

ARTICULOS

Abordaje del tabaquismo: intervención mínima y herramientas psicológicas

Treatment of smoking: minimal intervention and psychological tools

S. VEIGA, S., MARTÍN, F. y CORRAL, L.P.

Unidad de Tabaquismo. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander. España.

RESUMEN: *Objetivo:* Mostrar la importancia de un adecuado diagnóstico, así como de la intervención mínima realizada por profesionales sanitarios. Analizar la eficacia de las diversas modalidades de tratamientos psicológicos.

Material y métodos: Se realiza una revisión de la eficacia de la intervención mínima y de los tratamientos psicológicos.

Resultados: La práctica de la intervención mínima es una de las herramientas más útiles de las que se dispone en tabaquismo. Las múltiples modalidades de técnicas de prevención de recaídas, el apoyo social interno y externo, el aumento de la motivación y algunas técnicas aversivas son útiles para tratar el tabaquismo, y aumentar las tasas de cesación.

Conclusiones: La intervención mínima es efectiva y coste-efectiva. El tratamiento del tabaquismo implica realizar un cambio conductual, para ello las herramientas más útiles son las psicológicas.

PALABRAS CLAVE: Diagnóstico. Evaluación. Intervención mínima. Tratamientos psicológicos. Prevención de recaídas. Apoyo social. Aumento de la motivación. Técnicas aversivas.

ABSTRACT: *Objective:* To show the importance of an appropriate diagnosis and of minimal interven-

tions made by health professionals. To analyse the efficacy of the different types of psychological treatments.

Material and methods: A review of the efficacy of minimal intervention and of the different psychological treatments was made.

Results: Quitting advice and minimal intervention is one of the most useful tools available for health professionals. Relapse prevention (in its multiple modalities), internal and external social support, increased motivation, and some aversive techniques are useful to treat tobacco dependence, increasing long term quitting rates.

Conclusions: Minimal intervention is effective and cost-effective. Quitting implies the realization of behavioral changes; to attain these changes the most useful tools available are psychological techniques.

KEY WORDS: Diagnosis. Evaluation. Minimal intervention. Quitting advice. Psychological treatments. Relapse prevention. Social support. Motivation increase. Aversive techniques.

Diagnóstico y evaluación

Toda persona que fume debe ser considerada como alguien con un grave factor de riesgo sobre su salud. Si además, la persona es dependiente del tabaco —lo que ocurre en un 90% de los casos—, la dificultad en eliminar el factor de riesgo agrava el potencial riesgo sobre la salud^{1,2}.

En la evaluación de los fumadores se ha de tener en cuenta fundamentalmente la historia de consumo y lo que la conducta adictiva aporta al paciente.

Correspondencia:

S. VEIGA
Unidad de Tabaquismo
Facultad de Medicina
Universidad de Cantabria
Avda. Cardenal Herrera Oria, s/n
39011 Santander. España
E-mail: tabaquismo@unican.es

Valoración orgánica

Anamnesis³

— Datos de filiación.

— Antecedentes personales patológicos y anamnesis por aparatos; se orientará hacia la existencia de procesos y síntomas relacionados con el tabaquismo (cardiovasculares, digestivos, respiratorios, dermatológicos, psiquiátricos, etc.) y a determinar los tratamientos farmacológicos concomitantes.

— Antecedentes de tabaquismo: edad de inicio, intentos previos de abandono (número, duración y tratamientos utilizados, causas de recaídas, percepción de dificultades, preocupación acerca de la posible ganancia de peso).

Exploración física

Similar a los de una consulta general, prestando un especial interés a:

— Tensión arterial, frecuencia cardíaca y peso corporal, que pueden variar en el proceso de deshabitación.

— Pulsos periféricos y otros signos o síntomas circulatorios (disnea, claudicación en miembros inferiores, etc.) y respiratorios (tos, expectoración, infecciones, etc.).

Exploraciones complementarias

— El hemograma, el perfil lipídico, la glucemia y algunas pruebas de coagulación pueden estar alterados.

