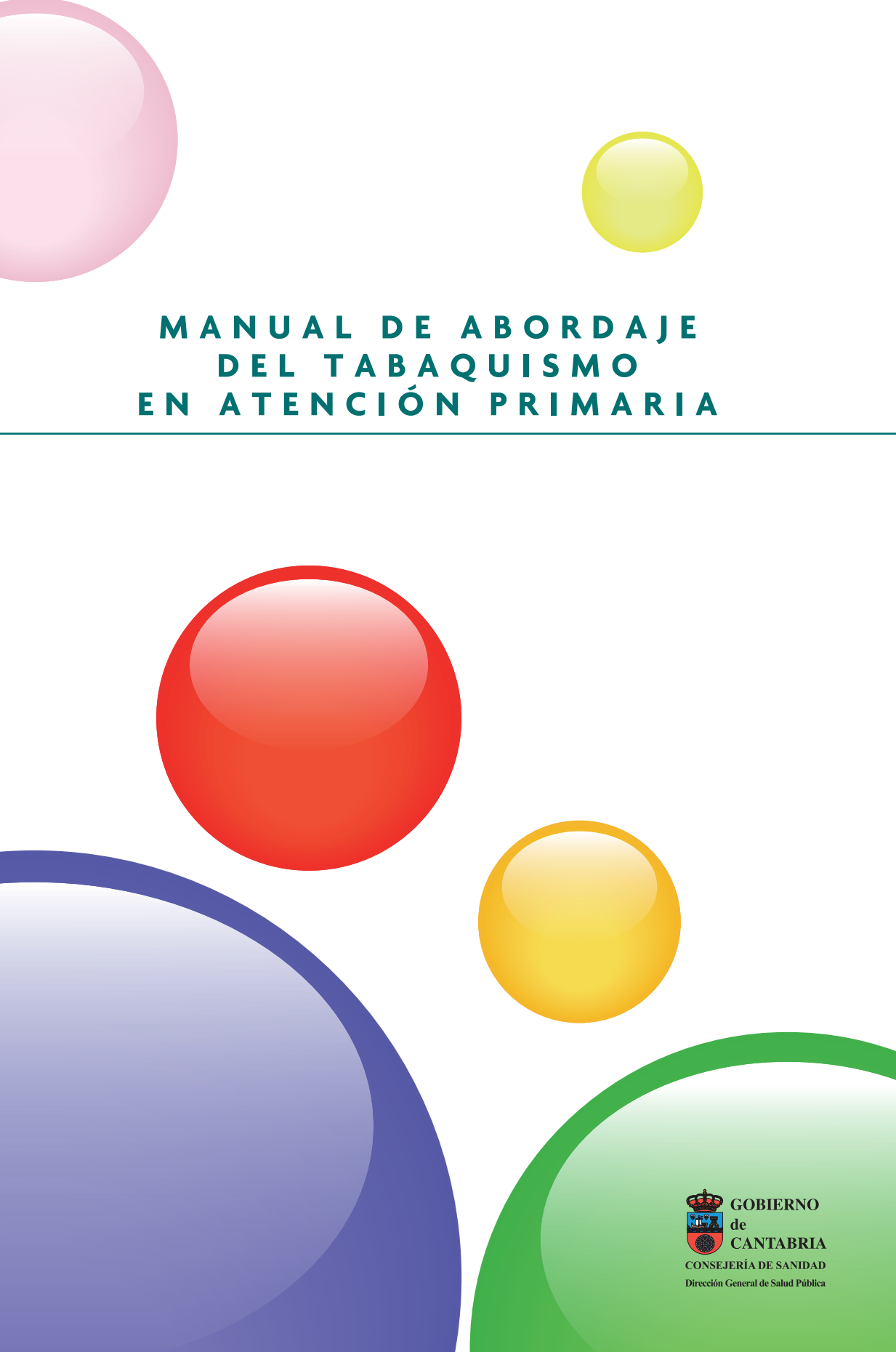




MANUAL DE ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Manual de Abordaje del Tabaquismo en Atención Primaria

Edita:

Dirección de General de Salud Pública
Consejería de Sanidad
Gobierno de Cantabria

ISBN:

978 - 84 - 693 - 8515 - 9

Depósito Legal:

SA - 981 - 2010

Imprime:

Gráficas Copisán

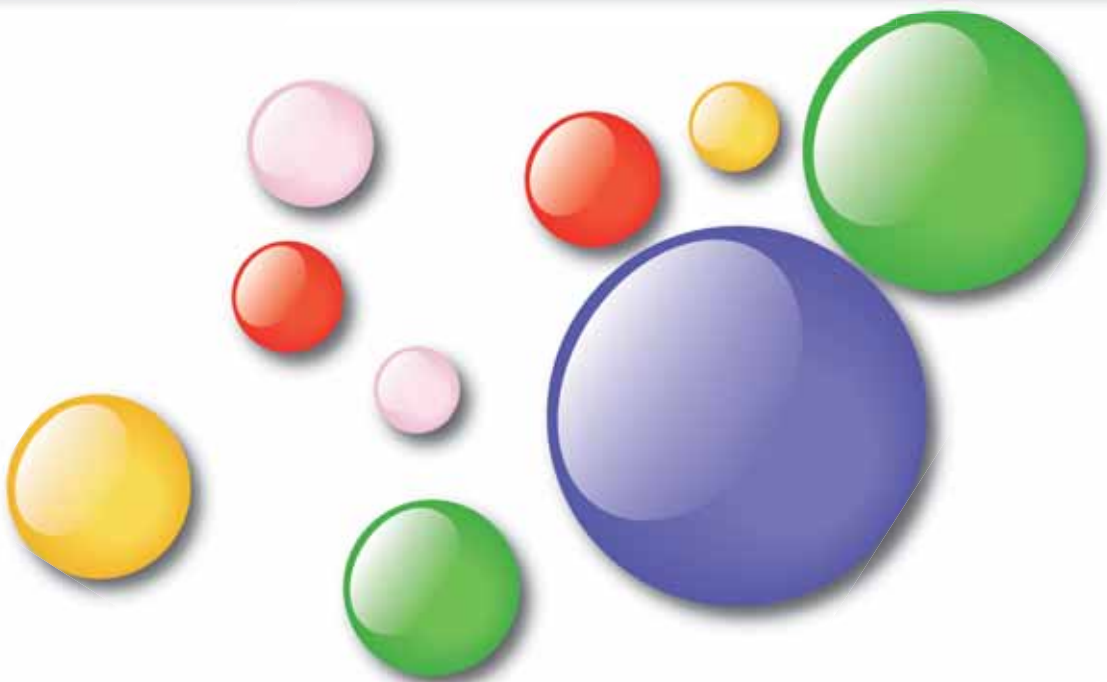
INDICE

1. JUSTIFICACIÓN	7
2. CONCEPTOS ÚTILES	15
3. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN: INTERVENCIÓN DE LAS 5 AES	25
3.1. Averiguar y registrar	28
3.2. Aconsejar	29
3.3. Apreciar la disposición para dejar de fumar: abordaje según fase	31
3.4. Ayudar a dejar de fumar: plan de tratamiento	35
3.5. Acordar un plan de seguimiento	48
4. HERRAMIENTAS PSICOLÓGICAS	57
4.1. Técnicas psicológicas	59
4.2. Intervenciones motivacionales	65
4.3. Prevención de recaídas	75
5. HERRAMIENTAS FARMACOLÓGICAS	81
5.1. Medicaciones de primera línea	83
5.2. Terapia combinada	95
5.3. Terapia a largo plazo	96
5.4. Situaciones especiales	97
5.5. Otras herramientas farmacológicas	99
6. ABORDAJES ESPECÍFICOS	105
6.1. Abordaje en grupo	107
6.2. Abordaje en pediatría	114

6.3. Abordaje de la mujer fumadora	119
6.4. Abordaje en personas con patología psiquiátrica	127
7. UNIDAD ESPECIALIZADA	133
7.1. Criterios de derivar.	135
7.2. Modo de derivar.	137
8. ANEXOS:	139
8.1. Algunos motivos para dejar de fumar.	141
8.2. Beneficios de dejar de fumar.	143
8.3. Riesgos para la salud asociados al consumo de tabaco.	147
8.4. Riesgos para la salud asociados a la exposición al humo ambiental de tabaco.	153
8.5. Empleo del cooxímetro.	155
8.6. Tratamiento farmacológico. Precio de los preparados comerciales disponibles (julio 2010).	159
8.7. Material de apoyo para pacientes: "Aprendiendo a Vivir Sin Tabaco".	161
9. RELACIÓN DE AUTORES Y COLABORADORES	241



1. JUSTIFICACIÓN





Aunque las muertes que provoca el tabaco raramente son titulares de los medios de comunicación, hoy sabemos que el consumo de tabaco mata en el mundo a cinco millones de personas cada año y que si no hacemos nada en el año 2030 alcanzarán los ocho millones. En España se producen alrededor de 54.000 muertes al año atribuibles al consumo de tabaco, de las que 850 tienen lugar en Cantabria.

Otra consecuencia del consumo de tabaco es la morbimortalidad causada por la exposición al humo ambiental de tabaco (HAT), también llamada tabaquismo involuntario o pasivo. Así, el tabaquismo pasivo se ha convertido en España en la tercera causa de muerte evitable, siendo responsable del fallecimiento de 5.000 personas cada año, de las que 240 son niños y niñas.

Actualmente mueren por causa del tabaco más hombres que mujeres, aunque estudios recientes refieren un descenso en la mortalidad atribuible al tabaco de los varones debido a que éstos han reducido su consumo en las últimas décadas. Este indicador, sin embargo, está sufriendo un ascenso continuo en las mujeres como resultado del incremento del número de fumadoras.

Por tanto, en la actualidad no cabe ninguna duda de que el consumo de tabaco, así como la exposición al HAT, es causa de enfermedad y muerte.

Como personal sanitario, tenemos la obligación de preguntarnos “qué podemos hacer” para mejorar esta situación, teniendo en cuenta que el tabaco es la primera causa aislada de mortalidad prevenible.

Según el informe que publicó la OMS en 2008 (*The MPOWER package*), sobre las medidas que han mostrado capacidad y eficacia para reducir la prevalencia y la mortalidad del tabaquismo en las próximas décadas, el **Ofrecer ayuda para dejar de fumar** es una de las medidas más eficaces para disminuir la mortalidad.

Si estudiamos cuántas personas fumadoras existen en nuestro país y en nuestra Comunidad, vemos que según la *Encuesta Nacional de Salud (2006)* el 29,5% de la población española mayor de 16 años es fuma-





dora y que en Cantabria este dato asciende hasta el 33,9%, situándose como una de las Comunidades Autónomas con una prevalencia de consumo más alta.

Teniendo en cuenta que Atención Primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario de la mayoría de la población y que por sus consultas pasa a lo largo de un año el 75% de ella y en un periodo de 5 años el 95%, sus profesionales sanitarios se encuentran en una situación estratégica para poder desarrollar diferentes intervenciones sobre el tabaquismo.

Por un lado, sirviendo de referencia en cuestiones sanitarias ya que sus recomendaciones son muy tenidas en cuenta por la población; por otro, participando en tareas de educación para la salud y sirviendo de apoyo a las personas fumadoras para que dejen de fumar, antes o después de que se produzcan enfermedades relacionadas con el consumo; y, por último, no se puede olvidar el papel modélico del personal sanitario como transmisor de estilos de vida saludables.

Los estudios de coste-efectividad e impacto económico del tratamiento del tabaquismo muestran que el abordaje más coste-efectivo de éste es el llevado a cabo desde Atención Primaria y que esta intervención es considerada más eficiente que otras intervenciones preventivas y asistenciales ampliamente instauradas, como la detección y manejo clínico de la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial, o actividades preventivas de screening como la mamografía periódica o la citología (Fiore y col., 2008). Según el estudio realizado por Cummings y colaboradores en 1989, por año de vida ganado, el tratamiento del tabaquismo cuesta quince veces menos que el de la hipertensión arterial y cien veces menos que el de la hipercolesterolemia.

A pesar de estas evidencias, la realidad es que en las consultas de Atención Primaria no se aborda el tabaquismo de forma sistemática. Los motivos son diversos, pero hay dos que se repiten con frecuencia: la falta de tiempo y el que las intervenciones se consideren poco efectivas.

Respecto a la falta de tiempo, decir que si bien es cierto que la presión asistencial es elevada en las consultas de Atención Primaria, debemos aprovechar que los y las pacientes suelen acudir al centro de salud varias veces a lo largo del año, dando la oportunidad a distintos profesionales de actuar sobre el consumo de tabaco en alguna de estas visitas.

Además, a este respecto no hay que olvidar que intervenciones de ape-



nas tres minutos en tabaquismo son efectivas, teniendo en cuenta que la recomendación de profesionales de la medicina es la condición más influyente para plantearse dejar de fumar. El 70,6% de la población fumadora manifestó que lo “intentaría seguro” si se produjera esta recomendación, según la *Encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas en relación al consumo de tabaco* realizada en España en el año 2008.

Las investigaciones desarrolladas a lo largo de los últimos años nos permiten estimar que si la totalidad de profesionales de la medicina realiza consejo sistemático protocolizado en las consultas de Atención Primaria se podría conseguir que, cada año, entre un 8,5% y un 12% de las personas fumadoras dejaran de fumar (Fiore, 2008).

Igualmente, se ha comprobado que el tratamiento realizado por diferentes profesionales incrementa los índices de abstinencia. En Atención Primaria trabajan diferentes profesionales (médicos/as, pediatras, enfermeras/os, auxiliares, matronas/es, dentistas, fisioterapeutas...), lo que también favorece la captación de la persona fumadora y la intervención sanitaria sobre la misma. Cuantos más profesionales sanitarios den consejo a las personas fumadoras, más eficaces serán dichos consejos y más personas intentarán dejar de fumar (Fiore, 2008). Por lo tanto, cada profesional sanitario debe ofrecer consejo para dejar de fumar.

El Servicio Cántabro de Salud ha incluido el abordaje del tabaquismo en su Cartera de Servicios de Atención Primaria en el año 2005, definiendo un *Servicio de Atención al fumador* y otro de *Deshabitación tabáquica*, anticipándose al Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. En esta se recomienda la atención a la persona fumadora y el apoyo a la deshabituación de tabaco e incluye la valoración de la persona fumadora, la información sobre riesgos, el consejo de abandono y el apoyo sanitario y, en su caso, la intervención con ayuda conductual individualizada.

Valorando, por tanto, que los profesionales sanitarios de Atención Primaria están en una posición privilegiada para intentar que la persona fumadora que acude a sus consultas deje de fumar, la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria ha promovido la elaboración de este Manual, como una herramienta de apoyo en el abordaje del tabaquismo en este nivel de atención.

En este Manual se describe cómo llevar a cabo el proceso de deshabituación tabáquica, tanto individual como en grupo; se exponen las di-



ferentes herramientas farmacológicas y psicológicas a utilizar, se detallan las consecuencias tanto del consumo como de la exposición al HAT o las particularidades del tratamiento del tabaquismo en la mujer y en menores. Asimismo se aporta un protocolo detallado para el desarrollo del tratamiento, con el objetivo de acercar a todo el personal sanitario los conocimientos necesarios para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar.

¿Por qué intervenir en tabaquismo en Atención Primaria?

- Porque es necesario actuar frente a una causa demostrada de enfermedad y muerte.
- Porque respirar HAT no solamente molesta, también perjudica.
- Porque cuanto más elevada sea la edad de inicio en el consumo de tabaco menos personas dependientes habrá.
- Porque dejar de fumar es la medida que más disminuye la mortalidad a corto y medio plazo.
- Porque el impacto de la intervención en la mejora de la salud y calidad de vida de quienes dejan de fumar es muy elevado. Es invertir en la salud de nuestros y nuestras pacientes.
- Porque la no existencia de síntomas asociados al consumo no justifica el que no se realice una intervención asistencial sistemática dirigida a todas las personas que fuman.
- Porque es nuestra responsabilidad y nuestra obligación.
- Porque es posible.

Bibliografía

Cartera de Servicios de Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud 2007.

Cummings SR et al. JAMA 1989; 261: 75-79.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline.

MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Organización Mundial de la Salud 2008.



Peto R, Lopez AD (2004). The future worldwide health effects of current smoking patterns. In P Boyle, N Gray, J Henningfield, J Seffrin and W Zatonski (Ed.), Tobacco and Public Health: Science and Policy (pp. 281-286) United States: Oxford University Press.

Plan de Prevención y Control del Tabaquismo de Cantabria. Gobierno de Cantabria 2009.

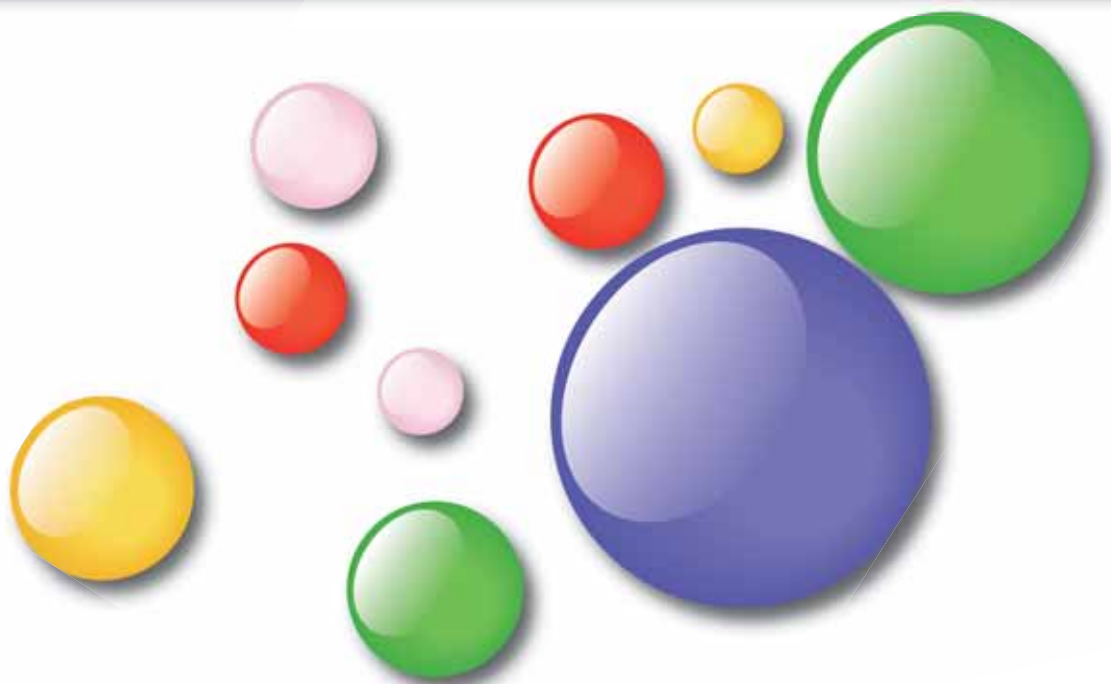
Ramos JM, Serrano A, López MJ. Abordaje del Tabaquismo en Atención Primaria. IN-SALUD 1999.

Tabaco y asistencia a fumadores. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo 2003.





2. CONCEPTOS Útiles





A continuación se describen una serie de conceptos importantes para comprender la adicción tabáquica y para desarrollar su abordaje:

AMBIVALENCIA: Definida por Bleuler como un estado en el que la persona experimenta sentimientos contradictorios, la existencia simultánea de ideas, actitudes o impulsos opuestos. Toda persona fumadora, a lo largo del proceso de abandono del tabaco, experimenta momentos en los que quiere dejar de fumar y otros en los que desea continuar fumando y encuentra motivos para argumentar las dos posturas. La ambivalencia puede aparecer en cualquier momento, aunque es característica de la fase de contemplación.

AUTOEFICACIA: Según Bandura, es la confianza que tiene una persona en su capacidad para hacer las actividades que se propone. El concepto no hace referencia a los recursos de que se dispone, sino a la valoración personal sobre lo que se puede hacer con ellos. Sentirse capaz de dejar de fumar hace más probable un intento de dejarlo y hace que quien lo intenta tenga pensamientos y conductas más orientados al éxito que quien se cree incapaz.

AUTOMATISMO: Es la ejecución mecánica de actos sin participación de la conciencia (RAE, 2001). Es fundamental tener en cuenta este fenómeno en la deshabituación tabáquica ya que el consumo de cigarrillos se ha repetido tantas veces en las mismas circunstancias que la persona fuma “sin conciencia” de estar haciéndolo. Es muy común que se enciendan los cigarrillos sin darse cuenta, por lo que los primeros días sin fumar es de vital importancia que no se tenga tabaco cerca, para evitar fumar algún cigarrillo “sin querer”.

CRAVING (“sincio”): Es la “necesidad irresistible” de consumir una sustancia determinada. Tiene gran influencia en el mantenimiento de las conductas adictivas, siendo responsable del uso compulsivo de la sustancia, de las dificultades asociadas a la abstinencia y del alto nivel de recaídas existente en cualquier tipo de tratamiento de adicciones.

Es importante diferenciar el concepto de craving del de síndrome de abstinencia ya que el primero aparece pronto tras la abstinencia y



puede mantenerse durante un largo período de tiempo mientras que el segundo tiene una duración más limitada. Además, existen datos que muestran que el síndrome de abstinencia es producido únicamente por la abstinencia, mientras que el craving también puede ser producido por estímulos relacionados con la sustancia y por estados emocionales (Drummond, Tiffany, Glautier y Remington, 1995).

DEPENDENCIA: Conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que una persona tiene un control inadecuado en el uso de una sustancia y que repite su uso a pesar de las consecuencias adversas (Koob y Bloom, 1988).

La dependencia al tabaco es una enfermedad incluida tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10, como en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM-IV-TR (Figura 1).

La mayor parte de las personas fumadoras son dependientes del tabaco. La realidad es que además de la nicotina existen procesos de aprendizaje que condicionan la conducta de fumar de tal forma que la persona no es libre para decidir si fuma o no.

El deseo de consumir suele ser habitualmente desencadenado por la presencia de estímulos, originalmente neutros, que al presentarse en repetidas ocasiones junto con la sustancia se asocian al consumo. Estos estímulos pueden ser externos (descolgar el teléfono, esperar el autobús, leer el periódico) o internos (sentirse triste, tener hambre, enfadarse) y no están relacionados con las propiedades farmacológicas de la sustancia.

Además, gracias al poder reforzador de la nicotina, las consecuencias que aparecen tras el consumo de tabaco aumentan la probabilidad de que este se repita: refuerzos positivos (placer, relajación, concentración) y refuerzos negativos (control de peso o reducción de los síntomas de abstinencia).

Los estímulos, la conducta de fumar y el reforzamiento de la nicotina se asocian muchas veces cada día desde que se inicia el consumo de tabaco, lo que provoca que queden fuertemente asociados.

En conclusión, los efectos biológicos aislados de la nicotina no son suficientes para generar dependencia: las características de la persona y del entorno juegan un papel fundamental.



Figura 1. **CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA DE NICOTINA. DSM-IV-TR. F17.2X (305.10)**

CRITERIOS PARA LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
 - b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los Criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
 - b) se toma la misma sustancia (o una parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

DESHABITUACIÓN TABÁQUICA: Al igual que el inicio del consumo de tabaco es un proceso, también lo es dejar de fumar. La deshabituación tabáquica es el proceso de aprender a vivir sin tabaco. Requiere tiempo y esfuerzo, no se puede dejar de fumar en una hora y tampoco se puede hacer simplemente tomando una pastilla. No se trata exclusivamente de “olvidarse” de la nicotina, el cerebro de quien fuma tiene que romper una serie de asociaciones establecidas



y reforzadas durante mucho tiempo. Para aprender a vivir sin tabaco la clave está en la práctica y el entrenamiento.

DROGA: Según la Organización Mundial de la Salud, es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, puede alterar de algún modo el sistema nervioso central y es además susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

EX FUMADOR/A: Aquella persona que habiendo sido fumadora lleva, al menos, 1 año sin fumar.

FUMADOR/A: Según la mayoría de las guías clínicas, es la persona que responde afirmativamente a la pregunta “¿usted fuma?”.

FUMADOR/A PASIVO O INVOLUNTARIO: Aquella persona que respira humo ambiental de tabaco (HAT).

SÍNDROME DE ABSTINENCIA: Conjunto de síntomas y signos que aparecen en una persona dependiente de una sustancia psicoactiva cuando deja bruscamente de consumirla o cuando la cantidad consumida es insuficiente.

Figura 2. **CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ABSTINENCIA DE NICOTINA. DSM-IV-TR. F17.3 (292.0)**

- A. Consumo de nicotina durante al menos algunas semanas
- B. Interrupción brusca o disminución de la cantidad de nicotina consumida, seguida a las 24 horas por cuatro (o más) de los siguientes signos:
 - 1. estado de ánimo disfórico o depresivo
 - 2. insomnio
 - 3. irritabilidad, frustración o ira
 - 4. ansiedad
 - 5. dificultades de concentración
 - 6. inquietud
 - 7. disminución de la frecuencia cardíaca
 - 8. aumento del apetito o del peso
- C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo
- D. Los síntomas del Criterio B no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental



El síndrome de abstinencia de nicotina está descrito tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10, como en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM-IV-TR (Figura 2).

TABACO: Producto procedente de una planta tropical del género de las solanáceas llamada *Nicotiana Tabacum*, con alto contenido en un alcaloide, **nicotina**, que tiene efectos cardiovasculares y sobre el sistema nervioso y es, además, responsable de la dependencia que genera el tabaco. En nuestro país, la forma más extendida de consumo de tabaco es el cigarrillo, que fumado origina un humo que contiene más de 4.000 sustancias, la mayor parte de ellas perjudiciales para la salud. La Agencia Internacional para la Investigación contra el Cáncer ha demostrado que al menos 40 de estas sustancias son carcinógenos.

TABAQUISMO: Enfermedad adictiva crónica producida por el consumo de tabaco. Es la primera causa aislada de mortalidad prevenible, ocupa el cuarto lugar como factor de riesgo de enfermedad y está presente en 6 de las 8 principales causas de mortalidad en el mundo (cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, infecciones de las vías respiratorias inferiores, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), tuberculosis y ciertos tipos de cáncer). En Cantabria, se le atribuyen al año 850 muertes lo que supone que cada día mueren 2 personas por el consumo de tabaco.

TABAQUISMO PASIVO O INVOLUNTARIO: Exposición involuntaria al humo ambiental de tabaco (HAT). El HAT es una mezcla del humo exhalado por las personas que fuman y del humo proveniente directamente de la combustión del tabaco. Este humo contiene gases venenosos, metales tóxicos y químicos que provocan cáncer, no existiendo un umbral seguro de exposición. Respirar HAT es causa de enfermedad y muerte prematura tanto en niños y niñas como en personas adultas. Es la tercera causa de muerte evitable en nuestro país.

TEORÍA DE LAS ETAPAS DE CAMBIO: Modelo teórico descrito por como un hecho puntual sino como un proceso dinámico que pasa por una serie de etapas. Este modelo ubica a cada persona en un estadio diferente dependiendo de la predisposición de la persona hacia el cambio de conducta. Las etapas descritas son las siguientes (Figura 3):

Figura 3. ETAPAS DE CAMBIO



Precontemplación: la persona no quiere dejar de fumar, no ve (o no quiere ver) ningún problema en su conducta, ni las posibles repercusiones sobre su salud. No busca ayuda ni se plantea el abandono del tabaco en los próximos seis meses.

Contemplación: aparece la conciencia de problema y la persona se plantea dejar de fumar en los próximos seis meses. La ambivalencia es característica de esta etapa, en la que quien fuma encuentra motivos para dejar de fumar y para continuar haciéndolo.

Preparación para la acción: existe un interés claro en dejar de fumar, la persona fija una fecha de abandono en los próximos treinta días.

Acción: se ha iniciado el cambio, la persona deja de consumir tabaco.

Mantenimiento (abstinencia): la persona lleva seis meses sin fumar.

Recaída: es la vuelta al nivel de consumo previo a la cesación. Es una fase más del proceso de dejar de fumar y no supone un fracaso ni del profesional ni del paciente, ha de verse como una oportunidad para aprender sobre situaciones de riesgo y posi-



bles afrontamientos. Tras una recaída se puede volver a cualquiera de las fases anteriores.

Se denomina **caída** al consumo puntual de tabaco dentro del proceso de deshabituación.

El objetivo de la intervención es que la persona avance dentro del proceso, teniendo en cuenta que no es necesario pasar por todos los estadios para conseguir dejar de fumar, que se puede avanzar y retroceder dentro del proceso y que la recaída está presente en todo momento. La mayor parte de quienes fuman recorren entre tres y cuatro veces el ciclo de los estadios de cambio para conseguir dejarlo.

TOLERANCIA: Estado de adaptación del organismo caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico. Debido a este mecanismo, la persona necesita aumentar paulatinamente la cantidad de nicotina para conseguir los mismos efectos.

TRATAMIENTO MULTICOMPONENTE: Modalidad de tratamiento que incluye varias técnicas o componentes de intervención. En la actualidad los programas multicomponente son los más utilizados en el tratamiento del tabaquismo, combinando diferentes técnicas cognitivas y conductuales. Este tipo de tratamiento puede llevar asociado el uso de tratamiento farmacológico. Los programas multicomponente tienen tres fases:

Preparación para dejar de fumar, donde el objetivo es trabajar la motivación, fortalecer el compromiso, profundizar en “cómo” fuma cada persona e ir trabajando algunas estrategias para afrontar los primeros días sin fumar.

Abandono del consumo, fase en la que se aplican las técnicas elegidas para dejar de fumar y se produce el cese del consumo de tabaco.

Mantenimiento de la abstinencia, también llamada fase de prevención de recaídas, fase orientada a mantener la abstinencia tabáquica a largo plazo.



Bibliografía

Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Pfizer 2009.

Becoña E. Estadios de cambio en la conducta de fumar: su relevancia en el tratamiento de fumadores. Prevención del tabaquismo 2000; vol. 2 nº 2.

Diccionario de la lengua española 22ª edición. Real Academia Española 2001.

Drummond C., Tiffany S., Glautier S., and Remington R. (eds). Addiction: cue exposure theory and practise. John Wiley and Sons Ltd. 1995. ISBN 0 471 94454 8.

Koob, GF, Bloom FE. Cellular and molecular mechanisms of drug dependence. Science 1988; 242: 715-723.

Márquez FL, Ayesta FJ (eds). Manual de tabaquismo para estudiantes de ciencias de la salud. Junta de Extremadura 2008.

Mataix J, Cabezas C, Lozano J, Camarelles F, Ortega G, et al. Guía para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria 2009.

López MJ et al. Mortality attributable to passive smoking in Spain, 2002. Tobacco Control 2007; 16:373-377.

Otero M, Ayesta FJ. El tabaquismo como trastorno adictivo. Trastornos adictivos 2004;6(2):78-88.

Pereiro C (coord.). Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica. Tabaco. Socidrogalcohol 2008.

A decorative graphic featuring several glossy, 3D-rendered spheres in various colors (blue, green, yellow, red, pink) of different sizes, scattered across the page. A dark teal horizontal band is positioned across the middle, containing the title text.

3. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN: INTERVENCIÓN DE LAS 5 Aes



En este capítulo se desarrolla un protocolo práctico de atención al tabaquismo, con el objetivo de ofrecer a cada profesional de Atención Primaria una metodología sencilla en el abordaje activo de los problemas que genera el tabaco y a trabajar este problema desde diferentes frentes:

- ✓ haciendo prevención del inicio del consumo,
- ✓ dando consejo sistematizado a las personas fumadoras para que dejen de fumar,
- ✓ ofreciendo ayuda y seguimiento en este proceso, e
- ✓ informando a la población sobre los riesgos de la exposición al humo ambiental de tabaco (HAT).

Los y las profesionales de enfermería y de medicina tienen el deber de informar a sus pacientes sobre los riesgos del tabaquismo activo y pasivo, de detectar en sus consultas a todas las personas fumadoras, de dar consejo sistemático a todas ellas, así como de ofrecer tratamiento y seguimiento a quien ha decidido dejar de fumar y ha solicitado su ayuda.

Como hilo conductor del protocolo se emplea, a lo largo de todo el capítulo, la estrategia de intervención que se conoce como de las “5 Aes”. Es una intervención oportunista y basada en la evidencia científica y en la opinión de expertos y expertas en el tratamiento del tabaquismo.

Su objetivo es detectar a toda persona fumadora que acuda por cualquier motivo a la consulta y ofrecerle tratamiento. Este protocolo también permite registrar y aconsejar sobre la exposición al HAT. Además, aunque no quiera dejar de fumar en ese momento, es importante intervenir con el objetivo de que avance en el proceso de cambio (Capítulo 2, pág. 21).



La sencillez del manejo de este tipo de intervención hace fácil integrarla en el día a día de la consulta de Atención Primaria, estructurando la atención en cinco etapas:

1. **Averiguar** (Ask) y registrar.
2. **Aconsejar** (Advise).
3. **Apreciar-Valorar** la disposición para el cambio (Assess).
4. **Ayudar** (Assist).
5. **Acordar** un seguimiento (Arrange).

3.1. Averiguar y registrar

Este primer paso requiere identificar a la persona fumadora y registrarlo en la historia clínica, ya que está demostrado que un sistema de registro protocolizado incrementa la frecuencia de las intervenciones en tabaquismo (Healthcare guideline, 2004). Para ello, a toda persona que acuda a las consultas de Atención Primaria por cualquier motivo se le debe preguntar sobre el consumo de tabaco y la exposición al HAT.

Fumador/a es, según la mayoría de las Guías Clínicas, quien responde afirmativamente a la pregunta “¿usted fuma?”.

Ex fumador/a es la persona que habiendo sido fumadora lleva al menos un año sin fumar.

Fumador/a pasivo/a es aquella persona que respira HAT.

La detección de la persona fumadora debe realizarse desde los 10 años de edad. Hasta los 16 años se preguntará por el consumo de tabaco al menos una vez al año. Esta actividad se puede realizar durante el desarrollo de las actividades preventivas programadas o en las consultas originadas por problemas de salud. A partir de los 18 años esta pregunta debe realizarse cada dos años como mínimo.

Sin embargo, dado que en nuestro medio más del 90% de las personas fumadoras se inician en el tabaquismo antes de los 20 años, no se considera eficiente preguntar de forma sistemática a personas mayores de



25 años que nunca han fumado ni a los que llevan muchos años sin fumar, siempre y cuando este dato esté adecuadamente registrado en la historia clínica (PAPPS, 2009).

También se debe preguntar a todas las personas que no fuman, si están expuestas en lugares cerrados al humo ambiental de tabaco y a las fumadoras si fuman en presencia de otras personas en lugares cerrados.

3.2. Aconsejar

El consejo sobre tabaquismo debe ser universal, dirigido a toda la población, independientemente de que consuma o no tabaco.

A las personas **no fumadoras**, se les felicitará por no haber fumado nunca. En la juventud se debe prevenir el inicio resaltando: la imagen, la independencia y el ahorro económico de quienes no fuman.

A las personas **ex fumadoras**, se les felicitará por la abstinencia y se les animará a continuar sin fumar. Es importante transmitir el mensaje de que una sola calada entraña riesgo de recaída y mostrarse dispuesto a ayudar si es preciso.

A las personas **fumadoras** se les aconsejará el abandono del tabaco en las visitas que realicen al centro de salud por cualquier motivo.

A todas ellas se les debe aconsejar evitar la exposición al HAT y a las personas fumadoras además que no fumen en lugares cerrados en presencia de otras personas.

El consejo sanitario para dejar de fumar consiste en dar información personalizada sobre los beneficios de dejar de fumar, los perjuicios de seguir fumando y ofertar una alternativa de cambio.

Debe dar consejo todo el personal sanitario que forma parte del equipo de Atención Primaria: médicos/as, enfermeros/as, pediatras, matrones y matronas, dentistas, higienistas dentales, fisioterapeutas y auxiliares de enfermería.

El consejo es una de las intervenciones más coste-efectivas que puede realizarse en el abordaje del tabaquismo.



El consejo sanitario para ser eficaz será:

- * **Breve**, tres minutos pueden ser suficientes.
- * **Firme y serio**, recalcando sobre todo los beneficios de dejar de fumar (Anexo 2, pág. 143).
- * **Claro**, haciendo que se valore la relación entre riesgos y beneficios.
- * **Personalizado y oportunista**, adaptándolo a la persona y a las circunstancias que le han llevado a la consulta.
- * **Veraz**, basado en el conocimiento científico.
- * **Positivo**, el mensaje ha de servir de ayuda, no debe ser culpabilizador.
- * **Empático**, reconociendo las dificultades que puede tener la persona fumadora durante el proceso de dejar de fumar.
- * **Respetuoso**, evitando confrontaciones.
- * **Sencillo**, adaptado a las características socio-culturales.
- * **Motivador**, mostrando expectativas de mejora.

El consejo debe ir orientado a señalar más los beneficios de dejar de fumar que los perjuicios de seguir fumando.

A continuación se señalan algunos ejemplos de cómo debe y no debe ser el consejo.



Figura 4.

CÓMO DAR CONSEJO	FRASES INADECUADAS
<i>"Lo mejor que puede hacer por su salud es dejar de fumar"</i>	<i>"Si no deja de fumar no podré hacer nada por usted"</i>
<i>"Fumar cualquier cantidad de cigarrillos comporta un riesgo para su salud"</i>	<i>"Fumar un poco en el embarazo es bueno para que los nervios de la madre no afecten al bebé"</i>
<i>"Sé que es difícil pero debe intentarlo, nosotros podemos ayudarlo"</i>	<i>"Dejar de fumar depende de su fuerza de voluntad"</i>
<i>"Sabe que el tabaco le hace daño ¿ha pensado en lo mucho que mejoraría si lo dejara?"</i>	<i>"Mire lo mal que está otra vez. Tiene que dejarlo como sea"</i>
<i>"Disculpe..., Igual no es el momento más adecuado..., pero debo insistirle en que..."</i>	<i>"Cueste lo que cueste, tiene que dejar de fumar. ¡Como sea!"</i>
<i>"Comprendo lo difícil que le resulta dejar de fumar, pero con nuestra ayuda podrá conseguirlo"</i>	<i>"Usted verá si no deja de fumar. Es su problema"</i>
<i>"Si quiere intentarlo puede contar con nuestra ayuda"</i>	<i>"Lo que tiene que hacer es tirar el tabaco a la basura y olvidarse de él"</i>

3.3. Apreciar la disposición para dejar de fumar: Abordaje según fase

Para intervenir de una forma eficaz, en todas las visitas se debe valorar la disposición que tiene la persona fumadora para dejar de fumar y establecer la etapa de cambio en la que se encuentra, según la teoría de las etapas de cambio de Prochaska y DiClemente (Capítulo 2, pág. 21).

En función del momento en que se encuentre: quiere dejar de fumar, lo está pensando, ya lo ha dejado, etc. la persona fumadora se encontrará en alguna de las siguientes etapas: **Precontemplación, Contemplación, Preparada para la acción, Acción, Mantenimiento de la abstinencia o Recaída.**

A continuación se desarrolla como actuar en cada fase.

Cuando la persona fumadora no está dispuesta a dejar de fumar, como sucede en el 85-90% de los casos, se encuentra en las etapas precon-



templativa o contemplativa. En ambos casos la intervención se centrará en que la persona fumadora avance en el proceso de cambio (Capítulo 4, pág. 65).

Fase precontemplativa: la persona no se ha planteado dejar de fumar en los próximos 6 meses. En esta etapa es conveniente utilizar alguna de las siguientes estrategias en sucesivas visitas:

- ✱ Informar sobre los beneficios de dejar de fumar.
- ✱ Abordar a la persona fumadora con preguntas abiertas: “¿Qué riesgos conoce asociados al consumo de tabaco?”
- ✱ Destacar los beneficios que obtendrá en función de sus características personales, familiares y sociales (Anexo 2, pág. 143).
- ✱ Evitar confrontaciones. No imponer.
- ✱ Procurar que la persona busque sus motivos para avanzar en el proceso de cambio.
- ✱ Entregar un folleto informativo individualizado.

En personas fumadoras muy resistentes al cambio, la intervención reiterada puede entorpecer la relación profesional-paciente. En estos casos habrá que espaciar la intervención un año.

Fase contemplativa: la persona se plantea dejar de fumar en los próximos 6 meses. La característica que define esta etapa es la ambivalencia (quien fuma tiene motivos para dejar de fumar pero también para seguir fumando). Es útil realizar las siguientes intervenciones de manera sistemática:

- ✱ Incrementar la motivación. Procurar que verbalice sus propios motivos para dejar de fumar.
- ✱ Preguntar sobre las dificultades que encuentra para el abandono del tabaco.
- ✱ Favorecer la autoeficacia recordando otros logros conseguidos (Capítulo 2, pág. 17).
- ✱ Entregar un folleto informativo y una guía de ayuda para dejar de fumar.



- * Ofrecer apoyo.
- * Repetir estos mensajes en cada visita.

La ambivalencia es normal en el proceso de abandono del tabaco.

Hay personas fumadoras que han recibido consejo para dejar de fumar en muchas ocasiones y que acuden con frecuencia a las consultas de medicina o enfermería por presentar problemas crónicos de salud (EPOC, diabetes, hipertensión, cardiopatía,...). Quieren dejarlo pero no se deciden nunca a intentarlo. En estos casos, realizar preguntas que provoquen una discrepancia (Capítulo 4, pág. 71) puede ayudar a conseguir un avance en el proceso de cambio y que la persona haga un intento de abandono. Por ejemplo: *“¿Qué beneficios cree que obtendrá si deja de fumar?, ¿Qué problemas tiene como consecuencia del consumo?, ¿Cómo se ve dentro de 5 años si continua fumando?, ¿y si lo deja?*

La intervención motivacional puede ser definitiva para que las personas fumadoras progresen en las etapas de cambio y realicen un intento para dejar de fumar.

Fase de preparación para la acción: una persona fumadora está en esta etapa cuando quiere dejar de fumar en los próximos treinta días y es capaz de fijar una fecha para el abandono (**Día D**). En esta fase:

- * Se le felicitará siempre por la decisión que ha tomado.
- * Se le ofrecerá apoyo.
- * Se desarrollará un plan de ayuda que favorezca la deshabituación.

Fase de acción: ya se ha iniciado el cambio. El fumador o fumadora ha dejado de consumir tabaco (Apartado 3.4, pág. 35).

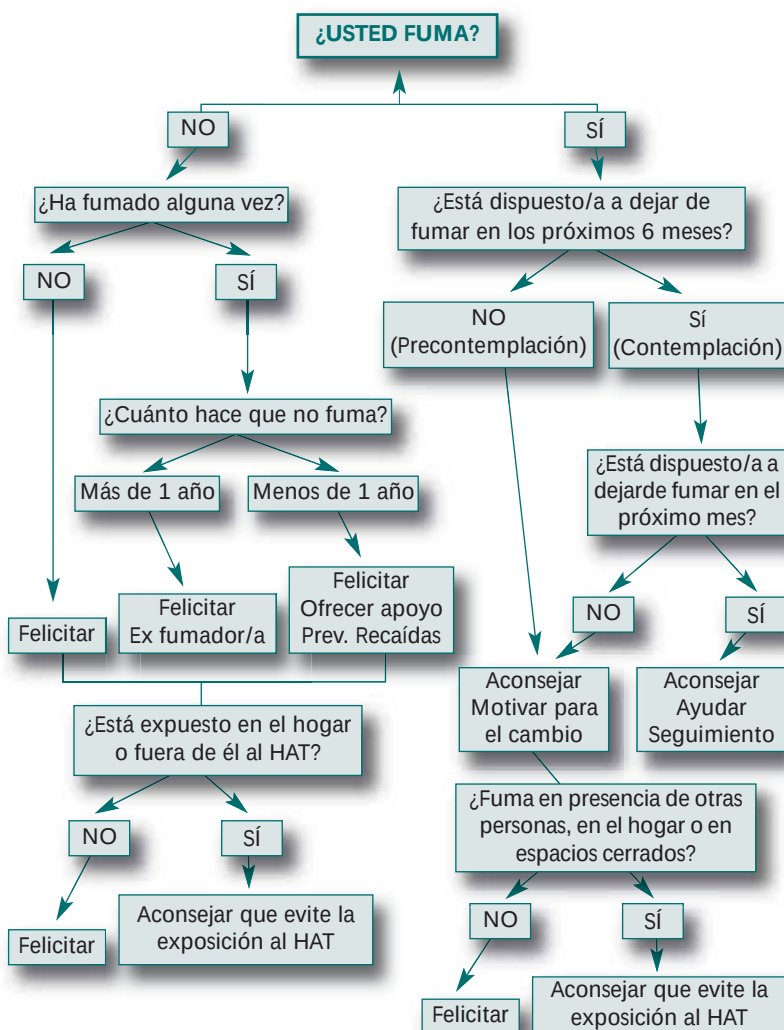
Mantenimiento de la abstinencia: la persona lleva seis meses sin fumar (Apartado 3.5, pág. 48).

Recaída: la persona ha vuelto a fumar después de haberlo dejado (Capítulo 4, pág. 75).

En la práctica clínica preguntar, realizar registro, dar consejo y valorar la disposición que tiene la persona fumadora para dejar de fumar se realizan simultáneamente. La distribución en etapas tiene fundamentalmente un carácter didáctico.

En la figura 5 se muestra la intervención en tabaquismo que se debe llevar a cabo en Atención Primaria.

Figura 5. **INTERVENCIÓN EN TABAQUISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA**





3.4. Ayudar a dejar de fumar: plan de tratamiento

En ocasiones, una persona acude a consulta para solicitar pautas orientativas de cómo dejar de fumar aunque quiera hacer el intento por su cuenta.

Es importante explicar que dejar de fumar es un proceso que conlleva un aprendizaje y aclarar conceptos como el de adicción o síndrome de abstinencia. Además, informar de que se pueden duplicar las posibilidades de éxito si se utiliza tratamiento farmacológico y que se puede prescribir al margen de cualquier otra actuación.

