



**PROGRAMA  
DE  
TRATAMIENTO COMBINADO  
PARA  
DEJAR DE FUMAR**

**AUTORES**

**SEPAR**

**Dr. Carlos A. Jiménez Ruiz  
Dr. Segismundo Solano Reina  
Dr. Jesús R. Hernández Hernández  
Dr. Francisco J. Alvarez Gutiérrez**

**AECC**

**Dra. M<sup>a</sup> Angeles Planchuelo Santos  
Doña Belén Fernández Sánchez  
Doña Vicenta Almonacid Guinot  
Dr. Salvador Oña Compan  
Doña Palmira Esteban Bellido**

## INTRODUCCION

Con el fin de mejorar las intervenciones que desde la AECC se están realizando en materia de deshabituación tabáquica, se establece un grupo de trabajo dentro del Comité SEPAR-AECC, con el objetivo de elaborar un protocolo de intervención en fumadores, en el que se contemplen tanto pautas farmacológicas como psicológicas.

Como resultado de este trabajo se ha elaborado este documento en el que se contempla la conjunción de las técnicas farmacológicas y psicológicas de forma protocolizada, para lo que se han tenido en cuenta en todo momento estudios referenciados científicamente y la experiencia de las entidades implicadas.

Para ello se ha contado con la colaboración de profesionales de la psicología y la medicina con dilatada experiencia en el campo de la deshabituación tabáquica.

## JUSTIFICACION

Hoy día nadie duda que el tabaquismo es una enfermedad crónica de carácter adictivo que se asocia a muerte prematura como consecuencia de las numerosas enfermedades que ocasiona:

- ◆ Los cigarrillos son responsables de aproximadamente el 30% de las muertes por cáncer, del 20% de las producidas por enfermedades coronarias y enfermedades cardiovasculares, y del 80% de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (1,2)
- ◆ El 50% de las personas que fuman regularmente morirán a causa del tabaco (la mitad de ellos en la edad adulta y la otra mitad en la vejez).(1,2)
- ◆ Se ha estimado que la pérdida media de años de vida para los fallecidos por el tabaco es de 16 años (1,2)
- ◆ En España durante el periodo 1978-1992, 1/3 de las muertes se produjeron entre los 35 y 64 años, lo que equivale a una pérdida de entre 10 y 20 años potenciales de vida (3).
- ◆ Durante el periodo 1978-1992, la tasa de mortalidad global como consecuencia del tabaco en España supuso el 14%, lo que representó mas de 600.000 defunciones (3).

Para un fumador, el dejar de fumar es una decisión de gran trascendencia para su salud, tanto a corto como a largo plazo por los beneficios físicos, psicológicos y sociales que le supone.

El 70% de los fumadores quieren dejar de serlo, aunque solo el 10% de los que lo intentan lo consiguen cada año, influyendo en ello de forma importante la dependencia nicotínica, de manera que los recursos que hay que utilizar para conseguir el éxito (dejar de fumar), van a guardar gran relación con el grado que cada sujeto presente de esta dependencia.(4).

Los tratamientos pioneros del tabaquismo - años 50-, se basaron en técnicas aversivas como “el fumar rápido”, “la saciación del sabor” o incluso el electro-shock, procedimientos de gran éxito inmediato, pero con un alto índice de recaídas a corto plazo. Mas tarde -años 70-80 -, fueron las terapias conductuales las que se pusieron en marcha, con las ventajas de ser inocuas para el paciente y además aumentar el éxito a mas largo plazo que las anteriores. A mediados de los años 80 aparece en el mercado la terapia sustitutiva de nicotina (TSN), adquiriendo el carácter de fármacos de primera línea para dejar de fumar. A principios de los años 90 surge un nuevo fármaco de carácter no nicotínico, el bupropion, que también se demuestra eficaz en los tratamientos para dejar de fumar.

En el momento actual la única pauta que científicamente se ha demostrado eficaz para ayudar a los pacientes a dejar de fumar es la combinación de tratamiento farmacológico y pautas conductuales, que variaran en función de las características del fumador.(4-12)

El programa combinado para dejar de fumar de la AECC se establece de forma individualizada para el tratamiento medico e intervención grupal para el tratamiento psicológico. El numero de sesiones que componen este programa es de 14 y su carácter es presencial, aunque las dos ultimas pueden ser telefónicas.

