplicada en combinación con la hipnosis y la consejería para no fumar. La técnica de retener el humo parte de los mismos principios que sustentan los procedimientos aversivos, utilizando el mismo humo de los cigarrillos como estímulo aversivo. No obstante, esta técnica trae consigo efectos menos desagradables que las técnicas anteriores. Además, su aplicación no acarrea riesgos colaterales y se consiguen tasas de abstinencia eficaces, el tratamiento para dejar de fumar con esta técnica se lleva a cabo de 8 a 10 sesiones. Estas comprenden un promedio de 3 ensayos con 5 ó 6 retenciones de humo por cada uno. En el proceso de retener el humo el fumador tiene que aguantar el humo del cigarrillo en la boca y garganta durante 30 segundos y al mismo tiempo, seguir respirando por la nariz. Los descansos entre las retenciones de humo son de 30 segundos entre ensayos de 5 minutos. Cuando la persona tiene el humo en la boca se le proporcionan instrucciones específicas sobre la experiencia. El mecanismo que subyace a la técnica de retener el humo es la de saciamento. Por eso se le denominó también saciamento al sabor. <sup>(108)</sup>

Diversos estudios e investigaciones, han demostrado que los niveles de abstinencia obtenidos con esta técnica y comparados con otras técnicas aversivas, han sido altos y eficaces, más aún cuando se combinan con otros elementos, es decir programas multicomponentes, incluso, se ha observado que han llegado a lograr una efectividad del 40% al 50% de abstinencia total al año de seguimiento. En la mayoría de los estudios existentes de esta técnica cuando se ha combinado con otros métodos y que existe un adecuado contacto terapéutico se han demostrado niveles aceptables de eficacia. Sin embargo, en otros estudios en los que se utilizan pocos elementos de tratamiento los resultados han ido de moderados a buenos. En España y Estados Unidos, se han obtenido buenos resultados con la técnica de retener el humo como el elemento principal del programa para dejar de fumar y la consejería médica, aumentando la tasa de abstinencia al final del tratamiento, a los 6 meses y al año de seguimiento, los logros obtenidos fueron del 90.90%, 54.54% y 27.27%, respectivamente. En otro estudio, E. Becoña y Guillán en 1988, combinando la técnica de retener el humo y la prevención de recaída lograron una abstinencia del 100% al final del tratamiento y del 66.6% a los 6 meses de seguimiento. De modo semejante, Álvarez-Soto y E. Becoña en 1991, utilizaron el método de retener el humo junto a otras técnicas, consiguiendo una abstinencia del 87.5% al final del tratamiento, del 62.5% a los 6 meses y del 50% al año de seguimiento. <sup>(13)</sup>

### **Técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán (RGINA).**

La técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán (método RGINA) fue desarrollada por Foxy Brown en 1979, este autor parte de la hipótesis de que la

nicotina es el factor responsable de la dependencia de los cigarrillos y fumar es considerado como una conducta mantenida por factores fisiológicos y psicológicos; por tanto, la técnica se orienta a ambos componentes. El primer estudio que se realizó con esta técnica pretendía obtener un porcentaje clínicamente significativo de abstinencia, para lograr este fin, los sujetos que no pudieron abandonar el tabaco anteriormente con otros métodos debían fumar cigarrillos con menor contenido de nicotina y alquitrán. La técnica RGINA implica un proceso paulatino de reducción de nicotina y alquitrán mediante el cambio semanal de la marca de cigarrillos. La reducción semanal respecto a la línea base debe ser del 30%, 60% y 90%, además, el fumador debe elaborar autoregistros y representar gráficamente su consumo de cigarrillos. Si no consigue dejar de fumar después del último cambio de marca, se procede a la reducción gradual de cigarrillos.

Sin embargo, es necesario controlar adecuadamente el proceso de reducción, porque de acuerdo a como se van reduciendo los cigarrillos, cada uno de ellos que quede puede llegar a ser aún más reforzante contrariamente a lo esperado.

No se debe olvidar que en las técnicas aversivas y de reducción gradual del consumo, los intentos pueden conducir al síndrome de abstinencia mismo que puede prolongarse por un período mayor debido a la habituación, que incluso si se dejara bruscamente de fumar. Otro aspecto importante de desventaja de estas técnicas, es que la mayoría de los fumadores que solo reducen gradualmente sus cigarrillos pueden volver recuperar la sensación y los niveles previos de consumo debido al fenómeno de la adaptación, es más adecuado adoptar una reducción gradual de cigarrillos mediante metas impuestas por el usuario y el terapeuta. Por ejemplo disminuir al 50% los cigarrillos del consumo inicial (las primeras dos semanas) seguido por dejar de fumar bruscamente.

Otra desventaja corresponde a la medida estándar del contenido de nicotina de las marcas de tabaco que se venden en el mercado, este fenómeno se refiere a los fumadores que pueden compensar las reducciones de la nicotina cambiando la marca, la forma de inhalar, haciendo que la profundidad de las inhalaciones de humo sean mayores, más largas o más frecuentes y cubriendo con los dedos los agujeros que tiene el filtro para facilitar la combustión. Sin embargo, hay estudios que indican que esto no sucede en todos los sujetos que fueron tratados con RGINA y que muchos de ellos ya no fumaron o bien fumaron menos cigarrillos.

Las revisiones documentales sobre esta técnica muestran un grado aceptable de eficacia. Distintas investigaciones comparativas de esta técnica revelan como resultado un alto nivel de abstinencia si se aplican dentro de programas multicomponentes mostrando al final del tratamiento niveles de abstinencia en torno al 50% de éxito al año de seguimiento.

Otro aspecto relevante que se ha observado en los estudios realizados con esta técnica, es que las personas que dejaron de fumar con este procedimiento y que recayeron, fumaron significativamente menos y lo hacen consumiendo marcas con menor contenido de nicotina y alquitrán que lo que fumaban en la línea base.<sup>(39)</sup>

Por su eficacia y sus ventajas con respecto a otras técnicas, como por la carencia de efectos secundarios y la posibilidad de ser utilizada por cualquier tipo de fumador, esta técnica es una de las que más se manejan en la actualidad, destacando como factor esencial el hecho de que se puede complementar con otras técnicas y estrategias siendo posible que se integre en un programa multicomponente.

### **Exposición a indicios, extinción y control de estímulos.**

Se ha observado que las personas que llevan muchos años fumando, están expuestas a una gran cantidad de estímulos y señales ambientales que están asociadas fuertemente a la conducta de fumar, la presencia de estos estímulos son los que desencadenan la conducta. Una vez que se deja de fumar, tan solo el hecho de pensar en ello puede provocar una respuesta condicionada de abstinencia (deseo y/o compulsión por la droga). Diversos estudios indican que el fenómeno de la reactividad condicionada a esas señales asociadas con la conducta de fumar son un importante predictor de las recaídas. Teóricamente, desde el punto de vista de la psicología del aprendizaje social, se puede afirmar que si esas señales que gobiernan la conducta de fumar se debilitan o extinguen, dejar de fumar sería mucho más fácil. De hecho, algunos teóricos indican que las técnicas cuyo objetivo es la extinción pueden ser prometedoras, utilizándolas como estrategias de preparación para dejar de fumar.

Recientemente, se ha propuesto que la exposición a indicios llamada "*Cue Exposure*", se constituye como un abordaje adecuado para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Sin embargo, diversos estudios experimentales, a lo largo de los últimos años, no consiguieron obtener resultados muy positivos o consistentes en los fumadores. Quizá el que exista un amplio conjunto de estímulos para cada persona, puede representar un problema difícil de abordar. En algunos estudios se ha intentado reducir el número de señales asociadas con fumar antes de que el sujeto consiga la abstinencia, para tal fin, los investigadores utilizan con mucha frecuencia la estrategia del control de estímulos, reduciendo el hábito tabáquico y aplicando una restricción progresiva de las circunstancias en las cuales está permitido fumar. El consumidor sólo puede fumar en ciertas situaciones, por ejemplo: no fumar en el coche o si antes se fumaba el primer cigarro a las 9 de la mañana ahora ya no deberá fumarlo a esa hora. Este proceso puede terminar restringiendo la conducta de fumar sólo a algún lugar o situación concreta poco atractiva por ejemplo el garaje. Otro tipo de estrategia de control de estímulos es permitir fumar a la persona bajo una secuencia de tiempo determinado por ejemplo cada media hora o cada hora. Las técnicas de control de estímulos cuando se han utilizado aisladamente han obtenido pocos resultados exitosos. Incluso algunas veces cuando se han combinado con otras técnicas en programas multicomponentes, la efectividad de esta técnica no ha podido ser determinada. No obstante, utilizada con tratamientos multicomponentes bien evaluados pueden constituir estrategias muy útiles. Por ello forman parte de muchos de los programas actuales.

### **Limitaciones de las técnicas aversivas y reflexión ética**

A pesar de los aceptables resultados de algunas de las técnicas aversivas como la de fumar rápido, retener el humo o el saciamiento, en la actualidad, estos métodos ya

son poco empleados en comparación con su aplicación en los años 70's y 80's, algunos clínicos e investigadores han expresado su preocupación acerca de los efectos psicológicos y médicos adversos, en relación al potencial estresante de la técnica de fumar rápido. De igual forma las evidencias han demostrado que en la técnica de fumar rápido se produce un incremento significativo en la frecuencia cardíaca, en la presión sanguínea y los niveles de carboxihemoglobina, por esta razón, se establecieron criterios muy específicos para la selección de candidatos. La mayoría de los investigadores y clínicos excluyen a las personas mayores y a aquellos fumadores con enfermedades sobre todo crónicas degenerativas como hipertensión, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfermedad cardiovascular, entre otras, lo cual constituye una gran limitación. Lo desagradable de los procedimientos aversivos limita el interés de fumadores y de quienes aplican los tratamientos. Aunque es un hecho que los procedimientos aversivos dan resultados positivos a corto plazo, a largo plazo tienden a descender. Sin embargo, para el psicólogo clínico las técnicas aversivas son un instrumento terapéutico útil solo en determinadas circunstancias. La Asociación de Psiquiatría Americana (American Psychiatric Association, 1996) recomienda la técnica de fumar rápido como un componente de utilidad de la terapia para aquellos fumadores que deseen dejar de fumar con este procedimiento.

Respecto a las críticas éticas de las técnicas aversivas, el mayor aporte de éstas, es que están basadas en métodos que respetan los preceptos científicos. La reflexión ética debe ser profundizada en estos aspectos. El mismo desconocimiento e ignorancia incluso de la terapia conductista, ha hecho que se le vea a estos métodos como teorías que pueden ser perversas ó mal interpretadas, pero siendo críticos lo mismo ocurre con cualquier instrumento mal utilizado. El problema no está en el instrumento, sino en el buen o mal uso que de él se hace, sobre todo por aquellos profesionales que realizan estas intervenciones.

Es importante que estas técnicas, como todas las demás escuelas y corrientes, deban ser conocidas y comprendidas antes de ser criticadas, para realmente poder valorar los aportes que éstas ha traído a la psicología y no dejarse llevar por pseudo análisis tendenciosos y descalificativos. <sup>(72)</sup>

### **Fumar controlado y la reducción de daños.**

Fredericksen en 1979 propuso la técnica de *fumar controlado*. El objetivo de esta técnica es que el fumador disminuya y permanezca en un número de cigarros inferior al que fumaba. De acuerdo con Fredericksen, el fumar está controlado por múltiples factores, pero el modo de fumar es personal. Los factores que están presentes en la dosis ingerida por el fumador son: la sustancia (cigarros, pipas, puros, etc.), la cantidad de nicotina, alquitrán, CO<sub>2</sub>, etc. y finalmente la forma de fumar (número de inhalaciones, intensidad y profundidad de las mismas, etc.).

La intervención para lograr el ***fumar controlado*** consta de cuatro fases: la primera es llamada *evaluación comprensiva*, en ella se pretende llevar a cabo un análisis de las variables relacionadas con las regulaciones: antecedentes, factores concomitantes y consecuencias de la conducta de fumar (análisis funcional) y las relacionadas con el

riesgo: la tasa, la sustancia y la topografía, (características del fumar). La segunda fase se refiere al *nivel individual*. En ella se analiza y se plantea la meta a conseguir, ya sea la abstinencia o solo la disminución del fumar. Si es la disminución, se estudia cuál es el nivel adecuado, y cuál será el modo de llegar a él.

La tercera, es la *fase de regulación* y está relacionada con la medida y el control de la conducta de fumar. En ésta, se utiliza el análisis funcional y sirve para conocer qué variables mantienen la conducta y en consecuencia, dónde intervenir para suprimir los cigarros que no se quieren y quedarse solo con los que se desean. Y, en la cuarta, el *desarrollo de habilidades* para regular y mantener la conducta. En esta técnica, el auto registro se utiliza en el análisis funcional y la evaluación de la conducta de fumar. A veces se utilizan medidas fisiológicas, especialmente para el adecuado conocimiento de la topografía de fumar, se entrena en habilidades de afrontamiento en general, como las encaminadas para manejar el estrés, resistir la presión social, controlar la propia conducta, rehusar las invitaciones de cigarros, técnicas de relajación, ejercicios, etc. También se le enseñan al fumador habilidades específicas para disminuir el consumo de cigarros, tales como el modelado, con la finalidad de cambiar de sustancia o marca, reducir la tasa de fumar o alterar la forma de fumar.

La técnica de fumar controlado es útil solo para algunos fumadores, especialmente los que rechazan la abstinencia y para aquellos que tienen que dejar de fumar pero que no se consideran capaces de hacerlo por sí solos ni de manera abrupta. Se ha observado que en programas orientados a la abstinencia siempre hay un porcentaje de personas que mantienen un nivel de consumo muy bajo respecto a la línea base.

Las desventajas de esta técnica consisten en que no hay un nivel “seguro” de fumar sin que existan riesgos para la salud ya que para el consumo de tabaco lo ideal es la abstinencia. Muchos fumadores elegirían esta técnica por comodidad, reduciendo así la motivación de pensar en la abstinencia. La compensación nicotínica sigue siendo un gran problema, al igual que el mantenerse en el nivel de consumo de cigarros conseguido. En una investigación realizada por Glasgow, Klesges y Vasey en 1985, en Estados Unidos, participaron cuarenta y ocho fumadores en un programa para fumar de modo controlado. Recibieron un total de cinco sesiones, con la meta de lograr reducciones secuenciales del 50% en cada una de las tres conductas-objetivo: el contenido de nicotina, el número de cigarros consumidos por día y el porcentaje fumado de cada cigarro, al seguimiento de treinta meses del tratamiento, el 9% estaban abstinentes; el 36% de los participantes mostraron una mejoría, comparada a antes del tratamiento, en el contenido de nicotina, el número de cigarros, el porcentaje fumado de cada uno y el nivel de monóxido de carbono respirado.<sup>(66)</sup>

Actualmente, ya no se habla de este método como técnica de fumar controlado, se habla más de reducción del daño o de minimización de riesgos. Tal vez en años próximos, este tipo de intervenciones se irán ampliando y mejorando, sobre todo para los fumadores con alta dependencia de la nicotina que no consiguen dejar de fumar o que tienen enfermedades directamente relacionadas con el consumo de tabaco y en quienes dejar de fumar es vital para su supervivencia o para mejorar su calidad de vida. Entrenarlos para fumar menos o que ingieran nicotina por otra vía (como la bucal o la piel), lleva a la reducción de riesgos, aunque lo ideal no sea la disminución del hábito sino la abstinencia.

## **Tratamientos cognitivo – conductuales en tabaquismo.**

El término Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), hace referencia a un conjunto de herramientas terapéuticas para el tratamiento de la dependencia, en este caso al tabaco y en general se utiliza en el tratamiento de todas las adicciones y trastornos compulsivos, así como en una amplia gama de desordenes psiquiátricos en los cuales el objetivo es tratar de ayudar al paciente a mejorar sus habilidades cognitivas y conductuales, mediante el cambio de conductas problemáticas. Este modelo conceptualiza cualquier tipo de psicopatología, incluyendo la dependencia a la nicotina, como un proceso desadaptativo de aprendizaje. Así, el objetivo central de los tratamientos Cognitivo Conductuales es el diseño de técnicas a través de las cuales las respuestas inadaptadas puedan ser “desaprendidas” y reemplazadas por conductas adaptativas. Durante los últimos veinticinco años se han desarrollado toda una multitud de abordajes de TCC para el tratamiento del tabaquismo. Estos enfoques han diferido en muchos sentidos incluyendo duración, modalidad y contenido. A pesar de los diversos enfoques existentes de Terapia Cognitivo Conductual, todas comparten dos elementos centrales:

1. Emplean estrategias de entrenamiento individual para el afrontamiento y la mejora de los déficits en habilidades de afrontamiento de los consultantes en determinadas situaciones. Todas las variantes de TCC utilizan herramientas de entrenamiento tales como instrucciones, modelado, juego de roles y ensayo conductual, que se basan en la teoría conductista.
2. Se basan en los principios de la teoría cognitiva social de Bandura aplicada a las drogodependencias, enfatizando un papel central en las habilidades de afrontamiento.

Las técnicas cognitivo-conductuales se apoyan teóricamente en la aplicación de los principios de los procesos cognitivos sobre el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta. Su supuesto central sostiene que los patrones básicos de personalidad irracionales y desadaptativos son los causantes de una falsa interpretación del medio. Mahoney y Arnoff (1978), teóricos de la TCC distinguieron tres grandes grupos de terapias cognitivo-conductuales:

- 1) Las terapias centradas en crear habilidades a la hora de enfrentarse y manejar las situaciones problema sus autores son Suinn y Richardson y Kazdin en 1974.
- 2) las terapias centradas en ayudar al sujeto a interpretar racionalmente la realidad objetiva y
- 3) las terapias centradas en modificar la forma de abordar situaciones que la persona considera que no tienen solución.

Las técnicas de resolución de problemas están enfocadas a entrenar a las personas en habilidades que le capaciten para abordar con éxito diferentes problemas. Las principales técnicas son la terapia de resolución de problemas de D´Zurilla y Goldfried

(1971), la técnica de resolución de problemas interpersonales de Spivack, Platt y Shure (1976) y el procedimiento de ciencia personal de Mahoney (1977).

El entrenamiento en habilidades de afrontamiento pretende enseñar al sujeto ciertas destrezas con el fin de que las utilice en futuras situaciones evocadoras de ansiedad o productoras de estrés. De entre ellas se destaca el entrenamiento en el manejo de la ansiedad de Suinn y Richardson (1971), el entrenamiento en inoculación de estrés (Meichenbaum y Cameron, 1983) y otras técnicas de autocontrol (Carrobbles, 1985). Las técnicas de reestructuración cognitiva están encaminadas a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas de los sujetos poniendo de realzando su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones. Dentro de ellas están la terapia cognitiva de Beck (1976), la terapia racional emotiva de Ellis (1980), la reestructuración racional sistemática de Goldfried y Goldfried (1987) y el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum (1977).<sup>(96)</sup>

La TCC frecuentemente se clasifica como un “modelo de tratamiento de amplio espectro”, esto es, un acercamiento que no solo se enfoca a los problemas de adicciones del paciente sino que además trabaja con otros conflictos y áreas asociadas a la conducta del consumo y la recaída.

Una característica clave de la TCC es el análisis detallado del patrón de consumo de cada usuario para identificar los antecedentes individuales y consecuentes de la conducta de consumir, (análisis funcional). Los resultados de este análisis proporcionan la base para el desarrollo de un plan específico de tratamiento personal.

En la mayoría de estos abordajes, el diseño indica qué situaciones debe evitar el fumador y cómo se deben manejar si éstas se presentan así como qué conductas alternativas (distintas a fumar) se pueden utilizar para afrontarlas.

Como ya se mencionó anteriormente, se ha encontrado que la entrevista motivacional, también es una estrategia dirigida a incrementar la motivación del usuario para el cambio y en consecuencia, aumentar la efectividad. De manera similar, diversas investigaciones han mostrado consistentemente la implicación del usuario en grupos de autoayuda o bien multimodales, ya que estos se asocian con resultados positivos de abstinencia y potencian la efectividad del TCC, de esta forma se asume que el tabaquismo es una conducta desadaptativa y que la persona por sí misma tiene la capacidad de producir cambios. Con relación a las terapias grupales con orientación cognitivo-conductual, se ha demostrado que los modelos terapéuticos que incluyen una o más personas con el mismo problema en el tratamiento, tales como la terapia de parejas o el reforzamiento de grupos homogéneos, han demostrado mayor efectividad de éxito debido a que incrementan los factores de reforzamiento que ayudan al usuario a mantener un estilo de vida libre de drogas. La TCC también incorpora estrategias de tratamiento basadas en procedimientos de condicionamiento clásico tales como exposición a estímulos. Por último, aunque las actuales TCC se enfocan a entrenar habilidades para afrontar situaciones de alto riesgo de recaída, las TCC también incluyen el entrenamiento en habilidades sociales y estrategias de enfrentamiento generales enfocadas a prevenir y tratar las recaídas.<sup>(50)</sup>

Algunas revisiones narrativas de la literatura han examinado la eficacia diferencial de las distintas intervenciones; así, diversos autores afirman que salvo en el caso de la depresión y para un esquema cronológico y sociocultural concreto, las terapias cognitivo conductuales son eficaces por el componente conductual que conllevan. Una metodología de investigación capaz de explicar los resultados heterogéneos hallados en la investigación empírica es el meta-análisis, el cual se basa en la integración cuantitativa de los resultados de las investigaciones empíricas sobre un determinado tema. <sup>(20)</sup>

Mediante este procedimiento se han realizado diferentes meta-análisis en este campo, algunos de ellos se han centrado en el estudio de técnicas concretas, otros han analizado esas técnicas de un modo global comparando el uso de diversos modelos de tratamientos de TCC y por último, otros han analizado la eficacia de las diferentes intervenciones en problemas conductuales concretos.

Diversas investigaciones indican que cuando los tratamientos se aplican a sujetos con mayor nivel educativo alcanzan mejores resultados y que el tipo de problema también puede afectar el resultado.

### **Tratamientos psicológicos cognitivo conductuales combinados con tratamientos farmacológicos en tabaquismo.**

Durante los últimos años esta tendencia se ha extendido. Se trata de una combinación de tratamiento psicológico y farmacológico para apoyar al paciente para que deje de fumar, algunas veces lo lleva a cabo solamente el médico y otras se apoya con el psicólogo y/o terapeuta. Este modelo debería de implicar necesariamente la intervención de psicólogos y médicos, sin embargo, se ha observado que muchas veces la utilización de tratamientos combinados no siempre se hace de manera adecuada, especialmente cuando el médico y/o el psicólogo no tienen la formación y capacitación profesional para hacerlo. Incluso, muchos médicos minimizan el componente psicológico de la conducta del fumar, lo cual limita y disminuye el potencial de éxito de la intervención. El tratamiento psicológico especializado es un tratamiento técnico para el que se debe tener una formación específica, como la que recibe el psicólogo a lo largo de su formación profesional, que no se puede transmitir simplemente en conferencias o pláticas. La evidencia actual indica, que la terapia de reemplazo de nicotina no mejora la eficacia de un tratamiento psicológico por sí sola. <sup>(23)</sup>

La fuerte presión ejercida por la industria farmacéutica y la influencia de la publicidad, han contribuido a la utilización indiscriminada e inadecuada de los productos farmacológicos milagrosos para los fumadores en una línea netamente comercial y remunerativa que científica. Este tipo de campañas lleva a una confusión al campo médico y a los fumadores al indicar que “siempre” deben utilizarse tratamientos farmacológicos para dejar el cigarro, su eficacia muestra que su sola utilización no es suficiente en la mayoría de casos.

Los tratamientos combinados médico-psicológicos se definen como aquellos que, parten de un modelo teórico en el cual se combinan los niveles biológicos y conductuales que se abordan de manera integral, en este caso el problema de las

conductas adictivas mediante 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 puede parecer, en segundo lugar, la definición planteada insiste en la existencia de un modelo teórico como punto de partida que es la consideración del consumo de tabaco como una conducta con implicaciones biológicas, que como tal se encuentra condicionada por una adicción física y personal. El abordaje médico por sí solo no considera, ni tiene que ver con el concepto de “apoyo psicológico”, ya que muchos médicos entienden este como una intervención solamente motivacional, escasamente estructurada y con un mínimo soporte teórico y que puede ser otorgada por cualquier profesional, no necesariamente psicólogo, en un contexto en el que la categoría “tratamiento” se reserva solamente a un abordaje médico farmacológico. Frente a este planteamiento, los psicólogos deben reivindicar la efectividad de las intervenciones estructuradas, objetables pero fundamentadas en modelos teóricos sólidos.

La evidencia empírica sobre la combinación del tratamiento psicológico y farmacológico indica que en el tratamiento farmacológico es imprescindible añadir consejería y tratamiento psicológico para obtener adecuados niveles de eficacia, es aconsejable que desde una perspectiva clínica se conozcan bien ambos tipos de tratamiento para optimizar al máximo la intervención y obtener el mejor resultado posible.

Finalmente, con tanta publicidad de los laboratorios médicos y los fármacos poderosos, la mayoría de los fumadores esperan que los tratamientos del tabaquismo den un buen resultado por sí solos y con el mínimo esfuerzo, sin embargo si no existe un buen nivel de motivación y deseo de los fumadores para dejar el cigarro, los tratamientos tenderán a ser poco exitosos. Esto se ve reforzado por la publicidad de que con una pastilla se puede dejar de fumar sin ningún esfuerzo, aunque en la práctica son muy frecuentes las frustraciones, especialmente cuando el fumador se auto aplica el tratamiento farmacológico por sí mismo. En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud, publicó los resultados de diversas investigaciones llevadas a cabo en varias ciudades de Estados Unidos, España e Inglaterra que ilustran cómo la terapia de reemplazo de nicotina utilizada por los fumadores por su cuenta resulta inefectiva en comparación con los que llevaron tratamiento médico y psicológico, este es uno de los efectos de la utilización inadecuada de procedimientos terapéuticos fuera de serie. <sup>(10)</sup>

### **Programas Multicomponente para dejar de fumar.**

Esta modalidad de tratamientos del tabaquismo es el objeto de estudio este manual, este enfoque es también conocido como tratamiento multimodal, data de principios de la década de los años 80's. Estos programas se llaman multicomponentes porque incluyen varias técnicas y herramientas de intervención, así como la participación activa de un grupo multidisciplinario, (equipo integral de salud), que se compone con el médico, el psicólogo, personal de enfermería, trabajo social y nutriólogo, básicamente. En la actualidad, los programas de este tipo son los más utilizados y van en aumento pues, se considera que la combinación de varios procedimientos y disciplinas, incluyendo los fármacos y la terapia psicológica constituyen instrumentos

efectivos para la modificación de la conducta. Además, un programa de tratamiento con múltiples estrategias puede ser lo más adecuado para abordar la complejidad de la conducta de fumar, el modelo multicomponente reconoce la incidencia de los factores biopsicosociales de la conducta del fumar. Esto permite mayor flexibilidad de las técnicas con respecto a las diferencias individuales. Sin embargo, el grado de complejidad del tratamiento multicomponente no es lo que determina su efectividad sino la calidad de la intervención y la factibilidad de validación.

En general la intervención psicológica en el modelo multicomponentes se estructura en tres fases:

1. **Preparación para dejar de fumar.**- el objetivo principal en la fase de preparación es motivar al fumador para que se convenza y adquiera el compromiso de dejar de fumar, en esta fase se utiliza la consejería, la orientación de los daños a la salud que el tabaco origina, también se recomienda utilizar la entrevista motivacional y el enfoque de las fases de cambio de Prochazka.
2. **Abandono de los cigarrillos.** Objetivo: Establecer el diagnóstico mediante la utilización de herramientas adecuadas para este fin a través de la aplicación de pruebas validadas y estandarizadas. Llevar a cabo un análisis funcional de la conducta, el cuál debe incluir la técnica ya sea del LIBARE o bien el auto registro diario de cigarrillos, estructurar un plan de tratamiento personalizado para cada usuario de acuerdo a sus necesidades y características obtenidas en las pruebas aplicables para el abandono del tabaquismo. Proveer al usuario con técnicas y herramientas basadas en las habilidades sociales y las técnicas de enfrentamiento del estrés.
3. **Mantenimiento de la abstinencia.** Cuando se ha logrado dejar de fumar, es importante no perder de vista la probabilidad de que el usuario puede sufrir una recaída, para esta etapa existen diversas técnicas para la prevención de recaídas así como estrategias de apoyo para quienes ya se encuentran en abstinencia.

