



Tratamiento especializado del tabaquismo

L. Sánchez Agudo

Servicio de Neumología. Centro de Investigación Clínica y Medicina Preventiva.
Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

Introducción

Con frecuencia se cae en el error de considerar el tratamiento especializado del tabaquismo (TET) como la única manera de ayudar al fumador a controlar su dependencia tabáquica y consolidar la abstinencia, lo que trae como consecuencia una excesiva inversión de recursos creando unidades de tratamiento especializado y no promocionando la intervención mínima (IM). Es cierto que aún son insuficientes las unidades de tratamiento especializado del tabaquismo en nuestro país, pero no es menos cierto que la IM se practica incluso en menor proporción, siendo esta última de mayor rentabilidad, en términos de salud pública. Al invertir un menor esfuerzo y utilizar recursos sumamente simples, la IM puede alcanzar a un número muy superior de fumadores, y aun con resultados muy inferiores, la población que se beneficia de esta intervención es mucho más numerosa que con el tratamiento especializado.

Este último debe considerarse indicado únicamente en individuos con un elevado nivel de dependencia y que, por tanto, no han conseguido dejar de fumar tras haberlo intentado espontáneamente, al menos en tres ocasiones, sin ayuda y en los que se ha mostrado ineficaz la IM. Es por tanto un tratamiento de segunda línea; de no plantearse así, desaprovecharemos los recursos del tratamiento especializado al invertirlos en fumadores que dejarían igualmente de fumar a través de una IM.

Concepto

El concepto de TET surge en Suecia durante 1955 con las primeras clínicas para dejar de fumar. En ellas se combinaban diferentes acciones de educación sanitaria, a través de métodos convencionales (lecturas, charlas, etc.) con tratamiento médico sintomático de los diferentes síntomas de abstinencia (insomnio, irri-

tabilidad, depresión, etc.). Estas clínicas proliferaron en diferentes estados siguiendo protocolos muy diversos, en los que se han combinado desde elementos de medicina alternativa hasta tratamientos puramente farmacológicos y/o psicológicos, con lo que han llegado a describirse unos 300 programas de deshabitación¹. Aunque en menor medida, en la actualidad se arrastra igualmente una cierta diversidad de los métodos englobados dentro de la denominación genérica de "tratamiento especializado del tabaquismo". Algunos de ellos, lamentablemente, contribuyen a fomentar una imagen negativa y de falta de seriedad de esta terapéutica. No obstante, existen diferentes metodologías suficientemente sancionadas por evaluaciones con rigor científico como para hablar con seriedad sobre el tratamiento de la dependencia del tabaco. Entre ellas, las que con mayor frecuencia son objeto de análisis en la bibliografía médica son las que utilizan un conjunto de técnicas, que han mostrado una eficacia probada en el control de la dependencia tabáquica, por lo que la denominación de "programas multicomponentes de tratamiento a fumadores" describe mejor la realidad y parece por tanto más adecuada. Básicamente se combinan en ellos técnicas de modificación de conducta y/o tratamiento sustitutivo con nicotina (tabla I). Puesto que la dependencia al

TABLA I
Métodos de tratamiento del tabaquismo: revisión bibliográfica

Método	Trabajos (%)	Sujetos (%)
Nicotina + conductual	11 (33,3)	4.096 (31,8)
Nicotina	8 (24,0)	3.125 (24,3)
Conductual	6 (18,2)	2.239 (17,4)
Acupuntura	1 (3,0)	996 (7,7)
Nicotina + consejo	1 (3,0)	923 (7,2)
Clonidina	1 (3,0)	813 (6,3)
Aversiva	2 (6,0)	482 (3,7)
Buspirona	2 (6,0)	101 (0,8)
Hipnosis	1 (3,0)	91 (0,7)
Total	33	12.866

MEDLINE 1990, 1991, 1992. La revisión de la bibliografía comprendida en la base de datos MEDLINE clasificada por el método de tratamiento empleado pone de manifiesto la muy superior experiencia existente con métodos de modificación de conducta (conductual) y aporte de nicotina en relación a los otros métodos terapéuticos.

Correspondencia: Dr. L. Sánchez Agudo.
Servicio de Neumología. Instituto de Salud Carlos III.
Sinesio Delgado, 10-12. 28029 Madrid.

(Arch Bronconeumol 1995; 31: 124-132)

tabaco tiene un doble componente, psicológico (automatismo, refuerzo de la conducta, etc.) y farmacológico (modificaciones neuroendocrinas inducidas por la nicotina), parece lógico que la intervención combinada sobre ambos incremente la eficacia del resultado. De esta forma se logra disociar la dependencia farmacológica y psicológica (fig. 1). Mientras se controlan los síntomas de abstinencia con la administración de nicotina en dosis decrecientes para reducir la dependencia farmacológica, se adiestra al sujeto para que controle el automatismo de fumar y el refuerzo psicológico que supone el empleo del cigarrillo.

Elementos de un programa multicomponente

Métodos psicológicos

Su objetivo es modificar la conducta del fumador, reestructurando sus cogniciones de manera que sea capaz de canalizar, sustituir y por último suprimir el impulso adquirido de fumar. Dicha modificación puede afrontarse desde dos perspectivas: utilizando el castigo mediante técnicas aversivas o utilizando el refuerzo positivo de dicho cambio de conducta.

