



616.864

I59g

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Área Técnica.

Proceso de Atención a Pacientes.

Programa para dejar de fumar: Manual para facilitadores en la cesación del tabaco. --2a. Edición. San José, CR. : IAFA, 2017.

114 p.: cuad.

ISBN: 978-9968-705-92 -9

1. COSTA RICA. 2. RECAÍDA. 3. TABACO
4. TRATAMIENTO. i. Sandí Esquivel, Luis Eduardo.
ii. Molina Di Palma, Dario. iii. Título.

CONSEJO EDITORIAL

Hannia Carvajal M.

Zulay Calvo A.

Álvaro Dobles U.

Rosa I. Valverde Z.

CRÉDITOS:

Dr. Luis Sandí Esquivel¹
Sr. Dario Molina Di Palma²

1. lsandi@iafa.go.cr
2. dmolina@iafa.go.cr

Proceso de Atención a Pacientes.
Proceso de Atención a Pacientes.





Presentación

El consumo de tabaco, por la cantidad de personas que fuman y por sus consecuencias en fumadores y no fumadores, constituye uno de los principales problemas de salud pública del país. Por otra parte, la mayoría de las personas afectadas por el consumo de alcohol y drogas son fumadoras. Por tal razón la intervención en la cesación de tabaco se convirtió una prioridad clínica para los pacientes atendidos en la institución. De esta preocupación institucional, aunado a la preocupación internacional del tabaco como principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas, nació un interés genuino por atender el problema de la dependencia al tabaco en todo el país.

Desde 1988 el Instituto sobre Alcoholismo Farmacodependencia ha estado trabajando de manera ininterrumpida e integral en los muchos aspectos de esta problemática, prevención, educación pública, entrenamiento, espacios libres de humo de tabaco, fortalecimiento de políticas públicas, producción de materiales educativos y en cesación de tabaco. Los programas de cesación de fumado y el entrenamiento a los trabajadores de la salud ha cobrado inusitada importancia por la resistencia del sistema de salud para aceptar la dependencia al tabaco como una enfermedad. Existe una enorme brecha entre el conocimiento científico de la dependencia al tabaco como una enfermedad neuropsicobiológica, para la cual existen múltiples tratamientos efectivos, y el quehacer clínico usual de pasividad e indiferencia ante este problema. La mayoría de los fumadores quiere dejar de fumar y sin embargo los profesionales en salud no tienen los conocimientos y las destrezas para ayudar a los pacientes a dejar de fumar. La disponibilidad de servicios de cesación en fumado se ha convertido en una prioridad de salud pública.

Índice

A. Generalidades

A. 1 Introducción	1
A. 2 Historia	1
A. 3 Epidemiología	3

B. Programa para dejar de fumar

B.1 Fase I Reclutamiento	5
B.2 Fase II Evaluación del fumador	5
B.2.1 Test de Fagerstrom	5
B.2.2 CAGE	6
B.2.3 Etapas de cambio	6
B.2.4 Test de depresión	6
B.2.5 Test de ansiedad	7
B.2.6 Escala predictiva	7
B.3 Fase III Intervención	8

1. I Sesión: Tabaco o Salud

1.1 Tabaco	10
1.2 Consecuencias del fumado	11
1.3 Cáncer	11
1.4 Enfermedades cardiovasculares	12
1.5 Enfermedades respiratorias	12
1.6 Enfermedades del sistema reproductivo	13
1.7 Enfermedades gástricas	14
1.8 Enfermedades mentales	14
1.9 Fumado involuntario	14
1.10 Otras enfermedades	16

2. II Sesión: Razones para fumar

2.1 Tipos de satisfacción (test de los porqués)	17
2.1.1 Estimulación	18
2.1.2 Actividad mano boca	18
2.1.3 Relajación	18
2.1.4 Reducción de la tensión	18
2.1.5 Insidia	19
2.1.6 Automatismo	19

3. III Sesión: Dependencia al tabaco	20
3.1 Farmacología de la nicotina	20
3.2 Efectos neuroquímicos de la nicotina	22
3.3 Tabaquismo como enfermedad	24
4. IV Sesión: Tratamiento	27
4.1 Tratamiento	27
4.2 Estrategias antes del cese	28
4.2.1 Clorhidrato de bupropión	28
4.2.2 Varenicline	30
4.3 Estrategias al momento de dejar de fumar	31
4.4 Síndrome de supresión	32
4.4.1 Terapia de reemplazo de nicotina (TRN)	33
4.5 Terapia combinada	36
4.6 Fumadores difíciles	37
5. V Sesión: Técnicas de relajación	38
5.1 La respiración	38
5.2 Técnicas de relajación	39
5.3 El estrés	42
6. VI Sesión: Estilos de vida saludable	43
6.1 Beneficios al dejar de fumar.....	44
6.2 Actividad física	45
6.2.1 Propósitos de la actividad física	45
6.2.2 Cómo superar los obstáculos para realizar actividad física	46
6.2.3 Consejos prácticos para iniciar una caminata	46
6.2.4 Prácticas saludables de actividad física	46
6.3 Alimentación saludable	46
6.3.1 Los alimentos como fuente de energía	47
6.3.2 Información básica sobre algunos nutrientes	48
6.3.3 Beneficios de una alimentación saludable	49
7. VII Sesión: Recaída	49
7.1 Recaída en fumado.....	49
7.2 Factores situacionales	50
7.2.1 Afecto	50
7.2.2 Tiempos de comida	50

7.2.3 Sustitutos de comer	50
7.2.4 Consumo de alcohol	51
7.2.5 Situaciones sociales y la presencia de otros fumadores	51
7.2.6 Aburrimiento	51
7.3 Factores fisiológicos.....	51
7.4 Factores psicológicos.....	52
7.4.1 El estrés.....	52
7.4.2 la depresión	52
7.5 La auto-eficacia.....	53
7.6 Las expectativas del fumador	53
7.7 La atribución de causalidad	53
7.8 Falta de estrategias y destrezas de afrontamiento	54
7.8.1 Recomendaciones para evitar la recaída	56

8. VIII Sesión: Seguimiento 56

8.1 Continuidad de tratamiento.....	56
8.2 Fumadores Anónimos (F.A.).....	57
8.2.1 ¿Qué es F.A.?	57
8.2.2 ¿Qué son la reuniones de F.A.?	57
8.2.3 ¿Quién pertenece a F.A.?	58
8.2.4 ¿Cómo ayuda F.A.?.....	58
8.2.5 ¿Los jóvenes se reúnen en F.A?.....	58
8.2.6 ¿Cuánto cuesta participar?	58
8.2.7 ¿Qué puede hacer la familia de un fumador?.....	58
8.2.8 ¿Quién dirige F.A.?.....	59
8.2.9 ¿Qué no hace F.A.?	59
8.2.10 Los doce pasos	59
8.2.11 Las doce promesas	63
8.2.12 Los recién llegados	65
8.2.13 El padrinazgo en F.A.	66

Referencias..... 67

Anexos

1. Test de Fagerstrom	75
2. CAGE	76
3. Etapas de cambio.....	77
4. Test de depresión de Zung.....	78
5. Test de ansiedad de Zung.....	82
6. Escala predictiva	86
7. Test de los porqué.....	87

A. Generalidades

A.1 Introducción

El asunto del fumado, progresivamente, ha adquirido importancia en la agenda social y de salud pública. A la luz de la evidencia científica de las consecuencias del cigarrillo en los fumadores voluntarios e involuntarios, su reconocimiento como una enfermedad de base biológica cerebral, la cual es tratable, ha llevado a un creciente interés para tratar cada vez más fumadores y de la mejor manera.

Los avances en la investigación científica y la experiencia clínica acumulada en el campo del tabaquismo, hacen que hoy día existan, basados en la evidencia, excelentes tratamientos y estrategias para ayudar a los fumadores a dejar de fumar.

Los trabajadores de la salud (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, consejeros, terapeutas en salud ocupacional, terapeutas respiratorios y de cardiología) se enfrentan todos los días, en su quehacer clínico, con fumadores que en su mayoría se sienten mal por fumar; ellos quieren dejar de fumar, pero no saben cómo. La mayoría de los trabajadores de la salud no tienen el conocimiento suficiente sobre el tabaquismo como una enfermedad y no saben cómo opera esta dependencia ni cómo enfrentarla.

Este manual ha sido elaborado para ofrecer a los profesionales de la salud los conocimientos y las herramientas básicas para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Se ofrece la información, basada en la evidencia, que ha demostrado mejores resultados y un protocolo de apoyo y asistencia conductual para asistir a los fumadores en su esfuerzo por dejar de fumar.

Assumir el tabaquismo como una enfermedad tratable y acercarse al fumador para involucrarse con actitud responsable y empática, bajo un enfoque multimodal, puede activar la motivación suficiente en las personas fumadoras para pasar a la acción.

A.2 Historia

Las primeras culturas agrícolas, sedentarias, se remontan probablemente entre 8.000 y 7.000 mil años a.C. (Wikipedia; 2008). Se ha determinado, que los primeros cultivos de tabaco tienen lugar en la zona andina, entre Perú y Ecuador, en el periodo de 5.000 a 3.000 años a.C. Posteriormente, el consumo se extendió hacia el norte y cuando se descubre América, ya se había extendido por todo el continente (Wikipedia; 2007).

En noviembre de 1492, cuando Cristóbal Colón desembarca en Cuba al descubrir América, Rodrigo de Jerez y Luis de Torres se convierten en los primeros españoles en pisar el nuevo paraíso y el Almirante Colón escribió: *“Los enviados han encontrado un gran número de indios, hombres y mujeres, que sostenían un pequeño tizón encendido en la mano para prender fuego a unas hierbas, con las cuales se ahumaban según su costumbre”* (Deschot, E. ; Morane, P. ; 1996).

Bartolomé de las Casas, autor de *Brevísima Historia de la destrucción de las Indias*, obra publicada en 1542 registra: *“Eran unas hierbas secas enrolladas en una hoja, también seca, y que formaban una especie de “mosquete” de papel como las que hacen los niños*

para la fiesta del Espíritu Santo. Las encendían por un extremo y absorbían el humo por aspiración. Este humo les adormecía y les embriagaba, por así decirlo, y les impedía, según ellos decían, sentir el cansancio. A estos “mosquetos” o como quiera que nosotros les llamemos, ellos les llaman <tabacos>...” (Deschot, E.; Morane, P.; 1996).

El tabaco se usaba en celebraciones rituales y religiosas, además de fumarse; se aspiraba por la nariz, se masticaba, se comía, se bebía, se untaba sobre el cuerpo, se usaba en gotas en los ojos y en enemas; se soplabá sobre el rostro de los guerreros antes de la lucha, se esparcía en campos antes de sembrar, se ofrecía a los dioses (Wikipedia; 2007).

Además, actuaba como estimulante, supresor del hambre y la sed y analgésico; en cantidades pequeñas para fines sociales, como consolidar amistades, estimular negocios, danzas, consejos de guerra, fortalecer guerreros, ceremonias de fertilidad, solicitar cambios de clima, predecir una buena pesca, recogida de leña o siembra. A grandes dosis servía para alterar el estado de conciencia y se decía que facilitaba los objetivos espirituales como, consultas a los espíritus, estados de trance y curaciones psíquicas, Su condición sagrada radicaba en el empleo de cantidades excesivas (D. Costa, JB.; 1993).

En 1571, Nicolás Monardes, médico sevillano, publica la segunda parte de un libro llamado **Historia Medicinal de las Cosas que se Traen de las Indias**. Con dicha obra y desde entonces, en España, el tabaco es declarado medicamento; en el libro se menciona una gran cantidad de virtudes medicinales atribuibles al tabaco: **“las mordeduras venenosas, las afecciones de pecho de toda clase, el dolor de cabeza, la hinchazón, el reumatismo, el dolor de muelas, los resfriados, las congestiones, los dolores de vientre, el estreñimiento, los cálculos renales, y casi todas las afecciones causadas por el frío”** (Deschot, E.; Morane, P.; 1996).

En el año 1560, Jean Nicot de Villemain, representante de Francia en Portugal, recomienda el tabaco a la Reina Catalina de Médicis para el alivio de sus dolores de cabeza. Años después (1828), en la Universidad de Heildelberg, Alemania, dos científicos, Posset y Reimman, aíslan por primera vez la nicotina y deciden ponerle ese nombre en honor a Jean Nicot (Molina, D.; Sandí, L.; 2002).

Existen diferentes teorías sobre el origen de la palabra **tabaco**: una sostiene que proviene de la Isla de Tobago; otra que se origina de un utensilio en forma de Y que los indios usaban para aspirar el humo (Méndez, M.;s.f.); otra que procede de un apellido chino que significa “podrido”; una más, que proviene de la localidad de Tabasco en México; una última que se deriva del árabe “tabbaq”, nombre que se aplicaba en Europa a diversas plantas medicinales (Wikipedia; 2007) .

El tabaco es una planta conocida en Costa Rica desde tiempos prehispanicos. Su ubicación original se encuentra en la península de Nicoya, donde fue observada por el cronista Gonzalo Fernández de Oviedo, en 1529, quien dice:

“...trajo el mismo cacique un manojo de tabacos que son del tamaño de un jeme é delgados como un dedo, é son de una cierta hojas arrolladas e atadas con dos é tres hilos de cabuya delgadas, la cual hoja é planta de ellos crían con mucha diligencia para el efecto de estos tabacos, y encendianlos por el un cabo poca cosa, y entre si va quemando (como un pibete) hasta que se acaba de quemar, en lo cual dura un día, é de cuando en cuando metíanla en la boca por la parte contraria por donde arde, é chupan para adentro en poco espacio aquel humo por la boca é las narices” (...) En cada una de estos indios que he

dicho tenía una de estas hoja revolladas, a la cual ellos llaman “capoquete” y en lengua de la isla de Haití o Española se dice tabaco” (Solórzano, JC.; 1985).

Se desconoce si el tabaco fue cultivado en el Valle Central durante la época pre-hispánica, pero hay información relativa a la siembra de tabacales en la década de 1670. Hacia 1689, ya se menciona la exportación de tabaco con destino a Panamá (Solórzano, JC. ; 1985).

Ciento cincuenta años después del descubrimiento de América, el tabaco ya era usado en todo el mundo y lo único que ha cambiado es el modo de administración, prevaleciendo, a partir del siglo XX, el cigarrillo manufacturado (O.M.S, Atlas del Tabaco; 2009).

Es a mediados del pasado siglo XX que la ciencia médica se atrevió a denunciar la relación directa existente entre el tabaco y ciertas enfermedades; sin embargo, la asociación entre el uso del tabaco y la presencia de cáncer fue descrita hacia el año 1761, por John Hill, al notificar la presencia de cáncer nasal entre aspiradores de polvo de tabaco. Posteriormente, en 1795, Samuel Von Sommering propuso una posible asociación entre cáncer de labio y el uso de la pipa. Fue hasta los años 1950, que los informes de Wynder y Graham, así como de Doll y Hill, establecieron la relación entre fumar cigarrillos y el cáncer de pulmón (Méndez, M.; s.i).

Desde que se dio a conocer el primer informe del Director General de Servicios de Salud de los Estados Unidos (Surgeon General) sobre el tabaquismo y la salud en 1964, otros 27 informes han llegado a la conclusión de que el consumo de tabaco es la principal causa prevenible de enfermedad, discapacidad y muerte (Twig, L.; 2004).

A.3 Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que, aproximadamente un tercio de la población mundial mayor de quince años, consume tabaco diariamente; unos mil millones de hombres y 250 millones de mujeres (O.M.S, Atlas del Tabaco; 2009).

El fumado es responsable del 12% de la mortalidad global en adultos. La mitad de los fumadores va a morir de enfermedades asociadas al tabaco entre los 30 y los 69 años. Actualmente mueren más de seis millones de personas al año como consecuencia del tabaco; una persona cada seis segundos. El 70% de estas muertes ocurre en países subdesarrollados y mueren más hombres que mujeres. De continuar la misma tendencia en el consumo, para el 2030 morirán más de ocho millones de personas cada año (Mather, CD. ; 2008).

En Costa Rica se estima que ocurren, al menos, diez muertes diarias asociadas al consumo de tabaco (Ávila, M., Ministerio de Salud; 2010.). Los fumadores tienen una mortalidad 80% mayor respecto a los no fumadores. Aproximadamente, de la mitad a dos terceras partes de los fumadores crónicos va a morir prematuramente, 20 años antes como consecuencia del fumado (Doll, et al.; 2004, World Bank; 1999).

El tabaco se da a conocer a todos a muy temprana edad; la OMS señala que, entre aquellos jóvenes que fuman, casi un 25% ha fumado su primer cigarrillo antes de los 10 años de edad (O.M.S, Atlas del Tabaco; 2006). Dentro de algunos factores que incrementan el riesgo del consumo juvenil de tabaco se incluyen: la publicidad y promoción de la industria de tabaco; fácil acceso; bajo costo; consumo de pares; consumo por parte de los padres (O.M.S, Atlas del Tabaco; 2009).

En un estudio publicado en el 2009 sobre consumo de tabaco en adolescentes estudiantes de 7° a 11° nivel, se encontró una prevalencia de vida de 28,6%; en los hombres fue de 32,6% y en las mujeres de 24,6. La edad promedio de iniciación en éste estudio fue de 12,5 años para varones y 12,9 años para mujeres. En cuanto a fumado activo (prevalencia de último mes), se encontró que fumaban el 8,9%; 10,1% de los hombres y 7,6% de las mujeres (Bejarano, J.; et al; 2009).

Ya para el estudio realizado en el 2015 en colegiales, se observa una demora en la edad de iniciación que se aproxima casi a un año de diferencia (0,7), 13,1 en hombres y 13,7 en mujeres (Fonseca, S.; et al.; 2015)

En la IV Encuesta Mundial sobre Tabaquismo (GYTS; 2013), se encontró una prevalencia activa del 5,0%, de éste el 5,7% es de hombres y el 4,3% de mujeres (Bejarano, J; et al; 2013). Con respecto a estudios previos se encontró una disminución significativa del consumo de tabaco en adolescentes, principalmente en hombres.

En el último Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas realizado en Costa Rica en el 2015, se encuentra una prevalencia general de vida de consumo de tabaco del 37,6%, De esta cifra el 50,6% corresponde a hombres y el 24,3% a mujeres. Con respecto al consumo activo se encontró que un 10,5% había fumado en el último mes; 15,4% hombres y 5,5% mujeres (Departamento de investigación, IAFA; 2015).

De acuerdo a una investigación realizada por el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria de Argentina, en conjunto con el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, el tabaquismo le cuesta al país 129 mil novecientos millones de colones anuales. La recaudación del impuesto al tabaco no logra cubrir ni siquiera el 30% del gasto anual que la seguridad social utiliza en el tratamiento de las enfermedades resultantes del consumo de cigarrillos (Cascante, S; La Prensa Libre; 2017).

Sin lugar a dudas el tabaco constituye la principal droga de consumo en el país, por su prevalencia, inicio temprano, capacidad adictiva y consecuencias en fumadores activos y pasivos.

B. PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR

El siguiente programa es una propuesta de tratamiento para dejar de fumar, de fácil aplicación y bajo costo, que puede ser implementada por los trabajadores de la salud en forma individual o grupal. Para cada fase del proceso, se detallan los contenidos teóricos y las estrategias básicas que le van a proporcionar al trabajador de la salud las herramientas necesarias para orientarlo en la ayuda de sus pacientes en la búsqueda de la cesación.

Metodología:

El programa para dejar de fumar consta de varias fases, estas son:

Fase I: Reclutamiento

Fase II: Evaluación del fumador

Fase III: Intervención

B.1 Fase I: Reclutamiento

Es el conjunto de procedimientos que tiene como objetivo fundamental atraer a los fumadores activos a un programa de asistencia para dejar de fumar.

Los fumadores se pueden reclutar por medio de: ferias de la salud, ferias de motivación al cese, medicina de empresa, clínicas de cesación públicas y privadas, programas específicos libres de humo de tabaco, concurso Deje y Gane, Día Mundial sin Tabaco, medios de comunicación locales y nacionales, ex fumadores del programa y cualquier otro medio que pueda orientar al fumador a recibir ayuda específica para dejar el cigarrillo. Los sistemas de Medicina de Empresa, Recursos Humanos, Salud Ocupacional y los Equipos Médicos constituyen excelente recurso para detectar y captar fumadores para los programas de cesación.

Para el reclutamiento se hará uso de una boleta que contemple: nombre completo, teléfono, dirección y cualquier otro dato de interés del programa específico. El único criterio de reclutamiento es tener deseos para dejar de fumar.

B. 2. Fase II: Evaluación del fumador

La evaluación comprende una entrevista individual, una evaluación física y la aplicación del Cuestionario de Identificación Clínica (CICLI), el cual puede ser aplicado por cualquier miembro del equipo (médico, psicólogo, trabajador social, terapeuta respiratorio, terapeuta cardíaco o consejero (Sandi, L.; Molina, D.; 2000).

Esta fase consiste en evaluar las características generales del fumador, como la dependencia a la nicotina y otros aspectos relevantes que pueden afectar el curso del tratamiento, tales como trastornos ansiosos, trastornos depresivos, consumo de alcohol, motivación al cambio y complicaciones médicas, entre otras cosas. Esta evaluación permite diseñar un programa de tratamiento acorde a las particularidades de cada fumador.

El CICLI, incluye los siguientes aspectos:

Ficha de identificación: Datos generales de fumador.

Antecedentes de fumado: Cantidad de cigarrillos, años de fumado, intentos de cese y utilización de recursos farmacológicos previos.

B.2.1 Test de Fagerstrom: (Anexo 1) Es un instrumento sencillo, de seis preguntas, fácil aplicación, diseñado en 1991 para medir la severidad de la dependencia a la nicotina. (Fagerstrom, K.; 1991). Se califica de la siguiente manera:

Dependencia leve a moderada: 0-5 puntos

Dependencia severa: 6- 10 puntos

La dependencia leve a moderada significa que probablemente en el consumo median más mecanismos psicosociales que nicotínicos. La dependencia severa significa una alta dependencia física a la nicotina y la probabilidad de un síndrome de supresión con una predominancia de síntomas físicos al dejar de fumar. La severidad

de la dependencia es un criterio para la utilización de terapia de reemplazo (Fagerstrom, K.; 1991).

B.2.2 CAGE: (Anexo 2) Es un instrumento muy breve que consta de cuatro preguntas para detectar problemas con el consumo de alcohol. No hace un diagnóstico de alcoholismo pero indica la necesidad de una evaluación más exhaustiva para diferenciar la magnitud del problema. Se califica de la siguiente manera:

No hay evidencia de problemas con el consumo de alcohol: 0-1

Alto riesgo de evidencia de problemas con el consumo de alcohol: 2

Evidencia de problemas con el consumo de alcohol: 3-4

Los fumadores que obtienen un puntaje de dos o más en el CAGE, evidencian posibles problemas con el consumo de alcohol, por lo que no es recomendable que inicien el programa de cesación de tabaco. El consumo abusivo de alcohol o la dependencia pueden dar al traste con los esfuerzos para no fumar. Es recomendable resolver primero el problema de alcohol y después iniciar el tratamiento para dejar de fumar (Sandí, L.; Molina, D.; 1997).

B.2.3 Etapas de cambio: (Anexo 3) Las etapas de cambio son una propuesta elaborada por Prochaska & Diclemente en 1982, para describir las etapas por las que pasan las personas al cambiar una conducta. Estas etapas nos permiten definir en el proceso de modificación de la conducta en que etapa de cambio se encuentra el fumador. Esta evaluación permite realizar una intervención más dirigida. Las etapas son:

Precontemplación: No piensa en dejar de fumar.

Contemplación: Piensa dejar de fumar, pero no en este momento.

Preparación: Quiere dejar de fumar y necesita saber más acerca de como dejarlo.

Acción: Acaba dejar de fumar; está en supresión.

Mantenimiento: Dejó de fumar hace un mes o más y necesita saber más para mantenerse en abstinencia.

Los fumadores que se encuentran en etapa de precontemplación o contemplación no están preparados para iniciar un programa de cesación. Es mejor continuar con un apoyo sostenido, información y valoración constante de los pro y los contra del fumar, hasta que se sientan en condiciones para dejar de fumar (Prochaska, J.; et al.; 1991).

B.2.4 Test de depresión: (Anexo 4) Es una prueba de tamizaje para determinar la existencia de síntomas depresivos relevantes para el tratamiento. La escala de depresión del Dr. William Zung es un instrumento breve de 20 preguntas, muy conocido y validado internacionalmente para la detección de problemas depresivos. No hace un diagnóstico, pero indica la necesidad de una evaluación más exhaustiva.

La calificación se realiza sumando los puntos de cada pregunta, se divide entre 80 y se multiplica por 100. Los resultados pueden ser los siguientes:

No evidencia síntomas de depresión: 1-50

Síntomas de depresión leve: 51-60

Síntomas de depresión moderada: 61-70

Síntomas de depresión severa: 71 o más

La identificación de una depresión moderada o severa es indicativo de un problema depresivo importante, que amerita una evaluación más amplia por parte de un médico psiquiatra o psicólogo para determinar en que medida los cigarrillos están contribuyendo al alivio de la depresión, o bien, como el trastorno depresivo puede afectar el proceso de cesación. Esto permite aparear, de la mejor manera, los objetivos del tratamiento a las necesidades del fumador. (Zung, W.; 1986).

B.2.5 Test de ansiedad: (Anexo 5) Es una prueba de tamizaje de 20 preguntas para determinar la existencia de síntomas ansiosos relevantes para el tratamiento. La escala de ansiedad del Dr. William Zung es un instrumento validado internacionalmente, que ha demostrado utilidad en la identificación de problemas ansiosos. La presencia de síntomas ansiosos de un nivel moderado o severo indica la necesidad de una evaluación más exhaustiva por parte de un psiquiatra o psicólogo. Síntomas ansiosos muy intensos pueden exacerbar el síndrome de supresión y dificultar el mantenimiento de la abstinencia. Por lo que es necesario hacer los ajustes en el tratamiento farmacológico para aumentar el éxito en la cesación (Zung, W., 1974).

Para obtener el puntaje total se suman los puntos de cada respuesta:

Sin síntomas de ansiedad: 20-35

Síntomas de ansiedad leve: 36-51

Síntomas de ansiedad moderada: 52-67

Síntomas de ansiedad severa: 68 o más

B.2.6 Escala predictiva: (Anexo 6) Es una escala de cinco preguntas diseñada para medir el grado de dificultad para dejar de fumar. A mayor puntaje más severidad de la dependencia al tabaco, por lo tanto será necesario intensificar el tratamiento (Richmond, R.; 1998).