En algunos países de Europa y Estados Unidos, por ejemplo, para afianzar el compromiso del fumador que quiere dejar el tabaco, se firman contratos de trabajo y/o de contingencia y se utilizan depósitos monetarios. El fumador firma el contrato-compromiso y realiza un depósito que va recuperando según vaya cumpliendo con las metas acordadas (ejemplo recupera el dinero de acuerdo a su asistencia a las sesiones de tratamiento y seguimiento), aunque en instituciones públicas de algunos países en vías de desarrollo (caso de México) esto no podría ser posible por obvias razones legales y económicas. Después de la firma de este contrato, se recomienda revisar con el fumador las razones por las cuáles se quiere dejar de fumar y los beneficios que el fumador obtendrá con el abandono del Tabaco. En esta fase el fumador también tiene que concientizarse y conocer lo más objetiva y exhaustivamente posible su conducta de fumar. Esto se puede conseguir registrando mediante anotaciones los cigarrillos que fuma diariamente y los antecedentes y consecuencias que le siguen a esta conducta (técnica de auto registro), así como representando en una gráfica su consumo. A esta serie de revisión de motivaciones y

consecuencias, se le llama “análisis funcional de la conducta de fumar”. En esta fase también se fija la fecha en que el fumador piensa dejar de fumar, recomendándose en muchos casos no colocarla más allá de tres semanas, tiempo en que en la mayoría de los casos es más que suficiente para que se prepare para dejar de fumar. Igualmente en esta etapa es cuando hay que prepararlo para dejar de fumar, enseñándole estrategias de autocontrol (por ejemplo técnicas de relajación, identificación de los estímulos que incitan su conducta de fumar, programar conductas alternativas para dejar de fumar, etc.) <sup>(11)</sup>

Cuadro No. 2 Fases de un Programa Multicomponente

Fases de un programa multicomponente	
FASE	ELEMENTOS
Preparación	<p><b>Movilizar y aumentar la motivación y el compromiso del cliente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia a las sesiones de tratamiento, firma del contrato.</li> <li>• Revisar las razones para dejar de fumar y los beneficios de abandonar los cigarrillos.</li> <li>• Auto observación: aumento de la concientización y del conocimiento de la propia conducta</li> <li>• Establecer el día en que se va a dejar de fumar (de preferencia de 1 a 3 semanas posteriores a la primera cita)</li> <li>• Utilización de auto registros ó LIBARE para identificar los estímulos que incitan la conducta de fumar</li> <li>• Identificar posibles conductas alternativas a la conducta de fumar</li> <li>• Entrenamiento en manejo del estrés: relajación o ejercicio</li> </ul>
Abandono	<p><b>Estrategias aversivas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Técnica de Fumar rápido</li> <li>– Técnica de Retener el humo</li> <li>– Saciamiento</li> </ul> <p><b>Estrategias no aversivas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán</li> <li>– Contratos en los que conste el día de la fecha de abandono.</li> <li>– Apoyo farmacológico</li> <li>– Terapia de reemplazo de nicotina (chicles y parches)</li> </ul>
Mantenimiento de la conducta sin fumar	<p><b>Sesiones de seguimiento o llamadas telefónicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Entrenamiento en estrategias de afrontamiento <ul style="list-style-type: none"> <li>– Estrategias de automanejo para evitar los estímulos incitadores de la conducta de fumar y en conductas alternativas (ejemplo: tomar agua, hacer inspiraciones profundas, relajarse mediante el manejo de la respiración, etc.)</li> <li>– Estrategias de afrontamiento cognitivo-conductual (anticipar situaciones de alto riesgo; planificar habilidades de afrontamiento)</li> <li>– Estrategias para evitar el síndrome de abstinencia: entrenar al sujeto en habilidades conductuales o seguir administrando terapia de reemplazo de nicotina (chicles o parches, u otros medicamentos) pero con la asistencia médica.</li> <li>– Estrategias para el manejo de la prevención de las recaídas. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo social</li> </ul> </li> <li>– Uso de grupos de ayuda mutua (entre exfumadores)</li> <li>– Buscar el apoyo e implicación de personas próximas al fumador</li> </ul> </li> </ul>

	(esposa, amigos, red social).
Adaptado de USDHHS (1991)	

Continuando con las fases del tratamiento multicomponente del tabaquismo, cuando ya se logró que el usuario haya dejado de fumar, se ingresa automáticamente en otra fase también difícil de llevar a cabo, como se ilustra en el cuadro 2, la fase de mantenimiento de la abstinencia, también conocida como fase de prevención de recaída, se considera como la fase orientada a mantener las ganancias del tratamiento a largo plazo, es decir los beneficios que tiene para la persona el dejar de fumar. En esta fase se llevan a cabo sesiones de seguimiento, que se pueden realizar personalmente o por teléfono, también son recomendables sesiones mensuales de seguimiento grupales por lo regular en grupos de ayuda mutua o bien grupos multimodales. También debe entrenarse a la persona en habilidades de afrontamiento para evitar los estímulos que incitan el deseo de fumar, aprender a identificar y manejar situaciones de alto riesgo, afrontar adecuadamente las situaciones de tentación del tabaco. De acuerdo a los criterios establecidos por la OMS, se considera como exfumador a una persona que tiene más de doce meses de abstinencia sostenida.

Cuando la persona no cuenta con el apoyo suficiente para mantenerse abstinentes se le puede instruir con entrenamiento de habilidades para conseguirlo y también a las personas más cercanas para que lo apoyen. Cabe mencionar que las técnicas de autocontrol la mayoría de los programas multicomponentes son fácilmente incorporables

Como conclusión, se puede afirmar que los programas multicomponentes son hoy en día el tratamiento de elección para tratar a un fumador de modo eficaz. Los programas multicomponentes más eficientes llegan en promedio al 50% de éxito al año de haber finalizado el tratamiento. Muchas investigaciones apoyan estos resultados.

En síntesis, los tratamientos multicomponentes, de los *Programas para dejar de fumar* se componen de los siguientes elementos:

1. Carta compromiso o contrato de tratamiento.
2. Entrevista motivacional.
3. Información sobre el tabaquismo y los daños que este ocasiona en el organismo.
4. Auto registro y representación gráfica del consumo diario de cigarros
5. Técnica de desvanecimiento: reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán.
6. Intervención terapéutica cognitivo - conductual.
7. De requerirlo, administración de apoyo farmacológico.
8. Estrategias para disminuir o eliminar los síntomas del síndrome de abstinencia de la nicotina.
9. Estrategias en habilidades sociales.
10. Programa de seguimiento grupal o individual.
11. Estrategias de prevención de recaída.

La eficacia que se obtiene con el tratamiento multicomponente, oscila entre diversos estudios entre el 58% y el 85% al final del tratamiento y del 30% al 54% al año de seguimiento. <sup>(71)</sup>

### **Eficacia del tratamiento Psicológico Cognitivo Conductual del Tabaquismo.**

Desde los años 70's hasta la actualidad, se han llevado a cabo diversas investigaciones, sobre la eficacia de los tratamientos del tabaquismo, en especial de las intervenciones psicológicas utilizadas para este fin. El tratamiento psicológico cognitivo-conductual aparece como un tratamiento con evidencias sólidas para el tratamiento de las adicciones en general y por supuesto, la dependencia de la nicotina. Un análisis llevado a cabo por Garrido y colaboradores en el año 1995 en España, incluyó un total de 95 artículos con 223 intervenciones entre los años 1989 y 1999, extraídos fundamentalmente de la base de datos de Medlineguide<sup>(18)</sup>. Los criterios de inclusión de estos estudios fueron: trabajos empíricos sobre métodos para dejar de fumar, con seguimiento mínimo de 6 meses y al menos 6 sujetos en tratamiento y que la población tratada cumpliera con todos los requisitos de inclusión: sin enfermedades crónicas degenerativas, ni trastornos psiquiátricos. Las intervenciones se dividieron en las siguientes modalidades: auto tratamientos, acupuntura, terapias de grupo, diversos tratamientos de psicología clínica, consejo médico, terapia de reemplazo de nicotina y/o medicamentos, hipnosis, terapias multimodales, y placebos. Incluyendo sólo estudios con seguimientos de 6 meses o más, lo que facilitó incrementar la validez de las conclusiones que se obtuvieron en el mismo.

El resultado de este análisis indicó que los dos procedimientos más efectivos para dejar de fumar fueron los multicomponentes con enfoque psicológico cognitivo-conductual y que, además, fueron los únicos en los que se encontró un nivel de significancia estadística considerando un intervalo de confianza del 95%. En este artículo Garrido y colaboradores, llegaron a la conclusión de que los mejores modelos para dejar de fumar fueron los tratamientos multicomponentes, que incluían intervenciones psicoterapéuticas cognitivo-conductuales como modelos de elección. A su vez los programas psicológicos multicomponentes orientados al autocontrol y a la adquisición de habilidades sociales, resultaron ser también muy eficaces.

En los últimos años se han publicado varias guías clínicas, manuales de procedimientos y tesis documentales sobre el tratamiento del tabaquismo, en estos documentos se incluyen diversas técnicas psicológicas que han demostrado eficacia. La mayoría de ellas, utilizan los siguientes elementos teóricos para su abordaje: aprendizaje clásico, aprendizaje social, cognoscitividad, conductismo y aprendizaje en habilidades sociales. (Martín, L.J. Dirección General de Atención a las Drogodependencias. Ministerio de Salud del Gobierno de Canarias, España 2006).

El último informe sobre la certificación de los tratamientos psicológicos eficaces para dejar de fumar, elaborado por la American Psychological Association (APA, 2004), el cuál continúa vigente, hace una diferenciación para catalogar a los tratamientos bien establecidos, que cumplen con todos los criterios metodológicos y científicos de los

tratamientos *probablemente* eficaces, es decir, aquellos que aun habiendo mostrado que son eficaces no reúnen todos los criterios estrictos de evaluación de eficacia para esta evaluación, este informe ubica como primer lugar a la terapia cognitivo-conductual en conjunto con el tratamiento multicomponente y la prevención de recaída para dejar de fumar.

## **Capítulo Tres.**

### **Herramientas básicas para el tratamiento multicomponente del tabaquismo.**

#### **Teoría de los estadios de cambio (Fases de Prochaska).**

Otra teoría importante para comprender los elementos que influyen en las decisiones que la gente toma o no sobre su salud y que es ampliamente utilizada en el campo de las adicciones es la llamada teoría de los estadios del cambio, este enfoque plantea cinco estadios sucesivos por los que atraviesan las personas respecto a sus hábitos.

El proceso de cambio se ha conceptualizado como una secuencia de etapas a través de las cuales la gente progresa generalmente mientras consideran, inician y mantienen comportamientos nuevos. Este modelo surge tras examinar dieciocho teorías psicológicas y de comportamiento acerca de cómo ocurre un cambio, incluyendo los elementos que forman un marco de trabajo biopsicosocial para entender la adicción. Este enfoque también refleja cómo es que ocurren cambios aún fuera de los ambientes terapéuticos.

Los autores aplicaron este patrón a sujetos que modificaron comportamientos relacionados con fumar, beber, comer, realizar ejercicio físico, criar y educar a los hijos y de relación conyugal, sin intervención profesional, cuando el cambio hecho por las personas mismas se comparó con las intervenciones terapéuticas, se observaron muchas semejanzas que llevaron a los investigadores a describir el cambio por pasos o etapas.

Se observó que la gente que lleva a cabo cambios motivacionales por su cuenta o bajo guía profesional, primero pasaban de estar poco atentos o reacios por hacer algo sobre algún problema y luego a considerar la posibilidad de un cambio, después estaban determinados y preparados para llevar a cabo el cambio y finalmente actuaban y mantenían o conservaban ese cambio con el paso del tiempo. La Entrevista Motivacional puede proporcionar estrategias específicas de acuerdo al punto en el proceso de cambio en el que se encuentre el individuo. El modelo transteórico de cambio, considera cinco etapas de cambio, que los fumadores deben ser capaces de diferenciar:

- 1) Fase de precontemplación: es aquél que está de acuerdo con su conducta (fumar) y no se plantea de momento cambiar, el fumar no es ningún problema para él.
- 2) Fase de contemplación: se da cuando el fumador ya está pensando en dejar de fumar.
- 3) Fase preparación: corresponde a hacer planes, fijar fechas y convencerse de que el cambio se debe hacer, decidiendo intentarlo.

- 4) Fase de Acción: es cuando el fumador ya está intentando dejarlo, modificando activamente el hábito y llevando a cabo estrategias para lograrlo.
- 5) Fase de mantenimiento: el fumador dejó de fumar y permanece así.
- 6) Fase de recaída: de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el término “recaída” se define como la reincidencia en el consumo tras un periodo de abstinencia, con frecuencia acompañado de la reaparición de síntomas de dependencia. Algunos autores distinguen entre recaída y desliz, este último en el sentido de que se trate solamente de una ocasión única de consumo.

La rapidez con que reaparecen los signos de dependencia se considera como un indicador clave del grado de dependencia. Como criterio se plantea que en la fase de precontemplación los fumadores no tienen intención de dejar el cigarro en los próximos seis meses; en la etapa de contemplación se plantean seriamente el cambio de actitud dentro de los próximos tres meses, en la etapa de preparación se plantean modificar su conducta en los siguientes treinta días, en la etapa de acción, dejan de fumar. Cuando superan seis meses sin fumar pasan a la fase de mantenimiento y al mantenerse abstinentes durante más de un año se consideran exfumadores (ver cuadro 6). Como se observa, el proceso de abandono del consumo de tabaco es un proceso activo en el que el fumador pasa de una etapa a otra dependiendo de su mayor o menor motivación para dejar de serlo. (Álvarez-Soto, E. y Becoña, E. 2002).

Este modelo tiene la ventaja de que permite el diseño de habilidades y estrategias concretas en cada fase o estadio, legitimando objetivos parciales adaptados de manera realista al nivel motivacional del sujeto.

Los objetivos para llevar a cabo el cambio deberán reunir una serie de características, en primer lugar deben ser útiles para la salud del individuo, entendiendo esta desde una concepción amplia y comprendiendo que pequeños cambios en un problema determinado pueden producir beneficios en otros aspectos de la vida, (mejora de la autoimagen, de la relación familiar, de la economía, etc.), siendo incluso catalizadores de cambios más profundos.

Otras características deseables de estos objetivos es que sean percibidos por los clientes como concretos, alcanzables y medibles a corto plazo, para evitar, en la medida de lo posible sensaciones de cansancio y frustración derivadas de esfuerzos mal planificados. (Labrador, F., Cruzado, J. y Muñoz, M. 1999).

Todas las técnicas retomadas hasta ahora pueden colaborar a definir qué tipo de cambio se desea (por ejemplo, disminuir o suprimir la ingesta de alcohol, perder peso sólo en verano, dejar de fumar, comer mejor, etc.).

Una vez definidos los objetivos se negociará cómo conseguirlos. Es especialmente importante valorar la realidad del cliente: su entorno, sus preferencias y sobre todo si ha utilizando todos los recursos disponibles (información escrita, asociaciones e instituciones, soporte psicológico y eventualmente, si es necesario: fármacos).

También es necesario durante la entrevista concretar fechas de inicio del cambio y acordar cómo se llevará a término (ejemplo: dejar de fumar en dos semanas...).

Una última tarea y no por ello menos importante es intentar que el cambio sea duradero. Para este fin conviene acordar un seguimiento aceptable para el cliente y a la vez, indagar la percepción de dificultad del cambio para el usuario. Aquí se pretende que el cliente visualice situaciones con un elevado riesgo de tentación en repetir la conducta. Con estas intervenciones cortas se puede obtener tranquilizarlo indicándole que estas urgencias son normales y que no significan falta de motivación y se extinguirán con el tiempo. También permite valorar conductas preventivas que compiten con las que se pretende evadir en esas situaciones. De esta forma se suele ser realista para preparar recaídas en función del grado de riesgo que exista en cada caso. Un elemento interesante a considerar es el llamado efecto de incumplimiento de la abstinencia. Este fenómeno, ampliamente conocido por aquellos que intentan ayudar a sus clientes a cambiar, consiste en un efecto de desmoralización del sujeto ante una recaída. Una actitud cálida exenta de críticas o castigos y el mensaje claro de que una recaída aislada no tiene por qué implicar un fracaso.

El terapeuta debe potenciar aquellos elementos y habilidades de comunicación en la consulta que permiten posicionar al paciente en su percepción respecto al hábito de consumo de tabaco. Esta primera tarea logra situar al cliente en un estadio en el continuo del cambio permite el empleo de estrategias de comunicación adaptadas a cada necesidad. Posteriormente, se persigue promover una toma de consciencia por parte del cliente de dicho hábito, aumentando los niveles de contradicción entre sus creencias y sus actos y por tanto, incrementando los niveles de ambivalencia, tratando de ayudar a tomar decisiones para resolver el conflicto.

Una reflexión importante a lo anterior es que no es posible motivar a nadie a esforzarse si no ve claramente cual será su beneficio. Tampoco nadie comienza un cambio si no está seguro de que puede lograrlo y muchas veces la magnitud de la tarea es una percepción subjetiva que no tiene nada que ver con la realidad.

### **La Técnica de la entrevista motivacional y la teoría de los estadios de cambio.**

La Entrevista Motivacional fue desarrollada por William Miller y Rollnick en 1999, es un modelo que busca alentar a las personas para que inicien el cambio de conductas que les resulten perjudiciales por otras saludables. Permite al terapeuta la aplicación de una serie de habilidades comunicacionales centradas en la experiencia del cliente bajo un clima de empatía, tolerancia y cooperación mutua, respetando siempre las últimas decisiones del consultante. Con ello se enfatiza el peso de la decisión del cliente, él es en última instancia quien debe decidir sobre el cambio o no cambio y cómo llevarlo a cabo, los terapeutas ayudan apoyando en el proceso de la toma de decisiones, considerando y evaluando cuál es el nivel de la motivación en cada caso. (Stephens S. 2001).

La entrevista motivacional deriva de varias fuentes: consejería centrada en el cliente del modelo humanista de Carl Rogers, terapia cognoscitiva, teoría de sistemas y el modelo de los estadios de cambio de Prochaska. Rogers afirmaba que en una

relación interpersonal centrada en el cliente, el terapeuta debe manifestar tres características cruciales: una empatía adecuada, una calidez no posesiva y autenticidad, proporciona la atmósfera ideal para el cambio, ya que en este ambiente los pacientes son capaces de analizar sus experiencias de una forma abierta y ser ellos quienes encuentren soluciones a sus problemas. (Miller, W.R. y Rollnick, S. 2001)

Este tipo de entrevista propone adaptarse al lenguaje del cliente utilizando las denominadas reestructuraciones de creencias. Esto consiste en reencuadrar las mismas ideas, creencias y emociones del cliente para obtener aquellas opuestas inductoras de cambios. Esta entrevista trata de conseguir decisiones que partan del cliente.

Uno de los preceptos básicos de la entrevista motivacional es la expresión de empatía por parte del terapeuta: aceptar que la ambivalencia es normal. Se utilizan preguntas abiertas y es muy importante ofrecer una escucha reflexiva, con el objetivo de crear un espacio de confianza y seguridad en el cuál el cliente se encuentre cómodo.

Favorecer la discrepancia, promover que la persona verbalice sus propios argumentos sin inducirlo para cambiar y que él mismo visualice la ambivalencia entre sus valores y objetivos personales y su conducta actual como fumador.

La entrevista motivacional debe manejar con mucho cuidado las resistencias con el fin de evitar la confrontación y la argumentación directa, propone opciones, más no las impone. Las soluciones las debe encontrar la persona.

Si aparecen resistencias, el terapeuta debe cambiar la forma de actuar, apoyar la autoeficacia (confianza en sí mismo para lograr la meta), reforzar el sentido de que es el cliente quien debe protagonizar el cambio, así como reconocer la función de ayuda y apoyo del profesional.

En este proceso de cambio, la labor de los profesionales se centra en proveer información personalizada al cliente, con la premisa de que una persona bien informada desarrollará un estilo de vida más sano. Sin embargo, muchas veces la realidad cotidiana demuestra que una buena información por sí sola, no siempre provoca cambios.

En el mantenimiento de las actitudes intervienen diversos elementos de índole emocional, cognitivo y conductual que actúan en un determinado individuo y con frecuencia, sin una aparente lógica que lo sustente. A pesar de la complejidad que implica la conducta humana, las creencias sobre la salud describen procesos cognitivos mediante los cuales el individuo evalúa el nivel de amenaza para su salud o vulnerabilidad, su severidad, así como los costos y beneficios y por lo tanto, una propuesta de cambio o no cambio.

Un elemento esencial para el cambio es la percepción individual sobre la propia habilidad para llevar a cabo acciones determinadas, ésta se denomina percepción de autoeficiencia. Las expectativas de autoeficiencia tienen una gran influencia sobre la capacidad para iniciar una nueva conducta y mantenerla como un hábito. Asimismo,

la presencia de resultados satisfactorios reforzará las creencias del cliente en su capacidad para conseguirlo, a estas últimas se les llama expectativas de autoeficacia. Al contrario, la autopercepción de una escasa autoeficiencia, así como con la observación de obstáculos y dificultades minimizan la posibilidad de éxito de tratamiento.

Una reflexión interesante a lo anterior, es que no es posible motivar a nadie a sacrificarse si no percibe claramente cuál es el beneficio que va a obtener. Tampoco nadie comienza un cambio si no está convencido de que "podrá con él". Y muchas veces, la magnitud de la tarea es una percepción subjetiva que no tiene nada que ver con la realidad.

Sin embargo y en base a investigaciones recientes, la motivación para el cambio no es algo que se posea de manera innata, sino más bien, es el resultado de interacciones con otras personas significativas para el individuo. La motivación es definida como una conducta dirigida hacia un fin concreto y siguiendo esta línea, también es "la probabilidad de entrar en una continua y deseada estrategia para el cambio". (Prochaska J and Di Clemente C. 1982)

Otra teoría importante para comprender los elementos que influyen en las decisiones que la gente toma o no sobre su salud es la llamada *teoría de los estadios del cambio*, este modelo tiene la ventaja de que permite el diseño de habilidades y estrategias concretas a cada fase o estadio, legitimando objetivos parciales adaptados al nivel motivacional del sujeto. La entrevista motivacional se basa principalmente en estos principios. Consta de una serie de elementos teóricos y prácticos que tratan de enriquecer las habilidades comunicacionales de los terapeutas que trabajan en un contexto epistemológico biopsicosocial y que abordan las técnicas de la entrevista clínica semiestructurada.

Este tipo de entrevista tiene como objetivos el tratar de aumentar la consciencia de la persona, tanto de los riesgos a la salud como de su capacidad para hacer algo al respecto. Todo ello, en un clima cálido y empático ofreciendo al cliente información relevante. (Mercedes Balcells Olivero, Meritxell Torres Morales; Carolina Yahne Getem. 2002)

La terapia motivacional, constituye una de las principales herramientas terapéuticas para el tratamiento de las adicciones. Sin embargo, a pesar de que el tabaquismo es uno de los trastornos adictivos para las que se diseñó la terapia motivacional, en esta adicción existen muy pocos estudios serios sobre su eficacia.

*La motivación no puede entenderse como algo que se tiene sino más bien como algo que se hace. Implica reconocer un problema, buscar una forma de cambiar, y entonces comenzar y mantener esa estrategia de cambio. Resulta que existen muchas formas de ayudar a la gente a que así lo reconozcan y actúen, (Miller, 1995).*

El consumo de sustancias psicoactivas y las adicciones son una constante en la historia humana y a lo largo de esta historia, éstas se han incrementado y van cambiando, se han diversificado y generalizado, siendo el tabaquismo la adicción más frecuente y la que genera mayor enfermedad y muerte en la actualidad. El abordaje

terapéutico de las conductas adictivas también ha ido cambiando y evolucionando a lo largo del tiempo existiendo en la actualidad distintas propuestas terapéuticas que reflejan diversos modelos teóricos.

Desde la perspectiva de la Entrevista Motivacional, en cualquier intervención terapéutica con una persona con adicciones hay varios objetivos a conseguir en el proceso de tratamiento; el primer objetivo es que el usuario considere que necesita tratamiento. La entrevista motivacional solicita del cliente un deseo, una necesidad de cambio desde una situación de consumo y dependencia a las drogas a una situación de no consumo y autocontrol, de cambio.

Desde este encuadre, la motivación es definida como la probabilidad de que una persona comience y continúe apegándose a una o varias estrategias de cambio y por tanto al tratamiento. La investigación ha demostrado que los acercamientos para aumentarla, se encuentran asociados con una participación activa del cliente en el tratamiento y por ende los resultados que se obtengan.

Una actitud positiva hacia el cambio y un compromiso con este, también están asociados con resultados positivos en el tratamiento. En este sentido, la Entrevista Motivacional representa un cambio paradigmático en el campo de las adicciones en cuanto al entendimiento de la naturaleza de la motivación del cliente y del clínico al dar forma para promover y mantener un cambio positivo de comportamiento.

Unir un enfoque terapéutico –entrevista motivacional- con un modelo transteórico de etapas de cambio, ofrece una nueva perspectiva acerca de qué estrategias clínicas podrían ser efectivas en varios puntos del proceso de recuperación. Las intervenciones motivacionales que surgen de esta construcción teórica son herramientas clínicas esenciales que se pueden incorporar a todas las fases del tratamiento de abuso de sustancias, así como a muchos otros ambientes sociales y de servicios de salud. (C.A. Jiménez-Ruiz, J.I. de Granda Orive, S. Solano Reina, F. Carrión Valero, P. Romero Palacios y M. Barrueco Ferrero. 2003)

### **La entrevista en consumidores de tabaco motivados a tratamiento.**

Con personas fumadoras la entrevista motivacional es la más recomendada, las áreas más importantes para explorar y evaluar son las que se refieren a las características relacionadas con el consumo: se explora si ya han existido intentos de abandono o reducción de cigarrillos anteriormente, cuánto tiempo se ha permanecido en abstinencia, cuáles fueron las razones para dejar de fumar en intentos anteriores así como las razones para intentar dejarlo actualmente, si el usuario se percató de algún cambio significativo en cuanto a la conducta cuando se intentó dejar de fumar, si se contó con algún apoyo farmacológico, qué procedimientos se siguieron para dejar de fumar, causas de las recaídas, creencias que se tienen sobre el tabaco, la salud, la enfermedad, síntomas y molestias que padece o ha padecido por fumar cigarrillos, consumo de alcohol, café, otras drogas y medicamentos, etc. Y por supuesto las expectativas del nuevo tratamiento (Stephens S. 2001). Esta información se obtendrá de acuerdo a los procedimientos que más adelante en el capítulo de las sesiones se describirán.

## **Entrevista motivacional principios básicos.**

**Expresar empatía.** Se debe aceptar incondicionalmente al usuario, ya que la aceptación facilita el cambio. La escucha reflexiva es fundamental para comprender la perspectiva, los sentimientos y los valores de cada cliente, asegurándole que su ambivalencia es normal. La empatía es un concepto clave que refleja el principal elemento de la Entrevista Motivacional, ya que facilita crear un espacio de confianza y seguridad que permita a las personas explorar y resolver su ambivalencia. Por ejemplo, el usuario reconoce que fumar le causa dificultades para respirar, pero también reconoce que fumando disminuye su ansiedad, estas ideas son ambivalentes, el terapeuta debe ver esta ambivalencia como natural y no confrontarlo por lo que siente. <sup>(20)</sup>

**Desarrollar las ambivalencias.** La motivación para el cambio aumenta cuando las personas perciben discrepancias entre su situación actual y sus metas y valores más importantes. Es útil propiciar que el cliente se de cuenta de sus contradicciones, mostrándole la ambivalencia entre la conducta actual (fumar, beber o consumir drogas) y sus metas o valores más importantes (ejemplo: volver con su pareja, entrar a la universidad, mejorar las relaciones con su familia, etcétera). El cliente debe expresar sus argumentos para el cambio.

**Manejar las resistencias.** Cuando los objetivos del terapeuta están alejados de los objetivos del cliente aparecen las resistencias. La resistencia debe ser interpretada como una señal de que no estamos entendiendo la perspectiva del usuario y por lo tanto el terapeuta debe cambiar de estrategia desde el punto donde está la persona, utilizando la fuerza de la resistencia para avanzar. En esta interacción, se mueven diversas percepciones y por tanto reconociendo y reflejando las resistencias es como se facilitará en el cliente un movimiento hacia la búsqueda de soluciones al respecto. Por ejemplo si el paciente considera que empezará a fumar hasta la sesión No.5, por que dice no sentirse preparado aún, el terapeuta debe expresarle que algún día deberá empezar a dejarlo, e investigar cuáles son las causas por las que emplaza el tratamiento y tratar de encontrar la causa de sus temores o la falta de motivación para continuar.

**Apoyar la autoeficacia y autoeficiencia.** Creer en la posibilidad de cambio es un elemento motivador, siendo importante que sea el cliente quien se haga responsable de realizar lo necesario para lograrlo. Se debe alentar la esperanza al cliente, para invitarlo a un trabajo conjunto, pero sin crear falsas expectativas que posteriormente no se puedan cumplir.

## **Etapas de la entrevista motivacional**

### **Etapas 1.- Estrategias de inicio de la entrevista motivacional.**

En la etapa inicial de la entrevista son especialmente útiles las siguientes estrategias de apertura, estas estrategias permiten la creación de un clima de confianza y de seguridad para que el usuario pueda analizar y explorar su ambivalencia facilitando la

motivación para el cambio, estas estrategias preparan a los clientes para entrar al tratamiento, mejoran su compromiso, retención y persistencia, aumentan la participación y la responsabilidad, mejorando los resultados y estimulando un regreso rápido en el caso de síntomas de recaída.