Se reforzará la intervención entregando folletos informativos individualizados y una guía de ayuda para dejar de fumar. Se registrará en la historia clínica la fecha prevista de abandono con el objetivo de realizar un seguimiento oportunista y aumentar el compromiso de cada paciente con su decisión. Se debe ofrecer siempre apoyo y si se prescribe tratamiento farmacológico hacer un seguimiento del mismo.

Los médicos deben animar a todos los pacientes que van a realizar un intento para dejar de fumar a utilizar tratamiento farmacológico efectivo, excepto en circunstancias especiales (Fiore y col, 2008).

Fuerza de la evidencia A

Lo más habitual es que la persona fumadora solicite apoyo o acepte la ayuda que se le ha ofrecido para dejar de fumar. En este caso, se debe proponer un plan de cambio.

En Atención Primaria se puede ofertar ayuda para dejar de fumar en dos formatos: *individual o grupal*. El abordaje es similar en ambos casos pero existen diferencias en la organización y desarrollo de ambas intervenciones. De cualquier manera será preciso hacer una evaluación previa, en la que deberemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

- ✱ Preferencias de la persona. Explicarle el funcionamiento de cada modalidad, y consensuar lo más idóneo para cada caso o circunstancia.



- * Criterios de inclusión al grupo (previamente establecidos), o cualquier otra característica de la persona que no se considere idónea para el desarrollo del grupo (por ejemplo: procesos de aprendizaje más lentos en el caso de personas de edad avanzada; hipoacusia, que dificulta la interacción con el resto del grupo;...etc).
- * Incompatibilidad horaria o la imposibilidad de acudir a la mayoría de las sesiones del programa.
- * Experiencias negativas previas.

Ofrecer distintas opciones de tratamiento aumenta los índices de abstinencia y debe ser promovido (Fiore y col, 2008).

Fuerza de la evidencia A

El abordaje individual, que se desarrolla en este apartado, permitirá abordar problemas o conductas que en el grupo resultarían más complejos, bien por salvaguarda de la confidencialidad, por disponer de tiempo limitado o por el desarrollo de contenidos más estructurados en cada sesión. Otra característica del abordaje individual será el presentar una mayor flexibilidad horaria en cuanto a tiempo, días y número de sesiones durante todo el tratamiento.

De igual manera va a permitir hacer una terapia personalizada, mejor adaptada a las necesidades que presente cada paciente. Además, la relación entre terapeuta y paciente se hace más cercana, lo que favorece el cambio.

Frecuentemente las personas fumadoras que han decidido dejar de fumar con nuestra ayuda tienen prisa por hacer el intento de abandono y “quieren dejarlo al día siguiente”. Sin embargo, esta actitud se ha demostrado que, en general, no es la adecuada, por lo que siempre que sea posible, la persona fumadora **debe ser citada en consulta programada**. En esta consulta se revisará su historia clínica y se completará con una historia de su consumo de tabaco, necesaria antes de iniciar cualquier tratamiento.

En cuanto a la modalidad de tratamiento para dejar de fumar, el que dispone de mejores resultados, según la evidencia científica, es el **Tratamiento Multicomponente** (Capítulo 2, pág. 23). Éste puede apli-



carse con o sin tratamiento farmacológico y consta de tres fases: **preparación para dejar de fumar, abandono del tabaco (Día D) y mantenimiento de la abstinencia**. Estas fases se desarrollan en diferentes sesiones o consultas.

Teniendo en cuenta las características de la Atención Primaria y el escaso tiempo del que en ocasiones se dispone, se propone realizar una evaluación previa, 2 sesiones de preparación antes del día en que se deja de fumar (día D) y 3 sesiones de mantenimiento después del abandono del tabaco (figura 6).

El tiempo estimado para realizar la evaluación dependerá de la información previa de que se disponga de cada paciente. Para cada sesión de preparación y para la primera de mantenimiento será de 20-25 minutos y para el resto de las de mantenimiento se emplearán entre 10 y 15 minutos. Todas ellas se realizarán en consultas programadas.

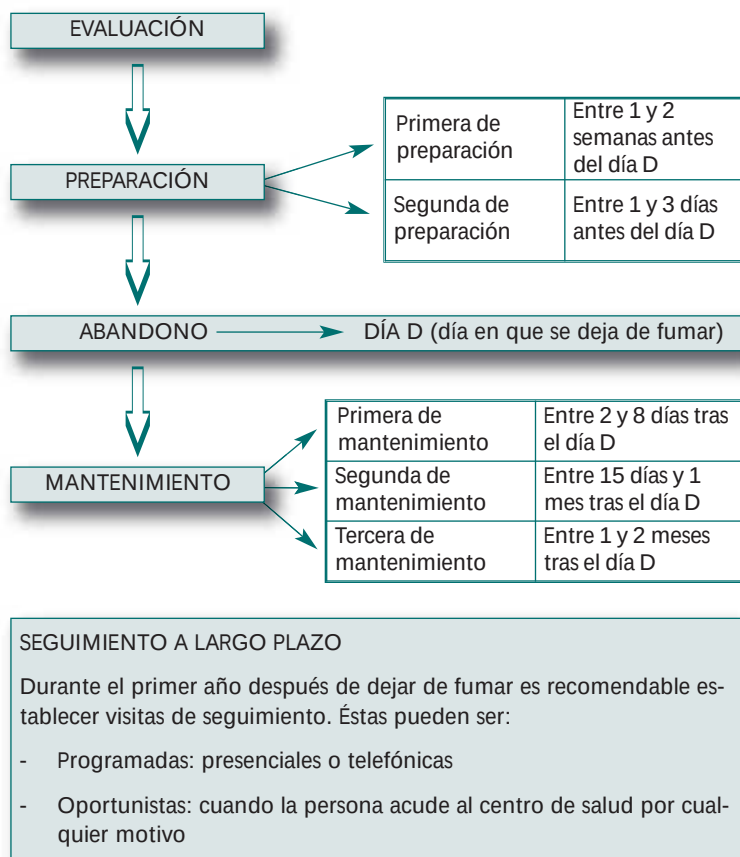
La propuesta de realizar 5 sesiones y la periodicidad es flexible y ha de ser adaptada a las necesidades de cada paciente. Si después de las sesiones pautadas se continúa con el tratamiento farmacológico será necesario establecer un seguimiento del mismo.

Hay una fuerte relación dosis-respuesta entre la duración del contacto persona a persona y los resultados obtenidos. Las intervenciones intensivas son más efectivas que las intervenciones de menor intensidad y deben ser utilizadas siempre que sea posible (Fiore y col, 2008).

Fuerza de la evidencia A



Figura 6. **TRATAMIENTO MULTICOMPONENTE**



3.4.1. Evaluación de la persona fumadora

Al realizar la entrevista clínica de la persona fumadora se deben recoger en la historia una serie de datos generales de su estado de salud, que la mayoría de las veces tendremos ya registrados, y otros específicos de tabaquismo que servirán para que el tratamiento sea más eficaz.

Lo más recomendable es realizar la evaluación antes de iniciar las sesiones aunque se puede incluir en la primera de preparación por cuestiones operativas o en función del tiempo disponible.



Datos sobre el estado de salud que se deben recoger:

- * Registro del peso y de la tensión arterial.
- * Antecedentes significativos de:
 - Alergia o intolerancia a medicamentos.
 - Convulsiones o existencia de enfermedad convulsiva.
 - Enfermedades psiquiátricas: trastornos alimentarios, depresión, trastorno bipolar.
 - Insuficiencia hepática o renal
 - Enfermedades cardíacas.
 - Diabetes.
 - Enfermedades tiroideas.
 - Enfermedades digestivas: úlcera, colitis ulcerosa.
 - Enfermedades de la boca.
 - Enfermedades respiratorias.

Enfermedades de la piel.

Otras dependencias: consumo actual de alcohol y cafeína.

- * Registro de los tratamientos farmacológicos actuales.

Datos específicos de tabaquismo:

- * Edad en la que comenzó a fumar.
- * Tipo de tabaco que fuma (cigarrillos, puros, de liar, pipa...) y cantidad diaria.
- * Convivencia con personas fumadoras.
- * Por qué quiere dejar de fumar.



- * Por qué fuma, qué le aportan los cigarrillos.
- * Valorar posibles dificultades y apoyos y si está en un buen momento para dejarlo.
- * Número de intentos previos de abandono: qué métodos utilizó, tiempo máximo que estuvo sin fumar, cuáles fueron los motivos de recaída.
- * Importancia que le atribuye a la ganancia de peso, ya que al dejar de fumar se puede producir un aumento de peso. El promedio de incremento es de 3-4 kg. Hay personas fumadoras, sobre todo mujeres, que conceden a este incremento mucha importancia, por lo que debe ser advertido y explorado en la evaluación para trabajar en ello desde el principio del tratamiento y tratar de evitar que sea causa de recaída.
- * Cooximetría, es muy útil realizarla en la evaluación (Anexo 5, pág. 155) como medida basal para conocer los niveles iniciales de monóxido de carbono en el aire espirado. Puede orientar para prescribir el tratamiento farmacológico. Es una prueba fácil de realizar, barata, no invasiva y que proporciona un feedback inmediato por lo que es motivadora para la persona fumadora. Se utiliza además para validar la abstinencia (todos los centros de salud de Cantabria disponen de un cooxímetro).
- * Valoración de la dependencia. Se realizará con la aplicación del Test de Fagerström abreviado (*Figura 7*) que sirve también de orientación para la prescripción del tratamiento farmacológico.

Elección del tratamiento farmacológico

La medicación es una parte importante del tratamiento, que complementa el abordaje multicomponente. El tratamiento farmacológico, al igual que el asesoramiento, ha demostrado ser eficaz, pero la combinación de ambos es más efectiva que cualquiera de ellos de forma aislada.

Hoy se dispone de medicamentos eficaces para tratar la dependencia al tabaco y se debe animar a todas las personas fumadoras que quieran dejar de fumar a que los utilicen, excepto cuando haya contraindicaciones médicas. Se explicará a cada paciente que la utilización de los medicamentos aumenta la posibilidad de dejar de fumar y reduce los síntomas del síndrome de abstinencia.



Figura 7. **TEST DE FAGERSTRÖM ABREVIADO**

1. ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?:		
	Más de 30	(3 puntos)
	De 21 a 30	(2 puntos)
	De 11 a 20	(1 punto)
	Menos de 10	(0 puntos)
2. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma el primer cigarrillo?		
	Menos de 5 minutos	(3 puntos)
	De 6 a 30 minutos	(2 puntos)
	De 31 a 60 minutos	(1 punto)
	Más de 60 minutos	(0 puntos)
Dependencia Alta:	5-6 puntos	
Dependencia moderada:	3-4 puntos	
Dependencia baja:	0-2 puntos	

En la evaluación se describirán los tratamientos farmacológicos existentes y se negociará su utilización. Se elegirá el más adecuado junto con cada paciente y se prescribirá.

A TODAS las personas que intenten dejar de fumar se les debe animar a usar farmacoterapias efectivas excepto en presencia de circunstancias especiales.

Fuerza de la evidencia A

Los medicamentos de primera línea que han demostrado su eficacia y seguridad para mejorar los índices de abstinencia a largo plazo son (Capítulo 5, pág. 83):

- ✱ Nicotínicos: **parche, chicle, comprimido**, inhalador bucal, y spray nasal. En España sólo están disponibles los tres primeros.
- ✱ No nicotínicos: hidrocloreuro de **bupropión y vareniclina**.

También se deben considerar ciertas combinaciones de estas medicaciones que han demostrado su eficacia.



Para decidir qué medicamento prescribir entre las distintas opciones se debe considerar:

- * Contraindicaciones de los diferentes medicamentos y potenciales efectos adversos.
- * Preferencias de la persona fumadora por una u otra medicación.
- * Intentos previos y uso de medicación.
- * Valorar la intención y motivación de la persona para dejar de fumar y la probabilidad de que siga el tratamiento pautado.

No se debe favorecer a un medicamento sobre otro. Cada profesional sanitario elegirá con cada paciente el que tenga mayor probabilidad de éxito.

La adherencia al tratamiento es importante para un buen resultado. Hay que resaltar al paciente que utilizará los fármacos sólo durante los primeros meses de abstinencia.

Aunque hay evidencia concluyente de que su uso aumenta las posibilidades de éxito, se debe animar al paciente a realizar un intento de dejar de fumar aunque rehúse utilizar tratamiento farmacológico.

La elección del tratamiento farmacológico se realizará teniendo en cuenta la preferencia de cada paciente siempre que no existan contraindicaciones.

3.4.2. Preparación para dejar de fumar

Una vez realizada la evaluación de la persona fumadora, se abordará su preparación para que deje de fumar.

En esta primera fase del tratamiento multicomponente, los objetivos son:

- * trabajar la motivación para el cambio,
- * profundizar en los hábitos de consumo, cómo, cuándo y por qué



fuma cada paciente,
fijar una fecha para dejar de fumar,
proporcionar las estrategias de afrontamiento para los primeros días sin fumar.

Primera sesión de preparación (entre 7 y 15 días antes del día D)

Es fundamental transmitir a cada paciente que el objetivo del tratamiento es dejar de fumar y mantenerse, y que como todo aprendizaje requiere ciertas habilidades, emplear tiempo y esfuerzo.

En esta sesión el/la profesional tiene que recabar las expectativas que tiene la persona respecto al tratamiento y al proceso de dejar de fumar para corregir las ideas erróneas, si las hubiera.

Quien debe hacer el esfuerzo para dejar de fumar es la persona fumadora. No existen fórmulas mágicas para dejar de fumar.

Se acordará el día D (día en que se deja de fumar): cada paciente debe decidir cuál es ese día, no se le puede imponer, aunque sí se le puede asesorar si lo pide. Se intentará que este día no coincida con alguna circunstancia estresante como puede ser un examen. La persona fumadora ha de comprometerse con un día; es posible que haya personas que nunca encuentren el adecuado, decidirlo forma parte del proceso de abandono.

Cada profesional explicará la pauta para usar el tratamiento farmacológico si se prescribe bupropión o vareniclina ya que comenzará a tomarlo al menos 7 días antes de dejar de fumar. También se explicará cómo se utilizan los comprimidos y chicles de nicotina para que pueda ensayar con ellos durante esta semana. Si va a utilizar parches de nicotina, su uso puede explicarse en la segunda sesión.

A continuación se presenta un cuadro sobre el uso de los distintos fármacos aunque se desarrolla más extensamente en el capítulo 5 (Capítulo 5, pág. 81).

Figura 8. RESUMEN DE FÁRMACOS DE PRIMERA LÍNEA PARA DEJAR DE FUMAR

Fármaco	Precauciones/ contraindicaciones	Efectos adversos	Dosis
Bupropión SR	- H^a de convulsiones - H^a de trastornos alimentarios -Hipersensibilidad al bupropión -Tumor del SNC -Deshabitación de alcohol o bzd -Cirrosis hepática -Uso de IMAOs -Trastorno bipolar	- Insomnio - Boca seca - Prurito, urticaria - Reacción alérgica - Hipertensión	- 150 mg cada mañana durante 6 días (empezar el tratamiento 1-2 semanas antes del día D) - Se puede aumentar la dosis a 300 mg/día en dos tomas a partir del séptimo día
Vareniclina	- Insuficiencia renal importante - Paciente en diálisis -Monitorizar cambios de humor y de conducta	- Náuseas - Insomnio - Sueños anormales - Boca seca - Depresión agitación, ideación suicida	- Días 1 a 3: comprimido de 0,5 mg cada mañana - Días 4 a 7: comprimidos 0,5 mg dos veces al día - Días 8 hasta fin de tratamiento: comprimidos de 1 mg dos veces al día (empezar el tratamiento 1 semana antes del día D)
Chicle de nicotina	-Patología bucodental	-Sequedad de boca - Dispepsia	- 1-24 cigs/día-chicles de 2mg (hasta 24 piezas/día) - 25+ cigs/día-chicles de 4mg (hasta 24 piezas/día)
Comprimido de nicotina		- Náusea - Insomnio - Dispepsia	-Pacientes que fuman el primer cigarillo después de 30 minutos tras levantarse -1 mg - Pacientes que fuman el primer cigarillo antes de 30 minutos tras levantarse -2 mg
Parche de nicotina	-Úlcera gastroduodenal activa -IAM reciente -Arritmias severas -Angina inestable	- Reacción cutánea local - Insomnio	- 15 mg/16 horas - 21mg/24 horas - 10 mg/16 horas - 14 mg/24 horas - 5 mg/16 horas - 7 mg/24 horas



Se realizará también control del peso y cooximetría.

En esta primera sesión se comenzará a entregar el material *Aprendiendo a Vivir sin Tabaco*. Es un material de apoyo para la persona fumadora, y ayuda al profesional sanitario a dar respuestas adecuadas a las distintas demandas que se suscitan durante este proceso.

Se explicará a la persona fumadora para qué sirve el material *Aprendiendo a Vivir sin Tabaco* y se le entregará la carpeta con el **Cuadernillo 1: Preparándome para vivir sin fumar y Hoja de registro de sintomatología de abstinencia** (Anexo 7, pág. 161) en su interior. Este Cuadernillo está compuesto por varias fichas, algunas informativas y otras con ejercicios sencillos:

- ✱ **Y yo, ¿por qué fumo?**, pretende hacer reflexionar a la persona sobre los motivos por los que empezó a fumar, localizar cuales son los principales estímulos asociados al cigarrillo, conocer qué le aporta la conducta de fumar e introducir y valorar el concepto de automatismo.
- ✱ **Y ¿por qué quiero dejar de fumar?**, importante para que la persona encuentre y valore sus propios motivos para abandonar el tabaco.
- ✱ **Cómo usar vareniclina y Cómo usar bupropión**, con las instrucciones de uso de los fármacos.
- ✱ **Mitos sobre el tabaquismo**, enuncia una serie de falsas creencias sobre el tabaco y su consumo, sobre dejar de fumar y sobre el tabaquismo involuntario, aportando información veraz y evidencia científica.
- ✱ **Tareas para la primera semana de preparación**, como en cualquier otro aprendizaje las tareas son fundamentales en el proceso de dejar de fumar. En esta ficha se enumeran una serie de ejercicios, importantes para desautomatizar la conducta de fumar e ir buscando apoyos. Hay que dedicar el tiempo suficiente a explicarlas con detenimiento y se ha de insistir en la importancia de su realización ya que es predictora del éxito en deshabituación tabáquica.
- ✱ **Hojas de autorregistros** (Capítulo 4, pág. 59), forman parte de las tareas a realizar, permiten identificar y valorar los estímulos asociados a los cigarrillos (café, descanso, espera,...). Además, tienen un efecto reactivo ya que, sólo por el hecho de cumplimentarlos, mu-



chas personas disminuyen su consumo al eliminar los “cigarrillos automáticos”.

- ★ **Hoja de registro de sintomatología de abstinencia** (se incluye suelta en la carpeta), recoge los principales síntomas de abstinencia a la nicotina. Es interesante que cada paciente rellene esta tabla en todas las visitas durante el proceso de abandono. Nos servirá para comparar con la situación basal (antes de dejar de fumar) y observar la evolución de los síntomas de abstinencia. Hasta la siguiente visita se puede guardar la hoja en Hª clínica.

Es importante que cada paciente se comprometa a realizar las tareas y a asistir a la siguiente visita programada. Este compromiso fortalecerá la relación terapéutica.

Segunda sesión de preparación (entre 1 y 3 días antes del día D)

Tras unos días trabajando las estrategias para “aprender a vivir sin fumar” llega el momento de pasar a la acción y preparar el primer día sin fumar, el principal objetivo de esta visita.

Al igual que en la visita anterior, cada paciente rellenará la tabla de sintomatología de abstinencia. Se realizará también control de peso y cooximetría.

Se han de revisar las tareas propuestas. Es importante dedicar tiempo a analizar una por una, si se han hecho o no, lo que ha descubierto cada persona respecto a su forma de fumar, los cambios que ha ido introduciendo en su vida, si ha fumado más o menos y qué valor de cooximetría tiene en esta ocasión. También es necesario preguntar por la cumplimentación del tratamiento y los posibles efectos secundarios a quienes iniciaron el mismo con vareniclina o bupropión.

Es frecuente que las tareas de desautomatización consigan que la persona fume algún cigarrillo menos, pero es muy habitual que se produzca compensación en los niveles de monóxido de carbono (fuma menos pero da más caladas o inhala con mayor intensidad) y que el valor de la cooximetría sea igual o incluso superior al obtenido en la visita anterior. También puede ocurrir que el consumo no haya variado o que haya aumentado.

Se le felicitará por haber hecho las tareas recordando que para cualquier aprendizaje la práctica es fundamental (se puede comparar con



aprender un idioma o a conducir).

En función del tiempo disponible, cada profesional decidirá qué aspectos tratará con mayor o menor profundidad, pero en este momento del tratamiento es interesante abordar:

- * Síndrome de abstinencia: los principales síntomas ya se conocen al rellenar la tabla pero es importante que los reconozca como tales y nos comunique cuáles son los que más le preocupan. Se debe hablar con el/la paciente de posibles formas de minimizar estos síntomas, de la importancia de las diferentes estrategias propuestas y del tratamiento farmacológico.
- * Trabajar la despedida y el duelo: es momento de decir adiós al tabaco y de pensar en cómo afrontar situaciones, tal vez por primera vez en la vida, sin utilizar el tabaco.
- * Pensar en el día a día, en ir ganando batallas al cigarrillo para ganar la guerra.
- * Planear el primer día sin fumar, pensando en las posibles dificultades que se encontrará y en estrategias de afrontamiento.
- * El/la profesional explicará a cada paciente que es normal tener ganas de fumar después del día D, que las ganas no desaparecen, pero cada vez serán menos intensas y más separadas en el tiempo.
- * Se puede sugerir al paciente que tras este primer día sin fumar se dé un premio para reforzarse.

El objetivo es controlar las ganas de fumar, no que estas desaparezcan (esto no es posible en una dependencia)

A menudo, en este momento del tratamiento, algunas personas tienen miedo a lo que pueda ocurrir cuando dejen de fumar y se muestran especialmente ansiosas. Dejar de fumar supone un cambio importante en su vida y es frecuente que se planteen abandonar el tratamiento al no considerarse capaces de conseguirlo. Es fundamental transmitirles que esto forma parte del proceso de abandono, que son capaces de dejar de fumar y que seguir las pautas recomendadas les ayudará a superarlo.



Se explicará y entregará el **Cuadernillo 2: Preparándome para vivir sin fumar** (Anexo 7, pág. 189) que contiene las siguientes fichas:

- * **Beneficios que se obtienen al dejar de fumar**, enumeración de los principales beneficios obtenidos al abandonar el consumo de tabaco.
- * **Prepare su primer día sin fumar**, que proporciona una serie de estrategias y consejos útiles para la noche anterior y para el primer día sin fumar.
- * **Cómo quitarse el cigarrillo de la cabeza**, descripción de dos herramientas cognitivas para cambiar el pensamiento.
- * **Un minuto para relajarse**, breve explicación de algunos trucos para conseguir desconectar y relajarse.
- * **Cómo usar los parches de nicotina y Cómo usar los chicles o comprimidos de nicotina**, con instrucciones de uso de los fármacos.
- * **El síndrome de abstinencia**, descripción de sus principales síntomas con recomendaciones útiles para paliarlos.
- * **Tareas para la segunda semana de preparación**, la tarea fundamental en esta sesión es dejar de fumar.

Al igual que en la primera sesión, cada paciente tendrá que comprometerse, en esta ocasión a dejar de fumar, a continuar con el tratamiento y a acudir a la siguiente visita programada.

3.5. Acordar un plan de seguimiento

Se corresponde con la etapa de mantenimiento de la abstinencia del tratamiento multicomponente.

3.5.1. Mantenimiento de la abstinencia

El tabaquismo es un proceso crónico donde las recaídas son frecuentes y se producen fundamentalmente en el primer mes tras la cesación. Programar visitas de mantenimiento y seguimiento previene las recaídas.



Primera visita de mantenimiento (entre 2 y 8 días tras el día D)

El objetivo principal de esta visita es aprender a identificar los disparadores personales del deseo de fumar y trabajar las estrategias para controlarlos.

Una estrategia útil para obtener información es realizar preguntas abiertas: “¿Cuáles son las situaciones en las que tiene ganas de fumar?” “¿Qué hace en esas situaciones?” “¿Qué más podría hacer?”

Es el momento de repasar los primeros días sin fumar, valorar las dificultades encontradas y cómo se han ido salvando, los beneficios percibidos y el apoyo social. También se repasarán las tareas sugeridas la semana anterior, si ha guardado el dinero que no gasta en tabaco y ha decidido qué hará con él, si ha realizado ejercicio físico, cómo ha organizado su entorno para tener el menor número de tentaciones.

A partir de este momento, el objetivo es mantenerse sin fumar para lo que le serán útiles las siguientes pautas:

- ✱ Evitar las situaciones de riesgo.
- ✱ Reconocer las señales que preceden a los deseos de fumar.
- ✱ Releer e ir ampliando la lista de beneficios de dejar de fumar.
- ✱ Manejar diferentes técnicas para afrontar los deseos de fumar: cambiar de actividad, utilizar un chicle o comprimido de nicotina, caminar, etc.
- ✱ Elegir espacios libres de humo.

Es importante que identifique el aumento de apetito como posible síntoma de abstinencia y conozca pautas de cómo afrontarlo. No es el momento de hacer una dieta pero tampoco el de *sustituir cada cigarrillo por un bombón*.

En pacientes que estén utilizando tratamiento farmacológico, se hará seguimiento de éste valorando la tolerabilidad y la adherencia en todas las visitas.

También se realizará control de peso y cooximetría y se rellenará la ficha de sintomatología de abstinencia.



El material a explicar y entregar en esta visita es el **Cuadernillo 3: Manteniéndome sin fumar** (Anexo 7, pág. 206) con los siguientes contenidos:

- ★ **Pensando en positivo**, interesante para trabajar todas las creencias erróneas y negativas de quienes dejan de fumar.
- ★ **Ejercicio físico**, con los beneficios de realizar ejercicio físico y recomendaciones para quemar calorías.
- ★ **Cómo controlar la ansiedad**, con consejos útiles para disminuirla.

En este momento del tratamiento, las tareas se centran en organizar el entorno para tener el menor número de situaciones de riesgo posibles y seguir practicando la vida sin humo.

Continúa siendo fundamental el compromiso de seguir sin fumar, de acudir a la próxima visita programada y la **felicitación por parte del profesional, insistiendo en la importancia de cada minuto sin humo**.

Segunda y Tercera visitas de mantenimiento (entre 15 días y 1 mes, y entre 1 y 2 meses tras el cese)

En este momento del tratamiento, todos los esfuerzos de profesional y paciente han de dirigirse hacia el mantenimiento de la abstinencia.

Es tarea de cada profesional reforzar los avances, cada dificultad superada, contribuyendo así a aumentar la autoeficacia de la persona. En cada sesión se continuará preguntando “*¿Cuáles son las situaciones en las que tiene ganas de fumar?*” “*¿Qué hace en esas situaciones?*” “*¿Qué estrategias aprendidas le han servido?*”

Se fomentará, a medida que la persona se sienta con fuerzas, la exposición progresiva a los estímulos que le provocan deseo de fumar. La finalidad es conseguir la habituación y fomentar la autoeficacia (Capítulo 2, pág. 17).

Se continuará insistiendo en la práctica de hábitos de vida saludables: actividad física y alimentación. Es conveniente continuar registrando la sintomatología de abstinencia y realizar control del peso y cooximetría.

En todas las visitas de seguimiento se valorará la tolerabilidad y la ad-



herencia al tratamiento.

El material que se entregará en la segunda visita de mantenimiento es el **Cuadernillo 4: Manteniéndome sin fumar** (Anexo 7, pág. 215) que consta de las siguientes fichas:

- * **Prevenir y superar obstáculos**, cómo manejar situaciones de riesgo y prevenir recaídas.
- * **Tristeza: cómo mejorar su estado de ánimo**, estrategias para mejorar el estado de ánimo.
- * **Alteraciones del sueño: algunas recomendaciones**, sugerencias para tratar los problemas de sueño asociados a la deshabituación tabáquica.
- * **Cómo manejar el estreñimiento.**

El material que se entregará en la tercera visita de mantenimiento es el **Cuadernillo 5: Manteniéndome sin fumar** (Anexo 7, pág. 225) que consta de las siguientes fichas:

- * **Nutrición**, información sobre pautas adecuadas para no ganar peso durante la cesación tabáquica, consejos para una alimentación saludable, trucos para comer sano y una tabla de calorías. No es el momento de realizar dieta, pero sí de cuidar lo que se come.
- * **La clave está en la práctica**, consejos útiles para este momento del tratamiento y una tabla para valorar las situaciones de riesgo personales y posibles alternativas a la conducta de fumar.

3.5.2. Seguimiento a largo plazo

El seguimiento posterior a las sesiones de mantenimiento podrá ser:

- * **Programado**, que puede ser presencial o telefónico. Debe hacerse al menos hasta que finalice el tratamiento farmacológico, y una vez finalizado este, a los 6 meses y al año del Día D. Hay que recordar que quien deja de fumar no es considerado ex fumador/a hasta conseguir un año de abstinencia. El seguimiento telefónico ha demostrado su efectividad para mantener la abstinencia y debe ser considerado como complemento o alternativa al presencial.

- * **Oportunista**, aprovechando la visita que haga por cualquier motivo al Centro de Salud.

Se recomienda que durante el primer año después del abandono del tabaco la persona reciba consejo de refuerzo en todas las visitas que realice al Centro de Salud.

El **seguimiento telefónico** es de gran utilidad en cualquier momento de la deshabituación pero sobre todo una vez finalizadas las consultas programadas. El objetivo es reforzar la abstinencia, controlar el tratamiento y prevenir recaídas.

El seguimiento proactivo (el/la profesional se interesa por cada paciente) se ha demostrado efectivo frente a la intervención mínima, no intervención o materiales de autoayuda.

También se demuestra eficaz cuando lo comparamos con personas fumadoras que solo han recibido tratamiento frente a los que reciben tratamiento y seguimiento proactivo (Fiore y col, 2008).

Es útil tener un esquema estructurado de cómo se realizará el seguimiento para utilizarlo como guión:

ESQUEMA DE INTERVENCIÓN EN LAS VISITAS DE PREPARACIÓN

- ◆ Proporcionar refuerzo positivo: felicitar por la decisión de querer dejar de fumar y por hacer las tareas.
- ◆ Realizar control de peso, cooximetría y registro de los síntomas de abstinencia.
- ◆ Verbalizar los motivos por los que quiere dejar de fumar y repasar las tareas.
- ◆ Valorar la adherencia y la tolerancia al tratamiento farmacológico.
- ◆ Explicar y entregar el contenido del *Cuadernillo 1 ó 2 de Aprendiendo a vivir sin tabaco*, según corresponda.



- ◆ Explicar las tareas que se recomienda realizar hasta la siguiente sesión.
- ◆ Citar para la siguiente visita programada.
- ◆ Obtener el compromiso de acudir a la siguiente sesión, de realizar las tareas y de no fumar.

ESQUEMA DE INTERVENCIÓN EN LAS VISITAS DE MANTENIMIENTO

Paciente que permanece abstinente

- ◆ Proporcionar refuerzo positivo: Felicitar por dejar de fumar, mantenerse y hacer las tareas.
- ◆ Realizar control de peso, cooximetría y registro de los síntomas de abstinencia.
- ◆ Revisar las tareas.
- ◆ Verbalizar los beneficios obtenidos por no fumar.
- ◆ Enumerar las dificultades encontradas y cómo las resolvió.
- ◆ Revisar la adherencia al tratamiento farmacológico y los posibles efectos secundarios.
- ◆ Explicar y entregar el *Cuadernillo 3, 4 ó 5* según la visita en la que nos encontremos.
- ◆ Citar para la siguiente visita programada.
- ◆ Obtener el compromiso de acudir a la siguiente sesión y de mantenerse sin fumar.

Paciente que ha fumado:

- ◆ No culpabilizar.
- ◆ Diferenciar caída de recaída.
- ◆ Analizar las circunstancias del consumo: cómo, cuándo. Alternativas.
- ◆ Recordar que dejar de fumar es un proceso y que la recaída forma parte de él, es normal y sirve como experiencia para futuros intentos.



- ◆ Preguntar si quiere continuar con el intento o concertar una cita futura. Mostrarse disponible.
- ◆ Felicitar por el esfuerzo realizado.

ESQUEMA DE INTERVENCIÓN EN LAS VISITAS DE SEGUIMIENTO

Saludar y preguntar si ha fumado o se mantiene abstinente.

Paciente que permanece abstinente:

- ◆ Felicitar.
- ◆ Verbalizar ventajas y beneficios percibidos.
- ◆ Preguntar por:
 - Posibles situaciones de riesgo y afrontamientos. Reforzar cada éxito.
 - Síntomas de abstinencia y adherencia al tratamiento farmacológico. Valorar la suspensión.
- ◆ Prevenir fantasías de control recordando que cualquier consumo entraña riesgo de recaída y que no hay consumo seguro.
- ◆ Ofrecer sesiones de apoyo si lo precisa.

Paciente que ha fumado:

- ◆ Analizar las circunstancias del consumo, ¿cuándo ha sido? ¿qué estaba haciendo? ¿qué podía haber hecho en lugar de fumar?
- ◆ Diferenciar caída de recaída.
- ◆ Recordar que dejar de fumar es un proceso y que la recaída forma parte de él, es normal y sirve como experiencia para futuros intentos. No culpabilizar.
- ◆ Preguntar si quiere continuar con el intento o concertar una cita futura. Mostrarse disponible.
- ◆ Felicitar por el esfuerzo realizado.

Si las visitas son presenciales, se realiza cooximetría y se registra el resultado.



Bibliografía

Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias N° 40 Madrid, Septiembre 2003.

Álvarez S, Benito BM, Seguimiento del fumador con psicoterapia individual. En: Máster Universitario en Tabaquismo. Módulo 3, Capítulo 8. Galán Parra MD y García Martín F (ed.) Facultad de Farmacia. Universidad de Sevilla. CD-ROM. Sevilla 2008.

Ayesta FJ y col. Manual de tabaquismo. Universidad de Cantabria Abril 2004.

Benito BM, Álvarez S, Seguimiento del fumador con psicoterapia grupal. En: Máster Universitario en Tabaquismo. Módulo 3, Capítulo 9. Galán Parra MD y García Martín F (ed.) Facultad de Farmacia. Universidad de Sevilla. CD-ROM. Sevilla 2008.

Centers for Disease Control, publication 87-8398,1986.

CNPT. Documento Técnico de Consenso sobre la Atención Sanitaria del Tabaquismo en España. Observatorio para la Prevención del Tabaquismo. Ministerio de Sanidad y Consumo 2008.

Cordoba R, Clemente JL, Aller BA. Informe sobre el tabaquismo pasivo. Atención Primaria 2003; 31(3):181-90.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline.

Guía para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo de Semfyc. 2009

Healthcare Guideline "Tobacco Use Prevention and Cessation for Adults". Tenth Edition/June 2004.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España. Madrid: MSC, 2005.

Nice (National Institute for Health and Clinical Excellence, National Health Service) public health intervention guidance – Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings 2006.

Olano E, Matilla B, Sánchez E y Alarcón E. ¿Intervención mínima en tabaquismo? El protocolo de atención al paciente fumador en Atención Primaria. Aten Primaria 2005; 36(9):510-4.

PAPPS 2009. Actualización. Programa de actividades preventivas y de promoción de

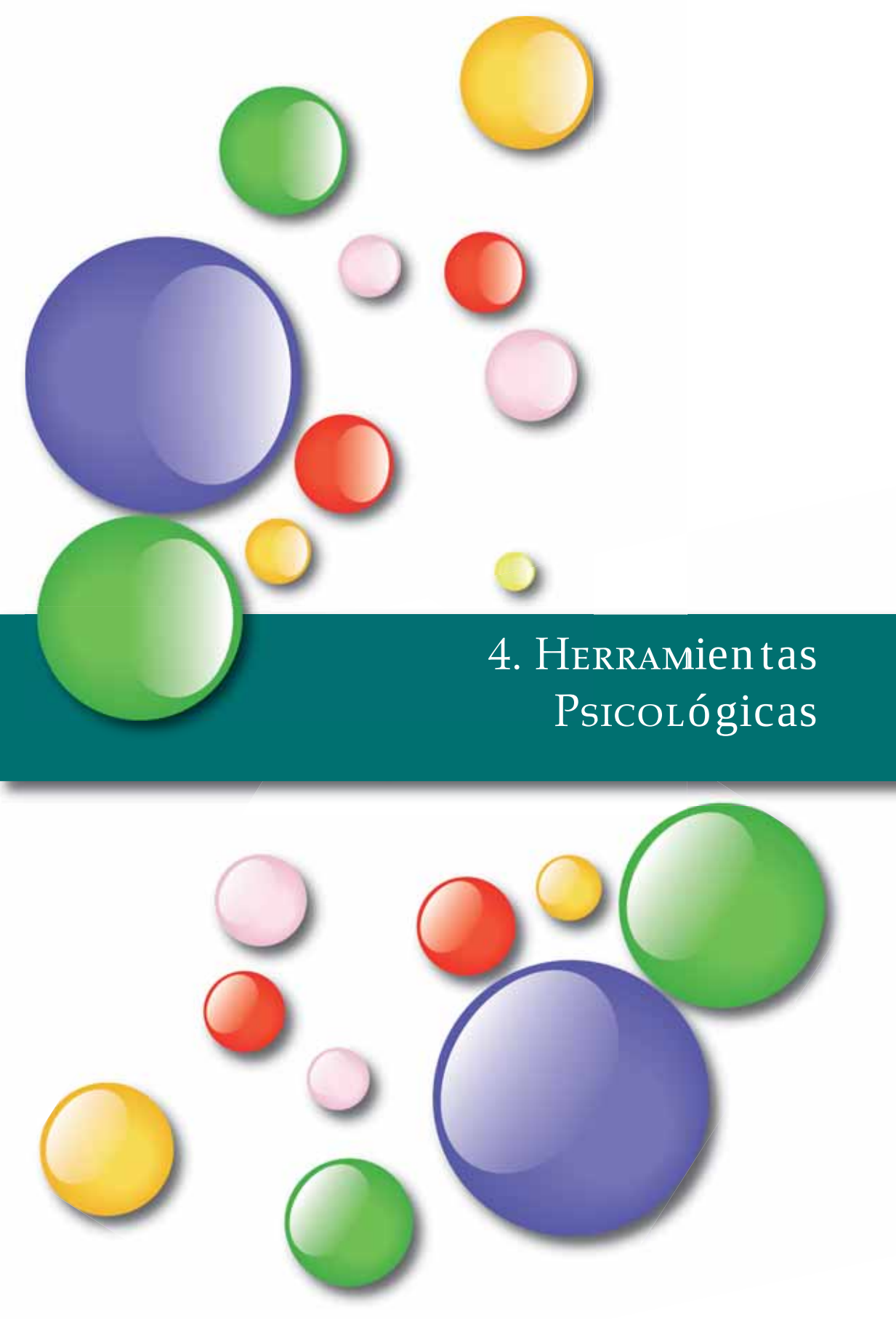


la salud. SEMFYC 2007;39 (Supl 3):27-46.

Pérez Trullén A, Herrero I, Clemente ML y Marrón L. Marcadores biológicos y funcionales para la determinación de exposición de los fumadores. Tratado de tabaquismo 2004.

Programa de Ayuda al Fumador de Cantabria. Abril 2005.

Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Asesoramiento médico para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 N°4.



4. HERRAMIENTAS PSICOLÓGICAS



Ni el tiempo disponible ni las características formativas de los y las profesionales de Atención Primaria les permiten realizar tratamiento psicológico en los centros de salud. Pero sí pueden utilizar algunas de las técnicas psicológicas y estrategias motivacionales que han demostrado eficacia en el tratamiento del tabaquismo.

4.1. Técnicas psicológicas

A continuación se explican técnicas cognitivo-conductuales que se utilizan en el tratamiento del tabaquismo y de las que se ha demostrado su eficacia, ya sea de forma aislada o bien utilizando varias a la vez. Por ejemplo, la relajación por sí sola no ha demostrado ser eficaz para dejar de fumar, pero sí puede ser útil en el proceso.

Las técnicas conductuales efectivas logran un alto nivel de abstinencia, consiguiendo al año de seguimiento hasta un 40-50% de abstinencia (CNPT, 2008).

4.1.1. Autorregistros

Técnica de autoevaluación de conducta que consiste en que la persona que ha decidido dejar de fumar, durante los días previos a la cesación, anote en tablas de registro su consumo. Durante uno o varios días deberá apuntar el número de cigarrillos que fuma, la hora del día, la situación en la que lo fuma y realizar una valoración (de 0 a 10, por ejemplo) de las ganas de fumar que tiene en ese momento.

En el material *Aprendiendo a vivir sin tabaco*, aparecen 2 fichas troqueladas con 10 tablas de autorregistros (Anexo 7, pág. 185) para que la persona registre su conducta de fumar durante la semana previa a la cesación. Se utilizará una tabla por día que la persona deberá introducir entre el paquete de cigarrillos y el celofán. Es importante que el registro



se lleve a cabo justo antes de fumar cada uno de los cigarrillos porque la valoración, si se realiza posteriormente, puede estar falseada.

Es fundamental transmitir al paciente la importancia de realizar esta tarea.

4.1.2. Reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán (rgina)

Esta técnica consiste en ir reduciendo progresivamente la ingestión de nicotina y alquitrán hasta dejarlo totalmente.

La persona realizará un cambio semanal de marca, eligiendo una con menor contenido en nicotina y alquitrán. La reducción semanal respecto a la línea base será del 30% la primera semana, del 60% la segunda y del 90% la tercera.

Además, quien fuma realizará autorregistros y representará gráficamente su consumo de cigarrillos.

Si no consigue dejar de fumar tras el último cambio de marca, se procederá a la reducción gradual de la cantidad de cigarrillos fumados cada día. La cesación total se producirá tras reducir el consumo al 50% de la cantidad de cigarrillos fumados al inicio.

Esta técnica podría utilizarse cuando la persona que va a dejar de fumar no quiere tomar ningún fármaco, aunque presenta varios problemas que desaconsejan su uso: suele producirse compensación nicotínica, es decir, las caladas serán más profundas para obtener la misma cantidad de nicotina a la que el cuerpo está habituado (esto se comprueba comparando los valores de las cooximetrías); también suelen aparecer síntomas de abstinencia (porque la persona no recibe la cantidad a la que estaba acostumbrada); y por último, los cigarrillos que van quedando se refuerzan más por lo que será más difícil prescindir de ellos.

En general, se aconseja realizar una buena preparación y establecer un día D en el que se dejará de fumar totalmente.



4.1.3. Contratos conductuales

Firmar un contrato establece un alto nivel de compromiso de la persona con el tratamiento. Los contratos conductuales son acuerdos escritos entre el o la profesional y aquella persona que quiere llevar a cabo un cambio en su conducta, en el que se hacen explícitas las acciones que están de acuerdo en llevar a cabo. Pueden realizarse tanto de forma escrita como verbalmente.

En el abordaje del tabaquismo el contrato se firma al inicio del tratamiento y se establecen las cláusulas que cada paciente está dispuesto/a a firmar: acudir a todas las consultas, realizar las tareas que se propongan, dejar de fumar el día establecido, cumplir el tratamiento....

Cada profesional también puede firmar dicho contrato y puede establecer algún compromiso, como por ejemplo seguirle en el tratamiento, resolver todas las dudas que tenga, facilitarle información real y científica, etc.

Ejemplo:

Yo,, me comprometo a dejar de fumar el día, a asistir a todas las consultas que se han programado y a realizar las tareas que me propongan.

Fdo.

4.1.4. Entrenamiento en autoinstrucciones

Consiste en que la persona se concentre en palabras que le sugieran qué es lo que debe hacer o sentir. "Se entrena a cada individuo para que haga sugerencias y comentarios específicos que guíen su propia conducta de modo parecido a ser instruidos por alguien más." (Kazdin, 1996). Si al tener ganas de fumar, se dice mentalmente "*no puedo aguantar, necesito un cigarrillo, voy a explotar, me estoy poniendo muy nervioso/a*", se producirá malestar, nerviosismo y ansiedad que aumentarán las probabilidades de una caída o recaída. En cambio si se dice que "*es normal que tenga ganas, ya me lo explicó mi médico/a, cambiaré de actividad para distraerme, saldré a dar un paseo, seguro que respirar*

aire puro me ayuda, conseguiré permanecer sin fumar", el estado de ánimo será diferente y será más probable mantenerse abstinente. (Anexo 7 pág. 195).

4.1.5. Resolución de problemas

Se entiende por problema cualquier situación (real o imaginaria) que requiere una respuesta eficaz de la que no se dispone. Al no disponer de una solución eficaz, es muy probable que el problema genere estrés, ansiedad u otros estados emocionales negativos.

La resolución de problemas es una estrategia de cinco pasos para encontrar solución a las dificultades con las que cada paciente se encuentra. Se describen los pasos a seguir en el ejemplo:

- ✱ Definir el problema de forma precisa: *"estado ansioso tras una discusión con la pareja"*.
- ✱ Desarrollar soluciones alternativas ("tormenta de ideas"). Se trata de encontrar la mayor variedad de posibles soluciones. En esta etapa, ninguna idea es mala, cualquiera puede ser la solución: *"salir a dar un paseo, llamar a un amigo para charlar, leer un libro, jugar a una consola, ir al cine"*.
- ✱ Evaluar las ideas generadas, eligiendo la más factible y con más posibilidades de tener éxito y ejecutarla: *"llamar a un amigo o amiga que no fume para charlar"*.
- ✱ Evaluar los resultados: *"me tranquilizo y me siento bien por no haber fumado"*.
- ✱ Reiniciar el proceso, de encontrarse necesario.

4.1.6. Detención del pensamiento

Con esta técnica "se entrena a la persona para que excluya, incluso antes de su formulación, cualquier pensamiento indeseable o improductivo" (Wolpe, 1993).