Se califica de la siguiente manera:

Poca dificultad en el tratamiento: 0-5

Mucha dificultad en el tratamiento: 6 - 10

Antecedentes psicológicos: Explora los antecedentes de tratamientos ambulatorios o en internamiento por enfermedades mentales. Por ejemplo, si el fumador ha padecido de depresión o ansiedad, es necesario estar alerta a la exacerbación de los síntomas en el síndrome de supresión. Si padece de esquizofrenia, le es más difícil dejar el cigarrillo, por el efecto activador y la atenuación de los efectos secundarios de los medicamentos que produce el cigarrillo. Ante la presencia de estos padecimientos

es recomendable consultar con un especialista en psiquiatría para ajustar los tratamientos.

Antecedentes de consumo de drogas: Evalúa si el fumador consume algún tipo de droga como marihuana, cocaína, heroína, anfetamina u otras. Si hay problemas con el consumo de estas drogas, es conveniente postergar el tratamiento para dejar de fumar hasta que se resuelva el consumo excesivo o la dependencia a otras drogas.

Antecedentes físicos: Evalúa antecedentes de problemas físicos importantes que pueden afectar el tratamiento para dejar de fumar. Especial cuidado merecen los pacientes con antecedentes de hipertensión arterial, infarto de miocardio y enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedades renales. Lo anterior también es importante de considerar en la prescripción de los medicamentos para la cesación del cigarrillo.

La aplicación de los instrumentos se realiza individualmente en el marco de una relación respetuosa, empática y comprensiva, que le permita al fumador expresar y aclarar sus dudas respecto al fumado y al tratamiento. Una actitud entusiasta, no juzgadora y de gran confianza en el éxito del tratamiento aumenta la disposición y compromiso con el programa.

De acuerdo con los resultados de la entrevista, el examen físico y el CICLI, se determinará el momento más apropiado para iniciar el tratamiento específico que requiere cada paciente.

B.3 Fase III: Intervención

La intervención terapéutica es integral; considera los aspectos neuroquímicos, cognitivos, emocionales y conductuales determinantes de la dependencia al tabaco. El modelo de intervención es una terapia breve, racional emotiva y conductual, que orienta al fumador a conocer los fundamentos químicos y emocionales de su dependencia y lo asiste en la realización de modificaciones conductuales para lograr el cese. De acuerdo a los recursos y necesidades de cada paciente, se ajustará el tipo e intensidad de cada componente terapéutico.

El desarrollo del programa para dejar de fumar puede ser individual. En tal caso, este manual, le ofrece los contenidos teóricos y las estrategias terapéuticas necesarias para asistir al fumador. Si es grupal se recomienda que los grupos no tengan más de doce fumadores. Cualquier miembro del equipo terapéutico puede liderar el grupo. En estas sesiones se recomienda una duración no mayor a dos horas.

El programa de cesación consta de ocho sesiones, con los siguientes contenidos:

- Sesión I:** Tabaco o salud
- Sesión II:** Razones para fumar
- Sesión III:** Dependencia al tabaco
- Sesión IV:** Tratamiento para dejar de fumar
- Sesión V:** Técnicas de relajación
- Sesión VI:** Estilos de vida saludable
- Sesión VII:** Recaída
- Sesión VIII:** Seguimiento

Cuando los fumadores buscan ayuda para dejar de fumar, se encuentran en diferentes estadios de motivación. Algunos están muy dispuestos a dejar el cigarrillo y están listos para actuar inmediatamente, mientras que otros, no están suficientemente preparados para obtener el mayor beneficio de su intento para dejar de fumar. En ambas situaciones, es recomendable aumentar la motivación y disposición al cambio. El éxito del programa de cesación es mayor cuando la motivación es alta, existe una buena comprensión de la conducta de dependencia y se utilizan múltiples estrategias para enfrentar la vida sin tabaco. Por tal razón la tres primeras sesiones se dedican a favorecer la cohesión del grupo, establecer una alianza terapéutica y preparar al fumador para el día del cese. La psicoeducación orientada a conocer la enfermedad, sus determinantes biopsicosociales, sus consecuencias, el síndrome de supresión y la manera como enfrentarla, fortalece la capacidad del fumador para pasar a la acción.

1. I Sesión: Tabaco o Salud

Objetivo	Contenido	Duración	Metodología	Materiales	Responsable
Establecer empatía y confianza para facilitar el tratamiento	Presentación del programa, terapeutas y fumadores	Media hora	Grupal	-	Terapeutas
Aumentar conciencia de los efectos del tabaco	Generalidades del tabaco	1 hora	Expositiva Participativa	Presentación en Power Point	Terapeuta
Discusión abierta sobre el tema	Generalidades	Media hora	Participativo	Grupo	Terapeuta

La mayoría de los fumadores saben sobre algunas consecuencias del tabaco, pero una gran parte desconoce la mayoría de los efectos dañinos que provoca el tabaquismo. Esta sesión está dedicada a incrementar la motivación al cambio, aumentando la conciencia sobre los efectos del tabaco en el organismo, sus repercusiones familiares, sociales, económicas y ambientales. Dado que muchos de los fumadores han experimentado varias de las consecuencias, se puede estimular una discusión grupal sobre los efectos y el líder de sesión ampliar la información cuando sea necesario. Es conveniente que todos los miembros del equipo tengan suficiente conocimiento sobre el tema para resolver las preguntas que se susciten en la discusión.

1.1 Tabaco

El humo del tabaco es un aerosol, compuesto por una mezcla de gases y pequeñas partículas sólidas. La composición del humo aspirado depende del tipo de tabaco, su cantidad en el cigarrillo, las características del filtro y la temperatura a la que se quema. La Agencia para la Protección del Ambiente de los Estados Unidos (EPA), desde 1986 catalogó el humo del tabaco como un carcinógeno perteneciente al Grupo A, que es el grupo donde se encuentran las sustancias más peligrosas y capaces de producir cáncer. En el humo del tabaco se han identificado más de 4000 sustancias, muchas de ellas tóxicas. Más de 50 de estas sustancias se han identificado como cancerígenas (U.S. Department of Health; 1989).

Algunos de los principales componentes del humo del tabaco son:

- Nicotina
- Monóxido de carbono
- Alquitrán
- Butano

La **nicotina** es un potente tóxico que se utilizó durante muchos años como insecticida. Una dosis de 30 mg (2 a 3 gotas) es suficiente para matar a un animal pequeño. Se absorbe muy bien por vía pulmonar, digestiva y piel. Cada cigarrillo contiene aproximadamente 10 mg de nicotina y el fumador puede inhalar desde 0.7 hasta 2 mg por cigarrillo fumado. Además, es la principal sustancia psicoactiva, responsable del efecto reforzador del tabaco (Asociación Española contra el Cáncer; 1990).

En 1527, Bartolomé de las Casas, en su escrito Cartilla de la Indias describió su potencial adictivo al decir que “no está en poder de los usuarios rehusarse ese gusto” (Deschot, E.; Morane, P. ; 1996). Por ser la nicotina muy soluble en agua, rápidamente se absorbe y se distribuye en los tejidos. A los siete segundos alcanza el cerebro; esta rapidez de acción esta relacionada con su potencial adictivo. La vida media promedio es de 90 minutos; sin embargo, su principal metabolito, la cotinina, dura hasta 36 horas en sangre (Feyerabend, C.; et al. ; 1985).

El **monóxido de carbono (CO)** es un gas tóxico sin olor ni color. Tiene una afinidad con la hemoglobina 200 veces mayor que el oxígeno, lo cual disminuye considerablemente la oxigenación de los tejidos. Además, por su acción directa sobre la pared

arterial, favorece el desarrollo de aterosclerosis, lo cual disminuye el riesgo sanguíneo (Cotte, CA.; 1972).

El **alquitrán** lo constituye las partículas suspendidas en el humo que contienen, principalmente, hidrocarburos aromáticos policíclicos, como nitrosaminas, benzo(a)pireno, iones metálicos y varios compuestos radiactivos. Es una sustancia negra y pegajosa que se fija a las vías respiratorias, bloqueando la capacidad de los cilios para eliminar el polvo y las suciedades (Cotte, CA. 1972).

1.2. Consecuencias del fumado

El tabaquismo constituye la **primera causa evitable de enfermedad, discapacidad y muerte en el mundo**. Causa más muertes, anualmente, que las causadas por accidentes de tránsito, drogas ilícitas y suicidios juntos. Producto de la gran cantidad de sustancias tóxicas y cancerígenas que tiene el tabaco, su consumo está asociado a una gran variedad de enfermedades (Maxell Report, 2000; Doll, R.; et al. ; 2004).

El tabaquismo es causa importante de:

- Cáncer
- Enfermedades cardiovasculares
- Enfermedades respiratorias
- Enfermedades del sistema reproductivo
- Enfermedades gástricas
- Enfermedades mentales
- Fumado involuntario
- Otras enfermedades

1.3 Cáncer

El humo de tabaco es el principal carcinógeno en el ambiente. Contiene gran cantidad de sustancias con una alta capacidad de producir cáncer. Estos cancerígenos hacen daño por contacto directo en las áreas de mayor exposición y al ser absorbidas por el sistema sanguíneo también afecta otros órganos. Una de las consecuencias más graves es la irritación crónica del tejido pulmonar, factor para el desarrollo de cáncer. El riesgo que tiene un fumador de contraer cáncer de pulmón, respecto a un no fumador, es 15 veces mayor. Este riesgo se acumula con el tiempo y está relacionado con la cantidad de cigarrillos y los años de fumar. (Lubin, J.; 1984; Boffeta, et al.; 1999; Chao, A. ; 2002). El 90% de las muertes por cáncer pulmonar está asociado al tabaco. La relación con otros cánceres es: 74% en el sistema respiratorio superior; 70% en esófago; 47% en vejiga; 35% en estómago; 20% en páncreas y 19% en leucemias. El riesgo de desarrollar un cáncer por el cigarrillo está potenciado por el consumo de alcohol, (Twig, L. ; et al.; 2004; Baker, F. ; et al.; 2000, Andy, M. ; 2006).

1.4 Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en Costa Rica. Actualmente ocurre un infarto cada cuatro horas. Las muertes pueden ser causadas por infarto de miocardio, aneurisma, derrame cerebral, degeneración miocárdica y aterosclerosis (Longino, M.; 2000). Una cuarta parte de las muertes producidas por enfermedades cardiovasculares y el 55% de las muertes relacionadas con la enfermedad cerebrovascular, son atribuibles al tabaco (Lopez, P.; 2001, Efiasson, B.; et al. 2001).

El tabaco es el principal factor de riesgo para los padecimientos vasculares. La enfermedad coronaria es de dos a tres veces más frecuente en fumadores que en no fumadores; existe una relación directa dosis-efecto entre la cantidad de cigarrillos, años de fumar y enfermedad cardiovascular (Royal College of Physicians, 2000; EPA, 1992; Wolfe, P.; 1988).

Las mujeres son muy sensibles a este efecto. El riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular ocurre aún en fumadoras de pocos cigarrillos (Dunan, N.; et al.; 1999), a diferencia del cáncer de pulmón que está directamente relacionado con la magnitud de la exposición al tabaco. Los fumadores tienen aproximadamente el doble de riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular que alguien que nunca ha fumado (Wald & Hackshaw; 1996).

Los componentes del tabaco tienen un potente efecto dañino sobre el sistema cardiovascular. La nicotina puede aumentar la frecuencia cardiaca por estimulación simpática o inhibición parasimpática; también puede disminuirla al paralizar los nervios simpáticos e inhibir los parasimpáticos. Este efecto bifásico es propio de la nicotina. Las alteraciones de la frecuencia cardiaca también se deben a efectos sobre el cuerpo carotídeo y aórtico. La médula espinal también responde a pequeñas dosis de nicotina, descargando adrenalina.

Los componentes del tabaco, principalmente la nicotina y el monóxido de carbono, crean un ambiente aterogénico; la nicotina tiene efecto vasoconstrictor y se acumula en el interior de los vasos, lo cual aumenta la presión arterial (sobrecargando las paredes de las arterias), incrementa la frecuencia cardiaca (sobrecargando al corazón) y aumenta la coagulabilidad de la sangre (incrementa la presencia de lípidos y liberación de fibrinógeno) (Gourlay, S.; 1989).

El monóxido de carbono (CO) es un gas incoloro, inodoro, insípido y no irritante. Su toxicidad se debe a su capacidad para combinarse con la hemoglobina formando carboxihemoglobina (COHb). Este tipo de hemoglobina carboxilada limita el transporte de oxígeno y ejerce un efecto tóxico directo por unión a citocromos celulares. Un cigarrillo produce entre 40 y 100 ml de CO y varios paquetes pueden producir hasta uno o dos litros. Los fumadores tienen niveles de carboxihemoglobina del 5.9%. El sistema cardiovascular es sensible a dosis bajas de carboxihemoglobina; con un 6% a 12% el metabolismo cambia de aerobio a anaerobio y la exposición prolongada favorece la aterosclerosis (Zayasu, K.; et al.; 1997).

1.5 Enfermedades respiratorias

De la inmensa cantidad de sustancias tóxicas que contiene el cigarrillo, aproximadamente un 10% se deposita en el interior del pulmón, lo que provoca, desde muy

temprano, daño a las vías aéreas centrales, vías aéreas periféricas, alvéolos, capilares y del sistema inmunológico.

El tabaco se asocia con bronquitis crónica, inflamación del árbol bronquial por irritación continua; produce hipersecreción mucosa y parálisis ciliar. Se caracteriza por tos, expectoración, dificultad respiratoria y propensión a las infecciones. Asimismo, produce enfisema, como producto de la destrucción progresiva de los alvéolos, produce cavernas y grandes espacios sin tejido pulmonar útil, ineficaces para el intercambio de gases. Se manifiesta por dificultad respiratoria y sensación de fatiga (USDHHS; 1990).

Además, el tabaco es la primera causa de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la cual se caracteriza por una disminución del flujo respiratorio que no cambia significativamente en varios meses de observación (DHHS, 2004; Fletcher, C.; Peto, R.; 1977; ATS; 1986). El EPOC es responsable de una quinta parte de todas las muertes asociadas al fumado (Peto, R.; et al. 2004).

1.6 Enfermedades del sistema reproductivo

El fumado tiene serias repercusiones en el sistema reproductivo de hombres y mujeres. Disminuye las posibilidades de concepción, tanto en hombres como en mujeres: en los hombres reduce el conteo de espermias y en las mujeres tiene efectos hormonales que afectan la fertilidad (Chia, S.; et al.; 2000). Las mujeres que fuman tienen tres veces más posibilidad de durar más de un año en concebir (Baird & Wilcox; 1985). El tabaco representa un riesgo significativo para la salud materna y fetal; el feto es el fumador pasivo más joven. Los efectos más frecuentes antes, durante y después del nacimiento son:

- Aborto espontáneo
- Muerte intrauterina inexplicable
- Recién nacido prematuro
- Alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal
- Disminución de los movimientos respiratorios
- Bajo peso al nacer: menos de 2500 gramos
- Disminución del puntaje de Apgar
- Muerte súbita del lactante
- Problemas respiratorios del lactante
- Riesgo de enfermedad cardiovascular en la adultez
- Mayor riesgo de malformaciones, como labio leporino y paladar hendido (ojival)
- Mayores niveles de excitación e hipertensión al nacer
- Problemas conductuales
- Deterioro en el desarrollo intelectual
- Deterioro de la función pulmonar en la última etapa de la adolescencia (DSSH; 2004)

En la madre las consecuencias son múltiples:

- Desprendimiento de placenta
- Placenta previa
- Embarazo ectópico
- Ruptura prematura de membranas

1.7 Enfermedades gástricas

Los efectos de la nicotina se caracterizan por efecto parasimpático con incremento del tono y la actividad motora del intestino. Puede producir náusea, vómito y diarrea. El fumado también es causante de otras enfermedades que representan una amenaza para la vida, como la úlcera de estómago o duodeno (Chao, A.; et al.; 2002). El 50% de los fumadores padece de úlcera gástrica. La gastritis crónica y la esofagitis también son más frecuentes en fumadores. El tabaquismo produce lo anterior, por efecto de la nicotina en la hipersecreción de ácido clorhídrico, aumento en la velocidad de vaciado gástrico, así como mala oxigenación e irrigación del tejido gástrico (Shanks, T.; Burns, D.; 1998).

1.8 Enfermedades mentales

Existe una fuerte correlación entre fumado y enfermedad mental, principalmente desórdenes del ánimo, esquizofrenia y dependencia al alcohol y otras drogas. Un porcentaje alto, entre el 40% y 60% de los pacientes con desórdenes psicóticos, depresión, ansiedad generalizada, ataques de pánico, trastornos obsesivos, son fumadores. No se sabe con certeza si el fumado exacerba los síntomas mentales o si los pacientes fuman para aliviarse (West & Jarvis, en prensa). Sin embargo, el ánimo decaído es un síntoma de la supresión y se han reportado casos de depresión severa al dejar de fumar (Becoña, E. ; 1998.). Por otra parte existe la creencia que el cigarrillo alivia el estrés, sin embargo, la evidencia sugiere que no es así; al dejar de fumar, con el tiempo la ansiedad disminuye considerablemente (West & Hajek. ; 2006).

1.9 Fumado involuntario

Fumador involuntario, es toda persona que inhala aire contaminado con sustancias producidas por la combustión del tabaco. El fumado involuntario o fumado de segunda mano, ocurre cuando un no fumador se expone al humo que exhala el fumador (corriente principal) y al humo que sale del cigarrillo (corriente lateral).

La exposición a la corriente de humo lateral se relaciona con la inhalación de humo sin haber pasado por un filtro, ya sea del cigarrillo o del pulmón del fumador; contiene una mezcla nociva de gases y de partículas de alquitrán carcinogénicas, que corresponde aproximadamente al 85% de la contaminación atmosférica en interiores. La exposición a la corriente principal se refiere a la inhalación de humo filtrado y exhalado por el fumador. La exposición a la corriente lateral es cualitativamente y cuantitativamente más peligrosa que la principal, debido a la ausencia de filtración y mayores concentraciones de tóxicos. Los niveles de nicotina y alquitrán en la corriente lateral son tres veces mayores que en la principal; el contenido de monóxido de carbono es cinco veces mayor; la concentración de cadmio es seis veces mayor, la de amoniaco y mercurio, cien veces más (Villata, L.; 2000, Anderson, HR.; Cook, DA.; 1997, Anthonisen, N.; 1994). Si bien es más peligrosa, es importante aclarar que tanto el fumador activo como el pasivo, están expuestos a ambas corrientes.

Normalmente el 15% del humo que se desprende del cigarrillo es inhalado por

el fumador involuntario, el 85% queda disperso en el aire. La exposición ocurre muy fácilmente en la casa, trabajo, lugares públicos y medios de transporte. La Agencia para la Protección del Ambiente de los Estados Unidos de Norteamérica (EPA, siglas en inglés) ha clasificado el humo del tabaco en el ambiente (humo de segunda mano) como un cancerígeno clase A, es decir, que se sabe que causa cáncer en los seres humanos, para lo cual no hay un nivel seguro de exposición (EPA; 1992). El fumado involuntario causa una variedad de efectos adversos en la salud de los no fumadores. Constituye la tercera causa de muerte evitable, después del fumado activo y el alcoholismo. (IARC; 2007). Los no fumadores expuestos al humo por fumado involuntario tienen un riesgo mayor de cáncer de pulmón, entre el 20% y 30%, en el lugar de trabajo el riesgo es del 16% al 19% (Yin, P.; 2007). Las investigaciones epidemiológicas estiman que el fumado involuntario aumenta el riesgo de padecer cardiopatía isquémica, en 30%. Desde 1984, se han publicado estudios que demuestran cómo el tabaco ambiental afecta los lípidos en la sangre y contribuye a padecimientos como angina de pecho e infarto de miocardio; también se menciona la elevada sensibilidad de las plaquetas al humo del tabaco (Banco Mundial ; 2000). Las consecuencias sobre la función pulmonar no son concluyentes (Asociación Española contra el cáncer; 2004; Bareja, J. ; et al.; 1998, Benowitz, N.; 1988, Yin, P.; 2007).

Otras consecuencias del fumado involuntario incluyen: irritación ocular, irritación de garganta y nariz, cefalea, mareos, cansancio, reducción del olfato y el gusto (Asociación Española contra el Cáncer, 2004). La mujeres expuestas al humo pasivo tienen 2,6 más riesgo de padecer cáncer de mama que las no expuestas (Tobacco Control; 2003). En las madres fumadoras involuntarias que están dando de mamar, el humo de cigarrillo penetra la leche materna y puede causar:

- Disminución en la producción de leche
- Disminución en la secreción de leche
- Disminución en la concentración de grasa
- Abandono precoz de la lactancia

Los niños son los más afectados por el fumado involuntario, por cuanto pasan más tiempo cerca de los padres; proporcionalmente absorben más sustancias que un adulto. Los niños aspiran más oxígeno, por consiguiente más agentes nocivos que un adulto por kilogramo de masa corporal. Su biología y sistema inmunitario está menos desarrollados, por lo tanto están menos protegidos. Los niños de padres fumadores padecen con más frecuencia, en relación con los niños de padres no fumadores, de:

- Irritación de ojos, mucosa nasal y garganta
- Enfermedades respiratorias
- Riesgo tres veces mayor de desarrollar una enfermedad cardíaca
- Riesgo tres y media veces mayor de padecer de infecciones del oído medio
- Tos habitual y aparición de sibilancias
- Causa de asma infantil
- Agravamiento de las crisis de asma.
- Otitis del oído medio, aguda y crónica
- Caries dental

- Deterioro de la función pulmonar
- Síndrome de muerte súbita del lactante
- Deterioro en el desarrollo pulmonar
- Hospitalizaciones (Cook & Strachan; 1997; Jiménez, A.; 2005)

Sin lugar a dudas, el fumado involuntario es una causa importante de gran variedad de enfermedades, tanto en el adulto como en los niños; estos últimos son los más afectados.

1.10 Otras enfermedades

Aproximadamente una tercera parte de los fumadores crónicos se salva de una muerte prematura, pero no escapan de múltiples enfermedades producidas por el cigarrillo. Los fumadores crónicos van a padecer de enfermedades de la vejez a temprana edad. El fumado está fuertemente ligado a enfermedades debilitantes no fatales, como:

- Pérdida auditiva con la edad
- Caída del cabello
- Cataratas
- Colitis ulcerativa y enfermedad de Crohn (enfermedad inflamatoria intestinal)
- Diabetes (no insulina dependiente)
- Disfunción eréctil
- Degeneración macular (ceguera)
- Osteoartritis
- Osteoporosis
- Enfermedad de Buerger (tromboangitis obliterante)
- Artritis reumatoidea
- Arrugas precoces
- Resequedad de la piel
(USDHHS ; 2004)

El tabaco también afecta seriamente la integridad de la boca y la estética del rostro. Los fumadores con más frecuencia presentan:

- Manchas en los dientes
- Caries
- Disminución de la sensación del olfato y el gusto
- Enfermedad periodontal (gingivitis, periodontitis)
- Palatinitis nicotínica
- Leucoplaquia
- Cáncer de labio
(USDHHS ; 2004)

Los fumadores tienen mayores problemas de manejo de la anestesia cuando son sometidos a cirugía, el postoperatorio es más lento y tienen más complicaciones post-quirúrgicas (ACSH; 1997, Moller, A.; et al.; 2002).

2. II Sesión: Razones para fumar

Objetivo	Contenido	Duración	Metodología	Materiales	Responsable
Identificar las razones del fumar para facilitar la intervención	Test de los porqués	1 hora	Aplicar el cuestionario	Test de los porqués	Terapeuta
Discusión grupal de porqué fuman	Razones para fumar	1 hora	Participativo	Grupo	Terapeuta

Los mecanismos que operan en el mantenimiento de la conducta tabaquista son diferentes en cada paciente. De acuerdo a las particularidades neuroquímicas y psicosociales de cada sujeto, los efectos de la nicotina varían de persona a persona. En algunos sujetos pesa de sobremanera la dependencia física, son fuertemente nicotínicos, y cualquier disminución en los niveles de esta sustancia desata inmediatamente un síndrome de supresión y la necesidad incontrolable de fumar. Por el contrario otros son menos nicotínicos, tienen más relevancia en el fumar situaciones ambientales de presión de grupo, condicionamientos con lugares o momentos o aspectos emocionales. Para los fumadores que van a intentar dejar de fumar resulta de mucha utilidad terapéutica conocer cuáles son los determinantes de su conducta, con el fin de aplicar estrategias específicas para desactivarlos.

2.1 Tipo de satisfacción que obtiene el fumador (Test de los porqués, Anexo 7).

Generalmente, son varios los mecanismos adaptativos que mantienen la dependencia al cigarrillo. Sin embargo, éstos son diferentes para cada fumador, de acuerdo a sus necesidades. El identificar el tipo de satisfacción que recibe del cigarrillo puede ayudar al fumador a precisar mejor las propias estrategias para dejarlo (USDHHS, 1989).

El test de los porqué fue tomado del documento "Freedom from Smoking in 20 days" ("Libérese del cigarrillo en 20 días" de la Asociación Americana del Pulmón (American Lung Association: Freedom from Smoking in 20 days; 1986).

Como parte del proceso de preparación de los fumadores para dejar de fumar, es muy conveniente que tomen conciencia de cuáles son los determinantes de su comportamiento. La aplicación del Test de los Porqués y su discusión grupal ayudarán a aumentar la conciencia del problema y la motivación al cambio.

A continuación se detallan las principales razones para fumar:

2.1.1 Estimulación

Algunas personas obtienen del fumar un efecto estimulante. El cigarrillo es como “la chispa que los enciende” y los activa diariamente. Cuando no fuman, se sienten aburridos, deprimidos y sin ganas de hacer nada. En este efecto se combinan el poder estimulante del cigarrillo y el efecto depresor en la abstinencia. Lo cierto del caso es que, sin cigarrillos, no funcionan como ellos quieren. Lo anterior es una práctica conductual y fisiológica, que puede sustituirse por otros activadores del ánimo, como por ejemplo, el ejercicio, una buena dieta o cualquier otra actividad que lo haga sentirse bien.

2.1.2 Actividad mano-boca

Hay muchas formas de descargar tensión; una de ellas es por medio de las manos al manipular algo. La manipulación de la cajetilla y de los cigarrillos es un sencillo modo de descargar tensión. Los fumadores que hacen esto “juegan” manualmente con los cigarrillos. El tener algo en la boca es otra manera de aliviar tensión.

Pueden utilizarse las manos y la boca para descargar la tensión, pero para ello no es necesario recurrir a un tóxico como el cigarrillo; hay muchos otros objetos que se pueden emplear y otras actividades: masticar frutas o vegetales, tener un palillo de dientes en la boca, dibujar, llenar crucigramas.

2.1.3 Relajación

Para algunas personas, el placer de fumar deriva de su efecto relajante. Los fumadores están muy conscientes del momento en que desean fumar y hacen de este acto un ritual muy placentero. Este tipo de fumador asocia el fumado a experiencias relajantes o satisfactorias, como por ejemplo, después de hacer el amor, al tomar café o al manejar.

Una persona puede relajarse y disfrutar sin la necesidad de intoxicarse con la nicotina; existen otros sustitutos alternos no tóxicos.