### ***Preguntas abiertas***

El uso de preguntas abiertas favorece el entendimiento de los puntos de vista del cliente, de sus intereses, su situación y sus sentimientos facilitando el diálogo estimulando a la persona a hablar y le ayudan a evitar emitir juicios prematuros.

### ***Escucha con reflejo***

La escucha con reflejo es una herramienta fundamental en la Entrevista Motivacional. Es un proceso activo donde el terapeuta escucha lo verbalizado por el cliente y puede desarrollar afirmaciones que reflejan el significado de lo verbalizado. Es una forma de “comprobar” los “significados” del cliente más que asumirlos.

### ***Afirmar***

Se deben emitir afirmaciones directas que ofrezcan apoyo al cliente, como cumplidos y expresiones de aprecio y comprensión.

### ***Resumir***

Los resúmenes refuerzan lo que se ha dicho en la entrevista, demostrando que se ha escuchado atentamente, y preparando al cliente para seguir adelante, estos se formulan cuando la sesión va finalizando, en ocasiones pueden servir como cierre de la entrevista.

### ***Generar frases auto motivacionales***

En la entrevista motivacional es el cliente quién expresa los argumentos para el cambio y el terapeuta facilita la expresión de estas afirmaciones auto-motivacionales. Se identifican cuatro categorías de afirmaciones motivacionales: reconocer el problema, expresar preocupación, manifestar intención de cambiar y comunicar optimismo sobre este cambio.

## **Etapa 2. Entrevista motivacional.**

Como ya se ha visto, la primera fase de la entrevista motivacional implica motivación para el cambio. Cuando el objetivo cambia hacia un aumento del compromiso, es necesario cambiar las estrategias, ya que entonces, en ese caso se estaría en una segunda fase: El cliente está preparado para cambiar, pero aún no ha asumido una decisión firme o compromiso para hacerlo. En esta fase se utilizan cinco estrategias básicas:

## **Recapitulación**

Se presenta un resumen de la situación actual del cliente con el objetivo de cerrar la primera fase. En este punto se reúnen y expresan tantas razones para el cambio como sea posible, reconociendo siempre la ambivalencia. El objetivo de esta intervención es evaluar cual es el próximo paso.

## **Preguntas clave.**

Las preguntas clave son preguntas abiertas que tienen el propósito de ayudar al cliente a pensar y hablar sobre el cambio. El objetivo central de las preguntas es evaluar el próximo paso.

## **Información y consejo.**

Si el cliente solicita información y consejo, se le ofrece consejo con un adecuado soporte informativo, se valoran las sugerencias y de ser necesario, se pueden ofrecer varias opciones y alternativas.

## **Negociar el plan de acción**

El plan de acción es un proceso de participación activa del cliente, donde se establecen metas, se consideran y evalúan las opciones de cambio y se elabora un plan de acción.

## **Etapas 3. Finalizar**

Estas estrategias conllevan a obtener la aprobación y el acuerdo del plan de acción por parte del cliente, aunque el compromiso sólido por sí solo no garantiza el cambio, el entusiasmo aunque sea mucho por sí mismo no basta. El compromiso sin las destrezas de manejo y actividades adecuadas, puede crear un plan de acción poco substancial. La anticipación de los problemas y riesgos latentes constituyen medidas firmes para resolver problemas. <sup>(18)</sup>

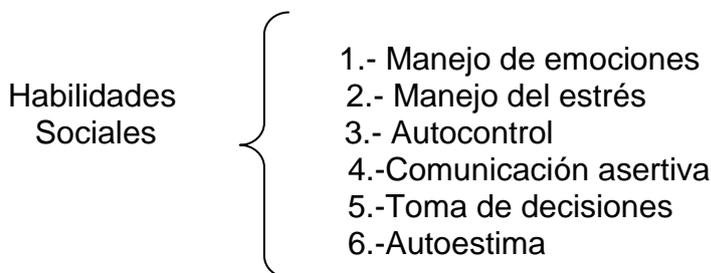
La verdadera prueba del cambio en el comportamiento adictivo es un cambio a largo plazo sostenido durante por lo menos un año, [mantenimiento], el comportamiento nuevo se establece con mayor firmeza, y la amenaza de un regreso a los viejos patrones de consumo se vuelve menos frecuente y menos intensa. Ayudar a los clientes a aumentar su sentido de autoeficacia, es una tarea importante en estas etapas. Los individuos en las etapas de acción y mantenimiento necesitan destrezas además de las estrategias motivacionales. El mantenimiento no es una ausencia de cambio, sino la continuidad del cambio.

## Habilidades sociales como herramienta de apoyo en el abandono del tabaquismo.

En general este planteamiento considera que las habilidades sociales son las capacidades que posee el individuo para actuar y comportarse con seguridad y tranquilidad frente a situaciones o problemas cotidianos estresantes o problemáticos. Es la manera de cómo resolvemos o actuamos ante situaciones que implican nuestro sentir y pensar, se presentan y se llevan a la práctica con el fin de evitar situaciones que afecten la salud física y mental. Estas se ubican siempre en contextos que tienen que ver con las relaciones interpersonales, en situaciones, momentos, personas o tipos de relaciones que generan nerviosismo, pena, inseguridad, indecisión, etc.; ante acciones o interacciones que dificultan la toma de decisiones y la solución de algún problema, etc. (American Psychological Association, 2003).

Sus características son:

- Se adquieren a través de la enseñanza formal e informal.
- Se manifiestan de distintas formas, ya sea por medio de la conducta verbal, el lenguaje corporal y la percepción social, etc.
- Pueden ser respuestas o conductas específicas a un entorno determinado, y a veces son efectivas, adecuadas, ó erróneas.
- Todas las personas son capaces de tener habilidades sociales.
- Por lo regular las personas con bajas habilidades sociales, son inseguras, por esta razón es importante saber con qué habilidades se cuenta y si se utilizan de manera adecuada y efectiva, cuando esto es así éstas permiten crear, fortalecer y practicar pensamientos, actitudes y conductas favorables a la salud física y mental, se clasifican en cinco rubros: Ayesta FJ, Corral LP, Martín F. 2004.



Éstas ayudan a incrementar las competencias personales y las relaciones interpersonales, así como afrontar ó manejar situaciones que ponen a las personas en riesgo y reducir los problemas individuales que generan depresión, ira, agresividad y estrés.

Las habilidades sociales son herramientas para mejorar las relaciones interpersonales. Estos elementos intentan reducir conflictos y mejorar el apoyo social ayudando a la persona a mejorar su adaptación al medio y sostener el cambio de la conducta, cuando el usuario ya se encuentra en la abstinencia y así tratar de cambiar su estilo de vida.

Lo cual implicaría el aprendizaje de:

- 1) Aprender a rehusarse a las ofertas de la droga de consumo (tabaco).
- 3) Proporcionar y recibir críticas de forma efectiva y constructiva en las relaciones interpersonales.
- 4) Recibir críticas y consejería acerca del consumo de la sustancia adictiva.
- 5) Desarrollar habilidades de conversación y escucha.
- 7) Construir y buscar redes de apoyo para mantener la abstinencia.
- 8) Aprender formas efectivas para la solución de conflictos.

Es aconsejable que cuando se les expongan estos temas a los usuarios ellos mismos generen mediante dinámicas ejemplos personales de los posibles escenarios en los cuales dichas habilidades deben ser utilizadas. Por ejemplo en la prevención de recaídas, las sesiones incluyen entrenamiento en habilidades de afrontamiento efectivas, modelado de habilidades sociales en conjunto con el terapeuta y los miembros del grupo, juego de roles y análisis de las respuestas y de los aspectos cognitivos de las mismas.

Al contrario de la prevención de recaídas, el entrenamiento en habilidades sociales se centra en habilidades de comunicación que se pueden utilizar para manejar una variedad de situaciones de alto riesgo, más que en las habilidades específicas para manipular situaciones determinadas de riesgo. (Ayesta FJ, Corral LP, Martín F. 2004).

### **Estrategias de afrontamiento: entrenamiento en solución de problemas.**

Las habilidades de afrontamiento son un conjunto de respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras que son útiles para la adaptación del individuo en su entorno y la confrontación de situaciones estresantes y/o angustiantes. Cuando el repertorio conductual carece de habilidades adecuadas, las personas muestran reacciones inapropiadas ante ciertas situaciones de la vida cotidiana que deben solucionarse. Estas deficiencias pueden conllevar la aparición de condiciones de estrés que dificultan un afrontamiento apropiado y eficaz para resistir la presión social.

El objetivo principal de este tipo de intervenciones es dotar al paciente de las suficientes habilidades de afrontamiento y autocontrol para manejarse ante situaciones de riesgo producidas por los estímulos que desencadena el estrés.

Los aspectos centrales de este procedimiento incluyen: habilidades interpersonales, asertividad y expresión de emociones, entrenamiento en solución de problemas, afrontamiento de estados cognitivo-emocionales, afrontamiento de eventos vitales estresantes y afrontamiento de situaciones de riesgo en este caso para el consumo.

Diversas revisiones y meta-análisis muestran que el Entrenamiento en Habilidades es superior a otros tratamientos o al no tratamiento y que incrementa la eficacia de las intervenciones cuando forma parte de programas más amplios <sup>(18)</sup> Se ha visto que como resultado de la práctica de habilidades de afrontamiento, los usuarios pueden sentirse menos incongruentes ante las situaciones de riesgo y esto ayudará a que no se produzca una recaída después del tratamiento. De acuerdo a la teoría del

aprendizaje social, existe una multitud de factores que pueden incrementar la posibilidad de que un fumador recaiga cuando se le confronta con una situación estresante o con otras condiciones que estén asociadas con una alta posibilidad de fumar.<sup>(36)</sup>

Los terapeutas pueden entrenar a los clientes en habilidades para mejorar las relaciones sociales estando abstemios y para reducir los conflictos tanto en la familia como en el trabajo y como resultado del incremento de las habilidades sociales y de afrontamiento, se generarán mayores expectativas de autoeficiencia.

En general los adictos tratados con entrenamiento en habilidades y técnicas de afrontamiento se encontraron mejor capacitados para rechazar la oferta de drogas que quienes no recibieron esta intervención así como para afrontar determinadas situaciones, particularmente aquellas en las que está implicada una posible recaída<sup>(52)</sup>. La teoría del aprendizaje social, sugiere que existen gran cantidad de factores de tipo personal o ambiental y situaciones determinadas que colocan a un fumador en alto riesgo de recaída. Un entendimiento de estas situaciones puede ser de gran ayuda para que los terapeutas puedan diseñar entrenamiento de habilidades de afrontamiento específicas que el cliente necesite en situaciones determinadas. Por lo general todos los acercamientos de afrontamiento comienzan con una evaluación de las áreas de vulnerabilidad del cliente. (Becoña, E. y Lorenzo, M.C. 2006). Esta evaluación se puede centrar en muchos aspectos, tales como condiciones biológicas o psiquiátricas comórbidos, factores de riesgo interpersonales e intrapersonales y la cantidad de exposición que el usuario va a tener a estímulos relacionados con el consumo de tabaco. El terapeuta deberá evaluar los riesgos interpersonales del cliente, incluyendo las habilidades sociales generales, las habilidades de rechazo, así como el tipo de situaciones intrapersonales que han contribuido en el pasado al consumo de tabaco.

### **Prevención de recaída.**

Como en cualquier conducta adictiva las recaídas suelen ser frecuentes en muchas ocasiones al proceso de la abstinencia. De ahí que prevenirla y tratar de controlarla es una parte básica del tratamiento que se ha empleado ampliamente en los últimos años y se ha integrado como una parte necesaria en el tratamiento del tabaquismo y los procedimientos de prevención tanto en la parte psicológica como en la farmacológica. Sin embargo, aunque esta parte exista, aún así, no es fácil mejorar los resultados, por la dificultad de hacerle frente a las causas que llevan a la recaída.

Se sabe por qué las personas recaen. Por ejemplo, está comprobado que hasta ahora, las tres causas principales por las que los fumadores recaen son las siguientes: 1) la falta de control de los estados emocionales negativos que experimenta la persona 2) las presiones sociales para fumar y 3) la mejora de los estados emocionales negativos en situaciones interpersonales. Identificar estas causas es lo primero que se debe indagar para hacerles frente y procurar evitarlas, pero en la práctica esto es complejo, en cuanto al manejo de los estados emocionales negativos de los fumadores también resulta difícil inferirlo, ya que se pueden dar en cualquier momento posterior al abandono del tratamiento. Lo ideal sería una

intervención enfocada a este aspecto dentro del tratamiento, pero el agregar más sesiones podría llevar a desmotivar a los fumadores y en consecuencia perderlos. (Mínguez, M.C. 1999).

Sobre esta línea, se pueden identificar un gran número de variables predictivas que explicarían por qué algunas personas dejan de fumar más fácilmente que otras, como por ejemplo, padecer una enfermedad, tener un alto nivel de estudios, consumir menos cigarros antes del tratamiento, tener baja dependencia de la nicotina, haber fumado pocos años, haber hecho varios intentos para dejar de fumar o haber dejado de fumar durante largos períodos de tiempo, estar rodeado de pocos fumadores en su ambiente social, sentirse motivados para dejarlo, tener niveles elevados de autoeficiencia, manejar bajos niveles de estrés ambiental, etc. Por el contrario, tener un patrón de consumo de cigarros elevado, vivir continuamente bajo mucho estrés, poseer una baja confianza en mantenerse abstinentes (autoeficiencia), un menor número de intentos previos en dejar de fumar, bajo apoyo social, alto consumo de alcohol y/o drogas, mayor sintomatología depresiva y aumento de peso, por ejemplo, son factores que se asocian a las recaídas. Por lo que es necesario prestar atención a estos aspectos. Las intervenciones específicas orientadas a la prevención de recaída muestran resultados eficaces en el tratamiento pero aún así no son muy altas, incluso, en algunos estudios no existen diferencias significativas con el tratamiento normal. Pero es necesario continuar y avanzar en esta línea y tratar de incluir estrategias de prevención de recaída dentro del tratamiento ya que estas experiencias deben documentarse, estudiarse y perfeccionarse,<sup>(15)</sup> en esta área no existe suficiente investigación.

En el siguiente capítulo se presenta una propuesta de manual de procedimientos basado en el modelo multicomponente para el tratamiento del tabaquismo, con un enfoque de tratamiento psicológico cognitivo conductual: la elaboración del análisis funcional o registro diario de cigarros, pruebas que pueden aplicarse para el diagnóstico y tratamiento del Tabaquismo, algunas técnicas motivacionales y herramientas de confrontación del estrés así como habilidades sociales y también se incluye de manera breve una introducción a los tratamientos farmacológicos de mayor uso en las Clínicas de Tabaquismo en México, puntualizando que la prescripción y manejo de estos corresponden totalmente al ámbito médico, sin embargo, es útil para el psicólogo conocer su funcionamiento, su neurobioquímica y las probables reacciones en el usuario.

En el tratamiento multicomponente el papel del psicólogo es fundamental y la comunicación e interacción con el equipo multidisciplinario es imprescindible. Desde este aspecto el psicólogo debe asumirse como parte indispensable del personal de salud, entendiendo éste como todos aquellos que colaboran a mejorar la condición de salud del individuo.

## Capítulo 4. Desarrollo del manual

### Parte 1. El Proceso de la adicción a la nicotina.

#### A) Inicio del fumar

El concepto de la adicción al tabaco establece que el fumar está constituido por el desarrollo de un proceso multifacético muy complejo cuyas diferentes fases y factores determinantes están establecidas por la interacción de agentes sociales, ambientales, psicológicos y biológicos diversos. Para que se cumpla el proceso de adicción de una persona no fumadora en fumadora activa, se considera la existencia de varias etapas: a) la iniciación con el cigarro, b) la habituación y c) el mantenimiento de la adicción. De acuerdo con esta secuencia, la iniciación conduce al niño o al adolescente a probar el primer cigarro, seguido de la experimentación repetida las suficientes veces como para llegar a la adquisición del hábito y para la aparición de una serie de procesos adictivos (habituación). En cada una de estas etapas el número de adolescentes que pasa a la siguiente fase, afortunadamente, se va reduciendo esto se debe a que no siempre el efecto del tabaco puede parecerles agradable, incluso, con frecuencia el cigarro puede ocasionar sensaciones molestas y hasta aversivas, aunque muchas veces por las condiciones sociales de reforzamiento positivo (por ejemplo, aceptación social, búsqueda de identidad, integración al grupo de amigos, anticipación a la edad adulta, etc.) el joven continuará fumando aunque esta conducta le resulte desagradable. (Córdoba García R, Ortega Sánchez Pinilla R, Cabezas Peña C. 2009). A continuación se describen las etapas de la adicción a la nicotina:

**Iniciación.** Durante la juventud, el consumo experimental del cigarro se da muchas veces por querer saber qué se siente al fumar y por que el grupo de adolescentes presiona a los integrantes para fumar o para anticiparse a la edad adulta, o bien con frecuencia por que en casa los padres y hermanos mayores fuman, etc. Tanto la iniciación como el consumo habitual y el abandono del tabaco, constituyen una práctica común entre los jóvenes. Por lo general y de acuerdo a la última Encuesta Nacional de Adicciones (2006), esta fase se desarrolla en la etapa escolar entre los niños de 10 a 14 años de edad aproximadamente, en los que concurren el deseo de aceptación social y la curiosidad, debido en mucho a los hábitos que observan y aprenden de los adultos.

**Habituación.** Es la etapa en la cual se produce la dependencia física y el consumo de cigarrillos se convierte en un hábito como respuesta a las experiencias y motivaciones internas y externas tanto de orden biológico, como social, psicológico y ambiental. En esta etapa son decisivas las convicciones y creencias sobre los efectos del tabaco (por ejemplo que tranquiliza, disminuye el estrés, da confianza, combate el aburrimiento, controla el peso, hace parecer de mayor edad, etc.).

**Mantenimiento y adicción.** En este período se adquiere la dependencia física y psicológica a los cigarrillos. El grupo de edad de los que llegan a esta fase, se extiende por lo regular desde la juventud hasta la edad adulta. Las influencias decisivas son las mismas que las de la etapa anterior a las que se añade la dependencia a la nicotina. El examen detenido de esta secuencia resalta la importancia que tiene conocer las

diversas influencias por las que atraviesan los jóvenes en las diferentes edades y etapas y que los convierten en fumadores. A continuación se describirán brevemente la diversidad de factores capaces de influir en la iniciación del consumo del tabaco y que posteriormente condicionan al mantenimiento y la adicción. (OPS, 31 de mayo 2006).

(Ver cuadro 3).

(Cuadro 3 Factores de inicio y mantenimiento).

<b>Factores de inicio</b>	
Factores ambientales	<p>Publicidad atractiva a los distintos grupos blanco que lanzan diversas marcas de cigarros.</p> <p>Accesibilidad. Venta de cigarros por unidades en puestos ambulantes, aunque esté prohibido, así como venta de cigarros a menores de edad.</p>
Factores sociales	<p>Familia: conflictos familiares, poca supervisión a los adolescentes, miembros de la familia fumadores, familia permisiva, falta de o mala comunicación.</p> <p>Compañeros: amigos que fuman, ser menor de 15 años, aceptación del grupo social, presión del grupo, consumo de otras drogas.</p> <p>Educadores y Líderes de autoridad. Figuras autoritarias como maestros, médicos, sacerdotes, etc. que fumen.</p>
Factores personales	<p>Psicológicos: alto nivel de ansiedad y estrés, depresión, conductas problemáticas, baja autoestima, alto riesgo psicosocial, trastornos de personalidad.</p>
<b>Factores de mantenimiento</b>	
Factores farmacológicos	<p>Adicción a la nicotina: adicción biológica (habitación) a la nicotina.</p>
Factores condicionantes	<p>Hábitos: asociación de situaciones gratificantes con el fumar, por ejemplo después de comer o antes de dormir.</p> <p>Sensoriales: necesidad de manipular algo en las manos o en la boca, gusto por el sabor o el olor del cigarro.</p> <p>Reforzamiento social positivo. Miedo a subir de peso, creencias y tabúes de ser más atractivo o verse más adulto.</p>

## Mantenimiento del Hábito tabáquico

### La Adicción a la nicotina.

La nicotina es un alcaloide natural que está presente en las hojas de tabaco y es la sustancia psicoactiva responsable del uso continuado del tabaco a pesar de sus efectos dañinos. Existen diferentes formas de consumir nicotina, aunque la más común y fácil es fumada en cigarros, siendo esta la forma prevaleciente de adicción en México. La nicotina es una sustancia que se absorbe fundamentalmente, por inhalación, por los pulmones y la piel, comenzando su acción al unirse con los receptores colinérgicos-nicotínicos. Tanto el manual DSM-IV-R de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) como la clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10 coinciden en incluir los trastornos relacionados con el uso de nicotina dentro del rubro de trastornos relacionados con el uso y abuso de sustancias. La adicción a la nicotina es un fenómeno neurobiológico complejo que incluye la acción de diferentes sistemas neuronales. Los efectos de la nicotina sobre el sistema dopaminérgico es la principal responsable del refuerzo positivo en el sistema biológico de recompensa. (Ver cuadro 4)

La mayoría de las sustancias químicas auto administradas presentan una acción de recompensa en el circuito cerebral humano o animal a través de la vía dopaminérgica. Estas sustancias producen dependencia al liberar dopamina en el cerebro lo que da lugar a conductas repetitivas de auto administración. Además de esta acción de recompensa, las sustancias químicas pueden actuar como reforzadores positivos o negativos del sistema nervioso central, la nicotina incrementa la concentración de dopamina liberando diversos neurotransmisores responsables de sus efectos. La estimulación sentida (aumento de la energía), la manipulación sensorio motora, la relajación, el hábito en sí (fumar de manera automática), la reducción de los efectos negativos, el alivio de la tensión, la ansiedad y la frustración son las principales razones a las que normalmente aluden los fumadores para continuar el hábito.

Estos motivos indican que los efectos subjetivos y conductuales de la nicotina están relacionados con acciones neuro-reguladoras de esta sustancia. En síntesis, la acción de la nicotina, como sustancia reforzadora, está explicada por la sensación de alivio de los síntomas de abstinencia, de reducción de la ansiedad o del control de sentimientos desagradables como, por ejemplo, el enojo, la inquietud y la ansiedad.

El síndrome de dependencia a la nicotina está constituido por un conjunto de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que se desarrollan tras el consumo reiterado del tabaco y que como característica común incluyen el deseo intenso de fumar y la dificultad para controlar el consumo (ver cuadro 5); técnicamente, a este fenómeno se le llama *craving*, conduciendo invariablemente a una persistencia en el consumo a pesar de las consecuencias dañinas, dando prioridad al consumo de cigarros más que a otras actividades y obligaciones y generando un aumento de la tolerancia y a veces, cuadros agudos de abstinencia física, con los síntomas que se ilustran en el cuadro 5, los cuáles más adelante se tratarán con más detalle. (American Psychiatric Association Washington, DC 2003).

**(Cuadro 4. Criterios diagnósticos de la dependencia a nicotina, CIE-10)**

A.- Deben haberse presentado simultáneamente tres o más de las siguientes manifestaciones durante al menos un mes o si persisten durante períodos inferiores a un mes, deben haberse presentado repetidas veces y simultáneamente en un período de 12 meses:

1. Un deseo intenso o sensación de compulsión para consumir nicotina
2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo en lo referente al inicio y término de las cantidades consumidas.
3. Un cuadro fisiológico de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de nicotina.
4. Pruebas de tolerancia a los efectos de la nicotina tales como necesidad de aumentar significativamente la cantidad de nicotina para conseguir el efecto deseado o marcada reducción del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de nicotina.
5. Preocupación por el consumo de nicotina, que se manifiesta por el abandono o reducción de importantes alternativas (de otras conductas), placenteras o de interés a causa de nicotina o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos de la nicotina.
6. Consumo persistente de nicotina a pesar de pruebas claras de sus consecuencias

**(Cuadro 5 Criterios diagnósticos de la intoxicación por nicotina CIE-10)**

1. Deben cumplirse los criterios generales de intoxicación aguda.
2. Evidencia clara de consumo reciente de nicotina en dosis lo suficientemente elevadas como para poder dar lugar a una intoxicación.
3. Síntomas o signos de intoxicación compatibles con el efecto de la nicotina y de la suficiente gravedad como para producir alteraciones en el nivel de conciencia, la cognición, la percepción, el estado afectivo o el comportamiento clínicamente relevante.
4. Los síntomas o signos no pueden ser explicados por ninguna enfermedad médica no relacionada con el consumo de nicotina, ni por otro trastorno mental o del comportamiento.
5. Comportamiento alterado o anormalidades perceptivas como se manifiesta por alguno de los siguientes síntomas:
6. Insomnio
7. Sueños extraños
8. Labilidad del humor
9. Sentimientos de despersonalización y de irrealidad
10. Interferencia en el funcionamiento personal
11. Debe estar presente al menos uno de los siguientes signos:
12. Náuseas o vómitos
13. Sudoración
14. Taquicardia
15. Arritmias cardíacas

## Síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia, es el conjunto de síntomas físicos y psicológicos molestos, de gravedad variable que se presentan cuando se suspende o se reduce de manera abrupta el consumo de drogas (en este caso nicotina), tras un periodo prolongado de ingesta o consumo de la sustancia en dosis elevadas, éste suele ir acompañado de signos y síntomas psicológicos y fisiológicos (ver cuadro 6). De acuerdo con la OMS, también es la característica determinante del significado psicofarmacológico específico de la dependencia, produciendo síntomas molestos e incluso peligrosos para el usuario, la abstinencia comienza al cabo de unas horas de haber recibido la última dosis de nicotina alcanzando su plenitud de las 24 a las 48 horas.<sup>(68)</sup> Entre los síntomas más importantes de abstinencia destacan el estado de ánimo depresivo, insomnio, irritabilidad, ansiedad, dificultad de concentración, inquietud, disminución de la frecuencia cardíaca y aumento del apetito o del peso. Aunque la mayoría de los síntomas desaparecen en un plazo de cuatro semanas, tanto el craving como la ansiedad por fumar pueden mantenerse durante años.

La importancia de los síntomas del síndrome de abstinencia de la nicotina es clara para el establecimiento del diagnóstico de la dependencia de la nicotina así como también para explicar la recaída en muchos casos. De ahí su relevancia teórica, práctica y la necesidad de su adecuada evaluación.

La evaluación del síndrome de abstinencia de la nicotina se puede llevar a cabo mediante auto reportes en los que el fumador va indicando cómo se va sintiendo una vez que ha dejado de fumar. Suelen incluir síntomas fisiológicos, conductuales y cognitivos. La escala que más se utiliza para medir estos síntomas es la de Minnesota Smoking Withdrawal Scale (MNWS), de Hughes y Hatsukami (1986), que consta de nueve síntomas característicos del síndrome de abstinencia (irritabilidad, frustración, ira, incremento del apetito, humor depresivo, ansiedad, etc.). Su facilidad de uso la hace muy popular, aunque para hacer un diagnóstico del síndrome de abstinencia de la nicotina, es recomendable utilizar también los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. que se describen en el cuadro 6, de este texto. Otra escala también muy utilizada e igualmente efectiva es la Smoking Withdrawal Questionnaire de Shiffman y Jarvik (1976) y el Smoker Complaint Scale de Schneider y Jarvik (1984).

La escala más reciente (2003), para evaluar el síndrome de abstinencia, y que compensa las limitaciones de otras escalas anteriores, es la de Wisconsin Smoking Withdrawal Scale de Welsch y colaboradores, esta escala consta de 37 ítems, basados en los cuestionarios previos de Hughes y Hatsukami (1986), Schneider y Jarvik (1984) y Shiffman y Jarvik (1976). Estos ítems se agrupan en ocho escalas: las de irritabilidad o ira, ansiedad, tristeza, concentración, hambre, síntomas somáticos, sueño y craving. La validación de esta escala se hizo en varios estudios con muestras amplias de fumadores, su aplicación y evaluación es sencilla y ya se encuentra estandarizada y validada para la población mexicana. (Anexo 6)<sup>(46)</sup>

**(Cuadro 6 Criterios diagnósticos de la abstinencia de nicotina CIE-10)**

A. Deben cumplirse los criterios generales del síndrome de abstinencia	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios del estado de ánimo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signos fisiológicos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritabilidad / frustración / ira</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Depresión</li> <li>• Hostilidad</li> <li>• Impaciencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de peso</li> <li>• Disminución y/o aumento de la frecuencia cardíaca</li> <li>• Aumento de la circulación periférica</li> <li>• Aumento de la temperatura cutánea (de la piel)</li> <li>• Disminución de adrenalina, noradrenalina y cortisol urinarios</li> <li>• Cambios en el Electro Cardiograma (ECG)</li> <li>• Disminución en el rendimiento durante el día</li> <li>• Trastornos del sueño</li> <li>• Estreñimiento</li> <li>• Aumento de la tos</li> </ul>
Síntomas fisiológicos	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impulso irreprimible de fumar inmediatamente (craving)</li> <li>• Hormigueos en las extremidades</li> <li>• Somnolencia</li> <li>• Fatiga</li> <li>• Inquietud</li> <li>• Dificultad de concentración</li> <li>• Disminución de la agilidad mental</li> <li>• Molestias gástricas y dolores de estómago</li> <li>• Hambre</li> <li>• Dolor de cabeza</li> </ul>	

### **Mantenimiento del consumo**

Una vez que se ha producido la fase de adquisición del consumo de cigarrillos, en poco tiempo se avanza al uso regular de éste. Además de los mecanismos ya mencionados del sistema biológico de recompensa, la fuerza de la dependencia se da entre otros aspectos, por los siguientes elementos:

- 1.- **Refuerzo positivo:** la nicotina potencializa la capacidad de concentración, hace que mejore el sentido del humor y que disminuya el peso corporal.
- 2.- **Rapidez del efecto:** tras la inhalación del humo de cigarro, la nicotina solo tarda diez segundos en llegar al cerebro, por lo que el efecto es inmediato.