— El estudio del funcionalismo pulmonar mediante una espirometría puede ser también conveniente.

— La Medición de CO en aire espirado (cooximetría) es un método sencillo e incruento que valora la exposición al humo del tabaco. Sirve: *a)* para valorar la abstención; *b)* de refuerzo positivo durante la deshabitación, y *c)* como marcador del riesgo vascular del tabaquismo. Por ello, su determinación es muy conveniente en todas las consultas en las que se aborde el tabaquismo. Las cifras de CO para diferenciar entre fumadores y no fumadores se encuentran entre 5 y 10 partes por millón (ppm). Debe tenerse en cuenta que la cantidad de CO en el aire espirado no sólo está en relación con el número de cigarrillos sino también con el patrón de consumo (número y profundidad de las inhalaciones) y tiempo transcurrido desde el último consumo.

— Otros marcadores biológicos. La determinación de nicotina y tiocianato tiene un valor más bien experimental; en cambio, la determinación de cotinina —principal metabolito de la nicotina— puede también

tener aplicación clínica. Su larga semivida (11-37 frente a 1-2 h de la nicotina) la hace un marcador ideal de exposición, tanto de exposición activa como pasiva. Puede determinarse en plasma o en saliva y sirve para valorar el consumo nicotínico, por una parte, y para precisar el grado de sustitución alcanzado cuando se utiliza terapia sustitutiva en el tratamiento, por otra.

Valoración conductual^{4,5}

Para abordar adecuadamente el tabaquismo^{4,5}, es importante conocer: *a)* hasta qué punto está dispuesto el paciente a cambiar la conducta y cuáles son los motivos que le llevan a ello; *b)* qué estímulos están intrínsecamente asociados a la conducta de fumar, la cual como todas las adicciones es una conducta aprendida; *c)* qué aporta la conducta adictiva al paciente (mecanismo de enfrentamiento a las situaciones de estrés o de frustración, factor de sociabilidad, control del estado de ánimo, etc.) y de qué recursos alternativos puede disponer éste. Para ello es útil conocer:

— Fase de abandono. El abandono del tabaco debe ser considerado como un proceso. Prochaska y Di Clemente distinguen 5 fases en este proceso. La actuación del profesional sanitario dependerá de la fase en la cual se encuentre el paciente (figs. 1 y 2)⁶.

— Motivación para el abandono del tabaco. El test de Richmond puede dar una idea aproximada de ésta (fig. 3). Las motivaciones para el abandono pueden ser de múltiples tipos; conocerlas es útil para los momentos más difíciles en el proceso de abandono.

— Test de Fagerström. Instrumento sencillo y de validez contrastada, que consta de 6 ítems (que pue-



Figura 1. Esquema de Prochaska y Di Clemente de las fases del cambio en las adicciones, originalmente desarrollado para la dependencia a la nicotina.

Fase del cambio

1. ¿Piensa usted dejar de fumar en los próximos 6 meses?
Sí/no
Si contestó afirmativamente a la pregunta anterior, responda a la siguiente:
2. ¿Piensa dejar de fumar en el próximo mes?
Sí/no
Si contestó afirmativamente a la pregunta anterior, responda a la siguiente:
3. ¿Está dispuesto/a fijar ya una fecha para dejar de fumar?
Sí/no

Figura 2. Preguntas que sirven para conocer la fase del cambio en la que se encuentra el paciente.

Test de Richmond

1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?
No/sí
2. ¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?
Ninguno/medio/elevado/muy elevado
3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas 2 semanas?
No/creo que no/puede que sí/sí
4. ¿Cuál es la posibilidad de que usted sea un no fumador en los próximos 6 meses?
Ninguna/seguramente que ninguna/probablemente sí/se-guro que sí

Figura 3. Test de análisis de motivación de Richmond. Presenta la ventaja de su gran sencillez

La primera pregunta vale 0/1 punto; el resto se valora de 0 a 3 puntos. El máximo es 10 puntos.

den reducirse a los 2 primeros que se muestran en la figura 4), con una puntuación máxima de 10. Puntuaciones altas indican alto grado de dependencia; puntuaciones bajas no tienen porqué indicar bajo grado de dependencia.