2.1.4 Reducción de la tensión

Otras personas utilizan el cigarrillo para enfrentar situaciones de estrés. De hecho, muchas aprendieron a fumar cuando alguien, en una crisis, le ofreció un cigarrillo para calmar los nervios. Luego, se establece una asociación cognitiva entre los estados tensionales y el cigarrillo. Sin embargo, el consumo de cigarrillos mina las capacidades físicas y mentales del individuo para responder de la mejor manera a las demandas externas. Probablemente, cuanto más fume, menor será su capacidad para enfrentar las situaciones de tensión.

Hay muchas otras maneras de reducir el estrés o lograr la relajación sin consecuencias dañinas, entre ellas las actividades recreativas y deportivas, que relajan y alivian la tensión sin recurrir a una droga.

2.1.5 Insidia

Muchos tabaquistas conocen las consecuencias del fumado y desean dejar de fumar, pero no pueden porque las molestias al dejar de fumar son muy fuertes. Una vez que se desarrolla la dependencia a la nicotina, el cuerpo pide constantemente esta sustancia. La reducción o ausencia provoca un intenso anhelo, que puede llevar a realizar cualquier acto para satisfacerlo. Insidia no es deseo o ganas intensas de fumar, es una desesperación incontrolable por fumar, que conlleva a que el fumador haga cualquier cosa por conseguir cigarrillos y fumar. La presencia de estos síntomas es una clara manifestación de dependencia y, por lo tanto, de mayor dificultad para cesar el consumo.

Pese a que el anhelo podría llegar a ser muy fuerte, sólo dura unos pocos días. Los primeros días son los más difíciles y progresivamente disminuye la frecuencia e intensidad de los síntomas, hasta que desaparecen totalmente. De la fortaleza para vencer el deseo, depende el éxito para dejar de fumar.

2.1.6 Automatismo

Cuando se enciende un cigarrillo y no se da cuenta de que tiene uno en la boca y otro prendido en el cenicero, el fumador no se percata de que lo hace. Los mecanismos que median en su conducta son rígidos más por el automatismo que por la necesidad de fumar. Los estímulos ambientales y emocionales asociados al momento de fumar condicionan la necesidad de fumar. Por un aprendizaje asociativo una gran variedad de estímulos neutros, como hablar por teléfono, manejar, ver televisión, prender la computadora, adquieren la capacidad de activar automáticamente el deseo intenso de fumar. El fumador debe tomar conciencia de cuántos cigarros se fuma sin darse cuenta de ello. Al hacerlo consciente, puede identificar los disparadores o las circunstancias disparadoras del deseo e iniciar un esfuerzo consciente de desactivar estos condicionamientos.

Dentro del automatismo se ubica el consumo impulsivo en situaciones sociales. Se fuma para satisfacer necesidades sociales, porque la mayoría fuma o porque es lo que hace su grupo; es la manera validada por la sociedad para romper el hielo en una conversación o en una relación interpersonal. En ciertas circunstancias, como una fiesta o una reunión de amigos, la norma social es fumar, se hace porque socialmente así se demanda y no porque exista un deseo intenso de fumar. El fumado, en esta situación, representa un ritual asociado al estatus y aceptación del grupo.

Lograr la aceptación grupal y el reconocimiento social en el ejercicio de una conducta obviamente dañina no le rinde ningún beneficio a la salud física y mental del sujeto. Hay muchos otros modos saludables de lograr aceptación en la sociedad.

3. Sesión III: Dependencia al tabaco

Objetivo	Contenido	Duración	Metodología	Materiales	Responsable
Reconocer el tabaquismo como una dependencia	Dependencia al tabaco	1 hora	Expositiva participativa	Presentación de Power Point	Terapeuta
Discutir grupalmente lo que es dependencia	Dependencia	1 hora	Participativa	Grupo	Terapeuta

Socialmente, tanto fumadores, como no fumadores, tienden a considerar el tabaquismo como una conducta, donde priva la falta de voluntad para dejar el cigarrillo. Existe una brecha monumental entre el conocimiento científico y los prejuicios sociales respecto a esta dependencia. Hoy día, no cabe la menor duda, con base en la evidencia científica, que el tabaco produce una dependencia física, mediada principalmente por la nicotina, en la que intervienen de manera muy compleja, también factores sociales y psicológicos.

Para el fumador, el entendimiento de su conducta como un fenómeno de base cerebral, en que se suceden una gran variedad de neuroadaptaciones químicas y psicológicas que sostienen la conducta tabaquista es importante para que asuma su problema como una enfermedad, igual que cualquier otro trastorno crónico, para la cual existe un tratamiento específico.

Tradicionalmente se ha considerado el tabaquismo como un hábito. La dependencia al tabaco no es un hábito, es una enfermedad de base biológica y psicológica; es un desorden cerebral que no difiere de otras enfermedades mentales. De las múltiples sustancias que contiene el tabaco, la nicotina es el determinante más importante para el consumo y la dependencia física.

3.1 Farmacología de la nicotina:

La nicotina es un alcaloide líquido natural con propiedades insecticidas. Se comporta como una base débil volátil, de aspecto incoloro, que adquiere color pardo y olor fuerte característico al entrar en contacto con el aire. Cada cigarrillo contiene aproximadamente 10 mg de nicotina, de los cuales se absorbe en promedio 1 mg (0.37-1.56mg). La concentración sérica aumenta velozmente tras su consumo, logrando cifras máximas a los 10-15 minutos.

Una vez en el torrente sanguíneo, el 95% se ioniza y circula como nicotina libre; el restante 5% se une a proteínas. La nicotina al permanecer ionizada tiene actividad farmacológica hasta su eliminación. A los 20 minutos, cae la concentración en sangre. Un fumador promedio de 20 cigarrillos diarios recibe una dosis de 20 a 60 mg por día, logrando niveles séricos promedio de 40 ng/ml en horas de la tarde. La concentración sérica letal de nicotina es de 63ng/ml, sin embargo, los fumadores desarrollan taqui-

filaxia y tolerancia; esas condiciones particulares hacen que dosis muy altas tengan pocos efectos fisiológicos (Andel, V.; Salgado, M.; 2004). Taquifilaxia se refiere a la tolerancia aguda, característica de la nicotina, lo cual consiste en un bloqueo temporal de los receptores para la respuesta fisiológica (apertura de los canales y desmoralización de la membrana celular). Este pequeño periodo de inactivación se continúa con un nuevo estímulo, una vez que el receptor se sensibiliza. Cuando la nicotina circula ionizada, estimula e inhibe el receptor de manera bifásica. Bajas concentraciones de nicotina pueden inducir al receptor hacia la desensibilización y se necesitan altas concentraciones para estimular receptores en reposo o desensibilizados. El consumo crónico y la acción bifásica son responsables de la tolerancia crónica. La presencia permanente de nicotina ionizada y la desensibilización crónica, promueve cambios estructurales neuroadaptativos en el sistema nervioso central (SNC), dando lugar a la multiplicación o sobreexpresión de los receptores, conocida como “regulación a la alta” (Balfor, D.; 2004).

La absorción de nicotina a través de las membranas fisiológicas depende del pH. El pH del humo en la mayoría de los cigarrillos es ácido (pH 5.5), en este estado, la nicotina se ioniza y no cruza las membranas rápidamente, por lo tanto hay muy poca absorción bucal. El pH de los tabacos curados es alcalino (pH 8.5) y al estar la nicotina no ionizada, se absorbe bien en boca (Benowitz, N.; 1966). La nicotina entra al sistema sanguíneo a través del pulmón y sólo le toma 10 a 19 segundos para llegar a cerebro. Es la única droga que administrada por inhalación, llega a concentrarse más velozmente en el SNC, que si se aplicara intravenosamente. Esto hace que el “potencial de abuso” de la nicotina sea máximo, en una escala cuantitativa es cinco veces más potente que la heroína (Benowitz, N.; 1999). La nicotina llega al cerebro rápido y declina las concentraciones conforme se distribuye por otros tejidos corporales. Los niveles caen no sólo porque otros tejidos la absorben, sino además porque se elimina del cuerpo. La diferencias arteriovenosas durante el fumado son sustanciales, las concentraciones arteriales son de 6-10 veces más altas que la venosa. La nicotina atraviesa la barrera placentaria libremente y se ha encontrado en líquido amniótico y cordón umbilical. También se ha encontrado en la leche materna (Luck, W.; Nau, H.; 1987).

La relevancia farmacológica de estos hechos es que la liberación rápida resulta en una respuesta farmacológica intensa, determinante del desarrollo de tolerancia. Los niveles de nicotina declinan entre el consumo de cada cigarrillo, dando oportunidad a la resensibilización de los receptores, de manera que la estimulación pueda ocurrir de nuevo con futuras dosis (Hemmingfield, JE.; 1984).

La nicotina es rápida y ampliamente metabolizada, principalmente en el hígado, y en menor extensión en el pulmón. Los niveles de excreción urinaria dependen del pH y corresponde del 2% al 35% del total de eliminación (Benowitz, R.; Jacob, P.; 1983).

Las propiedades adictivas de la nicotina pueden aumentarse por el agregado de sustancias químicas como el acetaldehído o compuestos de amonio, los cuales aumentan el pH del humo y consecuentemente la nicotina libre, provocando un incremento en el efecto de recompensa, y por lo tanto la adicción. La vida media de la nicotina es de 2 horas aunque existe considerable variabilidad individual (rango de 1-4 horas). Consistente con la vida media, los niveles suben en la primeras 6-8 horas y alcanzan una meseta para el resto del día. Los niveles caen sustancialmente durante la noche, pero al levantarse el fumador todavía tiene niveles biológicos significativos.

Los metabolitos primarios son la cotinina y el óxido-n-nicotina. Por la vida media tan larga de la cotinina (16-20hrs), se utiliza como marcador biológico en los estudios de investigación y en tratamiento (Benowitz, N.; Jacob, P.; Jones, R.; Rosenber, J.; 1983).

3.2 Efectos neuroquímicos de la nicotina

Los factores determinantes del fumado y su mantenimiento son muy variados. En un inicio predominan los factores psicosociales y ambientales que motivan el consumo, después los efectos reforzadores y los cambios neurobioquímicos que son los que producen la dependencia a la nicotina y mantienen el consumo persistente, pese a las consecuencias. El fumado tiene un potente efecto de refuerzo positivo mediado por los beneficios emocionales, las expectativas gratificantes y su potente efecto químico.

El consumo persistente de tabaco se asocia a una gran variedad de situaciones internas y ambientales: fumar cuando se está solo, cuando se está con los amigos, para estimularse ante una situación de mayor demanda, para relajarse en momentos agradables, para enfrentar la ansiedad, ante el cansancio, para enfrentar la ansiedad social, en situaciones específicas como ver televisión o tomar café o por lo que puede significar el fumado de acuerdo a lo aprendido socialmente. Sutilmente, el fumado se incorpora como una herramienta psicológica para enfrentar diversas situaciones emocionales, sentimentales y conductuales. Todo el conjunto de estimulantes internos y externos presentes en el momento de la activación química que produce la nicotina en el cerebro, se asocian, de manera condicionante, al placer de fumar, de manera que se desarrolla un aprendizaje asociativo, donde cada una de estas situaciones activa o dispara el deseo de fumar. Con el fumado continuo, estas asociaciones se arraigan fuertemente en las costumbres, la personalidad y la conducta del sujeto (Sandí, L.; 2007, Sánchez, T.; 1998).

La dependencia psicológica se refiere al conjunto de asociaciones aprendidas entre el fumar y determinadas circunstancias internas y externas asociadas al fumado (Hemmingfield, J.; 1984; Karon, C.; Rosemeary, J.; 2000; Pontieri, F.; et al.; 1977). El cigarrillo se incorpora a la personalidad del fumador, forma parte de sus gestos, costumbres y autoimagen, haciendo del fumar parte de un estilo de vida (Seiber, M.; Angst J.; 1990).

Por otra parte, la dependencia física se refiere a un estado de neuroadaptación producido por la administración repetida de una sustancia, que determina la necesidad de continuar con su consumo, para evitar el síndrome originado por su privación, conocida como síndrome de supresión (Carson, N.; 2002). La principal sustancia responsable de la dependencia química al tabaquismo es la nicotina. La nicotina es una sustancia psicoactiva que ejerce su efecto en el sistema nervioso central (SNC), al actuar como un reforzador positivo por su efecto psicoestimulante y relajante. El efecto estimulante se debe a un aumento en la liberación de neurotransmisores, principalmente dopamina, en los centros de refuerzo del cerebro. El sistema de refuerzo o recompensa de los mamíferos es una serie de núcleos interconectados que se ubican en el sistema mesolímbico, el área más primitiva e instintiva del cerebro. Está formada, básicamente, por el área tegmental ventral (ATV) y el núcleo accumbens; son vías dopaminérgicas. Estas vías tienen proyecciones con la corteza prefrontal, la cual está relacionada con las funciones mentales superiores; establece el "control" de ésta área.

Tanto en el ATV como en el núcleo accumbens existen receptores nicotínicos de acetilcolina (RnACh), que son estructuras proteicas pentaméricas cuyo neurotransmisor o ligando endógeno natural es la acetilcolina. Hay receptores de dos tipos, los que se unen a la nicotina y los que se unen a la muscarina, ambas sustancias se comportan como ligandos externos. Los RnACh se encuentran ubicados en el sistema nervioso central SNC, ganglios autónomos, médula suprarrenal y uniones neuromusculares. Los RnACh son receptores ionotrópicos, es decir su funcionamiento está mediado por el paso de una corriente de iones en el canal que se forma entre sus subunidades, permitiendo la permeabilidad celular, el ingreso de sodio, la salida de potasio y despolarización de la membrana celular. Estos receptores están formados por cinco subunidades y se encuentran incorporados en la bicapa lipídica de la membrana celular. Cuando dos moléculas de un agonista se unen a las subunidades, se produce la apertura del canal iónico y lo atraviesa una corriente de iones, que a su vez produce una despolarización de la célula (Balfour DJK.; et al. 1998).

Los receptores más abundantes en el SNC, específicamente en el sistema de recompensa, son los $\alpha 4\beta 2$. Estos son los receptores más importantes involucrados en el desarrollo de la dependencia al tabaco (Molero, C.; et al.; 2005). En los fumadores, la nicotina actúa como un agonista, ocupando estos receptores. Al entrar en contacto la nicotina con los receptores $\alpha 4\beta 2$ en el sistema de recompensa, se produce una descarga dopaminérgica. La dopamina es un neurotransmisor que normalmente se produce en el sistema nervioso central y está relacionado con atención, concentración, estado de alerta, placer y bienestar. El fumador al hacer llegar de manera rápida altas dosis de nicotina al cerebro y por la alta afinidad de la nicotina a los receptores $\alpha 4\beta 2$, se produce un aumento en la descarga de dopamina, lo cual se traduce en una experiencia de placer y bienestar, esto se conoce como un refuerzo positivo, es decir, el fumador busca repetirla dada lo agradable de la experiencia.

El refuerzo de una conducta es un estímulo que provoca la tendencia y necesidad de repetirla. El refuerzo positivo se caracteriza por la percepción de sensaciones placenteras originadas por el consumo de una sustancia; aumenta la frecuencia de comportamiento de búsqueda de una nueva aplicación a este estímulo. El tabaco produce un potente refuerzo positivo que perpetúa el fumado. La vía dopaminérgica-mesolímbica, conocida como la vía del refuerzo, es la vía donde se desarrolla el refuerzo positivo. El estímulo se inicia en el ATV, que libera en forma inmediata dopamina en el núcleo accumbens (Sandí, L.; 2007). La liberación de dopamina en el núcleo accumbens tiene profundos efectos en la conducta humana; es una potente señal que provoca la repetición de la conducta. Todo esto es un proceso inconsciente; la nicotina recompensa el fumado y provoca su repetición (Grade, J.; Newbouse, P.; 2000). Con el tiempo, el fumado altera el cerebro y los fumadores sienten un fuerte impulso para fumar. El consumo repetido de nicotina y la concentración persistente en exceso de neurotransmisores, llega a producir cambios en los sistemas de recompensa. Se altera la cantidad y sensibilidad de los receptores.

Muchos de los receptores nicotínicos que median el efecto cerebral de la nicotina, se desensibilizan con la exposición prolongada (tolerancia crónica). Las concentraciones plasmáticas de nicotina presentes en un fumador habitual son suficientes para desensibilizar los receptores presentes en las neuronas dopaminérgicas mesolímbicas del ATV que intervienen en la recompensa; de manera compensatoria, se produce un

aumento de los receptores nicotínicos acetilcolinérgicos (“regulación a la alta”). La disminución de los receptores dopaminérgicos, conocida como “regulación a la baja”, reduce la concentración de monoamino oxidasa (MAO), lo que a su vez contribuye a un aumento de dopamina y ocurren cambios en el metabolismo y distribución de la glucosa. Por lo tanto, estos cambios neuroadaptativos hacen que el cerebro de un fumador funcione de manera diferente al cerebro de un no fumador. Se desarrolla tolerancia al consumo (necesita de más dosis para el mismo efecto) y cuando quiere dejar de fumar, experimenta un síndrome de supresión, que es un conjunto de signos y síntomas desagradables producidos por el exceso de noradrenalina, que se produce como consecuencia del desbalance dopaminérgico (Sandí, L.; 2007).

El malestar de estos síntomas hace reiniciar el fumado, en un intento de alivio; esto se conoce como refuerzo negativo. El impulso a repetir el consumo se asocia a la necesidad de evitar la cascada de síntomas desagradables que implica la abstinencia. El refuerzo negativo se origina en las vías noradrenérgicas del locus cerúleos (LcC) del tronco cerebral y el neurotransmisor involucrado es la noradrenalina. El LcC es el responsable de los estados de vigilia y alerta, junto a otros núcleos participa en el control de sensaciones como bienestar, sueño, hambre, ira, miedo y distintas funciones somáticas. La estimulación de receptores nicotínicos específicos de acetilcolina en el LcC con nicotina mejoran las funciones cognitivas, la capacidad de concentración, reduce el estrés y atenúa sensaciones desagradables. En consumo crónico de tabaco hace que la actividad del sodio se estabilice mientras que en la supresión hace que aumente considerablemente, lo que explica los síntomas de supresión (Balfour, D.; et al.; 1998).

3.3 Tabaquismo como enfermedad

La dependencia al tabaco debe ser considerada como una alteración médica crónica, con periodos de abstinencia y recurrencias en el tiempo. El concepto de enfermedad se fundamenta en las alteraciones neurofisiológicas, estructurales y funcionales, que provocan la continua búsqueda de la droga. Las modificaciones o ajustes neuroadaptativos producidos por la nicotina son permanentes y constituyen la base neurobiológica de la dependencia al tabaco.

Una vez que ocurren los cambios neuroadaptativos es como si se conectara un “switch” en el cerebro, porque son permanentes. Toda vez que este sistema de recompensa entre en contacto con la nicotina, se activará de acuerdo a lo programado bioquímicamente. Por tal razón, la dependencia a la nicotina es una enfermedad crónica, permanente. Al igual que otras enfermedades crónicas como la diabetes, no es curable, pero sí tratable (Grade, J.; Perkins, K.; 2000; DSMIV, U.S.A Department of Health; 2004).

La dependencia a la nicotina es un trastorno de tipo biopsicosocial, en el que interactúan, de manera compleja y profunda, marcadas adaptaciones neuropsicobiológicas con intensos condicionamientos o aprendizajes asociativos. Paralelamente al impacto neuroquímico de la nicotina, ocurre un fenómeno absolutamente personal arraigado en las costumbres, actitudes, sentimientos, necesidades y emociones del fumador, que se van ligando de una manera profunda y compleja a cada acto de fumar.

Este proceso individual es reforzado socialmente de manera continua por la legalidad del fumado, su promoción, tolerancias y permisibilidad social. Las caracterís-

ticas e intensidad de cada componente dependen de las particularidades físicas, psicológicas y adictivas de cada individuo, así como del medio en donde se desenvuelve. La adicción al tabaco está considerada dentro del grupo de enfermedades mentales, como una enfermedad crónica con características propias.

Con el tiempo se establece una necesidad permanente de fumar para mantener la “estabilidad”. Los fumadores llegan a depender de una dosis continua de nicotina para compensar el desequilibrio químico que ha producido esa sustancia en el SNC, con los consecuentes beneficios de satisfacción o alivio. Muchos tabaquistas, aun conociendo las consecuencias del fumado y deseando dejar de fumar, no pueden lograr la abstinencia, porque las molestias que experimentan al cesar el fumado son muy fuertes.

Una vez que se desarrolla la dependencia a la nicotina, el cuerpo se ha adaptado a mantener niveles estables de nicotina durante el día. La reducción o ausencia de nicotina provoca un desbalance en el sistema noradrenérgico y todos los demás circuitos neuronales interconectados, que se manifiesta en una multiplicidad de signos y síntomas que aparecen a las pocas horas. Los síntomas son transitorios producto de las adaptaciones físicas y psicológicas asociadas al consumo prolongado. Este cuadro está acompañado de un intenso anhelo de consumo, un deseo irresistible que puede llevar a la persona a realizar cualquier acto para satisfacerlo. No es deseo o ganas de fumar, es la sensación de una desesperación incontrolable que sólo un cigarrillo puede aliviar (insidia) (Sandí, L.; 2007).

La presencia de estos síntomas es una clara manifestación de dependencia física y puede ser tan intensa que se vuelve un obstáculo para que se logre dejar de fumar. Los síntomas más importantes del síndrome de supresión al tabaco son:

- Insidia
- Estado de ánimo disfórico o depresivo
- Irritabilidad
- Inquietud
- Ansiedad
- Insomnio
- Frustración
- Dificultad para concentrarse
- Disminución de la frecuencia cardíaca
- Aumento de apetito
- Constipación
- Disminución de catecolaminas y cortisol

La variabilidad y gravedad del síndrome de supresión depende de la severidad de la dependencia y de otros factores como herencia, personalidad, depresión, ansiedad, problemas con alcohol u otras drogas y situación emocional y social del fumador. Pese a que la insidia podría llegar a ser muy fuerte, sólo dura unos pocos días. La mayoría de los síntomas de supresión no se extienden a más de dos a cuatro semanas (West, R.; et al. ; 2006); de ahí la importancia de asistir a los fumadores las primeras cuatro semanas de cesación. De las fortalezas del sujeto y de los recursos adicionales para vencer este trastorno, depende el éxito para dejar de fumar.

La dependencia al tabaco puede verse como una enfermedad en la que están involucradas varias fuerzas: una conducta que se construye por los efectos de recompensa en el cerebro medio; una ansia de fumar, producto de los cambios neuroquímicos en el SNC; necesidad de evadir los malestares del síndrome de abstinencia; los factores sociales y psicológicos, que promueven el consumo. Todas estas fuerzas hacen que el fumador priorice esta conducta no saludable, sobre el deseo o la necesidad de dejar de fumar (West, R.; 2006).

El Manual Estadístico para Diagnóstico de las Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV,1995), en la cuarta edición revisada, conocido como DSM IV-R, por sus siglas en inglés, establece que la dependencia a la nicotina es un patrón desadaptado de consumo, que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los siguientes criterios, en algún momento, por un período continuo de 12 meses:

- Tolerancia.
- Síndrome de abstinencia.
- Consumo de la sustancia en cantidad y períodos más largos de los que se pretendía.
- Deseos persistentes por consumir e infructuosos intentos por dejarlo.
- Se emplea mucho tiempo en su adquisición y consumo.
- Reducción de otras actividades por consumo de la sustancia.
- Consumo persistente a pesar de sus consecuencias.

No toda persona que fuma tiene dependencia a la nicotina. Algunos fumadores fuman irregularmente y lo hacen ante determinadas situaciones o momentos; el fumado no responde a una necesidad física de nicotina, sino a determinantes psicosociales. La severidad de la dependencia a la nicotina puede ser medida con un instrumento sencillo y de fácil aplicación, el test de Fagerstrom (Fagerstrom, K.; 1991). (Anexo 1)

La dependencia leve significa que probablemente en el consumo median más mecanismos psicosociales. La dependencia severa significa una alta dependencia física a la nicotina y la probabilidad de un síndrome de supresión fuerte es mayor. La severidad de la supresión es un criterio significativo para utilizar farmacoterapia en el tratamiento de fumado (Fagerstrom, K.; et al. ; 1991).

4. IV Sesión: Tratamiento

Objetivo	Contenido	Duración Horas	Metodología	Materiales	Responsable
Conocer las estrategias para dejar de fumar para facilitar el cese	Programa para dejar de fumar	1 hora	Participativa	Presentación de Power Point	Terapeuta
Discusión de las estrategias	Estrategias	1 hora	Participativa	Grupo	Terapeuta

La dependencia al tabaco es una enfermedad bien identificada para la cual se han encontrado varias estrategias cognitivas, conductuales y psicofarmacológicas que han demostrado un alto grado de efectividad en lograr que los fumadores dejen el cigarrillo. En la medida en que se puedan poner a disposición del fumador los mejores dispositivos basados en evidencia, mejores serán los resultados del programa. A mayor intensidad, integralidad y duración, mayor éxito (Sandí, L.; 2000).

4.1 Tratamiento:

La dependencia al tabaco es una enfermedad tratable y los tratamientos para tal fin han demostrado ser altamente efectivos. Intervenciones tan breves como de tres minutos, que brinde un trabajador de la salud, son capaces de reducir en un 5% la cantidad de fumadores que asisten a consulta. Se ha comprobado que a mayor intensidad de las intervenciones y a mayor cantidad de estrategias terapéuticas y de facilitadores, mayor éxito en el tratamiento (Lichtenstein, E.; 1997).

En principio, todo tratamiento para dejar de fumar necesita al menos, atender los siguientes cinco componentes:

1. Apoyo constante.
2. Asistencia en el proceso de cesación.
3. Tratamiento de los síntomas de supresión a la nicotina.
4. Estrategias para dejar el cigarrillo.
5. Atención a problemas asociados al consumo, como estrés, sobrepeso y depresión.

En el modelo propuesto, se recomienda el cese abrupto y la utilización de múltiples estrategias para aliviar el síndrome de supresión y sostener la abstinencia. Sin embargo, en fumadores de varios paquetes, que pueden presentar un síndrome de supresión muy fuerte con complicaciones físicas y psicológicas, se recomienda primero reducir progresivamente el consumo a un paquete y luego cesar abruptamente (Sandí, L.; Molina, D.; 1998).

El tratamiento para dejar de fumar le ofrece al fumador un apoyo práctico y prolongado, con asistencia emocional y farmacológica que le permita aumentar su sentido de auto-eficacia y autocontrol para suspender el cigarrillo y mantenerse en abstinencia (Sandí, L.; Molina, D.; 1998).