3.- **Control de la dosis:** la forma de administración de la nicotina a través del cigarro hace posible un control de la dosis por parte del fumador.

4.- **Frecuencia de administración:** es habitual una administración repetida de la nicotina durante el día, dosis que cada vez debe aumentarse ya que esta droga genera tolerancia. La clasificación del consumo de tabaco, de acuerdo a los criterios de la Organización Mundial de la Salud, establece que se considera fumador leve a aquellos usuarios que consumen de 1 a 5 cigarros al día, fumador moderado a quienes fuman de 6 a 11 cigarros diarios y finalmente fumador severo se refiere al consumo de 11 a 20 cigarros o más al día. (Organización Mundial de la Salud, OMS. 2002).

5.- **Automatización:** el hábito de fumar llega a convertirse en un acto automático debido a la alta frecuencia de administración. (Pérez Trullén, M<sup>a</sup>. L. Clemente Jiménez, I. Herrero Labarga, 2004).

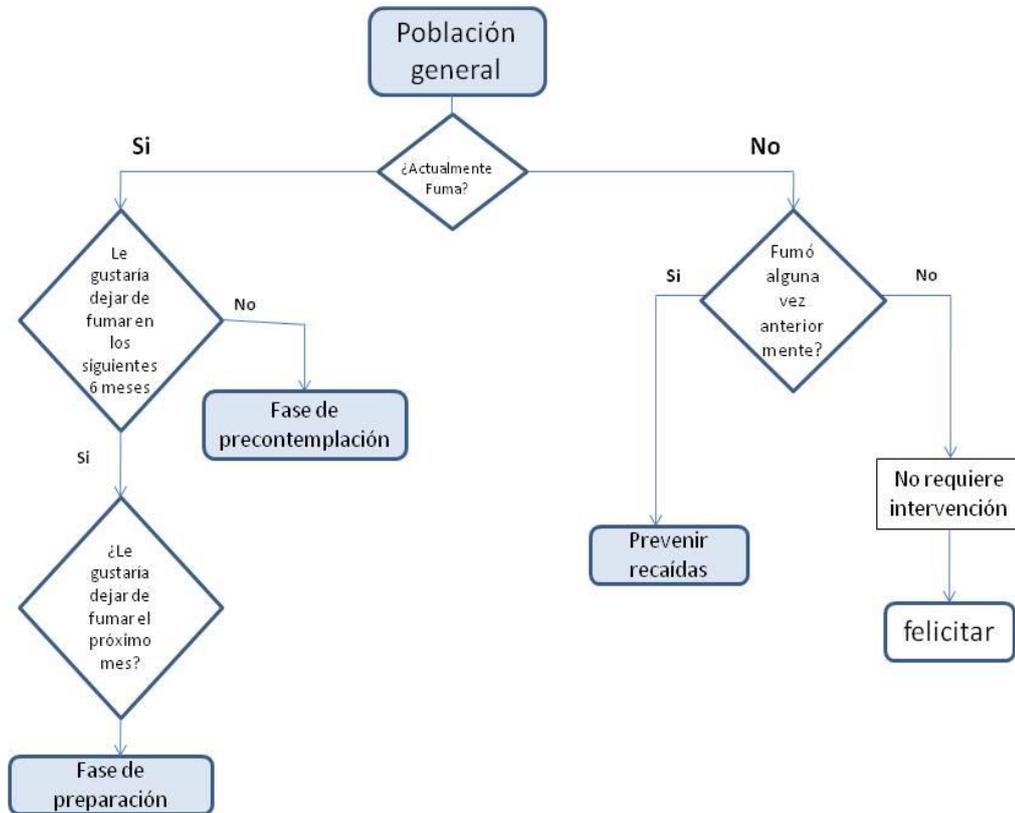
La nicotina es una sustancia con un gran potencial adictivo, muy similar al de otras drogas como el alcohol, la heroína o la cocaína, la única diferencia es que la nicotina es una droga legal con una amplia disponibilidad en el mercado, pero no por eso menos dañina, ésta actúa a través de los receptores colinérgicos - nicotínicos produciendo un efecto rápido. La adicción a la nicotina está mediada, entre otros factores y como con otras drogas por medio del sistema dopaminérgico de recompensa cuyo núcleo central es el núcleo accumbens. Como puede apreciarse en los cuadros 4,5 y 6, las clasificaciones internacionales (CIE-10 y DSM-IV-R) incluyen la adicción a la nicotina entre los trastornos por uso de sustancias, así como también, la intoxicación, dependencia y síndrome de abstinencia. (Abrams Db, Niaura R, Brown R, Emmons K., Goldstein Mk, Monti P., 2003).

### **El proceso de abandono del usuario que quiere dejar de fumar.**

El proceso de abandono de la dependencia al tabaco es un problema complejo debido a la naturaleza de la adicción y a los trastornos relacionados que ocasiona. Un obstáculo para la intervención de los psicólogos con los fumadores es la creencia de que la mayoría de ellos no quieren cambiar de conducta. También es conocido el hecho de que en la práctica clínica algunas personas encuentran más facilidad que otras para modificar su comportamiento.

El proceso de abandono del tabaco no es un hecho predecible que transcurra de manera automática y que sea igual en todos los fumadores, sino que su trayecto también implica un proceso de madurez psicológica para lograr este cambio y alcanzar la abstinencia absoluta (ver cuadro 7 para el proceso de los fumadores y las acciones a llevar a cabo). Las personas no cambian su conducta de manera repentina, sino más bien paulatina, en el transcurso del tiempo y con el apoyo de los profesionales de salud se les puede facilitar el progreso en las diferentes etapas, este serio compromiso del abandono del tabaco, se da desde que el usuario decide hacer un intento formal para dejar de fumar y si lo consigue pueden pasar varios meses e incluso años o bien requerirá de varios intentos, ya que puede tener deslices y/o recaídas. (Ver cuadro 7). (Barrueco M, Hernández Ma. Torrecilla M. 2003).

(Cuadro 7. Diagrama de atención del fumador)



### Consejería sobre los beneficios de dejar de fumar.

La consejería sobre los beneficios que trae el dejar de fumar en usuarios que ya se encuentran motivados a dejar el cigarro, constituye una herramienta importante, este consejo puede ser otorgado por cualquier miembro del equipo multidisciplinario, los argumentos que se utilizan deben ser sencillos y prácticos, a continuación se presentan los fundamentos más importantes para motivar a un fumador para que termine de tomar esta importante decisión:

Dejar de fumar tiene beneficios muy claros y objetivos para la salud física y mental. Los exfumadores tienen un riesgo de mortalidad mucho más bajo que aquellos que continúan fumando. El riesgo de mortalidad va disminuyendo progresivamente en función de cuanto tiempo tenga el usuario desde que deja de fumar. En general, las personas que se mantienen abstinentes quince años o más, tienen un riesgo de mortalidad similar a aquellos que no han fumado nunca. (Pérez Trullén, M<sup>a</sup>. L. Clemente Jiménez, I. Herrero Labarga, 2004).

Dejando de fumar, se reduce en un 50% el riesgo de muerte prematura después de los primeros cinco años de dejar de fumar. Las evidencias más recientes sobre las enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco revelan que el riesgo del cáncer de pulmón es más de 20 veces mayor en los hombres fumadores y 12 veces mayor en las mujeres fumadoras. Después de diez años de abstinencia, el riesgo de cáncer se reduce de un 30% a un 50%. Cuanto mayor sea el período de abstinencia, mayor será la reducción del riesgo de padecer enfermedades respiratorias. El riesgo de cáncer de la cavidad oral (boca, lengua, faringe y laringe) en los hombres es más de 20 veces superior en los fumadores, en las mujeres fumadoras es de entre 5 y 10 veces mayor que en los hombres fumadores. Dejarlo reduce a la mitad las posibilidades de enfermar, comparado con seguir fumando cinco años después de abandonar el tabaco.

Otro aspecto motivante para el fumador se refiere al de la economía, se le puede hacer notar al usuario todo lo que puede ahorrar al no comprar cigarrillos y lo que podría comprar o pagar en cierto plazo de tiempo, a esto se deben sumarse todas las recompensas familiares y sociales que recibirá a cambio de que ya no fumará, su familia y su medio social lo felicitarán y apoyarán para que continúe su cambio. (Pérez Trullén, M<sup>a</sup>. L. Clemente Jiménez, I. Herrero Labarga, 2004).

Por ello, debe ser tarea de todo el equipo integral de salud el aconsejar a todos los pacientes fumadores a dejar de hacerlo y si aceptan, ayudarles a conseguirlo de una manera efectiva.

### **Consejo Breve para fase de Precontemplación.**

El consejo puede y debe realizarse en la consulta de cualquier profesional de la salud, la enfermera, el psicólogo, la trabajadora social o el médico (equipo multidisciplinario de salud). Esta actividad debe incorporarse en la práctica habitual de los profesionales de la salud, considerando, por supuesto, a los psicólogos como parte esencial de ellos, con el fin de que todos los pacientes en general, tengan una oportunidad para ser aconsejados.<sup>(62)</sup> Para que el consejo sea efectivo debe cumplir una serie de requisitos:

- Debe ser otorgado de manera amable y amigable, pero con firmeza y seriedad.
- Deben utilizarse palabras sencillas para transmitir al usuario con toda claridad que el abandono del consumo de tabaco es una decisión importante y saludable que puede tomar en cualquier momento y que sería una de las mejores decisiones de su vida.
- Este consejo no debe prolongarse más de tres minutos.
- Es importante entregar material de apoyo como trípticos, folletos y tarjetas sobre los daños que ocasiona el tabaco en el organismo y lo que se puede hacer para dejar el cigarro, se le debe proporcionar información impresa de a donde se ubican las clínicas de tabaquismo para que pueda asistir a tratamiento.

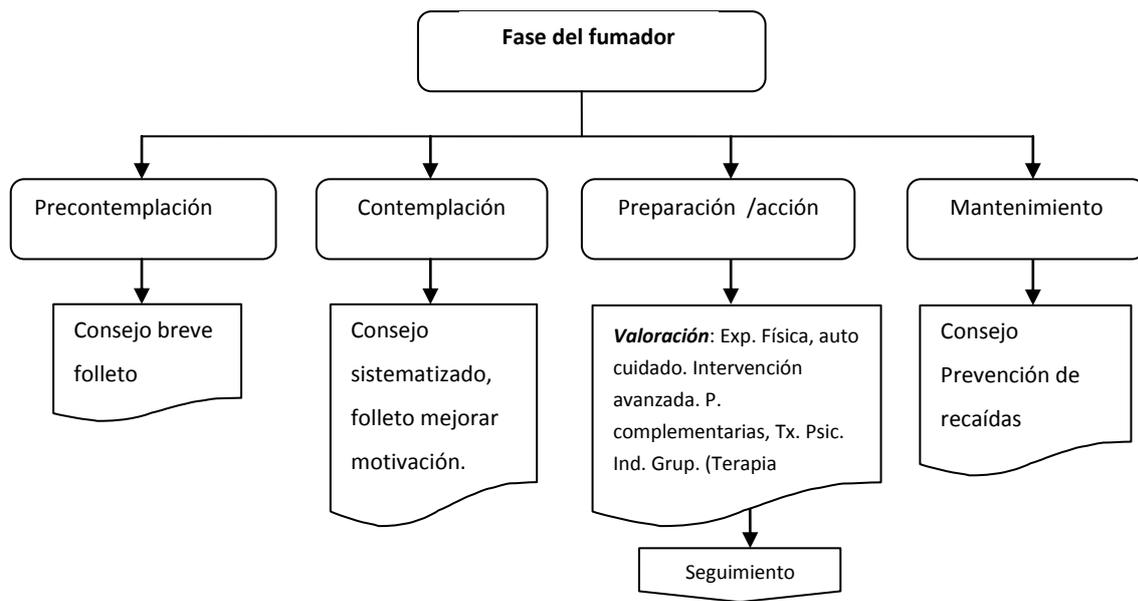
## **Consejo sistematizado para fumadores poco motivados (En Fase de Contemplación).**

Responde a la necesidad de realizar una intervención motivacional: la relevancia de tomar esta decisión, los riesgos de seguir fumando y las ventajas de dejarlo. Este tipo de intervenciones tienen mayor probabilidad de éxito cuando el terapeuta transmite empatía, promueve la autonomía del paciente (le permite la elección entre las opciones disponibles) y evita paternalismos. Consiste en comentar los riesgos que tiene el fumar y los problemas que ocasiona el tabaco, incidiendo en los siguientes aspectos:

- Relevancia. “Dejarlo es importante para su salud y la de su familia, por ser un importante factor que ocasiona diversos riesgos como alteraciones cardiovasculares, respiratorias y diversos tipos de cáncer”.
- Mencionar los peligros a corto y largo plazo. A corto plazo: asma, impotencia, infertilidad, aumento de bióxido de carbono en la sangre, etc. A largo plazo: Infarto, diferentes formas de cáncer, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, etc.
- Riesgos ambientales. Tabaquismo pasivo: afecta a la pareja, hijos y gente de alrededor, puede ocasionar aborto espontáneo en embarazadas, bajo peso al nacer, asma y enfermedades respiratorias en niños.
- Ventajas de dejar el consumo: Ahorro económico, menos enfermedades, mejora el gusto y el olfato. Buen ejemplo para los hijos.
- Barreras: Lograr identificar qué impedimentos existen para dejar de fumar por ejemplo el síndrome de abstinencia; el miedo al fracaso y a las recaídas, aumento de peso, falta de apoyo (en casa o fuera), depresión, disfrute del tabaco.
- La intervención debe repetirse, de ser posible, cada vez que un fumador acuda a consulta.

Aunque no se propone mayor intervención en quienes no están convencidos en dejar de fumar, debido a que no están motivados para decidirse a dejar el tabaco, los fumadores deben saber que ante cualquier duda o problema relacionado con el tabaquismo, o bien que cuando se sientan listos para un cambio siempre pueden contar con apoyo. (Ver cuadro 8)

(Cuadro 8. Fases del fumador de acuerdo a la teoría de estadios de cambio de Prochazka.)



### Evaluación del Craving.

El término craving es un concepto básico para explicar cualquier proceso de adicción. El craving es equivalente a la descripción de la urgencia para consumir una sustancia, aunque en la práctica es un concepto difícil de definir y evaluar. El craving se evalúa como el deseo compulsivo de consumir con gran urgencia un cigarro, lo que más se adecúa al término son ganas, deseo o urgencia de fumar, existen distintas escalas para evaluar el craving del tabaco. Varias de ellas tienen una sola pregunta y la mayoría no más de cinco. Por ejemplo el cuestionario del Fagerstrom, en su pregunta No.1 y 4, se hace énfasis en medir el deseo intenso de fumar.

## Parte 2. CÓMO SE LLEVA A CABO EL TRATAMIENTO

### La valoración y diagnóstico del fumador.

Una vez determinada la fase motivacional y la dependencia a la nicotina en la que se encuentra el fumador de acuerdo a los instrumentos aplicados (pruebas psicológicas: test de Fagerström, cuestionario de motivos, test de ansiedad y depresión de Beck, evaluación de la abstinencia, etc. mismos que se retomarán y explicarán más adelante), deberá realizarse una valoración médica completa, comenzando por la toma de signos vitales en consulta de medicina general y con el apoyo de enfermería a los fumadores que se encuentren situados en la fase de contemplación, es decir que quieren dejar de fumar. El examen médico del fumador, tiene por objetivo

fundamental describir detalladamente si existen daños orgánicos que pudieran complicar el tratamiento o bien interferirlo.

Después de la exploración física, debe realizarse un análisis funcional del tabaquismo que permita conocer cuánto, cuándo y cómo fuma el usuario, con el objetivo de diseñar un tratamiento individualizado.

La información que es útil indagar para la elaboración de esta es la siguiente:

1.- Abuso o dependencia *nivel de severidad*, el test de Fagerström es el instrumento de medición más útil y de fácil aplicación e interpretación para medir el grado de dependencia física que los fumadores tienen por la nicotina. Se trata de una prueba de seis preguntas con respuestas múltiples (anexo 7). De acuerdo a la respuesta que cada fumador dé a cada una de las preguntas se obtiene una determinada puntuación. Al sumar los puntos obtenidos en cada una de las preguntas se deriva la puntuación total que oscila entre 0 y 10 puntos. Si el fumador tiene entre 0 y 3 puntos se considera que su grado de dependencia es leve, si tiene entre 4 y 6 puntos es moderado y si tiene 7 o más, su grado es fumador severo. Cabe mencionar que, en ocasiones, no es necesario realizar todo el test para conocer el grado de dependencia que el fumador tiene por la nicotina, basta con que se pregunte al paciente el número de cigarros que consume al día, el tiempo que transcurre desde que se levanta hasta que consume el primer cigarro y por último, a su sentir, cuál es el cigarro que más necesita fumar. Si las respuestas a estas preguntas son que consume 20 o más cigarros diarios, que fuma el primer cigarro dentro de la primera media hora después de levantarse y que ese cigarro es el que más necesita, el fumador debe ser diagnosticado severo en su grado de dependencia por la nicotina. (Roberto Secades Villa y José Ramón Fernández Hermida, 2003).

En muchas ocasiones, los fumadores con altas puntuaciones necesitan tratamiento farmacológico para ayudarse a dejar de fumar e incluso, dependiendo de cuáles sean los resultados, se debe solicitar apoyo médico para que recomiende y prescriba uno u otro tipo de fármaco para el abandono. También se ha encontrado que existe relación entre la puntuación del test de Fagerström y el desarrollo de enfermedades asociadas al consumo del tabaco, por ejemplo, los pacientes fumadores que desarrollan cáncer de pulmón tienen más alto grado de dependencia física por la nicotina. Resultados similares se encontraron para los pacientes que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

En resumen, el conocimiento de la puntuación del test de Fagerström sirve para determinar el grado de dependencia y para indicar el mejor tipo de tratamiento tanto psicológico como farmacológico a llevar a cabo y valorar el riesgo de desarrollar un determinado tipo de enfermedad en el fumador.

2.- Síndrome de abstinencia que padece o ha padecido cuando redujo o dejó de fumar en ocasiones anteriores, si es que ya lo ha intentado antes y si su intento ha sido formal con ayuda o por sí solo o bien si es la primera vez. De acuerdo a los criterios ya mencionados anteriormente relativos al síndrome de abstinencia y a la aplicación de la escala de medición "Valoración del síndrome de abstinencia" (anexo 6).

3.- Indagar si ya ha padecido o padece enfermedades físicas causadas por fumar o bien investigar si ya existe deterioro físico asociado al hábito de fumar, se debe de canalizar al consultante con el médico para llevar a cabo la exploración física y la elaboración de su historia clínica.

4.- Estado psicológico: se refiere a los trastornos psicológicos asociados que pueden estar relacionados con fumar, evaluar si el usuario padece de problemas psicológicos como son trastornos de ansiedad, depresión o trastornos de personalidad, para este fin se pueden utilizar los inventarios de Beck, (depresión y ansiedad) mismos que se anexan en este documento (anexos 4 y 5). Es importante mencionar en este punto que si se sospecha de algún trastorno psiquiátrico, se debe canalizar al usuario a los servicios de psiquiatría, y siendo así este es uno de los criterios de exclusión, aunque también el psiquiatra puede determinar en determinadas circunstancias si el sujeto puede continuar en tratamiento para dejar de fumar.

5.- La situación social (económica, profesional, laboral de pareja e hijos si es que los tiene y si se fuma en casa, o en el medio en el que labora o estudia)

7) Si recibe apoyo de su red social (familiar, social, amigos, compañeros de trabajo, etc.).

8) La intensidad y motivación del deseo que tiene para dejar de fumar y la evaluación del estadio de cambio en el que se encuentra (anexo 1 y 2), cualquiera de estos dos instrumentos de evaluación de la motivación y los estadios de cambio se puede utilizar, son de fácil aplicación e interpretación y están estandarizados y validados en población mexicana.

9) Los intentos previos de abandono y finalmente el pronóstico. (Jiménez Ruiz C.A., Barrueco Ferrero M., Solano Reina S., Torrecilla García M. 2003).

### **La evaluación:**

La evaluación de la conducta de fumar tiene como objetivo fundamental describir el problema por el cual la persona acude a tratamiento, establecer un diagnóstico preciso de su problema (fumar) y las dificultades asociadas a este hábito, realizar una adecuada evaluación conductual, incluyendo la historia previa del fumar, los tratamientos que ha llevado a cabo, si es que ha tenido y las ideas y expectativas sobre el tratamiento que se le va a aplicar para con todo ello estructurar un tratamiento individual.

En el caso de la dependencia a la nicotina, es necesaria una intervención médica y psicológica especializada e interactiva con otros profesionales de la salud, como es el médico, la enfermera, la trabajadora social y el nutriólogo y esta es precisamente la premisa que plantea el *tratamiento multicomponente*, de esta forma, la evaluación e intervención en un mismo sujeto por un equipo multidisciplinario se convierte en un punto esencial en el proceso terapéutico.

Una de las tareas más importantes del psicólogo clínico en el abordaje de cualquier conducta adictiva es la de evaluar y establecer diagnósticos funcionales para la planificación del tratamiento. El marco teórico y práctico de referencia para esto es el *análisis funcional*, por su metodología y control, éste permite tomar decisiones sobre la generación de un cambio de conducta y la evaluación de ese cambio. La evaluación conductual en adicciones, es un proceso continuo a lo largo de la intervención y que tiene como objetivos: 1) identificar las conductas que integran el problema adictivo y las variables que controlan su aparición, 2) establecer los objetivos que se quieren lograr con la intervención, 3) proporcionar información relevante para la selección de técnicas de tratamiento apropiadas en cada caso; y, 4) la valoración precisa de los resultados de la intervención.<sup>(91)</sup>

### **Utilización del registro diario.**

La mayoría de las veces que un fumador enciende un cigarro lo hace de forma automática, esto es porque la conducta de fumar es por lo general un hábito aprendido debido a la multitud de ocasiones que el fumador lo ha realizado durante su historia de tabaquismo. Para cambiar este comportamiento mecánico, observarlo y conocerlo adecuadamente es muy útil registrar esta conducta en un autoregistro.

Lo fundamental del autoregistro es que ofrece al terapeuta información adecuada sobre los parámetros individuales de la conducta de fumar, así como las condiciones en las que ocurre y las consecuencias que siguen. Los autoregistros tienen que ser sencillos y deben almacenar sólo aquella información que es útil para el fumador, el tratamiento y el terapeuta (Olaz, Fabián. O. 2001). Con ellos es posible conocer mejor la conducta y poner en marcha medidas de autocontrol a partir del análisis funcional del mismo. (Ver anexo 10).

El tratamiento multicomponente se lleva a cabo en un promedio de diez a doce sesiones, las citas deberán otorgarse semanalmente y con una duración de alrededor de 45 a 50 minutos en la modalidad de consulta individual y de 90 a 120 minutos cuando se trata de terapia grupal. La meta ideal de este enfoque de tratamiento es llegar a la abstinencia a partir de la segunda sesión, mediante técnicas cognitivo-conductuales, aunque en la realidad muchos usuarios pretenden fumar eventualmente dos o tres cigarros.

Durante la primera cita de un usuario en fase de contemplación, se deben aplicar los instrumentos anteriormente mencionados (test de fagerström, inventarios de Beck, prueba de motivos para dejar de fumar y fases de estadios de cambio de Prochazka, sin embargo éstas acciones se detallaran más adelante en la descripción de las sesiones). Es en esta misma cita en la que se le debe entregar al usuario el auto registro, uno por día y explicarle detalladamente cómo debe llenarlo día a día durante la segunda semana del tratamiento, semana en la cual el usuario continuará fumando como lo ha venido haciendo, pero registrando la hora, los pensamientos y las sensaciones cada que fuma un cigarro, esta es una herramienta muy importante para el establecimiento del tratamiento que se llevará a cabo con cada fumador, debido a que puede confirmar el grado de dependencia de tabaco y las causas por las cuáles se fuma, si es por estrés, por recreo, estimulación sensoriomotora, etc.

La escritura, en el proceso de abandono de cualquier adicción, es una estrategia muy útil, que permite un análisis detallado de las circunstancias en las que se consumen sustancias adictivas y muestra la percepción objetiva de las causas que motivan al usuario a fumar. También facilita identificar y tratar de operacionalizar las variables que están controlando su aparición.

### **Terapia Farmacológica.**

Los criterios actuales en el tratamiento de la dependencia a la nicotina, establecen que el tratamiento farmacológico debe ser ofertado a los fumadores moderados y severos que quieren hacer un intento formal de abandono, excepto en los casos en donde existan contraindicaciones. Con el tratamiento farmacológico se puede obtener una mayor probabilidad para que los clientes se mantengan abstinentes al cabo de un año, triplicando las probabilidades de éxito frente al abandono espontáneo. (Vázquez, F.L. Muñoz, R.F. Becoña, E. 2000).

Teóricamente el apoyo farmacológico debe acompañarse siempre de la terapia psicológica, siendo la combinación simultánea de estos lo más eficaz y recomendable hasta hoy para ayudar al usuario a dejar el tabaco.

Los tratamientos farmacológicos de primera línea más utilizados en México y el mundo de acuerdo a la revisión de las guías técnicas y manuales de tratamiento revisados para este documento (anexo 13) son en primer lugar: la Terapia de Reemplazo de Nicotina (TRN), el hidrocloreuro de bupropion (anfebutamona) y la vareniclina, siendo éstos dos últimos fármacos de segunda línea que han demostrado eficacia y cuyo uso se ha extendido en la mayoría de las Clínicas de Tabaquismo en el país.

La elección y prescripción de los fármacos de primera línea (TRN), debe hacerse en base a factores como la experiencia del profesional médico, las contraindicaciones del fármaco, las reacciones secundarias, las preferencias del cliente, su experiencia previa con esos y otros medicamentos y otras características individuales del usuario como son: antecedentes depresivos, preocupación por el peso, gastritis, alergias, posibilidades económicas, etc., más adelante se abordará de manera detallada el uso de estos fármacos, debido a que en el proceso terapéutico para dejar de fumar los psicólogos y otros profesionales clínicos deben conocer de manera general como actúan estos medicamentos, sin olvidar que es el médico quien tiene la responsabilidad de decidir y prescribir el medicamento indicado de elección.<sup>(92)</sup>

### **Terapia de Reemplazo de Nicotina (TRN).**

La acción adictiva de la nicotina ha sido ampliamente estudiada tanto en México como en muchos países desde hace décadas y en la actualidad su mecanismo de acción se conoce perfectamente. De esta manera, se habla de dependencia a la nicotina y en consecuencia han aparecido gran cantidad de medicamentos que son utilizados en el tratamiento farmacológico del tabaquismo, respecto a este punto, en los programas de tratamiento que se revisaron para este fin, correspondientes por supuesto a las clínicas de Tabaquismo en México, son de uso extenso tres de estos fármacos:

Terapia de reemplazo de Nicotina que en lo sucesivo se le llamará como (TRN), bupropion y vareniclina.

La TRN se basa en la administración de nicotina pura por una vía distinta a la fumada (dérmica, ingerida e inhalada), para controlar y minimizar los síntomas del síndrome de abstinencia que se manifiestan en la mayoría de fumadores moderados y severos al dejar el hábito, para ayudar al proceso de deshabituación. El hidrocloreuro de bupropion es el primer medicamento no nicotínico aprobado por la Federation of Drugs and Alimentation (FDA), para el apoyo farmacológico del tabaquismo. Se trata de un inhibidor de la recaptura neuronal de la dopamina a nivel del núcleo accumbens, y de noradrenalina en el locus ceruleus, por lo que contribuye a disminuir la ansiedad de los fumadores en proceso de abandono y minimiza los síntomas del síndrome de abstinencia.<sup>(95)</sup>

En general, la desintoxicación médica es solamente una etapa en el tratamiento para las adicciones y el tabaquismo no es la excepción, aunque es importante mencionar que en sí misma no sirve de mucho para cambiar el uso de drogas a largo plazo, de ahí que el tratamiento multicomponente está basado en el fundamento de que los procedimientos para la modificación del comportamiento y los métodos farmacológicos más exitosos operan con mecanismos diferentes pero complementarios y que tienen un buen potencial para producir efectos acumulativos.