— Autorregistro de cigarrillos consumidos. Además del número de cigarrillos fumados, recoge la situación y los estímulos antecedentes y consecuentes asociados al consumo.

— Situaciones y motivaciones asociadas al consumo. Sirve para identificar las principales situaciones que conducen al consumo y así prever los momentos con mayor riesgo de recaída. El test de Russell es el más empleado a este respecto.

— Nivel de autoeficacia. Similar al caso anterior pero, en vez de analizar la asociación objetiva con el consumo, valora la percepción subjetiva de control en las diversas situaciones. Se utiliza frecuentemente la escala de Baer y Lichtenstein.

— Estudio de sintomatología psiquiátrica asociada,

Test de Fagerström

1. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
10 o menos
11 a 20
21 a 30
31 o más
2. ¿Cuánto tiempo transcurre desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo?
Menos de 5 minutos
De 6 a 30 minutos
De 31 a 60 minutos
Más de 60 minutos
3. ¿Fuma más en las primeras horas del día?
Sí
No
4. ¿Tiene dificultad para estar sin fumar en lugares donde está prohibido (cines, hospitales...)?
Sí
No
5. ¿Fuma cuando no se encuentra bien o cuando está enfermo en la cama?
Sí
No
6. ¿A qué cigarrillos le costaría más renunciar?
Al primero del día
A otros

Figura 4. Test de Fagerström modificado.

La primera pregunta puntúa de 0 a 3; la segunda de 3 a 0; en el resto, el «sí» o «al primero del día», puntúan 1 punto.

clínica o subclínica. Su valoración y cuantificación es importante cara a determinar la conveniencia de la realización del intento de abandono, como a la hora de prever las posibles dificultades añadidas⁷.

Tanto la valoración conductual como los otros componentes exploratorios de la historia clínica del tabaquismo pueden ser más amplios. En la práctica clínica, el arte está en saber adaptar el tiempo disponible a las necesidades de los pacientes; aunque «lo mejor es enemigo de lo bueno», el cambio de una conducta adictiva requiere esfuerzo y dedicación, sobre todo por parte del paciente, pero también por parte del profesional sanitario.

Intervención mínima

El consejo o intervención mínima es una de las armas más efectivas, en cuanto a resultados y a coste, de las que disponen los profesionales sanitarios para abordar el problema del tabaquismo⁸⁻¹⁰.

Intervención mínima es una intervención de educa-

ción sanitaria que a base de utilizar mensajes educativos e información sanitaria consigue cambios en las actitudes y, a la larga, en la conducta. En tabaquismo se pretende que el fumador pase las distintas fases que conducen a la de «acción» y haga un intento serio de abandono. Los mensajes dados deben fomentar implícitamente la motivación que haga cambiar la actitud del paciente. Él es quien debe conocer cómo, cuándo y dónde pasar a la fase de «acción». El mensaje debe llevar las instrucciones para realizar el cambio de conducta.

Primordialmente, consiste en promover la intención de dejar de fumar y proporcionar ayuda a aquellos ya motivados en la cesación del tabaquismo. Se lleva a cabo:

- Preguntando sobre el tabaquismo de los pacientes.
- Anotando los datos obtenidos en la historia clínica.
- Dando consejo médico.
- Dando apoyo psicológico.
- Entregando materiales de información y de apoyo, con relación a la fase de cambio en la que esté.
- Apoyando y acompañando durante el proceso de abandono del tabaco.