Antes de dejar de fumar, es conveniente motivar al fumador lo más que se pueda y prepararlo emocionalmente para que esté en la mejor disposición y con las mejores condiciones para enfrentar la cesación, (Sandí, L., Molina D.; 1998). Así mismo es crucial ofrecerle estrategias conductuales para enfrentar los momentos más difíciles en el cese (Sandí, L.; Molina, D.; 2004)

4.2 Estrategias antes del cese

- Fijar un día para el cese. Es conveniente establecer un día específico para dejar de fumar, preferiblemente una fecha que sea significativa para el paciente para darle más relevancia al momento. Si fuma más dos paquetes o más, o si tiene problemas con el peso, complicaciones cardiovasculares o respiratorias, se puede postergar el día del cese, con el fin de lograr una reducción significativa de la cantidad de cigarrillos, y para iniciar cambios en el estilo de vida, como actividad física y buena alimentación.
- Planificar que hará ese primer día sin cigarrillos: identifique las situaciones en que más fuma y planee estrategias de afrontamiento.
- Eliminar de su casa, carro o área de trabajo, todo estímulo al fumado (cigarrillos, ceniceros, objetos olorosos a cigarrillo).
- Identificar los estados de excesiva tensión para reducirlos o controlarlos antes de dejar de fumar.
- Empezar a hacer un poco de ejercicio.
- Hablar con su familia y amigos respecto a su decisión y buscar apoyo de ellos.
- Establecer contacto con un exfumador para que lo apoye (lo apadrine) en el esfuerzo.
- Estimular a que otras personas cercanas al fumador dejen de fumar simultáneamente.
- Practicar ejercicios de respiración: 3-4 inhalaciones profundas y aspiraciones lentas para realizar cuando aparezca la insidia.
- Cuantificar cuántos cigarrillos se ha fumado hasta hoy y cuánto dinero ha gastado.
- Hacer un listado de los pros y los contras de dejar de fumar.
- Si ha dejado de fumar antes, identificar las situaciones o factores de recaída.
- Iniciar el uso de medicamentos para dejar de fumar, antes del cese abrupto, Clorhidrato de Bupropión o Varenicline.

4.2.1 Clorhidrato de bupropión:

El Clorhidrato de Bupropión (Wellbutrin) es una medicación no nicotínica, no específica, para dejar de fumar. No es un tratamiento para dejar de fumar, es un excelente auxiliar farmacológico en un programa para dejar de fumar. Fue aprobada en 1997 por la FDA; solo está disponible con prescripción médica. Es un fármaco comercializado inicialmente como antidepressivo, que, en la fase de investigación se descubrió que ayu-

daba a los pacientes a dejar de fumar. Funciona como un inhibidor de la recaptación de dopamina y noradrenalina, lo que explica su efecto en los mecanismos centrales de la dependencia y la abstinencia al tabaco. Los estudios demuestran que favorece el incremento de la dopamina en el núcleo accumbens, lo que le confiere un papel de agonista dopaminérgico, efecto similar a la nicotina, esto disminuye considerablemente la conducta de búsqueda de la nicotina (Bodkin, J.; et al. ; 1997; Huges, JR.; 2005)

Además, la evidencia indica que el Bupropión inhibe la acción de las neuronas noradrenérgicas del locus ceruleus, por lo que alivia el síndrome de supresión. Por un mecanismo desconocido también produce inapetencia al cigarrillo. Reduce de manera significativa los síntomas de supresión y el deseo de fumar. Su eficacia para dejar de fumar no depende de su efecto antidepressivo. Es un fármaco seguro utilizado bajo supervisión médica. La utilización de este medicamento duplica las tasas de éxito, independientemente de su efecto antidepressivo. (Hughes, J.; et al.; 2005)

Presentación: comprimidos de 150 mg y de 300 mg XL.

Inicio de tratamiento: iniciar dos semanas antes del día del cese, para alcanzar los ajustes neuroadaptativos deseados.

Dosificación:

- 150 mg XL en la mañana por tres días.
- 300 mg XL en la mañana por 12 días.
- Decimoquinto día: es el **Día del Cese** del Fumado.
- Se continúa con 300 mg XL por diez semanas más

Duración: 12 semanas; es conveniente que una vez que se llegue al final del tratamiento, se suspenda el medicamento poco a poco. Se puede utilizar hasta por seis meses o más, en caso de buenos resultados antidepressivos o con la regulación del peso.

Modo de uso: Tomar el medicamento con la comidas. Evitar utilizarlo en la tarde o en la noche, debido a que puede producir insomnio.

Precaución: tratar de evitarlo en mujeres embarazadas y amamantando. Controlar de cerca la presión arterial.

Efectos secundarios: insomnio, boca seca, inestabilidad, reacciones alérgicas (erupciones cutáneas, urticaria), crisis epilépticas, taquicardia, náusea, vómito.

Contraindicaciones: pacientes con historia de convulsiones, trastornos de alimentación, uso de inhibidores de la MAO, hipersensibilidad a sus principios activos.

Terapia Combinada: en fumadores difíciles que les ha costado mucho dejar de fumar, o bien que asocien un componente depresivo, la combinación de Bupropión con terapia de reemplazo nicotínica (TRN) es una buena alternativa y aumenta las tasas de éxito en la cesación.

4.2.2 Varenicline:

La otra alternativa farmacológica para utilizar antes de dejar de fumar es el Varenicline (Champix). El Tartrato de Vareniclina es un nuevo tratamiento para dejar de fumar; fue aprobado por la FDA en mayo del 2006. Es una nueva molécula creada específicamente para dejar de fumar. Derivada de un alcaloide del tabaco, la citisina, que se utilizó en Bulgaria para el tratamiento del tabaquismo.

Es un agonista parcial de los receptores nicotínicos de acetilcolina $\alpha 4\beta 2$, que combina propiedades agonistas y antagonistas en un mismo producto. Por su efecto agonista parcial produce una descarga dopaminérgica moderada del 40%, que apacigua la insidia y el síndrome de supresión. Al ocupar los receptores nicotínicos también tiene un efecto antagonista, al bloquear el efecto de recompensa de la nicotina, por lo tanto, la satisfacción al fumar. Es una medicación segura y bien tolerada que disminuye el síndrome de supresión y la urgencia para fumar.

Es altamente eficaz, logra tasas de cesación mayores que con terapia de reemplazo y Bupropión. Los porcentajes de éxito, a cuatro semanas de cesación continua, fueron del 36% para Vareniclina, 25.4% para Bupropión y 12.2% para placebo. En otros estudios se encontró que la Vareniclina era cuatro veces más efectiva que el placebo y dos veces más efectiva que el Bupropión (Mitchell, N.; et al.; 2006).

En cuanto a su farmacocinética, su biotransformación es mínima; el 92% se excreta intacto por la vía renal. Como no se metaboliza en hígado, no se afecta por la insuficiencia hepática. Tiene una vida media de 24 horas. No se han observado interacciones con medicamentos que tengan importancia clínica. Su biodisponibilidad no se afecta con los alimentos ni por la hora del día en que se tome. (Mitchell, N.; et al.; 2006).

Como aún no hay suficientes estudios, no es conveniente utilizarlo en menores de 18 años. La utilización de este medicamento requiere de una prescripción médica.

Presentación: comprimidos de 0.5 mg y 1 mg.

Inicio de tratamiento: se inicia una semana antes de dejar de fumar.

Dosificación:

Día 1 a 3: un comprimido de 0.5mg en la noche.

Día 4 a 7: un comprimido de 0.5 mg en la mañana y otro en la noche.

Día 8: **Día del Cese** de fumado e inicio de 1 mg dos veces al día, uno en la mañana y otro en la noche.

Duración: 12 semanas, tratamientos de mayor duración tienen mejores resultados.

Modo de uso: para evitar el efecto secundario más molesto (la náusea), se recomienda tomar el medicamento con las comidas y con dos vasos de agua.

Efectos secundarios: náusea, flatulencia, constipación, dolor abdominal, dispepsia, vómito, insomnio, sueños vívidos, aumento de la frecuencia de los sueños, cefalea, fatiga. El efecto secundario más frecuente es la náusea, la cual se reduce tomando el medicamento con suficiente agua. Puede utilizarse un antiemético convencional o bajar la dosis si el síntoma persiste.

Los efectos secundarios mentales son frecuentes, principalmente insomnio en un 19%, sueños anormales, vívidos en un 13%. También se ha reportado ansiedad, depresión, irritabilidad, inquietud, agresión, agitación, desorientación, cambios de ánimo, ideación suicida, conducta errática y suicidio. A nivel del sistema nervioso central se ha descrito cefalea, fatiga, astenia, letargo, trastornos sensoriales, accidentes cerebrovasculares, crisis convulsivas principalmente. Otros efectos secundarios de preocupación son los cardiovasculares, entre los que están, angina pectoris, arritmia, bradicardia, extrasístoles, infarto de miocardio, palpitaciones, fibrilación atrial, hipertensión y trombosis ([www.chantix.com/safetyinformation-side effects.aspx](http://www.chantix.com/safetyinformation-side%20effects.aspx)).

Día del cese: Una vez que se ha preparado bien al fumador, su último cigarrillo se lo fuma la noche anterior al cese. Tiene que habersele explicado con claridad meridiana que una vez que empieza la cesación por ninguna circunstancia puede fumar, ni una sola jalada, ni un solo cigarrillo. Cualquier dosis de nicotina en el cerebro es capaz de encender la compulsión de fumar y le va a ser muy difícil controlarla.

Es conveniente que el día del cese tenga una consulta para valorar como le ha resultado el tratamiento indicado y si amerita ajustes en caso de que el síndrome de supresión sea muy intenso.

Para cuando se deja de fumar, puede ser de gran ayuda, aplicar las siguientes estrategias (Sandí, L.; Molina, D.; 2004).

4.3 Estrategias al momento de dejar de fumar:

- La meta después del día del cese, es “ni una sola subida”.
- Cuando aparezca la insidia (desesperación por fumar), llamar a un exfumador, a una persona cercana o a su terapeuta. Respirar profundamente por la nariz al menos cuatro veces, y exhalar por la boca lentamente. Realizar caminatas cortas de 15 ó 30 minutos. Antes de tomar la decisión de fumar en respuesta a la insidia, espere 10 minutos. Realizar cualquier actividad distractora mientras pasa la insidia.
- No actuar automáticamente; analizar y criticar cada uno de los momentos en que va a fumar. Pregúntese qué beneficios representa lo que hace y si no hay ninguno, no lo haga.
- Utilizar sustitutivos orales para satisfacer la costumbre de tener algo en la boca. Emplear, de preferencia, alimentos ácidos, como naranja, limón, eucalipto, chicles, vegetales, clavos de olor.
- Tomar abundante líquido.
- Para bloquear la necesidad de tener algo en la mano, tener al alcance sustitutos manuales para escribir, dibujar, tejer.
- No buscar soluciones mágicas. La dependencia es tratable y muchas veces se hace necesario ajustar el tratamiento a las características del fumador.
- Tener sustitutos para el efecto estimulante, como empezar una rutina de ejercicios (caminatas, aeróbicos) de acuerdo con su capacidad. Esto favorece el proceso de desintoxicación de la nicotina y lo estimula físicamente. Además, por su efecto relajante, ayuda a dormir mejor y alivia la tensión del síndrome de suspensión.

- No desesperarse. Lo que siente pasará pronto y cada día será menor.
- Valorar diariamente los cambios positivos y los beneficios que se obtienen al dejar de fumar.
- Mantener la alerta permanentemente. La meta es la abstinencia total y debe estar muy pendiente de no probarlo.
- No pensar que no se puede. ¡Claro que puede hacerlo! Toda persona tiene la capacidad de poder dejar de fumar. Si lo ha intentado y no ha podido, hay otras cosas más que hacer. La mayoría de los fumadores lo han dejado después de varios intentos.
- Prepárese para bloquear los pensamientos positivos o experiencias placenteras relacionadas con el cigarrillo. Repase todas las consecuencias.
- Evitar las racionalizaciones para recaer. No engañarse con pensamientos como éstos: “de algo hay que morirse”, “después me muero de otra cosa”, “he fumado muchos años y no me ha dado nada”, “muchos médicos fuman, no debe ser muy malo”.
- Utilizar inmediatamente la terapia del reemplazo para aliviar el síndrome de supresión

En los fumadores con una clara dependencia a la nicotina, con un puntaje de Fagestrom mayor de 5, y que presentan un síndrome de supresión a la nicotina la terapia sustitutiva está altamente indicada.

4.4 Síndrome de supresión:

El consumo prolongado de tabaco conlleva a una serie de modificaciones neuroadaptativas, y psicosociales que hacen del consumo una dependencia física. La suspensión total o una disminución considerable de los niveles de nicotina en sangre alteran todos estos mecanismos cerebrales adaptativos, provocando una reacción física y psicológica de supresión física y emocional, que por su intensidad obliga a consumir, pese a las consecuencias o al deseo de dejar de fumar (West, R. ; 2006).

El síndrome de supresión es una constelación de síntomas físicos y emocionales de variada calidad e intensidad, dependiendo de las particularidades tabaquistas y de la personalidad de cada sujeto. Aparece a las pocas horas; es más intenso los primeros siete días y luego disminuye progresivamente para desaparecer casi absolutamente al mes. En algunos fumadores puede prolongarse hasta tres meses (West, R.; 1989).

Los principales síntomas son:

- Irritabilidad , inquietud, impaciencia
- Dificultad de concentración, cefalea
- Sudoración, sed
- Temblor, insomnio, mareos
- Decaimiento, fatiga, depresión
- Malestar gastrointestinal, ingesta excesiva de alimentos
- Palpitaciones, ansiedad
- Insidia (desesperación por el consumo)

A mayor motivación, preparación y apoyo para dejar de fumar, menor intensidad de los síntomas físicos. El alivio farmacológico de los síntomas de supresión permite sostener la abstinencia en los días más difíciles. El riesgo de recaída en las primeras semanas, y sobre todo la primera semana, está directamente relacionado a la intensidad del síndrome de supresión y la incapacidad del fumador para lidiar con la desesperación de fumar y la gravedad de los síntomas. De la capacidad del fumador para aliviar los síntomas de supresión, depende el éxito en el cese (Sandí, L.; María, P.; 1998).

4.4.1 Terapia de reemplazo (TRN):

La estrategia terapéutica más eficaz para aliviar el síndrome de supresión es la TRN. Si los síntomas se deben principalmente a la ausencia de nicotina, el tratamiento más apropiado es un aporte de esta sustancia de manera regulada (Huges, J.; et al.; 2005).

La terapia TRN permite reducir la mayoría de los síntomas de abstinencia asociados a la falta de nicotina y le facilita al paciente enfrentar los aspectos psicológicos y sociales relacionados con el fumado. Las investigaciones clínicas demuestran que en cualquier programa de tratamiento para dejar de fumar, la terapia de sustitución de la nicotina es una herramienta muy eficaz para aumentar el éxito en la cesación. La terapia de sustitución está indicada para los fumadores que en el test de dependencia a la nicotina de Fagerstrom presentan dependencia alta (6 a 10 puntos).

Los parches permiten administrar una dosis regulada de nicotina por 18 horas, en cantidad suficiente para mitigar los síntomas de privación nicotínica. Los estudios demuestran que la TRN es segura y eficaz, con buenos índices de éxito, los programas que utilizaron TRN tuvieron dos veces más éxito que los que utilizaron placebo. Este tratamiento no reemplaza totalmente al cigarrillo ni produce los efectos estimulantes y satisfactorios de la nicotina al fumar. En promedio la TRN logra aportar un 50% de la dosis regular de nicotina a la que está acostumbrado el fumador (Slagy, C.; et al.; 2004.).

El parche libera, a través de la piel, pequeñas dosis de nicotina directamente hacia la circulación sanguínea. Esto permite una significativa disminución en las molestias causadas por el síndrome de supresión a la nicotina, disminuyendo inclusive la ansiedad matutina. Es importante que la dosis de nicotina sea suficiente para aliviar los síntomas de supresión y sobre todo la insidia, las infradosis pueden dar al traste con el éxito del programa. Para determinar la dosis adecuada de TRN es importante calcular la dosis promedio de consumo de nicotina del fumador y prescribir en parche aproximadamente la mitad de esa dosis. Los fumadores de un paquete de cigarrillos en promedio alcanzan una nicotemia de 35 ngr/ml, de manera que la dosis indicada sería parche de 15 para iniciar el tratamiento (Slagy, C.; et al. 2004, Granada, J.; et al.; 2002).

Los parches están disponibles en los Estados Unidos desde 1992 y sin receta desde 1996. Los parches ofrecen nicotina a dosis controladas, a través de una vía diferente de administración, con una reducción progresiva de la dosis.

Presentación: La mayoría de las casas farmacéuticas ofrecen la TRN en tres etapas, una primera etapa con la dosis más alta, una segunda con una dosis moderada y una tercera con la dosis más baja.

En el país están disponibles los parches de 15 mg para la primera etapa, de 10 mg para la segunda etapa y de 5 mg para la tercera etapa. Sin embargo, en este momento, sólo están disponibles los parches de 10 y de 5 mg. Se alcanzan nicotinemias de 10 a 15 ng/ml. Después de ser retirado, persiste la nicotina en sangre de 4 a 8 horas.

Precaución para inicio de tratamiento: El día fijado para el cese del cigarrillo, se inicia con el parche en la mañana, y a partir de ese momento no se fuma absolutamente nada, ni una sola jalada.

Dosificación:

Tabla de dosificación de los parches

Programa de 3 etapas	Fumadores de más de 10 cigarrillos	
I Etapa	Parche de 15 mg por día	8 semanas
II Etapa	Parche de 10 mg por día	2 semanas
III Etapa	Parche de 5 mg por día	2 semanas

Programa de 2 etapas	Fumadores de 10 cigarrillos o menos	
I Etapa	Parche de 10 mg por día	8 semanas
II Etapa	Parche de 5 mg por día	2 semanas

Duración: 10 a 12 semanas. Completar el tratamiento, la prolongación se asocia a mayores tasas de éxito.

Recomendaciones para su utilización:

- Aplicar el parche cuando se ha dejado totalmente de fumar.
- No se puede fumar con el parche.
- Aplicar el parche en la piel limpia, seca y sin vello.
- Colocar aplicando bien el adhesivo.
- Cambiar de zona de aplicación, todos los días
- Aplicar un parche por día y eliminar el parche utilizado.
- Ponérselo en la mañana y quitárselo al dormir.
- Si se despega, puede volverlo a utilizar.
- Aunque el fumador se sienta muy bien, completar el esquema de tratamiento.

Efectos secundarios: cefalea, mareo, malestar estomacal, debilidad, visión borrosa, insomnio, sueños vívidos, prurito leve o ardor en el área de aplicación.

Contraindicaciones: pacientes con enfermedad cardiovascular severa, enfermedad vascular cerebral, enfermedades de la piel que puedan complicar la aplicación del parches, mujeres embarazadas o amamantando. Otra alternativa de TRN son los chicles

de nicotina. El chicle o el polacrilex de nicotina fue aprobado por la Agencia de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) en 1984, y está disponible sin receta desde 1996. La nicotina se libera por medio de la masticación y se absorbe al torrente sanguíneo, por medio de la mucosa oral. Produce un alivio inmediato de los síntomas de supresión (Schiffman S.; et al.; 2004).

Presentación: chicle con 2 mg y 4 mgs por pieza. El de 2 mg, entrega 0.86 mg de nicotina; el de 4 mg, 1.4 mg de nicotina. Los chicles producen nicotinemias entre 5 y 10 ng/ml.

Precaución para inicio de tratamiento: la persona debe dejar de fumar totalmente, antes de iniciar este tipo de tratamiento.

Dosificación:

Tabla de dosificación de los chicles

Cantidad de cigarrros	Chiches	Semana 1 - 6	Semana 7-9	10- 12
10 ó menos	2 mg	Un chicle cada 1-2 horas	Un chicle cada 2 -4 horas	Un chicle cada 4-8 horas
Más de 10	4 mg	Un chicle cada 1-2 horas	Un chicle cada 2 - 4 horas	Un chiche cada 4-8 horas

Duración: de diez a doce semanas; idealmente doce semanas. Completar el tratamiento o aplicarlo por más tiempo, se asocia a mayor tasa de éxito.

Modo de uso: no masticar el chicle como un chicle convencional. Se debe masticar cuando se necesita que libere nicotina. Masticar el chicle con la frecuencia con que acostumbra inhalar el cigarrillo. Se mastica despacio hasta que se presente un hormigueo ligero o sabor picante en la boca; en este momento, se coloca entre la mejilla y la encía para que repose; al desaparecer la sensación se vuelve a masticar. No se debe mantener en la boca por más de 30 minutos. Se requiere que la persona mastique suficiente chicle para aliviar el síndrome de supresión. El café, jugos o refrescos pueden interferir con la absorción, por lo que es recomendable evitar cualquier líquido durante la masticación, excepto agua.

Utilizar preferiblemente una pauta fija, que puede ser cada hora, hora y media o dos horas, dependiendo el patrón de fumado. Puede utilizarse alguna dosis adicional de rescate, si entre un chicle y otro percibe intensos deseos de fumar. Indicarle al paciente que debe anotar la cantidad diaria de chicles que mastica, para luego reducir progresivamente su uso, distanciando el tiempo entre uno y otro.

Efectos secundarios: úlceras bucales, hipo, mal sabor, dispepsia, dolor en la mandíbula.

Precaución: pacientes con enfermedad cardiovascular; se debe evitar durante las dos

semanas siguientes a un infarto o en quienes padecen de arritmias graves. Tratar de evitarlo en mujeres embarazadas o lactando.

Contraindicaciones: pacientes con enfermedades de la articulación temporomandibular, inflamación orofaríngea, problemas dentales, dentadura postiza o trabajo dental reciente.

4.5- Terapia combinada:

La cronicidad de la enfermedad debe reflejarse en un enfoque terapéutico de larga duración, con la expectativa de que los pacientes tengan periodos de remisión, pero también de recaídas. Por lo tanto el éxito no debe juzgarse por la abstinencia permanente, sino por el progreso y la respuesta al tratamiento. El tratamiento de los fumadores debe ser similar al de otras enfermedades crónicas; se les debe ofrecer tratamiento farmacológico, apoyo y consejo. De igual manera, ajustar los esquemas de tratamiento, cada vez que sea necesario.

Algunos pacientes necesitan más ayuda que otros, dada la cronicidad o severidad de su enfermedad o por tener padecimientos adyacentes (Kalman, D.; et al.; 2005; Raw, M.; 1998, Fiore, M.; et al.; 2000). Los fumadores que presentan las siguientes características, ameritan un tratamiento más intensivo desde un inicio:

- Dependencia severa.
- Importante cantidad de cigarrillos por día: 20 o más; en la mujer aproximadamente la mitad.
- Fumar el primer cigarrillo al despertarse o levantarse a fumar durante la noche.
- Vivir con un fumador.
- Bajo nivel académico.
- Situación socioeconómica baja.
- Rutina laboral.
- Presencia de trastornos psiquiátricos co-mórbidos.
- Pacientes que han intentado varias veces de dejar de fumar sin éxito.

Los fumadores que han estado utilizando previamente clorhidrato de bupropión, y el día del cese en la evaluación refieren una insidia o desesperación muy fuerte por fumar, pese a la medicación previa, son buenos candidatos para iniciar ese día la terapia de reemplazo, un parche de 10 mg o dos, sino hay efecto suficiente con el primero. Continuarán con los dos regímenes terapéuticos hasta el final, primero se suspende uno y al mes siguiente el otro.

Aquellos fumadores con comorbilidades psiquiátricas requerirán un manejo más intensivo en cuanto a variedad de medicación, y, además del trabajo grupal, un soporte individual intensivo. En el caso de fumadores con antecedentes depresivos, ya sea en control ambulatorio o que hayan tenido un internamiento, o con un puntaje en el Índice de Depresión de Zung mayor de 60, el clorhidrato de bupropión es la mejor alternativa y se puede mantener por más tiempo, el que sea necesario, inclusive hasta por más de un año. Como todo medicamento psicotrópico, la suspensión deber hacer progresivamente, reducir la dosis a 150 mg XL por tres meses y luego suspender. El

clorhidrato de bupropión también se puede combinar con otros antidepresivos de tipo IRSS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) si está medicado previamente con estos medicamentos o si la depresión es muy severa.

Muchos fumadores presentan una gran variedad de síntomas ansiosos, ya sea porque son personas muy ansiosas que utilizan el cigarrillo para aliviar la ansiedad, o como síntoma relevante en la abstinencia, en sujetos de una estructura de personalidad ansiosa. El Índice de Ansiedad de W.Zung ayuda a identificar trastornos previos en este sentido, puntajes de 52 o más son indicativos de la que los problemas de ansiedad son relevantes. En los fumadores que presentan síntomas de ansiedad severos, como sudoración, inquietud, temblor, temblor de manos, intranquilidad, o insomnio severo, está indicada la utilización de benzodicepinas por un tiempo corto. Se debe utilizar la menor dosis posible, por el menor tiempo, para evitar la dependencia a este tipo de medicamento. En un adulto que no sea de la tercera edad y sin complicaciones hepáticas se puede utilizar benzodicepinas de larga duración como diazepam a dosis de 5 o 10 mg en la noche y en el día 5 mg caso necesario si la ansiedad es muy intensa. En personas de la tercera edad o con daño hepático utilizar benzodicepinas de corta duración como el lorazepam a dosis de 2 o 4 mg hs y medio o una en el día caso necesario. En ambos casos suspender progresivamente.

4.6 Fumadores difíciles:

Los pacientes resistentes a dejar de fumar, porque lo han intentado varias veces y no han podido, o porque todavía no tienen la disposición al cambio, deben ser motivados insistentemente para que dejen el cigarrillo. En muchos de ellos la severidad de la dependencia está pesando mucho en su dificultad para tomar la decisión, no pueden imaginarse la vida sin cigarrillos y sufren demasiado cuando lo han intentado. A estos fumadores hay que hacerles ver la **relevancia** que tiene dejar de fumar para su salud, informándoles continuamente de los **riesgos** (agudos, de larga duración y ambientales), comentarles de las **recompensas** (mejor salud, mejor sentido del olfato, ahorro económico, mejor autoestima, buen ejemplo); identificar los **resistencias** para la cesación (supresión, miedo al fracaso, aumento de peso, falta de apoyo, depresión); y sobre todo, **repetir** cada uno de estos tópicos en cada visita. De estos principios, se obtiene otro elemento terapéutico que siempre debe recordarse: las 5 R (erres):

- Explicar la **relevancia** personal de la cesación.
- Informar acerca de los **riesgos** del tabaquismo.
- Comentar las **recompensas** de cese.
- Identificar las **resistencias** para el abandono.
- **Repetir** aspectos de esta conversación en cada visita.