## **OBJETIVOS DEL PROGRAMA**

### **Objetivos Principales:**

- ❖ Crear e implantar Unidades de Tabaquismo, en sede Juntas Provinciales de la AECC, con criterios homogéneos de intervención terapéutica, basados en la mejor evidencia científica disponible para la prestación de ayuda a la deshabituación del tabaco.
- ❖ Servir de documento de trabajo y/o referencia a los miembros de SEPAR o profesionales interesados en el tratamiento del tabaquismo.

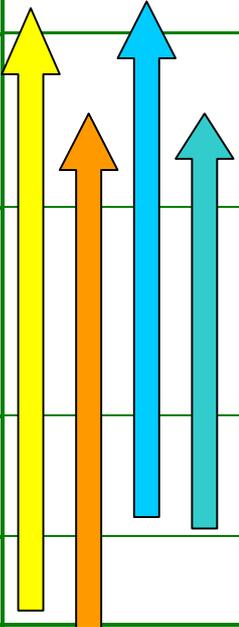
### **Objetivos Secundarios**

- ❖ Optimizar la atención y coordinación entre los profesionales implicados.
- ❖ Adecuar la utilización de recursos (eficiencia y gestión de costes).
- ❖ Desarrollar un programa multicéntrico nacional que permita evaluar la eficacia, eficiencia y efectividad de forma homogénea de esta intervención terapéutica, así como actividades de investigación en las Unidades de Tabaquismo de la AECC.
- ❖ Desarrollar una cartera de servicios de las Unidades de Tabaquismo de la AECC

## **LA IMPORTANCIA DE LA ETAPA DE CAMBIO**

Dejar de fumar no es una decisión puntual en la vida del fumador, sino que para llegar a ella el individuo pasa por una serie de niveles que conforman lo que se ha venido en denominar estadios de cambio (precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y finalización), de manera que desde que la persona decide hacer el primer intento serio de dejar de fumar hasta que lo consigue pasan varios años.(13)

Tabla 1

ESTADIO	%	CARACTERISTICAS	MOVIMIENTO
PRECONTEMPLACION	30	No desea dejar de fumar	
CONTEMPLACION	60	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se plantea dejarlo en los próximos 6 meses</li> <li>No ha hecho ningún intento de abandono en el último año</li> </ul>	
PREPARACION	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se plantea dejarlo en los próximos 30 días</li> <li>Ha hecho al menos un intento de abandono en el último año</li> </ul>	
ACCION		Han iniciado el abandono. Se mantendrá abstinentes durante al menos 6 meses.	
MANTENIMIENTO		Ha superado los 6 primeros meses de abstinencia	
FINALIZACION		No existe problema	

La etapa de cambio en la que se encuentra el sujeto fumador (Tabla 1), es la base donde se fundamenta el tipo de intervención a realizar; y aunque se espera que a las unidades de tabaquismo de la AECC acudan sujetos en fase de preparación para la acción, atenderemos también a los fumadores que por diversas circunstancias lleguen en otras etapas de cambio y en los que se intervendrá según las pautas que de forma internacional se reconocen como más eficaces (Tabla 2). (5)

Tabla 2

FASE	ACCIONES			
PRECONTEMPLACION	Intervención mínima	Folleto informativo		
CONTEMPLACION	Intervención mínima	Folleto informativo	Guía para dejar de fumar	Ofrecer ayuda posterior
PREPARACION	Pasa al programa terapéutico para dejar de fumar			

La determinación de la etapa de cambio (Tabla 3), debe ser realizada por un médico o psicólogo, dependiendo del personal con el que cuente cada JJPP, y aunque indudablemente la entrevista personal es la más adecuada, existe la posibilidad de realizarla a través del teléfono.(5)

Tabla 3

¿Intentara dejar de fumar en los próximos 6 meses?	
<b>SI CONTEMPLACION</b>	<b>NO PRECONTEMPLACION</b>
↪ ¿Intentará dejar de fumar en los próximos 30 días?	
<b>SI PREPARACION</b>	<b>NO CONTEMPLACION</b>
↪ PASA AL PROGRAMA TERAPEUTICO PARA DEJAR DE FUMAR	

Una vez determinada la etapa de cambio en la que se encuentra el fumador, y si esta es la de preparación para la acción, se continuará la entrevista evaluando el grado de motivación a través del test de Richmond (Tabla 4), y la dependencia nicotínica mediante el test de Fagerström (Tabla 5). (5,6)