Las 5 «A»

Existen unas directrices clínicas prácticas —ya clásicas— para el tratamiento del consumo y la dependencia del tabaco, que son conocidas como las 5 A:

1. Preguntar (*ask*). Si en todas las actuaciones médicas o de otros profesionales de la salud se distingue al fumador del no fumador y del ex fumador, se habrá orientado el tipo de paciente que se tiene y la posible intervención que se puede realizar. Una vez identificado el fumador, se debe seguir preguntando sobre el número de cigarrillos diarios, cuándo fuma el primero de la mañana, intentos de cesación previos, grado de dependencia y recaídas así como los motivos de éstas.

Anotar todos los datos encontrados en la historia del paciente hace que siempre se tengan presentes y la intervención sea más rápida y eficaz.

2. Aconsejar (*advise*). El consejo será sistematizado; si se aplica en todas las consultas y siempre que se tenga ocasión se estará ante una intervención mínima sistematizada (IMS). El consejo debe ser: serio; sencillo; breve, y personalizado, se ha de distinguir las distintas características del paciente tales como sexo, edad, motivación, etc. También es conveniente que éste, en la medida de lo posible, sea impartido con

entusiasmo, humor, originalidad y, sobre todo, sea convincente.

3. Apreciar (*assess*). Se estudiará la actitud del paciente, y valorar la fase de cambio en la que se encuentra. Según la fase el sistema de actuación del profesional será distinta: *a*) si no desea dejar de fumar se le hará ver lo perjudicial de su actitud, se le brindará apoyo para el futuro; *b*) si el paciente no está decidido, se le intentará fomentar su motivación haciéndole ver las ventajas de no fumar; *c*) si está dispuesto a hacer un serio intento de cesación, se le ofrecerá ayuda y tratamiento adecuados.

4. Ayudar (*assist*). Se intentará, junto al paciente, acordar un día «D». Ese día será el primero sin humo, inaplazable e inexcusable. Se buscará el día más adecuado para cada paciente, huyendo de días de gran estrés, de fiestas o acontecimientos especiales. Se intentará que el proceso de cambio se complete de tal modo que cuando se llegue a ese momento la motivación sea máxima y estén desmontadas las falsas creencias sobre el tabaco, se tengan recursos tales como asertividad, entrenamiento en habilidades relacionadas con la cesación, se haya trabajado en evitación de situaciones peligrosas, en presión social y en extinción de conductas de riesgo. El paciente deberá conocer todo lo que puede ocurrirle una vez haya dejado de fumar: síndrome de abstinencia, efectos de la medicación, identificación de situaciones en las que solía fumar, etc.

5. Acordar (*arrange*). Se llegará a un acuerdo en la forma en que se va a seguir, por parte de terapeuta y paciente, el régimen de visitas, la duración, los objetivos a cumplir en cada visita. Lo que resulta más aconsejable es una visita semanal durante el primer mes poscesación, se continuará con visitas quincenales durante otro mes y se seguirá con visitas mensuales hasta un tiempo de 6 u 8 meses y, si es posible, con control telefónico posterior o seguimiento ocasional. La posibilidad de poder llamar en un momento determinado al terapeuta a través del teléfono aporta confianza y seguridad al paciente, quien se ve más respaldado; en un momento determinado esto puede ser una gran estrategia para evitar recaídas. Una de las actuaciones más valoradas por los pacientes es la de felicitarles cuando cumplen los objetivos de las visitas; esto eleva su autoestima del paciente y refuerza la confianza en el éxito. El uso de la cooximetría de control es una herramienta aconsejable por poder incrementar la autoeficacia.

A lo largo del seguimiento, se analizarán los diversos problemas surgidos, las falsas creencias, el exceso de confianza, etc. Los estudios muestran que —hasta

un límite— los resultados mejoran a medida que se incrementa el número de visitas y la duración de éstas.

¿Quién debe hacer intervención mínima?

El tabaquismo es un problema de salud que incumbe a todos los profesionales sanitarios. La primera opción obvia es toda la red de atención primaria (AP)—en un sentido amplio que incluya las redes de oficinas de farmacia— con todos los diversos profesionales sanitarios que trabajan en ella: médicos, por supuesto, pero también psicólogos, profesionales de la enfermería, trabajadores sociales, etc. Aparte de la red de AP, están los diversos profesionales de las empresas y los de la atención especializada (AE).