Aunque existen pocos análisis comparativos entre las diferentes presentaciones de los TRN existentes, se observa una eficacia similar en todas sus modalidades. Se ha demostrado que las TRN no solo reducen los síntomas de abstinencia tras el abandono total del tabaco, también disminuyen el aumento de peso y mejoran los resultados obtenidos de cualquier otra forma de tratamiento coadyuvante utilizado. La TRN es eficaz administrada en conjunto con el tratamiento cognitivo-conductual.

La TRN de tabaco se desarrolló en Suecia hace más de 20 años. En la actualidad se utilizan en México de manera común y práctica tres tipos de TRN, dependiendo de la vía de administración de la nicotina: goma masticable, parches transdérmicos en diversos grados de concentración y ajustados a las diferentes etapas de desintoxicación de acuerdo a la deshabituación sistemática y finalmente el inhalador, sobre el cual todavía no existen muchas investigaciones en México.

Todas las formas comercialmente disponibles de TRN (como parches, chicles, e inhaladores) son efectivas como estrategia para apoyar el proceso del abandono del hábito de fumar. Aumentando las probabilidades de abandono del tabaco.

La TRN constituye un apoyo efectivo para dejar de fumar debido a sus escasos efectos secundarios, aunque requiere de instrucciones específicas para obtener buenos resultados, por ejemplo para masticar el chicle de nicotina es necesario brindar adiestramiento especial ya que no se debe consumir como la goma masticable comercial de sabores.

El médico debe tener especial cuidado en que, a pesar de la eficacia de los TRN, todas las presentaciones tienen contraindicaciones generales de uso que se especifican claramente en las monografías de estos productos, además existen otras

situaciones en las que la utilización de TRN debe realizarse con precaución, después del fracaso de otras intervenciones, valorando el riesgo/beneficio de manera individual y bajo supervisión médica. En estos casos se incluyen como contraindicaciones de todos los TRN las enfermedades cardiovasculares (hipertensión, angina de pecho, infarto de miocardio, arritmias cardíacas, enfermedad cerebro vascular, artropatía oclusiva periférica), endocrinas como el hipertiroidismo, la diabetes mellitus, úlcera péptica, diabetes e hipertensión.

### **Parches de Nicotina**

Existen presentaciones en el mercado que se diferencian por la cantidad de nicotina que contienen y el tiempo de aplicación prescrito: 12,16 y 24 horas. El parche debe colocarse sobre una zona de piel limpia, seca y sin vello (por ejemplo, cara anterior del antebrazo, pierna, cadera y tronco) y se retirará al día siguiente si es de 24 horas o por la noche si es de 16 o 12 horas. Las dosis varían en función del tipo de parche y de las características del fumador, así como de la etapa de tratamiento en la que se encuentre (ver tabla 9). Por regla debe administrarse 1mg. de Nicotina por cada cigarrillo consumido. Actualmente no hay evidencia que sugiera que la utilización rutinaria de parches con dosis superiores a 21 mg/24 horas, o de combinaciones de diferentes tipos de TRN, sean más eficaces que la monoterapia con una dosis estándar. (Danny JA, de Biasi M. 2001).

Se ha visto que el tratamiento de ocho semanas con parches es eficaz y no existe aún evidencia de que la disminución progresiva del tratamiento sea mejor que la interrupción brusca, aunque es más usual la reducción paulatina. Tampoco se han encontrado diferencias de eficacia entre los parches de 16 y 24 horas.

Las principales ventajas son la facilidad de uso y los pocos efectos secundarios, aunque se deben dar claramente instrucciones de uso, las desventajas del uso de este son que puede causar como efecto secundario irritación de la piel, por si es de gravedad se discontinuará su uso.

### **Goma masticable de Nicotina**

La goma masticable está compuesta por una resina de intercambio iónico en una presentación de 2 mg. de Nicotina que se libera al ser masticado. Es importante instruir al paciente sobre su uso correcto e insistir en la importancia del masticado intermitente y con poca presión para permitir una lenta absorción de la Nicotina a través de la mucosa de la boca, se pueden efectuar 2 o 3 masticaciones y colocar el chicle debajo de la lengua. En caso contrario (masticado continuo y con mucha presión) la Nicotina es deglutida y metabolizada en el hígado dando lugar a irritación de garganta y síntomas gastrointestinales como ardor de estómago. El chicle contiene una recubierta permeable que facilita la absorción de Nicotina en la mucosa oral. Algunas bebidas, con un pH más ácido, como café, zumos o refrescos, pueden alterar su absorción por lo que se recomienda no comer ni beber, excepto agua, desde quince minutos antes de su uso hasta que se tira.

La goma masticable puede usarse pausado o a demanda. Cuando se usa pausado puede recomendarse un chicle cada hora y media a dos horas, con un total de 15-20

piezas al día para fumadores con alta dependencia o en aquellos en los que han fallado los chicles de 2 mg. deben utilizarse dos chicles por ocasión o bien cambiar la TRN. El tratamiento se mantiene regularmente por 3 meses aproximadamente, es importante no rebasar este lapso de tiempo, reduciendo progresivamente la dosis. De un 25% a un 30% de los usuarios presentan efectos adversos que suelen ser leves y en la mayoría de veces pasajeros (irritación de garganta, náuseas, diarrea, úlceras en la boca, flatulencia) y que no precisan retirar el tratamiento. Su uso puede contribuir a reducir el aumento de peso durante la deshabituación nicotínica.

### **Inhalador de Nicotina**

Este dispositivo de administración de nicotina se compone de dos piezas: una boquilla y un cartucho depósito de nicotina que contiene 10 mg. de nicotina y 1 mg. de mentol. La boquilla tiene en uno de sus extremos un biselado especial para adaptarse a la boca del fumador. Con este sistema el aire es saturado con nicotina antes de ser inhalado y se consiguen niveles de nicotina en sangre de forma rápida. Puede ser utilizado realizando una profunda inhalación o bien mediante inhalaciones poco profundas. Con el primer método la nicotina es absorbida a nivel de los bronquios y con el segundo la absorción se realiza a nivel de la faringe, boca y esófago. Los niveles de nicotina alcanzados con cualquiera de las dos técnicas son similares. El 80% de los sujetos que han utilizado el inhalador bucal lo prefieren y consideran como la forma de absorción bucal más cómoda.

Se recomienda mantener la boquilla armada y llena a 15 °C porque la cantidad de nicotina liberada en cada inhalación depende de la temperatura a la que se encuentre el depósito; esto se consigue sosteniendo el depósito dentro de la mano cerrada, sobre todo cuando se está utilizando en ambientes fríos. Cada inhalador puede soportar hasta 400 inhalaciones pequeñas. No se recomienda utilizar menos de 2 ni más de 4 cartuchos al día. Cada cartucho debe utilizarse 5 veces realizando 80 inhalaciones en cada utilización. Se recomienda mantener el tratamiento durante dos meses; a partir del segundo mes es conveniente reducir la dosis en un 25% de depósitos al mes hasta suspenderlo. (Pérez, M. 2006).

Como es el caso por ejemplo de las vacunas y otros medicamentos, una vez abierto el contenedor que se dejó a medias el día anterior no debe volver a utilizarse ya que la nicotina se modifica perdiendo sus propiedades.

Los diferentes estudios realizados hasta la fecha, han demostrado que existe un grado de evidencia aceptable para recomendar el uso de este, la principal ventaja del inhalador bucal es que alivia la dependencia conductual (tabaquismo sensoriomotor). Trabajos realizados por Rose y Levin en Estados Unidos en el año 2005 demostraron que la estimulación de receptores sensoriales de la faringe y laringe del fumador por partículas del humo del tabaco podrían contribuir al mecanismo de creación de dependencia del cigarro. Sin embargo hasta la fecha este “éxito” no está sustentado de manera seria y mediante evidencias.

Entre sus desventajas, el inhalador de nicotina alcanza prontamente altas concentraciones en sangre, por lo que existe la posibilidad de crear mayor adicción y además continúa el refuerzo sensorio motor oral, lo cual exige que este TRN se

maneje con un alto nivel de supervisión por que en algunos casos no es recomendable, también se debe instruir cómo y qué tan profundas deben ser las inhalaciones. Se ha valorado la eficacia del tratamiento de fumadores combinando inhalador con parches de nicotina y terapia cognitivo-conductual, concluyendo que esta modalidad terapéutica incrementa la tasa de éxito, sin embargo en la población mexicana no existen estudios confiables ni válidos para su uso, por lo cual se recomienda supervisión estricta del médico y bajo parámetros de control e investigación, en este aspecto cabe la necesidad de elaborar estudios serios de esta modalidad de tratamiento en población mexicana.<sup>(102)</sup>

### **Contraindicaciones de los medicamentos de TRN**

- Hipersensibilidad a la Nicotina o a cualquier componente de la fórmula.
- Fumadores ocasionales o no fumadores y fumadores que en el cuestionario de Fagerström (dependencia a la nicotina) hayan resultado leves.
- Enfermedades cardiovasculares graves: infarto agudo de miocardio, angina de pecho, arritmias cardíacas graves, insuficiencia cardíaca y accidente cerebro vascular.
- Embarazo
- Lactancia
- Niños
- Úlcera gástrica
- Diabetes
- Hipertensión

Contraindicaciones específicas:

- o Chicles: trastornos de la articulación de la mandíbula, irritación estomacal, gastritis, úlcera.
- o Parche: Enfermedades dermatológicas que compliquen su aplicación, si se opta por el uso de los parches se le deberá indicar al cliente que no se lave con jabón la parte dérmica en donde estuvo pegado ya que causa reacciones muy molestas de irritación, debe enjuagarse solamente con agua pura.

### **Consideraciones finales sobre la TRN**

- Es segura y con pocas contraindicaciones. Los efectos secundarios se deben habitualmente al uso incorrecto. Es preciso dedicar el tiempo suficiente para instruir a los usuarios para su correcta utilización.
- Una gran parte de los fracasos en el tratamiento con TRN, se debe a la sub-utilización de los pacientes de las dosis adecuadas, por eso se debe insistir en que sigan las recomendaciones del médico al pie de la letra y este a su vez conozca las monografías del medicamento.

Una buena práctica es utilizar la valoración del síndrome de abstinencia como indicador de la correcta prescripción. Es decir si el usuario aumenta el consumo, lo

primero que se debe pensar es que el cliente está siendo tratado de manera inadecuada e incontrolada.

(Cuadro 9. Tabla resumen de los fármacos disponibles para el tratamiento para dejar de fumar)

Producto	Dosis/duración	Efectos secundarios	Contraindicaciones	
			Generales	Específicas
Parche de nicotina de 24 horas de 21, 14 y 7 mg.	21 mgrs al día, de 4 a 6 semanas.	Irritación cutánea, insomnio, mareo, dolor muscular, dolor de cabeza	Hipertensión arterial no controlada	Dermatitis generalizada
	14 mg al día por 2 semanas			
	7 mg al día por 2 semanas			
Parche de Nicotina de 16 horas de 15, 10 y 5 mg.	15+10 mg al día de 4 a 6 semanas	Dolor articulación temporo-mandibular, hipo, mal sabor de boca.	Cardiopatía no controlada	Alteraciones de la articulación temporo-mandibular, inflamación oro faríngea, trastornos dentales.
	15 mg al día por 2 semanas 10 mg al día por 2 semanas			
Goma masticable de Nicotina de 2 mg.	12 a 15 piezas por día de 8 a 10 semanas. 8 a 10 piezas por día de 3 a 6 meses	Irritación	Arritmia no controlada	inflamación oro faríngea,
Inhalador de nicotina	1 cartucho por día			
Bupropion	150 mg, al día durante 6 días, continuar con 150 mg. dos veces al día. Duración 8 a 9 semanas (hasta 6 meses para mantener abstinencia).	Insomnio, boca seca, reacciones cutáneas, mareo convulsiones (un caso en mil personas)	Historia de convulsiones, Traumatismo craneo encefálico (TCE), Trastorno obsesivo compulsivo, anorexia o bulimia, convulsiones.	
Vareniclina	1º al 3º día 0.5 mg al día 4º al 7º. Día 0.5 mg dos veces al día. día 8º hasta finalizar el tratamiento 1mg dos veces al día Duración 12 semanas, se puede mantener hasta 24 semanas	Náuseas, dolor de cabeza, sueños anormales, insomnio	Hipersensibilidad al principio activo o a cualquiera de los excipientes	

## **Anfebutamona.**

El bupropion es un antidepresivo que ayuda al abandono del hábito de fumar a largo plazo, duplicando las probabilidades de éxito. El modo de acción del bupropion es inferior a la vareniclina, independiente de su efecto antidepresivo, tiene una eficacia similar a la de los reemplazos de nicotina. Las reacciones adversas con ambos fármacos muy pocas veces son graves y no tienen como resultado la interrupción del tratamiento.

Se encuentra indicada para fumadores de moderada a alta dependencia. Se presenta en comprimidos de 150 mg. La prescripción recomendada es de 150 mg. al día durante los seis primeros días y seguir con 150 mg. dos veces al día (con al menos ocho horas de separación). El tratamiento se mantiene en un plazo aproximado de 7 a 9 semanas. Los comprimidos deben ingerirse enteros. El tratamiento se inicia mientras el paciente fuma, debiendo establecerse la fecha para dejar de fumar durante la segunda semana. Es eficaz también a dosis de 150 mg. al día, debiendo seguirse esta pauta en el caso de personas mayores de 65 años, con insuficiencia hepática, renal, o en caso de presentar efectos adversos. (Elisardo Becoña Iglesias 2004).

La principal contraindicación para su prescripción es la existencia de antecedentes de convulsión y epilepsia. El riesgo de convulsión es similar al de otros antidepresivos y es mayor en caso de:

- Traumatismo craneo encefálico (TCE): incluyendo cualquier traumatismo craneal que cause pérdida de conciencia, amnesia, fractura craneal o hematoma.
- Fármacos que puedan reducir el umbral de convulsiones: antidiabéticos orales, insulina, antidepresivos, antipsicóticos, antipalúdicos, quinolonas antihistamínicos sedantes, corticoides sistémicos teofilina, tramadol.
- Consumo de anorexígenos o estimulantes.
- Abuso de alcohol.

Su uso no está indicado en menores de 18 años, ni en el embarazo o lactancia. Está contraindicado en pacientes con trastornos bipolares, anorexia nerviosa, bulimia, tumor cerebral o drogas e hipersensibilidad al bupropion o a alguno de los excipientes. No debe usarse en pacientes con insuficiencia hepática, cirrosis o en proceso de retirada de benzodiacepinas. Está especialmente indicado en el caso de fumadores que han fracasado con TRN, en los que existen antecedentes de depresión o alcoholismo y en los que están preocupados por el aumento de peso.

Las reacciones de hipersensibilidad pueden presentarse del 1 al 3% con erupción cutánea, prurito, urticaria y dolor torácico. Los casos de hipersensibilidad retardada que pueden comenzar entre el 6º y el 21º día de comienzo de tratamiento (eritema, dolor y rigidez articular, dolores musculares y fiebre), son excepcionales. Por

todo ello se debe avisar al cliente de esta posibilidad, para que ante cualquier síntoma suspenda el tratamiento y consulte a su médico.

Los efectos adversos de mayor frecuencia son: Insomnio, dolor de cabeza, sequedad de boca, sabor metálico y sensación de inestabilidad que en la mayoría de los casos no requieren suspender el tratamiento.

## **Vareniclina**

La vareniclina fue desarrollada como un agonista parcial del receptor de la nicotina a partir de la citisina, un fármaco ampliamente usado en Europa central y oriental para el abandono del hábito de fumar.

Actúa específicamente en los receptores nicotínicos del cerebro de dos maneras:

- Estimula parcialmente el receptor que libera dopamina (Efecto agonista). Reduce la ansiedad por fumar y los síntomas relacionados con la abstinencia.
- Bloquea la unión de la nicotina al receptor (Efecto antagonista). Disminuye la satisfacción asociada a fumar, con lo que se neutralizaría el efecto de recompensa que obtiene el fumador al inhalar el humo del tabaco.

La vareniclina aumenta las probabilidades de éxito a largo plazo en aproximadamente tres veces más, en comparación con los intentos de abandono sin apoyo farmacológico. Es más eficaz que bupropion y que la TRN.

La eficacia de vareniclina se basa fundamentalmente en los resultados de dos ensayos clínicos doble-ciego, controlados con placebo que incluyeron más de 2000 fumadores comparando Vareniclina, Bupropion y placebo, los resultados mostraron que:

- La probabilidad de dejar de fumar tras 12 semanas de tratamiento con Vareniclina fue aproximadamente 2 veces superior a aquellos que tomaban Bupropion y 4 veces superior a quienes estaban con placebo (no apoyados farmacológicamente).
- Un 44% de los fumadores que tomaban Vareniclina dejaron de fumar completamente (Abstinencia continuada a lo largo de un año) en comparación con el 30% y el 18% que tomaron Bupropion o placebo respectivamente.

No se ha establecido claramente la efectividad de la vareniclina como una ayuda a la prevención de las recaídas.

Forma de administración: La ficha técnica recomienda tomar un comprimido de 0.5 mg. una vez al día durante los primeros 3 días, seguido de dos comprimidos de 0.5 mg. dos veces al día durante los días del 4 al 7. El día señalado para dejar de fumar debe haberse fijado dentro de la primera o segunda semana del tratamiento. A partir de esa primera semana de tratamiento, se incrementa la dosis a 1 mg. dos veces al día y se continúa con esa toma durante 11 semanas más. Si hubiese efectos adversos mal tolerados se seguiría con 0.5 mg. dos veces al día, temporalmente o

hasta completar el tratamiento. En aquellos pacientes que en el plazo de esas 12 semanas consiguiesen la cesación podrían continuar durante 12 semanas más con la misma dosis de 1mg. dos veces al día.<sup>(107)</sup>

Efectos adversos de mayor frecuencia: Las náuseas son el principal efecto adverso de la vareniclina, en su mayoría de leves a moderadas y transitorias (28,6%), sueños anormales, insomnio y dolor de cabeza.

Efectos adversos ocasionales: Aumento de apetito, somnolencia, mareos, vómitos, estreñimiento, distensión abdominal, molestias estomacales, dispepsia, flatulencia, sequedad bucal.

Contraindicaciones: si existe hipersensibilidad al principio activo o a cualquiera de los excipientes.

Embarazo, lactancia: No se dispone de datos sobre su uso en mujeres embarazadas. Se desconoce el riesgo potencial. La vareniclina no debe utilizarse durante el embarazo. Todavía no se sabe si se excreta en la leche materna. La decisión de continuar/discontinuar la lactancia o continuar/discontinuar el tratamiento con Vareniclina debe tomarse considerando el beneficio de la lactancia materna para el lactante y el beneficio del tratamiento con Vareniclina para la madre.

Precaución a la hora de conducir o manejar maquinaria. Lancaster T, Stead LF. Asesoramiento médico para el abandono del hábito de fumar; 2004 (Revisión Cochrane traducida).

## **Indicaciones y contraindicaciones del tratamiento farmacológico**

El tratamiento farmacológico está indicado en los fumadores que quieren dejar el tabaco y que en el test de Fagerström y los autoregistros hayan resultado como fumadores severos y moderados (clientes que así lo soliciten), excepto si existen contraindicaciones para su uso.

Antes de iniciar tratamiento farmacológico, se deben hacer consideraciones especiales en fumadores que presentan las siguientes condiciones:

- Contraindicaciones médicas: hipertensión arterial, diabetes, úlcera gastrointestinal, enfermedades del corazón.
- Fumadores de menos de 10 cigarrillos/día
- Mujeres embarazadas o que estén amamantando a sus hijos
- Fumadores adolescentes.

### **Pruebas médicas complementarias.**

Ante la sospecha de alguna enfermedad orgánica, se deberá referir al usuario con el médico, quien debe realizar las pruebas y exámenes de gabinete pertinentes para el diagnóstico y tratamiento, siendo especialmente relevantes aquellas relacionadas con el funcionamiento pulmonar por si existen daños asociados al consumo, es

aconsejable hacer un chequeo completo y general, (ejemplo: pruebas de esfuerzo respiratorio, radiografía de tórax, etc.). Para algunos fumadores, el descubrimiento de una enfermedad o limitación física que no conocían o de una enfermedad debida al tabaco, puede representar un fuerte impacto y una oportunidad única para conseguir dejar el tabaco. (Jiménez Ruiz CA, Ayesta J, Planchuelo MA, Abengozar R, Torrecilla M. Quintas M. 2001).

### **Desarrollo de las sesiones.**

La revisión de las guías y de los diversos manuales para el tratamiento multicomponente del tabaquismo analizados para este documento, (ver anexo 13), coinciden en que el enfoque cognitivo – conductual resulta ser el más eficaz para este problema. Este programa consta mínimo de diez sesiones, de ahí que es posible establecer el número de estas dependiendo de las necesidades, de la evaluación y de las diferencias individuales que tiene cada fumador o bien de acuerdo al protocolo que determinadas instituciones u organizaciones así lo planteen y justifiquen, el número de estas más bien obedece al reglamento interno y a la normatividad de cada institución. Por ejemplo, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), lleva a cabo diez sesiones mínimo y doce máximo, los Centros de Integración Juvenil (CIJ), programan diez sesiones, la Clínica de Tabaco de la Facultad de Psicología de la UNAM, efectúa de 12 a 15 sesiones, las Clínicas de tabaco de la Secretaría de Salud del D.F., también realizan alrededor de diez sesiones, etc., y el modelo de atención de estas en común, es el multicomponente, con abordaje psicológico cognitivo-conductual. Por lo anteriormente expuesto, en el presente documento se propone un modelo que utiliza de diez a doce sesiones, debido a que el programa de las Clínicas de Tabaco revisadas para este manual tienen una media de entre 10 y 12 sesiones. Siendo diez la media de sesiones básicas. En este manual se expondrán los objetivos y procedimientos de cada sesión, lo cual pretende apoyar el trabajo del psicólogo.

Las sesiones del tratamiento cognitivo-conductual en las clínicas de tabaquismo con abordaje multicomponente y enfoque cognitivo-conductual, se llevan a cabo por lo general e idealmente de manera grupal, trabajando con grupos de 5 a 8 personas, sin embargo se observa que en muchas ocasiones esto no es posible, debido a que algunos usuarios solicitan atención individual o bien el grupo ya está integrado y la persona deberá esperar hasta que se junte otro grupo terapéutico, lo cuál lógicamente disminuirá la motivación para dejar de fumar, por lo que el usuario puede ser atendido individualmente, posteriormente podrá integrarse al grupo, este fenómeno no obedece a criterios técnicos del modelo multicomponente sino a situaciones en donde resulta estrictamente necesario tomar tratamiento individual, sobre este aspecto, la literatura indica que el trabajo grupal refuerza la motivación del individuo y el hecho de tener un problema en común los alienta a avanzar en su proceso, por lo que lo ideal es que sean sesiones grupales.

Antes de entrar de lleno a las sesiones, cabe hacer un paréntesis para señalar que dos de las sesiones en este modelo deben ser apoyadas por el médico. En la sesión tres, corresponde al médico dejarle muy claro al usuario cuáles son los beneficios a la salud que el cese del tabaco le traerá. En esta sesión también se debe informar sobre qué es el síndrome de abstinencia, sus síntomas y qué se puede hacer para

enfrentarlos, de igual forma, en esta sesión si el paciente es un fumador severo, debe conocer cuáles son los fármacos de apoyo disponibles y si quiere disponer de algunos de ellos. (Horacio Rubio Monteverde, Ma. Teresa Oviedo Gómez, Raúl Sansores Martínez, Agustín Vélez Barajas, José M. Castrejón Vacio. 2001).

En la sesión 6, se vigilarán los cambios metabólicos (alteraciones en el apetito, aumento de peso, etc.), y se le avisará al cliente sobre los síntomas que van a ir apareciendo, por ejemplo, la excesiva secreción de fluidos mucosos del aparato respiratorio y el proceso de auto limpieza de los pulmones, los síntomas de abstinencia, etc., la intervención del médico en este punto es indispensable, y el psicólogo debe conocer también estos efectos ya que en este modelo es muy importante que todos los miembros del equipo multidisciplinario conozcan los procesos por los que atraviesa el usuario. También es importante que el médico o el nutriólogo le mencione al cliente la posibilidad de un aumento de peso y qué medidas nutricionales y de ejercicio físico se puede realizar; este aspecto es muy importante ya que gran cantidad de personas no quieren dejar de fumar por temor a aumentar su peso, esto resulta un factor motivacional importante que debe controlarse.

Así pues, se puede afirmar que los tratamientos combinados farmacológicos y psicológicos, estructurados, conducidos por más de un profesional psicólogo, médico y enfermera (equipo multidisciplinario), en torno a las sesiones de duración alrededor de dos y tres meses y con posterior seguimiento y flexibilidad técnica para adecuar su contenido a las características de los clientes, constituyen una buena estrategia de elección para el tratamiento de la dependencia tabáquica.

Como se mencionó anteriormente, en el Programa multicomponente para dejar de fumar, es imprescindible la participación y buena comunicación de todo el equipo de trabajo, por tanto antes de que el paciente tome su primera sesión, corresponde a la enfermera o al médico llevar a cabo la toma de signos vitales, (presión arterial, peso, frecuencia cardiaca, función respiratoria, exploración física, etc. Así como saber si en los últimos tres meses no han aparecido enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes e hipertensión), antes de dar inicio a la primera la sesión de consulta con el psicólogo. Conocer estos datos es importante ya que, por ejemplo si se recomiendan fármacos de apoyo para dejar de fumar, la mayoría de ellos tienen reacciones secundarias y criterios de exclusión, por ejemplo, en pacientes diabéticos e hipertensos o con enfermedades cardíacas, no se deben administrar fármacos de reemplazo de nicotina (TRN), el médico deberá optar por el bupropion o la vareniclina, sin embargo es importante que el psicólogo posea también esta información. (Pérez Trullén, M<sup>a</sup>. L. Clemente Jiménez, I. Herrero Labarga, 2004).

Este tratamiento debe ser aplicado a todos aquellos usuarios de tabaco que deseen abandonarlo, no importando que se trate de fumadores que en el diagnóstico resulten leves, moderados o severos, la duración del número de sesiones no debe variar de unos a otros, el apoyo farmacológico idealmente debe ser ofrecido a los fumadores severos, sin embargo si un fumador moderado lo solicita es responsabilidad del médico de valorar la situación y preescribir el tratamiento de elección. En fumadores leves (1 a 5 cigarros diarios), debe manejarse con énfasis en la entrevista motivacional que su síndrome de abstinencia será muy leve y que no amerita el apoyo farmacológico pero sí el psicológico.

## **SESIÓN 1.**

Se revisarán en la primera sesión las siguientes actividades:

En la primera sesión, se realizará la presentación del usuario o bien del grupo y del terapeuta para el establecimiento del rapport.

- ☑ El terapeuta le definirá al cliente o grupo el concepto de “tabaquismo”, le informará sobre el consumo de tabaco: cómo enferma, el daño que le hace al organismo, los daños a la salud a corto, mediano y largo plazo y cómo afecta a quienes los rodean, posteriormente se le aplicará la escala de Fagerström, (anexo 7), que contiene los criterios de evaluación para determinar el grado de dependencia del fumador: si es leve, moderado o severo; independientemente del grado de tabaquismo que se obtenga en la prueba del Fagerström, la terapia cognitivo-conductual, debe ser impartida a todos los fumadores que ingresan al tratamiento para dejar de fumar, debido a que es frecuente que aunque fumen dos o tres cigarrillos al día, el fumar sea percibido por ellos como un problema y que su consumo esté tan reforzado por algunas circunstancias que resulte aún más difícil suprimirlos. En general cada sesión debe tener una duración de 50 a 60 minutos si son individuales y de 90 a 120 minutos si son grupales. Las sesiones deben ser semanales.
  
- ☑ Valoración: las pruebas para realizar la valoración se aplican también en la primera sesión, se trata de instrumentos breves y fáciles de resolver, se abrirá historia clínica, puede emplearse historia clínica básica estandarizada para recabar los datos generales y debe utilizarse desde el primer contacto la entrevista motivacional, debe investigarse si el usuario ya ha tenido intentos anteriores para dejar de fumar, si fue con ayuda o por iniciativa propia, si ha tenido otras terapias psicológicas para algún otro problema, se deben aplicar los inventarios de ansiedad y depresión de Beck, (anexos 4 y 5), estos ofrecen información del manejo del estrés y la depresión del usuario y su relación con el consumo de tabaco, debe indagarse sobre el historial de trastornos mentales: si ha habido, si no los hay, etc., para determinar si es candidato al tratamiento, ya que uno de los criterios de exclusión es la presencia de trastornos mentales, deberá investigarse si el usuario bebe alcohol o toma tranquilizantes. Si han existido o existen trastornos mentales, se canalizará al cliente al área de psiquiatría para su atención, posteriormente si el psiquiatra establece que el usuario puede llevar a cabo su tratamiento de tabaco, entonces éste se podrá integrar al tratamiento, mediante un aval que deberá llevar por escrito con sello de la Institución que atendió, nombre del médico y cédula profesional. También es de vital importancia conocer el grado de motivación y en qué fase de los estadios de cambio de Prochazka (anexos 1,2, y 3.)