Consta de los siguientes pasos (Anexo 7, pág. 194):



- * Detectar los pensamientos no deseados (*“necesito un cigarrillo, estoy fatal, no aguanto más”*).
- * Detener dichos pensamientos diciéndose, ya sea en voz alta o mentalmente, la palabra BASTA, STOP o VALE.
- * Respirar profundamente.
- * Realizar una actividad para distraer la atención, como por ejemplo contar hacia atrás de 7 en 7 desde 1500.
- * Darse un mensaje positivo, *“qué bien lo estoy haciendo, voy a encontrarme mucho mejor”*.

Si el pensamiento negativo persiste, se repite el proceso.

4.1.7. Control de estímulos y extinción

Consiste en conocer los lugares y situaciones en los que fuma normalmente (si se han realizado los autorregistros se dispone de esta información) y preparar estrategias alternativas para romper la asociación existente. Por ejemplo, si siempre que hablaba por teléfono fumaba, puede resultar útil tener cerca del teléfono una bola antiestrés o un bolígrafo para garabatear; si la persona tiene muy asociado el cigarrillo con el café, puede modificar algunos hábitos, por ejemplo, al terminar de comer levantarse, lavarse los dientes y salir a dar un paseo.

4.1.8. Refuerzo positivo

Se anima al paciente a que anote o exprese los beneficios conseguidos al dejar de fumar, tanto de carácter físico como emocional (ej.: *“llevo una semana sin fumar y he notado que ha mejorado mi aliento, mi respiración y me siento mejor porque lo estoy consiguiendo y pensé que no sería capaz”*) para que consiga mantener sus esfuerzos. Puede animarse al paciente a que busque recompensas a sus logros (ej.: regalarse algo cuando lleve un mes sin fumar o acudir a un masajista).

Se felicitará por cada logro conseguido. En cada cita se dará la enhorabuena a la persona por mantenerse sin fumar y por seguir correctamente el tratamiento.



4.1.9. Técnicas de relajación y respiración

En el proceso de dejar de fumar se producen situaciones, fundamentalmente relacionadas con el síndrome de abstinencia, que pueden generar ansiedad, nerviosismo o irritación.

Existen diferentes tipos de respiración y relajación que pueden ayudar a las personas a sentirse mejor: relajación progresiva o diferencial, entrenamiento autógeno, técnicas de control de la respiración u otros procedimientos (yoga, meditación, visualización).

Se debe animar a los y las pacientes a practicarlas (Anexo 7, pág. 196).

4.1.10. Técnicas de evitación y exposición

Al comienzo del tratamiento podemos recomendar a cada paciente que evite alguna situación que pueda ser problemática al estar asociada a su consumo de tabaco.

Por ejemplo, una de las asociaciones más frecuentes al consumo de tabaco es tomar café. Por ello se aconseja evitar el consumo de café, sustituyéndolo por otro tipo de bebida. Es conveniente explicar que no se trata de abandonar el consumo para siempre, sino de evitarlo los primeros días cuando menos recursos se han desarrollado. Con el tiempo (cuando la persona se sienta segura) tendrá que exponerse.

Otras situaciones a las que se puede aplicar esta técnica son: echar la partida, salir de cena, ir a celebraciones o el consumo de alcohol, que además de estar asociado al de tabaco disminuye la percepción de riesgo, produce sensación de falso control y la persona se puede encontrar fumando sin darse cuenta.

4.1.11. Apoyo social

Se aconseja a cada paciente a buscar, dentro de su red social, posibles apoyos que le acompañen y ayuden durante su proceso de dejar de fumar. El objetivo es que, ante posibles momentos de falta de motivación o de ambivalencia, la persona tenga alguien a quien recurrir. Es recomendable que estas personas no sean fumadoras.



4.1.12. Tarjetas recordatorio

Son textos con mensajes positivos y reforzadores para la persona que está dejando de fumar que subrayan el esfuerzo que está haciendo y su capacidad para conseguirlo. Pueden estar escritos por la propia persona o por sus familiares, amistades, compañeros y compañeras de trabajo y pueden colocarse en lugares visibles de la casa o llevarlos consigo.

Ejemplos:

Qué bien lo estás haciendo papá. Sabemos que lo vas a conseguir. Estamos muy orgullosos de ti.

Muy bien, Mari. ¡Tú sí que vales! Enhorabuena por tu primer mes sin fumar.

4.2. Intervenciones motivacionales

4.2.1. Estrategias motivacionales

Como ya se ha explicado anteriormente y siguiendo el modelo teórico de *Etapas de cambio* (Capítulo 2, pág. 21), habitualmente la persona fumadora no decide dejar de fumar de un día para otro, la decisión forma parte de un proceso en el que se pasa por una serie de etapas.

La **toma de decisiones** es una parte fundamental de dicho proceso. A menudo, la prisa de los y las profesionales porque sus pacientes cambien y realicen conductas saludables, puede hacer que les recomienden estrategias y ejercicios diseñados para una determinada *etapa de cambio* sin que estén preparados para ello (por ejemplo, se pretende que la persona fumadora salga de la consulta con un *día D* para dejar de fumar sin que haya tomado la firme decisión de hacerlo, es decir, sin que haya establecido el compromiso para el cambio).

Dejar de fumar requiere cambios de conducta, de estilos de vida; si la persona no ha tomado la decisión de cambiar no se esforzará lo suficiente y seguramente aparecerán resistencias y fracasos porque se le



impondrá un ritmo diferente al que puede asumir.

Este compromiso sólo puede establecerlo la propia persona, pero existen estrategias que pueden acelerar el proceso. A continuación se señalan algunas:

Ofrecer consejo. Es necesario explicar por qué el cambio es importante y recomendar un cambio específico (dejar de fumar o no exponerse al HAT).

El consejo debe ser:

- * **Personalizado** (no es efectivo decirle a una persona joven que el tabaquismo es el responsable del 90% de los casos de EPOC, porque las enfermedades no son percibidas como algo cercano por la juventud: será más adecuado hablarle, por ejemplo, de la apariencia física o de la manipulación de la industria tabaquera).
- * **Comprensible** y adaptado a la persona que tenemos delante, a su nivel cultural, social, profesional.
- * **Veraz** (si una persona confiesa su miedo a coger peso, no se le puede decir que no engordará, sino que conviene explicarle qué sucede con el metabolismo cuando se deja de fumar y enseñarle las estrategias o herramientas necesarias para que no engorde).
- * **Positivo** (hablar siempre de beneficios y ventajas de dejar de fumar, más que de las enfermedades).
- * **Empático** (poniéndose en la piel de cada paciente y recordando que es una adicción y como tal, el proceso de abandono puede entrañar dificultades).

Eliminar obstáculos. Conviene identificar los obstáculos que pueden dificultar el acceso al tratamiento y la adherencia al mismo de las personas que han decidido dejar de fumar y, en la medida de las posibilidades, disminuirlos al máximo. Algunos de estos obstáculos pueden ser físicos, como el clima, los horarios, el espacio, el lugar; y otros pueden ser obstáculos cognitivos como falsas expectativas sobre el tratamiento, creencias erróneas, miedos...

Ofrecer alternativas. Cuando la persona tiene la sensación de elegir, la motivación para el cambio aumenta. Si existen varias posibilidades terapéuticas, es recomendable exponerlas y que sea la propia persona



quien decida cuál es mejor para ella.

Por ejemplo, en ausencia de contraindicaciones, se pueden explicar los diferentes tratamientos farmacológicos que existen y que sea la persona quien elija cuál prefiere.

En el tratamiento individual se puede pactar qué día dejará de fumar, mejor que imponerlo; cada cuánto tiempo serán las sesiones, si una vez a la semana, si cada quince días, si serán 5 visitas, si bastará con 3...

Disminuir la deseabilidad. Si una conducta se mantiene es porque se obtiene un beneficio o por lo menos la persona percibe un beneficio. Para hacer menos deseable una conducta, lo primero que se debe saber es qué aporta dicha conducta a cada paciente, ¿por qué es deseable fumar? Una vez conocidos estos aspectos se debe hacer que **encuentre deseable no fumar** destacando todos los beneficios y mejoras que se obtienen al dejar de fumar (Anexo 2, pág. 143).

A continuación se enumeran algunas de las razones que aparecen con más frecuencia en la práctica diaria y posibles respuestas.

- ✱ *“Porque me tranquiliza”*: Al contrario de lo que la mayoría de la gente piensa, la nicotina produce ansiedad (es ansiogénica); lo que suele ocurrir es que, unos minutos después de fumar el último cigarrillo aparece el síndrome de abstinencia y la ansiedad es uno de los síntomas que pueden darse y no se calmará hasta fumar otro cigarrillo. Una vez que deje de fumar todos estos síntomas desaparecerán.
- ✱ *“Porque me ayuda a controlar el peso”*: Es cierto que las personas que fuman suelen estar 2 ó 3 kilos por debajo de su peso real, pero existen otras técnicas mucho más saludables y que no son tóxicas para controlar el peso. Le daremos consejos e ideas para que no engorde, pero es importante que recomendar el ejercicio físico y que vigile su alimentación durante los primeros meses.
- ✱ *“Porque lo he hecho siempre”*: No es muy razonable mantener una conducta por el hecho de haberla estado realizando durante mucho tiempo si nos está produciendo daño. Se pueden buscar otras conductas alternativas que sean placenteras y no perjudiquen: la lectura, el deporte, el cine, la jardinería, manualidades...
- ✱ *“Porque me acompaña”*: Es verdad que el cigarrillo ha podido ser

percibido como un acompañante perfecto porque siempre estaba cuando se le necesitaba, pero es un mal compañero porque produce grandes daños en el organismo. Se pueden buscar aliados y compañeros mucho mejores.

Practicar la empatía. Saber ponerse en el lugar de cada paciente, comprendiéndole, mostrando interés por sus sentimientos (*“sé que dejar de fumar es un proceso difícil que requiere mucho esfuerzo”, “entiendo que esté preocupado/a, que tenga dudas”*). Esto no significa estar de acuerdo. Es conveniente evitar frases como: *“sé exactamente lo que siente”, “estoy totalmente de acuerdo con usted”, “yo me sentí igual”* y, en general, evitar los ejemplos personales porque no son más que eso y no reflejan el amplio abanico de posibilidades que se pueden ver en la consulta diaria. Se acompaña de escucha activa, acercamiento postural, etc.

Ofrecer retroalimentación (feedback). Hay pacientes que afirman que fumar no les perjudica porque no han notado ningún deterioro físico. Normalmente estas personas tienen menos motivación para el cambio.

Determinadas pruebas objetivas pueden ayudar a modificar esta idea (mediciones de cotinina, tensión arterial, espirometría....) ofreciendo resultados que pueden mostrar que se están produciendo alteraciones en el organismo.

Una prueba económica, rápida y muy fácil de realizar es la cooximetría (en todos los centros de salud de Cantabria existe un cooxímetro a disposición de los sanitarios). Permite averiguar el nivel de monóxido de carbono en aire espirado. Se puede explicar cómo el monóxido de carbono (CO) compite con el oxígeno e impide que nuestra sangre esté oxigenada y las repercusiones que esto tiene en nuestro organismo. Podemos realizar una cooximetría a una persona que no fume para mostrarle la diferencia. Además esta prueba es muy reforzante para la persona ya que comprueba cómo en poco tiempo sus índices de monóxido de carbono disminuyen hasta desaparecer, una vez que deja de fumar.

Aclarar objetivos y expectativas. Muchas veces las expectativas de la persona en tratamiento no coinciden con los objetivos del profesional. Es fundamental para el proceso aclarar estas diferencias en cuanto se detecten. Puede que los objetivos que tenga el paciente sean poco realistas o complicados o más difíciles de cumplir de lo recomendable,



pero debe tenerse en cuenta que si cada profesional intenta imponer sus propios objetivos puede precipitar un abandono del tratamiento.

Por ejemplo: puede que la persona venga con el objetivo de reducir su consumo de tabaco. Se ha demostrado que no existe un consumo seguro y que lo realmente saludable es dejar de fumar totalmente. Si se impone este criterio, se producirá una resistencia que puede derivar en una falta de compromiso y abandono (o pérdida). Pero si se acepta su decisión, seguirá acudiendo a consulta y se dispondrá de más tiempo para explicarle que es más fácil dejar de fumar por completo que reducir, que para quien fuma de manera regular X cigarrillos es muy difícil mantenerse en la mitad del consumo, se explicarán los diferentes tratamientos eficaces que pueden ayudarle...

Cuando se pregunta a cada paciente el motivo por el que solicita ayuda para dejar de fumar, hay quien refiere que busca *“una pastilla que usó un amigo y le quitó las ganas de fumar”* o bien *“vengo a que me quite de fumar”*. Se deben reformular estas falsas expectativas, explicar que no existen pastillas mágicas, que no todas las personas responden igual al mismo tratamiento farmacológico, que algunas personas no son dependientes y que las ganas de fumar no desaparecen milagrosamente. Y, sobre todo, explicarles su protagonismo y responsabilidad en el proceso, si no la persona será un sujeto pasivo que no aportará soluciones, simplemente las demandará, lo que disminuirá las posibilidades de éxito a largo plazo.

Ofrecer ayuda activa. Ofrecer un número de teléfono al que pueda llamar si tiene dudas, posibilitarle concertar una nueva cita si la necesita, facilitarle alguna guía informativa de algún tema concreto que le preocupe, derivarle a otro servicio si lo precisa, proveerle de una guía con los recursos disponibles...

4.2.2. La entrevista motivacional

La entrevista motivacional (EM) puede ser beneficiosa para estimular cambios de conducta en algunas afecciones de alta prevalencia en Atención Primaria (Rivera, 2008) y ha demostrado ser eficaz incluso al realizarla de forma abreviada.

Realizar una intervención motivacional breve puede durar entre 30 segundos y 15 minutos y puede mejorar los resultados.

La Entrevista Motivacional es una forma concreta de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes (Miller y Rollnick, 1991).

Los consejos realizados por profesionales sanitarios no son siempre suficientes para inducir cambios en las personas. El objetivo de la EM es aumentar la motivación intrínseca de cada paciente para que sea la persona quien elija cambiar y no sea algo impuesto.

La Entrevista Motivacional se sustenta en 4 **principios básicos**:

Expresar empatía. Empatía es el conjunto de capacidades que nos permiten reconocer y entender las emociones de los demás, sus motivaciones y las razones que explican su comportamiento. Es la capacidad de ponerse en el lugar del otro. La empatía no presupone valoración alguna del otro, no se juzga, ni se critica, ni se culpabiliza. *La empatía del terapeuta es la base sobre la que se construye el proceso terapéutico.* (Othmer, 1995). La empatía ayuda a comunicarse y transmite aceptación y confianza, fomentando una escucha activa y reflexiva.

Promover la autoeficacia. *Autoeficacia es la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados* (Bandura, 1995) e influye en cómo la gente piensa, siente y actúa.

Existe una estrecha relación entre una alta autoeficacia y las conductas de salud: las personas con alta autoeficacia invierten más esfuerzo, son más persistentes y mantienen mayor compromiso con sus metas (Bandura, 1997).

Si la persona no se considera capaz de dejar de fumar, no lo intentará o por lo menos no realizará un intento serio. Existen estrategias que pueden fomentar la autoeficacia:

- ✱ Trabajar sobre éxitos. En las sesiones de preparación se pide a cada paciente que realice tareas más o menos sencillas. Sirven como entrenamiento y para darse cuenta de que se es capaz de realizarlas.
- ✱ Subrayar y hacer conscientes los logros de cada persona, tanto los que va consiguiendo día a día en el tratamiento, como logros importantes de su vida.
- ✱ Comprobar que alguien de condiciones parecidas a las propias ha



sido capaz de hacer aquello que la persona se plantea hacer, aumenta la confianza en sí mismo. Se puede pedir a cada paciente que piense en personas cercanas con las que se identifique y que hayan conseguido dejar de fumar.

- ✱ Explicar a cada paciente adecuadamente el síndrome de abstinencia para que no le sorprenda. Indicarle que es algo normal en el proceso de dejar de fumar y dotarle de estrategias para hacer frente a los síntomas.
- ✱ Facilitar entrenamiento en solución de problemas, en relajación, respiración...
- ✱ Enumerar los beneficios personales de dejar de fumar.
- ✱ Mostrar confianza, manifestando nuestro convencimiento de la capacidad y posibilidad de la persona para dejar de fumar.
- ✱ Relativizar los fracasos: si lo ha intentado en otras ocasiones y no lo ha conseguido pudo haber sido por un tratamiento inadecuado, un momento inoportuno, falta de motivación...

Crear una discrepancia. *La motivación para el cambio se crea cuando las personas perciben una discrepancia entre su conducta actual y sus objetivos personales más importantes* (Miller, 1985). Por ejemplo, si una mujer quiere quedarse embarazada y su matrona le explica los riesgos que corren tanto ella como su futuro bebé si continúa fumando, se puede producir una incongruencia entre su objetivo (evitar riesgos en su embarazo para que su hijo nazca sano) y su conducta actual (seguir fumando). Sin embargo, esto no le ocurrirá a todas las mujeres. Es fundamental que cada persona reflexione sobre sus propias razones para cambiar y encuentre su propia discrepancia.

Darle un giro a la resistencia. Cuanto más se resista una persona, con menos probabilidad cambiará (Miller y Sovereign, 1989) porque una resistencia elevada está asociada a un mayor abandono del tratamiento (Chamberlain y col., 1984).

La aparición de la resistencia indica que no se están utilizando las herramientas adecuadas para el estadio de cambio en el que se encuentra cada paciente.

Algunos signos de resistencia son que la persona fumadora argumente y dude de la profesionalidad del terapeuta, que interrumpa constante-



mente, que discuta, que no reconozca que tiene un problema, que no coopere o que ignore al terapeuta.

Muchas veces la resistencia aparece porque la persona ve amenazada su capacidad para elegir. Se debe subrayar que es ella quien decide cómo se desarrollará el proceso: las decisiones parten de cada paciente y cada profesional solo les estimulan.

TÉCNICAS DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Se utilizan para inducir al paciente a que hable, para que se exprese y sea la propia persona quien facilite un lenguaje de cambio, verbalice por qué considera que el cambio es importante y para que exponga sus ambivalencias y sus miedos.

Preguntas abiertas. Son aquellas que no pueden ser contestadas con una o dos palabras, sino que invitan a un amplio abanico de posibilidades de respuesta. Por ejemplo: *“¿cuáles son los motivos por los que quiere dejar de fumar?”*, *“¿cómo recuerda la época en la que empezó a fumar?”*, *“¿qué siente cuando tiene que salir a media película en el cine porque tiene que fumar un cigarrillo?”*

Escucha reflexiva. Introduce la bidireccionalidad de la comunicación, es decir, no se trata sólo de escuchar –que es fundamental- sino de que cada profesional responda para mostrar que ha escuchado y que está entendiendo cómo se siente la persona. Algunos de los reflejos o afirmaciones reflexivas son:

- ✱ Repetir alguna palabra utilizada por el/la paciente para que siga hablando.
- ✱ Refraseo: similar a lo anterior pero modificando alguna palabra o usando sinónimos. Sirve para clarificar.
- ✱ Parafraseo: mediante la utilización de otras palabras, devuelve a cada paciente lo que se ha entendido de lo que ha dicho.
- ✱ Clarificación: se pide a cada paciente que aclare el significado de algo que ha dicho: *“cuando dice que es fumador social, ¿qué quiere decir exactamente?”*



- * **Señalamiento emocional:** consiste en utilizar frases que muestren sentimientos: *“parece que se siente nervioso”, “me parece que está preocupada”*.

Reestructuración positiva o afirmaciones que destacan los aspectos positivos de lo que ha dicho la persona. *“Parece una persona con muchas capacidades y que consigue lo que se propone”, “creo que es muy importante que quiera dejar de fumar”*. La reestructuración positiva es útil para fomentar la autoeficacia.

Resumir. Al resumir se comprueba si se ha entendido al paciente, se ponen de manifiesto sus ambivalencias y se enfatiza lo que se considera más importante.

Provocar afirmaciones automotivadoras. En la entrevista motivacional la persona presenta las razones para cambiar. Es tarea del terapeuta facilitar la expresión de las mismas (Miller, 1983). Estas afirmaciones pueden agruparse en cuatro categorías:

- * **Reconocimiento del problema:** *“pues es cierto que por la mañanas toso bastante”, “últimamente no aguanto todo el partido, me tengo que ir al banquillo antes de tiempo”*.
- * **Expresión de preocupación:** *“estoy preocupada porque cada día fumo más”, “me siento muy mal cuando fumo delante de mi hija”*.
- * **Intención de cambio:** *“realmente tengo que dejar de fumar”, “no quiero seguir así”*.
- * **Optimismo:** *“seguro que puedo hacerlo”, “mi familia se sentirá orgullosa de mí”*.

Para que cada paciente exprese estas afirmaciones, es el terapeuta, a través de preguntas evocadoras, quien tiene que hacer que surjan: *“¿qué dificultades cree que tendrá al dejar de fumar?”, “¿por qué cree que este es un buen momento para dejar de fumar?”*

La motivación fluctúa. Existen estrategias para incrementarla. Podemos aumentar la motivación para dejar de fumar.

Las intervenciones motivacionales breves pueden durar desde 30 segundos a 15 minutos.

La Entrevista Motivacional ha demostrado su eficacia para agilizar el proceso de dejar de fumar y aumentar la motivación de los y las pacientes. Es una herramienta útil.

Existen estrategias que pueden aumentar la motivación:

- ◆ Ofrecer consejo.
- ◆ Eliminar obstáculos.
- ◆ Ofrecer alternativas.
- ◆ Disminuir la deseabilidad.
- ◆ Practicar la empatía.
- ◆ Ofrecer retroalimentación.
- ◆ Aclarar objetivos y expectativas.
- ◆ Ofrecer ayuda activa.

Los principios básicos de la EM son:

- ◆ Expresar empatía.
- ◆ Evitar la discrepancia.
- ◆ Fomentar la autoeficacia.
- ◆ Darle un giro a la resistencia.

Las técnicas de la EM:

- ◆ Realizar preguntas abiertas.
- ◆ Escucha reflexiva.
- ◆ Reestructuración positiva.
- ◆ Resumir.
- ◆ Provocar afirmaciones automotivadoras.



4.3. Prevención de recaídas

Se denomina recaída a la vuelta al consumo de tabaco y los pensamientos y sentimientos asociados al mismo tras la deshabituación. Cuando se produce un consumo aislado o esporádico se le llama desliz o caída.

RECAÍDA: vuelta al consumo de tabaco tras la deshabituación.

CAÍDA: consumo puntual de tabaco dentro del proceso de deshabituación.

Es importante tener en cuenta que la recaída forma parte del proceso de dejar de fumar y que una parte de nuestros y nuestras pacientes necesitarán más de un intento para conseguir abandonar el consumo de tabaco. La recaída no ha de considerarse como un fracaso terapéutico aunque puede disminuir la motivación tanto de pacientes como de profesionales.

Debemos transmitirles que **la recaída es una experiencia de aprendizaje** de la que pueden sacar provecho, que gracias a ella adquirirán conocimientos sobre las situaciones de riesgo personales, sobre estrategias de afrontamiento, sobre estímulos que precipitan el consumo de tabaco, sobre ideas irracionales y fantasías de control.

Por una recaída nunca hay que renunciar a nuevos intentos, ya que el haber dejado de fumar en alguna ocasión es un factor predictivo positivo de eficacia en un intento posterior (cuantas más veces lo intente más posibilidades tendrá de conseguirlo). Quien recae se ubica de nuevo en uno de los estadios de cambio de Prochaska y Diclemente (Capítulo 2, pág. 21); la forma de afrontar esta recaída determinará si es en precontemplación, donde no hay intención de realizar un nuevo intento, en contemplación, donde prevalece la ambivalencia entre el consumo y la deshabituación o en preparación para la acción, donde está dispuesto a realizar un nuevo intento (esta última posibilidad es la menos frecuente).

Tanto en el tratamiento individual como en el grupal se han encontrado una serie de factores que son predictores de éxito y otros que se asocian más frecuentemente a la recaída. Entre éstos se encuentran (Fiore y col., 2000):



Asimismo, existen multitud de causas por las que recaen quienes fuman, las más repetidas son:

Predictores de éxito	Asociados a la recaída
Alta motivación	Alta dependencia a la nicotina
Fase de preparación para el cambio	Comorbilidad psiquiátrica
Alta percepción de autoeficacia	Alto nivel de estrés percibido
Apoyo social	

- * Los estados emocionales negativos como ira, frustración, ansiedad o tristeza, relacionados en ocasiones con síntomas del síndrome de abstinencia o con un aumento de peso (Anexo 7, págs. 202, 209 y 226).
- * La presión social al consumo, invitaciones o regalos que no se sabe cómo rechazar.
- * Los estados emocionales positivos en situaciones interpersonales, celebraciones familiares o fiestas con amigos (la recaída en este contexto puede estar relacionada con el consumo de alcohol y la pérdida de control que conlleva este consumo).

Dado que el proceso de recaída es algo frecuente, nuestros tratamientos se tienen que orientar no sólo a que las personas dejen de fumar sino a que, una vez que dejen de fumar, se mantengan abstinentes (Be-coña, 1999).

Las técnicas de prevención de recaídas permiten a cada paciente adelantarse y/o enfrentarse a circunstancias que pueden motivar el deseo de fumar u ocasionar una caída.

4.3.1. ¿Cuándo realizar prevención de recaídas?

La mayoría de quienes fuman y lo dejan recaen en los primeros tres meses, por lo que la prevención de recaídas es muy útil desde el primer día de tratamiento.

Es muy importante transmitir que la recaída forma parte del proceso



de abandono aunque hay que ser muy cautos a la hora de hacerlo ya que puede ser una justificación para determinados pacientes que estén “planeando” la recaída.

4.3.2. ¿Cómo hacer prevención de recaídas?

Componentes de las intervenciones de prevención de la recaída:

- ✱ Toda persona que inicia una deshabituación tabáquica debe recibir **felicitaciones**, ánimos y una clara manifestación de interés por parte del profesional para que permanezca abstinente.
- ✱ Aumento del apoyo social, ya que rodearse de un ambiente libre de humo, sin cigarrillos cerca, facilita mantenerse abstinente y no recaer. Una de las tareas de la primera sesión de preparación es comunicar al entorno que se dejará de fumar y buscar una persona **cómplice** a quien se pueda llamar en los momentos de “debilidad”.
- ✱ El/la profesional ha de enfocar la discusión sobre diferentes temas:
 - Los beneficios de dejar de fumar, incidiendo en los que le afectan de manera particular, no de forma genérica (Anexo 2, pág. 143 y Anexo 7, pág. 190).
 - Intentos previos de abandono: estrategias que le sirvieron en ocasiones anteriores, duración de la abstinencia, motivo de la vuelta al consumo (cualquier experiencia previa servirá de ayuda).
 - Problemas surgidos durante la deshabituación o preocupaciones personales (aumento de peso, tristeza, reuniones con amigos).
 - Temores para mantener la abstinencia (baja autoeficacia, baja autoestima, alta dependencia).
- ✱ Reconocer las situaciones de riesgo personales y trabajar posibles afrontamientos alternativos al consumo de tabaco. Si un determinado paciente alude *“tengo una boda y estoy preocupado”*, sería interesante reflexionar sobre las medidas que tomará para evitar fumar: estar cerca de personas no fumadoras, llevar chicles de nicotina, salir a la calle si tiene ganas de fumar, decir “no” si alguien



le ofrece tabaco, no beber alcohol; se trata de hacer un análisis minucioso de las posibles “situaciones problema” y las soluciones o estrategias de afrontamiento (Anexo 7, pág. 139).

- ★ Proveer información básica como, por ejemplo, la naturaleza adictiva del fumar, el hecho de que una sola calada aumenta las posibilidades de una recaída, que el síndrome de abstinencia disminuye tras las dos primeras semanas, que entre sus síntomas se encuentran estados de ánimo negativos, “urgencias” de fumar y dificultad de concentración.
- ★ Estrategias de distracción:
 - Cambiar los pensamientos positivos asociados al consumo, “*por uno no pasa nada*”, “*después de un día horrible me merezco fumar un cigarro*” por pensamientos positivos asociados a la abstinencia, “*cada día que pasa voy ganando una batalla al cigarrillo*”, “*estoy consiguiendo dejar de fumar y eso es un gran logro*” (Anexo 7, pág. 195).
 - Relajación y actividad física (Anexo 7, pág. 196).
 - Cambio de actividad para retrasar el deseo de fumar: si aparece un deseo aparentemente irresistible de fumar y la persona consigue cambiar de actividad y ocupar su mente, le será más sencillo “olvidar” el tabaco (se puede utilizar alguna técnica como la detención del pensamiento) (Anexo 7, pág. 194).

4.3.3. ¿Qué hacer ante una caída?

Analizar la situación permitirá a la persona aprender del desliz, descubrir cuáles son sus situaciones de riesgo (cuando sale por la noche, cuando bebe alcohol, las reuniones con amigos), qué tipo de pensamientos preceden al consumo (por uno no pasa nada; si todo el mundo fuma yo también puedo hacerlo; total, no es tan malo) y buscar respuestas alternativas al consumo de tabaco ante esas situaciones en el futuro.

- ★ Qué sucedió:
 - Dónde y con quién estaba.



- Qué pensó y qué sintió.
- Qué hizo (cómo consiguió el tabaco, dónde fumó el cigarrillo, si fue solo o acompañado).
- * Y lo más importante:
 - ¿Qué podría haber hecho en lugar de fumar?: se trata de generar el mayor número de alternativas posibles de cara a una futura situación de riesgo.
 - Renovar el compromiso.

4.3.4. ¿Qué hacer ante una recaída?

- * Preguntar si quiere retomar el intento de abandono.
- * Si quiere: ofrecer apoyo y planear el nuevo intento.
- * Si no quiere:
 - Ofrecerse para cuando sea el momento, dejar la puerta abierta.
 - Realizar intervenciones oportunistas cuando acuda a consulta.
 - Concretar una cita futura con el objetivo de trabajar la motivación y el avance en la fase de cambio.





Bibliografía

Abrams DB, Niaura R, Brown RA, Emmons KM, Goldstein MG, Monti PM. The tobacco dependence treatment handbook: a guide to best practices. Nueva York: Guilford Press 2003.

Álvarez S y Benito BM. Seguimiento del fumador con psicoterapia individual. En: Experto Universitario en Tabaquismo y Técnicas de Deshabituación. Módulo 1, Capítulo 2. Galán Parra MD y García Martín F (ed.). Facultad de Farmacia. Universidad de Sevilla. CD-ROM. Sevilla, 2006.

Becoña E y Vázquez FL Recaídas en tabaquismo: factores y causas. En JJ Meana, I Márquez y L Pantoja (eds.). Nicotina y tabaquismo: nuevas perspectivas 1999.

Miller W y Rollnick S. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Paidós, 1999.

Olivari Medina C y Urra Median E. *Autoeficacia y conductas de salud*. Ciencia y enfermería XIII (1): 9-15, 2007.

Pereiro C (coord.). Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica. Tabaco. Socidrogalcohol 2008.

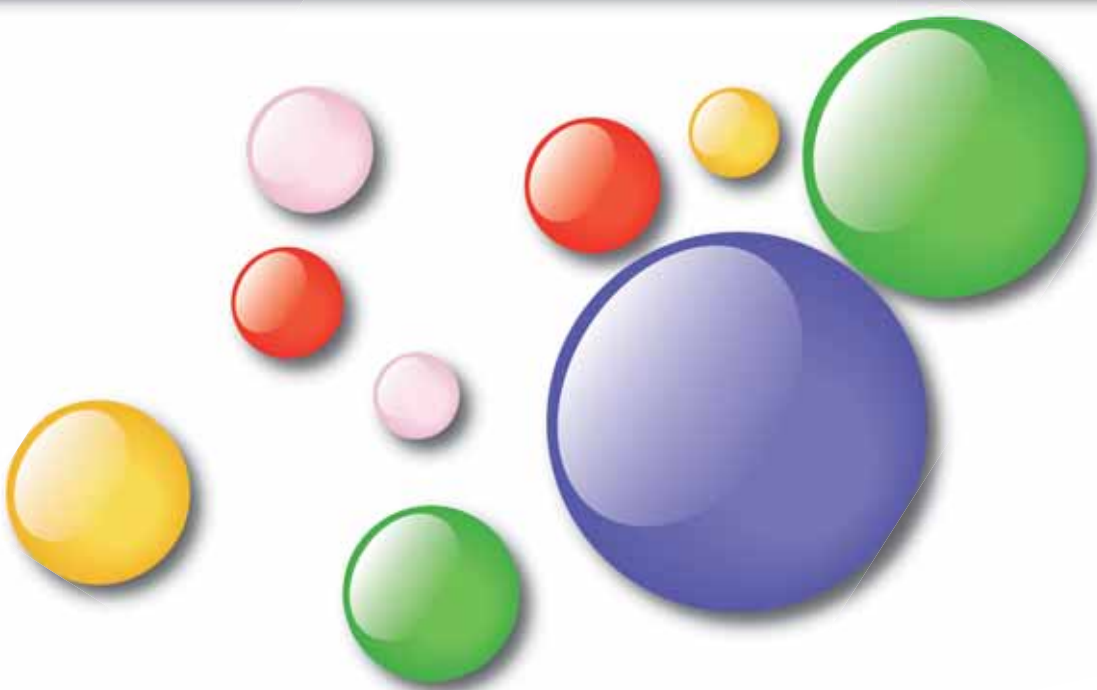
Pereiro C (coord.). Tabaquismo. Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica. Barcelona, 2008.

Quesada M, Carreras JM y Sánchez L. Recaída en el abandono del consumo de tabaco: una revisión. Adicciones 2002 (14):65-78.

Solange Rivera Mercado, M. Francisca Villouta Cassinellib y Andrés Ilabaca Grez. *Entrevista motivacional: ¿cuál es su efectividad en problemas prevalentes de la atención primaria?* Aten Primaria. 2008; 40(5):257-61.



5. HERRAMIENTAS FARMACOLÓGICAS





El tratamiento más eficaz de la dependencia tabáquica requiere el uso de múltiples modalidades clínicas. La medicación es parte importante de un abordaje multicomponente.

Hoy se dispone de medicamentos eficaces para tratar la dependencia al tabaco y cada profesional sanitario debe animar a quienes hagan un intento para dejar de fumar a que los utilicen.

5.1. Medicaciones de primera línea

La Guía Americana establece siete fármacos de primera línea como eficaces para el tratamiento del tabaquismo. Está documentado que cada uno de ellos incrementa significativamente los índices de abstinencia de consumo de tabaco a largo plazo.

Estos fármacos son: vareniclina, hidrocloruro de bupropión, parches de nicotina, chicles de nicotina, comprimidos de nicotina, spray nasal de nicotina e inhalador de nicotina; en España están disponibles los cinco primeros.

5.1.1. Terapia sustitutiva con nicotina (tsn)

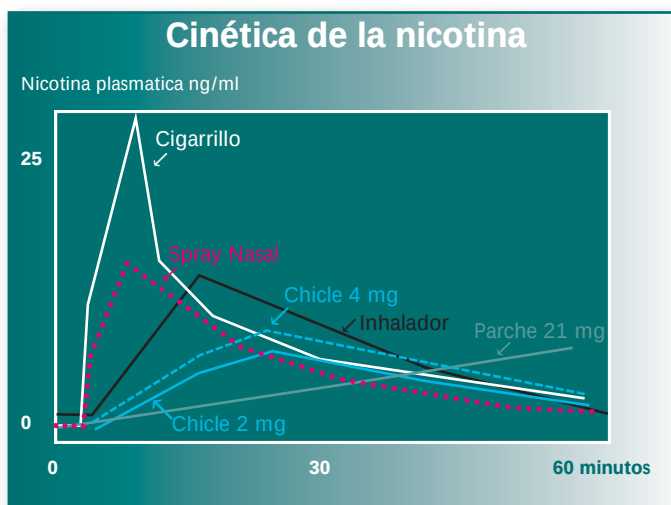
El primer chicle con nicotina fue desarrollado por A.B. Leo en Suecia en 1971 como sustituto de los cigarrillos para la tripulación de los submarinos. En 1973, Ferno, Lungrew y Lichtneckert desarrollaron la goma de polacrilex de nicotina.

Las distintas formas de uso de TSN no precisan prescripción médica, por lo que pueden ser recomendadas por cualquier profesional sanitario.

Mecanismo de acción

Consiste en la administración de nicotina pura por una vía diferente a

la del consumo de tabaco para mitigar al máximo los síntomas desagradables de la abstinencia que manifiestan quienes fuman al dejar de fumar. La TSN busca conseguir nicotinemias entre 10-30 ng/ml, sin los picos altos y rápidos que se obtienen al fumar, por lo que la posibilidad de que se produzca dependencia es muy baja.



Las formas de administración disponibles en España son:

Parches: liberación sostenida de nicotina por vía transdérmica.

Chicles y comprimidos: son formas de liberación “puntual”. La nicotina se libera durante la masticación y es absorbida por vía digestiva.

Eficacia

La TSN es eficaz en sí misma, pero se obtienen mejores resultados combinando otros tipos de abordaje.

Todas las presentaciones incrementan entre 1,5 y 2 veces la probabilidad de dejar de fumar.

Instrucciones de uso

Parches: existen dos presentaciones, de 16 horas (con dosis de 15 mg,



10 mg, y 5 mg) y de 24 horas (con dosis de 21mg, 14 mg y 7mg) según el tiempo que tarda en liberarse la nicotina. Ambas tienen una eficacia similar. Se suele empezar con las dosis más altas para ir disminuyendo gradualmente. Cada profesional debe individualizar el tratamiento en función de las características específicas de cada paciente, tales como experiencia previa con los parches, cantidad que fuma, grado de dependencia, etc. Se debe considerar el tratamiento con un parche de dosis baja en pacientes que fuman menos de 10 cigarrillos/día.

Al comienzo de cada día, se debe colocarse un nuevo parche en una zona con poco pelo, típicamente entre el cuello y la cintura (evitando las mamas), rotando el sitio para reducir la posible irritación cutánea.

Los parches deben ser aplicados tan pronto como la persona se levanta en su día D. En pacientes que fuman su primer cigarrillo en los primeros 30 minutos tras levantarse, es conveniente pautar un parche la noche anterior al día D, cambiándole por uno nuevo por la mañana. En pacientes que experimentan problemas de sueño, se debe usar el parche de 16 horas (diseñado para su uso cuando el paciente está despierto) o quitarse el parche de 24 horas antes de acostarse.

Chicles: están disponibles en piezas con dosis de 2 mg y de 4 mg. Se pueden utilizar pautados o a demanda. El chicle de 2 mg está recomendado para pacientes que fuman menos de 25 cigarrillos al día mientras que el de 4 mg está recomendado para pacientes que fuman 25 o más cigarrillos al día. En general, los chicles deben usarse hasta un máximo de 12 semanas, no utilizando más de 24 piezas/día. Cada profesional debe ajustar la dosis y la duración del tratamiento a las necesidades de cada paciente.

Es importante explicar la técnica de mascado y que se trata de un tratamiento, no de una golosina.

El chicle debe ser masticado lentamente hasta notar un sabor “picante”, entonces se deposita entre la mejilla y la encía para facilitar la absorción de la nicotina a través de la mucosa oral. El chicle debe ser masticado lentamente y de manera intermitente “masticar y depositar” durante alrededor de 30 minutos o hasta que desaparece el sabor.

Las bebidas ácidas (café, zumos, refrescos) interfieren con la absorción oral de la nicotina por lo que se debe evitar el comer y beber (excepto agua) 15 minutos antes y durante el consumo.



Los pacientes a menudo no utilizan suficientes chicles para obtener el máximo beneficio: mastican pocas piezas al día y no utilizan el chicle el suficiente número de semanas. En algunos casos, prescribir los chicles con una pauta fija (al menos una pieza cada 1-2 horas (durante al menos 1-3 meses) puede ser más beneficioso que la utilización a voluntad.

Comprimidos: no precisan masticación ni se pegan en los dientes. Están disponibles con dosis de 1 y de 2 mg. Por su farmacocinética, el comprimido de 1 mg equivale al chicle de 2 mg y el comprimido de 2 mg equivaldría a un chicle de 3 mg. No deben ser masticados, sino disueltos lentamente en la boca por un período de 20-30 minutos. En general los comprimidos deben ser utilizados hasta 12 semanas, no utilizando más de 25 comprimidos/día. Cada profesional debe ajustar la dosis y duración del tratamiento a las necesidades de cada paciente.

Al igual que con los chicles, un error frecuente es la infrautilización: se toman pocas piezas al día y no se utilizan los comprimidos el suficiente número de semanas. Prescribir los comprimidos con una pauta fija (al menos uno cada 1-2 horas) durante al menos 1-3 meses puede ser más beneficioso que la utilización a voluntad.

La Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo establece la siguiente pauta orientativa según número de cigarrillos fumados, valoración del Test de Fagerström abreviado y resultado de la cooximetría:

NCD	TFa	CO	TIPOS DE TRATAMIENTO		
	Puntos		Chicle	Parche 24 h	Parche 16 h
10-19	0-2	< 15	2 mg 8-10 piezas/día 8-10 semanas	21 mg 4 s 14 mg 4 s	15 mg 4-6 s 10 mg 2-4 s
20-30	3 – 4	15 – 30	4 mg/90 min 12 s	21 mg 4 s 14 mg 4 s 7 mg 4 s	15+10mg 4s 15 mg 4 s 10 mg 4 s
> 30	5-6	> 30	4 mg/60 min 12 s	21 mg 6 s 14 mg 4 s 7 mg 2 s	15+10mg 6s 15 mg 4 s 10 mg 2 s
NCD-nº de cigarrillos/día; TFa-test de Fagerström abreviado; CO- cooximetría					



Efectos adversos

Parches: Más del 50% de quienes utilizan los parches de nicotina presentan una reacción cutánea local. Usualmente son leves y autolimitadas, pero pueden empeorar con el curso del tratamiento. Tratamiento tópico con corticoides y rotar los parches de sitio puede aminorar las reacciones locales. En menos del 5%, las reacciones pueden requerir la suspensión del tratamiento.

Otros efectos secundarios menos frecuentes son insomnio y/o sueños vívidos, cefalea, mialgias, mareos o dispepsia.

Chicles: Úlceras bucales (linguales y orofaríngeas), dolor de garganta, cefalea, mareos, mialgia, sequedad de boca, hipo, dispepsia, mal sabor de boca, molestias dentales, dolor de mandíbula, palpitaciones, hipertensión.. Estos efectos son generalmente leves y transitorios, y a menudo pueden ser aliviados corrigiendo el modo de utilizar el chicle

Comprimidos: Los más comunes son sequedad de boca, indigestión, náuseas, hipo, epigastria, flatulencia, sequedad de garganta e irregularidades del latido cardíaco. Estos efectos son generalmente leves y transitorios y a menudo pueden ser aliviados ajustando la dosis o la forma en que los pacientes utilizan los comprimidos.

Precauciones

Embarazo – Las fumadoras embarazadas deben ser animadas a dejar de fumar sin tratamiento farmacológico. Valorar si el aumento de la abstinencia, con sus potenciales beneficios, sobrepasa el riesgo del tratamiento con TSN. Lo mismo sucede en la mujer lactante.

Parches: En general, el riesgo derivado de la utilización de los parches de nicotina se considera menor que el que implica seguir fumando.

Utilizar valorando los riesgos frente a los beneficios en pacientes con cardiomiopatía hipertrófica, hipertiroidismo, feocromocitoma, diabetes mellitus, e insuficiencia renal o hepática

Contraindicaciones

Generales de todas las presentaciones:

- * Úlcera gastroduodenal activa



- * Infarto de miocardio reciente (menos de 4 semanas)
- * Arritmias severas
- * Angina de pecho inestable

Parches: Enfermedades dermatológicas generalizadas.

Chicles: Inflamación orofaríngea, patología de la articulación témporo-mandibular y problemas buco-dentales.

Comprimidos: Similares a las de los chicles excepto las relacionadas con la masticación.

Interacciones

Ninguna significativa. Se debe considerar una sobreexposición a la nicotina si la persona continúa fumando mientras utiliza la medicación (sueño alterado, insomnio, mareo, sudoración o dolor abdominal).

Disponibilidad

Cualquiera de las modalidades puede ser adquirida sin receta médica.

Parches: Nicotinell (parches de 24 horas), Nicorette (parches de 16 horas) y Niquitín (parches de 24 horas).

Chicles: Nicorette y Nicotinell de 2mg y de 4 mg.

Comprimidos: Nicotinell comprimidos de 1mg y de 2 mg.

5.1.2. Hidrocloruro de bupropión

Disponible en EEUU desde 1989 como antidepresivo, fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) como primer medicamento no nicotínico para dejar de fumar en 1997. Disponible en España desde octubre de 2000.

Mecanismo de acción

Se desconoce el mecanismo exacto de actuación. Se sabe que es un inhibidor de la recaptación de dopamina y noradrenalina y a dosis ele-



vadas parece que podría actuar como antagonista nicotínico no competitivo. Desde un punto de vista clínico, alivia los síntomas de la abstinencia nicotínica, en especial la ansiedad, dificultad de concentración, desasosiego, irritabilidad, frustración e ira; disminuye el craving y durante su utilización se produce una menor ganancia de peso.

Eficacia

Un meta-análisis con 24 estudios muestra que el tratamiento con bupropión duplica la posibilidad de abstinencia a largo plazo (>5 meses) en relación a placebo.

Instrucciones de uso

Los y las pacientes deben empezar el tratamiento con bupropión SR 1-2 semanas antes del día elegido para dejar de fumar.

Se debe empezar con una dosis de 150 mg por la mañana durante 6 días. En la mayoría de pacientes, esta dosis será suficiente durante todo el tratamiento, lo que disminuye la posible aparición de efectos secundarios, fundamentalmente insomnio.

En algunas personas (alta dependencia, antecedentes de depresión) se aumentará la dosis a 300 mgs/día, en dos tomas de 150 mgs con un intervalo mínimo de 8 horas. Si apareciera insomnio importante, adelantar la toma de la segunda dosis (siempre dejando al menos 8 horas tras la dosis de la mañana) puede proporcionar alivio.

Nunca debe sobrepasarse la dosis de 150 mgs en una sola toma.