Tabla 4

<b>TEST DE RICHMOND</b>			
(Test de motivación)			
1.- ¿Quiere dejar de fumar?			
0 No			1 Si
2.- ¿Con que ganas quiere dejarlo?			
0 Ninguna	1 Poca	2 Bastante	3 Mucha
3.- ¿Intentará dejarlo en las próximas dos semanas?			
0 No	1 Dudoso	2 Probable	3 Si
4.- ¿Cree que dentro de seis meses no fumará?			
0 No	1 Dudoso	2 Probable	3 Si
<b>Puntuación total</b>		<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	
<= 6: Baja motivación		7-9: Moderada motivación	
10: Alta motivación			

Tabla 5

<b>TEST DE FAGERSTRÖM</b>	
1.- ¿Cuánto tiempo pasa después de despertarse hasta que se fuma el primer cigarrillo del día?	
En cinco minutos o menos	3
Entre seis y treinta minutos	2
Entre treintauno y sesenta minutos	1
Después de sesenta minutos	0
2.- ¿Tiene dificultad para abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido?	
Si	1
No	0
3.- ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?	
El primero de la mañana	1
Todos los demás	0
4.- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	
Diez o menos	0
Entre once y veinte	1
Entre veintiuno y treinta	2
Treintauno o más	3
5.- ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?	
Si	1
No	0
6.- ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que pasar la mayor parte del día en la cama?	
Si	1
No	0
<b>Puntuación total:</b>	<input style="width: 60px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
<b>GRADO DE DEPENDENCIA:</b>	
1-3 puntos: LEVE    4-6 puntos: MODERADA    7 ó mas puntos: ALTA	

## **CRITERIOS DE INCLUSION EN EL PROGRAMA**

El fumador debe cumplir las siguientes características:

- ❖ Ser mayor de edad.
- ❖ Encontrarse en fase de preparación.
- ❖ Tener capacidad para comprender y seguir los procedimientos del programa
- ❖ Dar su conformidad para participar en el programa.

## **CRITERIOS DE DERIVACION A UNIDADES ESPECIALIZADAS DE TABAQUISMO.**

De acuerdo a los protocolos realizados por diversas sociedades científicas españolas, se exponen a continuación los criterios de derivación.(6,14)

- ❖ Fumadores que a pesar de haber recibido un tratamiento correcto en el contexto de un serio intento de abandono no lograron dejar de fumar.
- ❖ Pacientes con cardiopatía isquémica, hipertensión arterial o arritmias no controladas, o con antecedente reciente de infarto de miocardio.
- ❖ Mujeres embarazadas o en periodo de lactancia que no han conseguido dejar de fumar con terapia psicológica adecuada.
- ❖ Fumadores con enfermedades crónicas descompensadas.
- ❖ Pacientes diabéticos.
- ❖ Pacientes con antecedentes de crisis convulsivas, enfermedad neurológica progresiva o hemorragia cerebral.
- ❖ Pacientes con antecedentes psicológicos y/o psiquiátricos
- ❖ Adictos al alcohol u otras drogodependencias.
- ❖ Cualquier patología o situación subyacente que a juicio del profesional clínico, incapacite al paciente para ser incluido en el programa.

## **PROTOCOLO FARMACOLOGICO**

Aunque el tratamiento en cada paciente es personalizado, se aconseja que en líneas generales se sigan las recomendaciones de las sociedades SEPAR y SEDET. Tabla 6.(5-7)

El médico deberá conocer de manera exhaustiva la ficha técnica de las moléculas a emplear según el esquema clásico de indicaciones terapéuticas, posología, forma de administración, contraindicaciones, interacciones, propiedades farmacodinámicas y farmacocinéticas y datos farmacéuticos.