Técnicas aversivas. Las técnicas aversivas utilizadas en la actualidad se basan en la saciedad por medio de la retención del humo o fumando rápido; otros estímulos más fuertes (descarga eléctrica, temperatura, etc.) no han mostrado utilidad. La primera² consiste en mantener el humo del cigarrillo en la boca y faringe durante 45 segundos, mientras respira por la nariz, con intervalos de descanso de 30 segundos. En cada sesión se fuman entre 3 y 5 cigarrillos a intervalos de 5 minutos, repitiéndose 8 sesiones en otros tantos días consecutivos. En la técnica de fumar rápido³, se plantea realizar una inhalación cada 6 segundos de manera ininterrumpida mientras el individuo lo soporte, repitiendo la maniobra en tres ocasiones con intervalos de 5 minutos en cada sesión, que se repite diariamente durante una semana y con intervalos progresivamente mayores durante 2 semanas más, aunque el sujeto haya dejado de fumar. Durante los intervalos y al final de cada sesión se comentan los aspectos negativos.

Muchos de los estudios publicados con estas técnicas carecen de métodos de control fisiológico de la abstinencia, otros no han podido ser reproducidos por investigadores de prestigio, diferentes a quienes los diseñaron⁴, por lo que en la actualidad únicamente cabe su planteamiento como parte de programas multicomponentes⁵ y a lo sumo en sujetos que no logran mantener la abstinencia por otros medios.

Técnicas de refuerzo. Las técnicas cuyo objetivo es lograr un refuerzo positivo de la abstinencia se basan en incrementar la motivación del fumador, fundamentales en el concepto de que la dificultad para dejar de fumar es directamente proporcional a su dependencia al tabaco e inversamente proporcional a su motivación para abandonar el uso de esta sustancia. La decisión de dejar de fumar carece de efectividad

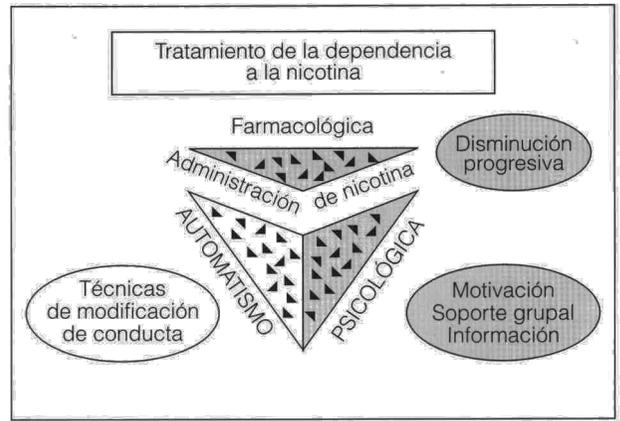


Fig. 1. Disociación de las causas de orden farmacológico y psicológico (automatismo más dependencia psicológica por el refuerzo de la conducta y modificaciones psíquicas inducidas por la nicotina) de la dependencia al tabaco producida por el aporte de nicotina y métodos de tratamiento de cada una de estas causas.

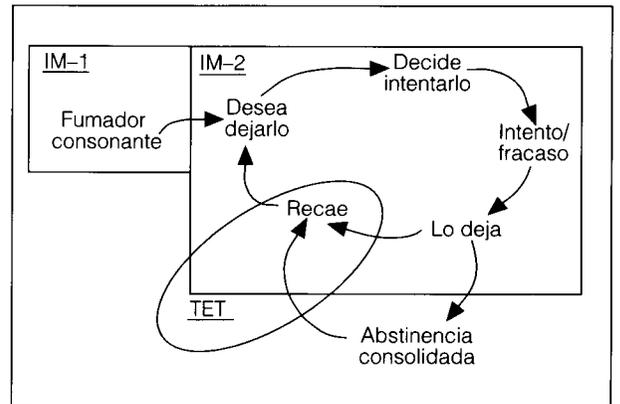


Fig. 2. El proceso de dejar de fumar. El fumador disonante entra en una espiral desde que establece su primera decisión de cambio de actitud hasta que consolida la abstinencia. Cuando esta espiral se mantiene con sucesivas recaídas, es necesario el tratamiento especializado del tabaquismo (TET), mientras que en las restantes fases del proceso es suficiente con la intervención mínima de primer o segundo nivel (IM-1 o IM-2).

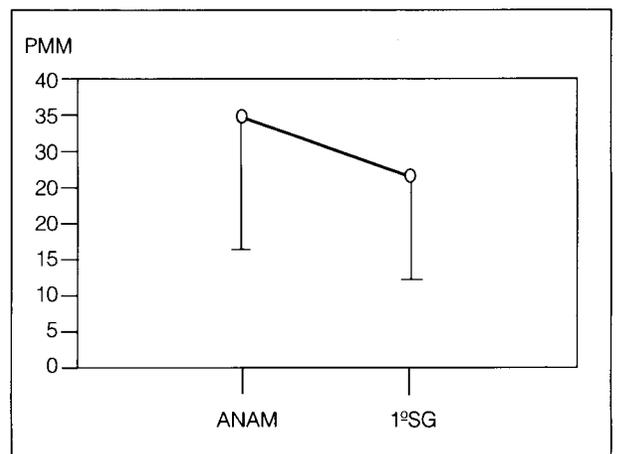


Fig. 3. Disminución de la concentración de monóxido de carbono (CO) en aire espirado en un grupo de sujetos durante el período de preparación ($p < 0,05$). ANAM: valor medio obtenido en el momento de la anamnesis. 1º SG: valor medio obtenido en la primera sesión de grupo, el día anterior a dejar de fumar.