5.V Sesión: Técnicas de relajación

Objetivo	Contenido	Duración	Metodología	Materiales	Responsable
Enseñar a los fumadores ejercicios de relajación para enfrentar el estrés	Reconocer el estrés Ejercicio de relajación	1 hora	Participativa	Grabadora Ropa ligera	Terapeuta
Discusión del ejercicio	Relajación	30 minutos	Participativa	Grupo	Terapeuta

En el proceso de abstinencia, el fumador debe aprender diferentes técnicas de relajación para reducir el estrés que le genera el deseo compulsivo de fumar u otras situaciones estresantes que pueden disparar el deseo de fumar. El terapeuta explica la relación del tabaco con el estrés: "Cuando la nicotina llega a la sangre, la tensión sube, el corazón late más rápidamente y la temperatura de la piel desciende, con lo cual aumentan las respuestas fisiológicas del estrés. El objetivo es aprender técnicas básicas para enfrentar el estrés asociado a la suspensión del cigarrillo, tales como la respiración y los ejercicios de relajación.

5.1 La respiración:

Respirar es una de las funciones vitales más importantes para la vida. Se puede sobrevivir varios días sin comer o sin dormir; no obstante, unos minutos sin oxígeno son suficientes para morir. A pesar de la importancia que tiene esta actividad, son muy pocas las personas que mantienen una respiración natural y completa. Por medio de la respiración incorporamos a nuestro organismo el oxígeno necesario para la alimentación celular; si ésta es deficitaria, las células no van a tener el oxígeno necesario para poder cumplir con su función, por lo que se verán alterados el sistema digestivo, nervioso y la circulación sanguínea.

La sangre insuficientemente oxigenada contribuye a los estados de depresión, ansiedad y fatiga, haciendo que las situaciones estresantes sean más difíciles de superar. De ahí la importancia en la adquisición de buenos hábitos respiratorios, para tener una adecuada salud física y mental.

La respiración es un paso importante en cualquier técnica de relajación. Sin una correcta respiración, es difícil lograr la relajación. Para que los pulmones se llenen de aire, es necesario respirar con el diafragma. Una forma sencilla para averiguar si se respira con el diafragma consiste en colocar una mano en la parte superior del tórax y la otra en la parte inferior de la caja torácica, donde comienza el abdomen. Si la parte inferior de la caja torácica se hincha y el abdomen sobresale al inspirar, está respirando correctamente con el diafragma. Si solo se mueve la caja torácica, lo está haciendo de forma inadecuada.

Con los ojos cerrados, y colocando la mano en el vientre, lleve a cabo los siguientes pasos:

- *“Expulse todo el aire, metiendo el abdomen. Debe notar que la zona abdominal se hunde. Expulse todo el aire, favoreciendo este movimiento con la mano”.*
- *“Al final de la expiración, permanezca sin realizar movimiento alguno, de modo que no se produzca ninguna entrada de aire. Manténgase así unos segundos”.*
- *“Ahora inspire lenta y profundamente, concentrándose en el movimiento del abdomen y observando como su mano sube a medida que entra el aire en los pulmones”.*
- *“Mantenga el aire que acaba de entrar en los pulmones sin realizar ningún movimiento y, tras unos segundos, bote de nuevo el aire y repita la respiración”.*

5.2 Técnicas de relajación:

La relajación es un ejercicio fácil de aprender, que proporciona resultados altamente satisfactorios en el proceso de abstinencia. La práctica de técnicas de relajación ayudará al fumador a desarrollar habilidades para mantener la tranquilidad y evitar la irritabilidad en la resolución de problemas, así como el aprendizaje y respuestas adecuadas para enfrentar situaciones de alto riesgo que puedan provocar la recaída.

Los beneficios que puede obtener el fumador al hacer relajación son: una mejoría en el flujo sanguíneo, aumento de la temperatura corporal, mayor energía, músculos sueltos y relajados, paz mental, respiración profunda, disminución en el ritmo cardíaco y mejor oxigenación de la sangre.

La relajación muscular progresiva es un procedimiento sistemático donde la persona es entrenada para relajar simultáneamente grupos de músculos en las piernas, brazos, pies, cabeza, así como los músculos del pecho relacionados con la respiración.

Para iniciar la sesión se explica la importancia que tiene la respiración en la vida del ser humano, luego se procederá a realizar una técnica de relajación con su respectiva retroalimentación.

Sesión de relajación: Siéntese cómodamente en la silla, cierre los ojos, respire normalmente. Durante todo el ejercicio, se solicita que debe poner atención a la voz del instructor (Willian, K. ; 1972)

“Todo ruido que no sea mi voz viene y se va “.

Diríjase al fumador o al grupo de la siguiente manera:

“Estás confortablemente reclinado con los ojos cerrados. Todas las partes de tu cuerpo están cómodamente apoyadas en la silla de manera que no hay ninguna necesidad de tensar ningún músculo. Déjate llevar a lo máximo que puedas por el sentimiento de relajación”. (pausa)

“Ahora focaliza la atención en tu mano derecha y deja que desaparezca de ella cualquier tensión...Concéntrate en los músculos de tu mano derecha...puedes verlos...ve dejándolos sueltos, más y más sueltos. Deja que esos músculos se vuelvan muy, muy relajados, muy calmados, muy tranquilos...déjate llevar...continúa concentrándote en esos sentimientos y deje que esos músculos se suelten más y más... cuando estás relajado, tus músculos están muy sueltos, muy ligeros, muy calmados... déjalos que se suelten más y más.” (pausa)

“Ahora focaliza tu atención más arriba, en tu antebrazo derecho. Puedes sentirlo; concéntrate en esos músculos y deja que tu atención se focalice en esos sentimientos. Deja que tus músculos se relajen más y más, más y más relajados, profundamente relajados, sueltos, tranquilos... Si tu atención divaga, vuévela de nuevo a tus músculos relajados. Están muy alargados, muy tranquilos, muy relajados”. (Pausa)

“Ahora focaliza tu atención más arriba, en tu brazo derecho... A medida que concentras tu atención en esos músculos, los vas dejando más y más relajados, muy sueltos, muy calmados, muy tranquilos. Déjate llevar más y más profundamente. Si notas que tu atención divaga, vuelve a centrarla en esos músculos. Deja que esos músculos se vuelvan más y más largos, calmados, tranquilos... Déjate llevar por el sentimiento profundo de la relajación, sólo déjate llevar”. (pausa)

“Mientras continúas con todo tu brazo, antebrazo y mano derecha profundamente relajados, concéntrate en tu mano izquierda, deja que desaparezca de ella cualquier tensión... Concéntrate en los músculos, puedes verlos... Ve dejándolos sueltos, más y más sueltos. Deja que esos músculos se vuelvan muy, muy relajados, muy calmados, muy tranquilos... Déjate llevar... Continúa concentrándote en esos sentimientos y deja que esos músculos se suelten más y más... Cuando estás relajados tus músculos están muy sueltos, muy largos, muy calmados... Déjalos que se suelten más y más”. (pausa)

“Ahora focaliza tu atención más arriba, en tu antebrazo izquierdo; puedes sentirlo, concéntrate en esos músculos y deja que tu atención se focalice en esos sentimientos. Deja que tus músculos se relajen más y más, más y más relajados, profundamente relajados, sueltos tranquilos... Si tu atención divaga, vuévela de nuevo a tus músculos relajados. Están muy alargados, muy tranquilos, muy relajados”. (pausa)

“Ahora focaliza tu atención en tu brazo izquierdo. A medida que concentras tu atención en esos músculos los vas dejando más y más relajados, muy sueltos, muy calmados, muy tranquilos. Déjate llevar más y más profundamente. Si notas que tu atención divaga, vuelve a centrarla en esos músculos. Deja que esos músculos se vuelvan más y más largos, calmados, tranquilos... Déjate llevar por el sentimiento profundo de la relajación, sólo déjate llevar”. (pausa)

“Mientras continúas con tus brazos profundamente relajados concéntrate ahora en tu cara, deja que desaparezca de ella cualquier tensión... Concéntrate en los músculos de tu cara... Puedes verlos... Ve dejándolos sueltos, más y más sueltos. Deja que esos músculos se vuelvan muy, muy relajados, muy calmados; muy tranquilos... Déjate llevar... Continúa concentrándote en esos sentimientos y deja que esos músculos se suelten más y más ... Cuando estás relajado tus músculos están muy sueltos, muy largos, muy calmados... déjalos que se suelten más y más”. (pausa)

“Ahora focaliza la atención en el cuello, puedes sentirlo, concéntrate en esos músculos y deja que tu atención se focalice en esos sentimientos. Deja que tus músculos se relajen más y más, más y más relajados, profundamente relajados, sueltos tranquilos... Si tu atención divaga, vuévela de nuevo a tus músculos relajados. Están muy alargados, muy tranquilos, muy relajados”. (pausa)

“La relajación se extiende ahora por los brazos, toda tu cara, tu cuello y baja hacia los hombros... Nota como esos músculos se van soltando más y más, los vas dejando más y más relajados, muy calmados, muy tranquilos. Déjate llevar más y más profundamente. Si notas que tu atención divaga, vuelve a centrarla en esos músculos.

Deja que esos músculos se vuelvan más y más largos, calmados, tranquilos...Déjate llevar por el sentimiento profundo de la relajación, sólo déjate llevar". (pausa)

"Mientras continuas con tus brazos, cuello, cara y hombros profundamente relajados, concéntrate ahora en tu espalda y deja que desaparezca de ella cualquier tensión...Concéntrate en los músculos de tu espalda, puedes verlos ...Ve dejándolos sueltos , más y más sueltos. Deja que estos músculos se vuelvan muy, muy relajados, muy calmados, muy tranquilos ...Déjate llevar...Continúa concentrándote en esos sentimientos y deja que esos músculos se suelten más y más ...Cuando estás relajado tus músculos están muy sueltos, muy largos, muy calmados ...Déjalos que se suelten más y más". (pausa)

"Ahora focaliza tu atención en tu pecho, puedes sentirlo, concéntrate en esos músculos y deja que tu atención se focalice en esos sentimientos. Deja que tus músculos se relajen más y más, más y más relajados, profundamente relajados, sueltos tranquilos...Si tu atención divaga, vuévela de nuevo a tus músculos relajados. Están muy alargados, muy tranquilos, muy relajados". (pausa)

"Ahora focaliza tu atención más abajo, en tu estómago...A medida que concentras tu atención en esos músculos los vas dejando más y más relajados, muy sueltos, muy calmados, muy tranquilos. Déjate llevar más y más profundamente. Si notas que tu atención divaga, vuelve a centrarla en esos músculos. Deja que esos músculos se vuelvan más y más largos, calmados, tranquilos...Déjate llevar por el sentimiento profundo de relajación, sólo déjate llevar". (pausa)

"A menudo cuando estás muy relajado, sientes una pesadez en esos músculos y un calor suave. Deja que ese sentimiento te invada. Esa es una señal de que tus músculos se están relajando más y más...Deja que tus músculos se vuelvan más y más pesados, cálidos, relajados".

"La relajación se extiende ahora por tus brazos, toda tu cara, tu cuello, hombros, tu espalda, tu pecho, tu estómago, baja tu atención hacia tu pierna derecha y deja que desaparezca de ella cualquier tensión ...Concéntrate en los músculos de tu pierna derecha ...puedes verlos ...ve dejándolos sueltos, más y más sueltos. Deja que esos músculos se vuelva muy, muy relajados, muy calmados, muy tranquilos...Déjate llevar ...Continúa concentrándote en esos sentimientos y deje que esos músculos se suelten más y más...Cuando estás relajado tus músculos están muy sueltos, muy largos, muy calmados....Déjalos que se suelten más y más". (pausa)

"Ahora focaliza tu atención en tu pie derecho, puedes sentirlo, concéntrate en esos músculos y deja que tu atención se focalice en esos sentimientos. Deja que tus músculos se relajen más y más, más y más relajados, profundamente relajados, sueltos, tranquilos...Si tu atención divaga, vuévela de nuevo a tus músculos relajados. Están muy alargados, muy tranquilos, muy relajados". (pausa)

"Ahora focaliza tu atención en tu pierna izquierda...A medida que concentras tu atención en esos músculos los vas dejando más y más relajados, muy sueltos, muy calmados, muy tranquilos. Déjate llevar más y más profundamente. Si notas que tu atención divaga, vuelve a centrarla en esos músculos. Deja que esos músculos se vuelvan más y más largos, calmados, tranquilos...Déjate llevar por el sentimiento profundo de la relajación. Sólo déjate llevar. (pausa)

Ahora focaliza tu atención en tu pie izquierdo, puedes sentirlo, concéntrate en esos músculos y deja que tu atención se focalice en esos sentimientos. Deja que

tus músculos se relajen más y más, más y más relajados, profundamente relajados, sueltos tranquilos... Si tu atención divaga, vuélvela de nuevo a tus músculos relajados. Están muy alargados, muy tranquilos, muy relajados". (pausa)

"Concéntrate en los sentimientos de relajación. Si tu atención divaga, tráela de nuevo a esos sentimientos. Deja todo tu ser muy, muy relajado; muy tranquilo. Deja tus pies...tus piernas...tus muslos...tu estómago...tu pecho...tu espalda...tus hombros...tus brazos...tu cuello...tu cara, muy relajados, tus músculos están muy sueltos, muy tranquilos. Déjate llevar...déjate llevar por el estado profundo de la relajación, todas las partes de tu cuerpo están muy relajadas, muy cálidas, muy pesadas. No hagas nada, sólo déjate llevar. Deja que la respiración siga tu propio ritmo pesado, monótono, tranquilo. Déjate llevar más y más profundamente por la relajación".

"Ahora van a sentir su cuerpo sobre la silla y cuando estén preparados, van a abrir los ojos".

Luego de realizar la técnica se procede a retroalimentarla preguntando a los asistentes cómo se sintieron, que les pareció, quién quiere compartir su experiencia. Se rescatará lo más importante. Y luego se continuará con el tema del estrés (Willian, K.; 1972).

5.3 El estrés:

Según Vicente Caballo (1998), el estrés se conceptualiza como la respuesta biológica ante situaciones percibidas y evaluadas como amenazantes, ante las que el organismo no posee los recursos para hacerle frente adecuadamente.

Cuando se repite con demasiada frecuencia o intensidad, se puede convertir en un factor de riesgo importante para la salud.

Cuando una persona se enfrenta a situaciones estresantes, le es más fácil responder de una misma forma, aunque no sea sana, que intentar buscar una respuesta diferente, ya que ha habido un condicionamiento. Desde un punto de vista conductual, el sujeto empieza a evitar los estímulos del entorno que lo hacen sentir amenazado; empieza a ser menos flexible y menos sociable, más irritable, a sentirse más cansado y se agota fácilmente. Es muy probable que cambie su forma de ser con las personas que lo rodean, y si éstas últimas a su vez se le hacen saber, aumentará la sensación de malestar y tendrá que lidiar con un problema físico y con una tensión social, simultáneamente. El estrés puede manifestarse mentalmente como ansiedad e inquietud, o físicamente en las formas más variadas de tensión muscular o disfunción de cualquier sistema corporal.

Las actividades relajantes como ejercicio físico, masajes, caminatas, técnicas de relajación y baños de agua caliente, son excelentes recursos para enfrentar el estrés.

El fumador se somete a las mismas actividades laborales, personales y recreacionales a las que estaba acostumbrado a sobrellevar con el cigarrillo. En el momento en que estas situaciones aparecen, inmediatamente se establecerá una conexión con las programaciones establecidas, lo que de forma automática hace aparecer la necesidad del cigarrillo.

Es fundamental que los fumadores aprendan a identificar el estrés y utilicen estrategias para enfrentarlo. Otras alternativas pueden ser:

- **Afrontamiento inmediato:** Coloque los dedos sobre la cabeza, con los pulgares detrás, en la base del cráneo. Aplique un suave masaje en la base desde las orejas hacia el centro y al revés. Hágalo despacio, cinco o más veces.
- **Hombros:** Una toalla pequeña y una ducha pueden ayudarle a calentar el cuello tenso y los músculos de los hombros. El calor tranquiliza y cura; permanezca bajo la ducha con el agua razonablemente caliente con una toalla pequeña donde sienta dolor. Deje que el agua empape la toalla. Al retener el calor sentirá alivio. Aplique una toalla caliente directamente sobre la zona afectada hasta que desaparezca el dolor. Con los hombros relajados, incline la cabeza de tal forma que la oreja izquierda se aproxime al hombro correspondiente. Repita hacia el lado derecho. No le de vueltas al cuello; pase de una postura recta a cada una de las cuatro posiciones (derecha, atrás, izquierda, adelante), regresando a la postura erguida en cada ocasión.

Finalmente, la sesión se cierra con la exposición de los beneficios de las técnicas de relajación:

- Más alerta y más activo.
- Mayor capacidad para enfrentar la angustia.
- Se normaliza el pulso y la circulación.
- Desaparecen las cefaleas tensionales.
- Aumenta la concentración.
- Aumenta la capacidad creativa.
- Aumenta la tranquilidad y seguridad.

Técnicas utilizadas para aliviar la tensión:

- Respiración.
- Identificación de la tensión muscular.
- Técnicas de relajación dirigidas.

6. VI Sesión: Estilos de vida saludable

Objetivo	Contenido	Duración	Metodología	Materiales	Responsable
Conocer los beneficios del dejar de fumar para aumentar el apego a la abstinencia	Beneficios del dejar de fumar	30 minutos	Expositiva Participativa	Presentación de Power Point	Terapeuta
Conocer la importancia de la actividad física en la recuperación	Beneficios de la actividad física	30 minutos	Expositiva participativa	Presentación de Power Point	Terapeuta
Conocer la importancia de buenos hábitos de nutrición	Beneficios de una buena alimentación	30 minutos	Expositiva participativa	Presentación de Power Point	Terapeuta

El fumado es una enfermedad crónica, permanente, incurable, por lo tanto, y sobre todo en los primeros meses de la abstinencia, el fumador es ambivalente en su proceso de cesación, y continuamente arrecian en su mente pensamientos o recuerdos positivos asociados al consumo. Si la dependencia es muy severa y el síndrome de supresión es intenso, la lucha interna entre dejar de fumar y la necesidad irresistible de fumar hace tambalear continuamente la decisión de no fumar. Constantemente hay que reforzar en el fumador que por ninguna circunstancia puede fumar, ni siquiera una sola jalada, porque desata la compulsión al consumo. Su mente, con marcada insistencia, le trae pensamientos positivos asociados al consumo. Inculcar otro tipo de pensamiento, ideas positivas asociadas al cese, los beneficios de todo tipo, asociados al dejar de fumar, ayudar a sopesar el placer de fumar con los enormes beneficios de no fumar, y darle mayor peso al esfuerzo de no hacerlo. Una lista, que puede revisar cada vez que quiera fumar, con todos los beneficios puede ser muy estimulante para continuar con el esfuerzo de no fumar.

6.1 Beneficios al dejar de fumar:

- De la 2º a la 12º semana mejora al circulación sanguínea.
- A las 24 horas el pulmón empieza a limpiarse de moco y otras sustancias.
- A las 48 horas el CO será eliminado del cuerpo.
- A las 48 horas mejora significativamente el olfato y el gusto, mejora el gusto por las comidas.
- Mejora el apetito.
- A las 72 horas respirar es más fácil.
- De los 3 a los 9 meses mejora sustancialmente la función respiratoria.
- Al año se reduce al 50% el riesgo de un infarto.
- Favorece la eliminación de toxinas.
- Disminuye el riesgo de padecer de cáncer.
- A los 10 años el riesgo de cáncer de pulmón se reduce al 50%.
- A las pocas horas, la presión arterial, la frecuencia cardíaca y los niveles de oxígeno regresan a los valores normales.
- Aumenta el rendimiento físico.
- Fortalece los huesos y disminuye el riesgo de osteoporosis.
- Mejor calidad del sueño.
- Aliento fresco.
- Desaparece el olor a cigarrillo de su ropa.
- Luce mejor, sin manchas en dientes ni en dedos.
- Disfrutará más la vida sexual.
- Se sentirá más libre, con mayor control de sí mismo.
- Mejora la calidad de vida, más sensación de bienestar general.
- En las mujeres que toman anticonceptivos orales, se reduce el riesgo de ataques cardíacos, apoplejías o trombosis de las venas de las piernas.
- La menopausia no se va a adelantar.
- En las mujeres embarazadas disminuye el riesgo de aborto prematuro.

También disminuye el riesgo de bajo peso al nacer y el niño podrá crecer más sano.

- El organismo estará mejor preparado para hacer frente a cualquier enfermedad.
- Aumenta la eficacia de algunos medicamentos. (analgésicos, antiasmáticos, anticoagulantes).
- Desaparece la ansiedad de fumar al levantarse.
- En los hombres se normaliza la producción de espermatozoides.
- Elimina la angustia de no tener cigarrillos o de no poder fumar en sitios prohibidos.
- No se pone en peligro la salud de su familia o de personas “no fumadoras” que estén a su alrededor y no se violan los derechos individuales de éstos.
- Mejora la relación con los “no fumadores”.
- Ayuda a evitar la contaminación ambiental.
- Será modelo para sus hijos y disminuye el riesgo de que ellos fumen.
- Ahorrará mucho dinero. Si fuma un paquete al día que le cuesta unos mil colones, es un ahorro de más de 500.000 colones al año.
- Disminuye el ausentismo y el riesgo de accidentes laborales, a la vez que aumenta la productividad.
- Disminuye el riesgo de quemar cosas o hasta su casa.
- El fumador no será presa de las compañías tabacaleras, a las que les interesa más el aumento del capital que su salud y la de su familia. (Doll et al. 2004.; USDHHS 2004).

6.2 Actividad física

La actividad física se conceptualiza como los movimientos corporales producidos por los músculos que requieren un gasto de energía. Cuando la actividad física es repetitiva y organizada por un periodo fijo de tiempo para mejorar la salud física y mental, se le denomina ejercicio.

La actividad física es una forma eficaz para ayudar a los fumadores a dejar de fumar, ya que es un excelente recurso para aliviar los síntomas de abstinencia, principalmente el sueño, la tensión y el peso. La elaboración de un plan de ejercicios, debe considerar las necesidades de cada persona que desea practicar actividad física. En fumadores con patologías físicas es conveniente una valoración médica previa.

6.2.1 Propósitos de actividad física

- Adaptar un estilo de vida saludable.
- Aprender más sobre actividad física y salud.
- Disminuir el tiempo de las actividades sedentarias.
- Realizar al menos 30 minutos diarios de actividad física.
- Ser modelo para la familia, amigos y compañeros.
- Procurar que las actividades recreativas incluyan actividad física.

6.2.2 Cómo superar los obstáculos para realizar actividad física.

Obstáculo	Estrategia para superarlo
El ejercicio es muy duro	Escoger una actividad agradable y fácil de realizar.
No tengo tiempo	Son tres sesiones de 15 a 30 minutos cada semana.
No disfruta el ejercicio	Tener un pasatiempo o participar en juegos que impliquen movimiento.
Casi siempre estoy cansado para hacer ejercicio	Dígase a sí mismo "Esta actividad me dará más energía".
Me da miedo lesionarme	El realizar un programa de intensidad baja o moderada disminuye el riesgo de lesión.
No me gusta el ejercicio	La música mantiene la mente ocupada y hace el ejercicio menos aburrido. Busque a un familiar o amigo para que realice la actividad con usted.

Recomendaciones para iniciar un plan de ejercicio: (Abramson, S.; et al.; 2000)

6.2.3 Consejos para iniciar un plan de caminata:

- Si es para mejorar la salud del corazón, se recomienda caminar entre 20 y 30 minutos de tres a cuatro veces por semana.
- Para controlar el peso, se sugiere caminar entre 40 a 60 minutos cada vez.
- Para controlar el estrés, en cualquier momento que se realice es bueno.

6.2.4 Prácticas saludables de actividad física:

- Bicicleta.
- Hacer las compras caminando.
- Utilizar las escaleras en lugar del ascensor.
- Realizar caminatas, no menos de tres veces por semana.
- Practicar actividades recreativas como bailar o algún otro deporte.

6.3 Alimentación saludable

El cuerpo, para su adecuado funcionamiento, necesita gran variedad de nutrientes, los cuales se logran con una alimentación saludable. Los principios básicos sobre una alimentación saludable son:

- Comer en horas fijas, despacio, masticando correctamente.
- Controlar la cantidad de grasa.
- Eliminar la piel de pollo.
- Utilizar aceite para cocinar.
- Consumir menos azúcares.
- Consumo de frutas, verduras, vegetales y cereales integrales.

- Moderación en la ingesta de sal, azúcar y condimentos.
- Evitar comidas rápidas.
- Consumo diario de leche, queso o yogurt.
- No comer en abundancia.
- Comer despacio, masticar bien.
- Disfrutar de la comida.
- No comer entre comidas.
- No repetir.
- Mezclar leguminosas con cereales o verduras harinosas con arroz y frijoles.
- Acostarse con dos horas de ayuno como mínimo.
(Ministerio de Salud, 1997, 2000).

A continuación, se detallan los grupos de alimentos y las funciones de cada grupo en el organismo:

1. **Cereales, leguminosas y verduras harinosas:** Proporcionan los carbohidratos que dan energía para el funcionamiento del cuerpo y la proteína para construir y reparar los tejidos. Dentro de los cereales y leguminosas se encuentra el arroz, los frijoles, las lentejas y los garbanzos.
2. **Vegetales y frutas:** Proporcionan las vitaminas y los minerales necesarios para regular las funciones del cuerpo. Se recomienda consumirlas por lo menos tres veces al día.
3. **Productos de origen animal:** constituyen una buena fuente de nutrientes, principalmente de proteína de buena calidad, hierro, calcio, vitamina A, B12 y grasa. Es necesario el control en el consumo de estos productos de origen animal por ser la única fuente de colesterol. Se recomienda consumirlos en cantidades moderadas.
4. **Grasas y azúcares:** Se recomienda el consumo de alimentos de este tipo en pequeñas cantidades. La grasa contienen sustancias esenciales que el cuerpo necesita, por lo que no se recomienda eliminar totalmente.

6.3.1 Los alimentos como fuente de energía:

La energía que el cuerpo humano necesita para vivir y ser productivo se obtiene de los alimentos. En nutrición, la energía se mide por unidad que se denomina caloría (cal). Se recomienda que toda persona mantenga un balance entre la energía que obtiene a través de los alimentos y la energía que gasta (equilibrio energético). El requerimiento de energía de un individuo se debe calcular de acuerdo con el sexo, edad, estatura, estado fisiológico (niñez, embarazo, lactancia), clima, actividad física y tipo de trabajo que realiza.

Los alimentos son fuente de energía, unos con un mayor porcentaje que otros. Los carbohidratos y las proteínas contienen 4 calorías por gramo y las grasas 9 calorías por gramo. Las vitaminas y los minerales no aportan calorías. Las grasas, azúcares, cereales, leguminosas y verduras son una buena fuente de energía.

El siguiente cuadro presenta el contenido energético de algunos alimentos:

Alimento	Contenido energético por 100 gramos (calorías)
Aceite	884
Manteca	871
Margarina	753
Mantequilla	743
Azúcar	384
Arroz *	364
Macarrones*	344
Frijoles*	337
Bistec*	244
Pan de bollito	243
Plátano maduro	122
Papa	75
Leche fluida	65
Naranja	42

(*) peso en crudo.