El tratamiento debe ser mantenido entre 7-12 semanas después del día D.

Es importante completar todo el tratamiento debido a la posibilidad de éxito tardío (la persona no deja de fumar el día D, pero lo hace durante las siguientes semanas).

Como terapia de mantenimiento, se puede considerar la administración de bupropión hasta 6 meses; recomendable en pacientes que han recaído al retirar la medicación en intentos anteriores.

Algunas personas en tratamiento perderán su deseo de fumar antes del día elegido para hacerlo, o reducirán la cantidad de tabaco espontáneamente.



Bupropión puede combinarse con otros tratamientos para dejar de fumar (Terapia sustitutiva de nicotina: TSN).

Es recomendable no consumir alcohol.

Efectos adversos

En el 1% o más de los individuos que lo toman:

Generales	Dolor cervical, reacción alérgica
Cardiovasculares	Sofocos, hipertensión
Digestivo	Sequedad de boca, aumento del apetito, anorexia
Musculoesquelético	Artralgia, mialgia
Sistema nervioso	Insomnio, inestabilidad, temblor, somnolencia, dificultad de concentración
Respiratorio	Bronquitis
Piel	Prurito, erupción, piel seca, urticaria
Otros	Disgeusia (alteración del sabor de comidas y bebidas)

Precauciones

- ✱ Enfermedades cardiovasculares - En general, bien tolerado; informes poco frecuentes de hipertensión.
- ✱ Se debe tener precaución con aquellas condiciones que disminuyen el umbral convulsivo.
- ✱ Hasta comprobar si se manifiestan efectos secundarios, el paciente debe tener especial precaución al conducir, subir alturas o manejar maquinaria peligrosa.



Contraindicaciones

- * Hipersensibilidad a bupropión o a cualquiera de los componentes de los comprimidos.
- * Trastorno convulsivo actual o cualquier antecedente de convulsiones.
- * Tumor en el sistema nervioso central.
- * Proceso de deshabitación alcohólica o de retirada de benzodiacepinas.
- * Diagnóstico actual o previo de bulimia o anorexia nerviosa.
- * Cirrosis hepática.
- * Uso concomitante con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). Deberán transcurrir por lo menos 14 días entre la interrupción de la administración de IMAO irreversibles y el inicio del tratamiento con bupropión. En cuanto a IMAO reversibles, el periodo depende de la semivida de eliminación plasmática del producto específico.
- * Antecedentes de trastorno bipolar.
- * Embarazo y lactancia.

Interacciones

- * Sin interacciones clínicamente significativas con el consumo de cigarrillos, alimentos y TSN.
- * Hay 3 categorías de drogas que pueden tener interacciones clínicamente significativas con bupropión:
 - drogas que afectan el CYP2B6, como carbamacepina y ciclofosfamida, que pueden alterar el metabolismo del bupropión;
 - drogas metabolizadas por el CYP2D6, como ritonavir, valproato sódico, etc, que pueden aumentar la toxicidad del bupropión; también el bupropión al actuar a este nivel puede aumentar la



toxicidad de algunos fármacos como varios antidepresivos tricíclicos (desipramina, nortriptilina, etc), inhibidores de la recaptación de serotonina (fluoxetina, paroxetina), betabloqueantes (carvedilol, timolol, metoprolol), antiarrítmicos (flecainina, mexiletina), codeína y antipsicóticos (risperidona, haloperidol, trazodona)

- inductores enzimáticos (carbamacepina, fenobarbital, fenitoína) e inhibidores enzimáticos (valproato, cimetidina) pueden alterar su concentración plasmática.
- * El bupropión puede disminuir el umbral convulsivo, por lo que debe ser usado con precaución con medicamentos que también lo disminuyen.
- * La administración conjunta de bupropión con levodopa en enfermos de Parkinson puede aumentar los efectos secundarios de la levodopa.
- * La administración con zolpidem aumenta el riesgo de sufrir alucinaciones.

Disponibilidad

Zyntabac comprimidos de liberación lenta de 150 mgs: Sólo con prescripción médica.

5.1.3. Vareniclina

Es el primer medicamento no nicotínico diseñado específicamente para dejar de fumar, aprobado por la FDA en 2006 y comercializado en España en 2007.

Mecanismo de acción

Es un agonista parcial de los receptores de acetilcolina nicotínicos $\alpha 4\beta 2$ por lo que actúa como agonista y antagonista parcial. Alivia la sintomatología de abstinencia y el craving y reduce los efectos de recompensa y refuerzo del consumo de tabaco al evitar la unión de la nicotina con los receptores $\alpha 4\beta 2$.

Se elimina prácticamente en su totalidad inalterada por vía renal.



Eficacia

Un meta-análisis de cuatro estudios para dosis de 2 mgr/día y de dos estudios para dosis de 1 mg/día concluyen que el uso de 1 mg al día de vareniclina dobla la posibilidad de abstinencia a largo plazo en comparación con placebo, y que el uso de 2 mgr al día la triplica.

Instrucciones de uso

El tratamiento debe iniciarse 1 ó 2 semanas antes del día D.

La vareniclina debe tomarse con un vaso de agua lleno, con o sin alimentos, para reducir las náuseas.

Dosis inicial de 1 comprimido de 0,5 mg una vez al día durante los 3 primeros días; después 1 comprimido de 0,5 mg por la mañana y 1 comprimido de 0,5 mg por la noche durante los cuatro días siguientes hasta el día 7. Tras los primeros 7 días, debe aumentarse la dosis a 1 comprimido de 1 mg por la mañana y 1 comprimido de 1 mg por la noche. En pacientes en los que no se tolere, puede reducirse la dosis de vareniclina de forma temporal o permanente a 0,5 mg dos veces al día o 1mg una vez al día (por la mañana).

Para reducir el insomnio, evitar tomar el segundo comprimido al acostarse, tomándolo unas horas antes.

Algunos pacientes pueden perder el deseo de fumar antes del día D o reducir espontáneamente la cantidad que fuman.

Debe administrarse durante 12 semanas y puede considerarse un tratamiento adicional de 12 semanas en pacientes que hayan conseguido dejar de fumar con éxito.

El riesgo de recaída es elevado en el periodo inmediatamente posterior al fin del tratamiento, por lo que pacientes de alto riesgo pueden beneficiarse de una reducción de dosis.

Hay evidencia de que la vareniclina es bien tolerada por periodos de hasta 1 año y que alargar la duración del tratamiento puede ser útil para reducir la probabilidad de recaídas (es necesaria más investigación).



Efectos adversos

Los más frecuentes son:

Acontecimiento adverso	Vareniclina 0,5 mg (2 veces al día)	Vareniclina 1 mg (2 veces al día)
Náuseas	16%	30%
Insomnio	19%	18%
Sueños anormales	9%	13%
Estreñimiento	5%	8%
Flatulencia	9%	6%
Vómitos	1%	5%

Precauciones

- ✱ Enfermedades cardiovasculares – La vareniclina ha demostrado eficacia y un perfil de seguridad aceptable en pacientes con patología cardiovascular estable, sin evidencia de un aumento del riesgo de episodios cardiovasculares.
- ✱ Usar con precaución en pacientes con función renal disminuída (aclaramiento de creatinina <30 mL/min) o en diálisis. Debe reducirse la dosis en pacientes con esta patología.
- ✱ Pacientes que toman vareniclina pueden experimentar deterioro de su capacidad de conducir o de manejar maquinaria pesada.
- ✱ Hay informes de humor depresivo, agitación, cambios de conducta, ideación suicida y suicidio en pacientes que están intentando dejar de fumar usando vareniclina. La FDA recomienda preguntar por historia de enfermedad psiquiátrica antes de pautar vareniclina y monitorizar cambios de humor o de conducta en pacientes que toman esta medicación.
- ✱ No se recomienda su uso en combinación con TSN por sus propiedades de antagonista nicotínico, aunque algunas personas se benefician del uso de chicles o comprimidos de nicotina a dosis de rescate.



- * La vareniclina puede tener una influencia leve o moderada sobre la capacidad de conducir o manejar maquinaria debido a la posible aparición de mareos y somnolencia
- * Evitar o disminuir el consumo de alcohol.

Contraindicaciones

- * Hipersensibilidad al principio activo o a cualquiera de los excipientes.
- * Pacientes con enfermedad renal en estadio terminal.
- * No se recomienda su uso en mujeres embarazadas o lactantes, ni en menores de 18 años porque no se dispone de datos suficientes.

Interacciones

- * La cimetidina inhibe la secreción renal de vareniclina, aunque la magnitud de la interacción es pequeña.
- * No se conocen interacciones significativas con otros medicamentos.

Disponibilidad

Champix: Sólo con prescripción médica.

Dos presentaciones:

- envase de inicio, con comprimidos de 0,5 y de 1 mg para los primeros 14 días.
- envases de mantenimiento, con comprimidos de 0,5 o de 1 mg.

5.2. Terapia combinada

Algunas combinaciones de medicaciones de primera línea han demostrado su eficacia en el tratamiento del tabaquismo. Por lo tanto, se deben considerar cuando la persona desea dejar de fumar. Las combinaciones eficaces disponibles en nuestro país son:



- ★ Parche de nicotina a largo plazo (> 14 semanas) + otra TSN (chicle)
- ★ Parche de nicotina + bupropión SR (Fuerza de la evidencia A)

Las dosis y duración del tratamiento de cada medicamento son las habituales.

La decisión de usar una combinación de medicamentos puede basarse en:

- la posibilidad de abstinencia,
- la evidencia de que una combinación puede suprimir los síntomas del síndrome de abstinencia en mayor medida que un solo medicamento,
- las preferencias de la persona, ya que los efectos secundarios pueden aumentar al igual que el coste económico.

5.3. Terapia a largo plazo

En algunos casos, puede ser conveniente mantener el tratamiento farmacológico durante un periodo más largo de lo recomendado habitualmente. Hay meta análisis que indican que tanto los parches como los chicles de nicotina utilizados durante periodos largos son eficaces. La evidencia indica que el chicle utilizado a largo plazo puede ser más eficaz que una terapia más corta.

Se debe animar a cada paciente para que retire la medicación cuando se le pautó, pero el uso sostenido es claramente preferible a volver a fumar en cuanto a consecuencias sobre la salud.

Es importante resaltar que el tratamiento farmacológico que obtiene los mayores índices de abstinencia tabáquica es la combinación de parches de nicotina a largo plazo + otro preparado de nicotina a demanda.

Los medicamentos para dejar de fumar utilizados a largo plazo deben considerarse una estrategia para reducir la posibilidad de recaída

Fuerza de la evidencia C



Duración y dosis del tratamiento farmacológico
(Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update)

Medicamento	Tipo de tratamiento	Pauta
Parche de nicotina	Duración normal	6-14 semanas
	Larga duración	> 14 semanas
	Dosis normal/día	15 mg/16 horas/día 21 mg/24 horas/día
	Dosis altas	> 25 mg/día
Chicle de nicotina	Duración normal	6-14 semanas
	Larga duración	> 14 semanas
Bupropion SR	Duración normal	Hasta 14 semanas
	Dosis normal/día	150 mg una o dos veces al día
Vareniclina	Duración normal	Hasta 14 semanas
	Dosis normal/día	1 mg diario o 1 mg dos veces al día

5.4. Situaciones especiales

5.4.1. Niños y adolescentes

Cada profesional sanitario debe no sólo identificar y valorar el consumo de tabaco en adolescentes, sino también ofrecerles consejo para dejar de fumar e intervenciones conductuales que han demostrado su eficacia en personas adultas, aunque adaptadas al desarrollo del menor (Capítulo 6, pág. 114).

Cuando se trata a adolescentes, se puede considerar prescribir bupropión o TSN si hay evidencia de dependencia nicotínica y deseo de dejar el consumo de tabaco (Fuerza de la evidencia C).

Se puede considerar el uso de bupropión o de TSN porque no hay evidencia de que sean perjudiciales para niños y adolescentes. No obstante, debido a los aspectos psicosociales y conductuales del consumo de tabaco en adolescentes, se debe tener seguridad de la dependencia tabáquica de la persona y de su intención de dejar de fumar antes de prescribir farmacoterapia. Deben considerarse factores como el grado de dependencia, número de cigarrillos al día y peso corporal.



5.4.2. Embarazadas y lactantes

El tratamiento conductual es eficaz en la mujer embarazada y debe ser utilizado como primera medida.

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología recomienda que debe considerarse el uso de farmacoterapia cuando una embarazada fumadora no logra dejar de fumar de ninguna otra manera, y cuando los beneficios de dejar de fumar sobrepasan los riesgos de seguir fumando y los potenciales riesgos del propio tratamiento (Fuerza de la evidencia C).

Si una embarazada ha sido incapaz de dejar de fumar sólo con técnicas conductuales, profesional y paciente deben contrastar los riesgos y la eficacia del tratamiento farmacológico con los riesgos de continuar fumando.

Diversas revisiones establecen que el uso de parche o chicle de nicotina puede considerarse durante el embarazo cuando el balance riesgo-beneficio es favorable, existe evidencia de interés por dejar de fumar y ha fallado el tratamiento conductual.

En caso de decidir prescribir TSN hay que tener en cuenta:

- utilizar la TSN siempre en combinación con tratamiento psicológico
- se debe administrar la menor dosis efectiva
- es preferible prescribir el tratamiento antes de la 6ª-8ª semana ya que después aparecen los receptores nicotínicos en el cerebro fetal y la TSN podría alterar su desarrollo
- en general, se preferirán chicles a parches, ya que permiten una dosificación intermitente con lo que el feto no está continuamente expuesto a la nicotina. De utilizar parches, se preferirán los de 16 horas a los de 24 horas por el mismo motivo.

Aunque algunas publicaciones recomiendan el uso de bupropión valorando el riesgo/beneficio según los resultados de los estudios realizados hasta la fecha, en la ficha técnica aparece contraindicado en España.

La vareniclina no debe usarse durante el embarazo porque no hay prue-



bas de su eficacia y seguridad en estas pacientes.

La ayuda farmacológica puede añadirse al asesoramiento para tratar a las mujeres que recaen tras el parto si no están lactando. La lactancia debe ser recomendada siempre, y si la mujer elige dársela a su hijo, se debe intentar la cesación sólo con técnicas conductuales.

En caso de que se decida prescribir TSN se optará por el chicle a dosis bajas procurando utilizarlo sin coincidir con las tomas del bebé.

Las mujeres lactantes no deben usar bupropión porque el fármaco y sus metabolitos se excretan en la leche materna, y no deben usar vareniclina porque no hay pruebas de su seguridad en estas pacientes.

5.5. Otras alternativas farmacológicas

Son fármacos que actualmente no están aprobados con la indicación de tratar el tabaquismo, pero que han demostrado eficacia en estudios clínicos.

5.5.1. Nortriptilina

Es el único antidepresivo (aparte del bupropión) que ha demostrado eficacia en el tratamiento de la dependencia al tabaco. Puede provocar efectos secundarios graves, aunque en los ensayos sobre el tabaquismo éstos han sido pocos y leves, probablemente porque se usan dosis más bajas que en el tratamiento de la depresión.

Los efectos secundarios más comunes son sedación, boca seca, visión borrosa, retención urinaria, mareo y temblor de manos.

La precaución más importante es en enfermedad cardiovascular por el riesgo de arritmias y de alteración de la contractilidad miocárdica.

No se puede administrar con inhibidores de la MAO.

La dosis en el tratamiento del tabaquismo se inicia con 25 mg/día, aumentando gradualmente hasta los 75–100 mg/día. El tratamiento se inicia entre 10 y 28 días antes del día D. La duración del tratamiento es de 12 semanas, aunque se puede considerar alargar el tratamiento



hasta 6 meses. No se debe interrumpir bruscamente el tratamiento por los síntomas de abstinencia.

5.5.2. Clonidina

Los efectos secundarios más frecuentes son sequedad de boca, somnolencia, mareo, sedación, y estreñimiento. Al ser un medicamento antihipertensivo, disminuye la presión arterial en la mayoría de pacientes, por lo que hay que monitorizar la tensión arterial cuando se administra esta medicación.

Hipertensión de rebote – Cuando se interrumpe su administración, si no se realiza una disminución gradual puede producirse un rápido aumento de la presión arterial, agitación, confusión y/o temblores.

La dosis utilizada para el tratamiento del tabaquismo es de 0,15–0,75 mg/día por vía oral y entre 0,10–0,20 mg/día vía transdérmica sin una relación clara dosis-respuesta con los índices de abstinencia. La dosis inicial es usualmente de 0,10 mg dos veces al día v.o. o de 0,10 mg/día transdérmica, aumentando si es necesario 0,10 mg/día a la semana. La duración del tratamiento varía de 3 a 10 semanas. El tratamiento se inicia desde 3 días antes del día D hasta el mismo día.

Si se utilizan parches, debe colocarse uno nuevo al inicio de cada semana en una zona sin vello entre el cuello y la cintura. No se debe interrumpir el tratamiento bruscamente.

5.5.3. Ansiolíticos

No existen estudios que avalen su uso sistemático en el tratamiento del tabaquismo.

5.5.4. Vacuna nicotínica

La vacuna nicotínica consiste en la unión de una molécula análoga a la nicotina con una sustancia que actúa como potenciadora del efecto inmunogénico del compuesto (la nicotina carece de este efecto per se) el cual genera valores altos de anticuerpos contra el agente adictivo;



estos anticuerpos bloquean la respuesta del cerebro a la droga.

Se han realizado ensayos clínicos en humanos con resultados prometedores, pudiendo ser útil no sólo en el tratamiento del tabaquismo y en la prevención de recaídas sino también en la prevención del inicio del consumo en jóvenes.

ALGUNAS INDICACIONES PRÁCTICAS PARA LA SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO

Hay factores prácticos que influyen en la selección del tratamiento, como la posibilidad de adherencia, el estado de la dentadura en caso de chicles, la dermatitis en el caso de parches, el precio, la realización de actividad física, etc.

- ◆ Elección de tratamiento según el fármaco utilizado en intentos previos:
 - Experiencia anterior exitosa. Sugiere que la medicación puede ser útil en nuevos intentos especialmente cuando el/la paciente la encuentra tolerable y/o fácil de usar.
 - Experiencia anterior negativa. No hay conclusiones firmes aunque es importante tener en cuenta la opinión de cada paciente.
- ◆ Elección del tratamiento según características del fumador:
 - Pacientes altamente dependientes a la nicotina o con importante síndrome de abstinencia:
 - Preparados con altas dosis de nicotina: chicles, parches o comprimidos.
 - Combinación de TSN.
 - Fumadores/as de < 10 cigarrillos/día:
 - No existen evidencias claras.
 - TSN a dosis bajas.
 - No es necesario hacer ajustes de dosis con bupropión o vareniclina.
 - Pacientes particularmente preocupados por la ganancia de peso:
 - El bupropión y la TSN, especialmente chicles de 4 mgs y comprimidos de 2 mgs (retrasan pero no evitan la ganancia de peso).



- ◆ Elección de tratamiento en algunas patologías:
 - Pacientes con antecedentes de depresión:
 - Bupropión y TSN.
 - Pacientes con historia de enfermedad cardiovascular:
 - Los parches de nicotina han demostrado su seguridad.
 - La vareniclina ha demostrado su seguridad en pacientes con enfermedades cardiovasculares crónicas.
- ◆ Uso a largo plazo del tratamiento farmacológico (> 6 meses):

El uso de bupropión y vareniclina durante 6 meses está aprobado por la FDA.

 - Fumadores/as con sintomatología de abstinencia persistente pese a la medicación.
 - Pacientes que recayeron anteriormente al retirar la medicación.
 - Quienes desean tratamiento a largo plazo.
- ◆ Uso de terapia combinada:
 - Parche de nicotina a largo plazo (> 6 meses) + chicles o comprimidos.
 - Parche de nicotina + bupropión.
 - Vareniclina + TSN = aumenta la frecuencia de efectos secundarios (náusea, dolor de cabeza ...)



Bibliografía

Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. 4ª ed. EUROMEDICE, Ediciones Médicas, SL 2009.

Córdoba R, Nerín I. Manual de tabaquismo en Atención Primaria. GlaxoSmithKline, S.A. 2005.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service 2008. Disponible en: <http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/>.

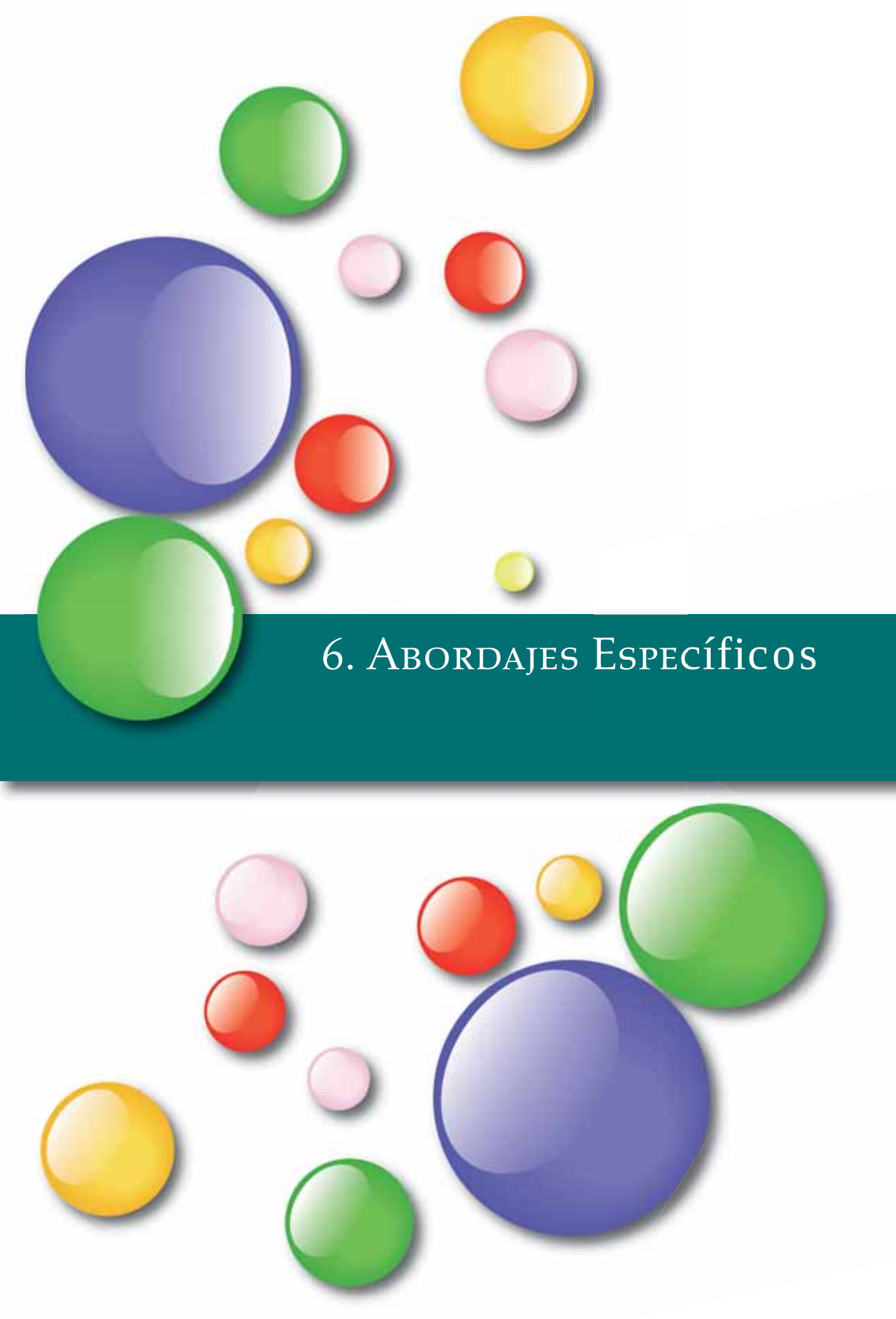
Márquez FL, García de Vinuesa G. Tratamiento farmacológico del tabaquismo. En: Márquez FL, Ayesta FJ, editores. Manual de tabaquismo para estudiantes de ciencias de la salud. Junta de Extremadura 2008.

NICE public health guidance 10. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. National Institute for Health and Clinical Excellence 2008. Disponible en: <http://guidance.nice.org.uk/PH10/NiceGuidance/pdf/English>

NICE technology appraisal guidance 123. Varenicline for smoking cessation. National Institute for Health and Clinical Excellence 2007. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/TA123>

Riesco JA, Serrano JC. Efectos adversos del tratamiento farmacológico. Tratamiento en situaciones especiales. En: Márquez FL, Ayesta FJ, editores. Manual de Tabaquismo para Estudiantes de Ciencias de la Salud. Junta de Extremadura 2008.

Rigotti NA, Pipe A, Garza D, Arteaga C, Benowitz NL, Tonstad S. Efficacy and Safety of Varenicline for Smoking Cessation in Patients With Cardiovascular Disease: A Randomized Trial. American College of Cardiology 09. American College of Cardiology. E-Abstract: 1048-67; 2009. Disponible en: <http://www.abstractsonline.com/EPoPosterViewer/MediaView.aspx?Ckey=4f7809c4-2af8-4822-b7b1-7fb8f4c2078b&wherefrom=top5>

The image features a decorative background of various-sized, glossy, colored spheres (purple, green, yellow, red, pink) scattered across the white page. A horizontal teal band is positioned across the middle, containing the section title. The spheres are arranged in a way that some are partially obscured by the teal band.

6. ABORDAJES ESPECÍFICOS



Teniendo en cuenta que las estrategias enumeradas hasta el momento son las que han demostrado ser útiles y fiables en el tratamiento del tabaquismo, en este capítulo se describen algunas indicaciones concretas para realizar un abordaje en grupo, en pediatría, para realizar tratamiento a mujeres fumadoras y para el abordaje del tabaquismo en personas con patología psiquiátrica.

6.1. Abordaje en grupo

La modalidad de tratamiento grupal está especialmente indicada en el ámbito de las adicciones, así como en los problemas relacionados con la comunicación, las habilidades sociales y la autoestima. Dentro de la terapia grupal hay que diferenciar la terapia en grupo y la terapia de grupo. La terapia de grupo es aquella en la que el grupo es el núcleo central del tratamiento, la pieza fundamental de su eficacia; ésta modalidad es la de elección en el abordaje de los trastornos psiquiátricos y/o psicológicos. En la terapia en grupo, éste es una herramienta más del abordaje, donde cada persona es el centro del tratamiento que lleva a cabo el terapeuta. Es un formato tradicionalmente manejado en el ámbito de la Atención Primaria con una amplia aceptación y es la modalidad utilizada en la deshabituación tabáquica.

Este abordaje permite aprovechar las posibilidades educativas que proporciona el grupo, que funciona como un elemento reforzador en la toma de decisiones y en el mantenimiento de éstas a lo largo de todo el proceso. El sentimiento de pertenencia consigue que quienes lo integran se sientan apoyados y comprendidos por otras personas que se enfrentan a dificultades similares, logrando además aumentar la motivación y por tanto una mayor implicación, favoreciendo la adherencia al tratamiento.

El uso del abordaje en grupo tiene varias justificaciones:

1. **Eficacia claramente demostrada**, equivalente a otras intervenciones que implican contacto personal individual, y consistentemente mayor que los materiales de autoayuda por sí solos (Fuerza de la



evidencia A).

2. **Mejor relación coste – efectividad del tratamiento.** Se estima que el número de pacientes que recibe tratamiento (referido siempre a un mismo número de horas de dedicación) es el doble con respecto a la terapia individual y las personas reciben una intervención más intensiva ya que el tiempo total de asistencia se multiplica.
3. **Beneficio específico del grupo,** resultado de la interacción entre los integrantes del grupo y la oportunidad de compartir experiencias, problemas y resoluciones de los mismos, lo que puede llevar a una mayor tasa de cesación (Fuerza de la evidencia C).

El abordaje en grupo no debe excluir otro tipo de actuaciones en relación al tabaquismo como son el consejo o la deshabituación individual.

Cuando se decide realizar la intervención para dejar de fumar en grupo en Atención Primaria hay que tener en cuenta una serie de **consideraciones previas** respecto a quién, cómo, dónde y cuándo se realizará la intervención:

- ✱ Se debe contar con la participación de al menos dos profesionales para el desarrollo del grupo, que deberán compatibilizar sus agendas para coincidir en horario y día.
- ✱ Los grupos pueden ser dirigidos por profesionales de medicina o de enfermería, indistintamente, siempre que estén formados en deshabituación tabáquica y en manejo de grupos. La labor de ambos será complementaria.
- ✱ Si van a ser dirigidos por personal de enfermería, tendrán que contar con la colaboración de un profesional de la medicina de referencia para la prescripción de algunos fármacos.
- ✱ Habrá que acordar cuándo y dónde se harán las reuniones, teniendo en cuenta las características del centro, disponibilidad de salas y profesionales, etc. El lugar donde se reunirá el grupo debe disponer de espacio suficiente.
- ✱ Se realizará una planificación anual estableciendo cuántos grupos se pueden realizar al año, teniendo en cuenta los períodos vacacio-



nales y la dedicación de cada profesional. Preferiblemente se evitará realizar grupos en verano y navidades y en algún otro momento en el que se prevea que pueda existir sobrecarga laboral. Hay que ser realistas y marcar objetivos asumibles por el equipo.

- * Se decidirá el número de integrantes que formará cada grupo. Éste puede variar en función de las preferencias y necesidades de los y las profesionales, aunque es mejor empezar con grupos pequeños porque son más manejables. No es recomendable que estén constituidos por menos de 8 personas, ya que hay que contar con que puede haber abandonos. El número de personas que se suele aconsejar es entre 15 y 18, aunque hay autores que consideran idónea la cifra de 12 (Becoña y col., 1998).
- * Habrá que definir qué pacientes se incluirán en los grupos. Se valorará, por ejemplo: si se incluye sólo a pacientes del cupo de cada profesional responsable de los grupos o a la totalidad de pacientes del centro de salud; si se incluye a pacientes en su primer intento, o a los que hayan hecho varios.
- * Es importante establecer unos criterios de exclusión como pueden ser: presencia de patología psiquiátrica activa, dificultades graves de comunicación (analfabetismo funcional, sordera, dificultades con el idioma) o cualquier otra circunstancia que dificulte la interacción con el grupo.
- * Habrá que concretar el circuito de derivación, definir cómo llegará cada paciente al grupo. Es una buena opción colocar carteles en las salas de espera para “promocionar” la realización de grupos de deshabitación.
- * Es útil diseñar dentro del soporte informático OMI una agenda para el Grupo de Tabaco (puede ser de idénticas características a la de la sala de extracciones), donde se inscriba a cada paciente que muestre interés por el programa de deshabitación, sea cual sea la forma establecida de derivación.
- * También se puede diseñar un cuestionario con el objetivo de evaluar la satisfacción de las personas que han integrado el grupo y diferentes aspectos del programa. Deberá ser anónimo y sencillo y se cumplimentará una vez concluidas las sesiones presenciales.

Una vez analizadas las consideraciones previas y decididos todos los detalles de funcionamiento del grupo, se convocará una sesión informativa multidisciplinar para presentar el programa a todo el personal

del centro de salud (incluyendo representantes del área administrativa para que conozcan el circuito de derivación), con el objetivo de implicarles al máximo no sólo en la captación, sino también en la derivación y en el seguimiento.

PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO

Completado el número de personas necesario para poner en marcha un grupo, se elaborará un cronograma con las fechas de todas las sesiones (si es posible el mismo día de la semana y a la misma hora) y la del día D (día en que dejarán de fumar), con el objeto de reservar la sala y de realizar una hoja informativa que se entregará a cada persona en la evaluación.

Una persona integrante del equipo terapéutico establecerá contacto telefónico con todas las personas que han mostrado interés en participar en el grupo de deshabituación (se puede llamar “Taller para dejar de fumar”). En esta llamada se debe comprobar si la persona continúa con la idea de dejar de fumar y si le es posible la asistencia al grupo propuesto, citándole para la entrevista de evaluación.

Es recomendable que el número de personas que se cite para cada grupo sea levemente superior al número de participantes a tratar, ya que debemos contemplar una pequeña pérdida desde la captación hasta la puesta en marcha del programa. Es de gran importancia que se actualice el teléfono de cada paciente a la vez que se le cita en agenda, pues una parte fundamental del programa se desarrollará vía telefónica.

Antes de comenzar la intervención es básico asignar qué papel tendrá cada profesional en el grupo: quién realizará la entrevista, la recepción de participantes en cada sesión, las pruebas complementarias (cooximetría, peso, tensión arterial), el seguimiento telefónico, el volcado de datos en OMI, etc. Independientemente, la principal misión de los profesionales será facilitar la integración de los componentes del grupo y su interacción, así como dotarles de conocimientos básicos para enfrentarse al proceso de dejar de fumar, entrenarles en habilidades y ayudar a cada persona a asumir e integrar sus emociones. Serán también responsables de gestionar el tiempo de las sesiones.

Las sesiones de preparación y mantenimiento durarán en torno a una hora y media, aunque es aconsejable disponer de dos horas. En las de preparación se ocupará prácticamente todo el tiempo, en cambio en las de mantenimiento es posible que sobre. En este tiempo habrá que explicar todos los conceptos básicos necesarios, tendrán que participar



todos los integrantes del grupo y se explicarán las tareas que deben realizar.

Es importante que al menos un profesional sanitario esté en la sala antes de iniciar cada sesión, para recibir a cada paciente. La sala estará preparada, con las sillas en semicírculo (favorece la comunicación) y con todo el material necesario (cooxímetro, boquillas, documentación para pacientes, bolígrafos, etc.). La dinámica será la misma en todas las sesiones: a medida que llegan las personas se les puede ir haciendo la cooximetría, pesando y tomando la tensión arterial (si procede). Además, es un buen momento para cumplimentar la hoja de sintomatología de abstinencia.

Evaluación de la persona fumadora

- ★ La evaluación siempre será individual (Capítulo 3, pág. 38) y se realizará en consulta programada (15-25 minutos), previa a la primera sesión grupal. La puede realizar cualquiera de los profesionales sanitarios que vaya a dirigir el grupo. En el caso de realizarla profesionales de enfermería, tendrán que contar con un profesional de la medicina para la prescripción del tratamiento farmacológico.
- ★ También la puede realizar el profesional de referencia del paciente (quien lo deriva); por ello es importante explicar adecuadamente el procedimiento de derivación y los datos necesarios para la evaluación en la sesión multidisciplinar.
- ★ Es importante que la persona se lleve una copia del cronograma del grupo para que conozca de antemano todas las fechas de las reuniones. No es aconsejable demorar más de un mes el inicio del taller después de la realización de la entrevista de evaluación.

Desarrollo de las sesiones

El abordaje en grupo del tabaquismo se desarrolla de la misma forma que el individual en cuanto a sus aspectos teóricos (se transmiten los mismos conceptos) y de estructura de sesiones. Se utilizará para su planificación el **Protocolo de 5 sesiones**, descrito anteriormente (Capítulo 3, pág. 35). Las principales diferencias de abordaje están en la organización, ya descritas, y en la utilización de algunas herramientas específicas de manejo del grupo.



Primera sesión de preparación

- * Se explicarán unas normas básicas de funcionamiento: puntualidad, silenciar el teléfono móvil, respetar el turno de palabra, etc.
- * Es el primer encuentro del grupo como tal, por lo que es importante dedicar un tiempo de la sesión a realizar una presentación, primero de los y las profesionales y después de cada participante del grupo. Existen multitud de técnicas de presentación; una posible es formar parejas y que cada persona le cuente al compañero o compañera: cuánto fuma, cómo empezó a fumar, por qué quiere dejarlo y qué expectativas tiene sobre el grupo. Después se irán presentando unas personas a otras, de tal forma que al terminar la ronda se tenga una idea clara de cuales son las expectativas de las personas del grupo y así poder trabajar sobre ellas, reforzando las realistas y reestructurando (cambiando) las erróneas. Lograr la cohesión del grupo y clarificar los objetivos ayuda a alcanzar el éxito terapéutico.
- * Resulta muy útil que cada persona ponga su nombre en un papel y lo coloque delante suyo para que el resto se dirija a ella por su nombre.
- * Esta sesión es bastante directiva, el personal sanitario ha de explicar algunos conceptos importantes, como son la dependencia o el automatismo, la pauta del tratamiento farmacológico si se prescribe bupropión o vareniclina, el modo de utilización de chicles y comprimidos de nicotina, recordará cuál es el día D y se mostrará dispuesto a resolver cualquier duda.
- * Al final de la sesión se explicarán las tareas y la importancia de realizarlas (Anexo 7, pág. 183). Además, cada paciente se comprometerá a acudir a la siguiente sesión con las tareas hechas.

Segunda sesión de preparación

- * Al igual que en la primera sesión, intervendrá cada paciente, en esta ocasión explicando, de manera pormenorizada, el desarrollo de las tareas. Se valorarán las dificultades encontradas, lo que cada persona ha descubierto, qué ha encontrado útil y qué no. Se favorecerá que sea el grupo quien genere alternativas ante las dificultades, los y las profesionales intervendrán para moderar.
- * Es cometido del personal sanitario resolver las dudas surgidas, explicar cómo se utilizan los parches de nicotina, dar las primeras pau-



tas para afrontar la despedida del tabaco y el primer día sin fumar y explicar las tareas.

- ✱ Se entregará y explicará el material correspondiente, (Anexo 7, pág. 189) y cada paciente se comprometerá a acudir a la siguiente sesión sin fumar y con las nuevas tareas realizadas.

Primera sesión de mantenimiento

- ✱ En esta sesión serán los y las pacientes quienes asuman totalmente el protagonismo. Se les pedirá que cuenten cómo están, cómo afrontaron su último día fumando y, sobre todo, cómo han sido sus primeros días sin fumar.
- ✱ Se reforzará la intervención de las personas que se encuentren mejor, con el objetivo de que aporten las estrategias que les resultan útiles y motiven al resto del grupo.
- ✱ También se repasarán las tareas sugeridas (aunque la atención ha de centrarse en la abstinencia), si han guardado el dinero y cómo se premiarán cuando lleven un mes sin fumar o si han realizado ejercicio físico.
- ✱ La labor del personal sanitario es la de moderar el debate, dar los turnos de palabra, favorecer la participación de todos y reforzar la abstinencia.
- ✱ Se han de buscar alternativas en el grupo ante cada dificultad planteada.
- ✱ Una estrategia útil es preguntar a cada persona cuáles han sido los beneficios percibidos al dejar de fumar e ir anotándolos para leerlos al final de la sesión.
- ✱ Se entregará el material correspondiente (Anexo 7, pág. 206) y cada paciente se comprometerá a volver a la siguiente sesión sin fumar.

Segunda y tercera sesiones de mantenimiento

- ✱ Se continúa la intervención en la línea de la sesión anterior, pidiendo a cada paciente que cuente los beneficios percibidos al dejar de fumar y las dificultades encontradas, buscando soluciones en el grupo. Se continuará reforzando la intervención de las personas que se encuentren mejor para motivar al resto.

- ✱ Será el propio grupo el que marque el ritmo de la intervención. Habrá pacientes que necesiten más atención y otras personas que pasarán más desapercibidas. Es tarea del personal sanitario equilibrar los tiempos de intervención y fomentar la participación.
- ✱ Se entregará el material correspondiente a cada sesión (Anexo 7, págs. 215 y 225).
- ✱ En la última sesión, se despedirá al grupo mostrando la disponibilidad de los y las profesionales ante cualquier dificultad.

Seguimiento

El seguimiento después de las sesiones en grupo es fundamental para reforzar la abstinencia, prevenir recaídas y controlar el tratamiento farmacológico, en el caso de que haya sido prescrito.

Este seguimiento podrá ser presencial o telefónico, adecuándose a las necesidades de cada paciente (se puede utilizar un guión similar al propuesto en el esquema de la pág. 54).

Si se están utilizando fármacos, el profesional sanitario de referencia programará las visitas en función del cambio o supresión de dosis. En cada paciente, se realizará al menos un contacto a los 3 meses de la abstinencia, otro a los 6 meses y otro al año.

Se podrán realizar intervenciones de refuerzo oportunista si la persona acude a consulta por otro motivo.

6.2. Abordaje en pediatría

La OMS considera el tabaquismo como una enfermedad de inicio en la edad pediátrica, siendo por ello el o la pediatra el primer agente sanitario que debe enfrentarse a esta epidemia. En Cantabria, la edad media de inicio en el consumo de cigarrillos se sitúa en los 13,4 años para ambos sexos y la edad media de inicio en el consumo diario se sitúa en 14,2 años (Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar 2008). Queriendo dar respuesta a este problema, el II Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo 2008-2011 establece como una línea prioritaria de actuación “*Prevenir el consumo de tabaco en la infancia y juventud*”.



Las consultas de pediatría están en una posición idónea para afrontar la pandemia del tabaquismo de una forma integral, debido a su capacidad de intervención tanto en niños, niñas y adolescentes como en su entorno familiar, actuando como educadores sanitarios. Presentan además la ventaja añadida de que son percibidos por niños, niñas y adolescentes como una fuente veraz de información. En consecuencia, están en una excelente posición para prevenir el consumo de tabaco, jugando un papel crucial en la reducción de su uso y en la de su exposición ambiental.

El abordaje en la consulta pediátrica debe ir dirigido a tres aspectos básicos:

1. **Función modélica:** el personal sanitario es referente en cuanto a la práctica de estilos de vida saludables, debiendo por tanto transmitir de forma seria y clara que el tabaco es perjudicial para la salud. El papel de ejemplo debe incluir a quienes fuman que, conscientes del mensaje negativo que transmiten, deben evitar mostrar su condición de fumadores/as durante su ejercicio profesional.
2. **Prevención de inicio del consumo de tabaco:** el consumo experimental se produce en la preadolescencia y aumenta durante la adolescencia. Más de la mitad de las personas que fuman ya lo hacen de manera regular a los 18 años. El ambiente familiar tabáquico (quienes más influyen son el padre y la madre y los hermanos o hermanas), la presión de grupo y el profesorado son factores muy influyentes en la juventud. Por ello, es alrededor de los nueve a diez años cuando hay que actuar en este aspecto, con objeto de que, cuando alcancen la adolescencia, tengan afianzada una postura clara frente al tabaquismo; actuaciones posteriores, posiblemente ya “lleguen tarde”.
3. **Evitar la exposición al HAT en la infancia:** La intervención desde la consulta pediátrica debe concienciar a padres y madres de la conveniencia de que abandonen el tabaco o, si no están dispuestos a ello, al menos modifiquen sus costumbres, alejando en la medida de lo posible el humo de tabaco de sus hogares y no sometiendo a ambientes contaminados a sus hijos e hijas.

Resulta fundamental que los familiares conozcan los problemas que puede ocasionar en niños y niñas la contaminación de sus hogares por humo de tabaco: cuadros respiratorios mucho más frecuentes que en quienes viven en un ambiente saludable, disminuyendo la eficiencia de los pulmones y alterando la función respiratoria. Se agravan la sinusitis, la rinitis, la fibrosis quística, la tos irritativa y el goteo nasal posterior.



Además, tienen gran riesgo de sufrir asma, alergia, otitis, eczema y de que se produzca la muerte súbita del lactante mientras duerme (después del nacimiento el tabaquismo de la madre se ha convertido en el principal factor evitable conocido del síndrome de la muerte súbita del lactante). También aumenta el número de episodios de resfriado y de dolores de garganta. (Anexo 4, pág. 153).

OPORTUNIDADES DE INTERVENIR EN PEDIATRÍA

En una primera época, es prioritaria la actuación directa sobre padres y madres fumadores para proteger a niños y niñas del HAT; posteriormente, las acciones preventivas y terapéuticas irán dirigidas directamente a niños, niñas y adolescentes explicándoles a lo que se van a enfrentar, dándoles argumentos para que sepan resistir presiones y elijan libremente sobre el tabaco, y motivándoles para que no se inicien, aunque también hay que continuar con las actuaciones anteriores.

Estas intervenciones pueden ser articuladas en las distintas fases de la intervención pediátrica:

1ª) **Consulta perinatal** (primera semana tras el parto):

- ✱ Se debe preguntar y registrar la presencia/ausencia de personas que fuman en el hogar dando una información clara y rigurosa de los riesgos que supone para el bebé un ambiente contaminado por humo de tabaco y sobre los beneficios de un entorno libre de humo.
- ✱ En caso de que el padre o la madre fume, se aconsejará que deje de fumar a través de intervenciones oportunistas adaptadas a cada caso y se facilitará la información necesaria para comenzar la deshabitación. Se favorecerá la abstinencia recalcando la importancia de permanecer sin fumar si están dejándolo en ese momento (de especial importancia en mujeres que han dejado de fumar a raíz del embarazo).

2ª) **Reconocimiento del niño y la niña sanos** (0 meses - 5 años):

En estas consultas, se debe realizar una actuación directa sobre la familia, fomentando la protección de niños y niñas. Es fundamental que no se exponga a los y las menores al HAT.

- ✱ Se debe registrar la actuación en la historia clínica al menos una vez al año coincidiendo con un control programado o con alguna de-



manda.

- ✱ Si la madre dejó de fumar durante la gestación se le felicitará y se le animará para que continúe abstinente, informándole de los beneficios que tendrá al seguir sin fumar, así como de los que obtendrá durante la lactancia (Anexo 2, pág. 143).
- ✱ Si la madre fumadora logró superar su gestación sin tabaco y se reincorpora a su consumo, así como si el padre fuma, se deben recordar los beneficios de permanecer sin fumar y los riesgos que se asumen al hacerlo, así como los efectos que para la salud del niño o de la niña tiene el tabaquismo pasivo o involuntario. Además se les debe informar sobre los recursos existentes para dejar de fumar.
- ✱ Es conveniente entregar folletos sobre los beneficios de dejar de fumar, de mitos sobre el tabaco y sobre tabaquismo involuntario.

3ª) Reconocimiento del niño y la niña sanos (6-14 años):

Las y los pediatras son quienes están mejor ubicados para aconsejar e identificar a jóvenes con riesgo de convertirse en fumadores.

Se recomienda preguntar por el consumo de tabaco a mayores de 10 años y registrar el consumo en la historia clínica. Esta intervención se debe realizar al menos una vez al año, bien de forma programada en las revisiones sistemáticas, bien de forma oportunista en las consultas por patología relacionada. (Previnfad/Papps, 2009).