La primera sesión es muy importante para el psicólogo, ya que debe hacer uso cuidadoso de los principios de la entrevista motivacional para enganchar al cliente y reforzarle aún más su motivación. En resumen, se realizará lo siguiente:

## **Valoración del fumador:**

1.- Apertura de historia clínica.

2.- Otorgar información general sobre los daños a la salud que ocasiona el consumo de tabaco.

3.- Aplicar Test de Fagerström. Para identificar el grado de dependencia al tabaco. (Anexo 7)

5.- Aplicar inventarios de Beck, -depresión y ansiedad- (Anexo 4 y 5). Si en estas escalas sale muy alto se deberá indagar por qué está deprimido o ansioso para saber si puede proseguir en tratamiento y/o si necesita de la intervención o canalización a psiquiatría, es recomendable llevar a cabo una mayor indagación.

6.- Posteriormente, el terapeuta debe interpretar las pruebas aplicadas, cuyas interpretaciones se encuentran en la parte inferior de cada formato. (Ver anexos).

**OBJETIVOS A LOGRAR:** Los consultantes tendrán que:

- Expresar las características de su adicción, por ejemplo, a su juicio como cuántos cigarros fuma al día, cuántos años de consumo lleva, si ha padecido enfermedades asociadas al consumo y si ya ha tomado medicamentos para dejar de fumar.
- En qué situaciones fuman, por qué se decidieron a dejar de fumar y qué expectativas tienen acerca del tratamiento.
- Los usuarios conocerán de manera general en que consiste el tratamiento.
- Revisarán los conceptos básicos de las adicciones interiorizando y conceptualizando que el tabaquismo es una de ellas.
- El terapeuta debe hacer una exposición breve del Programa de trabajo.
- Mencionar los intentos que se han efectuado para dejarlo, si es que ya se han llevado a cabo anteriormente.
- Indicar al paciente que sólo tiene dos semanas en las que fumará y solicitarle que intente bajar el número de cigarros a consumir.

**Actividades o ejercicios de tarea para el cliente:**

- Dejar claro al fumador que tiene dos últimas semanas en las que podrá fumar para que vaya pensando e interiorizando que dejará de fumar.*
- Recomendarle que de ser posible, baje el consumo de tabaco lo más que pueda y que preste atención de cómo se va sintiendo, esto también reforzará la evaluación de la dependencia al tabaco.

## **SESIÓN 2.**

A partir de esta sesión, el fumador ya deberá comenzar a pensar seriamente en que va a dejar de fumar. Deberá estar convencido de ello y sin dudas de las ganancias que obtendrá.

En esta sesión se revisa junto con el cliente, cuáles son los factores determinantes que condicionan la conducta de fumar en cada caso, independientemente de que se trate de trabajo grupal o bien individual.

- Se deben analizar los motivos de inicio del tabaquismo y su trayectoria como fumadores así como la identificación de los motivos de mantenimiento de la conducta.
- Debe comenzarse a revisar el concepto de abstinencia y de supresión de la nicotina, para que estén avisados de qué es lo que empezarán a sentir, también se les notifica que para la siguiente sesión, deberán pasar antes a consulta médica, esto puede ser durante el transcurso de la semana y no necesariamente el mismo día, en la consulta médica se les orientará sobre cuáles son los apoyos farmacológicos con los que cuentan para que su proceso de abstinencia no sea tan molesto, para esto el médico deberá contar con anticipación con la información del diagnóstico y evaluación de la dependencia del fumador (leve, moderado o severo).
- Finalmente, el usuario deberá llevarse como tarea el formato “Registro diario del número de cigarros”, este es un instrumento que sirve para conocer con precisión cuánto se está fumando, a qué hora se fuma, qué actividad estaba haciendo cuando fumó y en donde se encontraba y muy importante: que motivos lo llevaron a fumar y cómo se sintió. Como se puede observar, esta acción se refiere a la elaboración de un *análisis funcional* de la conducta de fumar del usuario (ver cuadro 9). Este registro debe llenarse cada que el usuario fume un cigarro y debe escribir de preferencia una hoja de registro diario por día. Por tanto en la siguiente sesión deberá llevar siete hojas de registro. En la columna del No. de motivo se deberá anotar el motivo que más se acerque a su situación personal. Los motivos están descritos en siete incisos en la parte inferior del formato. Si el fumador fuma más de veinte cigarros solo lo deberá anotar en la pregunta correspondiente.

**Cuadro 9.- Registro diario del número de cigarros.**

<b>Núm. Cigarros</b>	<b>Hora</b>	<b>Lugar</b>	<b>Actividad</b>	<b>Anotar No. de motivo</b>	<b>Sentimiento</b>
1					
2					
3					
4					
5					

6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

¿Ha fumado más de 20 cigarros?      NO \_\_\_\_\_      SÍ \_\_\_\_\_

- A. Por que estoy en una reunión/para sentirme seguro(a)/para no sentirme solo(a)
- B. Para concentrarme/para mantenerme despierto.
- C. Para sentir el cigarro en mis manos/para sentir como manipulo la cajetilla/para disfrutar al exhalar el humo.
- D. Por que terminé de comer/por que estoy relajado(a)
- E. Por que estoy tenso/para olvidarme de mis problemas
- F. Por necesidad/por que si no fumo me siento mal/por que si no fumo me desespero
- G. Por Placer/lo encendí sin darme cuenta/por que me lo ofrecieron

## OBJETIVOS

- Análisis del auto-registro en conjunto con el cliente y retroalimentación.
- Discusión sobre los motivos de inicio y de mantenimiento del fumar.
- Aplicación del Test de motivación para el cambio y ubicación de las fases de Prochazka. (anexo2).
- Revisión de los resultados del Test de motivación.
- Discutir con el cliente o el grupo los temores asociados al dejar de fumar y en qué consisten.
- Reforzar de manera conjunta y proactiva cuáles son los beneficios que les traerá el dejar de fumar en base al análisis funcional realizado.

- ☑ Llevar a cabo algún ritual de despedida del cigarro. En algunas clínicas se elaboran cajas forradas que dan la apariencia de féretros, en las cuáles los integrantes del grupo dejarán sus últimos cigarros y les dirigirán algunas palabras de adiós, otro ritual puede ser escribirle una carta de despedida al cigarro, leerla en el pleno y posteriormente quemarla mientras se despiden. Es importante mencionar que en estos rituales la presencia del equipo interdisciplinario (preferentemente todos los miembros) es altamente significativa para el cliente ya que otorgarán mayor seriedad al dejar el tabaco, el saber que no están solos y que se les comprende es importante para el fumador que desea dejar de serlo.
- ☑ Entregar al cliente un listado de recomendaciones prácticas para mantenerse sin fumar, este debe ser elaborado con la colaboración del médico, enfermera, trabajadora social y psicólogo.
- ☑ Es aconsejable contar con una carta compromiso o contrato y que el usuario lo firme (anexo 12) este funciona como un reforzador del compromiso adquirido.
- ☑ Se les explicará cómo llenar día a día, durante el transcurso de una semana el registro diario del número de cigarros consumidos, identificando y determinando el motivo por el cual se fumó, y las sensaciones experimentadas con cada uno.

Para esta sesión, ya debió haber quedado clara la postura y motivación del cliente de que va a dejar el cigarro, la persona aprende que el tratamiento es un proceso de aprendizaje y está dispuesto a aceptarlo y llevarlo a cabo activamente: se trata de que aprenda a afrontar situaciones de una manera consciente y razonada y desear un estilo de vida sano. El concepto de aprendizaje tiene implicaciones muy importantes en este tratamiento, como en todo aprendizaje (aprender inglés, aprender a conducir, etc.), es necesario adquirir habilidades específicas, practicar mucho, intentar ponerlo en práctica y darse tiempo.

En resumen, en esta sesión el terapeuta informa sobre: la duración del programa, el número de sesiones tentativas, las fechas y acordar citas individuales para su evaluación médica: es importante realizar pruebas sobre su capacidad respiratoria, tomarse placas torácicas, análisis de secreciones de vías respiratorias, etc., informarle sobre el cumplimiento del horario y la exigencia de puntualidad así como la necesidad de asistencia a todas las sesiones y la justificación de cualquier ausencia, la seriedad del programa, la estructura de las sesiones (la revisión de tareas de sesiones anteriores, las nuevas tareas, etc.), posteriormente el cumplimiento de estas tareas para la casa resultan ser un factor necesario para la predicción de los resultados.<sup>(1)</sup>

### **Entre la semana dos y tres.**

Entre la semana de la sesión dos y antes de la sesión tres, el usuario debe acudir de manera individual con el médico para realizarse la exploración física y los exámenes de gabinete pertinentes (placas torácicas, esfuerzo respiratorio y análisis de secreciones de vías respiratorias, presión arterial, diabetes y peso) éste servirá para saber si existe daño orgánico, por lo regular cuando un fumador sabe que está enfermo, tratará de dejar el cigarro con mayor seriedad, el examen médico también se

realiza para conocer si el cliente tiene alguna enfermedad crónico-degenerativa como diabetes, hipertensión o enfermedades del corazón y siendo así no puede ser tratado con alguno de los medicamentos de reemplazo de nicotina, entonces el médico debe pensar en otro medicamento e informarle al psicólogo las condiciones de salud del usuario, el psicólogo debe darle seguimiento y estar enterado de los resultados que la exploración física y los exámenes de gabinete arrojen, es muy importante que ambos profesionales mantengan la comunicación y apertura entre sí. En el Programa Multicomponente es esencial reconocer la función y la interacción de cada miembro del equipo, este es un factor que si no se mantiene sólido, automáticamente, disminuye la efectividad del tratamiento.

El médico deberá exponerle al paciente cuáles son los beneficios para la salud al dejar de fumar y si se trata de fumadores severos o moderados, este chequeo minucioso permitirá conocer si ya existe daño orgánico o no asociado al consumo de tabaco, se deberán elaborar notas médicas con cada cliente, también deberá darle a elegir si desea contar con apoyo farmacológico ó no y que alternativas tienen de acuerdo a su severidad y características personales.

Finalmente el médico debe ofrecer una serie de recomendaciones para ayudar al usuario a lograr mantenerse sin fumar.

### **Información sobre los apoyos farmacológicos y procedimientos médicos específicos para dejar de fumar.**

En esta consulta, el médico ofrecerá los tratamientos farmacológicos existentes en aproximadamente quince minutos, para este fin, es importante que el profesional conozca los resultados de la prueba del Fagerström (o lea las notas de evaluación del psicólogo) para determinar el grado de dependencia y si el cliente es candidato para apoyarse con medicamentos especializados, informarle cómo se utilizan estos, las limitaciones y sus alcances y las probables reacciones secundarias, cuánto tiempo se utilizarán, etc.; esta información debe permitir al usuario, elegir uno u otro procedimiento antes de la próxima sesión. Es entonces cuando se tiene que abordar este punto a fondo y se responda a todas sus dudas. <sup>(33)</sup>

Por lo general se recomienda la terapia farmacológica sólo a los fumadores que en la evaluación resulten severos y algunos moderados (fagerström: puntuación de 6 o más puntos, registro diario de cigarros: más de 10 cigarros al día, cuestionario sobre motivos: cuando la calificación es mayor de 11 puntos en los rubros de reducción de tensión, necesidad y hábito) anexos 7, 10 y 3 respectivamente), los fumadores leves sólo requerirán la terapia cognitivo-conductual.

Sintetizando, para decidir cuál de las terapias disponibles es adecuada utilizar o no el médico en coordinación con el psicólogo deberá considerar:

- La Intención y motivación para dejar el cigarro y la probabilidad de cumplimiento.
- El uso previo de ayudas para dejar de fumar y los intentos y apoyos farmacológicos ya utilizados en estas o si no se utilizó nada.

- Las contraindicaciones y potenciales efectos adversos, así como reacciones secundarias.
- Las preferencias individuales del fumador<sup>(100)</sup>

### **SESIÓN 3.**

#### **PROCEDIMIENTO**

- Discusión sobre los motivos de inicio y de mantenimiento de la conducta del fumar y como se han sentido al respecto.
- Revisión de los resultados del Test de motivación, el psicólogo deberá indagar cómo va la motivación del usuario, si ha disminuido con el síndrome de abstinencia o con la asociación de conductas o no.
- Discusión sobre los temores asociados al dejar de fumar y reforzamiento de los beneficios que se obtendrán al dejar de fumar.
- Elaboración de un listado de recomendaciones para mantenerse sin fumar, es ideal que este listado se elabore mediante lluvia de ideas de los mismos usuarios y del terapeuta como retroalimentación; los asistentes deben plantear estrategias de acuerdo a su autoconocimiento y experiencias para saber qué les puede funcionar, los puntos importantes que no mencionen los clientes deberán ser abordados y analizados por el terapeuta.
- Introducción a los conceptos de droga, tolerancia, síndrome de abstinencia, síndrome de intoxicación, dependencia psicológica y física, mostrando al tabaco por sus efectos y composición y enfatizándolo como una droga.

En esta sesión se hace especial mención de cómo debe prepararse al cliente para sobrellevar el síndrome de abstinencia. El proceso de abandono del hábito tabáquico se acompaña siempre del “síndrome de abstinencia”, ya revisado en otro capítulo, Como ya se describió, dicho síndrome suele acompañarse de una serie de molestias e inconvenientes para el fumador en proceso de dejar el tabaco se debe enfatizar al consultante que estos síntomas son temporales y objetivamente, que estos son menos dolorosos que los beneficios que obtendrá.<sup>(99)</sup>

El cliente puede objetar que va a subir de peso y en efecto, esto es muy frecuente, sin embargo, el aumento de peso, debe contrarrestarse con una orientación nutricional y la práctica de ejercicio físico, es importante que en este aspecto exista asesoría médica y nutricional, siendo ésta una de la razones para tratar al tabaquismo con un programa multicomponente e interdisciplinario, en algunos casos se sugiere aplicar algún otro tipo de apoyo farmacológico como podría ser el Bupropion o la vareniclina.

- ☑ Aviso de los síntomas del síndrome de abstinencia: Es recomendable aplicar la escala de síntomas de abstinencia de la nicotina para medir su intensidad (anexo 6).

## **SESIÓN 4.**

### **OBJETIVOS**

- ☑ Identificar sentimientos y pensamientos asociados con el temor de volver a fumar y retroalimentarlos.
- ☑ Desarrollar habilidades para manejar asertivamente las situaciones de riesgo.
- ☑ Desarrollar habilidades para la solución de problemas y la toma de decisiones.
- ☑ Incrementar el repertorio de las técnicas de relajación: respiración, tensión muscular y distensión, empleo del tiempo libre, etc.

### **PROCEDIMIENTO**

- ☑ Discutir sobre los temores de no poder mantener la abstinencia, enlistar las creencias irracionales y los pensamientos automáticos y retroalimentar a los clientes con información certera y real sobre esas conductas y pensamientos.
- ☑ Explicar qué es la asertividad y cómo se aplica en situaciones de la vida cotidiana y que los asistentes expongan ejemplos de su vida como fumadores, estos ejemplos pueden ser derivados del temor que estén experimentando, por lo que deben recibir consejería y apoyo.
- ☑ Que el terapeuta lleve a cabo ejercicios y dinámicas sobre asertividad, si estos no son resueltos por los asistentes deberá resolverlos didácticamente él.
- ☑ Discutir sobre problemas frecuentes de la vida cotidiana y explicar en qué consiste la solución de problemas y la toma de decisiones.
- ☑ Realizar ejercicios de toma de decisiones
- ☑ Conocer técnicas de relajación a través de la respiración.

## **SESIÓN 5.**

### **SESIÓN PARA APRENDER Y APLICAR MÉTODOS DE RELAJACIÓN**

#### **OBJETIVO**

- ☑ Desarrollar habilidades para manejar diversas técnicas de relajación como son la técnica de Herbert Benson, ejercicios de respiración, retener y soltar, técnica de la visualización, etc.; y aprender a ponerlas en práctica ante situaciones de craving y ansiedad.

#### **PROCEDIMIENTO**

- ☑ El grupo debe exponer cómo se ha sentido durante el tiempo que llevan en abstinencia, en esta dinámica deberán participar todos los miembros del grupo.

- ☑ Identificar las situaciones estresantes desde que dejaron de fumar y escribirla en el pizarrón o cartulinas, de preferencia que cada integrante del grupo pase a escribir una situación que le haya resultado difícil de evadir.
- ☑ Definir qué es la relajación y cuál es su utilidad para mejorar las condiciones de salud.
- ☑ Explicar las características y las ventajas del estado de relajación muscular, respiratoria y mental.
- ☑ Realizar ejercicios de los distintos tipos de la relajación.

## **SESIÓN 6.**

**Importante:** Esta sesión debe llevarla a cabo el médico pero el psicólogo estará presente como observador de las actitudes y reacciones de los integrantes del grupo y tomar notas. En esta reunión se propone al grupo de ser posible, vestir ropa y zapatos deportivos para estar cómodos y poder realizar un poco de ejercicio físico. La rutina de ejercicio físico la puede realizar cualquiera de los integrantes del equipo multidisciplinario.

### **CAMBIOS METABÓLICOS Y MANEJO NUTRICIONAL.**

#### **OBJETIVO**

- ☑ Introducir a los clientes a un nuevo estilo de vida saludable utilizando el conocimiento de los cambios metabólicos asociados al consumo de nicotina y a su abstinencia; con el fin de motivar e instaurar un plan de manejo nutricional y ejercicio físico.

Actividades:

- ☑ Explicar los cambios metabólicos asociados al dejar de fumar.
- ☑ Instruir por qué es importante llevar una dieta baja en grasas y calorías, así como un régimen de ejercicio físico.
- ☑ Exponer las bases para el planteamiento de una dieta nutricional moderada.
- ☑ Mostrar qué ejercicios físicos se pueden realizar para comenzar un régimen de entrenamiento.

## **SESIÓN 7.**

### **INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD Y EL TABAQUISMO.**

#### **OBJETIVO**

- ☑ Identificar las principales estrategias publicitarias que utiliza la industria tabacalera para hacer llegar sus mensajes a la población y cómo influyen en el proceso de inicio, mantenimiento y recaída del tabaquismo como modelos a seguir.

## **PROCEDIMIENTO**

- ☑ Explicar los elementos utilizados en la publicidad
- ☑ Discutir sobre cómo influye la publicidad en el tabaquismo
- ☑ Analizar algunos aspectos motivacionales introducidos por la publicidad en los mensajes de marcas de cigarros.
- ☑ Elaborar una lista de creencias irracionales e incongruentes asociadas a los anuncios publicitarios.
- ☑ Desarrollar estrategias y técnicas de afrontamiento, por ejemplo del estrés, reconocer que las campañas publicitarias se valen de las necesidades psicológicas del individuo y utilizan modelos y estereotipos sociales, análisis del enojo, etc.

## **SESIÓN 8**

### **REFORZANDO LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.**

#### **OBJETIVO**

- ☑ Reforzar las estrategias de afrontamiento que están favoreciendo el mantenimiento de la abstinencia, las fallas que se han tenido y cómo han controlado las ganas para ya no fumar, analizar si ha habido deslizos.
- ☑ Evaluar qué estrategias de afrontamiento han dado resultado y fortalecerlas así como las que no han dado resultado e instruir a los clientes para que prueben con otras.

#### **PROCEDIMIENTO.**

- ☑ Discutir sobre las estrategias que se han estado realizando para mantenerse en abstinencia.
- ☑ Ampliar el repertorio de estrategias mediante la realización de ejercicios de modelamiento de los miembros del grupo y de tácticas que han empleado exfumadores.

## **SESIÓN 9**

### **PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.**

#### **OBJETIVO**

- ☑ Identificar los principales factores de riesgo asociados a la recaída.
- ☑ Ensayar estrategias para prevenir la recaída y evitar o confrontar las situaciones de alto riesgo.

#### **PROCEDIMIENTO**

- ☑ Revisión de conceptos de desliz y recaída.
- ☑ Identificación de señales previas a la recaída.
- ☑ Estrategias para prevenir las recaídas.

## SESIÓN 10

### MANTENER EL CAMBIO

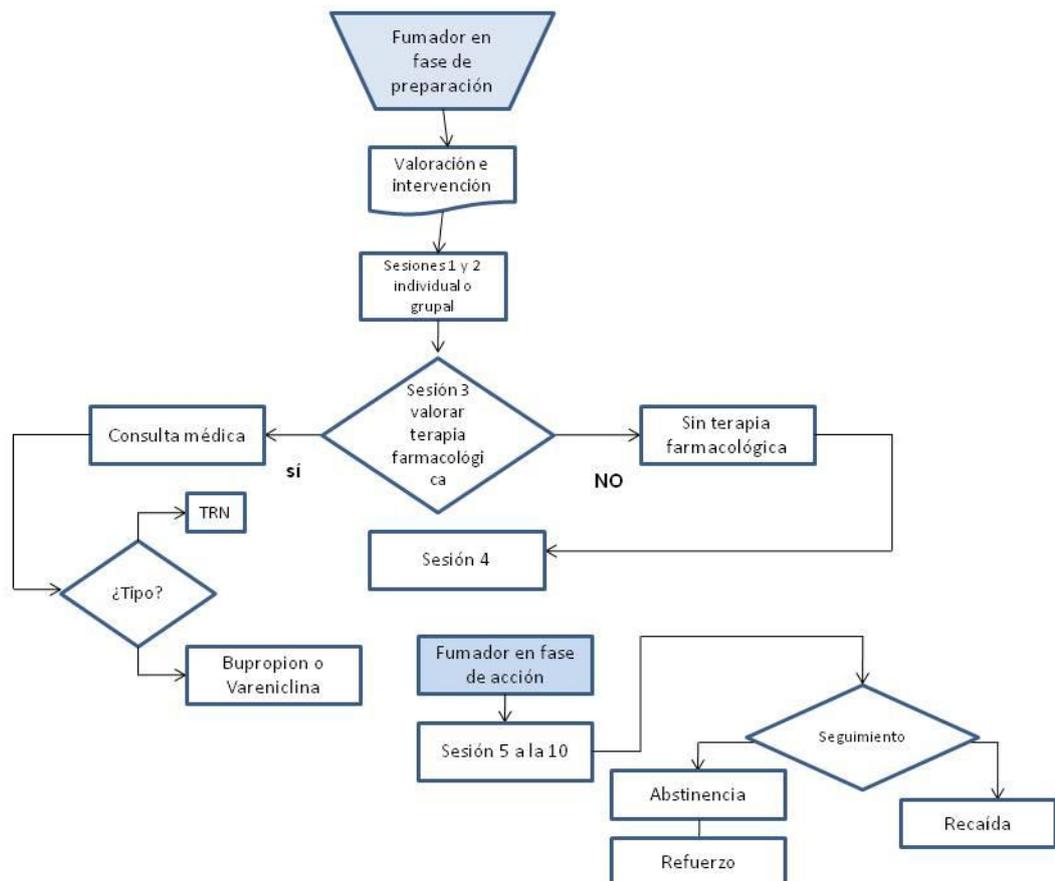
#### OBJETIVOS

- ☑ Realizar un análisis de los cambios que se han logrado para dejar de fumar y cómo han conseguido mantenerse en abstinencia.
- ☑ Reforzar el compromiso para continuar y mantener la abstinencia

#### PROCEDIMIENTO

- ☑ Discusión grupal de los logros alcanzados con el tratamiento.
- ☑ Análisis de las habilidades que emplean para mantenerse en abstinencia.
- ☑ Explicar la importancia de las sesiones de mantenimiento en el club o grupo de ex – fumadores
- ☑ Indicar los beneficios de asistir a las sesiones de seguimiento.

El siguiente diagrama describe la línea de seguimiento para la atención del fumador:



## **Estrategias de prevención de recaída y recomendaciones a seguir.**

Se sabe por qué las personas recaen, por ejemplo, diversos estudios en México, Estados Unidos y España señalan que las tres causas principales por las que los fumadores recaen son las siguientes: 1) los estados emocionales negativos de la persona (explican el 40% de las recaídas), 2) las presiones sociales para fumar (20%) y, 3) la mejora de los estados emocionales negativos en situaciones interpersonales (17%). Conocer estas causas es lo primero que se tiene que saber para hacerle frente y procurar evitarlas. Pero en la práctica resulta difícil. Como ejemplo, el manejo de los estados emocionales negativos de los fumadores es muy complejo, ya que se pueden dar en cualquier momento posterior al abandono del tratamiento. Lo ideal sería una intervención dentro del tratamiento, pero no siempre es posible, o el alargar las sesiones que también llevaría a perder fumadores y, con ello, no poder conseguir el primer objetivo de que dejen de fumar. De modo semejante, controlar la presión social y buscar otras alternativas para mejorar los estados emocionales positivos en situaciones interpersonales en vez de fumar es difícil, teniendo que ser medidas legislativas y de concientización social las que nos permitirían un adecuado abordaje de ello. Aún de la dificultad que acarrea la prevención de las recaídas, estas han sido estudiadas arrojando como resultado la creación y diseño de estrategias mismas que se deben apreciar en las sesiones 9 y 10 del tratamiento y que a continuación se mencionan:<sup>(108)</sup>

El objetivo general de la prevención de la recaída es prevenir la ocurrencia de deslices y recaídas iniciales después de que una persona ha llevado el programa y se mantiene abstinentes y de igual manera, prevenir que un desliz termine en recaída. Las técnicas de prevención de recaída o mantenimiento son generalmente incluidas como parte esencial en los tratamientos multicomponentes, estos componentes tienen la finalidad de prevenir y reducir la recaída, prolongando el tratamiento más allá de la fecha elegida para dejar de fumar y/o proporcionar estrategias específicas de afrontamiento para fomentar la abstinencia continuada. En la prevención de recaídas se pueden distinguir procedimientos generales y específicos de intervención.

Las principales estrategias de intervención se pueden clasificar en tres categorías:

- 1) Entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante situaciones de alto riesgo, cognitivo-conductuales).
- 2) Procedimientos de cogniciones alternativas.
- 3) Habilidades para la vida y estrategias de intervención para el control de las emociones (relajación y ejercicio físico).

En conclusión, los resultados del entrenamiento para la prevención de la recaída son positivos, los procedimientos de prevención de recaída son una parte en casi todos los tratamientos efectivos para dejar de fumar, tanto de tipo psicológico como farmacológico o ambos.

Muchos de los fumadores que intentan dejar el tabaco no lo logran en su primer intento ya que los porcentajes de éxito oscilan entre un 15% y un 45% según el

método utilizado y el nivel de dependencia. Por ello, un fracaso no debe ser pretexto como disculpa para no intentarlo nuevamente, siempre que los intentos se realicen con la seriedad necesaria. Se debe considerar que un elevado porcentaje de fumadores requieren de varios intentos serios para conseguir dejar el tabaco. Sin embargo, en los sucesivos intentos de abandono las probabilidades de éxito son mayores y por tanto, un fracaso no debe significar el abandono de nuevos intentos. Ante todo, no se debe culpar al cliente ni adoptar actitudes que puedan socavar la autoconfianza del fumador ante un hipotético nuevo intento de abandono.<sup>(109)</sup>

En la prevención de recaída se llevarán a cabo las siguientes actividades:

1. Análisis de la situación en la que ésta se ha producido.
2. Diagnóstico de la causa: falta de ayuda en la deshabituación, aparición de un cuadro disfórico y/o depresivo, prolongación de los síntomas del síndrome de abstinencia, ganancia de peso, disminución de la motivación y un exceso de confianza.
3. Abordaje terapéutico de la recaída: aumentar las visitas de seguimiento, incrementar el apoyo social, considerar el traslado, de ser el caso a una unidad de tratamiento especializado.
4. En caso de depresión y/o ansiedad aguda, se debe proporcionar ayuda personalizada para evaluación y de ser necesario canalizar a los servicios de psiquiatría para considerar el uso de antidepresivos y al mismo tiempo otorgar apoyo psicológico.
5. En caso de que los síntomas del síndrome de abstinencia se mantengan después de un mes del término del tratamiento, el médico y el psicólogo deben evaluar la prolongación del tratamiento farmacológico por si es necesario incrementarlo un mes más, si aún así persisten problemas de ansiedad o depresión se canalizará al cliente a terapia individual y a los servicios de psiquiatría.
6. De darse una ganancia de peso significativa, el médico (de preferencia el nutriólogo) debe aumentar la actividad física y proporcionar una dieta saludable, no menor de 1500 a 1300 calorías diarias.
7. En caso de que exista disminución de la motivación, se sugiere recomendar al cliente actividades de recompensa (por ejemplo, utilizar el dinero ahorrado que anteriormente utilizaba para comprar cigarros en diversiones o alguna otra cosa que le apetezca). Recordar al cliente que ante una situación de duelo o frustración (situación que se da con frecuencia entre la tercera y sexta semana: "nunca más volveré a fumar"), sólo debe pensar en dejar de fumar durante ese día. Reforzar y Recordar al usuario que esto es pasajero.
8. Exceso de confianza. Recordarle al cliente que si comienza a fumar, aunque sólo sea una fumada, le producirá un incremento del craving o deseo

irreprimible de fumar, pudiendo correr el riesgo de un aumento en la probabilidad de recaída y mayor dificultad para dejarlo completamente.