Por su situación clave en el sistema, la estructura más fundamental son los médicos de AP, por quienes acaban pasando en 5 años el 90% de su cupo.

Los estudios muestran que los profesionales que son fumadores tienen más reparo en dar consejo; a este aspecto se suma el hecho de que un notable porcentaje de los médicos desconoce la eficacia del consejo mínimo (un estudio en Canadá recoge que sólo uno de cada 3 médicos da crédito al consejo mínimo).

El que la intervención mínima sea fundamentalmente realizada en AP, no debe llevar a concluir que este tipo de intervención es el único que deba realizarse en AP, donde pueden realizarse abordajes más complejos de los pacientes fumadores.

Eficacia del consejo mínimo

Se atribuye al consejo mínimo una eficacia aproximada del 5%. Es decir, el 5% de aquellos fumadores que reciben consejo médico, han dejado de fumar al cabo de un año. Esta cifra varía según las poblaciones en las que se realizan los estudios: cuanto mayor sea la prevalencia de tabaquismo de una población, mayor suele ser la eficacia del consejo mínimo. Por el contrario, si la prevalencia es baja —y consecuentemente la mayor parte de los fumadores son muy dependientes— la eficacia del consejo también lo es.

Aunque este porcentaje de cesaciones (5%) puede no parecer elevado, al conseguir llegar a la mayor parte de la población fumadora, el número absoluto de fumadores que abandona el tabaco resulta muy grande. De hecho, es el método con el que se consigue mayor número absoluto de cesaciones. Aunque no es muy efectivo, sí es muy eficaz. Además, dado su bajo coste, tiene uno de los mejores índices de coste-efectividad^{9,11}.

Su efectividad está comprobada en la intervención realizada por cualquier profesional de la salud, aunque los metaanálisis muestran mejores resultados en el caso del consejo médico.

Herramientas psicológicas en el tratamiento del tabaquismo

Aunque el tratamiento del tabaquismo se base en ópticas reduccionistas, siempre pueden obtenerse resultados positivos. Éstos serán peores —sobre todo a la larga— pero seguirán siendo «vendibles». En la actualidad puede decirse que los tratamientos farmacológicos duplican la eficacia de las intervenciones que se realicen. Duplican la eficacia, pero no confieren la eficacia basal. Son las intervenciones psicológicas en general —y las conductuales en particular— las que van directamente encaminadas a cambiar la conducta y, por ello, confieren la eficacia al tratamiento.

La evidencia científica aconseja que *siempre* se recomienda la utilización de fármacos en el proceso de deshabituación del tabaquismo, pero sabiendo que el grado de eficacia de la intervención va a venir determinado por la intensidad del abordaje psicológico.

Introducción general

El concepto de «abordaje psicológico» del tabaquismo no siempre se entiende de manera unívoca. Para algunos tratamiento psicológico es simplemente mostrar empatía, para otros dar un consejo mínimo sin intervención farmacológica, hacer tratamiento en grupo o someterse a un psicoanálisis.

La *Guía clínica para el tratamiento de la dependencia de la nicotina* de la Asociación Psiquiátrica Americana, por ejemplo, en su capítulo *Principios de tratamiento y alternativas* distingue entre valoración, tratamiento psiquiátrico, tratamientos psicosociales específicos y tratamientos somáticos (que es donde se incluyen los farmacológicos)¹¹.

Dentro del tratamiento psiquiátrico incluye, entre otros apartados, los siguientes: 1) establecer un vínculo terapéutico; 3a) aumento de la motivación y disposición al cambio; 3b) intervención inicial en quienes desean dejarlo; 4) educación sanitaria sobre la dependencia; 7) pacto relativo al aumento de peso; 8) recomendaciones respecto al consumo de alcohol y cafeína; 10) forma de abordar los deslices y recaídas. Todo esto lo realiza cualquier terapeuta que aborde el tabaquismo, independientemente de cómo lo denomine.