Fuente:Tabla de composición de alimentos Centroamérica. (INCAP-OPS, 1994).

6.3.2 Información básica sobre algunos nutrientes:

La siguiente información pertenece al libro Cocina Saludable, de la Escuela de Nutrición de la Universidad de Costa Rica .

- **Grasa:** Es un nutriente necesario para el organismo. Le brinda energía y forma parte de los tejidos del cuerpo y sirve para transportar vitaminas como la A, D, E K y otras sustancias claves para mantener la salud. Un consumo excesivo de este nutriente sumado a la obesidad, sedentarismo, fumado y una alimentación inadecuada, puede provocar la aparición de enfermedades del corazón, diversos tipos de cáncer y diabetes. La grasa se encuentra en el aceite, manteca de cerdo, manteca vegetal, embutidos, mantequilla, margarina, carnes, repostería y productos lácteos como natilla, queso, crema y quesos amarillos.

- **Colesterol:** Es un tipo de grasa que se encuentra en la sangre. Se obtiene de los alimentos de origen animal y del propio organismo. Se encuentra en la yema del huevo, hígado, mariscos, embutidos, menudos de pollo y productos lácteos. El colesterol bueno se refiere al unido a lipoproteínas de alta densidad (HDL), que atrapa el colesterol circulante para llevarlo al hígado para la producción de hormonas y otros compuestos. Es decir, el HDL ayuda a disminuir el colesterol circulante. Por el contrario, el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (LDL) transporta el colesterol

del hígado a la sangre. Cuando los niveles de LDL son altos, acumulan el colesterol en la sangre. Cuando esta situación persiste por tiempo prolongado, provoca aterosclerosis y otros problemas circulatorios. Con ejercicio físico y una alimentación adecuada se pueden aumentar los niveles de HDL en la sangre y reducir los niveles de LDL.

- **Sodio:** Es un mineral que ayuda a que el organismo funcione adecuadamente, pero en grandes cantidades favorece la aparición de hipertensión arterial. El sodio se encuentra en la sal, ajinomoto, salsas chinas, tomate y consomés.

- **Fibra:** Es parte de las verduras, frutas, leguminosas y cereales integrales que no se pueden digerir, por lo que favorece el movimiento intestinal. Evita el estreñimiento, hemorroides y algunos tipos de cáncer. La fibra se encuentra en los pejíbayes, pan integral, frijoles, guayaba, avena integral, afrecho, naranja, maíz y brócoli.

6.3.3 Beneficios de una alimentación saludable:

- Menor riesgo de enfermedades cardiovasculares.
- Mayor resistencia para combatir enfermedades e infecciones.
- Menor sobrepeso u obesidad.
- Mayor aceptación de sí mismo.
- Mayor control y superación del estrés.
- Más energía y vitalidad.
- Menor irritabilidad, nerviosismo y depresión

7.VII Sesión: Recaída

Objetivo	Contenido	Duración	Metodología	Materiales	Responsable
Conocer los principales factores de riesgo de recaída para actuar apropiadamente	Recaída en el fumador	1 hora	Expositiva Participativa	Presentación de Power Point	Terapeuta
Discusión del tema recaída	Recaída	1 hora	Participativa	Grupo	Terapeuta

7.1 Recaída en fumado:

En los programas de tratamiento para dejar de fumar, se ha encontrado que lo más difícil de lograr es el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo. El dejar de fumar es un proceso dinámico, que implica aprender a vivir sin el cigarrillo. Son frecuen-

tes los repetidos ciclos de abstinencia y recaída. La recaída es parte de la enfermedad adictiva al tabaco; por eso, la mayoría de los fumadores hacen varios intentos antes de dejar definitivamente el cigarrillo.

Independientemente del tipo de tratamiento que se utilice para dejar de fumar, la mayoría de los fumadores tienden a recaer en los tres primeros meses posteriores al cese, por lo tanto, es necesario desarrollar estrategias que prevengan y minimicen el riesgo de recaída (Schiffman, S.; 1984, 1986).

En el tratamiento de la recaída es importante la anticipación de las situaciones de alto riesgo, asociadas a la probabilidad de recaer, para que el fumador comprenda que la recaída es una amenaza constante, que puede superarse a través de un programa de mantenimiento. Múltiples factores se han asociado a la recaída (Baer, J.; Lichtenstein, E.; 1998, Marlatt, G.; Gordon, J.; 1988):

7.2 Factores situacionales

En este enfoque se considera que la recaída ocurre en la intersección de una situación provocadora y una deficiente respuesta de afrontamiento. Los principales precipitantes situacionales son: afecto negativo o positivo, tiempos de comida, sustitutos de la comida, consumo de alcohol, situaciones sociales y aburrimiento.

7.2.1 Afecto

Situaciones que implican un afecto negativo o positivo se asocian con la reanudación del consumo, por ejemplo, la muerte de un familiar o problemas en el trabajo. En estos eventos el fumador utiliza los cigarrillos para enfrentar dichas situaciones. De igual forma, los sentimientos positivos de relajación o felicidad son propiciadores del consumo de tabaco. El reinicio al consumo puede producirse en una situación interpersonal con el propósito de incrementar sentimientos de alegría y felicidad.

7.2.2 Tiempos de comida

Es una causa habitual de recaída y un estímulo frecuente para fumar. Por estímulos condicionados el fumar cigarrillo esta intensamente ligado a los tiempos de comidas.

7.2.3 Sustitutos de comer

Con frecuencia, el cigarrillo se utiliza para disminuir el apetito o para mantener o disminuir el peso. La variación en el peso se debe a los efectos estimulantes dopaminérgicos centrales de la nicotina que bloquean el apetito, control de la ansiedad y del ánimo, aumento del metabolismo por las catecolaminas, y además, los múltiples componentes del cigarrillo bloquean las papilas gustativas y olfativas disminuyendo el placer por las comidas.

El aumento de peso, en algunos fumadores, principalmente las mujeres, constituye un factor de riesgo para la recaída.

7.2.4 Consumo de alcohol

El consumo de bebidas alcohólicas facilita el fumar, ya que, bajo los efectos del alcohol, se estimula el deseo de fumar y se inhiben las respuestas de afrontamiento. Además, existe una fuerte asociación entre tomar bebidas alcohólicas y fumar, y por otra parte, en los lugares de consumo de bebidas alcohólicas ocurre una amplia exposición ambiental al cigarrillo.

7.2.5 Situaciones sociales y la presencia de otros fumadores

El ambiente social del fumador, sobre todo en los primeros meses, es un factor de riesgo para la recaída. Si la personas cercanas al fumador en el ambiente laboral o familiar fuman, y todavía más grave, si es el conyugue, la incitación al fumado es mayor. En estos casos es muy recomendable el apoyo familiar, pidiéndoles a los fumadores que fumen fuera de la casa. Por otra parte sentimientos de torpeza o angustia en determinadas situaciones sociales puede activar el deseo de fumar en un intento de lidiar con el conflicto. Ante estas situaciones, es necesario evaluar las situaciones de riesgo, si es muy intenso el riesgo evitarlas, de lo contrario, practicar conscientemente la asertividad para rechazar el ofrecimiento de cigarrillo o para desligarse de las situaciones en las que no pueda manejar el deseo de fumar. Obviamente esto es más difícil al inicio y progresivamente va a ser más fácil.

7.2.6 Aburrimiento

Por un efecto de condicionamiento conductual, muchos fumadores aprender a lidiar con sus estados de cansancio estimulándose con un cigarrillo. De igual manera cuando no tienen algo con que distraerse o divertirse lo primero a mano para sentirse bien es un cigarrillo. El acto de encender un cigarrillo, manipular el paquete de cigarros y activarse con la nicotina sirve muchas veces para enfrentar el aburrimiento.

7.3 Factores fisiológicos

El tabaco puede utilizarse para hacer frente a los estados físicos y fisiológicos negativos, como el dolor, malestar, fatiga o la sintomatología de la abstinencia que se produce al dejar de fumar. Los síntomas de la abstinencia física producidos por la ausencia de nicotina son factores muy fuertes para la recaída. El conocimiento por parte del fumador de cuáles son los principales y más probables síntomas de abstinencia, de su duración y de su tratamiento, disminuye el riesgo de recaída. En algunos fumadores, la intensidad de los síntomas los hace pensar que eso nunca va a pasar. La certeza de que es algo transitorio, manejable y parte del proceso de desintoxicación, les ayuda a enfrentarlo. Los factores fisiológicos que median la recaída están estrechamente relacionados con los factores psicológicos y situacionales de cada sujeto.

Por otra parte, el tabaco tiene un claro efecto psicoactivo de tipo estimulante y relajante. Algunos fumadores utilizan el tabaco en la búsqueda de experiencias placenteras, relajantes, para mejorar la atención, la concentración, y para favorecer la evacuación. Estos efectos tienen una base neuroquímica mediada por dopamina,

norepinefrina, serotonina, acetilcolina y opiáceos (Molero, C.; et al.; 2005). Las alternativas no farmacológicas o nicotínicas que pueden estimular al organismo y favorecer la relajación y tránsito intestinal deben estimularse al máximo para evitar que estas alteraciones estimulen el consumo y activen una recaída.

7.4 Factores psicológicos

Aparte del efecto placentero y de relajación del cigarrillo, el fumar se ha asociado al alivio de molestias físicas y emocionales. El fumador aprende emocionalmente la importancia de fumar ante la presencia de determinadas 79 emociones, sentimientos y circunstancias. La repetición prolongada de estas asociaciones establece una dependencia psicológica entre la necesidad de fumar, el alivio y la capacidad del sujeto para enfrentar determinadas situaciones. Al dejar de fumar, las emociones displacenteras o las dificultades para lidiar con ciertas circunstancias puede reactivar intensamente el deseo de fumar.

Los factores psicológicos se conceptualizan como los factores interpersonales e intrapersonales que precipitan el fumar otra vez. El estado emocional en el que se encuentre el individuo en ese momento, el grado de seguridad y confianza para enfrentar una situación de riesgo o la carencia de estrategias de afrontamiento asertivas, son algunos factores individuales que pueden desencadenar una recaída.

Los estados emocionales displacenteros son una causa principal de recaída; los sentimientos de tristeza, tensión, temores, depresión y las preocupaciones se asocian con fumar y, por ende, con las recaídas. No obstante, la variedad de estados emocionales que conducen a la recaída, el estrés y la depresión son los más frecuentes.

7.4.1 El estrés

Los fumadores utilizan el fumar como una herramienta psicológica. El efecto estimulante y relajante en situaciones de alto riesgo es interpretado como una herramienta para hacer frente a determinadas situaciones. En condiciones de estrés la respuesta de afrontamiento será fumar, si no hay otra respuesta de afrontamiento bien establecida. En el proceso de recuperación será necesario identificar las situaciones más asociadas al fumado (disparadores) y anticiparse con estrategias cognitivas y conductuales para enfrentar esos momentos.

7.4.2 La depresión

Los síntomas depresivos están estrechamente relacionados con la recaída. Por el efecto dopaminérgico de la nicotina, su capacidad para hacer sentir bien a la persona es muy alta. Las personas con síntomas depresivos, al entrar en contacto con la nicotina van a darle a esta experiencia un relevancia mucho mayor, que otra persona sin este tipo de problema. El alivio del malestar emocional potencia con creces su potencial adictivo. De igual manera, en el cese del fumado, los fumadores depresivos o con síntomas depresivos van a tener mayor dificultad para dejar el cigarrillo por constituir una auto-prescripción para su malestar emocional. Por otra parte, a las personas deprimidas les cuesta más dejarlo porque tienen un menor sentido de auto-eficacia

relacionada con el abandono. Posterior a una recaída, el fumador deprimido tiene más probabilidades de fracasar en un intento de abandono. Además de que los recursos psicológicos están disminuidos para enfrentar la recaída, los síntomas depresivos del paciente se agravan en la abstinencia por la carencia del efecto estimulante de la nicotina.

7.5 La auto-eficacia

El sentido de auto-eficacia es un importante factor mediador entre el abandono y el mantenimiento de la abstinencia. La auto-eficacia se refiere a la capacidad percibida para mantenerse en abstinencia y afrontar de manera exitosa situaciones de alto riesgo. Se ha encontrado que el sentido de auto-eficacia permite predecir la capacidad de mantenerse en abstinencia, a los cinco meses después de abandonar el consumo de tabaco. La auto-eficacia se determina por el historial personal referente a éxitos y fracasos.

De acuerdo al historial del fumador respecto a sus intentos anteriores y factores de recaída, se puede valorar qué tan eficaz se siente para tener éxito. Un replanteamiento cognoscitivo de su conducta tabaquista, un enfoque diferente de las recaídas, nuevas estrategias de cesación y el soporte terapéutico individual, grupal, familiar, social y farmacológico pueden aumentar de manera significativa el sentimiento de auto-eficacia y mejorar el éxito en el programa (Shiffman, S.; 1986).

7.6 Las expectativas del fumador

La conducta de fumar y las expectativas asociadas a este comportamiento es otra variable importante tanto en el consumo regular como en la recaída. El tipo de expectativa (positiva o negativa) que se tiene al consumir tabaco influye en el riesgo de recaída. Cuando se tiene expectativas positivas, imágenes o pensamientos agradables asociados al fumado, las probabilidades de recaída son mayores. Por el contrario, una mayor conciencia de lo que implica el fumar, en un ambiente terapéutico que refuerza la calidad de vida y los aspectos positivos del no fumar, aumenta las expectativas negativas del fumar, reduciendo el porcentaje de recaídas (Becoña, E.; 1997). Un cambio cognitivo total con respecto a la conducta de fumar, para llegar al convencimiento de que es una enfermedad crónica, incurable, progresiva y que está asociada a innumerables consecuencias negativas, y que la única alternativa viable y posible es no fumar, puede desestimular considerablemente el deseo de fumar de nuevo.

7.7 La atribución de causalidad

Hacen referencia a la percepción que la persona tiene de la causa que provoca el primer consumo, después de un período de abstinencia. Cuando la causa del consumo se atribuye a factores estables, internos y globales, registrados como incontrolables, por ejemplo, pensar que no se tiene la fuerza de voluntad, que se es un fracaso, que no va a poder, la probabilidad de consumir es mayor que si la atribución se realiza a variables inestables, externas y específicas, como por ejemplo, fue un error momen-

táneo ante una situación de peligro, no debí tomar tragos, no estaba preparado para ir a una fiesta.

Es necesario diferenciar en este modelo los términos caída y recaída. La caída es un consumo puntual o un desliz; algunos le llaman un tropiezo. En los primeros días o semanas de abstinencia es frecuente que el fumador fume algún cigarrillo o le dé unas jaladas, motivado por la fuerte insidia en el período de supresión, la exposición a situaciones ambientales de riesgo o la experimentación de síntomas emocionales muy molestos. Un tropiezo hay que tomarlo con cuidado y hacer de lo sucedido una experiencia de aprendizaje, no ver el punto negro en la hoja blanca, sino todo lo contrario, validar el esfuerzo y resaltar los logros y la capacidad para continuar en el proceso. Si no se está cerca del fumador para detectar un tropiezo y retomar el tratamiento, fácilmente puede tornarse en una recaída, es decir, en un restablecimiento del patrón habitual de fumado (Montañes, R; Ochoa, G.; 1992).

Ante ciertas atribuciones se puede generar reacciones emocionales de culpabilidad y autocrítica, que minan la capacidad del sujeto de enfrentar la situación. En el proceso terapéutico es recomendable disminuir la influencia de los factores percibidos como incontrolables (Marlat, G.; Gordon, J.; 1988), haciéndole ver al fumador que es totalmente normal y esperable que le cueste mucho dejar de fumar y que tropiece con el cigarrillo una o varias veces, pero qué, si se mantiene con una actitud positiva de enfrentar las motivaciones internas o externas que están desencadenando el consumo, es posible lograrlo. La cercanía terapéutica es esencial para detectar y resolver estos contratiempos en el proceso de cese.

7.8 Falta de estrategias y destrezas de afrontamiento

Los fumadores en proceso de recuperación que pongan en práctica adecuadas habilidades de afrontamiento (cognitivas y/o conductuales) tienen mayor probabilidad de mantenerse abstinentes. El afrontamiento cognitivo implicará una actividad mental, es un pensar diferente. Percibir la adicción como una enfermedad tratable y no como un mal hábito, conocer cómo opera la dependencia, la recaída, cuáles son sus riesgos, así como la mejor manera de afrontar los riesgos, aumenta la capacidad de mantenerse en abstinencia. El afrontamiento conductual se refiere a los cambios en las conductas asociadas al fumado, para reducir la estimulación por aprendizaje asociativo. Hacer un inventario de cuáles son las situaciones más asociadas al fumado, y anticipar estrategias alternativas de afrontamiento, harán las cosas más fáciles. La no utilización de respuestas de afrontamiento en situaciones de alto riesgo aumentará la probabilidad de un desliz o caída (Becoña, E.; 1997).

El reforzamiento constante del sentido de auto-eficacia aumenta el éxito. Esto debe partir primero el equipo terapéutico, el cual, en todo momento, hace valer un sentimiento de gran esperanza y fe en que la capacidad del sujeto para poder lograrlo; y conceptúa el éxito de manera diferente. El proceso de cesación es un proceso largo, difícil y lleno de obstáculos, de manera que cualquier disminución en el consumo, cualquier intento o el mismo apego al programa es suficiente indicación de que las cosas se están haciendo bien, y cada una de ellas es un logro, un peldaño para alcanzar el éxito.

Se pueden utilizar las estrategias de control de estímulo, como eliminar todos los cigarrillos de la casa o en del trabajo, eliminar ceniceros, o conductas muy aso-

ciadas al fumar como beber café o alcohol. El afrontamiento inmediato, como comer frutas cuando se desea fumar, hacer ejercicios de respiración o cualquier actividad distractora son estrategias efectivas para resistir fumar cuando se presenta el deseo. El afrontamiento inmediato se ha considerado como un indicador positivo del éxito en crisis de recaída.

Los procesos de recaída son precedidos por circunstancias precipitantes y reacciones consecuentes. En un proceso de recaída puede darse como secuencia básica los siguientes acontecimientos:

1. El fumador experimenta una sensación de control mientras se mantiene abstinentemente. Es importante que en una situación de alto riesgo, logre dar una respuesta de afrontamiento eficaz, tanto cognitiva como conductual, para disminuir el riesgo de recaída. Mantener la expectativa de controlar situaciones sucesivas de alto riesgo de forma eficaz, demuestra que el fumador ha aumentado la percepción de auto-eficacia.

2. El sujeto no afronta con éxito una situación de riesgo. Las causas pueden ser no reconocer la situación como peligrosa, no haber adquirido capacidades de afrontamiento y la poca motivación. Todo esto disminuye el sentido de autoeficacia. Entre menor sea el sentido de auto-eficacia en situaciones de alto riesgo, mayor es el riesgo de recaída. Si la situación incluye la tentación de consumir para afrontar el estrés, en combinación con expectativas positivas de consumir, hay una probabilidad mayor de recaída (Becoña, E.; 1989).

3. La persona fuma y experimenta una reacción cognitivo-afectiva, con respecto al consumo llamada "Efecto de Violación de la Abstinencia" (EVA). Esta reacción consiste en una respuesta afectiva negativa tras un nuevo consumo, que se presenta cuando hay un fuerte compromiso de abstinencia, asociado a cambios personales y de ambiente para conseguirla y mantenerla (Marlatt, G.; Gordon J.; 1986).

El sentimiento de fracaso para consigo mismo y para con los demás por haber fallado puede tener un efecto emocional devastador si el fumador no sabe cómo enfrentar esto. La falta de comprensión de la recaída y de su adecuado manejo pueden disminuir considerablemente el sentido de auto-eficacia y hacer de la caída el reinicio de un fumado continuo.

Según Marlatt (1985), el paso de un consumo aislado a una recaída no es lineal y depende del EVA y de inhibidores situacionales (presencia de observadores, disponibilidad, etc.). El EVA es el común denominador en los procesos de recaída porque lleva implícito dos elementos cognitivos-afectivos. Un efecto de disonancia cognitiva, donde el fumar de nuevo es disonante con la definición cognitiva que se tiene como abstinentemente; crea un estado emocional negativo de conflicto y culpa que se reduce al repetir la conducta adictiva y reestructurar cognitivamente la autoimagen de fumador. Un efecto de atribución personal (culpase como causa de la recaída) es atribuible a una debilidad interna y fallas personales. La atribución de inhabilidad personal para el control de la recaída, lleva a disminuir la resistencia a futuras tentaciones (Míguez, M.; et al.; 1997).

La teoría del aprendizaje social considera que, en las recaídas, se dan tres tipos de factores de riesgo que se clasifican en: 1. permanentes, como lo son las características personales (factores estables); 2. las variables procedentes o de fondo, que son las variables de instauración lenta (estrés) y del entorno (cohesión familiar),

3. los acontecimientos precipitantes, como la presión social o el incremento en la disponibilidad (Andy, M.; et al.; 2006,).

Los estudios sobre recaída señalan que no existe un patrón único de recaída. Las situaciones de recaída asumen características distintas en cada fumador, por lo que es necesario individualizar los momentos en que se experimentaba más tentación, cuándo se fumaba, con quiénes y en qué ocasiones (Montañes, R.; et al.; 1992, Becoña, E.; 1989).

7.8.1 Recomendaciones para evitar la recaída

- Identificar las causas posibles de consumo (disparadores), por ejemplo, pensamientos o imágenes agradables asociadas al fumado o situaciones de estrés.
- Trabajar los sentimientos de culpa al consumir, analizar qué situaciones precipitaron el consumo y solicitar ayuda.
- Aprender a no asumir problemas ajenos que generen estrés, depresión y ansiedad.
- Asociar el consumo de tabaco con experiencias negativas para bloquear el deseo de fumar.
- Reconocer las situaciones tensas para tener una respuesta específica de afrontamiento (cognitivo y conductual).
- Tener estrategias preestablecidas para cuando se sienta mal.
- Anticipar las situaciones difíciles de enfrentar que implican un afecto negativo o positivo en la reanudación del consumo de tabaco.
- Bloquear los pensamientos negativos y anteponer los positivos.
- Asistir a las sesiones de seguimiento de exfumadores.
- Buscar ayuda terapéutica individual, grupal, familiar, social o farmacológica.
- Tener presente que puede acudir al líder del grupo o al terapeuta.

8. VIII Sesión: Seguimiento

Objetivo	Contenido	Duración	Metodología	Materiales	Responsable
Conformación del grupo de seguimiento	Importancia de continuidad en el tratamiento	Un hora	Participativa		Terapeuta Exfumadores

8.1 Continuidad de tratamiento

En los programas de tratamiento de las dependencias a sustancias, una de las variables de éxito más importantes es la continuidad de tratamiento. La dosis inicial

intensiva de motivación y de tratamiento debe recibir un refuerzo constante para sostener los logros. Dada las características de la conducta de dependencia el tratamiento es más intensivo cuando es más necesario por la intensidad de los síntomas, al menos semanal los primeros cuatro semanas, luego quincenal por cuatro sesiones más. Los tres primeros meses son los más difíciles para el fumador, y es lo que dura en promedio el síndrome de supresión física. Después de este tiempo, es importante sostener los logros, reforzar auto-eficacia y motivar a una recuperación integral reforzando una buena calidad de vida. Es recomendable un programa de seguimiento de por lo menos un año con sesiones mensuales después de la etapa aguda. Antes de un año de abstinencia se considera un exfumador reciente, y después de un año un exfumador, en este momento los riesgos de recaída son mucho más bajos.

El grupo de seguimiento busca un encuentro regular para fortalecer las destrezas y habilidades de los participantes, con el propósito de mantenerse en abstinencia, así como compartir, en un ambiente de camaradería y solidaridad, las mejores estrategias de recuperación, y también, constituir un grupo de soporte y apoyo continuo para los nuevos miembros que ingresen al grupo.

El grupo de seguimiento puede ser liderado por cualquier miembro del equipo. Sí es necesaria una buena relación terapéutica, de confianza, empatía y respeto para ir enfrentando grupalmente con el líder las dificultades de la recuperación.

8.2 Fumadores Anónimos

Sino no es posible organizar un grupo de seguimiento con parte del proceso de tratamiento, otra alternativa es que los fumadores se reúnan entre ellos mismos y practiquen la filosofía de los doce pasos de Fumadores Anónimos (FA), la cual utiliza los mismos principios y estrategias de Alcohólicos Anónimos. El programa fue solicitado a la sede central en los Estados Unidos. A continuación se transcriben los fundamentos y principios del programa, tal y como lo presentan los Fumadores Anónimos (Programa de Fumadores Anónimos, traducción IAFA, 1998.).

8.2.1 ¿Qué es Fumadores Anónimos?

Fumadores Anónimos (FA) es una comunidad de personas que tienen el mismo problema de la dependencia al tabaco. Hemos encontrado una solución, una manera de vivir y de crecer sin la nicotina. Compartimos esto *libremente entre todos y con todos los que quieren unirse a nosotros.

Sabemos que la nicotina es una sustancia que altera, en forma poderosa, la mente y el estado emocional, y que el deseo intenso hacia ella puede volver en cualquier momento. Muchas personas que dejaron de fumar durante años nuevamente volvieron a fumar. Por eso, nosotros nos reunimos con frecuencia para evitar caer de nuevo en la dependencia.

8.2.2 ¿Qué son las reuniones de F.A.?

Las reuniones de F.A. consisten en la asociación de dos o más personas que comparten el común deseo de estar libres de la nicotina. La gente comparte sus ex-

perencias, sus esfuerzos y su esperanza. Mientras se abstienen de la nicotina, aprenden lo que otros experimentaron y cómo utilizar el programa de F.A. para mantenerse “libres de la nicotina”.

En la reuniones, introducimos los “doce pasos de la recuperación “. Estas etapas sugieren un enfoque espiritual que puede usarse para derrotar muchos problemas de la vida diaria, así como la dependencia a la nicotina. Debido a la tradición del anonimato, los miembros encuentran en las reuniones un lugar seguro para compartir sus problemas y sentimientos. Se hacen amigos, se intercambian números de teléfono, los padrinos ayudan al programa. Lo más importante es sentir que no estamos solos en nuestra batalla contra la nicotina.

8.2.3 ¿Quién pertenece a F.A.?

Toda persona que tenga el deseo de dejar el fumado puede unirse a F.A. Este es el único requisito. Somos de varias nacionalidades, raza, sexo, ocupaciones, ingreso, religión y otros.

Cuando nos reunimos como miembros de F.A. rara vez notamos esta diferencia, porque nos encontramos con nuestro deseo en común: vivir libres de nicotina.

8.2.4 ¿Cómo ayuda F.A.?

A todos los miembros de F.A. se les anima a que no fumen “por el día de hoy”. Al mantener nuestro cuerpo libre de nicotina comenzamos a cuidar parte de nuestra enfermedad.

