

Manejo de las recaídas en la deshabituación tabáquica

B. Sanz Pozo^a, F. Camarelles Guillem^b y J. de Miguel Díez^c

^a Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Greco. Getafe. Área 10. Madrid.

^b Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud General Moscardó. Área 5. Madrid.

^c Neumología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

A causa de la naturaleza crónica recidivante de la dependencia al tabaco, los profesionales sanitarios deberían conocer los motivos más comunes de recaídas y ofrecer a los fumadores que han abandonado el tabaco un tratamiento preventivo de éstas.

En nuestro medio algunos autores afirman que las causas principales por las que los fumadores recaen son los estados emocionales negativos y las presiones sociales.

Entre las estrategias de prevención de las recaídas se incluyen proporcionar información al paciente, reforzar su decisión de abandonar el tabaco y ayudarle a identificar y afrontar las situaciones de peligro para el mantenimiento de la abstinencia.

Sanz Pozo B, Camarelles Guillem F, de Miguel Díez J. Manejo de las recaídas en la deshabituación tabáquica. Rev Clin Esp. 2006; 206(3):150-2.

Management of relapses in smoking dehabituation Due to the recurrent chronic nature of tobacco dependence, health care professionals should know the most common reasons for relapses and offer smokers who have stopped smoking a preventive treatment.

In our setting, some authors state that the main causes for which smokers relapse are the negative emotional states and social pressures.

Among the prevention strategies of relapse are providing the patient information, reinforcing his/her decision to stop smoking and helping the patient identify and face the danger situations for the maintenance of abstinence.

Introducción

En la práctica clínica diaria la naturaleza crónica de la dependencia al tabaco puede disminuir la motivación de los profesionales sanitarios para el tratamiento del tabaquismo. El cambio de una conducta adictiva no es un acto puntual, sino que es cíclico y consta de varias etapas. De esta manera las recaídas pueden vivirse como un fracaso del profesional sanitario o incluso del paciente cuando sólo son una parte normal del proceso de deshabituación tabáquica (fig. 1)¹.

En general durante el proceso de abandono del tabaco las recaídas son la norma más que la excepción. De ahí la importancia de conocerlas y manejarlas correctamente para intentar lograr la consecución del objetivo final, que es la abstinencia tabáquica. En este artículo se realiza una revisión de los motivos, la prevención y el abordaje de las recaídas a la luz de publicaciones recientes que abordan estos temas.

Motivos de recaídas

Durante el proceso de abandono la mayoría de las recaídas se producen precozmente y están relacionadas

con los síntomas del síndrome de abstinencia. Las que aparecen después de unos meses se asocian con la sensación de poder controlar el consumo y con la falta o insuficiencia de los mecanismos de afrontamiento desarrollados². Pasados unos años la principal causa de recaída suele ser el hecho de probar un cigarrillo en un acto festivo o de encontrarse en presencia de un estado de ánimo negativo al que anteriormente se asociaba la conducta de fumar. Por todo ello se considera que si un individuo ha sido dependiente siempre le quedará una mayor vulnerabilidad a la recaída³. En nuestro medio algunos autores afirman que las causas principales por las que los fumadores recaen son los estados emocionales negativos (40%) y las presiones sociales (20%)⁴. Una recaída previa debe utilizarse para adquirir experiencia sobre los estímulos que precipitaron el consumo y sobre la falta de mecanismos de afrontamiento de dichos estímulos⁵.

Factores predictores de recaídas

Existen señales de alerta que preceden comúnmente a las recaídas y que pueden detectarse a lo largo del tratamiento de deshabituación. Dichas señales son múltiples y varían en cada sujeto concreto, dependiendo de la relación tabaco-persona a lo largo de los años, aunque existen algunas comunes^{6,7}. Entre estas últimas se encuentran las siguientes: elaboración de excusas para racionalizar o justificar conductas de in-

Correspondencia: B. Sanz Pozo.

Centro de Salud El Greco.

Avda. Bélgica, 63, 7.^o dcha.

28916 Leganés (Madrid).

Correo electrónico: bsanzpozo@hotmail.com

Aceptado para su publicación el 23 de noviembre de 2005.