Dentro de los tratamientos psicosociales específicos

—que es lo que más frecuentemente se entiende como *tratamiento psicológico*— la guía incluye las técnicas conductuales, los grupos de educación sanitaria y apoyo, los materiales de autoayuda y otros.

Las terapias conductuales son las más utilizadas en el tratamiento del tabaquismo¹². Más de 100 estudios controlados han demostrado su eficacia, motivo por el cual son consideradas como terapia de primera elección (grado de evidencia A) en la *Guía práctica clínica de tratamiento del consumo y la dependencia tabáquicos*¹³.

Las terapias conductuales se basan en la teoría de que los procesos de aprendizaje intervienen en la instauración, mantenimiento y abandono del hábito del tabaquismo. Sus objetivos suelen ser: modificar los antecedentes del consumo de tabaco, reforzar la conducta de no fumar y enseñar técnicas que faciliten la abstinencia del tabaco en situaciones de alto riesgo.

No todas las técnicas conductuales son igualmente eficaces en el tabaquismo. Entre las claramente eficaces se encuentran: las técnicas de prevención de recaídas y el entrenamiento en solución de problemas, el apoyo intra y extratratamiento y la terapia aversiva intensa.

Prevención de recaídas: análisis de situaciones de riesgo y elaboración de situaciones de afrontamiento

Las técnicas de prevención de recaídas y sus diversas variantes (técnicas de resolución de problemas, de afrontamiento, de control de estrés) permiten a los pacientes adelantarse y/o enfrentarse a un número de circunstancias que pueden motivar el deseo de fumar o causar una caída (un consumo puntual), como pueden ser, por ejemplo, una fiesta o una discusión⁴.

Si bien, en las primeras fases frecuentemente es preferible utilizar estrategias de evitación o de escape de situaciones de alto riesgo, posteriormente conviene desarrollar otro tipo de estrategias como las de distracción (imaginación, autoinstrucciones, etc.), sustitución (relajación, actividad física, etc.) o afrontamiento (habilidades de rechazo, afirmación o control de tiempo, etc.).

Por otro lado, dentro de la prevención de recaídas pueden incluirse: a) el abordaje cognitivo, que incluye la identificación de pensamientos desadaptativos, el ser capaz de hacerles frente y sustituirlos por patrones de pensamiento más ajustados a la realidad y eficaces; b) evitar el efecto de violación de la abstinencia (EVA), que es el que transforma una caída o desliz en

una recaída. Ambos aspectos han sido tratados en el capítulo *El tabaquismo como trastorno adictivo*.

Los elementos comunes del consejo práctico en prevención de recaídas incluyen reconocer situaciones de peligro, desarrollar estrategias de afrontamiento y proveer información básica.

Reconocimiento de situaciones de peligro

Son hechos, circunstancias, estados internos o actividades que desencadenan o precipitan los deseos de consumir y que pueden dar lugar a una caída. Las situaciones de peligro son múltiples y varían en cada persona concreta, dependen de la relación tabaco-persona a lo largo de los años. Entre las más comunes se encuentran, por ejemplo, la presencia de estados de ánimo negativos, el consumo simultáneo de alcohol, estar apurado de tiempo, estar con otros fumadores o experimentar *urgencias* o deseos de consumir, pero cada fumador tiene las suyas¹².

Desarrollo de estrategias de afrontamiento

Va encaminado a la adquisición de habilidades que permitan enfrentarse con posibilidades de éxito a las situaciones que en el pasado conducían frecuentemente al consumo. Las estrategias que pueden desarrollarse son muy variadas: aprender a anticiparse y a evitar la tentación, adquirir recursos cognitivos que reduzcan los afectos negativos, asimilar técnicas de distracción para las *urgencias* y los deseos irresistibles, adquirir habilidades asertivas, sociales, de relajación o de resolución de problemas, cambiar a estilos de vida con menos estrés, más calidad de vida o que produzca placer⁴.