Al usar los doce pasos para la recuperación, empezamos a comprender nuestras ideas y sentimientos para cimentar una base espiritual fuerte, hacia una vida útil y feliz.

8.2.5 ¿Los jóvenes se reúnen en F.A.?

La dependencia a la nicotina afecta a las personas de todas las edades. Hay muchos jóvenes y adultos que se benefician de F.A. Aquí todos son bienvenidos, “fumadores principiantes y maduros”.

8.2.6 ¿Cuánto cuesta participar?

Ningún miembro puede aceptar dinero por la ayuda a los nuevos miembros o por cualquier otro servicio no profesional para F.A.

El pago que se da por estos servicios es nuestra permanente libertad de la nicotina.

8.2.7 ¿Qué puede hacer la familia de un fumador?

Las investigaciones demuestran que un fumador afecta al que no fuma. Mientras el individuo fuma, los miembros de la familia no saben cómo prestarle ayuda.

Cuando el fumador dejar esta dependencia, generalmente se produce una serie de respuestas emocionales exageradas, por los que son necesarios ciertos ajustes.

En 1989 se inició en Estados Unidos un programa denominado Nicanon para enfocar las necesidades de las familias y amigos de los dependientes a la nicotina.

8.2.8 ¿Quién dirige F.A?

Los miembros de F.A. se gobiernan por medio de grupos autónomos, los cuales determinan su propia estructura y las propias características de sus dirigentes. Independientemente de otras reuniones, estas agrupaciones son guiadas por las “doce tradiciones” y por su conciencia de grupo.

Para que los grupos se ayuden entre sí, existe la coordinación intergrupala, tanto local como estatal, para proveer servicios y literatura.

Con el fin de unificar mundialmente los grupos de F.A, se estableció una Oficina de Servicios Mundiales en San Francisco, California, la cual colecciona, publica y distribuye toda la literatura de F.A.; también organiza un encuentro o reunión anual de los grupos de F.A y actúa como guardián de los “doce pasos” y de las “doce tradiciones”.

8.2.9 ¿Qué no hace F.A.?

- F. A. no capacita a los miembros como líderes o dirigentes. Es sólo para aquellos que deseen liberarse de la dependencia a la nicotina.
- F.A. no acepta dinero de fuentes externas. La financian los mismos miembros.
- F. A. no es una organización religiosa. Los miembros tienen sus propias ideas acerca de la vida.
- F.A. no es una organización médica. No se dan medicamentos ni consejos psiquiátricos.
- F.A. no dirige ningún hospital, pabellón ni tiene servicios de convalecencia.
- F.A. no está afiliado a ninguna organización. Algunos miembros trabajan para ciertas organizaciones, pero no como representantes de F.A.
- F.A. no revela el nombre de sus miembros. Nuestra tradición establece que “Necesitamos el anonimato en la prensa, radio, televisión, películas.” Tampoco los miembros divulgan lo que se dice en las reuniones.

8.2.10 Los doce pasos de F.A.

Paso N° 1.

“Admitimos que éramos impotentes ante la nicotina, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables”.

Quando admitimos que éramos impotentes ante la nicotina, inmediatamente abrimos la puerta para recibir ayuda, abrimos la mente deseosos de aceptar la confianza en un Poder Superior más grande que nosotros mismos.

Para algunas personas, esto es difícil de comprender, pero si no fuéramos impotentes ante la nicotina, podríamos controlar nuestro fumado; sin embargo, no lo podemos hacer.

La segunda parte de este paso, “que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables”, es fácil de probar. Si dejamos de fumar durante unas horas, por voluntad

propia, pronto comprenderemos qué ingobernable se vuelve nuestra vida. El deseo vehemente por un cigarrillo comienza a tomar control de nosotros y nos sentimos inútiles hasta que obtenemos ese cigarrillo.

Paso N° 2

“Llegamos al convencimiento de que sólo un Poder Superior a nosotros mismos podría devolvernos la salud”.

Este paso considera que hay un “Poder Superior” a nosotros mismos, que llamamos Dios. Si no creemos en ese Poder, es importante que por lo menos, tengamos la mente abierta.

Quizá, en alguna oportunidad, le hemos podido ayuda a Dios en momentos de necesidad y la hemos recibido.

Este paso implica llegar al convencimiento que sólo Dios podría hacer algo por nosotros. Si creemos que Él nos dio la vida, entonces podemos creer que Él nos ayudará a vivir como seres humanos sanos. Si tenemos incluso fe de que Él puede y nos ayudará, esto nos abrirá la puerta.

“Devolvernos el sano juicio”, ¿De qué deterioro de la salud debemos restaurarnos? A propósito, inhalamos en nuestros pulmones un alcaloide venenoso llamado nicotina. Se ha comprobado que el efecto que produce esta inhalación en nuestro organismo es dañino para nuestra salud, y sin embargo continuamos fumando.

Paso N° 3.

“Decidimos poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios, tal como nosotros lo concebimos”.

Si le dejamos a Dios el cuidado de nuestra vida y si tratamos de eliminar algo que es dañino para nuestra existencia, como lo es la nicotina, entonces estamos seguros de que Él nos ayudará.

En estos tres primeros pasos, abrimos la puerta a la ayuda de un “Ser Superior” a nosotros mismos, que estará siempre a nuestro lado y nos ayudará si voluntariamente nos entregamos a Él.

Paso N° 4.

“Hicimos un inventario moral de nosotros mismos”.

Es importante hacer un inventario para conocernos a nosotros mismos y descubrir nuestras cualidades y defectos de carácter.

Con este paso, comenzamos a “limpiar la casa”. Descubrimos nuestras razones para fumar, con lo cual es más fácil eliminar el cigarrillo de nuestras vidas.

Paso N° 5.

Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestras fallas”.

En este paso, continuamos “limpiando la casa” al admitir la naturaleza de nues-

tras fallas. Aquí también descubrimos cosas que podrían causarnos preocupación en el futuro. Se nos hace más fácil eliminar ansiedades y tensiones de nuestra vida. Muchas de las razones que podríamos tener por volver a usar nicotina se eliminan con este paso.

Paso N° 6.

“Estuvimos dispuestos a dejar que Dios eliminara todos nuestros defectos de carácter”.

En el paso N° 1, admitimos que éramos impotentes ante la nicotina.

En el paso N° 2, llegamos a creer que sólo Dios nos podría ayudar.

En el paso N° 3, tomamos la decisión de dejarle a Él el cuidado de nuestras vidas.

En el paso N° 4 y N° 5, expusimos nuestros defectos de carácter.

En el paso N° 6, deseamos que todos estos defectos de carácter sean eliminados.

Es importante recordar que muchos de nuestros defectos de carácter están relacionados con la dependencia a la nicotina. Si deseamos que estas deficiencias de carácter sean eliminadas, aumentamos la posibilidad de dejar la nicotina.

Paso N° 7.

“Humildemente, le pedimos a Él que nos libere de nuestros defectos”.

Ahora, le pedimos humildemente a Dios que elimine nuestros defectos. Le pedimos que nos cambie; confiamos en Él. Le pedimos que nos quite nuestros temores, nuestra cólera, nuestros celos, nuestra deshonestidad, etc.

Paso N° 8.

“Hicimos una lista de aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que le causamos”.

Es importante que hagamos consciencia de las personas a quienes hemos ofendido con nuestro fumado. Por eso, hacemos una lista para saber exactamente quienes son. Es posible que en esta lista nosotros estemos de primero porque hemos sufrido más inhalando constantemente una sustancia venenosa llamada nicotina. En el amplio sentido de la palabra nos hemos dañado a nosotros mismos.

Paso N° 9.

“Reparamos directamente el daño que habíamos causado, en quienes nos fuera, salvo en aquellos casos en que el hacerlo les perjudicara a ellos mismos u a otros”.

Ahora que somos no fumadores, empezamos a reparar los daños que causamos. Éste es uno de los mejores regalos que nos podemos dar. A nuestros seres que-

ridos les reparamos el daño demostrándoles que nos cuidamos a nosotros mismos. Ya no tendrán que preocuparse porque practicamos un hábito mortal. Si corregimos los defectos en otras áreas de nuestra vida (psicológica, social) tendremos más autoestima. Autoestima es lo que nos ha faltado.

Paso N° 10.

“Continuamos con nuestro inventario personal y, cuando nos equivocamos, lo admitimos inmediatamente”.

Para mantener un estado mental saludable, debemos consolidar una armonía entre nosotros y la gente que nos rodea. Esto se puede lograr con nuestro inventario personal.

Si la cólera, el temor y los celos regresan, debemos practicar el paso N° 7 y pedirle a Dios que elimine estos defectos.

Para la segunda parte de este paso, “cuando nos equivocamos, lo admitimos rápidamente”, debemos mantener la calma, de manera que nada provoque en nuestro interior el deseo de volver a fumar.

Paso N° 11.

“Con la oración y la meditación, buscamos mejorar nuestro contacto consciente con Dios tal como lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejara conocer su voluntad para con nosotros y nos diera la fortaleza de aceptarla”.

Cuando tratamos con una dependencia tan severa como la nicotina, necesitamos todo tipo de ayuda. La ayuda de un Poder Superior a nosotros mismos está disponible por medio de la oración y la meditación. Así, mantenemos un canal abierto con nuestro Poder Superior.

Cuando tenemos dolor de garganta debido al fumado, ésta podría ser una forma en que Dios nos dice que estamos haciendo algo incorrecto. En cualquier forma en que venga el mensaje, debemos tener confianza de que la adicción a la nicotina no está dentro de la voluntad de Dios.

Él desea que seamos sanos y liberados y que no estemos atados a una sustancia tan peligrosa y mortal como la nicotina. Dios está siempre con nosotros, dispuesto a ayudarnos.

Cuando asistimos a las reuniones y escuchamos a otros con el mismo problema, aprendemos métodos para dejar la nicotina que han sido útiles para algunos, pero no han sido eficaces para otros.

Paso N° 12

“Una vez experimentado un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los fumadores y de practicar estos principios en todos nuestros actos”.

Cuando alcanzamos el paso N°12, ya hemos experimentado un gran cambio. La compulsión al uso de la nicotina ha desaparecido gracias a un Poder Superior.

Esto, en nuestro interior, es un despertar espiritual. Despertar para una nueva vida saludable. Ahora tenemos el regalo de estar libres de la nicotina. Ahora tenemos la experiencia, la fortaleza y la esperanza y podemos compartirla con otras personas.

Si practicamos estos principios en todos nuestros actos, viviremos como Dios pretende que vivamos, felices y gozosos.

8.2.11 Las doce promesas

El programa de F.A se tomó directamente del “Libro Grande” de A.A. con el permiso de “Servicios mundiales de Alcohólicos Anónimos, INC”. F.A. asegura que, si seguimos los doce pasos que sugiere el plan, ciertas promesas se hacen realidad en nuestra vida.

F.A. no es una doctrina religiosa, sino un programa espiritual que nos enseña a vivir con ciertos principios, tales como paciencia, tolerancia, bondad, amor, honestidad y humildad.

Al tener un despertar espiritual como resultado de seguir los doce pasos, tratamos de llevar este mensaje a otros fumadores y de practicar estos principios en todos nuestros actos.

Promesa N° 1.

“Conocemos una nueva felicidad”.

Cuando una persona dependiente a la nicotina se libera de esta droga, esto significa que ya no es más esclavo de una sustancia que controla sus acciones, pensamientos, ideas y su vida. Comienza a disfrutar de la felicidad que siempre buscó.

Promesa N° 2.

“No nos excusaremos del pasado ni le cerraremos la puerta”.

La experiencia es algo valioso en la vida de todo individuo. Esta la podemos compartir con otras personas que tratan de dejar la dependencia. Si mantenemos nuestro pasado con la puerta abierta, será de gran ayuda para otras personas.

Promesa N° 3.

“Comprenderemos lo que significa la serenidad”.

La tranquilidad y la calma son dos de los atributos más aprendidos de nuestra vida. La serenidad se puede igualar con lo más profundo de la tranquilidad y la calma, especialmente en momentos de estrés e incertidumbre. Cuando inhalamos la nicotina en nuestros pulmones, para calmar o adaptarnos a situaciones estresantes, siempre se producen efectos adversos. Cuando pasa la obsesión a la nicotina, aparecen en nuestra vida una tranquilidad y una calma como no la experimentábamos cuando fumábamos.

Promesa N° 4.

“Sentiremos la paz”.

El diccionario define la paz como “la libertad de guerra y hostilidades”. Durante los años que usamos la nicotina, estuvimos en guerra con nosotros mismos. Sabíamos que practicábamos un hábito, en nuestra vida diaria, que nos hacía infelices. Una vez

que imploramos a un Ser Superior para que nos ayudara, observamos que la obsesión a la nicotina se elimina y vuelve la paz. Finaliza así la guerra contra nosotros mismos y renacen la paz y la calma.

Promesa N° 5.

“No importa lo lejos que hayamos llegado, nuestra experiencia siempre es de gran ayuda para nosotros”.

Aunque la nicotina nos llevó a las puertas de la muerte, cuando ingresamos a F.A. nuestro pasado fue de gran ayuda para otros.

Promesa N° 6.

“Los sentimientos de inutilidad y autocompasión desaparecerán”.

Durante los últimos días de nuestro consumo de nicotina, adquirimos un sentimiento de minusvalía. Nos sentíamos débiles porque no podíamos dejar este hábito. Fallamos muchas veces.

Nos sentíamos preocupados y aún fumábamos. Pensábamos que la nicotina era un hábito tan fuerte como el de cualquier droga ilegal. Al querer ser honestos con nosotros mismos y entregarnos a un Poder Superior, ya estábamos en vías de recuperación. También estábamos en vías de lograr una vida útil y saludable, libre de nicotina.

Promesa N° 7.

“Perderemos todo interés en egoísmos y ganaremos interés en nuestros compañeros”.

Cuando compartimos con la hermandad de F.A., los principios de paciencia, tolerancia, bondad y amor, nos interesamos más por el bienestar de los otros. Cuando éramos consumidores de nicotina, nos comportábamos egoístamente. Generalmente no pensábamos en los sentimientos, intereses, derechos y deseos de los demás. Ahora nos preocupamos por nuestro prójimo.

Promesa N°8.

“Nuestro individualismo desaparecerá”.

Cuando consumíamos la nicotina, sólo pensábamos en nosotros mismos y en nuestros intereses; rara vez pensábamos en otras personas. Cuando nuestro individualismo desaparece, ganamos tranquilidad y paz.

Promesa N° 9.

“Nuestras actitudes y perspectivas ante la vida cambiarán”.

El egoísmo, el resentimiento, el temor, la cólera y otras emociones negativas gobiernan nuestras vidas. Si queremos vivir y disfrutar la vida sin nicotina, tendremos que cambiar nuestras actitudes y perspectivas ante la vida.

Con los doce pasos, nos dimos cuenta de que teníamos que cambiar muchas actitudes si queríamos disfrutar de las promesas. Cuando aplicamos estos nuevos principios a nuestra vida, cambiamos nuestras actitudes.

Cuando cambiamos nuestras actitudes, cambia nuestra perspectiva ante la vida.

Promesa N°10.

“Desaparecerá el temor hacia otras personas y la inseguridad económica”.

Muchos de nosotros nos sentíamos incómodos ante otras personas debido a nuestra incontrolable ansia de usar la nicotina. También gastábamos mucho dinero en nuestra adicción, el cual se pudo usar más eficazmente en otras cosas.

Pero, al dejar la nicotina, muchas personas nos aceptaron. Olíamos mejor, teníamos mejor semblante y mayor autoestima. Ahora gastamos el dinero más prudentemente.

Promesa N° 11.

“Sabremos manejar situaciones que antes nos desconcertaban”.

Las tareas más simples, como llamar por teléfono, ir a la iglesia o la biblioteca, manejar carro tomar un descanso tenían que hacerse con cigarrillos. Al dejar poco a poco la nicotina y “no fumar por el día de hoy”, encontramos que muchas tareas rutinarias las hacemos sin siquiera el pensamiento de fumar.

Promesa N° 12.

“De pronto nos daremos cuenta de que Dios hace por nosotros lo que podemos hacer nosotros mismos”.

Nuestra fe y nuestra creencia en un Poder Superior a nosotros mismos nos ayudará a ser libres de la nicotina. Conforme pasan los días sin usar nicotina, suceden muchas cosas buenas.

8.2.12 Los recién llegados

El único control que Usted tiene es su propia actitud. Haga que dejar de fumar sea un reto para Usted. Use la experiencia que aprendió de otros intentos para que tenga éxito.

- **Use el teléfono**

Llame por teléfono antes de fumar. Hable con un exfumador, con su padrino o alguien del grupo. Tenga a mano los números telefónicos y consérvelos todo el tiempo.

- **Si duda, pierde.**

El primer cigarrillo no es negociable. Practique algunas de las siguientes opciones.:

- *Respire profundamente varias veces.*
- *Cepílese los dientes con frecuencia.*
- *Tome agua.*
- *Rece e implore a un Poder Superior (como usted lo conciba).*

- **La incitación a fumar es pasajera**

Hágase el cargo de que el impulso de fumar es menos intenso y cada vez es más fácil de controlar. Disfrute de esta experiencia. No fume, no importa lo que pase.

- **Haga una lista de lo que Usted desearía si no fumara**

Por ejemplo:

- *Estar libre de nicotina.*
- *Respirar profundo e inhalar la vida.*
- *Mejorar la salud y la autoestima.*

- **Ingrese a F.A.**

- *Ingrese a F.A.*
- *Asista a una o más reuniones de F.A.*
- *Comparta su experiencia, su esfuerzo y esperanza con otros.*
- *Únase a nuestro programa de recuperación. Comience a vivir un día a la vez.*

8.2.13 El Padrinazgo en F.A.

El padrinazgo en F.A. significa compartir el esfuerzo, la esperanza y experiencia con otros que tratan de obtener y mantener la libertad de la adicción a la nicotina.

- **¿Qué es un padrino?.**

Un padrino es un guía para los doce pasos. Es alguien que tuvo éxito en dejar de fumar, por lo que tiene conocimiento de los que Usted tiene que seguir. Es alguien que está dispuesto a compartir paso a paso sus experiencias.

- **“Por qué tener un padrino?.**

Liberarse de la nicotina y mantenerse libre no es tarea fácil. A veces, necesitamos toda la ayuda que podamos. También necesitamos una guía y quién nos comprenda. El padrinazgo es un instrumento útil y puede ayudarnos y brindar más fuerza a nuestro programa.

- **¿Se puede tener más de un padrino?.**

Sí, y es preferible, pues a veces un padrino no está disponible. Es mejor estar preparado y tener más de uno.

- **¿Cuándo se puede tener un padrino?.**

Lo más pronto posible, aunque haya dejado de fumar.

- **¿Cuáles son los beneficios de ser un padrino?.**

Ser un padrino nos da la oportunidad de practicar los doce pasos. Cuando apadrinamos a alguien, damos lo que nos dieron a nosotros. Cuando apadrinamos a alguien, recordamos cuando dejamos de fumar. Esto nos ayuda a mantenernos saludables a la nicotina.

Referencias

- Abramson, S.; et al.; (2000). Personal exercise habits and counseling practices of primary care physicians: a national survey. **Clin J Sport Med** 10 (1): 40-8.
- American Council on Science & Health (1997). *Cigarettes: What the Warning Label Does not tell you*. New York.
- American Lung Association. (1986). Freedom from Smoking in 20 days. Self Quit Smoking Program. USA,
- Anderson, HR.; Cook, DA. ; (1997). Passive smoking and "sudden infant death. syndrome: a review of the epidemiological evidence. **Thorax**: 52: 1003-1009.
- Anthonisen, N.; et al.; (1994). Effect of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. The Lung Health Study . Journal of American Medical Association, 16 nov, 272(19): 1497-1505.
- Andy, M.; et al.; (2006). Manual of smoking cessation. A guide for counselors and practioners. Backwell Publishing, Victoria, Australia.
- Asociación Española contra el Cáncer.; (2013). Tabaco. Madrid. España.
- American Thoracic Society (2009). Tobacco Control Initiatives within the American Thoracic Society. Washington. U.S.A.
- Avila, M.; Ministerio de Salud, (2000). Entrevista en Ministerio de Salud, Agosto 2008. San José, Costa Rica.
- Asociación Española Contra el Cáncer. (1990). Educando en salud. Madrid, ES.
- Baird, D. & Wilcox, A.; (1985). Cigarette smoking associated with delayed conception. **Journal of American Medical Association**, 253 (20), 2979-2983.
- Baer, J.; Lichtenstein, E.; (1988). Clasification and prediction of smoking relapse episodes. An exploration of individual differences. **Journal of Consulting and Clin. Psychology**, 56 (1) 104-110.
- Balfour, D.; (1998). Sensitization of the mesoaccumbens dopamine response to dopamine. **Pharmacology, Biochemistry and Behavior**.59: 1021-1030.
- Balfor, DJK.; (2004). The neurobiology of tobacco dependence. A preclinical perspective on the role of dopamine proyections on the nucleus. **Nicotine & Tobacco Research**. 6:899-912.
- Bareja, J.; et al.; (1998). Exposición involuntaria al humo de tabaco ambiental. Revisión actualizada y posibilidades de actuación. Instituto de Salud Pública d Bayot A, Capafon A. Tabaquismo, estrés y prevención de la recaída en el tratamiento del hábito de fumar. **Ansiedad y Estrés** 1: 61-68. Madrid.
- Baker, F.; et al.; (2000) Health risks associated with cigar smoking. **JAMA**: 284 (16): 735-740.
- Banco Mundial. Organización Panamericana de la Salud. 2000 La epidemia del tabaco. "Consecuencias del tabaco en la salud. Publicación científica 577. Washington, USA.
- Becoña, E.; (1997). El proceso de recaída y sus causas en exfumadores. **Adicciones** 9(3). 405-435.
- Becoña, E.; Lista, M.; (1989). Porqué los sujetos recaen en el tratamiento para dejar de fumar. Un estudio exploratorio. **Revista Española de Drogodependencias**. 14: 29-36.

Becoña, E.; (2004) Tratamiento del tabaquismo: situación actual y perspectivas futuras. **Adicciones** 12: 71-85.

Bejarano, J.; Ugalde, F.; (2002). **Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas**. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. San José, CR

Bejarano, J.; Blanco, H.; 1995. Tabaco y Publicidad. Desafíos en la década de los años 90. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. San José, CR

Bejarano, J.; (2008). Encuesta Nacional sobre Drogas. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. San José, CR.

Bejarano, J.; et al.; (2009). Juventud escolarizada y drogas. Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población en Educación Secundaria. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. San José, CR.

Benowitz, N.; Kuyt, F.; Jacob, P.; Jones, R.; Osman, A.; (1983). Cotinine disposition and effects. **Clinical Pharmacology and Therapeutics**, 309: 139-142.

Benowitz, N.; (1988). Nicotine addiction. **Primary Care**; 26: 611-631.

Benowitz, N.; Porchet, H.; Sheiner, L.; Jacob, P.; (1988). Nicotine absorption and cardiovascular effects with smokeless tobacco: a comparison of cigarette and nicotine gum. **Clinical Pharmacology and Therapeutics**. 34 (2) 23-28.

Bodkin, J.; Redent, M.; Lase, M.; James, D.; Winner, M.; David, M.; Pharm, G.; Doldessonni, J.; (1977). Combining serotonin reuptake inhibitors and bupropion in partial responders to antidepressive monotherapy. **J Clin Psychiatry** 58 (4), 135-141.

Boffetta, P.; et al. (1999). Cigar and pipe smoking and lung cancer risk: a multi-centre study from Europe. **Journal of National Cancer Institute**, 91 (8), 697-701.

Carlson, R.; (2002). *Fisiología de la conducta*. 2ed. Ariel Neurociencia. Barcelona, ES.

Carballo, V.; (1995) Manual de terapia y técnicas de modificación de conducta. Eds Siglo XXI. Madrid, España.

Chao, A.; et al.; (2002). Cigarette smoking, use of other tobacco products and stomach cancer mortality in US adults. The Cancer Prevention Study II. **International Journal of Cancer**, 101 (4), 380, 389.

Chia, S.; et al.; (2000). Factors associated with male infertility: a case-control study of 218 infertile and 249 fertile men, **Bjog**, 107 (81), 55-61.

Cook, D. & Strachan, D.; (1997). Giving up smoking and the risk of heart attacks. A report from the **British Regional Heart Study**. **Lancet**, 13 (2) (8520), 1376-1380.

Di Fillipo, E. (1994) El cigarrillo es una porquería. Editorial Biblos. Buenos Aires, AR.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (2008). Mortalidad y Morbilidad atribuible al tabaco y el costo económico. CDC. Atlanta. U.S.A.

D.Costa, J.; (1993). Como dejar de fumar y vivir sano y feliz. Asociación Publicadora Interamericana., Mexico.

Deschot, E. & Morane, P.; (1996). El Puro. Ediciones Duregard, París. FR.

Doll, R.; Peto, R.; Boreham, J.; and Sutherland, I.; (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years of observation on male British doctors. **British Medical Journal**, 318 (7198), 1519.

Dunn, N.; et al.; (1999). Oral contraceptive and myocardial infarction: results of the MICA case – control study. **British Medical Journal**, 318 (7198), 1579-1583.

DSM IV. (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Mason Barcelona.ES.

Efiasson, B.; Hjalmarson, A.; Kruse, E.; et al.; (2001) Effects of smoking reduction and cessation on cardiovascular risk factors. **Nicotine and Tobacco Research**; 3; 249,255.

Elliot, J.; Vallermin, P.; Rodinson, P. (1988) Maternal cigarette smoking is associated with increased inner airway wall thickness in children who die from sudden infant syndrome. **Am J Resp. Crit Care Med** 158: 802-806.

EPA. (1992). Los efectos del fumado pasivo en la respiración. Washington, USA.

Fagerstrom, K.; (1991). **Nicotine addiction and its assesment. Ear Nose Throat J**; 69_ 763-765.

Famet, J.; Young, S. (2001). Wo.men and the tabacco epidemia. Challenge for the 21st century. The World Health Organization. Jhon Hopking School of Public Health.

Fagestrom, K.; Lynn, T.; Kozlowski, R.; Frecker. K.; (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerfrom Tolerante Questionnaire. **British Journal of Addictions** 86: 1119-1127.

Fereyabend, C.; Ing RMJ.; Russell, MAH.; 1985. Nicotine pharmacokinetics and its applications to intake from smoking. **British Journal of Clinical Pharmacology**. **19**, 239-2147. , USA.

Fiore, M. ; et al. ; (1996) . Smoking Cessation Clinical Practices Guide. #18, CDC. Department of Health and Human Services Atlanta.

Fiore, M. ; et al.; (2000). *Treating Tobacco Use and Dependence*: Clinical Practice Guideline Public Health Services. Washington, DC.

Fletcher, C.; Peto, R.; (1977). "The natural history of chronic airflow obstruction". **British Medical Journal** 1 (6077): 1645-1648, June25.