cuando se plantea sin la suficiente meditación, de manera puntual. Ha de surgir a través de un proceso lo suficientemente meditado y elaborado, el cual, cuando surge espontáneamente, lo hace a lo largo de meses e incluso de años (fig. 2). Implementar la motivación que ha llevado al fumador al TET constituye el objetivo primordial de este tipo de estrategias, las cuales constituyen el elemento fundamental del soporte psicológico en los programas multicomponentes del TET.

El registro de cigarrillos consiste en anotar antes de encender cada cigarrillo o inmediatamente después, al menos, la situación que ha inducido a fumar y valorar con una escala simple (de 0 a 2) el grado de necesidad de fumar que se siente (anexo 1). La hora, compañía y otros detalles pueden ser útiles pero complican el registro que deberá ser practicado diariamente durante al menos una semana. Constituye una herramienta sumamente útil para que el fumador tenga una percepción objetiva y real de su consumo de tabaco, de las situaciones de mayor necesidad (por tanto de mayor riesgo de recaídas cuando deje de fumar) y para desautomatizar la conducta de fumar. Cuando se realiza correctamente modifica el comportamiento del fumador de manera involuntaria⁶ reduciendo la inhalación de humo de tabaco (fig. 3), bien por reducción del consumo o del número y profundidad de las caladas.

La reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán⁷ consiste en el cambio semanal de marcas de tabaco con menor contenido de estos componentes, reduciendo un tercio del contenido habitualmente utilizado cada semana. Se utiliza en combinación con el registro de cigarrillos para monitorizar el consumo e incluso con la reducción del número de ellos fumados a partir del contenido más bajo. Esta técnica, muy utilizada en España por Becoña⁸, pretende disminuir progresivamente los niveles plasmáticos de nicotina y disminuir la dependencia del sujeto hasta su control; sin embargo, mantiene el automatismo de fumar a cuya ruptura ha de enfrentarse el sujeto sin otro elemento de apoyo.

El autoanálisis detenido de los motivos por los que se desea dejar de fumar, contrapuestos a los motivos por los que el propio individuo fuma, se realiza del mismo modo que se valoran los pros y los contras en la toma de decisiones y constituye otra técnica muy utilizada. La discusión y comentario de esta lista de motivos (anexo 2) con el terapeuta (y con el grupo cuando se realiza terapia grupal) refuerza su eficacia al incrementar la información. Esta lista debe elaborarse a lo largo de un tiempo prudencial (7 a 10 días), generalmente durante el mismo período que el registro de cigarrillos, planteado como un período de preparación al tratamiento. Después de la supresión del tabaco debe procurarse que se mantenga su recuerdo (teniéndola a la vista o memorizándola) y se utilizará como instrumento que ensalce la motivación para mantener la abstinencia en los momentos difíciles.

El contrato de contingencias es muy utilizado en los países anglosajones; menos en España, si excluimos

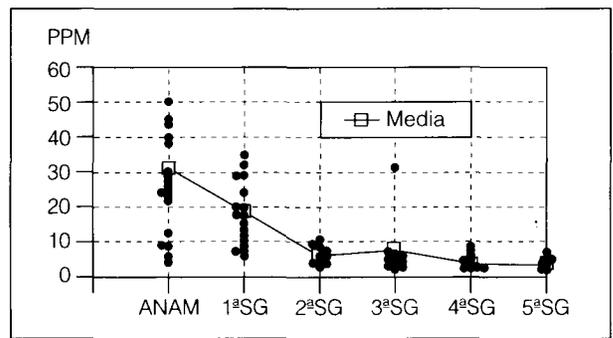


Fig. 4. Gráfica del registro de monóxido de carbono en aire espirado en un grupo de tratamiento. ANAM y 1.ª SG como en figura 3; 2.ª SG, 3.ª SG, 4.ª SG y 5.ª SG: sesiones de grupo tras dejar de fumar.

las entidades privadas. Consiste en la firma de un documento por el que el individuo se compromete a dejar de fumar, generalmente acompañado del abono de una cantidad de dinero que refuerza dicho compromiso. Esta cantidad puede entregarse totalmente a fondo perdido o por el contrario recuperarse parcial y progresivamente en cada visita, dejando una parte que se recuperará sólo en caso de consolidar la abstinencia al cabo de un año. El riesgo financiero que esta medida implica refuerza la motivación para el abandono y la asistencia a los controles posteriores. El establecimiento de un compromiso verbal con las personas del entorno del fumador, con el terapeuta y con el resto de los miembros del grupo (en caso de realizarse terapia grupal) constituye una alternativa a dicho contrato. En este caso es el riesgo por el deterioro de la propia imagen lo que incrementa la motivación. Para ello, la persona que va a someterse a tratamiento debe comunicar a sus familiares, amigos y compañeros de trabajo que va a dejar de fumar en una fecha concreta, aprovechando la circunstancia para pedir un mínimo de ayuda por parte de todos ellos para que no le den cigarrillos en el caso de que los pida, para que eviten aquellas bromas que puedan inducirle a fumar y para que comprendan sus eventuales cambios de carácter durante los primeros días de abstinencia. Del mismo modo y en cada una de las sesiones de tratamiento y control, se le ha de indicar que se comprometa a no fumar hasta la próxima reunión de forma verbal, explícita, solemne y sin ambigüedad.