Conviene analizar:

- ✱ Las actitudes de padres, madres, hermanos, hermanas y amistades.
- ✱ Los conocimientos y las creencias respecto a los efectos del tabaquismo (se desmontarán mitos sobre el tabaco).
- ✱ La tendencia a tener comportamientos de riesgo y el rendimiento escolar.

La **entrevista** no debe ser un interrogatorio; es aconsejable realizar preguntas abiertas: *¿cómo te van los estudios?, y del tabaco ¿qué opinas?, ¿qué piensan tus amigos y amigas de fumar?*

El abordaje de pacientes en edad pediátrica debe ser diferente al de otras edades dadas las particularidades de esta etapa de la vida. Con-



viene dar importancia a aspectos tales como el rendimiento físico deportivo, la independencia ante una sustancia adictiva, la manipulación de la industria tabaquera a través del cine o televisión, el gasto económico, aspectos estéticos como dientes amarillos, mal olor corporal o mal aliento y otros intereses que pre-adolescentes o adolescentes puedan tener.

En **adolescentes no fumadores/as**: se debe reforzar la abstinencia felicitándoles y haciéndoles ver las ventajas de no fumar, facilitando la información que les sea útil para rechazar el cigarrillo, ayudando a preparar la respuesta ante la oferta de tabaco. Es importante aclarar las dudas y mitos sobre el consumo controlado.

En **adolescentes fumadores/as**: se registrará el consumo, se recomendará el abandono y se valorará la disposición de cambio, ofreciendo ayuda para dejarlo. En adolescentes se aprecia que aumenta la incidencia de tabaquismo de manera proporcional al número de personas fumadoras del entorno. Es en estas edades cuando la presión del grupo de iguales, la publicidad y la experimentación adquieren gran importancia y pueden contribuir a que el uso de tabaco en poco tiempo se convierta en dependencia. Se debe recordar que en muchos casos el tabaco precede en el tiempo a otras drogas.

Es útil entregar folletos informativos y, si es necesario, citar para deshabituación a quienes quieran dejarlo y no puedan por sí mismos.

De manera oportunista, se informará y concienciará a padres y madres de la influencia que tiene tanto la familia, como las amistades, hermanos y hermanas, en el inicio del consumo de tabaco, de los factores protectores y de los que predisponen al tabaquismo. Es conveniente recalcar que sus opiniones, sus valores y sus comportamientos tienen una influencia determinante en la actitud de sus hijos e hijas.

Es importante sensibilizar a padres y madres de que deben proteger a sus hijos e hijas de la exposición al HAT. Algunas recomendaciones son:

- ✱ No fumar en casa ni permitir que otros lo hagan.
- ✱ Si fuman, abandonar el tabaco o en su defecto no fumar en presencia o cerca de niños y niñas.
- ✱ Si no fuman, pero conviven con personas fumadoras, deben recomendarles que intenten dejar de fumar o que fumen fuera de la casa.



- * No permitir que quienes trabajan en el hogar o cuidan a los niños y las niñas fumen en la casa.
- * No permitir fumar en el coche.

Los equipos de pediatría tienen un amplio campo de actuación sobre el tabaquismo:

- ◆ Desde el inicio de la gestación, recomendando medidas para proteger al feto, potencial fumador pasivo,
- ◆ Durante el periodo de la primera infancia, facilitando la creación de un ambiente libre de humo de tabaco en el entorno del menor,
- ◆ La actuación pediátrica también debe ir también encaminada a la intervención directa para evitar el consumo de tabaco en jóvenes,
- ◆ En aquellas situaciones en las que ya se ha iniciado el consumo de tabaco, se realizarán intervenciones motivacionales para promover su abandono.

6.3. Abordaje de la mujer fumadora

Actualmente, mientras que el consumo de tabaco en hombres está disminuyendo, el consumo en mujeres aumenta. Entre las chicas cántabras de 14 a 18 años, la prevalencia de consumo diario se sitúa en el 19,4%, frente al 15,0% de los chicos. A esto hay que unirle el hecho de que el porcentaje de hombres que han dejado de fumar es 15,4 puntos mayor que el de mujeres, 27,1% y 11,7% respectivamente (ENS, 2006) y que las mujeres encuentran más dificultades para dejar de fumar.

Debido a que la epidemia tabáquica en las mujeres no eclosionó en España hasta principios de los años 70, durante años se consideró que la mortalidad asociada al consumo de tabaco en la mujer no era significativa (Fernández y col, 2003). Sin embargo, en la mortalidad atribuida a consumo de tabaco en Cantabria en el año 2006, se observa como se han duplicado los casos de cáncer de pulmón en mujeres en tan solo 5 años, mientras que en hombres han disminuido, tendencias



que se observan tanto en España como en el resto de países occidentales.

Hay algunos aspectos que hacen necesario un abordaje específico de género en tabaquismo, ya que la realidad actual es que las mujeres dejan de fumar en menor proporción que los hombres. A este fenómeno contribuyen que lo que aporta el consumo de tabaco a hombres y a mujeres es diferente (las mujeres fuman más por controlar el peso, utilizan más el cigarrillo para mejorar el estado de ánimo,...), que algunos tratamientos farmacológicos son menos eficaces en mujeres que en hombres y que las mujeres recaen con más frecuencia.

El abordaje del consumo de tabaco se debe dirigir a todas las mujeres fumadoras que acuden a la consulta, abarcando desde las adolescentes y jóvenes, la etapa pregestacional (planificación de un embarazo, contracepción), el embarazo, el posparto y la lactancia, hasta la edad adulta y la etapa perimenopáusica. Por ejemplo:

- * aconsejar el cese inmediato de consumo de tabaco a toda mujer fumadora que solicita asesoramiento y prescripción de contraceptivos orales: las mujeres fumadoras que toman anticonceptivos orales ven incrementado su riesgo de infarto agudo de miocardio en aproximadamente 20 veces cuando su edad se sitúa por encima de los 35 años, y el riesgo de un accidente cerebrovascular agudo se multiplica por 3. Además, en mujeres jóvenes hay que informarles de que el consumo de tabaco puede incrementar el riesgo de fallo de la terapia anticonceptiva oral.
- * En mujeres perimenopáusicas, resaltar el papel del tabaco en la pérdida de densidad ósea, así como un menor efecto de la terapia hormonal sustitutiva en mujeres fumadoras.

Algunas de las especificidades de género que hay que atender en el tratamiento del tabaquismo son:

- * Las mujeres adultas atribuyen al tabaco la capacidad de aliviar las presiones psicológicas a las que se ven sometidas en la vida diaria; esto también ocurre con los varones (fuman para reducir el estrés), pero los factores desencadenantes de este estado son diferentes: en la mayor parte de los casos, la mujer combina su vida laboral con la mayor parte de las responsabilidades del hogar, circunstancias que se repiten cada día y son duraderas en el tiempo. Relacionado con lo anterior, existen diversas patologías que pueden motivar el mantenimiento del tabaquismo en la mujer; por ejemplo: mayor



predisposición a la depresión, a la bulimia o a la ansiedad (Becoña y Vázquez, 2000).

- ✱ La mujer está más condicionada a seguir fumando por la creencia de que si deja de fumar engordará por lo que habrá que prestar especial atención al control de peso durante la deshabituación. Conviene ofrecer nuestro apoyo para corregir un posible aumento de peso una vez pasados 6 meses de abstinencia.
- ✱ Las mujeres responden mejor al apoyo social que los hombres.
- ✱ Las mujeres tienen más dificultades que los hombres para mantenerse sin fumar a largo plazo, presentan un mayor número de recaídas (Jarvis, 1994; Ward, 1997 y Bjornson, 1995), por lo que hay que planificar de manera personalizada el seguimiento, atendiendo a las características personales y al género.

6.3.1. Abordaje de la mujer embarazada

Fumar durante el embarazo es el factor de riesgo modificable más importante para la salud del bebé y de la madre. Está asociado a grandes riesgos para la salud del bebé, como bajo peso al nacer, parto pretérmino, síndrome de muerte súbita del lactante y aumento de las enfermedades respiratorias en la infancia, así como posiblemente con dificultades de aprendizaje y trastornos de la conducta. En la madre se suman los riesgos que tiene como mujer (comentados previamente) a graves riesgos específicos del embarazo como rotura prematura de membranas, embarazo ectópico, complicaciones placentarias, parto pretérmino y aborto espontáneo.

La revisión de la literatura nos indica que eliminando el tabaco en el embarazo se produce una reducción del 20% en el número de niños con bajo peso al nacer, del 17% en los partos pretérmino y una media de aumento del peso del recién nacido de 28 gramos, que puede notarse incluso dejando de fumar en la semana 30.

A pesar de ser conocidos los riesgos sobre la salud asociados al consumo de tabaco, muchas mujeres siguen fumando después de conocer que están embarazadas. Según diferentes estudios, entre un 25% y un 50% de las gestantes dejan de fumar durante el embarazo, y de ellas el 70% vuelven a fumar tras el parto. En Cantabria, el número de mujeres embarazadas fumadoras es importante ya que según la Encuesta



de Salud de Cantabria del año 2006 fuma casi el 40% de mujeres en el tramo de edad comprendido entre los 16 y los 44 años.

El embarazo es un periodo especialmente receptivo para los cuidados de salud. Es más probable que una mujer deje de fumar durante el embarazo que en cualquier otro momento de su vida. La mujer está generalmente muy motivada para hacer todo lo que esté en su mano para tener un bebé más sano. El personal sanitario puede utilizar esta motivación para ayudar a que sus pacientes logren cambios permanentes en sus estilos de vida, sin olvidar ayudar a la mujer a que encuentre motivaciones personales para mantenerse sin fumar una vez terminado el embarazo.

Pese a que las intervenciones para dejar de fumar han demostrado aumentar las tasas de abstinencia al tabaco a largo plazo, generalmente no están integradas en la rutina de las visitas prenatales. Cada profesional debe tener presente que incluso intervenciones breves con materiales de auto-ayuda específicos para embarazadas pueden aumentar notablemente las tasas de abstinencia; y el asesoramiento breve puede aumentar las tasas de abstinencia entre un 30 y un 70%.

Las recomendaciones del Sistema Nacional de Salud de Estados Unidos más recientes (2008) basadas en la evidencia, relativas al abordaje de la dependencia a la nicotina durante el embarazo son:

- * Debido a los serios riesgos que el fumar ocasiona durante el embarazo tanto a la madre como al feto/embrión, a toda embarazada le debe ser ofrecida, en cualquier contacto con un sanitario, una intervención que supere la duración de un consejo sanitario breve (Fuerza de la evidencia A).
- * Aunque dejar de fumar al principio del embarazo produce los máximos beneficios, tanto al bebé como a la madre, dejar de fumar en cualquier momento del embarazo conlleva beneficios. Por ello, los sanitarios deben ofrecer intervenciones efectivas para dejar de fumar a toda fumadora embarazada desde la primera visita prenatal y durante todo el curso del embarazo (Fuerza de la evidencia B).
- * La farmacoterapia debe considerarse cuando una embarazada fumadora no logra dejar de fumar de ninguna otra manera, y cuando los beneficios de dejar de fumar superan los riesgos de seguir fumando y los potenciales riesgos del propio tratamiento (Fuerza de la evidencia C).

El modelo de intervención que se ha explicado de las 5Aes ha sido



adaptado por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología para ayudar a las embarazadas a dejar de fumar. A continuación se exponen los puntos más importantes:

Averiguar

Preguntar sobre el consumo de tabaco debería formar parte obligada de la historia clínica inicial de toda embarazada.

El estigma social que significa fumar, especialmente durante el embarazo, puede hacer que algunas pacientes se sientan incómodas en el momento de comentar si fuman y cuánto.

Algunos datos sugieren que del 13% al 26% de embarazadas fumadoras no dicen que fuman si se les pregunta directamente.

Preguntar sobre el consumo de tabaco debe formar parte obligada de la historia clínica inicial de toda embarazada.

Aconsejar

Esta fase es la fundamental en Atención Primaria. Lo mejor que puede hacer el personal de Atención Primaria es animar a una embarazada fumadora para que haga un intento para dejar el consumo de tabaco. Si el personal sanitario considera que no tiene tiempo o habilidades suficientes para realizar una intervención más intensiva, el embarazo es uno de los criterios de derivación a la Unidad de Deshabituación Tabáquica.

Como ya se ha dicho, el consejo para dejar de fumar debe de ser claro (*"En el embarazo no se ha de fumar ni un cigarrillo al día"*), firme (*"Dejar de fumar es la cosa más importante que puede hacer para proteger la salud de su hijo y la suya"*), personalizado, con mensajes inequívocos sobre sus beneficios, tanto para la paciente como para su bebé y con un tono no acusador ni que suene a reprimenda.

Poner el énfasis en las consecuencias negativas de fumar, como el bajo peso al nacer o las complicaciones en el parto, puede ser poco efectivo en pacientes que creen que no están en riesgo, especialmente si ellas mismas o alguien a quien ellas conocen no han tenido complicaciones durante sus embarazos mientras fumaban. Además, puede generar resistencias en las pacientes. Describir las cosas buenas que la paciente

puede hacer por ella y por su bebé dejando de fumar apela a su deseo de ser una buena madre.

En la siguiente tabla se incluyen ejemplos de beneficios de dejar de fumar que se pueden usar al aconsejar a pacientes.

Efectos positivos del abandono del tabaco durante el embarazo:

- ◆ *“Su bebé tendrá más oxígeno, ya desde el primer día después de haberlo dejado”.*
- ◆ *“Los pulmones de su bebé trabajarán mejor”.*
- ◆ *“Disminuye el riesgo de parto prematuro”.*
- ◆ *“Hay más posibilidades de que den de alta a su bebé con usted tras el parto”.*
- ◆ *“Tendrá menos riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con el tabaco, como ataques al corazón, trombosis cerebrales, cáncer de pulmón, bronquitis crónica, etc”.*
- ◆ *“Tendrá más energía y respirará mejor”.*
- ◆ *“Tendrá más dinero para gastar en otras cosas”.*
- ◆ *“Su ropa, su pelo y su casa olerán mejor”.*
- ◆ *“La comida le sabrá mejor”.*
- ◆ *“Se sentirá muy bien por lo que ha hecho por su salud y la de su bebé”.*

Los profesionales sanitarios deben reconocer las dificultades del abandono y proporcionar ánimo puede hacer a la paciente más receptiva al consejo. También conviene incluir razones personales para el abandono identificadas por la propia paciente. La siguiente frase es un ejemplo de cómo reconocer las dificultades del abandono al mismo tiempo que se ofrece ánimo: *“Ya sé que puede requerir un gran esfuerzo, pero lo mejor para usted y para su bebé es que abandone el tabaco. Dejar de fumar le va a ayudar a sentirse mejor y a proporcionar un ambiente saludable para su bebé”.*

El consejo debe centrarse en los aspectos positivos que se consiguen al dejar de fumar, evitando los negativos.



Las pacientes siguen escuchando el consejo incluso cuando no están preparadas para llevar a cabo la deshabituación en ese momento. Dejar de fumar es demasiado importante como para no mencionarlo.

Si la paciente sugiere la reducción como estrategia, es importante hacerle ver que dejarlo es la única manera de evitar los riesgos del tabaco y de mejorar su salud y la de su bebé. Fumar está asociado con bajo peso al nacer incluso desde un cigarrillo diario.

Ejemplo de preguntas frecuentes de la mujer embarazada

PACIENTE (P): *“Dejarlo completamente parece muy difícil. ¿No vale con que reduzca el número de cigarrillos?”*

CLÍNICO/A (C): *Antes decíamos que en el embarazo se podía fumar hasta 5 cigarrillos al día pero ahora ya sabemos que también esa cantidad es perjudicial. La nicotina, los tóxicos y los carcinógenos pasan la placenta y desde su sangre llegan a la del bebé. La dosis que él recibe es proporcionalmente mucho mayor que la que usted recibe.*

P: *“Estoy preocupada por el síndrome de abstinencia”.*

C: *“Los síntomas del síndrome de abstinencia son señales de que su cuerpo se está curando. Serán mayores durante las primeras semanas, pero son normales y temporales, y se reducirán con el tiempo. Le puedo proporcionar algunas estrategias para resolver problemas que se va a encontrar cuando lo deje.*

P: *“He oído que la mayoría de la gente gana peso cuando lo deja. Estoy bastante preocupada con la ganancia de peso por el embarazo y no quiero que sea aún mayor”.*

C: *“El aumento de peso durante el embarazo es normal. El aumento de peso que se puede ganar al dejar de fumar generalmente no es mayor de tres kilos. El peso que gane va a ser siempre mucho menos perjudicial que el riesgo que conlleva el seguir fumando. Una vez que haya abandonado el tabaco y terminado el embarazo, trabajaremos otras estrategias para que mantenga un peso saludable”.*

Apreciar y valorar

Preguntar a la paciente si tiene intención de dejar de fumar durante los próximos 30 días.



Si la paciente no está preparada, aumentar su motivación dándole información.

Si la paciente está preparada, podemos ayudarla en la consulta o derivarla a la UDESTA, valorando las necesidades de cada paciente.

Ayudar

Se realiza el mismo abordaje que se ha explicado en este manual (Capítulo 3, pág. 35), con alguna salvedad:

Las mujeres embarazadas deben, en principio, intentar dejar de fumar sin ayuda farmacológica, por lo que requieren intervenciones más intensivas.

Si una embarazada ha sido incapaz de dejar de fumar sólo con técnicas conductuales, profesional y paciente deben contrastar los riesgos y la eficacia del tratamiento farmacológico con los riesgos de continuar fumando.

En caso de decidir utilizar tratamiento farmacológico, actualmente no debe prescribirse ni bupropión ni vareniclina, únicamente terapia sustitutiva con nicotina, preferiblemente preparados como chicles o comprimidos que permiten una dosificación intermitente.

Acordar un seguimiento

Es muy importante el seguimiento en las visitas posparto ya que entre el 50% y 60% de las mujeres que dejan de fumar durante el embarazo recaen al año del parto. La intervención posparto puede retrasar o prevenir estas recaídas.

Los mismos mensajes proporcionados durante la gestación -sobre los beneficios de la familia por tener un entorno limpio y libre de humo de tabaco y la reducción de los riesgos en la infancia para tener serias enfermedades, como muerte súbita del lactante, otitis media, asma o enfermedades respiratorias- son muy valiosos si se repiten ahora, además de reforzar el esfuerzo de la madre al dejarlo. Enfatizar que la propia paciente tendrá más energía para cuidar de su bebé.

6.3.2. Abordaje durante el período de lactancia

El personal sanitario debe informar de que la nicotina pasa a la leche



materna y por lo tanto al bebé:

- ✱ La madre fumadora tiene una producción de leche inferior a la no fumadora.
- ✱ La nicotina se distribuye rápidamente a la leche materna y desde esta al bebé.
- ✱ La exposición del bebé es oral – la nicotina está sujeta a un metabolismo oral.
- ✱ Los niveles de nicotina son tres veces más elevados en la leche materna que los mantenidos en sangre.

Al igual que durante el embarazo, se debe intentar la cesación con técnicas conductuales, ya que los ingredientes activos de la TSN pasan a la leche materna. En caso de no conseguirse la cesación, se valorará el uso de TSN teniendo en cuenta que:

- ✱ El uso de TSN por la madre es menos peligroso que la exposición del bebé al humo del tabaco.
- ✱ El uso intermitente de TSN (chicle, comprimido) puede minimizar la exposición del bebé a la nicotina prolongando el intervalo entre la dosis de nicotina y la toma.

6.4. Abordaje en personas con patología psiquiátrica

Las personas que padecen alguna enfermedad psiquiátrica suelen presentar un peor pronóstico para dejar de fumar; frecuentemente reúnen más criterios de dependencia al tabaco, pudiendo ser ésta muy intensa. Su gran consumo de tabaco merma su calidad de vida y hace que la mortalidad derivada sea bastante superior a la media poblacional.

Algunas razones que pueden explicar este mayor consumo son:

- 1) el tabaco puede aportar más a las personas con trastornos del ánimo o déficit cognitivos o de atención ya que tiene un mayor valor instrumental y es algo más difícil de sustituir (la mayor presencia de estados de ánimo negativos o la propia anhedonia dota



- a las diversas sustancias psicoactivas de mayor poder reforzador);
- 2) hay pacientes con patología psiquiátrica a quienes les puede **costar más cambiar sus conductas** y desarrollar conductas alternativas (las mayores limitaciones cognitivas, afectivas o de relación que padecen pueden dificultar el desarrollo de mecanismos de afrontamiento alternativos al propio consumo);
 - 3) existe una menor presión social sobre el consumo, por el estigma de la enfermedad (no se les consideran enfermos *normales*), por no poder dedicarles el tiempo que necesitan o por otros motivos, lo cual también pospone el ejercicio de actitudes de control sobre el propio consumo.

Aunque el abordaje del tabaquismo en pacientes con enfermedades psiquiátricas es más complejo, se les debe ofertar ayuda para dejar de fumar, y cada profesional sanitario debe vencer su resistencia a tratarlos.

La oferta debe plantearse en aquellos momentos en que el paciente está estabilizado.

Es importante señalar que al dejar de fumar se ha descrito, en algunos casos, aumento de los síntomas en pacientes con depresión, o la aparición de depresión tanto en pacientes con antecedentes previos como sin ellos.

Las personas con patología psiquiátrica se pueden beneficiar de los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar aunque tengan un mayor riesgo de recaída. No obstante, al exigir mayor dedicación, mayor dominio de habilidades farmacológicas y conductuales, junto con el hecho de que el síndrome de abstinencia puede exacerbar su enfermedad, son personas que en la mayoría de las ocasiones deben ser derivadas a la Unidad Especializada de Deshabituación Tabáquica (UDESTA).



Bibliografía

Álvarez S, Benito BM, Seguimiento del fumador con psicoterapia individual. En: Máster Universitario en Tabaquismo. Módulo 3, Capítulo 8. Galán Parra MD y García Martín F (ed.) Facultad de Farmacia. Universidad de Sevilla. CD-ROM. Sevilla 2008.

Asesoramiento telefónico para el abandono del hábito de fumar. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Biblioteca de la Cochrane Número 3, 2008.

Ayesta FJ, Lorza JJ. Tabaquismo pasivo: Importancia. Trastornos adictivos 9: 53-58 2007.

Becoña E. Factores relevantes en el abandono de tabaco en las mujeres. Med Clin (Barc) 2002, 119:41-6.

Becoña E, Vázquez FL. Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género. Rev Esp Salud Pública 2000;74:13-23.

Benito BM, Álvarez S, Seguimiento del fumador con psicoterapia grupal. En: Máster Universitario en Tabaquismo. Módulo 3, Capítulo 9. Galán Parra MD y García Martín F (ed.) Facultad de Farmacia. Universidad de Sevilla. CD-ROM. Sevilla 2008.

Bjornson W, Rand C, Connet JE, Lindgren P, Nides M; Pope F et al. Gender differences in smoking cessation after 3 years in the Lung Health Study. Am J Public Health 1995;85:223-30.

CNPT. Documento Técnico de Consenso sobre la Atención Sanitaria del Tabaquismo en España. Observatorio para la Prevención del Tabaquismo. Ministerio de Sanidad y Consumo 2008.

Cook DG, Strachan DP. Health effects of passive smoking-10: Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research. Thorax 1999; 54: 357-366.

De la Cruz Amorós E. Tabaquismo en Pediatría. AnEspPediatr 2000; 53: 164-165.

Di Franza JR, Aligne CA, Weitzman M. Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children's health. Pediatrics 2004; 113(S4): 1007-1015.

Dybing E, Sanner T. Passive smoking, sudden infant death syndrome (SIDS) and childhood infections. Hum Exp Toxicol 1999; 18: 202-205.

El tratamiento grupal del tabaquismo. E. Olano, S. Veiga, A. Esteban, B. Matilla y M. Otero. Trastornos Adictivos 2007; 9(1): 14-20.



Farley TMM, Meirik O, Chang CL, Poulter NR. Combined oral contraceptives, smoking and cardiovascular risk. *J Epidemiol Comm Health* 1998; 52: 775-85.

Fernandez E, Schiaffino A, Borràs JM, Shafey O, Villalbí JR, La Vecchia C. Prevalence of cigarette smoking by birth cohort among males and females in Spain, 1940-1990. *European Journal of Cancer Prevention* 2003; 12: 57-62.

Guía para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo de SEMFYC 2009.

Hofhuis W, de Jongste JC, Merkus PJ. Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. *Arch Dis Child* 2003; 88: 1086-1090.

Jané M, Mujeres y tabaco: Aspectos principales específicos de género. *Adicciones* 2004, Vol16, Supl2.

Jarvis MJ. Gender differences in smoking cessation: Real or myth? *Tob Control* 1994; 3:324-8.

José Gálvez-Sánchez Ventura y cols. *Previnfad/Papps* 2007.

Kum-Nji P, Meloy L, Herrod HG. Environmental tobacco smoke exposure: prevalence and mechanisms of causation of infections in children. *Pediatrics* 2006; 117: 1745-1754

Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. M. Barrueco, Hernández, Torrecilla. 3ª edición 2006.

Moshhammer H, Hoek G, Luttmann-Gibson H, Neuberger MA, Antova T, Gehring U, Hrubá F, Pattenden S, Rudnai P, Slachetová H, Zlotkowska R, Fletcher T. Parental smoking and lung function in children: an international study. *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 173: 1255-1263

Programa de ayuda al fumador de Cantabria 2005.

Randall S. Children and secondhand smoke: not just a community issue. *Paediatr Nurs* 2006; 18: 29-31.

Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET). Guía de práctica clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar. Traducción y adaptación del programa educativo del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) respaldado por la fundación Robert Wood Johnson 2010.

Tabaquismo: intervención adecuada en Atención Primaria. Barranco L., Cañamares M., Fuentes M., Goodarz K., Hernanz J. Tutor: J.R. Banegas.

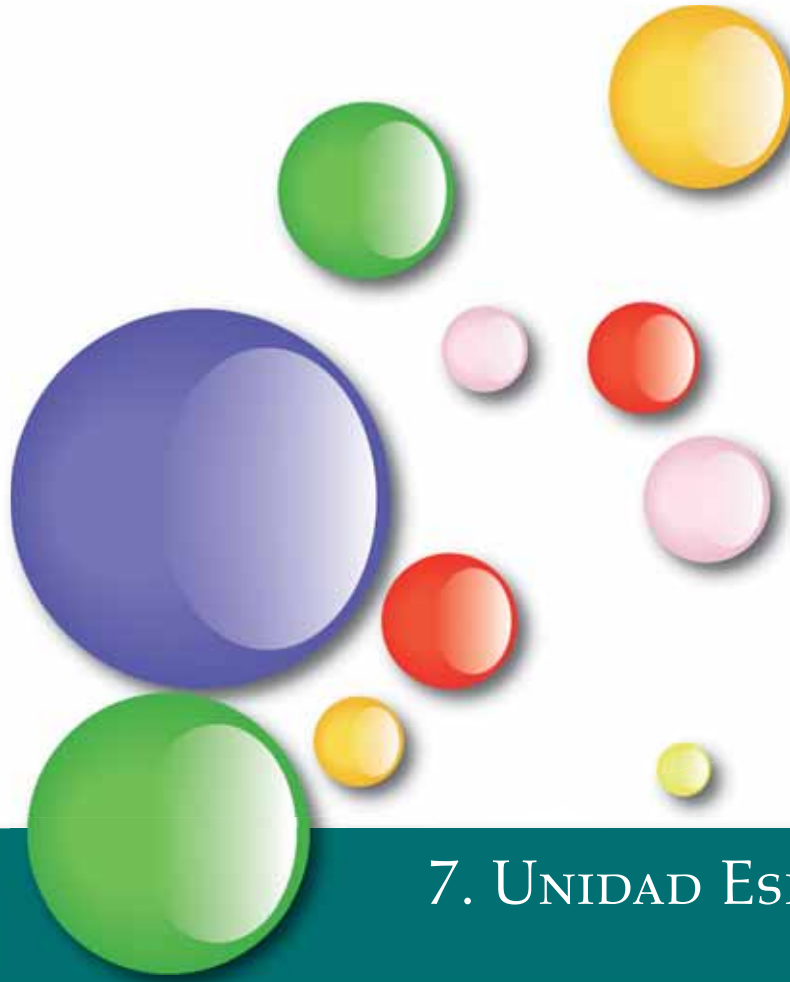


US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke. A report of the Surgeon General. Washington: CDC-OSH 2006.

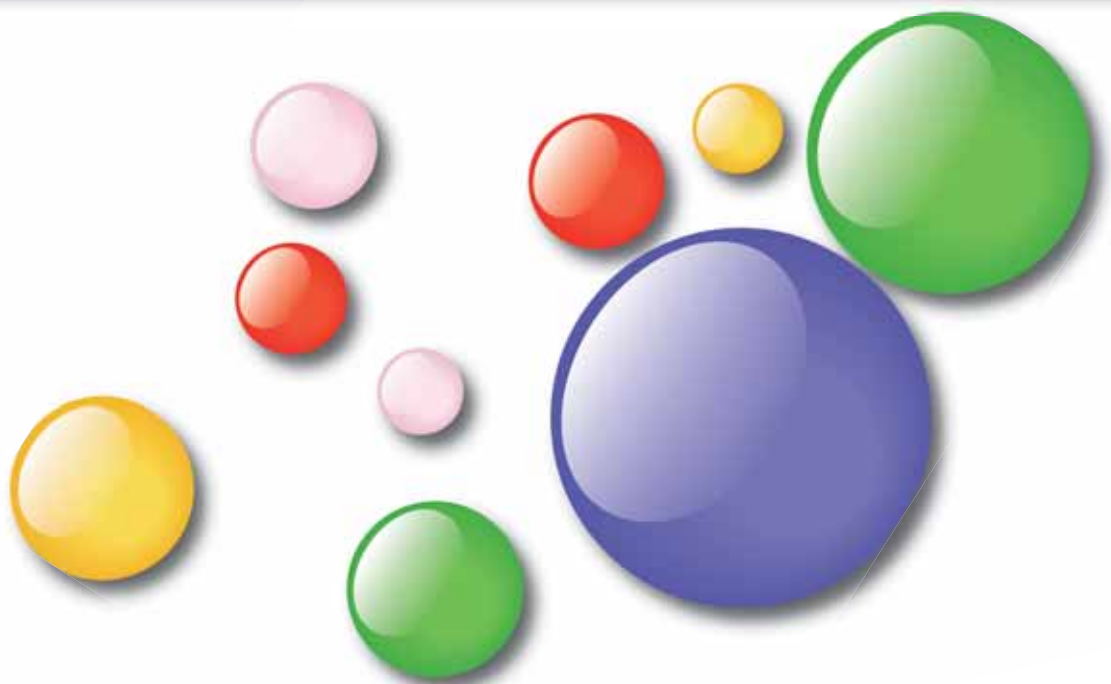
Ward KD, Klesges RC, Zbikowski SM, Bliss RE, Garvey AJ. Gender differences in the outcome of an unaided smoking cessation attempt. Addictive behaviours 1997; 22:521-33.

Women and smoking: A Report of the Surgeon General 2001. Accessed April 9, 2002. Disponible en: http://www.cdc.gov/tobacco/sgr_forwomen.htm.





7. UNIDAD ESPECIALIZADA





La Unidad de Deshabituación Tabáquica del Servicio Cantabro de Salud (UDESTA) se creó en el año 2006 como una de las líneas prioritarias del **I Plan de Prevención y Control del Tabaquismo de Cantabria 2004-2007** para dar respuesta a las necesidades de aquellas personas fumadoras que precisaban una atención más específica, especializada e intensiva para dejar de fumar, además de servir como instrumento de formación y de investigación en todo lo relacionado con la dependencia al tabaco. La idea básica sobre tratamiento, recogida en el citado Plan es que todos los agentes de salud (personal médico de atención primaria y especializada, personal de enfermería, etc.) sean los que ayuden y apoyen a las personas fumadoras que quieran dejar de serlo. La UDESTA complementa las acciones desarrolladas por Atención Primaria y Especializada apoyando la labor asistencial en los casos en que se haga necesario más tiempo y un mayor empleo de recursos.

La UDESTA está ubicada actualmente en el CS Vargas y cuenta con los servicios de un médico y una psicóloga clínica.

Con el fin de articular el funcionamiento de dicha Unidad, se han establecido unos criterios de derivación relacionados con los intentos de la persona fumadora para dejar de fumar, las patologías asociadas y el embarazo y la lactancia. También se contempla como criterio de derivación el carácter modélico del personal sanitario.

7.1. Criterios de derivación

- ✱ **RECAÍDAS:** personas fumadoras que habiendo hecho intentos serios de abandono del consumo de tabaco, no lo han conseguido. Se entiende por intento serio aquel que haya sido supervisado por personal de Atención Primaria o Especializada, que esté debidamente documentado en la Historia Clínica y haya constado de al menos 4 sesiones (preparación y seguimiento). Se precisará un mínimo de dos intentos en los últimos 3 años antes de poder ser derivado a la UDESTA.
- ✱ **PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA:** personas fumadoras en tratamiento



por enfermedad psiquiátrica grave que desde Atención Primaria o Especializada se considere necesario, atendiendo a las especiales características de la persona. Se incluirán en este apartado depresión moderada-severa, psicosis, trastorno bipolar, trastornos alimentarios...

Estas personas pueden exigir mayor dedicación y un mayor dominio de habilidades farmacológicas (con mucha frecuencia están polimedicados y el abandono del tabaco puede alterar la farmacocinética de ciertos fármacos) y conductuales.

- * **OTRAS DEPENDENCIAS:** consumo de alcohol, opiáceos, cocaína, cannabis... Las personas fumadoras con otras dependencias son candidatas a derivación, debido a las dificultades de manejo y a los pobres resultados en cesación que suelen obtener. Es fácil que presenten múltiples recaídas en el consumo, poca adherencia al tratamiento, incumplan muchas pautas terapéuticas y en un alto porcentaje, y presenten comorbilidad psiquiátrica (trastornos de personalidad).

Hay evidencias que muestran que dejar de fumar en personas drogodependientes puede proteger contra las recaídas de otras drogas de abuso y ayudar en su recuperación.

- * **SITUACIONES EN LAS QUE ES URGENTE DEJAR DE FUMAR:** personas fumadoras que tengan problemas graves de salud en los que el consumo de tabaco suponga un riesgo vital y precisen una atención más precoz o intensiva con el fin de minimizar el riesgo de recaída.

Algunos de estos problemas graves son:

- **Enfermedades cardíacas graves** de reciente diagnóstico, descontroladas o no compensadas: cardiopatía isquémica, angina, insuficiencia cardíaca, hipertensión complicada y no controlada, enfermedad vascular...
- **Otras enfermedades graves** que podrían justificar este abordaje más intenso: cánceres, EPOC, insuficiencia respiratoria, síndrome de apnea obstructiva del sueño, úlcera gastro-duodenal activa,...

En sentido amplio, todas estas personas pueden ser atendidas en sus Centros de Salud pero en determinadas ocasiones y valoradas



las características de cada caso, se podrían derivar a la UDESTA.

✱ **EMBARAZO O LACTANCIA:** mujeres embarazadas o lactantes fumadoras que precisen ayuda para abandonar su dependencia y que el personal de Atención Primaria o Especializada considere necesario, atendiendo a las características de la paciente:

- altamente dependientes,
- historia previa de recaídas,
- baja motivación y
- situaciones especiales que dificulten la deshabituación.

Es un grupo en el que es necesario minimizar el riesgo de recaída (el feto o recién nacido no dispondrá de segundas oportunidades). Por ser urgente que dejen de fumar, se les debe dedicar más tiempo y técnicas más específicas para que no recaigan, ya que en ellas, además, la 1ª elección es no usar fármacos.

Las mujeres que siguen fumando en el embarazo tienen peor pronóstico: son aproximadamente la mitad de las mujeres embarazadas; la mitad más motivada y/o menos dependiente ya lo ha dejado.

Atención Primaria o Especializada puede atender a estas mujeres si bien sus especiales características hacen aconsejable una derivación preferente.

✱ **PERSONAL SANITARIO:** aunque este personal puede ser tratado en sus Centros de Salud, se considera derivable debido al papel modelístico que dicho sector tiene en la sociedad en general y en sus pacientes en particular. Es difícilmente asumible que los agentes de salud sean personas fumadoras y es por ello que desde la UDESTA se propicia una intervención más intensiva que puede ayudar en su proceso de cesación.

7.2. Modo de derivar

La forma de derivar es la que habitualmente se emplea en otros recursos sanitarios: usando un **volante de interconsulta** de los que OMI



contempla. En este, además de los episodios sanitarios abiertos de cada paciente, se hará constar el motivo de la derivación, el número de cigarrillos, edad de inicio en el consumo, número de intentos previos y datos de interés.

La hoja de interconsulta será remitida vía fax a la UDESTA. Además todas las cuestiones relacionadas con cada caso, derivaciones o problemas podrán ser consultados directamente con la UDESTA por teléfono.

Resulta aconsejable la actualización del teléfono particular de cada paciente y el registro en OMI.

Las personas fumadoras pueden y deben ser tratadas en Atención Primaria o Especializada, por lo que todos los criterios de derivación que se establecen para el acceso a la UDESTA son relativos. Las derivaciones han de ser valoradas en cada contexto asistencial, tanto por los profesionales sanitarios que se plantean derivar, como por los profesional de la Unidad que admite la derivación y que servirá de filtro de acceso al segundo escalón asistencial.

Las personas fumadoras que precisen ayuda para dejar de serlo deberán ser atendidas en primera instancia en sus Centros de Salud.

Si es necesario un segundo escalón asistencial para dejar de fumar, serán derivadas a la UDESTA.

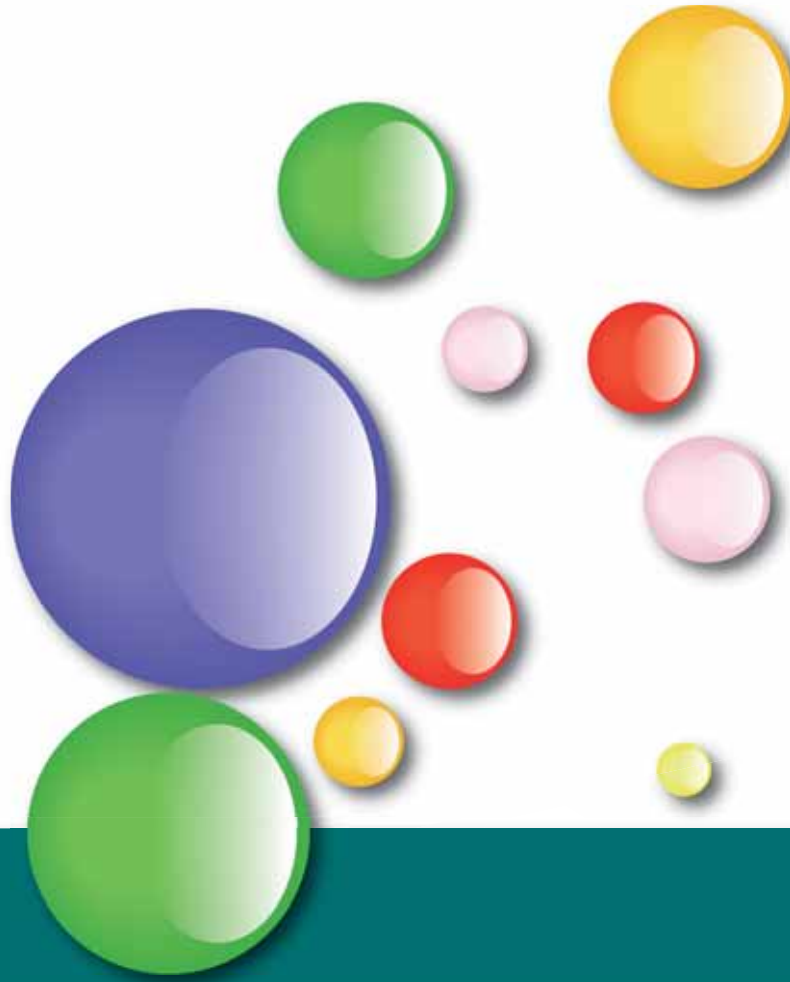
La diferencia entre ambos niveles se basa en la especialización de los y las profesionales y en el mayor uso de tiempo y recursos dedicados a la persona fumadora en la UDESTA.

Se establecen los criterios de derivación siguientes:

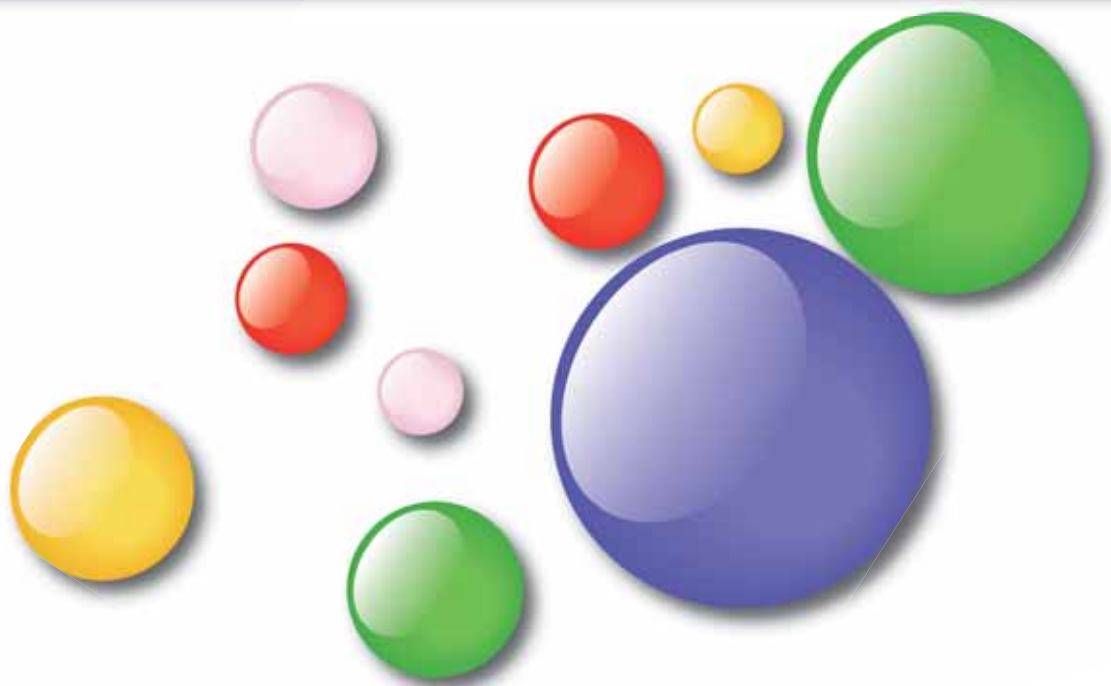
- ◆ Dos intentos previos en últimos tres años.
- ◆ Patologías psiquiátricas moderadas o severas.
- ◆ Otras dependencias.
- ◆ Patologías en las que es urgente dejar de fumar.
- ◆ Embarazadas o lactantes.
- ◆ Personal sanitario.

TELÉFONO DE LA UDESTA: **942 202 878**

FAX DE DERIVACIÓN A LA UDESTA: **942 203 464**



8. Anexos





Anexo 1: Algunos motivos para dejar de fumar

JUVENTUD

- * Tener mejor aliento y menos manchas dentales
- * Mejorar el olor de la ropa y el pelo
- * No ser dependientes ni manipulados por la industria
- * Tener menos tos
- * Mejorar el rendimiento deportivo
- * Disponer de más dinero
- * Poder tomar anticonceptivos orales con menos riesgos

PADRES Y MADRES

- * Disminuir las infecciones respiratorias en sus hijos/as
- * Disminuir el absentismo escolar
- * Aumentar las posibilidades de que sus hijos/as no fumen

PERSONAS FUMADORAS RECIENTES

- * En la mayoría de los casos, facilidad para dejarlo

PERSONAS ADULTAS SIN SÍNTOMAS

- * Disminuir a la mitad el riesgo de enfermedad cardíaca
- * Disminuir 10 veces el riesgo de cáncer de pulmón
- * Disminuir el riesgo de otros cánceres
- * Disminuir el riesgo de enfisema
- * Prolongar la esperanza de vida
- * Mejorar la economía
- * Cuidar la piel
- * Mayor aceptabilidad social



- * Mejorar el olor de la ropa, el pelo y la casa
- * No contribuir al tabaquismo involuntario

EMBARAZADAS

- * Disminuir el riesgo de aborto espontáneo y muerte fetal
- * Disminuir el riesgo de bajo peso al nacer
- * Disminuir el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante
- * Aumentar el aporte de oxígeno al bebé
- * Aumentar la posibilidad de que den de alta al bebé con la madre después del parto
- * Mejorar el olor de la ropa, el pelo y la casa
- * Papel modélico como madre

PERSONAS ADULTAS CON SÍNTOMAS

- * Disminuir la tos y el dolor de garganta
- * Mejorar la disnea
- * Disminuir el riesgo de angina y claudicación
- * Disminuir el riesgo de osteoporosis
- * Disminuir la posibilidad de úlcera y esofagitis

TODAS LAS PERSONAS FUMADORAS

- * Ahorrar dinero
- * Sentirse mejor
- * Mejorar la capacidad para realizar ejercicio
- * Vida más larga y de mejor calidad
- * Contribuir a evitar el tabaquismo involuntario

Adaptado de: Manley MW, Epps RP, Glynn TJ. The clinician's role in promoting smoking cessation among clinic patients. Med Clin North Am 1992; 76: 477-94.



Anexo 2: Beneficios de dejar de fumar

Conocer todos los beneficios que pueden obtenerse al dejar de fumar favorece que los profesionales sanitarios personalicen el consejo que dan a sus pacientes fumadores y refuercen su motivación cuando dejan de fumar. La mayor parte de las recomendaciones actuales promueven que se incida más en los refuerzos y las motivaciones positivas que en mensajes negativos y culpabilizadores.

La mejoría de la calidad de vida es el efecto más inmediato, y se manifiesta a partir de las primeras horas.