Fiore, M.; et al.; (1996). Tabaco. AHCPR publication 96-092. US Department of Health and Human Services. Washington, USA.

Granada, J.; et al.; (2002). Terapia sustitutiva a altas dosis. **Revisión. Prev Tab**. 4(3) 1 – 12.

Henningfield. J.; et al.; (2005). Behavioral pharmacology of tabaco smoking. **CA Cancer J Clin.**; 55:281-299. 236-141.

Grade, J.; Perkins, K. Beh. (2000). Behavioral factor influence the effects of nicotine. In Gourlay, S.; (19898). Cardiovascular toxicity of nicotine in animals. In Benowitz: Nicotine Safety and Toxicity. Oxfor Universtiy Press. New York, USA.

Hajek, P. ; (1989) Withdrawal-oriented therapy for smokers. **British journal of Addictons**, 84, (6), 591-598.

Haumond, SK. ; (1999) Exposure of U.S. workers to environmental smoke. **Environ Health Perspect**, 107(2) 1329-1340

Hughes, J.; et al.; (2005). Pharmacotherapy of smoking cessation. **Nicotine Tab Res.**; 7:491-499.

IARC. (2007). International Agency for Research in Cancer. USA Hackshaw AK, Law M, Wold N. The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. **BMJ** 315: 980-988.

Hemmingfield, J. E.; (1984). Behavioral pharmacology of cigarette smoking. **Advances in Behavioral Pharmacology** 4: 131-140.

Judith, Mc.; et al.; (2006). *The Tobacco Atlas*. American Cancer Society. Atlanta. Georgia. USA.

Jiménez, A.; et al.; (2005) *Comparación del comportamiento de las caries en niños expuestos al fumado pasivo respecto a no expuestos, con edades entre 6-9 años, atendidos en la clínica de especialidades odontológicas*. ULACIT, durante los meses de Setiembre-Diciembre 2005. Tesis de grado. Universidad Latina, San José, Costa Rica.

K. Zayasu, K.; (1997). Increased Carbon Monoxide in Exhaled Air of Asthmatic Patients. **Am J Respir Crit Care Med** vol. 156, 1140-1143.

Karon, C.; Rosemary, J.; (2000). Addictive capacities of nicotine. In Piasecki, M; Newhouse, P.; eds. **Nicotine in Psychiatry and emerging Therapeutics**. American Psychiatric Press. Washinton. USA.

Kalman, D.; et al.; (2005). Co-morbidity in patients with substance abuse. **Am J Addict**, 14:106-123

Lichtenstein, E.; Glasgow, E.; (1997). A pragmatic framework for smoking cessation. Implications for clinical and public health programs. **Psychology of Addictive Behaviors** 11: 142-151.

Lopez, P.; (1999) Medición de los riesgos del tabaco para la salud: un comentario. **Boletín O.M.S.**, Washington, USA.

Longino, M.; (2000). *Tabaco y sus consecuencias*. Conferencia en el Colegio de Médicos de Costa Rica. Conferencia en el Colegio de médicos de Costa Rica. Agosto 2000. San José, Costa Rica.

Lubin, J.; (1984). Modifying risk of developing lung cancer by changing habits of cigarette smoking. **British Medical Journal**, 289, 1953-1956

Luck, W.; Nau, H.; (1987). Exposure of the fetus, neonate, and nursed infant to nicotine and cotinine from maternal smoking. **New England Journal of Medicine** 311 (10) 672.

Maxell Report: (2000). International Part I: "Tabacco Report" . Washington, USA.

Mathers, CD.; Locar, D.; 2008. Projections of global mortality and burden of disease from 2010 to 20130. PLOS Medicine, USA.

Marlatt, G.; Gordon, J.; (1988). Relapse prevention maintenance strategies in the treatment of addiction. Guilfor Press. New York, USA.

Méndez, M.; (sf). El Origen del Tabaco y su Consumo. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. México.

Ministerio de Salud. (1997). Guías Alimentarias para la Educación Nutricional en Costa Rica. San José, CR.

Ministerio de Salud. CCSS. (2000). Una Guía Educativa para reducir cuatro factores de riesgo de las Enfermedades no Transmisibles. San José, Costa Rica.

Miguez, M.; Becona, E.; (1997). El proceso de recaída y sus causas en exfumadores. **Adicciones** 9: (3) 405-436.

Montañes, R.; Ochoa, G.; (1992). Dimensiones psicosociales de la recaída en el consumo de tabaco: un análisis de fumadores y exfumadores. **Adicciones** 31 (4) 299-

Molina D. (2004). Estudios de consumo de tabaco en colegios públicos y privados. Atención a Pacientes. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. San José, CR.

Mitchel, N.; et al.; (2006). Smoking Cessation with Varenicline, a Selective $\alpha 4\beta 2$ nicotine receptor agonist. *Arch intern med*, vol 66, 14-28. psicofarmacología de la nicotina y conducta adictiva. **Trastornos Adictivos**; 7(3), 137-52.

Molina, D.; (2002). Hablemos de fumado. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. San José, CR.

Molina, D., Sandí, L. (1999). Cuestionario de Identificación **C**línica (CICLI). Atención a pacientes. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. San José, CR.

Moller, A.; et al.; (2002). Effect of pre-operative smoking intervention on post-operative complications: a randomized clinical trial. **Lancet**, 359, (9301), 114-117.

Naeye, R.; (1980). Abruptio placentae and placenta previa: frequency, perinatal mortality, and cigarette smoking. **Obstetrics and gynecology**, 55, (6), 701-704.

Organización Mundial de la Salud. (2003) Atlas del Tabaco. Wasghington, USA.

Organización Mundial de la Salud. (2006) Atlas del Tabaco. Wasghington, USA.

Organización Mundial de la Salud. (2003) Tobacco Control. OMS: Washington, USA.

Pitch, EM.; Pagliusi, SR. Tessari, M.; et al.; (1997). Common neural substrates for the addictive properties of nicotine. **Science** (5296): 83-86.

Piasecki, M.; Newbouse, P. Nicotine in Psychiatry and emerging Therapeutics. American Psychiatric Press : Wasghinton, USA

Pontieri, FE.; Gandu, G.; Orzi, F.; et al.; (1997). Effects of nicotine on the nucleus accumbens and similarity to those of addictive drugs. **Nature** 382 (6588): 255-257.

Peto, R.; et al.; (2004). *Mortality from Smoking in developing countries 1950-2000*. Oxford: Oxford University Press, Oxford, GB.

Programa de Fumadores Anónimos.(1988) Nicotine Anonymous World Services. Introducing Nicotine Anonymous. California

Prochaska, J.; Goldstein, M.; (1991). Process of smoking cessation: implications for clinicians. **Clin Chest Med**; 42(4): 727-75

Raw, M.; (1998). Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. **Thorax** 53 suppl S1-S9.

Richmond, R.; (1998). Hágase un no fumador. Escuela de Medicina Comunitaria de la Universidad de South Wales, AU.

Royal College of Physicians (2000). *Nicotine Addiction in Britain*. London: Royal College of Physicians. Sartre, M., et al. (1999). Relationship between cigarette dose and perceived risk of lung cancer. **Preventive Medicine**, 28 (6), 566,571.

Russell, M.; Feyerabend, C.; (1978) Cigarette smoking, a dependence on high nicotine. **Drug Metab Rev**, 8: 29-57.

Sánchez, G.; Mata, D.; (2008) Informe III Encuesta Mundial sobre Tabaco realizada en Costa Rica, IAFA: San José, CR.

Sandí, L.; Molina, D.; (1999) Estrategias para Dejar de Fumar. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. San José, CR.

Sandí, L.; Díaz, A. Molina, D.; (1988) Resultados de un programa integral para dejar de fumar. **Rev. Cost. de Ciencias Médicas**, 19(2): 57-70.

Sandí, L.; Molina, D.; (2004) Estrategias para dejar de fumar. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. 8 ed. San José, CR.

Sandí, L.; Molina, D.; (1997) Detección temprana del consumo problemático de alcohol: validación del MAST y el CAGE para Costa Rica. **Ciencias Sociales** 77 (1): 35-43.

Sandí, L.; Díaz A.; Molina, D.; (1998) Resultados de un programa integral para dejar de fumar. **Rev. Cost. De Ciencias Médicas**, 9(2): 57-70.

Sandí, L.; (2000) Access to Smoking Cessation Treatment in Costa Rica. World Health Organization. Wasghinton, U.S.A.

Sandí, L.; Perez, M.; (1998). Programa para dejar de fumar en empresa. **Revista de Enfermería de Costa Rica**. 107 (6) 501-567.

Sandí, L.; (2007). Neurobioquímica de la dependencia a drogas. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. San José, CR.

Sánchez, T.; (1998). El tabaquismo como drogodependencia: farmacología de la nicotina. **Adicciones** 10 (3), 209-216.

Seiber, M.; Angst, J.; (1990) Alcohol, tobacco and cannabis: a 12 year longitudinal associations with antecedent social context and personality. **Drug Alcohol depend**; 25 (3): 281-292.

Schiffman, S.; Gresler, CM.; Ronoy, JM.; (2004) Successful treatment with nicotine lozenge of smoker with prior failure in pharmacological therapy. **Addictions**, 99 (1) 83-92.

Shiffman, S.; (1984). Doping with temptations to smoke. **Journal of Consultin of Clinical Psych**. 52(2): 261-267.

Shiffman, S.; (1986). Relapse following cessation. A situational analysis. **Journal of Consulting of Clinical Psych**. 50 (1): 71-86.

Shiffman, S. (1984) Cognitive antecedents and sequeale of smoking relapse crisis. **Journal of Applied Soc. Psychology** 14 (3) 296-300.

Shanks, T.; Burns, D.; (1998). Disease consequences of cigar smoking in: Cigars: Health effects and trends, Monograph No 9. Burns, D., Cummings, K., Hoffmann, D. Editors, USKHHS NIH NCI, Bethesda, MD; U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Health, NIH Publication, Washington, USA.

Sigly, C.; Mont, P.; Fowler, D.; Lodge, M. (1994) Meta- analysis on efficacy of nicotine replacement therapy in smoking cessation. **Lancet** 343 (1): 139-142.

Slagy, C.; Lancater, T.; Stead, C.; Mont, D & Fowler, G. (2004) Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Crochrone Database of Systematic Disease. (3). CD 000146. Wasghinton, USA.

Smoking and Health.)1979). A report of the Surgeon General. DHEW (PHS) 79-500066. OMS, Wasghinton, USA.

Solórzano, J. (1985). Técnicas y reproducción agrícola en Costa Rica en la época colonial. Universidad de Costa Rica. San José, CR.

Twigg, L.; et al. (2004). The smoking epidemic in England. London: Health Development Agency. Institute for the Geography of Health, University of Portsmout, England.

USDHHS (1990) The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Ga: US Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention **U. S. Department of Health and Human Services**. (1989) Office of Smoking and Health. Public Health Services. Why Do I Smoke? National Center Smoking and Health. Washington, USA.

U. S. Department of Health and Human Services. (1986). Office of Smoking and Health, Public Health Services. Ask Yourself: Why Do I Smoke? Wasghinton, USA.

Vicente, E.; (1998) . Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Siglo XXI. Madrid, ES.

Vogt, F. ; et al. (2005) . Neurobiochemistry of Tabacco. **Addiction** ; 100 (1) 1423-1431.

Villta, L.; (2000). Fumado Involuntario. Exposición pasiva al humo de tabaco en el ambiente. **Rev. Ins. Nal. Enf. Resp. Mex.** 13 (4), 223-239.

World Bank. (1999) . Curbing the epidemia. Government and the economics of tobacco control. Washginton, USA.

Wald, N. & Hackshaw, A. (1996) Cigarette smoking: an epidemiological overview. In Doll, R. Tobacco and Health, **British Medical Bulletin**, 52 (1),3-11.London,

Warren, et al. (2008) Proyecto Encuesta Mundial sobre Tabaquismo, (GYTS) .

West, R. & Ewen, A.; (1999) *Sex and Smoking: Comparisons between Male and Female Smokers*. London: No Smoking Day. London

West, R. (2006). *Defining and assessing nicotine dependence in humans. Novartis Foundation Symposium*. In: Goode, J. (ed). Understanding Smoking and Nicotine Addiction. London: GB

West, R. (1989) Time course of cigarette withdrawal symptoms while using nicotine gum. **Psychopharmacology** 99 (1): 143-145.

Willian, K.; (1972). Hipnosis Clínica y Experimental. Editorial Glem: Buenos Aires, AR.

Wofle, P. (1988). Cigarette smoking as a risk factor for stroke: the Framingham study. **Journal of American Medical association**, 259 (1)1025-1029.

World Bank. (1999). Curbing the epidemic. Government and the economics of tobacco control. Washignton, USA.

World Bank. (1999). Curbing the epidemic. Government and the economics of tobacco control. World Bank: Wasghinton, USA.

Yin, P.; et al.. (2007). Passive smoking exposure and risk of COPD among adults in China. **Lancet**; 370 (1): 751-57.

Zung, W. (1986) Zung Self-Rating Depression Scale and Depression Status Inventory. En: Sartorius N, Ban TA (eds.) . Assessment of depression. Berlin: DE. Springer-Verlag y WHO; 221-231.

Zung, W.)1965). Una escala de autoevaluación de la depresión. **Arch Gen Psychiatry**, 12 (1): 63-70.

Anexos

Anexo 1. Test de Fargerstrom

Test de severidad de dependencia a la nicotina

1-) ¿Cuánto tiempo después de haberse despertado fuma el primer cigarrillo?

- 3. En los primeros 5 minutos
- 2. De 6 a 30 minutos
- 1. De 31 a 60 minutos
- 0. Después de 60 minutos

2-) ¿Es difícil para usted no fumar en áreas donde es prohibido?

- 1. Sí
- 0. No

3-) ¿Cuál cigarrillo le costaría más dejar?

- 1. El primero en la mañana
- 0. Cualquiera otro

4-) ¿Cuántos cigarrillos fuma por día?

- 0. 10 ó menos
 - 1. 11 a 20
 - 2. 21 a 30
 - 3. 31 ó más
- No. _____ (anote la cantidad)

5-) ¿Fuma más en las primeras horas de la mañana que en el resto del día?

- 1. Sí
- 0. No

6-) ¿Fuma usted incluso si tiene que quedarse en cama por enfermedad?

- 1. Sí
- 0. No

Calificación: 0 – 5 puntos: dependencia leve-moderada

6 o más puntos: dependencia severa

Anexo 2

CAGE

Test de detección de problemas con el consumo de alcohol

CAGE

C: cut down – disminuir

A: annoyed – enojado

G: guilty – culpable

E: eye opener – trago matutino

1-) Durante el último año, ¿ ha sentido alguna vez la necesidad de disminuir la cantidad de **alcohol** que toma?

1. Sí
0. No

2-) Durante el último año, ¿ se ha sentido molesto porque le critican su manera de **beber**?

1. Sí
0. No

3-) Durante el último año, ¿ se ha sentido mal o culpable por su manera de **beber**?

1. Sí
0. No

4-) Durante el último año, ¿ ha tomado alguna vez **un trago** en la mañana para calmarse?

1. Sí
0. No

Calificación:

0 – 1: no evidencia problemas con el consumo de alcohol

2 : alto riesgo de tener problemas con el consumo de alcohol

3 - 4 : evidencia problemas con el consumo de alcohol

Anexo 3

Etapas de cambio

1. No piensa en dejar de fumar. No lo va a hacer en los próximos seis meses.
2. Piensa en dejar de fumar algún día, pero no en este momento.
3. Quiere dejar de fumar en estos días y quiere saber más acerca de cómo lo puede lograr.
4. Acaba de dejar de fumar y está experimentando síntomas de abstinencia.
5. Ya dejó de fumar y quiere saber más acerca de cómo mantenerse libre de tabaco.

Interpretación :

1. **Etapa de Precontemplación**
2. **Etapa de Contemplación**
3. **Etapa de Preparación**
4. **Etapa de Acción**
5. **Etapa de Mantenimiento**

Anexo 4

Test de depresión de Zung

(en los últimos 15 días)

1-) ¿Se siente triste y decaído?

- 4. Siempre/casi siempre
- 3. Muchas veces
- 2. Algunas veces
- 1. Nunca /pocas veces

2-) ¿Por las mañanas se siente mejor?

- 1. Siempre/casi siempre
- 2. Muchas veces
- 3. Algunas veces
- 4. Nunca /pocas veces

3-) ¿Le dan ganas de llorar y a veces llora?

- 4. Siempre/casi siempre
- 3. Muchas veces
- 2. Algunas veces
- 1. Nunca /pocas veces

4-) ¿Le cuesta mucho dormir por las noches?

- 4. Siempre/casi siempre
- 3. Muchas veces
- 2. Algunas veces
- 1. Nunca /pocas veces

5-) ¿Come igual que lo acostumbrado?

- 1. Siempre/casi siempre
- 2. Muchas veces
- 3. Algunas veces
- 4. Nunca /pocas veces

6-) ¿Tiene deseos sexuales?

- 1. Siempre/casi siempre
- 2. Muchas veces
- 3. Algunas veces
- 4. Nunca /pocas veces

7-) ¿Está adelgazando?

- 4. Siempre/casi siempre
- 3. Muchas veces
- 2. Algunas veces
- 1. Nunca /pocas veces

8-) ¿Está con estreñimiento?

- 4. Siempre/casi siempre
- 3. Muchas veces
- 2. Algunas veces
- 1. Nunca /pocas veces

9-) ¿El corazón le late más rápido que lo normal?

- 4. Siempre/casi siempre
- 3. Muchas veces
- 2. Algunas veces
- 1. Nunca /pocas veces

10-) ¿Se cansa sin motivo?

- 4. Siempre/casi siempre
- 3. Muchas veces
- 2. Algunas veces
- 1. Nunca /pocas veces

11-) ¿Su mente se mantiene despejada?

- 1. Siempre/casi siempre
- 2. Muchas veces
- 3. Algunas veces
- 4. Nunca /pocas veces

12-) ¿Hace las cosas con la misma facilidad?

- 1. Siempre/casi siempre
- 2. Muchas veces
- 3. Algunas veces
- 4. Nunca /pocas veces

13-) ¿Se siente intranquilo y no puede mantenerse quieto?

- 4. Siempre/casi siempre
- 3. Muchas veces
- 2. Algunas veces
- 1. Nunca /pocas veces

14-) ¿Tiene confianza en el futuro?

1. Siempre/casi siempre
2. Muchas veces
3. Algunas veces
4. Nunca /pocas veces

15-) ¿Está más irritable que lo usual?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

16-) ¿Encuentra fácil tomar decisiones?

1. Siempre/casi siempre
2. Muchas veces
3. Algunas veces
4. Nunca /pocas veces

17-) ¿Siente que es útil y necesario?

1. Siempre/casi siempre
2. Muchas veces
3. Algunas veces
4. Nunca /pocas veces

18-) ¿Encuentra agradable vivir?

1. Siempre/casi siempre
2. Muchas veces
3. Algunas veces
4. Nunca /pocas veces

19-) ¿Cree que sería mejor para los demás si estuviera muerto?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

20-) ¿Le siguen gustando las mismas cosas?

1. Siempre/casi siempre
2. Muchas veces
3. Algunas veces
4. Nunca /pocas veces

Interpretación :

Suma los puntos de cada pregunta, los divide entre 80 y multiplica por 100.

1 – 50: sin evidencia de problemas depresivos

51 – 60: con evidencia de problemas depresivos leves

61 – 70: con evidencia de problemas depresivos moderados

71 y más: con evidencia de problemas depresivos severos

Anexo 5

Test de ansiedad de Zung

(en los últimos 15 días)

1-) ¿Se siente más ansioso y nervioso de lo normal?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

2-) ¿Siente miedo sin ver razón para ello?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

3-) ¿Se enoja con facilidad o siente momentos de mal humor?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

4-) ¿Siente como si se derrumbara o se fuera a desintegrar?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

5-) ¿Siente que todo le va bien y nada malo le va a suceder?

1. Siempre/casi siempre
2. Muchas veces
3. Algunas veces
4. Nunca /pocas veces

6-) ¿Siente que los brazos y las piernas le tiemblan?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

7-) ¿Se siente molesto por los dolores de cabeza, cuello o espalda?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

8-) ¿Se siente débil y se cansa con facilidad?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

9-) ¿Se siente tranquilo y puede permanecer sentado fácilmente?

1. Siempre/casi siempre
2. Muchas veces
3. Algunas veces
4. Nunca /pocas veces

10-) ¿Siente que el corazón le late con rapidez?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

11-) ¿Está preocupado por los momentos de mareo que siente?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

12-) ¿Tiene períodos de desmayo o algo así?

4. Siempre/casi siempre
3. Muchas veces
2. Algunas veces
1. Nunca /pocas veces

13-) ¿Puede respirar bien, con facilidad?

1. Siempre/casi siempre
2. Muchas veces
3. Algunas veces
4. Nunca /pocas veces

14-) ¿Siente adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y los pies?

- 4. Siempre/casi siempre
- 3. Muchas veces
- 2. Algunas veces
- 1. Nunca /pocas veces

15-) ¿Se siente molesto por los dolores de estómago o indigestiones?

- 4. Siempre/casi siempre
- 3. Muchas veces
- 2. Algunas veces
- 1. Nunca /pocas veces

16-) ¿Tiene que orinar con mucha frecuencia?

- 4. Siempre/casi siempre
- 3. Muchas veces
- 2. Algunas veces
- 1. Nunca /pocas veces

17-) ¿Le sudan las manos con frecuencia?

- 4. Siempre/ casi siempre
- 3. Muchas veces
- 2. Algunas veces
- 1. Nunca /pocas veces

18-) ¿Siente que la cara se le enrojece, se ruboriza?

- 4. Siempre/casi siempre
- 3. Muchas veces
- 2. Algunas veces
- 1. Nunca /pocas veces

19-) ¿Puede dormir con facilidad y descansar bien?

- 1. Siempre/casi siempre
- 2. Muchas veces
- 3. Algunas veces
- 4. Nunca /pocas veces

20-) ¿Tiene pesadillas?

- 4. Siempre/casi siempre
- 3. Muchas veces
- 2. Algunas veces
- 1. Nunca /pocas veces

Interpretación:

(sume los puntos de cada pregunta)

20 – 35 puntos: sin evidencia de problemas de ansiedad

36 – 51 puntos: con evidencia de problemas leves de ansiedad

52 – 67 puntos: con evidencia de problemas moderados de ansiedad

68 y más puntos: con evidencia de problemas severos de ansiedad

Anexo 6

Escala para predecir dificultad en el tratamiento

1-) ¿Cuánto tiempo después de haberse despertado fuma el primer cigarrillo?

- 3. En los primeros 5 minutos
- 2. De 6 a 30 minutos
- 1. De 31 a 60 minutos
- 0. Después de 60 minutos

2-) ¿Cuánto cigarrillos fuma por día?

- 0. 10 ó menos
- 1. 11 a 20
- 2. 21 a 30
- 3. 31 ó más

3-) ¿ Fuma usted incluso si tiene que quedarse en cama por enfermedad?

- 1. Sí
- 0. No

4-) ¿ Fuma la persona más cercana a usted?

- 1. Sí
- 0. No

5-) ¿ Qué tan importante es para usted NO aumentar de peso al dejar de fumar?

- 1. Muy importante
- 0. No importante

6-) Sí usted decide dejar de fumar; ¿ qué tanto éxito cree que va a tener?

- 1. Menos del 80%
- 0. Más del 80%

Interpretación

0 – 5: Poca dificultad en el tratamiento

6 – 10: Mucha dificultad en el tratamiento

Anexo 7

Test de los Porqués.

¿Por qué fuma usted?

Conteste cada pregunta en el número que corresponda. Piense muy bien su respuesta.

		Siempre	Con frecuencia	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
A	Fumo cigarrillos para mantenerme activo.	5	4	3	2	1
B	La manipulación del cigarrillo es parte del placer.	5	4	3	2	1
C	Fumar es placentero y relajante.	5	4	3	2	1
D	Enciendo un cigarrillo cuando estoy enojado.	5	4	3	2	1
E	Cuando me quedo sin cigarros me desespero hasta que los consiga.	5	4	3	2	1
F	Fumo automáticamente sin darme cuenta de ello	5	4	3	2	1
G	Fumo porque me estimula y me mantiene activo.	5	4	3	2	1
H	Parte del placer de fumar son los preparativos para hacerlo	5	4	3	2	1
I	Encuentro placentero fumar.	5	4	3	2	1
J	Cuando me siento molesto o intranquilo enciendo un cigarrillo.	5	4	3	2	1
K	Cuando no estoy fumando, me doy muy bien cuenta de ello.	5	4	3	2	1

L	<i>Prendo un cigarrillo sin advertir que todavía tengo uno en el cenicero.</i>	5	4	3	2	1
M	<i>Fumo porque me anima, me despierta.</i>	5	4	3	2	1
N	<i>Cuando fumo parte del placer es observar el humo cuando lo exhalo.</i>	5	4	3	2	1
O	<i>Cuando más deseo fumar es cuando me siento cómodo y descansado.</i>	5	4	3	2	1
P	<i>Fumo cuando me siento deprimido y quiero liberar mi mente de inquietudes y preocupaciones.</i>	5	4	3	2	1
Q	<i>Cuando tengo un rato de no fumar, me desespero por un cigarrillo.</i>	5	4	3	2	1
R	<i>A veces no me doy cuenta que tengo un cigarrillo en la boca</i>	5	4	3	2	1

Para cada uno de los motivos por los que Usted fuma, anote el puntaje de la letra correspondiente y sume el total.

Estimulación

A:	G:	M:	Total:
----	----	----	--------

"Me estimula "

Un puntaje alto aquí significa que el fumar le estimula. Piense en alternativas que le den energía, como caminar o correr.

Manipulación

B:	H:	N:	Total:
----	----	----	--------

"Necesito algo en mis manos"

Puede hacer muchas cosas con sus manos que no sea encender un cigarrillo, como escribir cartas, dibujar u otras.

Placer

C:	I:	O:	Total:
----	----	----	--------

"Le hace sentirse bien"

Un puntaje alto indica que usted obtiene mucho placer al fumar. Descubra otras fuentes de placer.

Reduce la Tensión

D:	J:	P:	Total:
----	----	----	--------

"Es una muleta"

Los cigarrillos le son muy útiles en momentos de tensión, pero hay otras maneras de vencer la tensión.

Insidia

E:	K:	Q:	Total:
----	----	----	--------

"Estoy atrapado"

Además de la dependencia física, usted también tiene dependencia psicológica. Ambas deben resolverse.

Hábito

F:	L:	R:	Total:
----	----	----	--------

"Es parte de la rutina"

Si los cigarrillos son parte de su rutina, es más fácil librarse de ellos.

Coloque un círculo alrededor de los totales más altos. Los totales más altos le indican las razones probables por las que usted fuma.