La monitorización de parámetros, que pongan de manifiesto la mejoría experimentada al dejar de fumar, sirve para retroalimentar la motivación del individuo a mantenerse abstinentemente. La ejecución de un programa de ejercicio y la monitorización del monóxido de carbono (CO) en aire espirado (cotinina en orina o carboxihemoglobina son alternativas más complejas) son los medios más habituales para lograr este *feed-back* (fig. 4). Para ello ha de tomarse una referencia basal en ambos casos, registrando la evolución en cada sesión de tratamiento. En el caso del ejercicio resulta especialmente necesario que el sujeto identifique su capacidad al esfuerzo antes de dejar de



TABLA II
Síntomas de abstinencia

Manifestaciones subjetivas
Aumento de la tensión
Irritabilidad y agresividad
Nerviosismo, intranquilidad
Depresión
Aumento del apetito
Deseo vehemente de fumar (<i>craving</i>)
Manifestaciones objetivas
Cambios en el EEG
Disminución de la frecuencia cardíaca y tensión arterial
Aumento de la circulación periférica
Disminución de adrenalina, noradrenalina y cortisol en orina
Trastornos del sueño (hipersomnolencia o insomnio)
Aumento de peso
Disminución de la capacidad de vigilancia, de atención, de memoria y de conducción simulada

fumar, repitiendo durante varios días un programa de ejercicio físico (caminar, subir escaleras, hacer *footing* u otro ejercicio más complejo) el cual mantendrá a lo largo del tratamiento, lo que le permitirá reconocer fácilmente la mejora de su capacidad al esfuerzo debido a la reducción de los niveles de carboxihemoglobina, y que por tanto sucede de forma bastante rápida. Igualmente y a lo largo del tratamiento, cuando el sujeto se mantiene abstinentes, se debe llamar la atención sobre la recuperación del gusto y del olfato, que en la mayor parte de las ocasiones sucede precozmente y de idéntica manera ejerce una retroalimentación de la motivación.

La información de los efectos fisiológicos de la nicotina, del desarrollo de dependencia y tolerancia y síntomas de abstinencia (tabla II), así como de los efectos del tabaco sobre la salud, debe realizarse evitando planteamientos pesimistas. Con este elemento se pretende mejorar la información del sujeto para que entienda los motivos por los que se le administran determinados tratamientos farmacológicos y por qué sentirá urgente necesidad de fumar para evitar una serie de síntomas y modificaciones de carácter, propias de la abstinencia a la nicotina.

Con la terapia de grupo se consigue incrementar el nivel de compromiso comentado a propósito de los programas de contingencias, pero además, y lo que es más importante, establecer una interacción entre los integrantes del grupo que permitirá hacer propias las experiencias de los demás. De esta forma, analizando, por ejemplo, los motivos que han inducido a un miembro del grupo a recaer, los demás podrán desarrollar estrategias para evitarlo. La actitud del terapeuta debe evitar ser docente, excluyendo comentarios frecuentes y limitándose únicamente a moderar y mantener la discusión centrada en los objetivos del tratamiento, facilitando que se establezca el intercambio de opiniones entre los miembros del grupo y que sean ellos quienes resuelvan, entre todos, las dificultades concretas que pueda plantear cualquiera de sus

componentes. El grupo en conjunto ha de ser quien comente las experiencias vividas al dejar de fumar, los síntomas de abstinencia, las alternativas al cambio de conducta, etc. Las pautas generales de la dinámica de conducción de grupos sobrepasan la extensión de este trabajo, por lo que no se abordan de manera concreta.

Tratamiento farmacológico

De los diferentes elementos farmacológicos (acetato de plata, de cobre, cloruro amónico, bicarbonato sódico, lobelina, etc.) utilizados en el tratamiento de la dependencia al tabaco, tan sólo la administración de nicotina en dosis progresivamente decrecientes ha mostrado ser eficaz en ensayos controlados⁹⁻¹³, tanto utilizando goma de mascar como por administración transdérmica. La vía inhalatoria o nasal, aún no comercializada, presenta una eficacia similar, aunque con una mayor proporción de dependencia.

Con la administración de nicotina se pretenden mantener concentraciones plasmáticas similares a las mínimas de un fumador en los intervalos comprendidos entre la administración de un cigarrillo. De esta forma se evita o reduce el estímulo que, inducido por la privación del tabaco, provoca los deseos de fumar, aunque no se suprimen totalmente estos, pues muchos de ellos surgen como consecuencia del automatismo o del resto de los componentes de dependencia psicológica. Simultáneamente, con el descenso gradual, se intenta reducir la demanda de nicotina por el organismo y con ella la dependencia, al transformar progresivamente las modificaciones neuroendocrinas inducidas por la nicotina, restaurándolas a una situación fisiológica. Puesto que la administración se realiza por otra vía diferente de la inhalación del humo de tabaco, se evitan los inconvenientes mencionados en la técnica de reducción progresiva de nicotina y alquitrán y durante el período en que se mantiene la administración de nicotina, puede adiestrarse simultáneamente al sujeto en técnicas de autocontrol para que consiga romper el automatismo de fumar y aprenda a vencer las recaídas.