Tabla 6

Nº Cigarrillos	Fagerström	CO	TSN					BUPROPION
			COMPRI MIDOS*	CHICLES		PARCHES		
				1 mg	2 mg	4 mg	24 H	
10-19	≤3	<15	1 mg/h (12 S)	8-10 (8-10S)		21 mg (4S) +14 mg (4S)	15 mg (4-6S)	150 mg/24h (7d) + 300 mg/24h (7-9S)
20-30	4-6	15-30			1/90 min (10-12S)	21 mg (4S) +14 mg (4S) +7 mg (4S)	15mg+10mg (6S) +15mg (4-2S) +10 mg (2-4S)	
** >30	** =>7	** >30			1/60 min (12S)	21 mg (6S) +14 mg (4S) +7 mg (2S)	15mg+10mg (6S) +15mg (4S) +10 mg (2S)	
<b>**TERAPIA COMBINADA</b>								
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Parches + Chicles</li> <li>◆ Parches + Spray</li> <li>◆ Parches + Comprimidos</li> <li>◆ Bupropion + Chicles</li> </ul>								

- \*Un único estudio.
- \*\* La terapia combinada debe utilizarse en fumadores con alta dependencia física por la nicotina y, en fumadores con menor grado de dependencia pero en los que, a pesar del correcto uso del tratamiento prescrito, no se consigue controlar el craving.

### EVIDENCIAS CIENTIFICAS

Las últimas recomendaciones del área de tabaquismo de la SEPAR ponen de manifiesto diversas evidencias científicas para la utilización de los siguientes fármacos.(9)

#### CHICLE DE NICOTINA

##### VENTAJAS

- ❖ El fumador obtiene alivio de los síntomas del síndrome de abstinencia a los 5 –10 minutos de su utilización.
- ❖ Se pueden conseguir porcentajes de sustitución del 30-60% de los niveles de nicotina previos.
- ❖ Es una forma fácil y rápida de obtención de nicotina por parte del fumador que lo esta dejando.
- ❖ Escasa capacidad de producir dependencia.
- ❖ Su uso correcto alivia el craving.
- ❖ Puede ser utilizado de forma puntual.
- ❖ La correcta utilización de chicles de nicotina duplica las posibilidades de éxito de un intento de abandono.
- ❖ Su uso es seguro (usarlo 5 años no aumenta el riesgo cardiovascular).

## INCONVENIENTES

- ❖ Los fumadores deben ser aleccionados en su empleo.
- ❖ Su correcta utilización requiere de un periodo de aprendizaje.
- ❖ Su incorrecta utilización puede acarrear molestias que provoquen su abandono precipitado.
- ❖ El consumo concomitante de ciertas sustancias como el café, pueden reducir la absorción.
- ❖ Los pacientes controlan la cantidad de chicle que toman y eso puede conducir a que utilicen menos piezas de las que realmente necesitan.
- ❖ Efectos adversos más frecuentes: indigestión, náuseas, flatulencia, diarrea, dolor de boca o garganta y úlceras en boca. Suelen aparecer durante los primeros 15 días, después desaparecen.

## PROPUESTA DE USO

- ❖ En fumadores de 10 a 19 cigarrillos al día, puntuación en el test de Fagerström menor o igual a 3 y con niveles de monóxido de carbono en el aire espirado menores a 15 ppm, se pueden utilizar de 8 a 10 chicles de 2 mg de nicotina al día, durante un periodo de 8 a 10 semanas, reduciéndose progresivamente la dosis a partir de la cuarta semana.
- ❖ En fumadores de 20 a 30 cigarrillos al día, con 4 a 6 puntos en el test de Fagerström y con niveles de monóxido de carbono entre 15 y 30 ppm se recomienda utilizar un chicle de 4 mg cada 90 minutos mientras el sujeto esté despierto, durante un periodo de 12 semanas; se recomendará reducir la dosis de forma progresiva a partir de la sexta semana.
- ❖ En fumadores de más de 30 cigarrillos al día, con 7 ó más puntos en el test de Fagerström y con más de 30 ppm de monóxido de carbono se recomienda utilizar un chicle de 4 mg cada 60 minutos mientras el sujeto esté despierto, durante 12 semanas, reduciéndose progresivamente la dosis a partir de la octava semana. Puede prolongarse su uso hasta 6-12 meses.
- ❖ Debe evitarse su uso en caso de IAM reciente (menos de ocho semanas de evolución), angina inestable o arritmias cardíacas severas no controladas y en caso de problemas dentales, trastornos en la articulación temporomandibular y en presencia de inflamación orofaríngea.

## PRECIO.

De 1,99 Euros a 3,76 Euros diarios.

## PARCHES DE NICOTINA

### VENTAJAS

- ❖ Facilidad de cumplimiento del tratamiento (1 parche/día).
- ❖ Sobredosificación rara.
- ❖ Pico máximo de nicotina en plasma sobre las 4-8 horas (no adictivo).