Provisión de información básica

Se trata de que el paciente adquiera una serie de conocimientos básicos sobre el tabaquismo en general y sobre su adicción en particular, así como de que no se deje influir por pensamientos desajustados o erróneos. Todo paciente debe conocer, 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 2 primeras semanas, y que entre sus síntomas se encuentran estados de ánimo negativos, *urgencias* de fumar y dificultades de concentración. Dentro de este apartado debe incluirse el convencer de que la recaída es parte del proceso, luchar contra la «desesperanza aprendida» y el intentar descubrir los «autoengaños» y las decisiones aparentemente irrelevantes que acaban conducién-

do a «deseos irresistibles».

Apoyo social externo, aumento de la motivación y disposición al cambio

La Guía Americana del 2000¹³ realiza la siguiente recomendación con grado de evidencia B: «Resultan en mayores tasas de abstinencia: 1) dar a los fumadores consejo práctico (solución de problemas, entrenamiento en habilidades); 2) dotar a los fumadores de apoyo social intratratamiento; 3) ayudar a los fumadores a obtener apoyo social extra-tratamiento». Aunque el apoyo social aislado no ha demostrado inequívocamente eficacia, sí parece hacerlo dentro de estrategias de intervención más globales. En cualquier caso, su ausencia parece socavar los intentos por dejar de fumar¹³.

Aumento de la motivación y disposición al cambio (apoyo intratratamiento)

El tratamiento de intensificación de la motivación se muestra eficaz en otras dependencias; por ello, se considera que puede resultar útil en la dependencia a la nicotina. Debe realizarse en quienes no se encuentran preparados para dejar de fumar y en todos aquellos con una postura ambivalente al respecto, lo cual puede presentarse a lo largo de todo el tratamiento. Su eficacia es de un 30% (*odds ratio* (OR): 1,3).

Incluye medidas como: *a)* animar al paciente a que lo deje, explicándole que hay tratamientos efectivos, que el 50% de los fumadores ya lo han dejado, que él/ella puede conseguirlo, etc.; *b)* comunicar preocupación y cuidado, por ejemplo preguntando cómo se siente al respecto, expresando claramente preocupación y disposición de ayuda, estando abierto a la expresión de miedos, dificultades y sentimientos de ambivalencia, etc.; *c)* animar al paciente a hablar del proceso, preguntándole por las razones para dejarlo, angustias o preocupaciones al respecto, éxitos que el paciente haya tenido, dificultades previas encontradas, etc.

Suele realizarse fundamentalmente mediante la información personalizada, adaptándose a las necesidades del paciente; depende de si hay enfermedades concomitantes relacionadas con el tabaco (p. ej., bronquitis), situaciones especiales (embarazo, hijos con asma, etc.), sentimientos de desmoralización, temores o sentimientos negativos respecto a dejar de fumar; también depende de qué razones para fumar tenga cada persona.

Apoyo social extratratamiento

El apoyo social extratratamiento aumenta la eficacia de las intervenciones en un 50% (OR: 1,5). Su eficacia se basa fundamentalmente en su cercanía y su mayor presencia temporal, que permiten al paciente acudir más fácilmente a él en situaciones de mayor necesidad o urgencia. Incluye, por ejemplo:

— Entrenamiento en habilidades de solicitud de ayuda: que puede realizarse mediante ejemplos, *rol-playing* o vídeos que lo reflejan, practicando la solicitud de ayuda a la familia, amigos o compañeros de trabajo o ayudando al paciente a establecer un hogar libre de humos.

— Búsqueda de ayuda rápida: ayudándole a identificar posibles apoyos, informándole de los recursos disponibles en la comunidad (*quitlines*, *helplines*, etc.) o llamándole para recordar que busque ayuda.

— Organización del apoyo externo: llamándoles, escribiéndoles, invitándoles a las sesiones de tratamiento o asignando *pares* entre los pacientes.