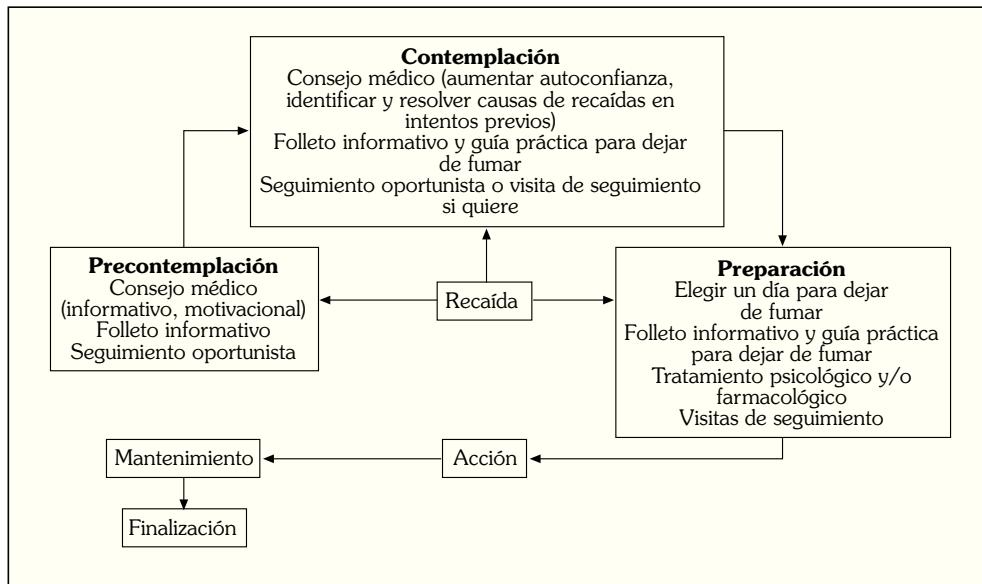


Fig. 1. Proceso de deshabituación tabáquica.

cumplimiento de compromisos, presencia de estados de ánimo depresivos, comportamientos compulsivos como el comer en exceso, consumo simultáneo de alcohol, incumplimiento de citas o su abandono, sensación expresada de no progresar en el tratamiento, negación del posible riesgo de la conducta de fumar, experimentar una urgencia o deseo de consumir, cambios de consumo a otras sustancias adictivas y las llamadas «fantasías de control»⁸.

Estrategias de prevención de recaídas

Las intervenciones destinadas a prevenir las recaídas son especialmente importantes al inicio del abandono dado que la mayor parte de ellas se producen en los tres primeros meses, especialmente en las primeras 2 o 3 semanas después de dejar de fumar. Es importante avisar al paciente de que puede recaer y que una actividad de seguimiento durante el período inicial puede ayudarle a superar esta fase crítica y aumentar así las expectativas de éxito⁹.

A nivel práctico, ante un fumador que ha abandonado recientemente su hábito tabáquico nuestra intervención debe dirigirse a felicitarle por cualquier éxito conseguido, transmitiéndole ánimos para seguir con la abstinencia y formularle preguntas abiertas, llevando a cabo diferentes estrategias de prevención de recaídas. A las personas que recaen es importante ayudarles a superar los sentimientos de fracaso y culpabilidad que puedan presentar. En este sentido, las actitudes de los profesionales sanitarios deben ser la desculpabilización y la desdramatización, las cuales favorecerán la resolución del problema. Lo más importante es que el terapeuta transmita al fumador que una recaída debe utilizarse como una experiencia de aprendizaje y no como un elemento desmotivador. Las estrategias de prevención de recaídas se pueden observar en la tabla 1¹⁰. Una de las más importantes es identificar las situaciones de peligro para el mante-

nimiento de la abstinencia. A lo largo de los años algunos estímulos, inicialmente considerados como neutros, se han asociado al consumo del tabaco. Pueden conocerse a través del análisis funcional de la conducta mediante la utilización de técnicas de auto-registro, el empleo de la prueba de Russell (o de su versión ampliada, RAM) y la escala de confianza de Bauer y Lichtenstein¹¹. Estos estímulos, externos o internos, pueden ser múltiples y están presentes en casi todas las circunstancias de la vida, aunque puede resultar difícil reconocerlos de antemano. Entre ellos mencionar los siguientes: tomar café, descolgar un teléfono, tomar copas con los amigos, estar enfadado, sentirse nervioso, estar aburrido, tener algo que celebrar, etc. Es importante detectarlos y hablar con el paciente de los mecanismos que pueden llevar a cabo para afrontarlos porque, en caso contrario, o bien no se desarrollarán o bien se desarrollarán mecanismos alternativos deficientes que pueden acabar precipitando la recaída. Aunque estos mecanismos son distintos para cada paciente, existen algunos mecanismos generales³.

Se han descrito en la literatura diversas estrategias de índole conductual para prevenir las recaídas en relación con el afrontamiento de situaciones de peligro

TABLA 1
Estrategias de prevención de recaídas

Dar información básica al paciente (naturaleza adictiva del tabaco, síntomas y signos del síndrome de abstinencia y cómo combatirlos)
Revisar los beneficios generales y personalizados de dejar de fumar Reforzarle en su decisión de abandonar el tabaco (aumentar la percepción de autoeficacia)
Ayudar al paciente a identificar situaciones de peligro para el mantenimiento de la abstinencia (tomar café, alcohol, estar enfadado, sentirse nervioso, etc.)
Afrontamiento de situaciones de riesgo (estrategias de evitación, de distracción, de sustitución, etc.)

para el mantenimiento de la abstinencia. Estas estrategias permiten a los pacientes adelantarse y/o enfrentarse a un número de circunstancias que en el pasado conducían frecuentemente al consumo y que pueden motivar el deseo de fumar o causar una caída (un consumo puntual)³. Algunos fumadores acuden siempre a la nicotina ante una situación generadora de estrés o de ánimo negativo y no desarrollan otros mecanismos alternativos para enfrentarse a estas situaciones. En este sentido es especialmente relevante conocer qué aporta el tabaco a cada fumador para así poder prevenir las recaídas.