- ❖ Es 2,5 veces superior al placebo para abstinencia a 6 meses.
- ❖ Es efectivo para algunos pacientes incluso sin consejo médico (especialidad OTC: venta libre en farmacias). Aumenta la posibilidad de abstinencia si se acompañan de asesoramiento.
- ❖ Fácil prescripción y escasez de efectos adversos

### **INCONVENIENTES**

- ❖ Reduce los síntomas del síndrome de abstinencia, pero en grandes fumadores no es completamente satisfactorio por no sentir los rápidos efectos estimulantes en el SNC que les proporciona fumar. No eficaz para controlar craving.
- ❖ El fumador no controla la dosis de nicotina (también se evita el posible abuso).
- ❖ No se alcanza la concentración de equilibrio en plasma hasta 2-3 días después de aplicar los parches.
- ❖ Efectos secundarios más frecuentes: picor, eritema y quemazón en la zona del parche en el 35% de los pacientes (10% de ellos dejan el tratamiento), cefalea (4%), náuseas (4%), insomnio (12%), sueños anormales (5%), vértigo (4%) y menos frecuentemente dispepsia, parestesias, tos, palpitaciones y sudoración.

### **PROPUESTA DE USO**

- ❖ En los fumadores de menos de 5 paquetes año que consumen su primer cigarrillo después de 30 minutos de levantarse y con menos de 15 ppm de CO en su aire espirado es recomendable la utilización de parches de nicotina de 24 horas, a dosis de 21 mg/día durante 6 semanas, después de 14 mg/día durante 2 semanas y después de 7 mg/día durante una semana.

También parches de nicotina de 16 horas a dosis de 15 mg/día durante 6 semanas, después de 10 mg/día durante 2 semanas y después de 5 mg/día durante una semana. En fumadores de más de 5 paquetes año que consumen su primer cigarrillo en los primeros 30 minutos después de levantarse y que tienen más de 15 ppm de CO en su aire espirado, se recomienda la utilización de parches de nicotina de 24 horas, a dosis de 21 mg/día durante 6-8 semanas, después de 14 mg/día durante 2 semanas y después de 7 mg/día durante 1 semana. También, parches de nicotina de 16 horas, a dosis de 25 mg/día durante 6-8 semanas, después de 15 mg/día durante 2 semanas y después de 10 mg/día durante dos semanas.

- ❖ Tratar las reacciones locales con cremas de corticoides tópicos y rotar el lugar de colocación del parche.
- ❖ Evitar su uso en caso de úlcus péptico, eccema o dermatitis atópica, hipertensión arterial no controlada, infarto agudo de miocardio reciente (menos de 8 semanas) o angor inestable, y en hipertiroidismo.

### **PRECIO.**

Un parche al día de 2,01 Euro a 3,01 Euro

## SPRAY NASAL

### VENTAJAS

- ❖ Alcanza altas concentraciones de nicotina en sangre de forma rápida, similares a las obtenidas con el cigarrillo.
- ❖ Es un remedio muy eficaz para combatir el craving.
- ❖ Es un tratamiento muy recomendado para los fumadores con alta dependencia física por la nicotina.
- ❖ Es necesario advertir al paciente sobre la necesidad de seguir utilizándolo a pesar de su efectos adversos en la primera semana.

### INCONVENIENTES

- ❖ Su utilización durante más de seis meses puede producir dependencia.
- ❖ Efectos adversos: irritación nasal y de garganta, rinorrea, lagrimeo y estornudos en el 73-100% (1ª semana generalmente) y tos (46-82%).

### PROPUESTA DE USO

- ❖ En fumadores con 7 o más puntos en el test de Fagerström y con más de 400 ng/ml de nicotina en saliva la dosis recomendada es de 3-4 mg cada hora. En fumadores con 7 o más puntos y con nicotina salivar menor de 400 se recomiendan de 1 a 2 mg/hora. Dosis máxima 5 mg /hora o 40/día.
- ❖ Tratamiento de 10-12 semanas y después tratar de reducir progresivamente la dosis durante tres meses más.
- ❖ Evitar su uso en caso de problemas naso-sinusales, asma o alergias.

### PRECIO.

2,52 Euros al día utilizando 16 mg diarios.