- ✱ **Al cabo de 20 minutos:** la presión sanguínea y la frecuencia cardíaca vuelven a su nivel normal.
- ✱ **Al cabo de 24 horas:** disminuye el riesgo de infarto.
- ✱ **Al cabo de 48 horas:** el olfato y el gusto mejoran.
- ✱ **Después de 3 semanas:** la circulación mejora y la función pulmonar se incrementa en un 30%.
- ✱ **Durante los primeros meses:** mejora la estomatitis por nicotina, el sangrado y la atrofia gingival y la enfermedad periodontal, así como la halitosis y la tinción dental. Disminuyen la tos, la congestión sinusal, la fatiga y la falta de aliento.
- ✱ **Después de 9 meses:** la tos, la fatiga y las dificultades respiratorias desaparecen.

Las personas que dejan de fumar antes de los cincuenta años tienen la mitad de riesgo de morir en los siguientes 15 años que las que continúan fumando. La reducción del riesgo comienza poco tiempo después de dejar de fumar y continúa durante 10 ó 15 años. Los beneficios sobre la mortalidad son inversamente proporcionales a la edad de abandono del tabaco y se producen a cualquier edad (por ejemplo, los hombres fumadores que dejan de fumar a los 65 ganan entre 1,4 y 2 años de vida y las mujeres entre 2,7 y 3,7).



BENEFICIOS SOBRE LA SALUD

Cánceres

- ✱ Después de cinco años de abstinencia, los riesgos de cáncer orofaríngeo y de esófago se reducen a la mitad comparados con los que siguen fumando. Los riesgos de cáncer de vejiga y de cuello uterino también se reducen.
- ✱ Dejar de fumar podría prevenir una cuarta parte de los casos de cáncer de páncreas.
- ✱ El riesgo de cáncer de pulmón disminuye entre el 30 y el 50% después de 10 años de abstinencia tanto en hombres como en mujeres y para todos los tipos histológicos de cáncer.
- ✱ El riesgo de cáncer de laringe también se reduce.

Enfermedades cardiovasculares

- ✱ El riesgo de enfermedad coronaria se reduce a la mitad sólo un año después de haber dejado de fumar y luego declina gradualmente. Después de 15 años, el riesgo es similar al de aquellos que nunca han fumado.
- ✱ El riesgo de una enfermedad arterial periférica oclusiva y de infarto también se reduce.
- ✱ Los ex fumadores tienen la mitad de exceso de riesgo de morir por un aneurisma abdominal aórtico que los fumadores.
- ✱ La enfermedad arterial periférica disminuye.

Enfermedades respiratorias

- ✱ En la revisión de la normativa GOLD 2007 se insiste en que dejar de fumar es, en la mayoría de las personas, la razón más eficaz y coste-efectiva para evitar el desarrollo y la progresión de la EPOC (fuerza de la evidencia A)
- ✱ Los síntomas e infecciones respiratorias disminuyen al dejar de fumar.
- ✱ El índice de descenso de la función pulmonar relacionado con la



edad vuelve a lo normal.

- * Disminuye el riesgo de bronquitis y de neumonía.
- * Disminuye el riesgo de sufrir enfermedades del tracto respiratorio superior e inferior: resfriados, gripe, bronquitis y neumonía.

Reproducción

El consumo de tabaco es el factor de riesgo modificable más importante para la salud del bebé y de la madre.

- * Las mujeres que dejan de fumar antes de quedar embarazadas tienen bebés del mismo peso que los de las no fumadoras. Dejar de fumar al comienzo del embarazo mejora el peso del recién nacido.
- * Aunque la abstinencia nicotínica durante el embarazo produce los máximos beneficios tanto al bebé como a la madre cuando es precoz, dejar de fumar en cualquier momento del embarazo conlleva beneficios (fuerza de la evidencia B).
- * El riesgo de desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, hemorragia durante el parto, rotura prematura de membranas y parto prematuro en ex fumadoras se iguala al de no fumadoras.
- * Se reduce el riesgo de Síndrome de muerte súbita del lactante.
- * La alteración de los niveles de testosterona y la oligozoospermia se normalizan al dejar de fumar.
- * Dejar de fumar revierte el adelanto de la menopausia (entre 2-3 años) que se produce en mujeres fumadoras.

Otros efectos

- * El riesgo de úlcera duodenal y gástrica disminuye.
- * Dejar de fumar puede disminuir su riesgo de desarrollar cataratas.
- * Quienes fuman tienen más bajas laborales que quienes no fuman. Los/las ex fumadores/as, en relación con quienes continúan fumando, presentan hasta un 20% menos de días de trabajo perdidos a causa de enfermedad.



Dejar de fumar en personas que padecen enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco

- * Las personas fumadoras con cardiopatía, úlcera péptica y enfermedad vascular periférica se benefician particularmente del abandono del tabaco.
- * Se reduce el riesgo de un segundo infarto en un 50%.
- * En pacientes con EPOC aumenta la supervivencia, disminuye la pérdida acelerada del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1), mejora la tos y la expectoración y se revierte la obstrucción precoz de las vías respiratorias pequeñas, aunque sean mayores de 65 años.
- * Los estudios indican que dejar de fumar disminuye el riesgo de cáncer cervical invasivo. Un estudio en mujeres que tenían lesiones precancerosas tempranas de cervix encontró que el dejar de fumar reduce el tamaño de la lesión. Por el contrario, el índice de éxito en el tratamiento de lesiones precancerosas se reducía 2,5 veces en mujeres que continuaban fumando.



Anexo 3: Riesgos para la salud asociados al consumo de tabaco

Como resultado de la distribución del humo del tabaco por todo el cuerpo y de su alto nivel de toxicidad, se ha acumulado una alarmante evidencia del daño que produce el humo del tabaco en el organismo de la persona fumadora, con una importante repercusión sobre la mortalidad y la morbilidad. El tabaco es considerado responsable del 30% de las muertes que se producen por cáncer, del 20% de las que se producen por enfermedades cardiovasculares y del 80% de las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La mitad de las personas fumadoras morirán por causa del consumo de tabaco y lo harán, de media, 10 años más jóvenes que quienes no fuman.

El tabaquismo ha sido identificado como causa de las siguientes enfermedades y efectos perjudiciales sobre la salud:

CÁNCERES

Fumar produce cáncer a través de los carcinógenos contenidos en el humo del tabaco

- * Cáncer de pulmón: el tabaco es responsable de más del 90% de los casos de cáncer de pulmón en la población masculina y del 80% en la población femenina. En las mujeres están aumentando los casos de cáncer de pulmón; en Cantabria, en el año 2006 fue la primera causa de muerte atribuible al consumo de tabaco en ambos sexos.
- * Cáncer de laringe: quienes fuman presentan 10 veces más riesgo de desarrollarlo que quienes no fuman.
- * Cáncer de vejiga: el consumo de tabaco es responsable del 30 al 40% de cánceres de vejiga en ambos sexos, siendo la causa principal de cáncer de vejiga en mujeres.
- * Cáncer de cuello uterino: el tabaquismo incrementa el riesgo de cáncer cervical invasivo de 2 a 3 veces.
- * Cáncer de esófago: en España el tabaco es responsable de la muerte por cáncer de esófago de más de 1300 personas al año.



- * **Cáncer de riñón:** hay una fuerte evidencia, con una asociación dosis respuesta entre consumo de tabaco y cáncer de riñón.
- * **Leucemia:** el riesgo de leucemia mieloide aguda aumenta en proporción al número de cigarrillos fumados y los años de consumo.
- * **Cáncer oral:** el consumo de tabaco es responsable del 80-90% de los cánceres de boca. La proporción de cáncer de boca entre hombres y mujeres ha pasado en los últimos 50 años de 6:1 a 2:1 debido al incremento del tabaquismo en la mujer. A esto hay que añadir que el tabaco tiene un efecto sinérgico con el alcohol.
- * **Cáncer de páncreas:** es 2 veces más frecuente en personas que han fumado más de 20 años.
- * **Cáncer de estómago:** es 3 veces más frecuente en quienes fuman que en quienes no fuman.
- * **Pólipos adenomatosos de colon:** más frecuentes en personas fumadoras, siendo estas lesiones las principales precursoras del cáncer colorrectal.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

El consumo de tabaco aumenta entre 2 y 4 veces el riesgo de desarrollar patología coronaria o cerebrovascular, principalmente debidas a la nicotina y al monóxido de carbono.

- * **Aneurisma abdominal aórtico:** el consumo de tabaco es de las pocas causas evitables de esta patología con tanta frecuencia mortal. Las personas fumadoras mostraron un riesgo cinco veces superior de desarrollar este tipo de aneurisma que las no fumadoras.
- * **Arterioesclerosis:** hay una fuerte asociación dosis respuesta entre consumo de tabaco y aparición y desarrollo de aterosclerosis subclínica.
- * **Enfermedad cerebrovascular:** existe un aumento del riesgo del 50% en personas fumadoras respecto a no fumadoras. En estas patologías la hipertensión arterial actúa con un efecto multiplicador del tabaco.
- * **Cardiopatía isquémica:** la incidencia es entre 1,5 y 4 veces mayor en quienes fuman. Además, la gran mayoría de episodios de muerte



súbita asociados a cardiopatía isquémica se dan en éstas.

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

El humo de tabaco afecta de una forma directa al aparato respiratorio, dando lugar a numerosa sintomatología respiratoria. Las enfermedades en las que está totalmente establecida la relación con el consumo de tabaco son:

- ✱ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): es la enfermedad respiratoria de mayor prevalencia (9,1% entre los 40 y los 70 años en nuestro país) y en más del 80% de las personas afectadas ha sido causada por el consumo de tabaco.
- ✱ Neumonía: el consumo de tabaco es factor de riesgo de la neumonía bacteriana.
- ✱ Neumotórax espontáneo: el consumo de cigarrillos incrementa el riesgo de neumotórax unas 20 veces en varones y unas 9 veces en mujeres, con una relación dosis/respuesta.
- ✱ Afectación respiratoria en personas adultas: en general, son más frecuentes las infecciones del tracto respiratorio, tanto bacterianas como víricas. Son más frecuentes enfermedades como la hemorragia alveolar, neumotórax espontáneo, bronquiolitis respiratoria, y fibrosis pulmonar idiopática.
- ✱ Mal control del asma: fumar empeora la evolución y provoca menor eficacia del tratamiento.

Además, está demostrada su relación con todos los síntomas respiratorios importantes en personas adultas, incluyendo tos, expectoración, sibilancias y disnea.

EFFECTOS SOBRE LA REPRODUCCIÓN

El humo de tabaco afecta al sistema reproductor tanto de hombres como de mujeres, aunque es en estas donde alcanza una gran relevancia por las complicaciones que genera durante el embarazo y los efectos negativos sobre el desarrollo y crecimiento del feto.

Hombres:

- ✱ El consumo de tabaco es una de las principales causas de disfunción



eréctil. Los niveles de testosterona suelen ser más bajos en fumadores y la frecuencia de oligozoospermia es mayor que en no fumadores.

- * Peor respuesta a los tratamientos de fertilidad.

Mujeres:

- * Dismenorrea: las fumadoras tienen el doble que las no fumadoras.
- * La menopausia: de media, las fumadoras sufren la menopausia dos años antes que las no fumadoras.
- * El consumo de tabaco asociado a la toma de anticonceptivos orales combinados aumenta el riesgo de infarto en fumadoras más de siete veces (7,2) al encontrado para no fumadoras y dobla las posibilidades de quedarse embarazadas mientras toman anticonceptivos orales.
- * La infertilidad es dos o tres veces más frecuente en fumadoras.
- * Peor respuesta a los tratamientos de fertilidad.
- * Complicaciones del embarazo: son más frecuentes la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta y la rotura precoz de membranas.
- * Muerte fetal y en el parto: es más frecuente el aborto espontáneo en fumadoras y tienen más del doble de riesgo de embarazo ectópico.
- * Bajo peso al nacer: con una disminución media de 227 gramos (Larsen et al., 2002).

OTROS EFECTOS

- * Disminución del estado de salud y aumento de la morbilidad.
- * Cataratas: el riesgo de catarata es 2,5-3 veces superior en personas fumadoras.
- * Degeneración macular relacionada con la edad: el riesgo es el triple en personas fumadoras.



- * Fracturas de cadera: aumenta el riesgo de fracturas, principalmente por disminución de la densidad ósea, más importante en mujeres postmenopáusicas.
- * Úlcera péptica: aumenta el riesgo de padecerla, haciendo más frecuentes las recurrencias y el número de complicaciones.
- * El consumo de tabaco es un factor de riesgo para el desarrollo de sensibilizaciones alérgicas.
- * Enfermedades periodontales (periodontitis, gingivitis y fallo de implantes dentales): las personas fumadoras tienen una probabilidad entre 2,5 y 6 veces mayor que las no fumadoras de desarrollar enfermedad periodontal.
- * Sequedad de la piel y aumento de las arrugas.





Anexo 4: Riesgos para la salud por exposición al humo ambiental de tabaco (hat)

El tabaquismo involuntario o pasivo es la exposición al HAT en espacios cerrados.

Desde 1986 en que el Departamento de Salud Pública de EEUU publicó el primer informe sobre tabaquismo involuntario, se han acumulado evidencias acerca de la cardiogenicidad del humo ambiental de tabaco y sobre los efectos perjudiciales del tabaquismo parental sobre la salud de los niños y niñas. Desde 1992, el humo ambiental de tabaco está clasificado como carcinógeno de clase A, (un carcinógeno conocido para el ser humano), para el que no hay un nivel de exposición que pueda considerarse libre de riesgo.

Actualmente, es la tercera causa evitable de muerte en nuestro país, después del tabaquismo y del consumo de alcohol.

EFFECTOS DE LA EXPOSICIÓN AL HAT DURANTE EL EMBARAZO

- * Aumento del riesgo de embarazo ectópico, abortos espontáneos.
- * Mayor frecuencia de complicaciones obstétricas.
- * Reducción del peso al nacer.
- * Alteraciones endocrinas en el recién nacido.
- * Mutaciones del ADN en diferentes tipos celulares.
- * Aumento de la mortalidad perinatal.
- * Riesgo de cáncer en los niños y niñas.
- * Alteraciones en las pruebas funcionales respiratorias.

EFFECTOS DE LA EXPOSICIÓN AL HAT SOBRE LA SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS

- * Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).
- * Asma y agravamiento de los síntomas asmáticos.



- * Enfermedades respiratorias agudas.
- * Síntomas respiratorios crónicos.
- * Reducción del crecimiento de la función pulmonar.
- * Enfermedades agudas y crónicas del oído medio.
- * Irritación en los ojos, nariz y garganta.
- * Mayor incidencia de alergias y de bronquitis.
- * Efectos adversos sobre el desarrollo neurológico y el comportamiento.
- * Menor peso en la infancia.
- * Peor dieta.
- * Consecuencias cardiovasculares.
- * Agravamiento de la fibrosis quística.
- * Mayor riesgo de enfermedad meningocócica invasiva.
- * Más ingresos hospitalarios.

EFFECTOS DE LA EXPOSICIÓN AL HAT SOBRE LA SALUD DE PERSONAS ADULTAS

- * Irritación en los ojos, nariz y garganta.
- * Síntomas respiratorios.
- * Cáncer de pulmón.
- * Reducción de la función pulmonar.
- * Cardiopatía isquémica.
- * Agravamiento del asma.
- * En mujeres, alteraciones en la edad natural de la menopausia.
- * Mayor probabilidad de otitis y sinusitis.
- * Otros cánceres.



Anexo 5: Empleo del cooxímetro

El **cooxímetro** es un monitor que permite medir el contenido de monóxido de carbono (**CO**) en el aire espirado.

Cuando se inhala, el **CO** compite con éxito con el oxígeno en la sangre para formar carboxihemoglobina (COHb) y esto produce una disminución del oxígeno que se fija a la hemoglobina y por lo tanto, de su aporte al organismo.

Mediante la cooximetría se mide la cantidad de monóxido de carbono en el aliento, que es una manera indirecta y no invasiva de medir el nivel de carboxihemoglobina en sangre (%COHb).

Los resultados de la medida se expresan en **partes por millón (ppm)** de CO en aire espirado.

USO DEL COOXÍMETRO



ENCENDIDO

Pulsar y mantener presionado el botón ON hasta que el piloto rojo LED- 80 ppm (rojo) empiece a parpadear.

Soltar entonces el botón ON.

Cuando el piloto LED 1 ppm (verde) empieza a parpadear, el cooxímetro está listo para ser utilizado.



Pulsar y mantener presionado durante al menos 3 segundos el botón azul.

Después de un periodo de calentamiento de 10 segundos, durante el cual se muestra una pantalla de inicio, aparecerá el menú principal.

Con el indicador (flecha) enfrente de la imagen de una cara exhalando, el cooxímetro está listo para ser utilizado.



MEDICIÓN

Pulsar soltar el botón GO para iniciar la cuenta atrás (15 segundos), al mismo tiempo que se le pide a la persona que contenga la respiración.

Cuando la cuenta atrás haya finalizado, se pide a la persona que expire lentamente por la boquilla desechable hasta vaciar sus pulmones.

Si la persona no puede contener la respiración durante los 15 segundos completos, debe comenzar la exhalación en un momento cómodo, pero exhalar completamente.

El valor del ppm subirá, y quedará fijado en el valor más alto.



Realizar un doble clic rápido del botón que iniciará la cuenta atrás (15 segundos), al mismo tiempo que se le pide a la persona que contenga la respiración.



Cuando la cuenta atrás haya finalizado, se pide a la persona que expire lentamente por la boquilla desechable hasta vaciar sus pulmones.



Si la persona no puede contener la respiración durante los 15 segundos completos, debe comenzar la exhalación en un momento cómodo, pero exhalar completamente.

El valor ppm subirá y quedará fijado en el valor más alto.

En la parte inferior de la pantalla aparece una lectura de %CoHb equivalente al valor ppm.



NUEVA MEDICIÓN

El aparato está preparado para realizar una nueva lectura cuando el piloto LED 1 ppm (verde) empieza a parpadear de nuevo.

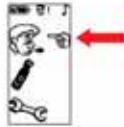
Para comenzar otra prueba, pulsar el botón GO, que iniciará la cuenta atrás.

El aparato está preparado para realizar una nueva lectura cuando aparecen los símbolos del indicador (mano) y "volver" (flecha) en la parte baja de la pantalla.



Para comenzar otra prueba, hacer doble clic en el botón para volver a la pantalla principal.

Con el indicador (flecha) enfrente de la imagen de una cara exhalando, el cooxímetro está listo para ser utilizado de nuevo. Realizando un doble clic rápido se iniciará la cuenta atrás.





APAGADO:

Mantener pulsado el botón ON/OFF durante unos segundos.

Si el instrumento se deja encendido, se apagará automáticamente al cabo de varios minutos de no ser utilizado.

CALIBRADO:

Cada 6 meses, dependiendo del uso.

El calibrado en la actualidad se realiza en el Servicio de Drogodependencias de la Consejería de Sanidad. Tfno: 942208165

INTERPRETACIÓN:

Aunque habrá que tener en cuenta las diferencias individuales en cuanto a la forma de fumar o la exposición al humo ambiental de tabaco, puede servir como orientación la siguiente pauta a la hora de interpretar los valores aportados por la co-oximetría (investigaciones clínicas demuestran que lo mejor es valorar la presencia de CO en aire espirado en partes por millón (ppm)):





- * De **1 a 4 ppm**: personas no fumadora.
- * De **5 a 6 ppm**: persona no fumadora que vive en una ciudad con contaminación o que respira HAT. Persona fumadora de pocos cigarrillos y que lleva varias horas sin fumar.
- * De **7 a 9 ppm**: persona fumadora que no ha fumado durante unas horas. Persona no fumadora que vive o trabaja con fumadoras o que reside en una ciudad fuertemente contaminada.
- * A partir de **10**: persona fumadora.

La vida media de eliminación del CO es corta, normalizándose a las 48-72 h. de no consumir.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA MEDIDA DE CO

Las concentraciones de CO en el aire espirado se ven influidas por (Pérez Trullén, 2004):

- * El número de cigarrillos consumido.
- * La inhalación del humo, el número de caladas o la profundidad de las mismas.
- * El tiempo transcurrido desde la inhalación del último cigarrillo hasta la realización de la prueba.
- * La hora del día en que se realiza la determinación.
- * El efecto de otras exposiciones ambientales (otras personas fumadoras, gases de automóviles, calefacción doméstica.....)
- * La forma de soplar de la persona.
- * La actividad física disminuye la vida media del CO y el sueño la incrementa.
- * En pacientes con intolerancia a la lactosa los valores de la cooximetría pueden estar más elevados.
- * Ante una cooximetría que no coincide con la cesación que declara la persona, hay que descartar la posible exposición a fuentes de CO (exposición laboral, en domicilio, intolerancia a la lactosa...).



Anexo 6: Tratamiento farmacológico. Precio de los preparados comerciales disponibles (julio 2010)

Nombre comercial	Posología	Sabor	Envase	Precio
Hidrocloruro de bupropión				
Zyntabac	150 mg		30 comp.	48,92 €
			60 comp.	85,41 €
			100 comp.	142,34 €
Vareniclina				
Champix	0,5 mg 11 comp. + 1 mgr 14 comp. (envase de inicio)			54,64 €
	0,5 mg 11 comp + 1mg 42 comprimidos (envase de inicio)			115,83 €
	0,5 mg		56 comp.	122,39 €
	1 mg		28 comp.	61,19 €
			56 comp.	122,39 €
			112 comp.	210,82 €
TSN: parches				
Nicotinell	7 mg /24h		7 parches	23,52 €
			14 parches	43,57 €
			21 parches	61,15 €
			28 parches	83,63 €
	14 mg /24 h		7 parches	26,24 €
			14 parches	44,71 €
			21 parches	61,15 €
			28 parches	85,03 €
	21 mg/24 h		7 parches	27,29 €
			14 parches	46,19 €
			21 parches	63,36 €
			28 parches	87,87 €
Nicorette	5 mg /16 h		7 parches	24,20 €
	10 mg / 16 h		7 parches	23,59 €
			14 parches	42,60 €
	15 mg / 16 h		7 parches	25,90 €
			14 parches	44,50 €
Niquitín	7 mg/24 h		7 parches	25,00 €
	14 mg/24 h		7 parches	22,90 €
			14 parches	42,00 €
	21 mg/24 h		7 parches	25,00 €
			14 parches	42,00 €



Nombre comercial	Posología	Sabor	Envase	Precio
TSN: chicles				
Nicotinell	2 mg	Normal	24 chicles	7,87 €
			Fruit o mint	96 chicles
		24 chicles		7,87 €
		96 chicles	23,40 €	
		4 mg		24 chicles
Fruit o mint			96 chicles	30,02 €
	2 mg	Normal, freshfruit o freshmint	30 chicles	8,95 €
			105 chicles	24,20 €
			210 chicles	43,00 €
	4 mg	Normal, freshfruit o freshmint	30 chicles	9,95 €
			105 chicles	29,95 €
TSN: comprimidos				
Nicotinell	1 mg	mint	36 comp	14,27 €
	2 mg	mint	36 comp	17,42 €
			96 comp	35,97 €



Anexo 7: Material de apoyo para pacientes: “Aprendiendo a Vivir Sin Tabaco”





Aprendiendo a vivir sin tabaco

Ante todo queremos felicitarle por la decisión que toma: DEJAR DE FUMAR. Seguramente lleve tiempo pensándolo y sabemos que ha sido una determinación difícil, en la que valoró tanto lo positivo como lo negativo de vivir sin fumar. Lo importante es que la balanza finalmente se inclinó hacia el lado saludable, el lado que hará que usted mejore su salud, su libertad, su economía. Y es, además, una decisión que también afecta, favorablemente, a las personas con las que comparte la vida.

Algunas personas dejan de fumar sin grandes dificultades y otras necesitan más ayuda. En este material, *Aprendiendo a vivir sin tabaco*, encontrará recomendaciones, consejos, sugerencias y propuestas que pretenden servirle de guía y ayuda para que el camino que inicia sea más llevadero y confortable. Para dejar de fumar es necesario su esfuerzo, su compromiso y saber cómo hacerlo. Tenga en cuenta que es una carrera de fondo, dosifique sus fuerzas y sobre todo tenga claro que DEJAR DE FUMAR ES POSIBLE, cada día lo consiguen muchísimas personas como usted, y los beneficios que se obtienen son numerosos, como comprobará a lo largo de los próximos meses.

Además usted no emprenderá el camino en soledad, contará con el apoyo de su profesional sanitario que le ayudará en todo momento y es a quien debe acudir ante cualquier duda.

El material está dividido principalmente en dos partes: una de preparación en la que reflexionará sobre el tabaquismo y planeará su **día D** (día elegido para dejar de fumar) y la segunda parte donde se ofrecen sugerencias y recomendaciones para afrontar el síndrome de abstinencia a la nicotina y su nueva vida sin fumar.

Tanto las técnicas psicológicas como el tratamiento farmacológico han demostrado su eficacia para dejar de fumar. Si sigue las indicaciones del profesional sanitario estará más cerca de conseguirlo.



Y yo, ¿por qué fumo?

Haga un ejercicio de memoria, piense en el día en que fumó su primer cigarrillo.

¿Cuánto tiempo hace?	
¿Por qué lo fumó?	
¿Con quién lo fumó?	
¿Cuándo fumó el siguiente?	
¿Cuánto tiempo pasó hasta que empezó a fumar diariamente?	

Imaginemos que usted es una de las muchas personas que fumó sus primeros cigarrillos cuando empezaba a salir con sus amistades. Si cada vez que quedaba en un bar, tomaba un café y fumaba un cigarrillo, al repetir estas conductas estableció ciertas asociaciones.

Este es uno de los factores que influyen en la consolidación de una conducta: la repetición. Es muy probable que, ahora, cada vez que tome un café, cada vez que esté con sus amistades, cada vez que acuda a un bar, tenga ganas de fumar. Piense en los momentos, lugares o situaciones en los que normalmente fuma, es decir, en las asociaciones que ha creado a lo largo del tiempo y de la repetición. Elabore su propia lista:

Mientras tomo café	



Por otra parte, si después de realizar una conducta obtiene una recompensa, las probabilidades de que la repita aumentarán. En cambio, si recibe un castigo, las probabilidades de repetirla disminuirán. Con los cigarrillos, y con el tabaco en general, se producen recompensas inmediatas y seguras, y el castigo, de producirse, lo hace tras varios años de consumo (cáncer de pulmón, infarto, dificultades respiratorias, etc). En nuestro cerebro existen sustancias que regulan el apetito, mejoran la memoria, el ánimo, la concentración... La nicotina las estimula de forma artificial y esto actúa como recompensa. Además, al fumar desaparecen los efectos de la abstinencia que se producen cuando se está un tiempo sin fumar (cuando hace un viaje en tren, va al cine, mientras duerme...), es decir, se elimina una sensación desagradable.

Asimismo la nicotina es una sustancia altamente adictiva, comparable a la heroína. Por eso la mayoría de las personas que empiezan a fumar, en poco tiempo se convierten en adictas a esta sustancia.

Otra variable que interviene en este aprendizaje y que no podemos olvidar es el automatismo. Recuerde cuando aprendió a escribir: estaba pendiente de cada letra, de su ortografía, debía fijarse en cómo se escribían determinadas palabras... Ahora esto ya no es necesario, ha escrito tantas veces que ya no necesita pensar o concentrarse, escribe automáticamente.

Veamos que ha pasado con los cigarrillos:

A	Cuántos cigarrillos fuma al día	
B	Nº de caladas dadas a cada cigarrillo (10 caladas de media por cigarrillo)	
C	Multiplique A x B	
D	Multiplique C x 365 (días)	
E	Cuántos años lleva fumando	
F	Multiplique D x E	

F es el número de veces que ha realizado el gesto de llevarse el cigarrillo a la boca, el número de caladas que ha dado desde que empezó a fumar.

Es frecuente entre las personas que fuman, encender un cigarrillo y al dejarlo en el cenicero darse cuenta de que ya tienen otro encendido. Esto es lo que conocemos como au-



tomatismo. Por ello es muy importante que a partir del **día D** no tenga ningún cigarrillo cerca y que pida a las personas que están a su alrededor que no le ofrezcan tabaco.

Resumiendo, existen variables que hacen que esta conducta se instale en nuestra vida:

- ❖ **Lo que pasa antes.** Es decir, las asociaciones que establecemos (por ejemplo: café-cigarrillo, celebración-cigarrillo, nerviosismo-cigarrillo, ordenador-cigarrillo).
- ❖ **Lo que ocurre después.** Que una conducta se repita dependerá de si se obtiene recompensa o castigo. La nicotina proporciona a la persona fumadora sensaciones placenteras (recompensa).
- ❖ **La sustancia.** La nicotina es una sustancia altamente adictiva. La mayoría de las personas que fuman son dependientes de la nicotina.
- ❖ **El automatismo.** La conducta se repite hasta hacerla de manera inconsciente.

Como ve, fumar es un proceso de aprendizaje en el que intervienen múltiples factores. Dejar de fumar, también lo es. Ahora debe **aprender a vivir sin tabaco**, a experimentar y repetir cada situación sin fumar. Es un gran cambio en su vida y puede resultar costoso, pero los beneficios son tantos y tan importantes que no se arrepentirá.

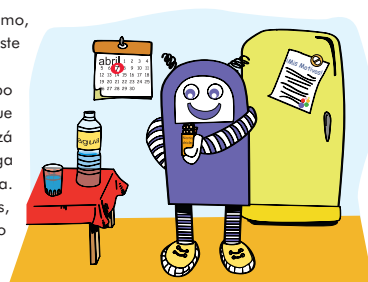
Y ¿por qué quiero dejar de fumar?

¿Qué hace que, tras años de consumo, haya decidido dejar de fumar en este momento?

Párese a pensarlo. Dedique el tiempo suficiente para rellenar las tablas que aparecen en la página siguiente. Quizá tenga una única razón, quizá tenga tantas que no le quepan en esta lista. No hay razones mejores ni peores, cada persona tiene las suyas, por eso es importante la sinceridad.

Cuando lleve varios días sin fumar, quizá tenga más motivos para añadir a esta lista. No deje de hacerlo, puede que algún día baje la motivación y le surjan ciertas dudas; releer la lista le ayudará a seguir. Colóquela en lugares visibles de su casa (tabla 1) o incluso puede llevarla consigo (tabla 2) para tener presente en todo momento por qué decidió dejar de fumar.

Para dejar de fumar lo más importante es querer dejarlo de verdad y confiar en que usted será capaz de conseguirlo. Piense en alguno de sus logros vitales (conseguir su primer trabajo, sacar el carné de conducir, criar a sus hijos...) y piense en cómo los consiguió, a pesar del esfuerzo mereció la pena. No lo olvide, **dejar de fumar es posible**. Y recuerde que nadie puede dejar de fumar por usted, usted es quien hará posible este cambio.





Mis motivos para dejar de fumar son:





Mis motivos para dejar de fumar son:





Mis motivos para dejar de fumar son:



doblar





Cómo usar vareniclina

Vareniclina es un medicamento que le ha recetado su médico/a para ayudarlo a dejar de fumar. Es un fármaco muy útil aunque no hará que las ganas de fumar desaparezcan. Aliviará los síntomas de abstinencia producidos por el abandono del tabaco.

Está demostrado que su empleo duplica las posibilidades de éxito.

Podemos encontrarlo en dos tipos de envase:

- ✦ Envase de inicio: se divide en dos semanas, cada una de ellas con comprimidos de diferente concentración (blancos 0,5 mg y azules 1 mg).
- ✦ Envase de mantenimiento en el que todos los comprimidos son iguales (existen envases de 1 mg y de 0,5 mg).

INSTRUCCIONES DE USO

Es necesario iniciar el tratamiento entre una y dos semanas antes de dejar de fumar, según le indique su médico/a.

Tome los comprimidos de la forma indicada, siempre con el estómago lleno y después de beber un vaso de agua grande.

PRIMERA SEMANA DE TRATAMIENTO (señalada como en el envase Semana 1):

Los tres primeros días tomará un comprimido blanco del envase de inicio. Debe tomarlo después del desayuno (viene señalado con un sol).

Los días 4, 5, 6 y 7, tomará un comprimido blanco después de desayunar (sol) y un segundo comprimido después de cenar (viene señalado con una luna).

SEGUNDA SEMANA DE TRATAMIENTO (señalada en el envase como Semana 2):

En esta semana se fijará el **día D**, día en el que dejará de fumar.

El 8º día, comenzará con los comprimidos azules. Generalmente se recomiendan dos comprimidos, uno después de desayunar (sol) y otro después de cenar (luna).



En ciertos casos su médico/a puede recomendarle que tome sólo un comprimido cada 24 horas, después del desayuno. Siga siempre sus indicaciones.

TERCERA SEMANA Y SIGUIENTES:

Se mantendrá la dosis de la segunda semana hasta el final del tratamiento.

En algunas personas puede producir náuseas, mareos o somnolencia, por lo que debe tener precaución al conducir o si maneja maquinaria peligrosa hasta comprobar si este efecto secundario se manifiesta en usted. Ante cualquier duda o efecto secundario, póngase en contacto con su profesional médico. Durante el tratamiento con vareniclina evite o disminuya el consumo de alcohol, ya que puede restar eficacia al fármaco y aumenta los efectos secundarios.

La duración mínima del tratamiento es de 12 semanas. No acorte el tiempo establecido de tratamiento aunque crea que ya no lo necesita, recuerde que el proceso de dejar de fumar es una carrera de fondo y el tratamiento farmacológico le ayudará en los primeros meses para no agotar sus fuerzas.

Este medicamento sólo puede ser prescrito y controlado por un profesional médico, no todas las personas pueden utilizarlo y no debe facilitarlo a personas que no sigan dicho control.



Nombre comercial: Champix ®



Cómo usar bupropión

Bupropión es un medicamento que le ha recetado su médico/a para ayudarle a dejar de fumar. Es un fármaco muy útil aunque no hará que las ganas de fumar desaparezcan. Aliviará los síntomas de abstinencia producidos por el abandono del tabaco.

Está demostrado que su empleo duplica las posibilidades de éxito.

Es probable que desde que comience a tomar bupropión el tabaco le apetezca menos y que le sepa distinto.

INSTRUCCIONES DE USO

Comience a tomar este medicamento una semana antes del día elegido para dejar de fumar. Durante esta semana puede seguir fumando.

Tomé un comprimido a primera hora de la mañana, al levantarse. Si su médico/a le aconseja tomar dos comprimidos a partir del 8º día, tomará este segundo comprimido 8 horas después del primero, preferentemente antes de las cinco de la tarde para evitar dormir mal.

Si se olvida de tomar un comprimido un día no se preocupe, al día siguiente retome el tratamiento. Si en alguna ocasión no recuerda si ha tomado o no el comprimido, NO tome un segundo comprimido "por si acaso".

Los efectos secundarios más frecuentes son insomnio, sequedad de boca, nerviosismo, dolor de cabeza y mareo. Ante cualquier duda o efecto secundario, póngase en contacto con su médico/a. Durante el tratamiento con bupropión evite o disminuya el consumo de alcohol, ya que puede restar eficacia al fármaco y aumenta los efectos secundarios.

Hasta comprobar si ciertos efectos secundarios se manifiestan en usted, tenga especial precaución al conducir, subir alturas o manejar maquinaria peligrosa.

Bupropión puede combinarse con otros tratamientos para dejar de fumar.

La duración mínima del tratamiento es de 8 a 12 semanas. No acorte el tiempo establecido de tratamiento aunque crea que ya no lo necesita, recuerde que el proceso de dejar de fumar es una carrera de fondo y el tratamiento farmacológico le ayudará en los primeros meses para no agotar sus fuerzas.



Este medicamento sólo puede ser prescrito y controlado por un profesional médico, no todas las personas pueden utilizarlo y no debe facilitarlo a personas que no sigan dicho control.



Nombres comerciales: Zyntabac® y Quomen®



Mitos sobre el tabaquismo

Existen una serie de mitos y falsas creencias relacionadas con el tabaco, con su consumo y su abandono, con la dependencia, con el tabaquismo involuntario... Estos mitos se han conservado a través del tiempo con ayuda de la industria tabaquera a la que, sin duda, le interesa mantener estas ideas erróneas.

SOBRE EL TABACO

Los cigarrillos 'light' son menos dañinos.

La única diferencia entre el tabaco normal y el light es el número de perforaciones que tienen en el filtro, lo que hace que pase una cantidad menor de nicotina y alquitrán en los cigarrillos light cuando se aspira. Pero los dos cigarrillos son igualmente dañinos para la salud, pues los componentes nocivos del tabaco (más de 4000) que encontramos en el humo, son los mismos en los cigarrillos normales que en los light.

La cantidad de nicotina y alquitrán que se absorbe depende de cómo se fume: caladas más o menos profundas, tiempo que se mantiene el humo en los pulmones, cantidad de cigarrillo que se consume... De hecho, la mayoría de las personas cuando cambian los cigarrillos convencionales por los bajos en nicotina y alquitrán, al final del día tiene los mismos niveles de estas sustancias que antes, porque suelen inhalar el humo más fuerte y profundamente y bloquear los orificios de ventilación del filtro con los dedos o la boca de manera no consciente para conseguir el mismo nivel de nicotina en sangre al que estaban acostumbradas.

El tabaco rubio no es tan malo como el negro.

Las dos variedades de tabaco tienen el mismo tipo de componentes nocivos, aunque la distribución de algunos de ellos varíe.

Hay muchas cosas peores que el tabaco.

Hay muchos temas importantes en salud, pero el consumo de tabaco es la principal causa de muerte evitable en el mundo y en nuestro país. Una de cada dos personas fumadoras fallece por enfermedades relacionadas con el tabaco y de éstas, la mitad de ellas, en la edad media de la vida. Afortunadamente, abandonar el consumo de tabaco es posible. Además, si logramos disminuir este uso, tendremos más recursos disponibles para afrontar otros importantes problemas de salud.



El tabaco no es una droga.

Una droga se define como una sustancia que provoca dependencia física, psicológica y tolerancia, y, además, su retirada provoca síndrome de abstinencia. El tabaco cumple todos estos requisitos.

La nicotina es una droga blanda.

La nicotina es una droga que produce importantes efectos en el sistema nervioso central y aumenta el riesgo de muerte súbita por su acción sobre el corazón. Pero la nicotina no se consume sola o aislada, sino mezclada con otras miles de sustancias (69 de las cuales son cancerígenas), como amoníaco, fósforo, cadmio, plomo, acetona, quitaesmaltes, butano, monóxido de carbono.... El consumo de tabaco fue responsable de 54.233 muertes en España en 2003.

Además, la nicotina es una sustancia altamente adictiva: la mayoría de las personas que la prueban se vuelven adictas a ella. Se calcula que entre el 90 y el 95% de quienes fuman son dependientes de la nicotina. En España, fuma diariamente un 27% de la población.

¿Se puede decir que una droga es blanda cuando mata a más de 54.000 personas y a la que es adicta un 27% de la población?

EL TABACO Y LA SALUD

Todo el mundo sabe lo malo que es fumar.

Muchas personas saben que el tabaco no es sano, pero todavía quedan muchos grupos desinformados. Por ejemplo, pocas mujeres son conscientes de los peligros del consumo del tabaco relacionados con su sexo, entre los que se encuentra el riesgo de padecer cáncer de cervix, osteoporosis, menopausia temprana, abortos, embarazo ectópico -fuera del útero- e infertilidad; y muchas personas mayores creen que a su edad ya no merece la pena dejar de fumar, cuando si una persona deja de fumar a los 65 años, gana calidad y años de vida.

No noto que me haga daño.

Fumar es uno de los mayores factores de riesgo para la salud. Aunque durante un tiempo quienes fuman no noten los efectos nocivos del tabaco, se está produciendo el daño en su organismo. Está comprobado que un solo cigarrillo eleva la tensión arterial durante 15 minutos y aumenta la frecuencia cardíaca de 10 a 15 latidos por minuto, lo que puede llevar a sufrir un infarto o un accidente cerebrovascular.



Conozco personas muy mayores que fuman mucho y están muy bien.

Cuando una persona es fumadora tiene un riesgo muy alto de sufrir alguna de las enfermedades provocadas por el hecho de fumar aunque no todo el mundo corre la misma suerte.

No hay que olvidar que sólo se ve a las personas fumadoras que llegan a edad avanzada; a quienes han muerto jóvenes a causa del tabaco, no se les ve envejecer.

Fumar no causa cáncer.

Está científicamente comprobado que el cigarrillo es el causante de numerosos tipos de cáncer. La Organización Mundial de la Salud declara que el riesgo de desarrollar un cáncer de pulmón se multiplica por 25 ó 30 entre quienes fuman con respecto a quienes no fuman. El cáncer de pulmón sería una enfermedad poco frecuente si no existieran los cigarrillos.

Llevo pocos años fumando. Aún es pronto para preocuparse.

Las consecuencias del tabaco pueden parecer muy lejanas en la adolescencia, pero los problemas de salud que provoca el tabaco no son únicamente a largo plazo. La nicotina y las demás toxinas presentes en cigarrillos, puros y pipas pueden afectar rápidamente el cuerpo de una persona. Esto significa que quienes fuman en la adolescencia sufren muchos de estos problemas:

- ❖ **Problemas de piel.** Envejecimiento precoz, sequedad de la piel y mayor incidencia de psoriasis, entre otras.
- ❖ **Mal aliento.** Los cigarrillos provocan en quienes fuman halitosis o mal aliento persistente, además de ropa y cabello malolientes. El olor del humo permanece, no solo en las prendas de vestir, sino también en el pelo, los muebles y los automóviles. A menudo, es difícil quitar ese olor.
- ❖ **Menor rendimiento físico.** En general, quienes fuman no pueden competir físicamente con quienes no fuman, porque los efectos físicos del tabaco —ritmo cardíaco acelerado, menor circulación y falta de aire— reducen el rendimiento en los deportes.
- ❖ **Mayor riesgo de lesiones y tiempo de curación más largo.** El tabaco afecta a la capacidad que posee el cuerpo para producir colágeno y, por lo tanto, las lesiones curan más lentamente, el tiempo de cicatrización es más largo. Además aumenta la probabilidad de sufrir infecciones.

- ✦ **Mayor riesgo de enfermar.** Los estudios han demostrado que quienes fuman sufren más resfriados, gripe, bronquitis y neumonía que quienes no fuman; y que personas que padecen ciertas enfermedades, como asma, enferman más si fuman.
- ✦ **Fumar es caro.** El dinero que se pierde en tabaco puede gastarse en ocio, viajes, ropa, etc.

A un feto le hace menos daño que su madre fume 3 ó 4 cigarrillos que la ansiedad que le provocaría dejar de fumar.

Lamentablemente se sigue dando este mensaje a las embarazadas, incluso por profesionales sanitarios. Cuando se fuma un solo cigarrillo, se producen alteraciones en el feto, pues los componentes del tabaco, sobre todo la nicotina y el monóxido de carbono, atraviesan la barrera placentaria. Por ejemplo, la frecuencia cardíaca del feto aumenta de 130 a 180 latidos por minuto; además, es más elevado el riesgo de aborto, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y parto prematuro.

De algo hay que morir, así que sigo fumando.

Es cierto, moriremos por alguna razón, pero si fuma estará perdiendo varios años de vida. Además, el problema grave es que muchas de las enfermedades derivadas del consumo del tabaco son de progresión lenta, es decir, no matan de repente, sino que dan lugar a pasar muchos años de enfermedad antes de morir con la consiguiente pérdida de calidad de vida.

CONSUMO DE TABACO

Una persona que fuma menos de 5 cigarrillos diarios no es fumadora.

Una persona es fumadora tanto si fuma 15 cigarrillos al día, como si fuma uno o fuma solamente los fines de semana.

Los efectos de la nicotina son acumulativos. Fumar poco, pero de forma continuada, es tan perjudicial como los excesos esporádicos. Sí es cierto que el cáncer de pulmón guarda relación con la dosis: a más cigarrillos fumados, mayor riesgo de padecer este tipo de tumor. Sin embargo, otras enfermedades, como las cardiovasculares, no presentan esta característica, y la probabilidad de sufrirlas aumenta aun consumiendo bajas cantidades de tabaco. Los beneficios de dejar de fumar sólo se obtienen cuando se abandona totalmente el consumo de tabaco.



Fumar menos de 10 cigarrillos diarios no es malo. Con lograr fumar menos mi salud estará protegida: cuanto menos fume, menos riesgo correré.

Existe un factor individual causante de una mayor o menor sensibilidad a los efectos del tabaco (incluido su potencial cancerígeno). Por lo tanto, una persona debe considerarse fumadora desde el primer cigarrillo. Dejar de fumar para estas personas puede ser tan difícil como para quienes fuman mucho, porque se han acostumbrado ya a una dosis (aunque baja) de nicotina en la sangre y a asociar el fumar con determinadas situaciones.

Yo fumo poco porque casi todo el cigarrillo se consume en el cenicero.

Dejar que se queme el cigarrillo en el cenicero, tratando de "calar" poco, es también perjudicial para quien fuma, ya que el humo que se desprende del cigarrillo tiene mayor concentración de sustancias cancerígenas que el humo que se inhala al dar una calada.

El tabaco me tranquiliza.

Fumar un cigarrillo relaja porque el cuerpo está acostumbrado a la nicotina y cuando se lleva un tiempo sin fumar (minutos u horas, depende de la persona) la falta de esta sustancia puede hacer que la persona se ponga nerviosa. Al conseguir la dosis de nicotina que el cuerpo necesita el sujeto se siente más relajado. Hay que buscar otro método, entre los muchos que existen, para relajarse cuando una persona se siente nerviosa o estresada.

Si fumo estoy a la moda y me hace sentir una persona más atractiva.

Esta es la imagen que ha vendido la industria tabaquera a través de la publicidad. Pero la realidad es que el tabaco hace que aparezcan arrugas, reseca y da grisura a la piel, mancha los dientes y provoca mal olor en boca, ropa, pelo y dedos.

En los momentos difíciles, un cigarrillo me ayuda a resolver la situación.