### **Actitud del terapeuta ante el fracaso.**

Si después de cualquier intento serio para dejar de fumar el usuario recaee, el terapeuta no debe enojarse ni mostrar frustración. Se debe adoptar una actitud comprensiva y tolerante para que el fumador sea consciente de que el terapeuta conoce ampliamente las dificultades que implica el dejar el tabaco y ofrecer toda la disposición para prestarle ayuda nuevamente si así lo desea, sin renunciar a que perciba la firmeza y seriedad necesarias en cada intento. Es fundamental analizar seriamente las causas que pudieron motivar la recaída, éstas pueden ser muy diversas. Algunas causas pueden estar relacionadas con las circunstancias personales del paciente, con el correcto cumplimiento del tratamiento, con la valoración inicial del nivel de dependencia, con el seguimiento propuesto o con el tratamiento elegido. Es necesario conocer las posibles causas que han motivado la recaída para abordar un nuevo intento con mayores garantías. Una vez analizadas podemos animar al cliente para que realice un nuevo intento cuando lo estime oportuno o dejar la puerta abierta para una futura colaboración. A pesar de la recaída se debe felicitar al fumador por el esfuerzo realizado, no enojarse o engancharse al fracaso o culpa.

- No culpabilizarse ni culpar al paciente por su recaída
- Hacerle ver que en un nuevo intento le será más fácil dejarlo
- Analizar las posibles causas de la recaída.

Para llevar a cabo un análisis objetivo de los motivos de las recaídas se deben valorar las circunstancias personales y el entorno del fumador:

- Elevado nivel de estrés
- Poco apoyo de su entorno
- Reevaluar el nivel de dependencia
- Reevaluar el nivel de motivación
- Valorar los posibles fallos de cumplimiento del tratamiento previo.
- Por mal uso de los dispositivos empleados
- Valorar los efectos adversos del tratamiento
- Replantear tratamiento
- Proponerle, si lo desea, un nuevo plan de tratamiento y seguimiento
- Si no desea intentarlo nuevamente, ofrecerle colaboración para cuando se sienta preparado de nuevo.

## CONCLUSIONES.

Hoy en día, se cuenta con una gran cantidad de información sobre los distintos tratamientos para dejar de fumar. Este es un hecho positivo para hacerle frente a la epidemia cada vez más creciente del tabaquismo y que es responsable de más de 56.000 muertes cada año.

El tratamiento multicomponente es un enfoque flexible debido a que puede ser aplicado de manera grupal o individual, ya sea por iniciativa personal de los profesionales de la salud o debido a la normatividad interna del organismo del que se trate, pero muchas veces esto se hace sin coordinación y apoyo institucional, por desgracia todavía son pocas las clínicas de tabaquismo en México que trabajan de una manera organizada y sistematizada, esto se debe a que el tabaquismo como problema de salud pública apenas se ha establecido en intentos serios en los últimos diez años, por lo mismo aún quedan muchos huecos sobre cómo se debe llevar a cabo el tratamiento y también a la falta de capacitación de los profesionales involucrados.

El tratamiento multicomponente es un modelo relativamente nuevo tanto en el nivel de la atención primaria a la salud como en el sector salud en general, hasta el momento es el más utilizado, sin embargo las guías y manuales existentes son escasos y se encuentran fragmentados por temas y especialidades y los manuales completos y descriptivos provienen de otros países tanto europeos como latinoamericanos, para ser el modelo más utilizado hoy en día, se puede apreciar un desconocimiento a éste por parte de los profesionales, en general del equipo multidisciplinario.

Se puede afirmar que los tratamientos efectivos para ayudar a las personas a dejar de fumar son de fácil disponibilidad en México, y económicamente costeables. Los tratamientos psicológicos aplicados ya sean en un formato clínico intensivo, o bien en programas comunitarios, constituyen un abordaje terapéutico que permite ayudar a muchos fumadores a dejar de fumar.

Desde hace casi 50 años el tratamiento psicológico específico para los fumadores, utiliza el enfoque cognitivo-conductual el cuál resulta efectivo, se ha venido utilizando de manera eficiente para tratar a los fumadores, en contextos clínicos, en grupos de tratamiento estructurados, y en otras modalidades, donde destacan las grupales (ej., grupos de autoayuda). Aunque de manera lenta, el tratamiento psicológico se viene aplicando de modo efectivo desde principios de los años 80 hasta el momento, existiendo una amplia experiencia en su aplicación por un gran número de psicólogos en México y el mundo <sup>(31)</sup>.

Como se ha analizado, la eficacia del tratamiento psicológico cognitivo-conductual es amplia de acuerdo con los diversos estudios revisados<sup>(102)</sup> para este documento, aunque se debe apreciar que estos textos no están compilados de manera integral, se escriben y publican muchos documentos, artículos, investigaciones, etc. pero cada especialidad lo hace de manera aislada, en este punto cabe destacar que parece

existir un problema de comunicación entre los miembros del equipo multidisciplinario, el médico asume que el tabaquismo es un problema biológico y neurológico, el psicólogo considera que es un problema conductual y el planteamiento de este enfoque requiere de amplia comunicación del equipo integral de salud para su óptimo funcionamiento. Otro problema importante es que muchos psicólogos clínicos todavía no terminan de asumirse como una parte esencial en el equipo integral de salud, por estos es de gran importancia mantener un buen nivel de comunicación interdisciplinaria.

La creación de manuales es importante ya que muchas veces el médico desconoce cómo y cuál es la intervención del psicólogo y a su vez el psicólogo también puede ignorar cómo funciona el mecanismo neuronal de la adicción a la nicotina y en consecuencia cómo actúan los fármacos prescritos y los cambios de conducta que estos pueden generar, el psicólogo debe estar capacitado con los conocimientos básicos de los cambios metabólicos y los daños orgánicos que causa tanto el consumir tabaco como el dejar de fumar.

También hay que mencionar que, aunque la eficacia del tratamiento psicológico es evidente, con el surgimiento de tratamientos farmacológicos diversos que no existían hace algunos años, se está creando la falsa creencia en los medios de comunicación y en el contexto social, de que los tratamientos farmacológicos por sí solos pueden solucionar el problema de la adicción a la nicotina.<sup>(27)</sup> El tratamiento farmacológico es una ayuda, un apoyo, mas no la solución del tratamiento, en la mayoría de casos, de manera aislada éstos no solucionan el problema.

El tratamiento del componente psicológico es básico en el tratamiento del tabaquismo, los problemas de comorbilidad asociados a la adicción o dependencia de la nicotina son frecuentes en muchos de los fumadores que acuden a tratamiento y tan solo con el fármaco es poco probable que dejen de fumar, sin embargo cuando el usuario del servicio es un fumador severo o ha desarrollado adicción física, sin el fármaco adecuado el tratamiento psicológico podría no funcionar, de ahí la importancia de llevar a cabo un modelo de atención multicomponente.

En estas intervenciones el tratamiento psicológico es un elemento esencial por lo que el psicólogo clínico debe ser idealmente el profesional mejor capacitado para este fin, ya que es él quien debe tener los conocimientos técnicos especializados para llevar a cabo ese tipo de intervención o tratamiento. Sin embargo, en los últimos años, con mucha frecuencia se aprecia la utilización descontextualizada, de estrategias psicológicas y la falta de formación, también es común observar la puesta en práctica de intervenciones sesgadas y mal utilizadas, de ahí la necesidad de guías y manuales metodológicos y conceptuales.

Aunado a las distintas técnicas psicológicas efectivas y para prevenir las posibles recaídas, es necesario que el consultante de los servicios esté motivado dado que en este proceso los aspectos motivacionales son un factor determinante para que las personas que acuden a tratamiento participen interactivamente en sus propias soluciones, la psicología ha desarrollado técnicas específicas para ello (entrevista motivacional, adiestramiento en habilidades sociales y técnicas de confrontación), es claro el papel determinante de las técnicas de tratamiento psicológico para las fases

por las que tiene que atravesar el fumador para dejar de fumar: contemplación del problema y motivación para el cambio, tratamiento y abandono del tabaco y prevención de la recaída. De ahí que el tratamiento psicológico resulte como una de las elecciones esenciales para el tratamiento de este hábito y lo que explica en gran medida la eficacia que se obtiene con intervenciones terapéuticas. También se deben contemplar las limitaciones y los obstáculos que se han presentado:

1. Los claros intereses de la industria farmacéutica que tratan de vender sus productos por encima de todo, sin considerar la existencia de otros procedimientos alternativos igual o más eficaces que los farmacológicos, considerando que este punto en particular podría implicar incluso aspectos éticos y morales.
2. El deseo de la mayoría de los fumadores que quieren dejar de fumar con el mínimo esfuerzo.
3. La falta de investigaciones y estudios concluyentes sobre los nuevos enfoques teóricos, como es en el caso de la entrevista motivacional y de las habilidades sociales.
4. La falta de capacitación en las técnicas de intervención psicológica y médica.

En el sector público, a principios de los años 80's se pusieron en marcha las primeras iniciativas de las clínicas de tratamiento del tabaquismo, (Salvador Llivina, 1983), a la fecha, las intervenciones en este ámbito han aumentado de manera considerable, promovidas e impulsadas especialmente por organismos científicos, muchos de ellos de organizaciones civiles que desde hace años mantienen un compromiso activo en el combate del tabaquismo así como de su prevención y tratamiento. Dentro de este marco, se han desarrollado un gran número creciente de iniciativas, desde de la Atención Primaria a la Salud hasta intervenciones altamente Especializadas (Pardell et al., 2002; Salvador, Martín y Martínez, 2002). De manera muy especial, debe considerarse que la implantación de los servicios asistenciales hasta hoy existentes se deben en gran medida a la motivación y el esfuerzo de equipos profesionales provenientes de distintos ámbitos, universidades, instituciones públicas y ONG'S así como su movilidad participativa pese a contar con recursos muy limitados, quienes han considerado el problema del tabaquismo como una parte esencial para la solución de este problema.

El Código Ético de la American Psychological Association (2003) y el Código del Psicólogo (artículos 17 y 18) destacan la responsabilidad del psicólogo como profesionales que deben ofrecer tratamientos con apoyo empírico que garanticen la validez de sus efectos, resaltando la necesidad de formación continua del psicólogo. La búsqueda de información válida, la lectura crítica y la incorporación del saber que paulatinamente se va adquiriendo con la práctica del profesional son tareas que forman parte de la formación constante del especialista clínico.<sup>(49)</sup>

En conclusión, existen tratamientos psicológicos recomendables para el tratamiento del tabaquismo con los que se obtienen buenos resultados a corto y largo plazo. Pero no se debe perder de vista que se trata de una conducta adictiva y que, como tal, para

la intervención terapéutica hay que considerar las diferencias individuales de cada usuario para determinar el tratamiento que se puede aplicar y los posibles problemas que podrían estar asociados a él. <sup>(21)</sup>

Aunque algunos sectores de la sociedad le han restado seriedad al problema de la adicción a la nicotina, debido a que se trata de una droga legal y socialmente aceptada no se puede negar que las consecuencias del tabaquismo constituyen un problema genuino de salud pública, ya que está comprobado que esta adicción es una de las formas de farmacodependencia más difíciles de abandonar, los profesionales de la salud pueden encontrarse en principio con una realidad: la mayoría de fumadores no quieren dejar de fumar. Por tanto se requieren de programas educativos y de promoción para la conservación de la salud que sean efectivos y planeados sistemáticamente con el fin de motivar y convencer a la población de que el consumo de tabaco está asociado con daños graves a la salud y tasas muy altas de morbilidad y mortalidad en nuestro país que pueden prevenirse de manera oportuna.

La dependencia al tabaco constituye un problema de salud crónico, urgente, que requiere de intervenciones terapéuticas serias, basadas y respaldadas en evidencias científicas así como de un equipo de salud capacitado e involucrado con la problemática. Es imprescindible que las instituciones de salud implementen políticas integrales de control del tabaco para que el impacto sanitario de las acciones realizadas sea significativo, para lograr una concientización de la población se sugiere que las estrategias de tratamientos para dejar de fumar estén centradas en fuertes compromiso desde el primer nivel de atención (atención primaria) hasta los niveles de tratamiento y rehabilitación.

El tratamiento de la dependencia al tabaco corresponde necesariamente al área clínica de la salud pública y debe basarse en estudios y prácticas efectivas demostradas bajo evidencias, por tal razón, lo ideal sería que los sistemas de salud garantizaran la cobertura de los tratamientos para dejar de fumar y remuneraran justamente a los profesionales que trabajan en dicha área como cualquier otra actividad médica convencional.

En todas las revisiones, análisis y metanálisis revisados para la elaboración de esta guía, se observó que el Programa Multicomponente para el fumador que contempla la posibilidad de dejar de fumar, es el más efectivo y que la puesta en marcha de su práctica en el sector salud es altamente factible. En cuanto a la preparación de los profesionales de la salud, en general, ésta debe orientarse hacia dos sentidos: 1) capacitación médica y paramédica para otorgar el consejo apropiado y 2) capacitación para la aplicación del tratamiento psicológico y farmacológico especializado.

En la actualidad, la combinación del tratamiento con el consejo adecuado, así como la terapia cognitivo conductual y los tratamientos farmacológicos disponibles, incrementan significativamente la probabilidad de que un fumador deje de fumar exitosamente.

Aunque existen bases científicas en las cuales se funda el tratamiento de la adicción a la nicotina, se requiere de voluntades políticas para lograr que toda la población

pueda acceder a dichos tratamientos. Dentro del ámbito de la Salud pública este abordaje constituye una forma de política de salud que debe ser incluida en programas de promoción y prevención de las adicciones, en particular del tabaquismo, dirigidas sobre todo a la población joven, adolescente e infantil; estas medidas también deben promover la investigación general y el logro de un avance en materia de legislación, con el fin de proteger a los fumadores y a la población que no fuma de la exposición pasiva al humo del cigarro.

Es posible, sin embargo, que en el futuro se prefieran abordajes que modifiquen en el sistema nervioso central los mecanismos con que funcionan los centros de "recompensa".

Dado que las intervenciones breves propuestas en este manual y llevadas a la práctica por múltiples instituciones de salud, tanto gubernamentales como privadas a nivel nacional e internacional, son efectivas y de alto alcance poblacional, estas deberían ofertarse a todo fumador como una alternativa eficaz de tratamiento.

Los resultados obtenidos hasta ahora han mostrado que cuando se realizan las actividades del tratamiento multicomponente, se obtienen resultados de un 55% de éxito para la abstinencia prolongada a largo plazo (un año de abstinencia es el plazo establecido por la OMS, para considerar a un usuario como exfumador). También se ha visto que muchos de los fumadores que tomaron este tratamiento recaen pero su consumo de tabaco es significativamente menor al anterior (de dos a cinco cigarrillos diarios).<sup>(18)</sup>

En lo que se refiere al enfoque cognitivo-conductual que se aborda en esta tesis como práctica de elección para el caso del tratamiento psicológico del tabaquismo, cabe mencionar que esta se sostiene sobre los principios del método científico, en consecuencia, esta terapéutica tiene la ventaja de que puede demostrar su validez mediante pruebas científicas.

La formación académica que reciben los estudiantes de Psicología debe cubrir de forma detallada los elementos básicos metodológicos que están implicados en el proceso del diseño de investigación y ofrecer los resultados sobre las evidencias de cada tratamiento psicológico, capacitándolos en los elementos que facilitan la relación terapéutica más efectiva. Posteriormente y ya como profesionales se debe tener la obligación de la formación continua. La comunidad profesional debe responsabilizarse de proporcionar los medios adecuados para difundir los conocimientos científicos que esta disciplina va desarrollando y velar por la calidad de los procedimientos y diseños de investigación que ofrecen evidencias. Profesores, investigadores, editores y profesionales tenemos la responsabilidad sobre el buen quehacer de la ciencia psicológica.

En cuanto al tratamiento farmacológico, este debe ser ofrecido de inicio a todo paciente decidido a dejar de fumar y fijar fecha, en el contexto de una estrategia o plan para el abandono, excepto cuando, por supuesto existan contraindicaciones.

La farmacoterapia es altamente costo efectivo, duplica la oportunidad de éxito y disminuye la intensidad del síndrome de abstinencia, por lo que debe ofrecerse siempre como parte del tratamiento.

Todas las formas de reemplazo nicotínico, el Bupropion y la vareniclina son drogas de primera línea. La elección de una u otra forma depende de las características individuales, preferencias, efectos adversos, interacciones medicamentosas, contraindicaciones, disponibilidad y costo. Las drogas de primera línea son seguras y, con una adecuada elección y prescripción los efectos adversos disminuyen, raramente son graves y pueden ser tratados.

También es importante informar al paciente sobre los fármacos indicados, el modo de uso, la dosis, los efectos adversos y su solución. En nuestro país los medicamentos de primera línea utilizadas son: goma masticable, parches de nicotina, inhalador de nicotina, bupropion y vareniclina, aunque estos últimos son medicamentos. Aunque la prescripción sobre todo de estos últimos debe reservarse para un nivel de dependencia severo.

En lo que se refiere a las limitaciones del modelo, es importante mencionar que sobre la entrevista motivacional existen muy pocas investigaciones y meta análisis que avalen su eficacia, por lo que en este punto es necesario llevar a cabo más investigación. En lo que respecta a la terapia farmacológica debe conocerse muy bien su acción cuando se prescribe ya que algunos medicamentos pueden llegar a ser adictivos y solo sustituyen al cigarro, y haciendo alusión a la terapia farmacológica, otra de sus desventajas es que resultan ser fármacos de alto costo económico.

## Anexos:

1. Cuestionario de la motivación para dejar de fumar
2. Motivos para dejar de fumar
3. Cuestionario sobre motivos
4. Escala de ansiedad de Beck
5. Inventario de depresión de Beck.
6. Escala de síntomas de abstinencia de la nicotina
7. Test de Fagerström de dependencia de la nicotina
8. Cuestionario de Glover Nilson (Resumido).
9. Test de Richmond para medir estadios de cambio de acuerdo a la teoría de Prochaska.
10. Registro diario.
11. Ejercicio: Motivos para dejar de fumar.
12. Contrato terapéutico.
13. Guías y de manuales consultado

## Bibliografía.

1. Barrueco Ferrero Miguel, A. Hernández Mezquita, Torrecilla García. 2003, "*Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo*". Edita: ERGON. C/ Arboleda, 1. 28220 Majada honda (Madrid).
2. Dr. Agustín Vélez-Barajas, Dr. Raúl Velásquez-Sosa. 2005, "*Análisis comparativo de mejores prácticas (benchmarking) aplicado a las clínicas de tabaquismo en México*", D.F. editado por el Consejo Nacional Contra las adicciones, (CONADIC).
3. DC: World Bank and WHO. Abril 2006 "*Curbing the epidemic: Governments and Economics of Tobacco Control*". Washington, Fact sheet N° 222.
4. Organización Mundial de la Salud, OMS. 2006. "*Tratado internacional para el consumo de tabaco. Artículos*". Ginebra, Suiza. Tercera sesión plenaria, A56/VR/4.
5. Great Britain Scientific Committee on Tobacco and Health Great Britain Department of Health Scientific Committee on Tobacco and Health. 2006. "*Report of the Scientific Comity on Tobacco and Health*". London: Pitman Medical Publishing Co., LTD.
6. Commission des Communautés Européennes. «*Les européens et la santé publique, Eurobaromètre du Tobacco* » 2005. 43.0. Bruselas: CEE; [ Links ].
7. OPS, (mayo 2006) "Cuarta sesión plenaria del Tratado del Convenio Marco de Lucha Antitabaco", Ginebra, Suiza, A56/VR/4.
8. Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. "*Ayudar a dejar de fumar. Protocolos de actuación para profesionales de salud. Programa de ayuda al fumador*". 1998. Pamplona, España, Fondo de publicaciones del Gobierno de Navarra.
9. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las adicciones (SISVEA), México, D.F. a 2006. *Resumen de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA)*.
10. Mackenzie T, Bartecchi C, Schier R., 2002. Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos de América. "*Tabaquismo y Salud en las Américas*". Publicación No. (CDC) 92-8420. Atlanta, Georgia: USDHHS,: 9-15.
11. Horacio Rubio Monteverde, Ma. Teresa Oviedo Gómez, Raúl Sansores Martínez, Agustín Vélez Barajas, José M. Castrejón Vacío. 2001 "Modelo para la prestación de servicios en materia de tabaquismo," México, D.F., Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), SSA, 16 p. 3, 5, 10, 11, 16.
12. Francisco Pascual Pastor, Stella Vicénsa Llorca, 2004, "*Aspectos históricos, sociales y económicos del tabaco*". Madrid, España, Revista "adicciones" Vol. 16, Supl. 2.
13. Martínez Llamas, Antonio. 1989, "*Historia del consumo de tabaco. El tabaco como planta fumable. Consideraciones históricas*" Barcelona España. P.p.13-18. Editorial Glosa.
14. Francisco Pascual Pastor, Stella Vicens Lorca, 2006, "*Aspectos históricos, sociales y económicos del tabaco*". Alicante, Perú. Ed. Unidad de Alcohología y adicciones.
15. Martínez Llamas, Antonio. 1992, "*Manual de patología tabáquica. El tabaco y su historia*". Madrid. Revista: Adicciones, Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. P.p.19 – 38.

16. Julio Sánchez Meca, Ana Isabel Rosa Alcázar y José Olivares Rodríguez, 2003, "*Las técnicas Cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de Salud: Meta-análisis de la literatura*". Ed. Universidad de Murcia, España.
17. American Psychological Association, 2003, E.U.U., "*Catálogo de tratamientos clínicos en psicología*". Washington, Fact sheet N° 324.
18. Roberto Secades Villa y José Ramón Fernández Hermida, 2003. "*Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína*". Universidad de Oviedo, España.(pp 127-156).
19. Dr. Aarón Beck. "Principios de la Terapia Cognitivo-Conductual con evidencia empírica". 2007. The 22.th Word Conference, Colorado EE.UU. Guilford Press.
20. Fuentes-Pila J.M., Calatayud P. López y Castañeda B. Instituto Cántabro de Conductas Adictivas, 2005. "La entrevista motivacional: llave del proceso de cambio en la dependencia nicotina-tabaquica". Ed. Omega, Santander. España.
21. Ayesta FJ, Corral LP, Martín F. 2004, "Futuros avances en el abordaje y tratamiento del tabaquismo". Revista Cardiovasc Risk Factors; Madrid España. 24-37.
22. Otero M, Cortijo C, Ayesta FJ. "El tabaquismo como adicción". 2003, Revista: Cardiovasc Risk Factors 22-34. Ed. Sociedad madrileña de Málaga, España.
23. Beck, J 2000, "Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización". Barcelona: Ed. Gedisa. (Original Publicado en 1995), Málaga España.
24. Luis Guerra Romero, "La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica". 1996. Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, España.
25. Flaxman, J. Craighead, A. Kazdin y M.J. Mahoney (Eds.), 1999, "Modificación de Conducta. Principios, Técnicas y Aplicaciones" Barcelona, España, ed. Omega. (pp. 445-462).
26. Martín, L.J. 2006. "Tratamientos psicológicos en tabaquismo". Dirección General de Atención a las Drogodependencias. Ministerio de Salud del Gobierno de Canarias, España.
27. Abrams DB, et al. 2003, "The tobacco dependence treatment handbook: a guide to best practices". 2003, Washington, E.U. Guilford Press.
28. Fernando L. Vázquez. 2004, "El estado de la cuestión de los enfoques en modificación de conducta", Revista de Psicología. Facultad de Psicología, UNAM, México, D.F. Cap. 5, pp. (75 a 110).
29. Pérez, M. (2006b), "La psicoterapia desde el punto de vista conductista". Ed. Biblioteca Nueva Gala, Madrid, España.
30. Becoña, E. 2001. "¿Es la modificación de conducta cognitiva más eficaz que la clásica modificación de conducta? Revista de Psicología General y Aplicada?", Revista de Psicología General y Aplicada, Madrid España, 53, pp. 276-288.
31. Caballo, V. 2001. "Manual de técnicas de Modificación de Conducta". Ed. Siglo XXI. Madrid, España.
32. Pérez, M. (2006): "Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones". Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, Buenos aires Argentina. Cap.1, pp. 15-33.

33. Caro, I. 1997. "Manual de psicoterapias cognitivo – conductuales". Ed. Paidós. Barcelona, España.
34. Carrobles, J.A. 1995. "El modelo conductual o del aprendizaje social: Enfoques y aplicaciones". Revista de Psicología General y Aplicada, Madrid España, 44, 226-268.
35. J.A. Carrobles et all. "Análisis y Modificación de conducta II" Universidad de Murcia, España: UNED. (pp. 77-108).
36. Pérez Trullén, M<sup>a</sup>. L. Clemente Jiménez, I. Herrero Labarga, 2004. "Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo, capítulo: Otras alternativas terapéuticas de utilidad en la deshabituación tabáquica"; Edita: Ministerio de Salud. Buenos Aires, Argentina.
37. Pérez, M. (1999a): "Tratamientos psicológicos en adicciones". Revista adicciones. Universitas. Madrid España.
38. Becoña, E. y Frojan, M.X. 1988. "La técnica de retener el humo en el tratamiento de fumadores". Revista Española de Drogodependencias, 13, 2, 131-136. Madrid, España.
39. Glasgow, R.E. 1998. "Effects of a self-control manual, rapid smoking and amount of therapist contact on smoking reduction". J. of Consulting and Clinical Psychology, Universidad de Colorado E.E. U.U.46 (6): 1439-1447.
40. Juan Pascual Llobell, María Dolores Frías Navarro y Héctor Monteverde. 2006., "Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia" ed. Borte, Universidad de Valencia, España.
41. Olivares, J. y Méndez, F.X. 1998. "*Técnicas de modificación de conducta*". Ed. Biblioteca Nueva: Madrid.
42. Becoña, E. 1986. "*Análisis de los riesgos en la aplicación de la técnica de fumar rápido*" revista de Psicología, Ed. Galicia Clínica, cap.5, pp.161-166.
43. Otero M, Ayesta F.J. 2004 "El tabaquismo como trastorno adictivo". Revista: Trastornos Adictivos; 4:11-30, Universidad de Almería, España.
44. Vázquez, F.L. 2006. "La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor". Psicothema, Boletín de psicología, Facultad de psicología Madrid España, cap.14, 516-522.
45. Labrador, F., Cruzado, J. y Muñoz, M. 1999. "*Manual de técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*". Madrid España, Ed. Pirámide.
46. Botella, C. Eds. M. Garrido y J. García, 2004. "El modelo cognitivo-conductual en terapia: Psicoterapia: modelos contemporáneos y aplicaciones" (pp. 435-486). Valencia, España. Ed. Promolibro.
47. Barrueco M, Hernández Ma. Torrecilla M. 2003 "Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo", 2<sup>a</sup> ed. Majadahonda, Madrid, España, Ergón.
48. Caro, I.1995 "Pasado, presente y futuro de las terapias cognitivas". Boletín de psicología, Universidad de Ohio, EE.UU. 46, 115-160.
49. Kazdin, A.E. (2001b), "Métodos de investigación en psicología clínica" (3<sup>a</sup>. ed.). México: Editorial: Prentice Hall. Universidad de Toronto, Canadá. (Original publicado en 1998).