La administración de nicotina debe considerarse indicada cuando la dependencia, evaluada por el test de Fargerström es superior a 5, lo que debiera suceder en la totalidad de los sujetos que acuden a tratamiento especializado, siempre que no existan contraindicaciones. Como con cualquier tratamiento médico es imprescindible adiestrar correctamente en su empleo, advirtiéndole de que deberá comenzar su administración, al levantarse, en el día que deje de fumar. Debe advertirse de la contraindicación de fumar y simultáneamente consumir nicotina por otra vía, junto con la necesidad de que se mantenga diariamente dicho aporte, durante al menos 3 meses, en los cuales se irá reduciendo progresivamente la dosis.

Cuando se utiliza goma de mascar intentaremos dosificarla teniendo en cuenta el consumo de nicotina del paciente mientras fumaba. La medida de cotinina resulta para ello muy útil, pero puede utilizarse también el CO en aire espirado como indicador de la



absorción de humo de tabaco y por tanto de nicotina. En sujetos con valores de CO superiores a 50 ppm conviene comenzar con chicles de 4 mg, reservando el de 2 mg para personas con valores inferiores. La cantidad de 8 a 12 piezas al día es adecuada para el inicio del tratamiento, pudiendo sobrepasarse las 15 unidades cuando se utilizan chicles de 2 mg. Debe advertirse cuidadosamente de que la nicotina se libera en cada mascada, por lo que éstas deben hacerse al mismo ritmo que se darían fumadas a un cigarrillo, lo cual es mucho más lento que la forma habitual de mascar chicle. Los problemas digestivos constituyen una contraindicación y el efecto secundario más habitual, junto con lesiones de la cavidad oral. Es frecuente que cuando se utiliza esta vía el paciente se infradosee, por lo que es menester insistir en que debe mantener el aporte adecuado y proporcional a su consumo de tabaco.

La vía transdérmica ofrece la seguridad de una liberación constante al tiempo que evita el aspecto, para algunas personas antiestético, de mascar chicle, así como la interferencia que ello supone en sujetos con dentadura postiza. Sin embargo, con esta vía se pueden echar en falta las elevaciones de los niveles de nicotina que provocan los cigarrillos, por lo que pueden obtenerse ventajas asociando, a la nicotina transdérmica, el empleo de chicle de nicotina¹⁴ en situaciones de gran dificultad para controlar el deseo de fumar. Esta asociación debe ser valorada cuidadosamente y siempre planteada a través del TET.

La nicotina transdérmica se presenta en tres dosis diferentes con duración de 16 o 24 horas. En los individuos con alta dependencia (Fagerström superior a 7) se emplea cada una de las dosis durante un mes, comenzando con la dosis más alta. Cuando la dependencia es menor suele ser suficiente mantener los dos primeros meses la dosis media, con un solo escalón de reducción al comenzar el tercer mes. En las personas con una gran avidez por el tabaco al despertar, es más adecuado utilizar parches que liberen nicotina durante 24 horas, mientras que los que no presenten esta particularidad pueden utilizar los de 16 horas. El insomnio descrito como un efecto secundario de la nicotina transdérmica, cuando es administrada durante la noche, está considerado también como un síntoma de abstinencia, por lo que resulta difícil diferenciar cuándo es producido por una u otra razón; por ello, de haberse considerado indicada la administración de 24 horas, no conviene modificarla a consecuencia del insomnio si éste no se mantiene más de una semana, para excluir así que se trate de una manifestación de abstinencia.

La clonidina se ha utilizado para reducir las manifestaciones de abstinencia a la nicotina; sin embargo, su eficacia es limitada¹⁵, por lo que, al igual que comentábamos con las técnicas aversivas, su empleo debe quedar reservado a situaciones especiales en las que fracasa el tratamiento habitual.

El empleo de sedantes y ansiolíticos para controlar estados de marcada ansiedad, tras los primeros días de abstinencia, puede considerarse indicado en situa-

ciones concretas. Dado que en la mayor parte de los casos los estados de depresión reactivos a la abstinencia al tabaco son pasajeros, no parece indicado el empleo de antidepresivos para su tratamiento, puesto que la mayor parte de estas sustancias alcanzan su acción al cabo de 10-15 días de iniciado el tratamiento. Se ha utilizado la fluoxetina para inhibir el incremento de apetito habitual tras la supresión del tabaco, comenzando su administración 15 días antes de la fecha establecida para dejar de fumar.