Aunque se fume un solo cigarrillo, cuando se acaba de fumar el problema todavía permanece pendiente de ser resuelto; no por fumar se resolverá antes ni mejor. Somos las personas quienes resolvemos los problemas, no los cigarrillos.



Cuando necesito concentrarme para estudiar o trabajar, lo único que me ayuda es fumar.

Muchas personas asocian el tabaco a situaciones tales como trabajar o estudiar, y lo convierten en un hábito. Pero existen métodos más saludables y más adecuados para concentrarse que son los que utilizan quienes no fuman para conseguir este mismo resultado: al fin y al cabo, es la persona quien trabaja y estudia, no el cigarrillo.

Los cigarrillos para mí son mis mejores amigos.

Son unos "amigos" que echan a perder la salud, roban el dinero, controlan a todas horas, hacen que huelas mal y en muchas ocasiones matan.

Algún vicio hay que tener y éste no es el peor de todos.

Para ser una persona feliz no es necesario tener una dependencia a una droga. La persona que ha dejado de fumar para siempre se siente liberada de la tiranía del tabaco. Nadie se arrepiente de haberlo dejado. Además, el tabaco es por el momento el "vicio" que se cobra más vidas anualmente en el mundo, más que las drogas ilegales, el alcohol y los accidentes de tráfico juntos.

Me gustaría fumar sólo tres o cuatro cigarrillos al día en momentos muy concretos.

Esta es la fantasía de la mayoría de las personas fumadoras regulares de 10, 15, 20 ó 30 cigarrillos: ser capaces de fumar 3 ó 4 al día. Muchas personas lo intentan, pero es cuestión de tiempo que vuelvan al consumo anterior. El tabaco es una droga muy adictiva por lo que su cuerpo le pedirá la cantidad a la que estaba acostumbrado. Lo mejor y más fácil es dejarlo completamente.

La gente es libre de decidir si fuma o no.

La gran mayoría de quienes fuman comienzan a fumar en la niñez o en la adolescencia, antes de que puedan conocer los riesgos del uso del tabaco y las propiedades adictivas de la nicotina, y cuando están más presionados por la influencia de la publicidad del tabaco. Rápidamente se hacen personas adictas y aunque la mayoría desee dejarlo, esta puede ser una tarea más o menos difícil.



Yo no dependo del tabaco, puedo dejar de fumar cuando quiera.

Eso sólo es una excusa para seguir fumando y para no afrontar el hecho de dejar de fumar. Cuanto antes se abandone el tabaco, antes se obtendrán los beneficios de haber dejado de fumar.

Fumar es un signo de libertad y de autoafirmación, no voy a dejar de fumar porque me digan que es malo.

El hecho de que fumar sea considerado como un signo de libertad, de madurez y de autoafirmación es consecuencia de lo que han hecho creer las grandes compañías del tabaco mediante la publicidad y el cine. ¿Puede considerarse libre una persona que es dependiente del tabaco?

La persona que fuma siempre será fumadora.

Es cierto que una persona dependiente de la nicotina lo es toda su vida. Es por eso que cuando se abandona el consumo de tabaco, consumir un solo cigarrillo es un riesgo porque desencadena una serie de mecanismos físicos y psíquicos que pueden hacer que el sujeto fume de nuevo.

DEJANDO DE FUMAR

Soy demasiado mayor para dejar de fumar.

Nunca es tarde para abandonar el tabaco; cuanto antes se intenta y se consigue, antes se obtienen los beneficios de haber dejado de fumar. Por mucho tiempo que se lleve fumando, siempre se van a experimentar cambios positivos en cuanto a salud, bienestar físico y psíquico, economía e incluso estética. Tengamos en cuenta que un varón de 65 años puede añadir entre 1,4 y 2 años a su vida si deja de fumar; y que una mujer de 65 años que abandone el tabaco ganará entre 2,7 y 3,7 años más de vida en comparación con las que sigan fumando.

Sólo las personas que han sufrido un buen susto o aquellas con mucha fuerza de voluntad pueden lograr dejar de fumar.

Cualquier persona puede dejar de fumar. Lo importante no es la fuerza de voluntad, sino querer hacerlo teniendo claro el objetivo y entonces poner en marcha las estrategias adecuadas para conseguirlo.



Ya intenté una vez dejar de fumar y recaí; si lo vuelvo a intentar me volverá a pasar lo mismo.

Muchas personas que ya no fuman no tuvieron éxito en el primer intento, sino en uno posterior; si uno se lo propone, se puede conseguir. El miedo al fracaso no tiene que ser un obstáculo para intentarlo de nuevo. En cada nuevo intento se tiene más posibilidades de conseguirlo, porque se aprende qué es lo que ayuda y se conoce cuáles son las dificultades de los intentos anteriores.

Nunca encuentro el momento para dejarlo.

Cada cual tiene un momento oportuno para afrontar el abandono del tabaco. En general, no es conveniente elegir fechas en las que se ha recibido una mala noticia como enfermedades graves, defunciones, despidos laborales o mientras se está en una época de estrés o depresión, porque la posibilidad de éxito es menor y puede disminuir la confianza del sujeto en conseguir abandonar el consumo de tabaco. Pero tampoco hay que buscar el momento “ideal”, pues entonces aparecerán las excusas que lo retrasan.

Si dejo de fumar, me volveré muy irritable.

La irritabilidad es un síntoma del síndrome de abstinencia por dejar de consumir nicotina. No todo el mundo se vuelve irritable; si se utiliza una medicación adecuada y se pide consejo a profesionales sanitarios se puede manejar la irritabilidad mientras dure sin que cause problemas (como todos los síntomas del síndrome de abstinencia, se pasará).

Dejar de fumar engorda.

Hay personas que al abandonar el consumo de tabaco no engordan, pero es cierto que otras pueden engordar unos kilos, aunque los efectos negativos sobre la salud de este aumento de peso son mucho menores que los causados por los cigarrillos. Si se combina el abandono del tabaco con una dieta sana y ejercicio físico se consigue mantener el peso. El tratamiento farmacológico, en especial los chicles de nicotina, puede ayudar. Recuerde también que un aspecto atractivo depende de muchos factores aparte del peso; unos dientes blancos, por ejemplo, redundan positivamente en la imagen.



Se pasa muy mal cuando se deja, es peor el remedio que la enfermedad.

A veces no es fácil dejarlo, pero son tantos los beneficios que merece la pena el esfuerzo. Además, el síndrome de abstinencia dura sólo unas semanas y en la actualidad existen métodos eficaces que facilitan el abandono sin sufrimiento.

Los medicamentos para dejar de fumar no funcionan.

Tanto las terapias sustitutivas de nicotina -parches, chicles y comprimidos-, como bupropión y vareniclina son eficaces a la hora de ayudar en el cese del consumo. La combinación de estos tratamientos con el tratamiento psicológico aumenta las posibilidades de éxito.

TABAQUISMO INVOLUNTARIO

El aire contaminado de la ciudad es más peligroso que el humo del tabaco.

Muchas sustancias contaminan el aire y se debe trabajar para eliminar del entorno todos los riesgos para la salud. El humo de tabaco debe ser reconocido como uno de esos riesgos. La concentración de algunos elementos tóxicos de la polución de la ciudad es 400 veces inferior a la concentración de los contaminantes que se desprenden del humo de tabaco. Los estudios epidemiológicos señalan que el tabaco es causante del 30% de todos los cánceres diagnosticados, frente al 2% de la contaminación ambiental. Siendo el humo de tabaco una de las mayores causas de contaminación en los ambientes cerrados, es también la forma de toxicidad ambiental de más fácil solución: eliminar el uso de tabaco dentro de lugares cerrados.

No se ha demostrado una relación causal entre respirar aire contaminado por humo de tabaco de los demás y el desarrollo de enfermedades.

Todas las organizaciones médicas y científicas que gozan de credibilidad en el mundo han concluido que respirar aire contaminado por el humo de tabaco de los demás causa graves enfermedades y muerte a quienes no fuman. La estimación más conservadora para España es de 1.500-3.000 fallecimientos cada año a causa del tabaquismo involuntario. Los únicos grupos que aún niegan esto son la industria tabacalera y sus círculos corporativos.



El tabaco no afecta a los niños y niñas que están cerca de quien fuma.

Niños y niñas se convierten en fumadores pasivos si se encuentran con personas que están fumando. Tienen un 70% más de infecciones de las vías respiratorias altas que los no expuestos al humo de tabaco, y presentan además un mayor riesgo de otitis purulentas crónicas, faringitis y amigdalitis, retardo en el crecimiento y alteraciones neurológicas del comportamiento, entre otras patologías.

Los efectos del humo en quien no fuma no pasan de causarle molestias en los ojos y la garganta. El alquitrán sólo afecta a quien fuma activamente.

Quien no fuma y convive con alguien que fuma tiene mayor riesgo de padecer cáncer de pulmón que quien no vive o trabaja con personas fumadoras. Esto es debido a la mayor toxicidad del humo procedente de la combustión del tabaco cuando se quema lentamente en el cenicero. El alquitrán forma parte del humo y es respirado no sólo por la persona fumadora sino también por quienes le rodean. Tener una pareja que fuma aumenta el riesgo de cáncer de pulmón hasta en un 26% según el número de años y el de horas diarias de convivencia.

¿Te molesta el humo?

***El humo del tabaco, no sólo me molesta,
me perjudica.***





Tareas para la primera semana de preparación

A lo largo del proceso de dejar de fumar es fundamental, como en cualquier otro aprendizaje, el entrenamiento. Por ejemplo, para aprender a conducir es fundamental realizar prácticas con el coche y para aprender un idioma es necesario hacer ejercicios.

A continuación se proponen una serie de tareas para que usted realice en la primera semana de tratamiento.

- ❖ **Elaborar autorregistros del consumo de tabaco:** registre diariamente durante una semana su consumo de cigarrillos, anotando para cada cigarrillo la hora, la situación y valorando las ganas de fumar en cada una de ellas de 0 a 10. Es muy importante que rellene el autorregistro ANTES de encender el cigarrillo ya que la valoración será muy diferente si lo hace después. Los autorregistros se adjuntan en este cuadernillo (págs. 31 - 34).
- ❖ **Comunicar a las personas de su entorno que ha tomado la decisión de dejar de fumar en los próximos días.**
- ❖ **Seleccionar dos lugares en los que no fumará durante la próxima semana:** no se trata de fumar menos cigarrillos, sino de cambiar algunos de los sitios en los que fuma. Es importante seleccionar alternativas a esas situaciones. Por ejemplo: si decide no fumar en el coche y en la cocina de su casa, tendrá que pensar en alternativas. Cada vez que vaya conduciendo y tenga ganas de fumar, puede parar, bajarse y fumar; si está en la cocina, puede ir a otra parte de la casa. Se trata de no fumar en lugares donde antes siempre lo hacía.
- ❖ **No ofrecer ni aceptar cigarrillos:** sólo fumará su propio tabaco.
- ❖ **Retrasar el primer cigarrillo de la mañana al menos 10 minutos:** para conseguirlo es importante cambiar el orden de alguna rutina, no se trata de sentarse a ver como avanza el reloj.

Por ejemplo: en lugar de ducharse y después fumar, puede ducharse, desayunar y después fumar; al día siguiente puede ducharse, desayunar, hacer la cama y después fumar. Se trata de comprobar que si estamos ocupados realizando otras actividades podemos “dejar pasar las ganas de fumar”.
- ❖ **Fumar un tercio menos de cada uno de los cigarrillos.**



- ❖ **Seleccionar dos días de la semana en los que fumará con la mano contraria a la habitual:** si fuma con las dos manos indistintamente, fume un día entero con una mano y otro día con la contraria.
- ❖ **Mis motivos para dejar de fumar:** dedique unos minutos a reflexionar sobre cuáles son los motivos que le han llevado a dejar de fumar. Escríbalos en una tabla que colocará en un lugar donde pueda verla a menudo (la nevera, el espejo del baño, etc.). Puede resultarle útil llevar consigo una copia en el bolso o la billetera para releerla en los momentos en los que tenga ganas de fumar. Tiene un modelo de tabla en este cuadernillo (págs. 11 - 12).
- ❖ **Búsqueda y elección de una persona cómplice:** la búsqueda de apoyo e implicación de personas cercanas es de suma importancia. Busque una persona que preferiblemente reúna los siguientes requisitos:
 - ✓ Le acompañará y ayudará en todo el proceso de dejar de fumar.
 - ✓ Será preferentemente una persona ex fumadora o no fumadora.
 - ✓ Será una persona cercana y de confianza a la que recurrir en cualquier momento.

Pueden parecerle muchas tareas pero no olvide que dentro de poco tiempo dejará de fumar y que cualquier esfuerzo realizado ahora le allanará el camino más adelante.



Autorregistros

Durante la próxima semana debe registrar su consumo de cigarrillos. En las páginas siguientes tiene varias tablas, una para cada día de la semana. En ellas deberá apuntar el número de cigarrillo, la hora a la que se lo fuma, la situación (en el desayuno, esperando al autobús, en el descanso del trabajo) y las ganas que tiene de fumárselo valorándolo de 1 a 10, donde 1 es muy pocas ganas y 10 muchísimas ganas.

Es importantísimo que lo haga **ANTES** de fumar cada cigarrillo.

Las tablas tienen el tamaño adecuado para introducirlas en la cajetilla de cigarrillos. Utilice una por día aunque no la llene. Puede utilizar dos para un día si las necesita.



Nº	Hora	Situación	Ganas (0-10)
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
Nº	Hora	Situación	Ganas (0-10)
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
Nº	Hora	Situación	Ganas (0-10)
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
Nº	Hora	Situación	Ganas (0-10)
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
Nº	Hora	Situación	Ganas (0-10)
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Registro de Cigarrillos



Registro de Cigarrillos



Registro de Cigarrillos



Registro de Cigarrillos



Registro de Cigarrillos





doblar

Nº	Hora	Situación	Ganas (0-10)	Nº	Hora	Situación	Ganas (0-10)
1				11			
2				12			
3				13			
4				14			
5				15			
6				16			
7				17			
8				18			
9				19			
10				20			
Nº	Hora	Situación	Ganas (0-10)	Nº	Hora	Situación	Ganas (0-10)
1				11			
2				12			
3				13			
4				14			
5				15			
6				16			
7				17			
8				18			
9				19			
10				20			
Nº	Hora	Situación	Ganas (0-10)	Nº	Hora	Situación	Ganas (0-10)
1				11			
2				12			
3				13			
4				14			
5				15			
6				16			
7				17			
8				18			
9				19			
10				20			
Nº	Hora	Situación	Ganas (0-10)	Nº	Hora	Situación	Ganas (0-10)
1				11			
2				12			
3				13			
4				14			
5				15			
6				16			
7				17			
8				18			
9				19			
10				20			
Nº	Hora	Situación	Ganas (0-10)	Nº	Hora	Situación	Ganas (0-10)
1				11			
2				12			
3				13			
4				14			
5				15			
6				16			
7				17			
8				18			
9				19			
10				20			



Registro de sintomatología de abstinencia

Valore en esta tabla, de 0 a 10 (0 nada y 10 mucho), cómo se encuentra en este momento respecto a los siguientes síntomas.

NOMBRE:									
SÍNDROME DE ABSTINENCIA									
SESIÓN									
Ganas de fumar									
Nerviosismo									
Impaciencia									
Irritabilidad									
Ansiedad									
Dificultad de concentración									
Estreñimiento									
Cansancio									
Trastornos del sueño									
Aumento del apetito									
Irritación de garganta									
Tristeza									
TOTAL									
COOXIMETRÍA									



Aprendiendo a vivir sin tabaco

2



Preparándome para vivir sin fumar

Beneficios que se obtienen al dejar de fumar

Los beneficios al dejar de fumar son mayores que cualquier síntoma desagradable provocado por la abstinencia al tabaco y además duran para siempre.

En ocasiones, el síndrome de abstinencia puede hacer que las mejoras estén minimizadas o apenas se identifiquen, aún así, el cuerpo las detecta desde el primer momento. Conocerlas nos puede animar a continuar con nuestro empeño de vivir sin tabaco:



1) RECUPERA LIBERTAD. No depender de una sustancia tóxica ya es un gran premio.

2) MEJORA CALIDAD DE VIDA:

Nada más dejar de fumar:

- ❖ A los 20 minutos mejoran la circulación periférica y la presión arterial, la frecuencia cardíaca se normaliza y aumenta la temperatura de pies y manos.
- ❖ A las 8 horas los niveles de monóxido de carbono y oxígeno se normalizan, con ello se consigue que la respiración sea más profunda y los pulmones estén mejor oxigenados.
- ❖ A las 24 horas disminuye el riesgo de muerte súbita.
- ❖ Pasadas 48 horas disminuye la mucosidad bronquial y el riesgo de infarto. Se recuperan el sentido del gusto y del olfato.
- ❖ A las 72 horas se normaliza la función respiratoria.

Durante el primer año:

- ❖ Aumenta la capacidad física y disminuye el cansancio al realizar cualquier actividad.
- ❖ Mejora el drenaje bronquial y disminuye el riesgo de infecciones tras 1-9 meses.
- ❖ Disminuye la tos y la congestión nasal, se respira mejor y se tiene mejor circulación.



- ❖ Se reducen los catarros y molestias de garganta.
- ❖ Se reduce a la mitad el riesgo de tener un infarto en relación a una persona fumadora.

Tras unos años:

- ❖ Menor probabilidad de padecer cáncer de boca, garganta, esófago, vejiga, riñones y páncreas.
- ❖ Menor riesgo de trombosis o embolias cerebrales y de úlcera.
- ❖ Pasados 10-15 años sin fumar se iguala el riesgo de padecer cáncer de pulmón al de las personas no fumadoras.

3) MEJORA SU ECONOMÍA. Compruébelo, rellene esta tabla:

A	Nº de cajetillas día	
B	Precio de cada cajetilla	
C	$A \times B$ (cajetillas por precio)	
D	$C \times 365$ (días del año)	
E	$D \times n^\circ$ de años que ha fumado.	

E es el dinero que ha gastado en tabaco desde que empezó a fumar hasta hoy. Ahora que tiene la calculadora a mano, puede también valorar cuánto va a ahorrar a partir de este momento. La esperanza de vida actual en mujeres en España es de 84 años y en hombres de 77: reste a este valor (dependiendo de si es hombre o mujer) su edad y multiplíquelo por **D**. Este es el dinero que ahorrará en tabaco (sin añadir las subidas de precio que se producirán). Piense en todo lo que podrá hacer con ese dinero.

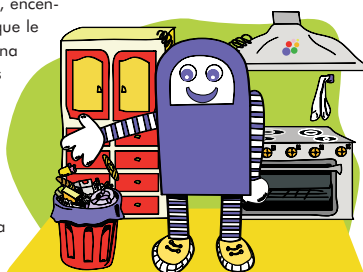
4) MEJORA SU ASPECTO FÍSICO:

- ❖ Desaparece el mal aliento.
- ❖ Mejora el olor de la ropa y la casa en general.
- ❖ Desaparece el color amarillento de manos y uñas.
- ❖ Mejora la hidratación de la piel y las arrugas son menos profundas; en general, se tiene mejor aspecto.

Prepare su primer día sin fumar

LA NOCHE ANTERIOR

- ✓ Repase la lista de motivos para dejar de fumar que elaboró los primeros días, cóléguela en un lugar visible para poderla revisar.
- ✓ Comunique a las personas de su entorno que a partir de mañana ya no fumará y solicite su colaboración.
- ✓ Deshágase de todo su tabaco, encendedores, ceniceros y objetos que le recuerden su vida como persona fumadora. Revise los bolsillos de chaquetas y abrigos, los cajones y la guantera del coche, piense en los lugares en los que guardaba cigarrillos para las emergencias.
- ✓ Planifique la actividad del día siguiente, identifique situaciones de riesgo y piense en lo que hará cuando estas ocurran. Tener alternativas le ayudará a sobrellevar las situaciones difíciles.
- ✓ Procure tener el día ocupado, si no tiene tiempo de pensar en el tabaco se sentirá mejor. No olvide realizar ejercicio físico.



Es normal que se sienta nervioso/nerviosa, mañana es su primer día sin fumar y no sabe cómo se encontrará. Por eso es importante que siga las siguientes recomendaciones que pretenden servirle de ayuda.

EL MISMO DÍA

- ✓ Cambie el orden de las actividades que realiza cada mañana. Rompa con su rutina como ya entrenó previamente. Hoy es un día especial, dele la importancia que se merece.



- ✓ Durante el día evite las comidas copiosas, los excitantes (café, refrescos de cola, té) y el alcohol: estas son asociaciones muy comunes con el consumo de tabaco que nos pueden dar falsa sensación de control.
- ✓ Lávese los dientes después de cada comida. Muchas personas fumadoras identifican el cigarrillo con esos momentos y cambiar el sabor de la boca ayuda.
- ✓ Consuma abundantes líquidos durante todo el día, le ayudarán con el síndrome de abstinencia y con las ganas de fumar.
- ✓ Manténgase ocupado.
- ✓ No olvide el tratamiento farmacológico prescrito y llevar encima los chicles o comprimidos de nicotina.
- ✓ Si siente nervios o irritación realice algún ejercicio de respiración. Si aparecen ganas de fumar repetidamente practique una técnica de detención del pensamiento (se explica en fichas posteriores).
- ✓ Dese instrucciones positivas como: "Voy a conseguirlo".
- ✓ Piense sólo en este día: "Hoy no quiero fumar, mañana ya lo decidiré".
- ✓ Al finalizar el día felicítase por haberlo conseguido, cada día sin fumar es un logro. No olvide gratificarse con una cena especial, una película o una buena lectura.
- ✓ A partir de este día guarde el dinero que no se gasta en tabaco para darse un premio cuando lleve un mes sin fumar.

El esfuerzo compensa. ¡ENHORABUENA!



Cómo quitarse el cigarrillo de la cabeza

En ocasiones nos abordan pensamientos que se transforman en ideas obsesivas que se repiten una y otra vez. Los primeros días sin fumar puede ser complicado *sacarnos el cigarrillo de la cabeza*. A continuación le detallamos dos técnicas que le ayudarán a eliminar y detener estas ideas y a transformarlas en mensajes que le ayuden. Puede practicar estas técnicas antes del **día D**, para que cuando ya no fume, pueda utilizarlas correctamente.

DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO

Esta técnica es útil para parar nuestros pensamientos cuando son repetitivos y afectan al desarrollo de nuestra actividad diaria.

Por ejemplo: pensar constantemente en fumar un cigarrillo sin poder concentrarse en el trabajo.

Se trata de seguir los siguientes pasos:

1. **Detecte el pensamiento que quiere detener:** por ejemplo, el deseo repetitivo de fumar ("necesito un cigarrillo, necesito un cigarrillo, necesito un cigarrillo...").
2. Cada vez que aparezca este pensamiento tiene que **interrumpirlo** diciendo en alto la palabra: BASTA, STOP, VALE. Si no puede decirlo en alto trate de hacerlo mentalmente, imagine las letras dibujadas o un fuerte pitido en su mente que capte su atención. Otra forma de parar el pensamiento es poner en su muñeca una goma y cuando aparezca tirar de ella, también sirve un pequeño pellizco.
3. **Realice una respiración profunda.**
4. Una vez parado el pensamiento debe realizar una **actividad para distraerse**: puede servir contar hacia atrás de 3 en 3 desde 200, sumar los números de las matrículas de los coches que vea por la calle, recitar algún poema o canción... cualquier cosa vale.
5. **Dese un mensaje positivo:** "lo estoy haciendo muy bien, yo puedo conseguirlo".
6. Si el pensamiento vuelve a aparecer repita todo el proceso.

Esta es una técnica muy útil y sencilla. Es posible que la primera vez que la utilice le cueste concentrarse, inténtelo de nuevo.



AUTOINSTRUCCIONES

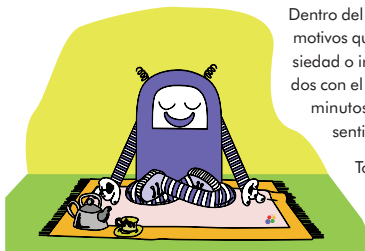
Las autoinstrucciones son mensajes que cada persona se dice a sí misma antes, durante y después de realizar una tarea. Mediante el habla y el pensamiento cada persona dirige lo que hace.

Por ejemplo, ante la aparición de un deseo aparentemente irresistible de fumar, pueden ser útiles las siguientes autoinstrucciones:

- ❖ he de respirar con tranquilidad,
- ❖ se que las ganas de fumar son como una ola que viene y se va,
- ❖ las ganas de fumar duran sólo unos minutos,
- ❖ cambiaré de actividad para distraerme,
- ❖ practicaré un ejercicio de relajación,
- ❖ un solo cigarrillo me puede hacer volver al consumo.

Un minuto para relajarse

Las personas somos una mezcla de cuerpo, mente y emociones, y cualquier cambio que afecta a una de estas áreas influye en las otras dos de forma directa.



Dentro del proceso de dejar de fumar hay muchos motivos que pueden hacer que sienta nervios, ansiedad o irritación, fundamentalmente relacionados con el síndrome de abstinencia. Dedicar unos minutos del día a la relajación le ayudará a sentirse mejor.

Todas las técnicas de relajación, si se realizan bien, funcionan. La relajación es una actividad al alcance de todas las personas para encontrarse mejor.

Es importante practicar un poco cada día en un ambiente adecuado, lejos de tensiones y de ruidos.

“Vale más un gramo de práctica que una tonelada de teoría”.

Swami Sivananda



Un control adecuado de su respiración es una de las estrategias más sencillas para relajarse y hacer frente a las situaciones de estrés. Unos hábitos correctos de respiración son muy importantes porque aportan a nuestro cerebro el oxígeno que necesita.

El objetivo de estas técnicas es aprender a controlar la respiración para que cuando estemos en una situación de estrés respiremos correctamente de forma automática.

Gracias a la práctica, tanto de ejercicios de relajación como de respiración podrá disminuir la tensión acumulada: esto le hará sentirse una persona menos angustiada, irritable



o ansiosa. Además obtendrá los siguientes beneficios: disminución de la presión arterial y del ritmo cardíaco, estimulación del riego sanguíneo, mejor calidad del sueño y del descanso, disminución de la tensión muscular así como un predominio de los pensamientos positivos.

Le proponemos el siguiente ejercicio, usted puede adaptarlo a sus gustos y necesidades.

- ❖ Elija un lugar en el que no le interrumpan durante el tiempo que vaya a dedicar al ejercicio, a ser posible un lugar silencioso, tranquilo y con una temperatura agradable. Si lo desea puede poner música.
- ❖ Adopte una postura lo más cómoda posible, sin molestias.
- ❖ Empezee expulsando el aire de forma constante, lo más despacio que pueda y el máximo tiempo posible. Cuando ya no quede aire en sus pulmones es el momento de empezar a tomarlo de nuevo.
- ❖ Trate de que la inspiración sea también lo más lenta y prolongada posible, hasta que no pueda tomar más aire. Es conveniente que la espiración y la inspiración duren lo mismo. Cada vez que expulse el aire se relajará más.
- ❖ No fuerce ni cambie su respiración, simplemente obsérvela.
- ❖ Lo importante no es la cantidad de aire sino respirar de forma tranquila, regular y consciente.
- ❖ Puede fijar su mirada en algo que tenga delante, en el cielo o también puede permanecer con los ojos cerrados. Puede ayudarlo a sentirse mejor recordar alguna escena placentera, verse caminando por una playa, un bosque...
- ❖ Piense sólo en su ritmo respiratorio que poco a poco se volverá suave y prolongado.
- ❖ Disfrute de la sensación de tener el cuerpo relajado y la mente tranquila.

Existen multitud de actividades que también pueden hacerle sentir bien:

- ❖ Estar unos minutos estirándose antes de levantarse de la cama. Si necesita hacerlo durante el día no se prive.
- ❖ Observar la naturaleza. Trate de grabar en su mente las imágenes que le resulten agradables para poder recordarlas.
- ❖ Dibujar o pintar un cuadro. No importa el resultado.
- ❖ Escuchar música, cantar, bailar.
- ❖ Leer. Un buen libro puede ayudarlo a evadirse y distraerse.
- ❖ Reír es una forma estupenda de liberar tensiones, estrés y mal humor.

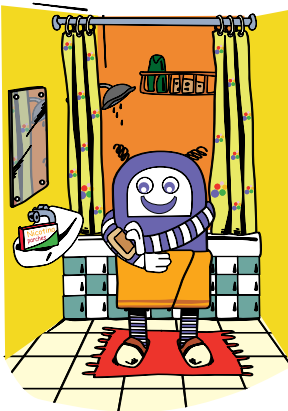
Cómo usar los parches de nicotina

Los parches de nicotina son medicamentos para ayudarle a dejar de fumar. Son fármacos muy útiles aunque no harán que las ganas de fumar desaparezcan. Al liberar nicotina hacen que los síntomas que se producen al dejar el tabaco sean menos molestos.

Está demostrado que su empleo duplica las posibilidades de éxito.

La cantidad de nicotina que pasa a la sangre cuando usa un parche nunca será tan alta como cuando fuma un cigarrillo. Los parches no producen dependencia.

Existen parches en el mercado con liberación de nicotina durante 16 ó 24 horas y hay parches con distintas cantidades de nicotina, su terapeuta le debe asesorar sobre el más adecuado para usted.



INSTRUCCIONES DE USO

Comience a ponerse el parche cuando se lo indique su terapeuta. Lo más habitual es que los parches se coloquen y se retiren por la mañana, sustituyendo el usado por uno nuevo cada día.

Saque el parche de su envoltorio y tras despegar la lámina protectora airéelo unos segundos para evitar que los productos usados como adhesivos produzcan irritación de la piel.

El parche ha de colocarse en una zona del cuerpo seca, con poco vello, limpia y sin heridas. Hay que presionar sobre toda la superficie del parche durante unos segundos para facilitar una buena adherencia. Es preferible ponerlo en cualquier parte por encima de la cintura, para evitar zonas del cuerpo con más grasa como las nalgas, donde la absorción es peor. Las mujeres no deben ponérselo en las mamas.



No debe cortarse y hay que tener cuidado con no romperlo durante la apertura. Si se rompe, hay que tirarlo.

Es conveniente cambiar cada día el lugar de colocación del parche para evitar la irritación de la piel.

No es necesario quitarse el parche para ducharse, bañarse o realizar cualquier otra actividad. Si se despegar puede fijarse de nuevo con esparadrapo.

El principal efecto secundario de los parches de nicotina es la irritación de la piel. Si la irritación no desaparece tras unos días o si es muy molesta consulte a su terapeuta.

Los parches de nicotina pueden combinarse con otros tratamientos para dejar de fumar.

La duración del tratamiento y la dosis aplicada dependen de cada persona y deberá ser establecida por su profesional sanitario.

No acorte el tiempo establecido de tratamiento aunque crea que ya no lo necesita, recuerde que el proceso de dejar de fumar es una carrera de fondo y el tratamiento farmacológico le ayudará en las primeras semanas para no agotar sus fuerzas.



Cómo usar los chicles o comprimidos de nicotina

Los chicles y los comprimidos de nicotina son medicamentos que se utilizan para ayudar a dejar de fumar.

Pueden combinarse con los parches o con otros tratamientos para dejar de fumar, por indicación de su terapeuta.

La nicotina que se obtiene a través de estos productos se absorbe de forma más lenta que la de los cigarrillos y por lo tanto no produce las mismas sensaciones que al fumar.



INSTRUCCIONES DE USO

Pueden ser utilizados con una pauta fija, por ejemplo uno cada hora o, lo que es más habitual, como dosis de rescate, es decir, usted decide cuando usarlos.

En este último caso, debe recurrir a ellos cuando tenga ganas de fumar, cuando se presente algún síntoma del síndrome de abstinencia o siempre que prevea una situación de riesgo.

Existen chicles y comprimidos de varios sabores. Los chicles se presentan en dosis de 2 y 4 mg. y los comprimidos de 1 mg. La elección del más adecuado y la duración del tratamiento la acordará con su terapeuta.

Debe masticar (chicles) o chupar lentamente (comprimidos) varias veces, hasta que comience a notar un sabor picante que es la nicotina. En ese momento, deje el chicle o el comprimido entre la mejilla y la encía, y mantenga un rato la saliva en la boca sin tragarla. Cuando el sabor de la nicotina desaparezca, trague la saliva y vuelva de nuevo a masticar el chicle o a chupar el comprimido.

Repita esto hasta que se acabe la nicotina. La nicotina de un chicle o comprimido correctamente empleado dura entre 20 y 30 minutos.



Los efectos secundarios más frecuentes son molestias en la boca, la garganta y trastornos digestivos, que pueden acentuarse si no se emplean de forma correcta.

Tomar el chicle o comprimido mientras toma café y bebidas refrescantes o ácidas puede disminuir su absorción.

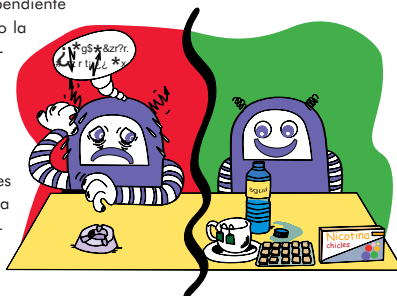
Es importante que tome todos los comprimidos o chicles que precise. En las primeras semanas le servirán de ayuda para superar el síndrome de abstinencia.



El síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia por falta de nicotina es el conjunto de síntomas y signos que aparecen en una persona dependiente cuando deja de fumar o cuando la cantidad consumida es insuficiente. Su duración es variable aunque suele oscilar entre 4 y 9 semanas. Su intensidad es cada vez menor.

El síndrome de abstinencia no es sólo el deseo intenso de fumar; la irritabilidad, la ansiedad, la dificultad de concentración o el aumento de apetito forman parte de esta sintomatología.



Las siguientes recomendaciones le ayudarán a hacer más llevadero este proceso:

❖ Deseo intenso de fumar

- ✓ Respirar profundamente. Ejercicios de relajación. (Ver ficha "Un minuto para relajarse").
- ✓ Salir de la situación cambiando de actividad.
- ✓ Realizar alguna actividad incompatible con fumar: piscina, cine, manualidades.
- ✓ Practicar la técnica de detención del pensamiento. (Ver ficha "Cómo quitarse el cigarrillo de la cabeza").
- ✓ Esperar, las ganas de fumar pasan en unos minutos.

❖ Irritabilidad. Ansiedad. Nerviosismo. Impaciencia.

- ✓ Solicitar la comprensión del entorno.
- ✓ Hacer ejercicio físico, pasear.
- ✓ Baños relajantes.



- ✓ Ejercicios de respiración y relajación.

- ✓ Evitar estimulantes (té, café, cola...).

✦ Dificultad de concentración

- ✓ No exigirse un alto rendimiento durante las primeras semanas, permitirse tiempo extra.

- ✓ Planificar el trabajo, hacer listas de qué hacer.

- ✓ Hacer ejercicio físico.

- ✓ Evitar estrés adicional.

- ✓ Evitar bebidas alcohólicas.

✦ Estreñimiento

- ✓ Dieta rica en fibra.

- ✓ Abundantes líquidos.

- ✓ Ejercicio físico.

✦ Trastornos del sueño

- ✓ Evitar bebidas estimulantes (té, café, cola...).

- ✓ Aumentar ejercicio físico.

- ✓ Al acostarse: tomar un vaso de leche caliente o una infusión de valeriana, darse un baño o ducha.

- ✓ Ejercicios de relajación.

- ✓ Establecer rutinas a la hora de acostarse.

- ✓ Masajes en los pies, en la espalda, etc.



❖ Aumento del apetito

- ✓ Beber mucha agua, zumos naturales e infusiones.
- ✓ Aumentar la ingesta de verduras y frutas.
- ✓ Evitar grasas y dulces.
- ✓ Disfrutar con actividades agradables.

❖ Tristeza. Desánimo.

- ✓ Mantener la actividad: trabajo, deporte, aficiones.
- ✓ Evitar la soledad, buscar compañía de amistades.
- ✓ Hablar con personas ex fumadoras, buscar apoyo.

Y recuerde que el tratamiento farmacológico es útil para aliviar cualquiera de los síntomas del síndrome de abstinencia.



Tareas para la segunda semana de preparación

- ❖ **Deshacerse de todo el tabaco:** la víspera de su día D (día en que dejará de fumar), deshágase de todo el tabaco que tenga en casa, en el coche, en el trabajo... Usted ya no lo necesitará y tenerlo cerca le hará más difícil no fumar en un mal momento.
- ❖ **Guardar el dinero que no se gasta en tabaco:** a partir de su primer día sin fumar debe guardar en una hucha todo el dinero que no se gasta en tabaco. Es importante que lo guarde cada día y que vaya pensando cual será su premio o recompensa cuando transcurra su primer mes de abstinencia. No use este dinero para pagar el tratamiento farmacológico, el ahorro es para toda la vida y el tratamiento sólo lo comprará una vez.
- ❖ **Llevar siempre chicles o comprimidos de nicotina si así se lo ha recomendado su profesional sanitario:** durante estos días puede que tenga en algún momento ganas intensas de fumar. Tomar un chicle o un comprimido de nicotina le ayudará a encontrarse mejor. Recuerde que lo fundamental es no fumar ni una calada.
- ❖ **Aumentar la actividad física:** le ayudará a sentirse mejor, a no ganar peso y a distraerse.
- ❖ **Practicar unos minutos cada día alguna técnica de respiración o relajación:** la ansiedad y la irritabilidad forman parte del síndrome de abstinencia, si practica las técnicas de relajación le será más fácil controlarlas.



Aprendiendo a vivir sin tabaco



Manteniéndome sin fumar

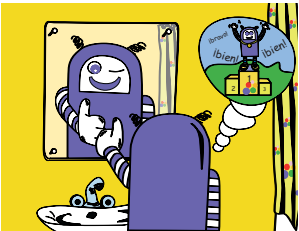


Pensando en positivo

Durante el proceso de dejar de fumar, la forma en que a veces vemos la realidad puede estar distorsionada y ser negativa y catastrófica.

Es importante aprender a identificar los pensamientos negativos que aparecen automáticamente en el proceso de dejar de fumar, para cambiarlos por otros más positivos y realistas.

Algunos ejemplos son:



IDEA ERRÓNEA	PENSAMIENTO POSITIVO
"Las ganas de fumar son horribles e incontrolables".	"A veces pueden ser intensas y molestas pero se que si consigo distraerme las ganas de fumar pasarán."
"Necesito un cigarrillo".	"Me apetece, me gustaría, pero no lo necesito."
"No puedo aguantar ni un minuto más sin fumar".	"Se que si permanezco sin fumar las ganas pasarán. He hecho cosas mucho más difíciles en mi vida que estar un minuto sin fumar."
"No volveré a fumar nunca ¡qué horror!".	"He decidido no fumar hoy, mañana ya me lo plantearé de nuevo."
"Tengo que dejar de fumar".	"Quiero dejar de fumar. Nadie me obliga a hacerlo."
"Puedo permitirme fumar de vez en cuando, ¡por uno no pasa nada!".	"Si fumo un solo cigarrillo tengo muchas posibilidades de volver a fumar como antes. No quiero fumar."
"Este tratamiento va a conseguir que yo deje de fumar".	"Soy yo quien deja de fumar, tratamiento y profesionales me pueden ayudar pero quien hace el esfuerzo y se beneficia soy yo."



Si aprende a ver lo positivo de cada situación cambiando sus pensamientos, conseguirá encontrarse mejor.

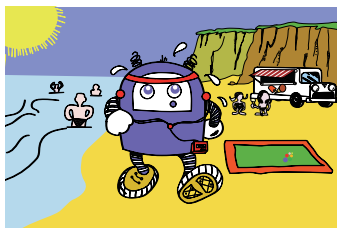




Ejercicio físico

El incremento de la actividad física habitual y una nutrición adecuada son los pilares para no ganar kilos cuando se deja de fumar. Además, el ejercicio físico ocupa nuestro tiempo de ocio y disminuye el estrés y la ansiedad.

Llevar una vida físicamente activa produce numerosos beneficios tanto físicos como psicológicos para la salud en cualquier momento de la vida y especialmente en el proceso de dejar de fumar.



Estos son algunos beneficios:

- ❖ Mejora el estado de salud cardiovascular al mejorar la circulación sanguínea corporal.
- ❖ Previene y/o retrasa el desarrollo de hipertensión arterial y disminuye los valores de tensión arterial en personas hipertensas.
- ❖ Reduce el colesterol LDL (malo) y aumenta el colesterol HDL (bueno).
- ❖ Mejora los niveles de glucosa y disminuye el riesgo de padecer diabetes no insulino dependiente.
- ❖ Disminuye el riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer (colon, mama).
- ❖ Ayuda a controlar el peso corporal.
- ❖ Ayuda a mantener y mejorar la fuerza y la resistencia muscular.
- ❖ Ayuda a mantener la estructura y función de las articulaciones, por lo que puede ser beneficioso para la artrosis.
- ❖ Ayuda a conciliar y mejorar la calidad del sueño.
- ❖ Mejora la imagen personal por su efecto favorable sobre la distribución de la grasa corporal.
- ❖ Ayuda a liberar tensiones y mejora el manejo del estrés.
- ❖ Ayuda a combatir y mejorar los síntomas de la ansiedad y la depresión y aumenta el entusiasmo y el optimismo.



- ✦ Ayuda a reducir las ganas de fumar y el síndrome de abstinencia.

Para mantener el peso es necesario que haya un equilibrio entre la energía que se gasta y la energía que se consume; unas cuantas visitas al gimnasio no producirán una repentina y milagrosa pérdida de peso. Con el ejercicio, se desarrollan los músculos y éstos pesan más que la grasa. Sin embargo, el tejido muscular ocupa menos espacio, con lo que notará que su ropa empieza a quedarle ancha.

QUÉ CANTIDAD DE EJERCICIO ES RECOMENDABLE Y CON QUÉ FRECUENCIA

La actividad física, en aquellas personas que llevan una vida sedentaria, debe iniciarse lentamente, aumentando gradualmente la intensidad. Se puede comenzar nadando o andando a paso tranquilo. Con el tiempo se pueden realizar actividades más enérgicas.

Un plan de caminata diaria puede ser atractivo:

- ✓ Se puede empezar andando 30 minutos, 3 días a la semana, y progresivamente llegar a los 30 - 45 minutos de caminata más rápida al menos 5 días a la semana y preferiblemente todos los días.
- ✓ Con esta pauta se pueden gastar de 100 a 200 calorías al día adicionales. El gasto calórico dependerá del peso corporal de cada persona y de la intensidad de la actividad.
- ✓ Cada persona debe seleccionar actividades que le hagan disfrutar y que encajen en su vida diaria.

¡Si no puede hablar mientras hace ejercicio, éste es demasiado fuerte para usted, baje el ritmo; pero si puede cantar una canción, el ejercicio es demasiado suave!



TRUCOS PARA HACER EJERCICIO:

Haga de la actividad física una prioridad. Saque tiempo cada semana para estar activo y apúntelo en su calendario. Intente levantarse media hora antes para andar, programe entrenamientos a la hora del café o acuda a una clase de gimnasia a última hora de la tarde.



Incluya la actividad física en su rutina diaria. Lave el coche, realice tareas domésticas activas, use la escalera en lugar del ascensor, aparque más lejos del trabajo, bájese del autobús una o dos paradas antes de llegar a su destino.

Haga que el tiempo con la familia sea físicamente activo. Planee excursiones el fin de semana, deportes en familia o un paseo por la tarde.

Divida su entrenamiento en períodos de 10 minutos cada día. Realizar tres caminatas cortas durante el día puede resultar más fácil y menos cansado que una caminata de 30 minutos y es igual de bueno.

Encuentre su momento durante el día para hacer ejercicio. Intente un paseo en bicicleta antes del desayuno o una caminata al mediodía.

Hágalo por placer. Apúntese a una actividad colectiva, trabaje en el jardín o aprenda un nuevo baile. Haga del ejercicio algo divertido.

Busque un amigo o amiga para hacer ejercicio. Estando en compañía el ejercicio será menos aburrido.

A continuación tiene una tabla orientativa de las calorías que se gastan realizando distintas actividades. Es aproximada, ya que el gasto depende de cada persona: su edad, sexo, masa muscular, metabolismo, de cómo realice el ejercicio, etc.

Actividad		Calorías quemadas por media hora
Su organismo consume un mínimo de 30 calorías cada media hora (sin actividad).		
ACTIVIDADES COTIDIANAS	Dormir	30
	Acostado	36
	De pie, tranquilamente	42
	Comer	45
	Leer	45
	Ver la tele	50
	Cocinar, lavar, planchar	40-70
	Andar sin prisas (1,5-3 km/hora)	60-75
	Barrer	90
	Bajar escaleras	210
	Subir escaleras	300-500



Actividad	Calorías quemadas por media hora
Trabajo de oficina: Sentado en escritorio	39
Trabajo de oficina: De pie y moviéndose	51
Conducir	63
Industria (panadería, sastrería)	75
Industria de construcción	84-100
Carpintería	105
Bolos	108
Jugar a golf	108
Pescar	114
Andar sin prisas (4,8 km/hora)	150
Jardinería	150-200
Industria de construcción: trabajo de peonaje	156
Bicicleta	150-230
Andar rápido (6 km/hora)	180
Aerobic	180
Fitness (aparatos y pesas)	180
Voleibol	190
Bailar	190
Andar muy rápido (7,5 km/hora)	200-240
Bicicleta estática. Ejercicio moderado	223
Hockey	249
Natación	250-290
Esquiar	252
Montar a caballo	255
Baloncesto	258
Fútbol	260
Tenis	261
Montañismo	270
Bicicleta estática. Ejercicio alto	284
Patinar	314
Correr	325
Hacer footing	300-450
Artes marciales (judo, taewondo, karate,...)	360
Remar	378

ACTIVIDADES LABORALES Y DE OCIO

¡Es importante mantener la actividad cada día y realizar ejercicio físico de 30 a 60 minutos al menos 3 días a la semana!





Cómo controlar la ansiedad

La nicotina es un potente estimulante que, aparte de ser una sustancia tóxica, aumenta la probabilidad de sufrir ansiedad. Además, la ansiedad es un síntoma del síndrome de abstinencia a la nicotina que puede aparecer durante las primeras semanas sin fumar.