Si bien en las primeras fases suele ser preferible utilizar estrategias de evitación o de escape de situaciones de alto riesgo, posteriormente conviene desarrollar otro tipo de habilidades como las de distracción (imaginación, autoinstrucciones, etc.), sustitución (relajación, actividad física, etc.) o afrontamiento (habilidades de rechazo, afirmación, control de tiempo, adquisición de habilidades assertivas sociales, etc.). Entre las estrategias de intervención específicas las más habituales son el autorregistro, la observación directa, las escalas de autoeficacia, las descripciones de recaídas pasadas o fantasías de recaída, el entrenamiento en técnicas de relajación y manejo del estrés y la matriz de decisión.

Eficacia de las técnicas empleadas para la prevención de recaídas

Las intervenciones específicas orientadas a la prevención de las recaídas suelen mostrar resultados positivos, aunque éstos no suelen ser espectaculares e incluso pueden no encontrarse diferencias con el tratamiento habitual¹². La dificultad de hacer frente a las causas que llevan a la recaída hace que no sea fácil conseguir resultados satisfactorios. Incluso, en el mejor de los casos, más de la mitad de los fumadores tratados recae a medio o largo plazo, independientemente de que se empleen terapias farmacológicas o no farmacológicas¹³. De hecho, el manejo de los estados emocionales negativos de los fumadores es difícil y complejo, ya que pueden desarrollarse en cualquier momento posterior al abandono del tratamiento. Tampoco es fácil controlar la presión social, ni buscar otras alternativas al papel del tabaco como facilitador de la interacción social. A este respecto son muy importantes las medidas legislativas y de concienciación social, incluyendo el establecimiento de sitios libres de humo¹⁴. Con ellas no sólo se evita el tabaquismo pasivo, sino también se va creando una cultura de «no disponibilidad» y de «no aceptación» que, sin duda, ayuda en la lucha frente al tabaquismo.

La alternativa de alargar las sesiones de deshabitación del tabaquismo con técnicas de prevención y manejo de las recaídas no siempre es posible. Sin embargo, existen evidencias que indican que existe una estrecha relación dosis-respuesta entre la intensidad del asesoramiento sobre la dependencia del tabaco y su efectividad. Los tratamientos que implican el contacto interpersonal (asesoramiento individual, grupal o por vía telefónica) son positivos y su efectividad aumenta con la intensidad del tratamiento (duración de las sesiones, número de ellas y total de minutos de contacto). En un metaanálisis realizado por Kottke et al¹⁵ sobre 39 ensayos clínicos se observó que el éxito de la intervención dependía del número de contactos realizados en cada paciente relacionados con el tabaquismo, de la variedad y del número de estrategias empleadas, así como de que éstas se desarrollaran tanto por médicos como por otros profesionales. Por todo lo anterior es imprescindible seguir investigando para desarrollar y validar nuevos procedimientos para la prevención de recaídas con el fin de obtener cifras superiores de éxito en la deshabitación tabáquica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita MA, Torrecilla García M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. 2.^a ed. Madrid: Ergon; 2003.
2. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. BMJ. 2000;321(7257):355-8.
3. Otero M, Cortijo C, Ayesta FJ. El tabaquismo como adicción. Cardiovascular Risk Factors. 2003;4:222-34.
4. Becona E, Vázquez FL. Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Dykinson; 1998.
5. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Health Education Authority. Thorax. 2000;55(12): 987-99.
6. Freund KM, D'Agostino RB, Belanger AJ, Kannel WB, Stokes J, III. Predictors of smoking cessation: the Framingham Study. Am J Epidemiol. 1992;135(9):957-64.
7. Norregaard J, Tonnesen P, Petersen L. Predictors and reasons for relapse in smoking cessation with nicotine and placebo patches. Prev Med. 1993;22(2):261-71.
8. Veiga S, Martín F, Corral LP. Abordaje del tabaquismo: intervención mínima y herramientas psicológicas. Trastornos adictivos. 2003;6(0):95-102.
9. Guía para ayudar a la gente a dejar de fumar. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2004.
10. Jiménez-Ruiz C, Camarelles F, de Grand Oribe JI, Díaz Maroto Muñoz JL. Protocolo de intervención en fumadores. 1.^a ed. Madrid: Glaxo Smith-Kline; 2002.
11. Otero M, Ayesta FJ. El tabaquismo como trastorno adictivo. Trastornos adictivos 2004;6(2):78-88.
12. Becona E, Vázquez FL. Does using relapse prevention increase the efficacy of a program for smoking cessation?: An empirical study. Psychol Rep. 1997;81(1):291-6.
13. Córdoba-García R, Nerín IP. Niveles de intervención clínica en tabaquismo. ¿Son necesarias las consultas específicas en Atención Primaria? Med Clin (Barc). 2002;119(14):541-9.
14. Jamrozik K. Population strategies to prevent smoking. BMJ. 2004; 328(7442):759-62.
15. Kottke TE, Battista RN, DeFriese GH, Brekke ML. Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. A meta-analysis of 39 controlled trials. JAMA. 1988;259(19):2883-9.