Valoraciones previas al tratamiento

Además del consumo diario y tiempo fumado, preguntas básicas que debe incluir todo interrogatorio médico, cuando nos planteamos ayudar a un paciente a dejar de fumar, conviene conocer algunos datos más referidos a intentos previos de abstinencia, duración de ésta en cada uno de ellos, método utilizado para dejar de fumar, consumo de otras drogas y coincidencia con tratamiento psiquiátrico o psicológico, así como interrogatorio general dirigido a detectar problemas relacionados con el tabaquismo. Estos datos nos informarán, en primer lugar, de si se trata de un fumador consonante (no desea o no se ha planteado seriamente dejar de fumar) o disonante (en caso contrario) y además del grado de motivación (un número de intentos para dejar de fumar inferior a tres indica baja motivación). Se considera intento serio aquel durante el cual se ha mantenido la abstinencia al menos durante 24 horas, sin que coincidan otros motivos (estar enfermo, haber hecho una apuesta o una promesa, etc.) sino la sola intención de querer retirarse del tabaco. El test de Fagerström¹⁶ es una valoración sencilla y muy útil que permite cuantificar la dependencia según la puntuación dada a cada una de sus respuestas, por lo que debe considerarse un interrogatorio imprescindible.

Cualquiera de las medidas de los productos derivados de la combustión del cigarrillo en el organismo, como el CO en aire espirado o de carboxihemoglobina en sangre, como las de concentración de metabolitos de nicotina en orina, saliva o sangre, aunque no son imprescindibles, resultan de suma utilidad por varios motivos:

1. Nos informan del nivel de absorción del humo del cigarrillo, lo que supone una valoración del consumo de nicotina, mucho más precisa que el número de cigarrillos consumidos.

2. Nos permiten valorar de manera objetiva la abstinencia del sujeto durante el seguimiento.

3. Aportan un componente de *feed-back* que estimula la motivación, al comprobar cómo disminuyen dichas valoraciones cuando deja de fumar (fig. 4).

Otras exploraciones básicas como espirometría, control de tensión arterial, determinación de colesterol y subfracciones o ECG, tampoco imprescindibles, resultan útiles al permitir detectar precozmente patología tabáquica, en cuyo caso suponen un elemento de motivación destacado.



Aspectos prácticos del tratamiento

En este apartado se comentará la sistemática cotidiana que seguimos en la unidad de TET del Instituto de Salud Carlos III. Actualmente hemos abandonado la terapia individual por exigir una mayor dedicación con inferiores resultados, por lo que el planteamiento referido a continuación, si bien puede aplicarse con pequeñas variaciones de manera individualizada, se realiza en el entorno de la terapia grupal.

La primera medida antes de iniciar un TET es seleccionar aquellos sujetos en los que realmente está indicado y que tienen una motivación suficiente. No toda persona que solicita un tratamiento para dejar de fumar está realmente motivada y ha completado el proceso que le llevará a un intento serio y meditado (fig. 2). Existen cuestionarios para evaluar la motivación pero no están suficientemente contrastados. El hecho de entregar al interesado un mínimo cuestionario sobre su hábito, junto con un registro de cigarrillos para que lo recoja durante un día y lo remita por correo a la unidad, nos permitirá establecer un filtro para eliminar aquellos sujetos con baja motivación y que se han acercado más por curiosidad que por deseo real de dejar de fumar¹⁷. El establecer una lista de espera cumple idéntica función y resulta más sencillo.

Una vez superado este filtro y realizada la anamnesis y las exploraciones antes comentadas, estaremos en condiciones de catalogar el tipo de fumador, así como el grado de motivación y dependencia, los cuales condicionarán su proceso de retirada del tabaco. Así mismo, podremos establecer la dosis de nicotina a emplear y la vía de administración.

La supresión brusca del tabaco es más eficaz que el abandono gradual, por lo que concluido el examen inicial, se establece una fecha para dejar de fumar, no de forma inmediata, sino tras un período de 7 a 10 días, período de desvanecimiento de la dependencia al tabaco o de preparación, durante el cual se realiza el registro de cigarrillos y se confecciona la lista de motivos para dejar de fumar, iniciando un programa de ejercicio y anunciando la intención de dejar de fumar según se ha comentado anteriormente. La práctica de ensayos de abstinencia, no llevando tabaco, estableciendo zonas libres de tabaco en casa o en el trabajo y retrasando o evitando aquellos cigarrillos que son más deseados, como el de después de comer, al levantarse, etc., se enmarca dentro de las técnicas de autocontrol y al igual que el registro de cigarrillos, ofrece un entrenamiento de autodisciplina eficaz para el período de preparación, en el cual podrían tener cabida también alguno de los métodos aversivos o de reducción de la ingesta de nicotina.

El día antes de dejar de fumar se realiza la primera reunión del grupo. En esta sesión se explica cómo se realizará el tratamiento, dinámica de las sesiones, toma de medidas base de CO, recogida del registro de cigarrillos y lista de motivos. La presentación de los miembros del grupo y terapeutas servirá como ensayo de lo que será una sesión de grupo. La información sobre la dependencia y los síntomas de abstinencia:

características, motivos, temporalidad, duración, etc., es otro de los contenidos de esta sesión.

Así mismo, debemos asegurarnos que se hayan cumplido las indicaciones dadas para el período de preparación, de manera que el resto del día se tome como un período de meditación recordando a las personas con quien se convive la próxima retirada del tabaco, revisando la lista de motivos y el registro de cigarrillos para identificar las situaciones difíciles y planificando la estrategia a seguir para evitarlas cuando aparezcan. Puede resultar útil aumentar de manera destacada el consumo de cigarrillos, especialmente en las últimas horas de vigilia, de manera que basándonos en los fundamentos teóricos de la terapéutica aversiva, provoquemos un sentido de saciedad y repulsión, que facilitará la abstinencia durante las primeras horas de la mañana del día siguiente. Antes de ir a dormir se retirarán del domicilio y lugar de trabajo los utensilios relacionados con la conducta de fumar.