50. Prochaska JO, Velicer WF, Di Clemente C and Fava J. 1988 "*Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking*". J. Consult Clinic Psicol. Pp. 56:520-8. Madrid, España.
51. Fuentes-Pila J.M., Calatayud, P., López E. y Castañeda B. "*Trastornos adictivos, capítulo cinco: La entrevista motivacional: llave del proceso de cambio en la dependencia nicotínica-tabáquica.*" Edita el Instituto Cántabro de Conductas Adictivas. Santander. España.
52. Prochaska J and Di Clemente C. 1982, "Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change". Psychotherapy Theory Res Prac; 19:276-88. Madrid, España.
53. Miller, W.R. y Rollnick, S. 2001. "Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviors". Nueva York: Guilford Press. Washington, D.C. EE. UU.
54. Becoña, E. y Vázquez, F.L. 1996. "El modelo de cambio de Prochaska y DiClemente para modificar con éxito las conductas problema". Revista Psicología Contemporánea, Madrid, España cap.3, 34-41.
55. Jiménez Ruiz C.A., Barrueco Ferrero M., Solano Reina S., Torrecilla García M., Domínguez Grandal F, Díaz-Maroto Muñoz JL, et al. 2003, "Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo". Documento de consenso. Soc. de Bronco neumología, División de Cancerología del Hospital General de Almería, España.
56. Abrams Db, Niaura R, Brown R, Emmons K., Goldstein Mk, Monti P. 2003, "the tobacco dependence treatment", Washington, D.C. EE. UU.
57. Buela-Casal, G. y Caballo, V. 1991. "*Manual de psicología clínica aplicada*". Madrid, España. Editorial Siglo XXI. (Revisión y actualización 2001).
58. Mercedes Balcells Olivero, Meritxell Torres Morales; Carolina e.Yahne Getem. 2004 "La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo", Ed. Socidrogalcohol y la The University of New Mexico, Center on Alcoholism, Substance Abuse, & Addictions (CASAA), Albuquerque, NM 87106, US.
59. Álvarez-Soto, E. y Becoña, E. 1991. "Efectividad de los programas para dejar de fumar en función de finalizar o no el tratamiento". Revista Española de Drogodependencias, No. 16, pp.19-28.
60. Lancaster T and Stead LF. 2005. "Physician advice for smoking cessation" (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, and Oxford: Update Software. EE.UU.
61. Becoña, E. y Lorenzo, M.C. (1999b). "*Evaluación de la conducta de fumar. II*". Revista Intercontinental de Psicología y Educación, Madrid España. pp. 40-52.
62. Mínguez, M.C. 1999. "Cuestionario de evaluación de recaída/abstinencia de los cigarrillos: primeros resultados". Revista Española de Drogodependencias, Cap. 20, pp. 25-40. Madrid España.
63. Becoña, E. 2004. "Evaluación de la conducta de fumar". Ed. J.L. Graña, Revista: Conductas adictivas. Cap. 5: Teoría, evaluación y tratamiento (pp. 403-454). Madrid. España.
64. Córdoba García R, Ortega Sánchez Pinilla R, Cabezas Peña C, Forés García D, Nebot Adell D. "*Recomendaciones sobre el estilo de vida. Tratamiento del Tabaquismo*". PAPPS-semFYC. [Internet]. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. [Consulta 3 de marzo de 2009]. Disponible en: <http://www.papps.org/prevencion/Estilo-Vida/p95.htm>

65. American Psychiatric Association. 2001. "Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence". American Journal of Psychiatry, 153 (Suppl. 10), 1-31 (trad. cast. en Barcelona: Ars Médica.
66. Robinson TE, Berridge KC. "The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction". Brain Res, Rev. 1993, Washington, EE.UU.18 (3):247-91.
67. American Psychiatric Association (APA) 2003. "Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV Revised Text" Washington, DC: Author (trad. cast. Barcelona: Masson, 2002). España.
68. Organización Mundial de la Salud 2003.reprinted 2004, Editado por Dra. Vera da Costa e Silva. "Policy Recommendation for Smoking Cessation and treatment of tobacco dependence. Tools for public health". Washington, D.C. E.U.
69. C.A. Jiménez-Ruiz, J.I. de Granda Orive, S. Solano Reina, F. Carrión Valero, P. Romero Palacios y M. Barrueco Ferrero. 2003. "Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo", Área de Tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid. Conde de Peñalver, 96. 28006 Madrid. España.
70. Comité Nacional de Salud y Medio Ambiente, Autores varios, 2005. "Guía Nacional de tratamiento de la adicción al tabaco". Ed. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación de Argentina, Buenos Aires.
71. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. 2000, "Treating Tobacco Use and Dependence. A Clinical Practice Guideline". Ed. Rockville, Md, AHRQ publication No 00-0032. Washington, EE.UU.
72. Lorenzo P, Ladero JM. 2003. "Dependencia Tabáquica. Tabaco y nicotina." In: Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC, Lizasoain I, editors. Drogodependencias. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 441-457.
73. Haire-Joshue D, Morgan G, Fisher E. 2004 "Determinants of cigarette smoking. Clinics in Chest Medicine" Review, Psychologist of addiction, Washington, DC. 12 (4): 711-26.
74. Mercedes Balcells Olivero, Meritxell Torres Morales. 2004. "La entrevista motivacional en el tratamiento del tabaquismo", The University of New Mexico, Ed. Center on Alcoholism, Substance Abuse, & Addictions (CASAA), Albuquerque, NM 87106, USA.
75. Stead LF and Hughes JR. Lobelia, 2004. "Elementos motivacionales para dejar de fumar" (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue, and Update Software. University of Oxford, E.U.
76. Caballo, V. 1997. "Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos". V. 1 y 2. Ed. Siglo XXI. Madrid, España.
77. Becoña, E; M.A. Vallejo (1998). Alcoholismo. "Manual de terapia de conducta en adicciones". Ed. Dykinson. Madrid, España. (pp. 75-141)
78. Muñoz, J. Botello G. 2004 "Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta" Ed. Pirámide. Madrid, España. (p. 710-743).
79. Sansores R., Espinosa Marlene et al. 2001 "Conocimientos de un grupo de médicos mexicanos sobre tratamiento farmacológico para dejar de fumar". Ed. Boletín del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), SSA. México, D.F.
80. Vázquez, F.L. Muñoz, R.F. Becoña, E. 2000, "¿Qué tratamientos son eficaces para tratar la depresión: psicológicos, médicos o combinados?" Psicología Conductual, Madrid España, 8, 561-590.

81. Noble M, Pérez- Stable E y Casal E. 1999 "El comportamiento médico en relación al tabaquismo". Boletín de la Academia Nacional de Medicina.; vol. 74 segundo sem.: 413-425, Chile.
82. Olaz, Fabián. O. 2001. "La Teoría Social Cognitiva de la Autoeficacia. Contribuciones a la Explicación del Comportamiento Adictivo". Facultad de Psicología. U.N.C. Ed. Neo-Psique. Buenos Aires, Argentina.
83. National Institute for Clinical Excellence, March 2002. Guidance on the nicotine replacement Therapy and bupropion for Smoking cessation NICE (Update Software). EE.UU.
84. C.A. Jiménez-Ruiz, J.I. de Granda Orive, S. Solano Reina, F. Carrión Valero, P. Romero Palacios y M. Barrueco Ferrero, "Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo". 2005, Área de Tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Unidad de Tabaquismo. Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid. Conde de Peñalver, 96. 28006 Madrid. España.
85. Servicio Canario de Salud. Guía de Práctica Clínica: "¿Cómo ayudar a su paciente a dejar de fumar?" [Internet]. Servicio Canario e Salud, Consejería de Sanidad y Consumo. [Consulta 10 de marzo de 2009]. Disponible en: <http://www.gobcan.es/funcis/difusion/capdf/index.html>.
86. F. Martín, I. P. Corral M., 2007 "Tratamiento del tabaquismo: herramientas farmacológicas en el abordaje terapéutico Clínica de Tratamiento de Tabaquismo" Ed. Bonaire, Santander, Brasil.
87. Stephens S. 2001. "The Effectiveness of Motivational Enhancement Therapy in Adolescent Smoking cessation. *Dissertation Abstracts International*". Universidad de Toronto, Canada, (Section B. vol. 62, 1101).
88. Baer, J.S. y Lichtenstein, E. 2003. *Cognitive assessment in smoking cessation*". En ed. D.M Donovan y G.A. Marlatt (Eds.), *Assessment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford Press
89. Jiménez Ruiz CA, Ayesta J, Planchuelo MA, Abengoza R, Torrecilla M Quintas M. 2001 "Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo sobre el tratamiento del tabaquismo". *Prev. Tab.*; pp.78-85. Málaga, España.
90. Guadalupe Ponciano, Psic. América Morales Ruíz, 2007. "La escritura emocional como una herramienta para el tratamiento psicológico del tabaquismo". Artículo, Escuela de Salud Pública de Cuernavaca. México.
91. Secretariado Técnico del Consejo Nacional (CONADIC), Actualización: Lic. Leticia Echeverría san Vicente, UNAM, Fac. de Psicología, 2005, "Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema". versión actualizada, ed. SSA. México, D.F.
92. Miller WR, Rollnick S. 1991. "Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviors". New York: Guilford Press.
93. Prochaska, J.O., y DiClemente, C.C. 1992. "Stages of change in the modification of problem behaviors". Ed. *Progress in Behavior Modification* Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company. pp. 184-214. Nueva York, EE.UU.
94. Elisardo Becoña Iglesias 2004. "Guía para ayudar a los fumadores a dejar de fumar" Junta Directiva de Socidrogalcohol Universidad de Santiago de Compostela. ed. Intercontinental, España pp. 40-52.
95. Clínica de Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, (INER). 2005. "Conocimientos de un grupo de médicos mexicanos sobre tratamiento farmacológico para dejar de fumar". Almanaque del INER.
96. Becoña, E. 2004. "Dejar de fumar". *Socidrogalcohol*: Santiago de Compostela, España.

97. Ricardo Abengózar, Ana María Manzanque Angulo. "Guía de intervención en fumadores". Ed. Salute. Sociedad Madrileña de Enfermería, Madrid España, 2204
98. Danni JA, De Biasi M. 2001 "Cellular mechanisms of nicotine addiction". Pharmacology Biochemist Behavior. Washington E.U.; 70(4):439-446.
99. Abrams DB, et al. "The tobacco dependence treatment handbook: a guide to best practices." 2003, Guilford Press. Washington, DC.
100. Shiffman S, Johnston JA, Khayrallah M, Elash CA, Gwaltney CJ, Patty JA, 2000. "The effect of bupropion on nicotine craving and withdrawal. Psychopharmacology" Berlin. Al. 148. 33-40.
101. M. Barrueco Ferrero A. Hernández Mezquita Torrecilla García, marzo 2003, "Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo". Madrid, España.
102. Barrueco M, Hernández Ma, Torrecilla M. 2003. "Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo", 2ª ed. Majadahonda, Editorial Argón, Madrid, España.
103. Danni JA, Radcliffe KA, Pidoplichko VI. 2000. Variations in desensitization of nicotinic acetylcholine receptors from hippocampus and midbrain dopamine areas. Ed. Eur J Pharmacology, 393(1-3):31-38. EE.UU.
104. Prochaska, J.O., y DiClemente, C.C. 1984. "The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy". Ed. Homewood Dow – Jones. Illinois, EE.UU.
105. Justino Regalado-Pineda, M en C. Gabriela Lara-Rivas, Lic en Psic. Jennifer Osio-Echánove, Lic en Psic. Alejandra Ramírez-Venegas, M. 2006 "Tratamiento actual del tabaquismo." INER. México, D.F.
106. Tratamiento del tabaquismo. Terapia sustitutiva con nicotina
107. Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET) sobre el tratamiento farmacológico del tabaquismo. 2006, C.A. Jiménez-Ruiz.1, J. Ayesta2, M.A. Planchuelo3, R. Abengozar4, M. Torrecilla4, A.M. Quintas5, M. Hernández5, E. de la Cruz7, B. Ramos5, J.M. Romero.
108. Elisardo Becoña Iglesias 2004. "Guía para ayudar a los fumadores a dejar de fumar" Junta Directiva de Socidrogalcohol Universidad de Santiago de Compostela. ed. Intercontinental, España pp. 40-52.
109. Jiménez Ruiz CA, Ayesta J, Planchuelo MA, Abengozar R, Torrecilla M Quintas M. 2001 "Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo sobre el tratamiento del tabaquismo". Prev. Tab.; pp.78-85. Málaga, España.
110. M. Barrueco Ferrero A. Hernández Mezquita Torrecilla García, marzo 2003, "Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo". Madrid, España.

## ANEXO 1

### Cuestionario de la motivación para dejar de fumar

#### Evaluación de los estadios de cambio

1) En el último año, ¿cuántas veces dejó de fumar durante al menos 24 horas?

Ninguna

Una o más veces

2) Actualmente fumo, pero tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 30 días

Sí

No

3. Actualmente fumo, pero tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 6 Meses.

Sí

No

4. Actualmente fumo, pero NO tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 6 Meses

Sí

No

#### Interpretación:

**Precontemplación.** Respuesta afirmativa a la pregunta 4

**Contemplación:** Respuesta afirmativa a la pregunta 3

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

## ANEXO 2.-

### Motivos para dejar de fumar

No.	Motivos para dejar de fumar	1. No importante	2. Poco importante	3. Importante	4. muy importante
1.	Económicos				
2.	El tabaco está dañando mi salud				
3.	El tabaco dañará mi salud				
4.	El tabaco daña la salud de otros				
5.	El que yo fume es un mal ejemplo				
6.	El tabaco es un hábito sucio				
7.	No quiero que el tabaco me domine				
8.	Otros quieren que lo deje				
9.	El tabaco es un mal hábito social				
10.	No me apetece fumar				

#### Interpretación:

Puntuar los motivos de 1 a 4, según los valore el paciente, los motivos puntuados con 4, son los motivos más importantes por los cuáles el cliente quiere dejar de fumar es la calificación más alta, se deben colocar por orden descendente del 4 al 1 los motivos.

**30 – 40** muy motivado

**20-30** motivado

**10-20** poco motivado

**0-10** sin motivación

**Puntuación global:**

## ANEXO 3

### CUESTIONARIO SOBRE MOTIVOS

<b>A</b>	Siento que fumar me da seguridad
<b>B</b>	Siento que fumando me concentro mejor
<b>C</b>	El exhalar cada una de las bocanadas de humo me produce una grata sensación
<b>D</b>	Disfruto de fumar después de comer, con el té, el café o el alcohol
<b>E</b>	Cuando me siento enojado por algo, fumo para tranquilizarme
<b>F</b>	Aún enfermo siento la necesidad de un cigarro
<b>G</b>	Todos los cigarros que fumo son placenteros
<b>H</b>	Si no fumo pierdo parte de mi personalidad
<b>I</b>	Fumo para mantenerme despierto
<b>J</b>	El sentir el cigarro entre los dedos es gratificante
<b>K</b>	Cuando estoy relajado y en periodos de descanso me gusta fumar
<b>L</b>	Si estoy nervioso por algo, fumo casi el doble
<b>M</b>	Si cambio a cigarros suaves fumo casi el doble.
<b>N</b>	Enciendo un cigarro sin haberme terminado el anterior
<b>O</b>	Fumo más cuando estoy en reuniones sociales
<b>P</b>	En trabajos monótonos o aburridos fumo más.
<b>Q</b>	Disfruto de golpear con el cigarro de determinada manera.
<b>R</b>	Durante mi trabajo dedico tiempo para disfrutar de un cigarro.
<b>S</b>	Fumo cuando quiero olvidarme de mis preocupaciones.
<b>T</b>	Me siento a disgusto si no fumo, aún cuando el fumar no es realmente grato
<b>U</b>	Enciendo cigarros sin darme cuenta
<b>V</b>	Fumo para no sentirme tan solo (a).
<b>W</b>	Me siento más alerta y con energía al fumar cigarros
<b>X</b>	Disfruto fumar desde el momento en que tengo la cajetilla en mis manos
<b>Y</b>	Cuando estoy tranquilo me gusta fumar.
<b>Z</b>	Fumo más cuando estoy tenso. (a).
<b>A1</b>	Al dejar de fumar unas cuantas horas, empiezo a sentir síntomas físicos desagradables.
<b>B1</b>	Ha habido ocasiones en que olvido en donde dejé un cigarro encendido.
<b>C1</b>	El tener un cigarro en la bolsa me produce tranquilidad.
<b>D1</b>	Trabajo mejor cuando fumo

<b>E1</b>	El sacar la cajetilla, el tener el cigarro en la mano y ver el humo, es gratificante.
<b>F1</b>	Mi deseo de fumar aumenta cuando estoy cómodo
<b>G1</b>	El fumar me reduce la tensión.
<b>H1</b>	Cuando no tengo cigarros, soy capaz de hacer lo que sea para conseguirlos
<b>I1</b>	Fumo todos los cigarros que me ofrecen.

### **CALIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN.**

<b>A</b>	<b>H</b>	<b>O</b>	<b>V</b>	<b>C1</b>	<b>PSICOSOCIAL</b>
<b>B</b>	<b>I</b>	<b>P</b>	<b>W</b>	<b>D1</b>	<b>ESTÍMULO</b>
<b>C</b>	<b>J</b>	<b>Q</b>	<b>X</b>	<b>E1</b>	<b>MANIPULACIÓN</b>
<b>D</b>	<b>K</b>	<b>R</b>	<b>Y</b>	<b>F1</b>	<b>ESPARCIMIENTO</b>
<b>E</b>	<b>L</b>	<b>S</b>	<b>Z</b>	<b>G1</b>	<b>REDUCCIÓN DE TENSIÓN</b>
<b>F</b>	<b>M</b>	<b>T</b>	<b>A1</b>	<b>H1</b>	<b>NECESIDAD</b>
<b>G</b>	<b>N</b>	<b>U</b>	<b>B1</b>	<b>I1</b>	<b>HÁBITO</b>

<b>0 a 5 puntos</b>	<b>NO ES MOTIVO</b>
<b>6 a 10 puntos</b>	<b>MOTIVO NO MUY IMPORTANTE</b>
<b>11 a 15 puntos</b>	<b>MOTIVO MUY IMPORTANTE</b>

## ANEXO 4

### INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK.

Nombre: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** En la lista hay una serie de síntomas que son comunes cuando hay ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación e indica cuanto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, incluso el día de hoy, marcando con una X de acuerdo a la intensidad de la molestia.

No.	Síntoma	Poco o nada (1)	Más o menos(2)	Moderadamente (3)	Severamente (4)
1	Entumecimiento, hormigueo				
2	Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3	Debilitamiento en las piernas				
4	Dificultad para relajarse				
5	Miedo a que pase lo peor				
6	Sensación de mareo				
7	Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
8	Inseguridad				
9	Terror				
10	Nerviosismo				
11	Sensación de ahogo				
12	Manos temblorosas				
13	Cuerpo tembloroso				
14	Miedo a perder el control				
15	Dificultad para respirar				
16	Miedo a morir				

17	Asustado				
18	Indigestión o malestar estomacal				
19	Debilidad.				
20	Ruborizarse				
21	Sudoración (no debida al calor)				

**Puntaje:** \_\_\_\_\_

#### **INTERPRETACIÓN**

<b>Puntaje</b>	<b>Nivel de ansiedad</b>
<b>0 a 5</b>	<b>Mínima</b>
<b>6 a 15</b>	<b>Leve</b>
<b>16 a 30</b>	<b>Moderada</b>
<b>31 a 63</b>	<b>Severa.</b>

## ANEXO 5

### INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

En este cuestionario se encuentra un grupo de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente elija una oración de cada grupo, la que describa mejor la manera en la que usted se SINTIÓ LA SEMANA PASADA E INCLUSIVE EL DÍA DE HOY. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso encierre cada una.

<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Yo no me siento triste.</li> <li>1. Me siento triste.</li> <li>2. Me siento triste todo el tiempo.</li> <li>3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Yo no me siento triste.</li> <li>1. Me siento triste.</li> <li>2. Me siento triste todo el tiempo.</li> <li>3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>0. En general no me siento descorazonado por el futuro.</li> <li>1. Me siento descorazonado por el futuro</li> <li>2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro.</li> <li>3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho.</li> <li>1. Pospongo tomar decisiones más que antes.</li> <li>2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes.</li> <li>3. Ya no puedo tomar decisiones.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Yo no me siento como un fracasado.</li> <li>1. Siento que he fracasado más que las personas en general.</li> <li>2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos.</li> <li>3. Siento que soy un completo fracaso como persona.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Yo no siento que me vea peor de cómo me veía.</li> <li>1. Estoy preocupado de verme viejo(a) o poco atractivo(a).</li> <li>2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo.</li> <li>3. Creo que me veo feo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo.</li> <li>1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo.</li> <li>2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada.</li> <li>3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Puedo trabajar tan bien como antes.</li> <li>1. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo.</li> <li>2. Tengo que obligarme para hacer algo.</li> <li>3. Yo no puedo hacer ningún trabajo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>0. En realidad yo no me siento culpable.</li> <li>1. Me siento culpable una gran parte del tiempo.</li> <li>2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo.</li> <li>3. Me siento culpable todo el tiempo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Yo no me siento que esté siendo castigado.</li> <li>1. Siento que podría estar castigado.</li> <li>2. Espero ser castigado.</li> <li>3. Siento que he sido castigado.</li> </ul>

<p>0. Puedo dormir tan bien como antes.</p> <p>1. Ya no puedo dormir tan bien como solía hacerlo.</p> <p>2. Me despierto una y o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volver a dormirme.</p> <p>3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir.</p>	<p>0. Yo no me canso más de lo habitual.</p> <p>1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo.</p> <p>2. Con cualquier cosa que haga me canso.</p> <p>3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa.</p>										
<p>0. Yo no me siento peor que otras personas.</p> <p>1. Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores.</p> <p>2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas.</p> <p>3. Me culpo por todo lo malo que sucede.</p>	<p>0. Mi apetito no es peor de lo habitual.</p> <p>1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo.</p> <p>2. Mi apetito está muy mal ahora.</p> <p>3. No tengo apetito de nada.</p>										
<p>0. Yo no tengo pensamientos suicidas.</p> <p>1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo.</p> <p>2. Me gustaría suicidarme.</p> <p>3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad.</p>	<p>0. Yo no me siento desilusionado de mí mismo.</p> <p>1. Estoy desilusionado de mí mismo.</p> <p>2. Estoy desilusionado conmigo mismo.</p> <p>3. Me odio.</p>										
<p>0. Yo no lloro más de lo usual.</p> <p>1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo.</p> <p>2. Actualmente lloro todo el tiempo.</p> <p>3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer aunque lo desee.</p>	<p>0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes.</p> <p>1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación.</p> <p>2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más.</p> <p>3. <u>Estoy tan preocupado por mis problemas</u></p>										
<p>0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar.</p> <p>1. Me enojo e irrito más fácilmente que antes.</p> <p>2. Me siento irritado todo el tiempo.</p> <p>3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo.</p>	<p>0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba.</p> <p>2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.</p> <p>3. He perdido completamente el interés por el sexo.</p>										
<p>0. Yo no he perdido mucho peso últimamente.</p> <p>1. He perdido más de dos kilogramos.</p> <p>2. He perdido más de cinco kilogramos.</p> <p>3. He perdido más de ocho kilogramos.</p> <p>A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos:</p> <p>SÍ _____ NO _____</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"><b>NIVEL DE DEPRESIÓN</b></th> <th style="text-align: right;"><b>PUNTAJE CRUDO.</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mínima</td> <td style="text-align: right;">0 a 9</td> </tr> <tr> <td>Leve</td> <td style="text-align: right;">10 a 16</td> </tr> <tr> <td>Moderada</td> <td style="text-align: right;">17 a 29</td> </tr> <tr> <td>Severa</td> <td style="text-align: right;">30 a 63</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Diagnóstico:</b> _____</p>	<b>NIVEL DE DEPRESIÓN</b>	<b>PUNTAJE CRUDO.</b>	Mínima	0 a 9	Leve	10 a 16	Moderada	17 a 29	Severa	30 a 63
<b>NIVEL DE DEPRESIÓN</b>	<b>PUNTAJE CRUDO.</b>										
Mínima	0 a 9										
Leve	10 a 16										
Moderada	17 a 29										
Severa	30 a 63										

## ANEXO 6

### Escala de síntomas de abstinencia de la nicotina

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

	<b>Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
Deseo de un cigarro				
Irritabilidad o ira				
Ansioso o tenso				
Impaciente				
Intranquilo				
Dificultad en concentrarse				
Deprimido				
Hambre excesiva				
Aumento de apetito				
Insomnio				
Somnolencia				
Dolor de cabeza				
Problemas de intestino o estómago				

**Adaptada de Hughes y Hatsukami (1986).**

## ANEXO 7

### Test de Fagerström de dependencia de la nicotina

1. ¿Cuántos minutos pasan entre el momento de levantarse y fumar el primer cigarro?

- 5 ó menos (0)
- De 6 a 30 (1)
- de 31 a 60 (2)
- Más de 60 (3)

2. ¿Es difícil para usted abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido? (cines, hospitales, metro, restaurantes, etc.)

- Sí (0)
- No (1)

3. ¿Cuál es el cigarrillo que más necesita?

- El primero de la mañana (1)
- Otros (0)

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

- Más de 30 (4)
- Entre 21 y 30 (3)
- Entre 11 y 20 (2)
- Menos de 11 (1)

5. ¿Fuma más durante las primeras horas de la mañana que durante el resto del día?

- Sí (1)
- No (0)

6. ¿Fuma usted aunque esté tan enfermo como para estar en la cama?

- Sí (1)
- No (2)

Menos de 4 Baja dependencia

De 4 a 6 moderada dependencia

Más de 6 dependencia severa

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

**ANEXO 9.**  
**Test de motivación para dejar de fumar –Richmond**

1.- ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?

No: 0

Sí: 1

2.- ¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?

Nada en absoluto: 0

Algo: 1

Bastante: 2

Muy seriamente: 3

3.- ¿Intentará usted dejar de fumar en las próximas dos semanas?

Definitivamente no: 0

Quizás: 1

Sí: 2

Definitivamente sí: 3

4.- ¿Cuál es la posibilidad de que usted dentro de los próximos seis meses sea un no fumador?

Definitivamente no: 0

Quizás: 1

Sí: 2

Definitivamente sí: 3

**Interpretación del Test de Richmond**

Valora el grado de motivación para dejar de fumar. Es un instrumento de uso fácil, seguro y eficaz que permite conocer si un fumador está realmente preparado para hacer un serio intento de abandono.

Se trata de un test con cuatro preguntas que permite valorar el grado de motivación para dejar de fumar. El rango de puntuación oscila entre 0 y 10, donde la pregunta 1 califica de 0 a 1 y el resto de 0 a 3. Los puntos detectados sobre la asociación del nivel de motivación y el cese del hábito tabáquico son de 0 a 3: baja motivación, de 4 a 5: aún dudoso, de 6 a 7: moderado (con necesidad de ayuda), y de 8 a 10 Alto.

En general, se considera que para incluir a un fumador en un programa de tratamiento es necesario que su test de Richmond muestre valores entre 9 y 10 puntos.

## ANEXO 10.

### Registro diario del número de cigarros.

Núm. Cigarros	Hora	Lugar	Actividad	Anotar No. de motivo	Sentimiento
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

¿Ha fumado más de 20 cigarros?    **NO** \_\_\_\_\_                      **SÍ** \_\_\_\_\_

- 1.- Por que estoy en una reunión/para sentirme seguro(a)/para no sentirme solo(a)
- 2.- Para concentrarme/para mantenerme despierto.
- 3.- Para sentir el cigarro en mis manos/para sentir como manipulo la cajetilla/para disfrutar al exhalar el humo.
- 4.-Por que terminé de comer/por que estoy relajado(a)
- 5.- Por que estoy tenso/para olvidarme de mis problemas
- 6.- Por necesidad/por que si no fumo me siento mal/por que si no fumo me desespero
- 7.- Por Placer/lo encendí sin darme cuenta/por que me lo ofrecieron

## ANEXO 11.

### EJERCICIO: MOTIVOS PARA DEJAR DE FUMAR

Este ejercicio consiste en valorar cuáles son los motivos para dejar de fumar. Se muestra en la lista que aparece a continuación, que el fumador puede encontrar nuevos motivos sobre los que no había reflexionado, pero que son importantes y que debe añadir a sus motivaciones personales:

**Marcar con una cruz según considere la importancia de los motivos que le influirían a querer dejar de fumar.**

Piense que, además de éstas, existen otras razones, quizás secundarias, pero no menos importantes:

Motivos	No importante	Poco importante	Importante	Muy importante	Puntuación
Económico					
El tabaco está dañando mi salud					
El tabaco dañará mi salud					
El tabaco daña la salud de otros					
Hábito sucio					
No quiero que el tabaco me domine					
Otros quieren que lo deje					
Hábito no social					
No me apetece fumar					
Mal ejemplo					
Mejora en el estado físico					
Suma total					
Grado de motivación					

ANEXO 12

CONTRATO TERAPÉUTICO.

CONTRATO INDIVIDUAL PARA DEJAR DE FUMAR

CONTRATO PARA DEJAR DE FUMAR

Yo \_\_\_\_\_

Me comprometo que a partir

Del día \_\_\_\_\_

**NO VOLVERÉ A FUMAR.**

Y ASUMO LA RESPONSABILIDAD TOTAL DE ESTA DECISIÓN

CONSIDERANDO QUE ES UN BENEFICIO PARA MI SALUD

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

## **ANEXO 13**

### **Manuales y documentos Institucionales revisados:**

1. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)
2. Instituto Nacional de Cancerología
3. Instituto Nacional de Cardiología
4. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
5. Instituto Mexicano del Seguro Social
6. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
7. Centro de Integración Juvenil (CIJ)
8. Hospital General de México
9. Hospital Dr. Manuel Gea González
10. Clínica de Tabaquismo de la Facultad de Medicina de la UNAM
11. Clínica de Tabaquismo de la Facultad de Psicología UNAM
12. Instituto Politécnico Nacional
13. Clínicas de Tabaquismo de la Secretaría de Salud del D.F.