Los síntomas más comunes de la ansiedad son: pensamientos negativos, dificultad de concentración, temor, dificultad para dormir, pesadillas, sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos, molestias digestivas, palpitaciones, necesidad frecuente de orinar...

QUÉ PUEDE HACER PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD

El primer paso consiste en hacer una lista de los factores que podrían estar ocasionando la ansiedad. Cuando se deja de fumar, se tiende a achacar a esta circunstancia todo aquello que nos pasa y no hay que olvidar que puede haber otras circunstancias que nos pueden producir ansiedad (trabajo, familia...).

Es recomendable revisar el estilo de vida y encontrar formas sanas de manejar la ansiedad. Estas son algunas sugerencias:

- ❖ **Hable de cómo se siente.** Con mucha frecuencia, el simple hecho de hablar con una amistad o un ser querido es todo lo que se necesita para ayudar a calmar la ansiedad.
- ❖ **Controle su preocupación.** Escoja un lugar y una hora para preocuparse. Hágalo en el mismo lugar y a la misma hora todos los días. Gaste 15 minutos pensando en las cosas que le preocupan y en lo que puede hacer con respecto a éstas. Trate de no dar vueltas a lo que "podría ocurrir". Centre su atención en lo que en realidad está sucediendo. Luego deje de preocuparse y continúe con sus actividades diarias.
- ❖ **Siga una dieta saludable y equilibrada.** Una alimentación variada y moderada favorece el control de muchos síntomas gástricos que acompañan al estado de ansiedad (diarrea, estreñimiento, gases, molestias estomacales, etc.). Debe evitar utilizar la comida como un tranquilizante y no convertirlo en una conducta compulsiva.
- ❖ **Duerma bien.**



❖ **Haga ejercicio regularmente.**

❖ **Evite la cafeína.** La cafeína se encuentra en el café, en el té, en algunos refrescos y en el chocolate. La cafeína puede aumentar su sensación de ansiedad puesto que estimula su sistema nervioso. Además, ahora que ha dejado de fumar, la cafeína le hará más efecto.

❖ **Evite el uso de bebidas alcohólicas y de otras drogas.** Puede parecer que el alcohol y otras drogas le relajan. Pero a largo plazo empeoran su estado de ansiedad y le causan más problemas.

❖ **Planifique sus actividades.** Haga pequeños descansos en el trabajo y asegúrese de mantener un balance entre las actividades recreativas y las responsabilidades. Asimismo, es recomendable pasar tiempo con personas con las que disfrute.

❖ **Practique una técnica de relajación.** Los ejercicios de relajación, respiración y yoga son tan poderosos como un fármaco, aunque requieren práctica para aprenderlos. Puede resultar una buena inversión aprender estas técnicas: le serán útiles para afrontar el momento actual y le ayudarán en el futuro.

❖ **Realice actividades manuales.** Es un buen momento para buscar o retomar una afición como por ejemplo: hacer punto, modelismo, pintar, carpintería, cerámica...

❖ **Salga a disfrutar de la naturaleza.** Pasear o realizar actividades junto al mar, una cascada o un bosque tiene un efecto relajante.

❖ **La actividad sexual ayuda a liberar tensiones.** Disfrute de su sexualidad.

❖ **Tenga actividad social.** Aumentar la vida social, participar en las conversaciones, reuniones informales y cultivar las amistades son actividades que no deben dejarse de lado pensando que el retiro y el aislamiento nos tranquilizarán más.

❖ **Acuda a su médico/a si su ansiedad no mejora.** Le puede dar un tratamiento para ayudarlo mientras usted aprende nuevas formas de responder a las situaciones que le producen ansiedad.

Lo más importante es comenzar a actuar. Cualquier acción que usted tome le ayudará a sentir que ha ganado algo de control sobre su ansiedad.



Aprendiendo a vivir sin tabaco



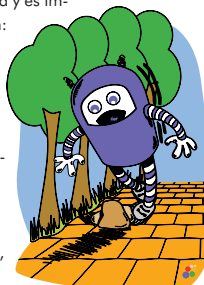
Manteniéndome sin fumar

Prevenir y superar obstáculos

La prevención de recaídas es fundamental dentro del proceso de dejar de fumar por lo que es importante dedicar un tiempo a reflexionar sobre sus situaciones de riesgo personales.

Una **situación de riesgo** es aquella que aumenta las posibilidades de que usted vuelva a fumar. Estas situaciones son específicas para cada persona y es importante conocerlas. Algunas de las que más se repiten son:

- ❖ Estados emocionales negativos: frustración, tristeza, estrés, ansiedad.
- ❖ Estados físicos negativos: dolor, enfermedad, fatiga.
- ❖ Conflictos interpersonales: riñas familiares, separaciones, fallecimientos, crisis laborales.
- ❖ Presión social: ofrecimiento de tabaco, fiestas.
- ❖ Asociación con determinados estímulos: alcohol, café, hablar por teléfono, esperar al autobús...
- ❖ Situaciones y estímulos poco frecuentes: Navidad, vacaciones...



Para encontrar sus situaciones de riesgo personales puede revisar los autorregistros realizados al principio del tratamiento, estos le darán pistas sobre su consumo.

Durante los primeros días de abstinencia le ayudó evitar estas situaciones en la medida de lo posible: procuró no consumir café o alcohol, postpuso sus compromisos sociales, etc.... Este es el momento de enfrentarse a todas las situaciones.

¿QUÉ SE PUEDE HACER PARA MANEJAR ESTAS SITUACIONES DE RIESGO?

- ❖ Imaginar cada una de ellas y buscar alternativas al consumo de tabaco. Es importante contar con diferentes opciones para poner en práctica, han de ser opciones realistas y fáciles de llevar a la práctica desde su punto de vista. No se limite a pensar que lo único que puede hacer es no fumar, prepararse con antelación para una situación de riesgo le hará sentirse más capaz de afrontarla y aumentará las posibilidades de abstinencia. ¡No deje que la recaída le sorprenda!
- ❖ Recuerde los motivos que le llevaron a tomar la decisión de dejar de fumar. Puede releer la lista que hizo hace unas semanas.



- ❖ Describa los beneficios que le ha reportado dejar de fumar, recuerde que todos son importantes.
- ❖ Practique algún ejercicio de respiración o relajación.
- ❖ Realice alguna actividad física, además de mejorar su salud le ayudará a distraer su mente.
- ❖ Busque apoyo en su entorno, llame a una amistad no fumadora.
- ❖ Recuerde recaídas anteriores para no tropezar dos veces en la misma piedra.

Una vez superada la situación de riesgo felicítese, es una batalla ganada y le hace más fuerte.

¿QUÉ OCURRE SI FUMA UN CIGARRILLO?

Es importante diferenciar entre un consumo puntual o caída (una calada o un cigarrillo un día aislado) y la recaída (volver al consumo). Aunque tenga en cuenta que si no se produce ese primer consumo no recaerá.

Es frecuente que tras un tiempo sin fumar piense que “por un cigarrillo no pasa nada”. Este es uno de los motivos más habituales de recaída. Usted es dependiente de una sustancia, la nicotina. El hecho de probarla tras un tiempo de abstinencia hace que su cerebro la recuerde de nuevo, cuanto más tiempo pase sin dar ni una sola calada, más posibilidades tiene de que su cerebro “se olvide” del tabaco.

Si fuma un cigarrillo no tire la toalla. Párese a pensar y trate de aprender del fallo.

Es fundamental reflexionar sobre lo que le ha llevado a fumar ese cigarrillo, la situación en la que se encontraba, los pensamientos que ha tenido y tratar de buscar alternativas para que no vuelva a ocurrir: qué hará la próxima vez en una situación similar, cómo lo afrontará.

Confirme su compromiso de dejar de fumar, repase los motivos que le llevaron a tomar esa decisión, los beneficios que ya ha obtenido y recuerde que las dificultades van disminuyendo a medida que pasa el tiempo, como en otros aprendizajes: conducir, hablar otro idioma... cuando pasen unos meses usted será una “persona experta en no fumar”.





Tristeza: cómo mejorar su estado de ánimo

La tristeza es uno más de los síntomas del síndrome de abstinencia.

Usted, como la mayoría de las personas fumadoras, habrá realizado multitud de actividades acompañada de un cigarrillo, incluso algunas nunca las habrá hecho sin fumar. Dejar de fumar significa, entre otras muchas cosas, librarse de “ese compañero” que estaba siempre ahí, en los buenos y en los malos momentos. Esto puede generar cierta sensación de pérdida, de soledad, de duelo. Todo ello, acompañado de la falta de nicotina, puede hacer que durante algunos días se encuentre más triste.

Es importante saber que, como el resto de síntomas del síndrome de abstinencia, desaparecerá y usted recuperará su estado de ánimo habitual. No se convertirá en una persona triste y volverá a disfrutar de las actividades que le resultaban placenteras.

Nuestros actos y pensamientos construyen nuestro estado de ánimo. Le sugerimos algunas recomendaciones que harán que estos días sean más llevaderos:

- ❖ **Utilice correctamente el tratamiento farmacológico para dejar de fumar.** Si se le ha prescrito un tratamiento no deje de tomarlo, apaciguará este síntoma como el resto del síndrome de abstinencia.
- ❖ **No deje de realizar actividades.** Si se encuentra triste y deja de hacer cosas con las que antes disfrutaba, su ánimo no mejorará. Realice actividades que le resulten agradables: una partida de mus, ir al cine, salir a dar un paseo, un concierto, quedar con sus amistades...
- ❖ **Prémiese.** Cuando decidió dejar de fumar tomó una de las decisiones más importantes para su salud y la salud de quienes están a su alrededor. Haberlo conseguido es algo tan valioso que merece un premio. Con el dinero que ya no gasta en tabaco puede hacerse algún regalo: un masaje, un buen libro, una cena, un capricho...
- ❖ **Sonría.** Sonreír ayuda a mantener el buen humor, mejora la salud, embellece el rostro y despierta buenos pensamientos.
 - ✓ Practique una gran sonrisa: colóquese frente al espejo y sonría. Vaya cambiando sus pensamientos para ver cómo se ve su rostro con ellos, verá como sus pensamientos influyen en la clase de sonrisa que ofrece.
 - ✓ Sonría a los demás. Cuando sonreímos a alguien hacemos que esa persona sonría también. Es una reacción en cadena.



❖ **Cambio de pensamiento.** Nuestro estado de ánimo depende en gran medida de nuestros pensamientos. En ocasiones dichas ideas o pensamientos son falsos y negativos por lo que es importante detectarlos y transformarlos. Estos son algunos ejemplos:

- ✓ “Voy a fumar un cigarro porque no me compensa estar tan triste”. La tristeza forma parte del síndrome de abstinencia y pasadas unas semanas desaparecerá. Es mejor pensar: “Estoy triste pero se me pasará”.
- ✓ “La vida sin cigarrillos no tiene interés, ahora todo es más aburrido”. Las personas que no fuman también se divierten, tenga en cuenta que usted ha sido una persona fumadora durante mucho tiempo y necesita adaptarse a su nueva vida.

❖ **Realice ejercicio físico.** Al hacer ejercicio físico se liberan en nuestro cerebro sustancias químicas que nos ayudan a encontrarnos mejor.

❖ **Ciertos alimentos pueden mejorar su ánimo.**

- ✓ Alimentos ricos en vitamina C: naranjas, kiwis y frutas tropicales.
- ✓ Alimentos ricos en calcio: queso, natillas, cuajada y yogures.
- ✓ Alimentos ricos en hierro: verduras frescas, todas las que tienen el color verde intenso (espinacas, acelgas, coles...); legumbres (lentejas, guisantes, habas, judías...); frutos secos (uvas pasas, higos).
- ✓ Alimentos ricos en vitaminas del grupo B: levadura de cerveza, lecitina de soja, germen de trigo, salvado de trigo, huevos, hígado, leche, melón, repollo, carne.

Alteraciones del sueño: algunas recomendaciones

Dormir es necesario para vivir. Pero además es importante dormir bien para poder llevar una vida saludable.

Uno de los síntomas del síndrome de abstinencia es la alteración del sueño. Algunas personas pueden estar adormiladas, mientras que otras pueden sufrir insomnio durante las primeras semanas sin fumar.

Como todos los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecerá. Aquí se ofrecen algunas recomendaciones para hacerlo más llevadero.



RECOMENDACIONES PARA LAS PERSONAS QUE SUFREN INSOMNIO

Si no duerme bien, durante el día puede sentir nervios, irritabilidad, cansancio...y esto, unido al nerviosismo e irritabilidad propios del síndrome de abstinencia, puede hacer que aumente su malestar.

Si se acuesta en un estado ansioso, le costará más dormirse y el sueño no será reparador. Por lo que, a la hora de acostarse, debe favorecer un ambiente de relajación, prestando atención a factores como:

- ❖ Ruido: cerrar puertas y ventanas. Si no es posible aislar la habitación totalmente del ruido se pueden usar tapones.
- ❖ Luz: dormir a oscuras. Si no se consigue, se puede usar un antifaz.
- ❖ Temperatura: la ideal para tener un buen descanso estaría entre 18 y 22 grados.
- ❖ Comodidad: cama confortable, almohada adecuada...
- ❖ Postura: la más recomendable es de lado.



Es importante establecer un **ritual del sueño** para que su cuerpo entienda que es hora de irse a dormir.

- ❖ Establezca hábitos y costumbres que le permitan relajarse antes de acostarse. Por ejemplo un baño caliente, un vaso de leche caliente o leer durante un rato.
- ❖ Procure levantarse y acostarse todos los días a la misma hora.
- ❖ No duerma más de 20 minutos de siesta durante el día.
- ❖ No pase demasiado tiempo en la cama. Se debe utilizar la cama para dormir y no asociarla a otro tipo de actividades, como por ejemplo ver la televisión o trabajar.
- ❖ Si pasados unos 20 minutos no logra dormirse no comience a dar vueltas en la cama, ya que lo único que logra es incrementar la asociación entre el acto de acostarse y los problemas de sueño. Mejor levántese, haga algo aburrido y regrese a la cama solamente cuando sienta sueño.
- ❖ Haga algún tipo de ejercicio durante el día, le ayudará por la noche a conciliar el sueño.
- ❖ Alimentación: cene ligero y por lo menos dos horas antes de acostarse. Son recomendables los alimentos de absorción lenta como pasta o verduras.
- ❖ Deje las bebidas con cafeína para la mañana y evítelas durante la tarde y la noche. Son bebidas estimulantes y podrían mantenerle despierto. La cafeína le puede hacer más efecto ahora que ha dejado de fumar.
- ❖ No beba alcohol antes de acostarse. Puede hacerle dormir antes pero el sueño no es tan profundo, por lo que se despertará más fácilmente.
- ❖ Un baño caliente puede ayudarle a relajarse.
- ❖ Algunas plantas son útiles: valeriana, pasiflora, espino albar, tila, naranjo (cor-teza), manzanilla. Consulte en su farmacia.
- ❖ Puede utilizar técnicas de relajación o respiración. Si tiene pensamientos recurrentes (como por ejemplo: "no voy a conseguir conciliar el sueño"), utilice alguna técnica de detención del pensamiento (ver ficha "Cómo quitarse el cigarrillo de la cabeza").

RECOMENDACIONES PARA LAS PERSONAS CON SOMNOLENCIA

- ❖ No beba alcohol ni tome tranquilizantes ya que, al ser depresores del sistema nervioso, producen somnolencia.



- ❖ Si su profesional sanitario no le ha indicado lo contrario, puede tomar alguna bebida estimulante como café, té, bebidas de cola...
- ❖ Dese una ducha con agua fría.
- ❖ Escuche música estimulante.
- ❖ Realice actividades que requieran mucha atención, la concentración le ayudará a mantenerse alerta.
- ❖ En caso de tomar medicamentos, infórmese de si producen somnolencia. En los antihistamínicos, por ejemplo, es muy frecuente ese efecto secundario.
- ❖ Sustituya alimentos grasos y pesados por alimentos ricos en proteínas y vitaminas. Beba mucha agua para evitar la deshidratación.



Cómo manejar el estreñimiento

La nicotina aumenta el movimiento intestinal, así que cuando se deja de fumar puede producirse estreñimiento. Como otros síntomas del síndrome de abstinencia, lo más habitual es que desaparezca en pocos días y no sea un problema serio. Los siguientes consejos le ayudarán a que esta situación disminuya o desaparezca:

- ❖ Beba al menos 2 litros de líquidos cada día (8 vasos). Los líquidos pueden incluir agua, zumos, caldo e infusiones.
- ❖ Coma despacio y todos los días a la misma hora, mastique bien los alimentos.
- ❖ Tome todos los días verduras (mejor crudas), hortalizas y abundante fruta. Use productos integrales (pan, galletas, azúcar, etc.).
- ❖ Siga con sus horarios de cuarto de baño, vaya sin prisas y con tiempo suficiente.
- ❖ No reprima nunca la necesidad de evacuación.
- ❖ No son buenos los esfuerzos excesivos, no fuerce la defecación si no tiene deseo.
- ❖ Es muy importante que haga todos los días ejercicio físico de forma moderada: caminar sin prisa, gimnasia, bicicleta, nadar...
- ❖ Debe evitar los laxantes irritantes puesto que su uso puede causar alteraciones intestinales y además crear hábito.
- ❖ Trate de no consumir cafeína o alcohol, tienden a secar su aparato digestivo.
- ❖ Elimine de sus comidas pan blanco, pan tostado, arroz blanco, té, plátanos, chocolate y alimentos con alto contenido en azúcares refinados. Evite también las bebidas con gas y refrescos efervescentes.





La fibra actúa aumentando la masa fecal, estimulando los movimientos intestinales y facilitando la fluidez de las heces. Los siguientes alimentos son especialmente ricos en fibras:

- ✦ Verduras; destaca la alcachofa.
- ✦ Legumbres como guisantes, soja, garbanzos, lentejas, alubias, habas...
- ✦ Frutas frescas: las más ricas en fibra son las grosellas, frambuesas, moras, naranjas, granada y kiwi.
- ✦ Frutas secas: ciruelas pasas, dátiles, albaricoques e higos.
- ✦ Frutos secos: almendras, piñones, avellanas, nueces.
- ✦ Cereales integrales y sus derivados (pan integral, harinas de centeno y trigo, salvado de trigo, cereales integrales, etc.).

Recuerde: coma fibra, beba agua, haga ejercicio!





Aprendiendo a vivir sin tabaco

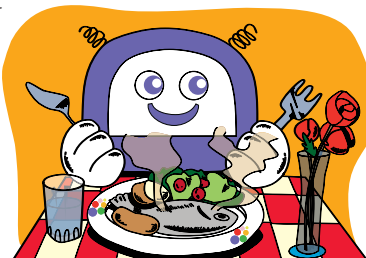


Manteniéndome sin fumar

Nutrición

Al dejar el tabaco se producen cambios en el funcionamiento del cuerpo que pueden producir un aumento de peso en algunas personas, no en todas.

En aquellas personas en que se produce un aumento del peso, este suele ser rápido durante el primer mes tras dejar el tabaco, para luego ir estabilizándose poco a poco durante un año. Numerosos estudios han encontrado que, en general, las personas fumadoras pesan 3 - 4 kilos menos que las no fumadoras y tras abandonar el tabaco pueden recuperarlos. Uno de los principales factores que contribuyen a esto es el aumento de la ingesta.



Para evitar el aumento de peso usted puede hacer varias cosas:

- ❖ Durante las primeras semanas, resulta de gran ayuda el tratamiento farmacológico para dejar de fumar que le prescriba su profesional médico.
- ❖ Desde el primer día y para NO aprender a sustituir el cigarrillo por comida, es recomendable seguir unas pautas de alimentación y de ejercicio físico que le ayuden a controlar su peso y le permitan disfrutar de todos los beneficios que produce el abandono del tabaco.
- ❖ Es importante destacar que NO es conveniente ponerse a dieta cuando se deja de fumar. Dejar de fumar es un proceso que puede resultar difícil y hacer dieta sería ponerle un obstáculo más. En todo momento nos referimos a cuidar la alimentación, no a restringir la comida.

CONSEJOS PARA UNA BUENA ALIMENTACIÓN

1. Los productos ricos en hidratos de carbono (esencialmente pasta, patatas, arroz, legumbres y cereales) han de constituir la base de su alimentación.



2. Aumente el consumo de fibra. Elija cereales integrales, legumbres, hortalizas y frutas.
3. Coma equilibradamente: reduzca las cantidades, sin renunciar a ningún alimento. Los nutrientes que se pierden, no se recuperan después.
4. Coma siempre a horas fijas, sin saltarse ninguna comida. Lo recomendable es comer proteínas cada 4 ó 5 horas.
5. Desayune correctamente ya que es la comida más importante del día.
6. No "pique" entre horas.
7. Cocine los alimentos al vapor, hervidos, al horno o a la plancha, evitando los fritos y los rebozados.
8. Acostúmbrese a leer las etiquetas con información nutricional. Trate de elegir los alimentos con menos calorías.
9. Coma despacio, masticando bien.
10. Sírvasse una cantidad moderada de comida, puede ser útil utilizar platos de postre.
11. No repita ningún plato por mucho que le agrade.
12. Siéntese a la mesa para comer. No lo haga viendo la televisión, leyendo el periódico, ni realizando otra actividad.
13. Beba agua en abundancia durante todo el día (alrededor de dos litros diarios).
14. No beba alcohol.

No pretenda perder peso. Su objetivo actual es dejar de fumar manteniendo su peso. Si desea perder algunos kilos, podrá hacerlo más adelante.

En la siguiente tabla encontrará que tipo de alimento y con qué frecuencia es recomendable comerlo:



EL MENÚ MÁS SANO DEL MUNDO

Grupos de alimentos	Frecuencia recomendada	Peso de cada ración en crudo y neto	Medidas caseras
Patatas, arroz, pan y pasta (mejor formas integrales)	4-6 raciones al día	60-80 g de pasta, arroz 40-60 g de pan 150-200 g de patatas	1 plato normal 3-4 rebanadas o un panecillo 1 patata grande o 2 pequeñas
Verduras y hortalizas	> 2 raciones al día	150-200 g	1 plato de ensalada variada 1 plato de verdura cocida 1 tomate grande, 2 zanahorias
Frutas	> 3 raciones al día	120-200 g	1 pieza mediana, 1 taza de cerezas, fresas, 2 rodajas de melón
Aceite de oliva	3-6 raciones al día	10 ml	1 cucharada sopera
Leche y derivados	2-4 raciones al día	200-250 ml de leche 200-250 g de yogur 40-60 g de queso curado 80-125 g de queso fresco	1 taza de leche 2 unidades de yogur 2-3 lonchas de queso 1 porción individual
Pescado	3-4 raciones a la semana	125-150 g	1 filete individual
Carnes magras, aves y huevos	3-4 raciones de cada a la semana. Alternar su consumo	100-125 g	1 filete pequeño, 1 cuarto de pollo o conejo, 1-2 huevos
Legumbres	3-4 raciones a la semana	60-80 g	Un plato normal individual
Frutos secos	3-7 raciones a la semana	20-30 g	Un puñado o ración individual
Embutidos y carnes grasas	Ocasional y moderado		
Dulces, aperitivos y refrescos	Ocasional y moderado		
Mantequilla, margarina y bollería	Ocasional y moderado		
Agua	4-8 raciones al día	200 ml aprox.	1 vaso o copa
Cerveza o vino	Consumo opcional y moderado en adultos	Vino: 100 ml Cerveza: 200 ml	1 vaso o botellín
Práctica de actividad física	Diario	> 30 minutos	Caminar a buen ritmo

Fuente: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria, 2004



TRUCOS

Al hacer la compra:

- ❖ No haga la compra con hambre.
- ❖ Procure hacer una lista en casa con lo necesario y no se salga de ella cuando vaya a comprar.
- ❖ Hacer buenas elecciones al comprar permite tener una cocina bien equipada para preparar de manera rápida y fácil platos sabrosos bajos en calorías y en grasas.
- ❖ Lea las etiquetas con la información nutricional y compare las calorías totales y las grasas de productos similares, eligiendo los que tengan valores más bajos.
- ❖ Preste atención al tamaño de la ración y al número de piezas envasadas. Puede ser fácil consumir el doble o el triple de las calorías que pone la etiqueta por comer más de una ración.

En el restaurante:

- ❖ Controlar el peso no está reñido con comer fuera de casa. La mayoría de los restaurantes respetan peticiones especiales.
- ❖ Pida leche desnatada en lugar de leche entera.
- ❖ Quite la grasa visible del pollo o de la carne.
- ❖ Aliñe usted sus ensaladas.
- ❖ Seleccione platos en el menú cocinados a la plancha, asados, hervidos con vegetales frescos y poca salsa, bajos en calorías y en grasa.

En situaciones de estrés

Cuando estamos sometidos a estrés, como puede suceder cuando dejamos de fumar, nuestro metabolismo también está sometido a gran presión. Este estado puede tener repercusiones en el sistema inmunitario: disminuyen nuestras defensas y somos más vulnerables a contraer infecciones o enfermedades. Para combatir este estrés, nuestro cuerpo necesita vitaminas, sobre todo vitamina C (naranjas, kiwis, pimientos, patatas, brécol); vitamina A (zanahorias, verduras de color verde oscuro y frutas de color amarillo y naranja).

Procure tener a la vista la pirámide de la alimentación saludable para recordar los alimentos que debemos comer cada día y los que deben ser consumidos con poca frecuencia. En la base de la pirámide están los dos pilares del control del peso y de la buena salud: ejercicio físico diario y consumo de al menos dos litros de agua al día.

Pirámide de la Alimentación Saludable (SENC, 2004)



Y cuando se pese, recuerde:

1. Es recomendable pesarse sólo 1 ó 2 días a la semana. Procure hacerlo tras levantarse por la mañana y antes del desayuno.
2. Sea cual sea el momento en el que elija pesarse, hágalo siempre a la misma hora y en la misma báscula.
3. Un día de dieta y ejercicio rutinario no afecta necesariamente al peso del día siguiente. Su peso cambiará en el curso de unos días debido a fluctuaciones del agua y la grasa corporal.
4. Puede resultarle útil hacer una gráfica del peso más que apuntar simples números.



¡Es más fácil no engordar que perder peso!





TABLA DE CALORÍAS:

LÁCTEOS	Cantidad	Kilocalorías
Cuajada	1 unidad	94
Leche condensada dulce	1 cucharada sopera (20 g.)	64
Leche desnatada	1 vaso (200 ml.)	70
Leche entera	1 vaso (200 ml.)	130
Nata	1 cucharada sopera (20 g.)	60
Yogur desnatado	Unidad	49
Yogur natural	Unidad	86

CEREALES Y DERIVADOS	Cantidad	Kilocalorías
Arroz crudo	100 g.	342
Arroz cocido	100 g.	87
Cereales integrales	100 g.	249
Churros	100 g.	379
Copos de maíz	100 g.	348
Muesli suizo	100 g.	363
Pan blanco	100 g.	232
Pan de molde	100 g.	256
Pan integral de trigo	100 g.	198
Pan tostado	100 g.	299
Pasta sin cocer	100 g.	351
Pasta cocida	100 g.	113

SOPAS Y CREMAS	Cantidad	Kilocalorías
Crema de champiñones	1 plato (250 ml.)	216
Crema de espárragos	1 plato (250 ml.)	159
Sopa de cebolla	1 plato (250 ml.)	173
Sopa de tomate	1 plato (250 ml.)	88
Sopa de vegetales	1 plato (250 ml.)	72

LEGUMBRES	Cantidad	Kilocalorías
Alubias sin cocer	100 g.	279
Garbanzos sin cocer	100 g.	292
Lentejas sin cocer	100 g.	301



VERDURAS Y HORTALIZAS	Cantidad	Kilocalorías
Acelgas	100 g.	10
Alcachofas	100 g.	18
Apio tallos	100 g.	16
Berenjenas	100 g.	15
Berza	100 g.	30
Brécol	100 g.	21
Brotes de soja	100 g.	52
Calabacín	100 g.	15
Calabaza	100 g.	23
Canónigos	100 g.	10
Cardo	100 g.	20
Cebolla	100 g.	29
Champiñón	100 g.	15
Col de bruselas	100 g.	29
Coliflor	100 g.	18
Endibia	100 g.	14
Escarola	100 g.	7
Espárragos	100 g.	15
Espinaca	100 g.	11
Guisantes verdes	100 g.	78
Hongos	100 g.	28
Judías verdes	100 g.	31
Lechuga	100 g.	9
Patatas asadas	100 g.	84
Patatas cocidas	100 g.	68
Patatas fritas	100 g.	507
Puré de patatas en copos	100 g.	353
Pepinillos en vinagre	100 g.	117
Pepino	100 g.	10
Pimiento rojo	100 g.	27
Puerro	100 g.	21
Remolacha	100 g.	40
Repollo	100 g.	31
Tomate	100 g.	18
Zanahorias	100 g.	24



EMBUTIDOS	Cantidad	Kilocalorías
Cabeza de jabalí o de cerdo	100 g.	335
Cecina	100 g.	252
Chorizo cerdo ibérico	100 g.	423
Chorizo Pamplona	100 g.	520
Jamón pata negra	100 g.	357
Jamón serrano	100 g.	377
Jamón York	100 g.	207
Lomo embuchado	100 g.	323
Morcilla de arroz	100 g.	390
Morcilla de cebolla	100 g.	348
Mortadela	100 g.	349
Paté de foie gras	100 g.	319
Salami	100 g.	525
Salchichas promedio	100 g.	287
Salchichón	100 g.	376

CARNES Y AVES	Cantidad	Kilocalorías
Bacón frito	100 g.	625
Caballo	100 g.	133
Cerdo carne magra	100 g.	142
Cerdo grasa	100 g.	237
Cerdo solomillo	100 g.	112
Codornices	100 g.	116
Conejo	100 g.	158
Cordero carne grasa	100 g.	364
Cordero carne magra	100 g.	118
Hígado varios animales	100 g.	123
Pavo	100 g.	157
Pollo pechuga	100 g.	106
Pollo	100 g.	138
Riñones varios animales	100 g.	107
Termera (filete)	100 g.	98
Vaca/buey aguja	100 g.	149
Vaca/buey costillas	100 g.	275
Vaca/buey redondo	100 g.	132



HUEVOS	Cantidad	Kilocalorías
Huevo cocido	Unidad	103
Huevo frito	Unidad	162
Tortilla francesa	1 huevo	133

PESCADOS Y MARISCOS	Cantidad	Kilocalorías
Almejas	100 g.	74
Anchoas en aceite	100 g.	210
Atún en aceite	100 g.	290
Atún fresco	100 g.	232
Bacalao en salazón	100 g.	290
Bacalao fresco	100 g.	79
Besugo/Dorada/Breca	100 g.	118
Bogavante	100 g.	85
Boquerones	100 g.	107
Cabracho	100 g.	110
Calamar	100 g.	92
Cangrejo de mar	100 g.	90
Caracol	100 g.	77
Chicharro/Jurel/ Palometa	100 g.	119
Cigala	100 g.	90
Congrio	100 g.	114
Conservas pescado	100 g.	189
Langosta cocida	100 g.	89
Langostinos	100 g.	108
Lenguado	100 g.	87
Lubina	100 g.	114
Mejillones	100 g.	54
Merluza	100 g.	81
Mero	100 g.	96
Ostras	100 g.	68
Pescado blanco	100 g.	75
Pulpo	100 g.	73
Rape	100 g.	70
Salmón	100 g.	208
Salmón ahumado	100 g.	142
Salmonete	100 g.	126
Sardinas	100 g.	130
Sardinas en aceite vegetal	100 g.	228
Sardinas en salsa de tomate	100 g.	177
Trucha	100 g.	108

ACEITES Y GRASAS	Cantidad	Kilocalorías
Aceite de oliva	1 cucharada sopera (10 g.)	88
Aceite de coco	1 cucharada sopera (10 g.)	135
Aceite de girasol	1 cucharada sopera (10 g.)	88
Manteca de cerdo	100 g.	879
Mantequilla	100 g.	734
Margarina baja en calorías	100 g.	362
Margarina vegetal	100 g.	709

CONDIMENTOS Y SALSAS	Cantidad	Kilocalorías
Azúcar blanco refinado	1 cucharita rasa (10 g.)	40
Ajo	1 diente (5 g.)	7
Caldo de carne	1 pastilla	33
Comino	1 cucharita rasa (6 g.)	3
Curry	1 cucharita rasa (6 g.)	11
Mahonesa	1 cucharita (10 g.)	83
Mahonesa baja en calorías	1 cucharita (10 g.)	40
Miel	1 cucharita	30
Mostaza	1 cucharita rasa (10 g.)	10
Salsa de tomate frito	100 g.	79
Vinagre	1 cucharada sopera (10 g.)	2

FRUTAS	Cantidad	Kilocalorías
Aguacate	100 g.	205
Albaricoque	100 g.	44
Cerezas	100 g.	62
Chirimoya	100 g.	61
Ciruelas Claudias	100 g.	57
Fresón/Fresa	100 g.	33
Higos	100 g.	60
Higos secos	100 g.	240
Kiwi	100 g.	52
Mandarina	100 g.	45
Manzana	100 g.	54
Melocotón	100 g.	41
Melocotón en almíbar	100 g.	68
Melón	100 g.	53
Naranja	100 g.	42
Pera	100 g.	55
Piña fresca	100 g.	55
Piña en lata	100 g.	84
Plátano	100 g.	91
Pomelo	100 g.	39
Sandía	100 g.	37
Uva blanca	100 g.	69



QUESOS	Cantidad	Kilocalorías
Cabra fresco	100 g.	270
Cabrales	100 g.	379
Camembert	100 g.	286
Emmental	100 g.	385
Gruyere	100 g.	414
Manchego	100 g.	395
Parmesano	100 g.	379
Queso en lonchas	100 g.	148
Queso fresco de Burgos	100 g.	286
Queso fresco desnatado	100 g.	76
Requesón	100 g.	75

CHOCOLATES	Cantidad	Kilocalorías
Chocolate con leche	100 g.	511
Chocolate negro	100 g.	449

FRUTOS SECOS	Cantidad	Kilocalorías
Almendras	100 g.	554
Anacardos	100 g.	536
Avellanas	100 g.	603
Cacahuètes	100 g.	556
Castañas	100 g.	189
Dátiles	100 g.	276
Nueces	100 g.	622
Piñones	100 g.	635
Pipas de girasol tostadas y saladas	100 g.	535
Pistachos	100 g.	556
Uvas pasas	100 g.	280

CAFÉS Y ZUMOS	Cantidad	Kilocalorías
Café infusión	1 taza (100 ml.)	2
Té infusión	1 taza (100 ml.)	1
Zumo de frutas promedio	1 vaso (200 ml.)	104
Zumo de naranja natural	1 vaso (200 ml.)	92
Zumo de piña	1 vaso (200 ml.)	102
Zumo de tomate natural	1 vaso (200 ml.)	23
Zumo de uva	1 vaso (200 ml.)	138



REFRESCOS	Cantidad	Kilocalorías
Agua tónica	1 lata (350 ml.)	119
Bebidas carbonatadas de cola	1 lata (350 ml.)	143
Bebidas de cola bajas en calorías	1 lata (350 ml.)	3,5

BEBIDAS ALCOHÓLICAS	Cantidad	Kilocalorías
Aguardiente	1/2 copa (100 ml.)	231
Cerveza	1 jarra (250 ml.)	38
Champagne	1 copa (100 ml.)	85
Cañac	1/2 copa (50 ml.)	116
Ginebra	1/2 copa (50 ml.)	131
Ron	1 copa (50 ml.)	115
Sidra	1/2 copa (100 ml.)	35
Vermut	1 copa (50 ml.)	50
Vino blanco	1 copa (100 ml.)	151
Vino tinto	1 copa (100 ml.)	67
Vodka	1/2 copa (50 ml.)	115
Whisky	1 vaso (100 ml.)	246



La clave está en la práctica

¡Enhorabuena!, usted lleva más de una semana sin fumar y cada día que pasa es una pequeña batalla ganada al tabaco.

Habrá comprobado, a lo largo de este tiempo, que las señales que activan las ganas de fumar son muy numerosas y aparecen a lo largo del día asociadas a diferentes situaciones, personas, lugares, estados de ánimo, etc.

Los primeros días sin fumar le pedimos que evitara, en la medida de lo posible, los estímulos más fuertemente asociados al tabaco para usted: el café, el alcohol, las cenas con amistades... Haciéndolo ha conseguido que no aparezcan las ganas de fumar en esas situaciones.

Sin embargo, en la vida cotidiana, no siempre podemos evitar estos estímulos, nos enfrentamos a estímulos que nos recuerdan el tabaco constantemente por lo que éste puede ser un buen momento para que usted comience a “entrenar” esas situaciones que evitó los primeros días enfrentándose ahora a ellas.

Puede serle útil imaginarse sus “situaciones problema” y pensar en diferentes alternativas para no fumar. En la siguiente tabla le proponemos algunas situaciones “típicas”, complétela con sus situaciones personales.

SITUACIÓN PROBLEMA	ALTERNATIVAS A FUMAR
- Salir a cenar fuera de casa	✓ Sentarse con personas no fumadoras ✓ Comer antes un chicle de nicotina ✓ No beber alcohol
- Discutir con su pareja	✓ Salir a dar un paseo ✓ Llamar a alguna amistad para pedir ayuda
- Estar triste por la noche	✓ Ver una película ✓ Buscar otras recompensas ✓ Pedir ayuda a su entorno

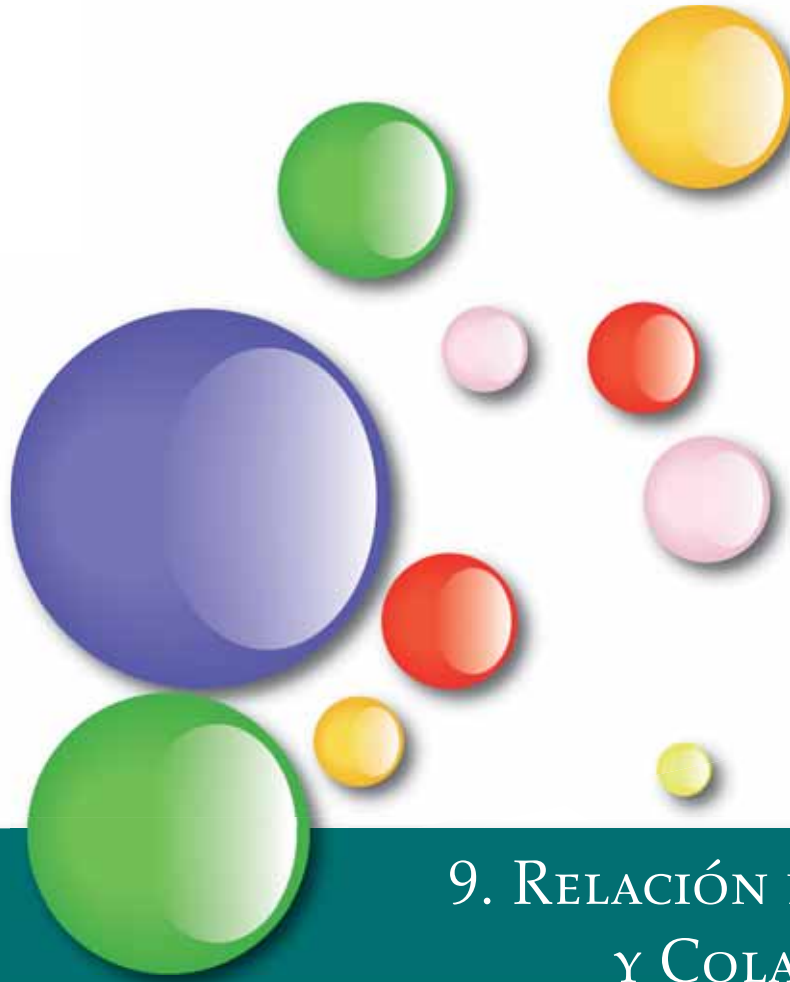


Aspectos a tener en cuenta en este momento:

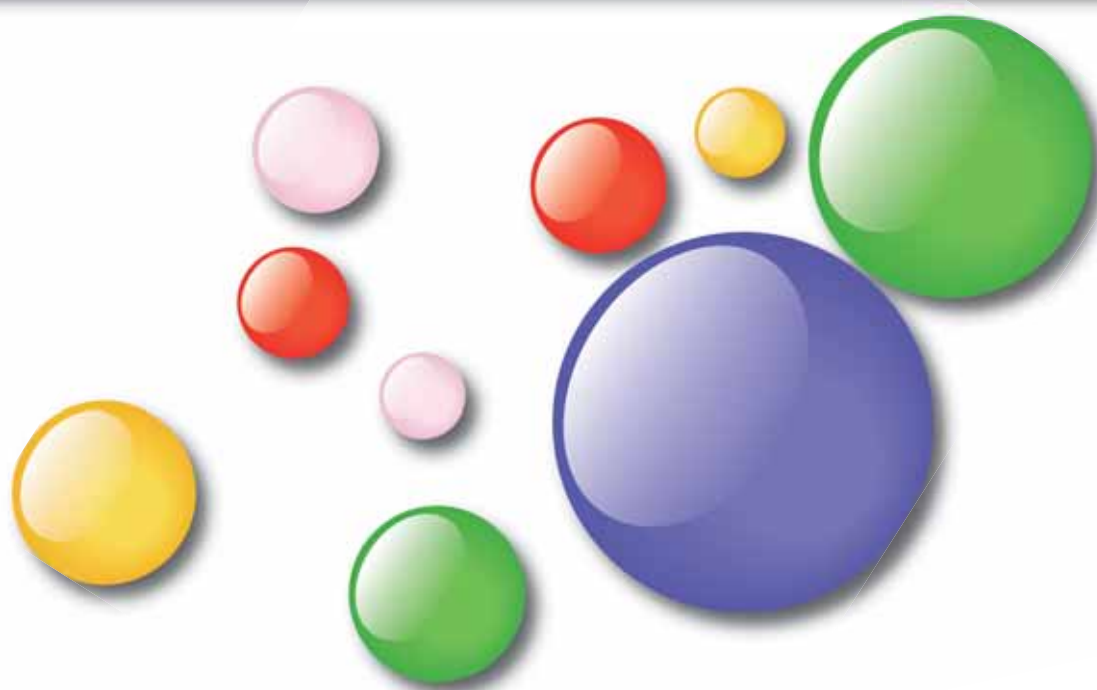
- ❖ Recuerde que dejar de fumar es un proceso que tiene diferentes fases, igual que ocurrió cuando empezó a fumar.
- ❖ No olvide usar la medicación “a modo de rescate”, los chicles o comprimidos con nicotina le serán muy útiles. Recuerde que el tratamiento farmacológico le puede ayudar, no interrumpa el tratamiento hasta que se lo indique su profesional sanitario.
- ❖ Es un buen momento para reflexionar sobre los beneficios obtenidos al abandonar el tabaco. Puede escribirlos e ir añadiendo algunos a medida que pase el tiempo.
- ❖ Es importante no fumar nada, ni una calada. Cualquier consumo puntual le pondrá más difícil conseguir la abstinencia a largo plazo.
- ❖ Practique todas las habilidades aprendidas a lo largo del tratamiento: detención del pensamiento, autoinstrucciones o relajación.
- ❖ Procure no comer demasiado y evite picar entre horas, debe cuidarse para evitar coger peso.
- ❖ Beba abundantes cantidades de agua, zumos o infusiones, le vendrá bien.
- ❖ Intente frecuentar espacios sin humo: cines, cafeterías sin humo, museos, teatros...
- ❖ Si aún no lo ha hecho, es un buen momento para empezar a realizar ejercicio físico o aumentar el que ya hace.
- ❖ Siga felicitándose cada día que pase, recuerde que es importante pensar “hoy no fumo, mañana ya lo decidiré”. Vívalo día a día.
- ❖ Siéntase libre por no fumar y valore positivamente conseguir lo que se ha propuesto.

Nadie se desembaraza de un hábito o un vicio tirándolo de una vez por la ventana; hay que sacarlo por la escalera, peldaño a peldaño (Mark Twain).





9. RELACIÓN DE Autores Y COLABORADORES





GRUPO REDACTOR

M^a Eugenia López Delgado

Médica. Máster en tabaquismo. Subdirectora General de Salud Pública.
Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria.

Blanca M^a Benito Fernández

Psicóloga. Máster en tabaquismo. Plan de Prevención y Control del Tabaquismo.
Consejería de Sanidad.

M^a Emma del Castillo Sedano

Médica. Máster en tabaquismo. Plan de Prevención y Control del Tabaquismo.
Consejería de Sanidad.

Sonia Álvarez Alonso

Psicóloga. Máster en tabaquismo. Consejería de Empleo y Bienestar Social.
Gobierno de Cantabria.

Luís Gutiérrez Bardeci

Médico de familia. Máster en tabaquismo. Centro de Salud Puertochico.
Servicio Cántabro de Salud.

Itziar Armentia González

Enfermera. Centro de Salud La Vega-Zapatón. Servicio Cántabro de Salud.

Mónica del Amo Santiago

Enfermera. Máster en tabaquismo. Centro de Salud Puertochico. Servicio Cántabro de Salud.

Fernando Martín Fuente

Médico. Máster en tabaquismo. Unidad de Deshabitación Tabáquica del
Servicio Cántabro de Salud.

M^a Ángeles García Gutiérrez

Psicóloga. Máster en tabaquismo. Unidad de Deshabitación Tabáquica del
Servicio Cántabro de Salud.

COLABORADORES

Inés Ruiz Llerandi

Psicóloga. Máster en tabaquismo. Jefa de Servicio de Drogodependencias.
Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria.

Myriam Martínez Muñoz

Psicóloga. Espacio Mujeres del Ayuntamiento de Torrelavega, Cantabria.

María Ursuguía Sánchez.

Psicóloga. Fundación Cántabra para la Salud y el Bienestar Social.

Susana Fernández Iglesias.

Médica de familia. Subdirección de Asistencia Sanitaria del Servicio Cántabro de Salud.

Rocío Pérez Ruiz

Enfermera. Centro de Salud Dávila. Servicio Cántabro de Salud.