En esta sesión y de forma reiterativa en las siguientes, debe dejarse suficientemente explícito que la reducción del consumo, por drástica que pudiera parecer, tan sólo conduce a prolongar el esfuerzo de evitar algunos cigarrillos, manteniendo la dependencia, al menos en su vertiente psicológica. El resultado de esta práctica suele terminar volviendo al consumo habitual transcurridos varios meses.

El tratamiento intensivo consta de 5 sesiones, dos la primera semana y una semanal hasta completar un mes, con otras 4 sesiones de seguimiento a los 2, 3, 6 y 12 meses. En todas se realiza medida del CO, peso, e intensidad de los síntomas de abstinencia, así como recogida de información sobre el consumo de tabaco y nicotina. El resultado de la medida de CO se representa gráficamente estableciendo la media del grupo para cada día (fig. 4). Al final de todas las sesiones cada persona se debe comprometer públicamente con el resto del grupo a no fumar hasta la próxima reunión.

La segunda sesión se realiza 24 horas después de la fecha establecida para dejar de fumar. En ella se discuten las experiencias de los componentes del grupo, revisando los síntomas de abstinencia, las dificultades encontradas y estrategia para superarlas por cada uno de ellos. El grupo deberá analizar las no abstinencias, sus motivos y elaborar un plan para evitarlas, en el cual se procurará que se revise el conjunto de motivos de todo el grupo para dejar de fumar.

La información ofertada en esta sesión se centra en técnicas de autocontrol para prevenir (tabla III) y superar las ganas de fumar: relajación, sustitución del fumar por nuevos o perdidos hobbies o mediante el control de estímulos fomentando la planificación previa de la actitud a seguir en las situaciones de mayor riesgo detectadas por el registro de cigarrillos (tabla IV), así como el intercambio de estrategias entre los componentes del grupo.

La tercera sesión tiene lugar a los 5 días de haber suprimido el tabaco. En ella, junto con la misma sistemática que en la anterior, se procurará que el grupo analice las ventajas que empieza a encontrar al dejar de fumar (gusto, olfato, tolerancia al esfuerzo,

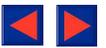


TABLA III
Recomendaciones para los primeros días de abstinencia

Retirar el tabaco y los objetos relacionados (ceniceros, encendedores, etc.)
Evitar los lugares frecuentados por fumadores
Evitar el alcohol
Evitar una excesiva ocupación
Efectuar una limpieza de boca
Llevar la ropa al tinte para suprimir el olor a tabaco
Practicar un ejercicio sencillo (caminar, subir escaleras, *footing*, etc.)
Ejercitar el olfato

TABLA IV
Pauta a seguir cuando las ganas de fumar son irresistibles

1. Analizar las circunstancias y motivos que las inducen
2. Esperar de 3 a 5 minutos controlados por reloj antes de encender el cigarrillo y entre tanto
Degustar un sustituto del tabaco: caramelos o chicle sin azúcar, fruta, zumo, canela en rama, regaliz, enjuague dental, cepillado de dientes, etc.
Mantener las manos ocupadas
Realice actividades que hagan difícil fumar
Realice técnicas de relajación
3. Tras las comidas, levántese inmediatamente de la mesa, lave sus dientes y realice alguna actividad que le mantenga las manos ocupadas y la mente distraída
4. En los momentos de relax, cambie su actitud, no se sienta en el "sillón favorito", sustituya su lectura habitual por otra actividad relajante (hablar, hacer puzzles, etc.)

TABLA V
Motivos que suelen inducir a la recaída

Bajo nivel de autoconfianza
Conflictos interpersonales
Elevado nivel de estrés y escasa habilidad para combatirlo
Pérdida de apoyo del entorno social
Elevada dependencia a la nicotina
Haber efectuado una simple reducción del consumo o cambio de hábitos en lugar de supresión absoluta

TABLA VI
Elementos de ayuda para vencer las recaídas

No fumar ni siquiera un cigarrillo, aunque se esté seguro de que será el único
Seguir las recomendaciones para cuando las ganas de fumar son irresistibles
Si se ha fumado este cigarrillo, identificar el desencadenante y diseñar una estrategia para evitar esta situación en el futuro
Evitar el sentimiento de frustración (perder una batalla no implica perder la guerra)
Dejar de fumar de nuevo e inmediatamente
Buscar el apoyo del entorno social (familia, amigos, compañeros, etc.)

tos, etc.) y se procurará limitar los sustitutivos del cigarrillo a aquellos con baja ingesta calórica (agua, zumos, fruta, canela en rama, regaliz, cepillado de dientes, enjuague bucal, etc.).