Otras técnicas

No existe evidencia científica de la eficacia en el tratamiento del tabaquismo de determinadas técnicas conductuales, entre las que se encuentran las técnicas de relajación (OR: 1,0), los contratos de contingencia (OR: 1,0) o la reducción progresiva de nicotina (*cigarette fading*; OR: 1,1).

Diversas técnicas aversivas, como fumar rápido y otras, sí han mostrado eficacia. En general, según los datos de la Cochrane, la eficacia es mayor cuanto más intensa sea la terapia aversiva (OR intensa: 2,1 frente a OR general: 1,2). La guía americana no distingue intensidades y atribuye a las distintas técnicas aversivas OR entre 1,7 y 2,0. La justificación del tratamiento aversivo radica en conseguir que el tabaco sea menos gratificante, y así poder ir extinguendo los estímulos asociados con la conducta de fumar¹³.

Conclusiones

Como conducta aprendida e influenciable que es, muchos de los fumadores pueden verse beneficiados por intervenciones mínimas que aumentan la motivación y facilitan el cambio. Este tipo de intervenciones es el que debería realizarse sistemáticamente desde la red de AP, considerada en su sentido amplio.

No obstante, cuando no han servido los abordajes más generales o los intentos previos aislados o autónomos, es el momento de profundizar en el compo-

nente adictivo del tabaquismo. Conviene recordar que la mayor parte de los fumadores son dependientes de la nicotina o, en un sentido más amplio, de la labor de tabaco que consumen. Por ello, cualquier intento de cesación del tabaquismo requiere fundamentalmente un abordaje de éste como una adicción^{4,14}.

Considerar el tabaquismo como una adicción implica ser consciente de que es un proceso crónico del que forman parte las recaídas. También implica valorar la

importancia que tienen los diversos estímulos —internos y externos— que a lo largo de los años han ido asociándose al consumo, así como reconocer el posible valor adaptativo que para cada fumador tiene su conducta y de qué herramientas dispone para conseguir el cambio de conducta.

Gran parte de los fracasos en cesación del tabaquismo, más que de un uso inadecuado de la medicación, derivan de la falta de profundización práctica en el

Bibliografía

1. Altman J, Everitt BJ, Glautier S, Markou A, Nutt D, Oretti R, et al. The biological, social and clinical basis of drug addiction: commentary and debate. *Psychopharmacology* 1996;125:285-345.
2. Ayesta FJ, Camí J. Farmacodependencias. En: Flórez J, editor. *Farmacología humana*. 4.^a ed. Barcelona: Masson, 2003; p. 595-621.
3. Barrero M, Hernández MA, Torrecilla M. *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Ergon, 2003.
4. Otero M, Cortijo C, Ayesta FJ. El tabaquismo como adicción. *Cardiovasc Risk Factors* 2003;4:222-34.
5. Becoña E. Estudios de cambio en la conducta de fumar: su relevancia en el tratamiento de fumadores. *Prev Tab* 2000;2:106-12.
6. Di Clemente CC. *Addiction and change: how addictions develop and addicted people recover*. Nueva York: Guilford Press, 2003.
7. Siqueland L, Crits-Christoph P. Current developments in psychosocial treatments of alcohol and substance abuse. *Curr Psychiatry Rep* 1999;1:179-84.
8. 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.
9. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ* 2000;321:355-8.
10. West R, McNeill, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000;55:987-99.
11. Hughes J, editor. *Guía clínica para el tratamiento de la dependencia de nicotina de la Asociación Psiquiátrica Americana*. Madrid: Ars Médica, 2001.
12. Ayesta FJ, Otero M. El tabaquismo como una enfermedad crónica. En: Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO, editores. *Manual de tabaquismo* [en prensa]. Madrid: Aula Médica, 2004.
13. Fiore MC, editor. *Treating tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.
14. Becoña E, Vázquez FL. *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson, S.L., 1998.