La cuarta sesión, a los 15 días de la supresión, tiene, junto con los mismos componentes comentados hasta aquí, una parte importante dirigida a la información de los efectos nocivos del tabaco. Puesto que es habitual que alguno de los componentes del grupo haya fumado algún cigarrillo o simplemente haya reducido de manera importante su consumo, en la dinámica del grupo se procurará que se enfatice el hecho de que seguir fumando es tirar todo el esfuerzo realizado hasta aquí y que el hecho de reducir, aunque sea drásticamente, el consumo supone alargar el esfuerzo para evitar fumar una serie de cigarrillos. En este punto, habrá sujetos que manifiesten no tener tantos y tan intensos deseos de fumar como al principio y su experiencia servirá para este fin.

Las recaídas constituyen una eventualidad de la que debe alertarse al paciente desde el primer momento, procurando que asuma la idea de que fumar un cigarrillo aislado o dar "una calada" son siempre el modo de comienzo de una recaída. Si existen deben ser cuidadosamente analizadas en sus motivos (tabla V) y en la forma de evitarlas (tabla VI) sin generar situaciones de frustración. Se debe recordar que dejar de fumar es un proceso de aprendizaje y al igual que cuando aprendemos a montar en bicicleta nos caemos, el fumar un cigarrillo aislado no implica haber fracasado en el intento. En el caso de los sujetos que no hayan dejado de fumar en ningún momento hasta ahora, han de entender que de no hacerlo ya, se descolgarán del grupo y no les serán útiles las sesiones.

En la quinta reunión, y siempre con el planteamiento general de análisis de las experiencias en cuanto a dificultad, síntomas de abstinencia, estrategias para los momentos difíciles, etc., se debe insistir en las recaídas y adiestrar para el control de la ingesta calórica en personas que hayan ganado peso, recordando la reducción de la dosis de nicotina para el siguiente mes.

A partir de aquí, el seguimiento mantiene una sistemática similar, girando en torno a los puntos antes mencionados. Se ha de insistir más en el control calórico de la ingesta y tener en cuenta la reducción de nicotina en la sexta y su supresión a partir de la séptima sesión.

Contraindicaciones del TET y actitud ante los fracasos

La adicción a otras sustancias y la existencia de problemas psiquiátricos o psicológicos graves constituyen las únicas contraindicaciones. Los primeros difícilmente romperán con una adicción socialmente admitida como es el tabaco. En el caso de los sujetos con tratamiento psiquiátrico se han descrito desestabilizaciones de su proceso de base.

En los fracasos al TET no se recomienda volver a iniciarlo hasta transcurrido un año, si bien la rentabilidad es muy baja (6% al cabo de un año) especialmente en los sujetos tratados previamente con nicotina¹⁸.



3. Lichenstein E, Danaher BG. Modification of smoking behavior: A critical analysis of theory, research and practice. En: Herse M, Eisler RM, Miller PM, editores. *Progress in behavior modification*. Nueva York: Academic Press, 1976; 79-132.
4. Raw M, Russell MAH. Rapid smoking, cue exposure and support in the modification of smoking. *Behav Res Ther* 1980; 18: 363-372.
5. Schwartz JL. Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada, 1978-1985. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services, 1987.
6. McFall RM. Effects of self monitoring on normal smoking behavior. *J Consult Clin Psychol* 1970; 35: 135-141.
7. Foxx RM, Brown RA. Nicotine fading and self-monitoring for cigarette abstinence or controlled smoking. *J Appl Behav Anal* 1979; 12: 115-125.
8. Becoña E. La técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán: una revisión. *Rev Esp Drogodep* 1992; 17: 75-92.
9. Salvador T, Marín D, González-Quintana J, Iniesta C, Castellví E, Muriana C et al. Tratamiento del tabaquismo: eficacia de la utilización del chicle de nicotina. Estudio doble ciego. *Med Clin (Barc)* 1988; 90: 646-650.
10. Silagy C, Mant D, Fowler G, Londge M. Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *Lancet* 343: 139-142.
11. Abelin T, Buehler A, Müller P, Vesanen K, Imhof PR. Controlled trial of transdermal nicotine patch in tobacco withdrawal. *Lancet* 1989; 1: 7-9.
12. Tonnesen P, Noregaard J, Simonsen K, Säwe U. A double-blind trial of a 16-hour transdermal nicotine patch in smoking cessation. *N Engl J Med* 1991; 325: 311-315.
13. Monsó E, Rosell A, Pujol E, Ruiz J, Fabregat A, Morera J. Intervención mínima sobre tabaquismo en la consulta de neumología extrahospitalaria. *Arch Bronconeumol* 1994; 30: 12-15.
14. Fagerström KO, Schneider NG, Lunell E. Effectiveness of nicotine patch and nicotine gum as individual versus combined treatment for tobacco withdrawal symptoms. *Psychopharmacology* 1993; 111: 271-277.
15. Glassman AH, Covey LS, Dalack GW, Stetner F, Rivelli SK et al. Smoking cessation, clonidine, and vulnerability to nicotine among dependent smokers. *Clin Pharmacol Ther* 1993; 54: 670-679.
16. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance Questionnaire. *Brit J Addict* 1991; 86: 1.119-1.127.
17. Hajek P. Withdrawal-oriented therapy for smokers. *Brit J Addict* 1989; 84: 591-598.
18. Tonnesen P, Noregaard J, Säwe U, Simonsen K. Recycling with nicotine patches in smoking cessation. *Addiction* 1993; 88: 533-539.