## BUPROPION

### VENTAJAS

- ❖ Primera medicación no-nicotinica eficaz para tratar la dependencia nicotínica.
- ❖ Formulación galénica en comprimidos.
- ❖ Es eficaz tanto en fumadores con baja-moderada dependencia como en los de alta dependencia.
- ❖ Muy indicado en el tratamiento de fumadores con antecedentes de depresión y de alcoholismo.
- ❖ Es eficaz, aunque menos, a dosis de 150 mg diarios.
- ❖ Bien tolerado en pacientes con enfermedad cardiovascular y en pacientes con EPOC.

### INCONVENIENTES

- ❖ Tiene interacciones con los IMAO, antidepresivos triciclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, haloperidol y algunos antiarrítmicos: propafenona y flecaimida.
- ❖ Efectos adversos: insomnio (30%-35%), sequedad de boca (10%-13%), cefaleas (5%-7%), ansiedad (6%-9%) y nauseas (4%-10%).
- ❖ Escaso riesgo( menos de 0.1% en los ensayos clínicos) de complicaciones serias: convulsiones y reacciones de hipersensibilidad.

### PROPUESTA DE USO

- ❖ En fumadores con baja-moderada dependencia 150 mg dos veces al día durante 7-9 semanas. En fumadores con dependencia alta 150 mg dos veces al día durante 9 a 12 semanas.
- ❖ En ancianos( más de 65 años)y en pacientes con insuficiencia hepática grave conviene reducir la dosis a 150 mg diarios o en días alternos.
- ❖ En caso de aparición de efectos adversos, recordar que el insomnio y la sequedad de boca son dosis- dependiente.
- ❖ Evitar su uso en caso de antecedentes convulsivos, de tumor del SNC, de situaciones clínicas ó toma de medicaciones que disminuyan el umbral convulsivante, bulimia, anorexia nerviosa, trastorno psiquiátrico bipolar y de alergia conocida a esta medicación.

### PRECIO.

2,55 Euros al día.

## **PROTOCOLO PSICO-SOCIAL**

La metodología empleada es la terapia de grupo basada en principios cognitivo-conductuales, conformando un programa multicomponente. El paquete de tratamiento se estructura en tres fases: preparación, abandono y mantenimiento. En cada una de ellas se utilizan las técnicas conductuales que han mostrado su efectividad para dejar de fumar: contrato, control de estímulos, entrenamiento en técnicas de autocontrol y técnicas de mantenimiento de la abstinencia. (15-18)

### **Fase de Preparación:**

#### **❖ Estrategias de motivación de cohesión grupal**

- ❖ Depósito monetario contingente a la asistencia de sesiones.
- ❖ Información de carácter socio-sanitario
- ❖ Reestructuración cognitiva
- ❖ Expectativas y creencias erróneas acerca del proceso de abandono del tabaco
- ❖ Percepción de capacidad para el abandono
- ❖ Autoobservación y autorregistros.

#### **❖ Análisis funcional de la conducta de fumar y control de estímulos**

- ❖ Análisis de autorregistros: Estímulos antecedentes, respuesta y consecuencias.
- ❖ Estrategias de afrontamiento y ensayos conductuales de abstinencia situacional.

### **Fase de abandono:**

#### **❖ Entrenamiento en técnicas de autocontrol**

- ❖ Entrenamiento en manejo de estrés; respiración controlada
- ❖ Identificación de conductas alternativas
- ❖ Contrato fecha de abandono

### **Fase de mantenimiento:**

#### **❖ Estrategias para evitar el síndrome de abstinencia y prevención de recaídas**

- ❖ Entrenamiento en habilidades conductuales para minimizar el síndrome de abstinencia
- ❖ Estrategias de afrontamiento cognitivo-conductual (identificar situaciones de riesgo y planificar conductas de afrontamiento, autoinstrucciones positivas)
- ❖ Estrategias para propiciar el autorrefuerzo de los cambios positivos
- ❖ Estrategias para manejar las recaídas

#### **❖ Estrategias para reforzar la abstinencia y prevenir las posibles recaídas**

- ❖ Afianzar las estrategias de afrontamiento y control del deseo de fumar
- ❖ Prevenir y/o detectar las recaídas

## DEPOSITO MONETARIO

El deposito monetario es una técnica terapéutica utilizada para modificar hábitos de comportamiento en el campo de las adicciones, ya que se constituye en un incentivo para afianzar la decisión del abandono del hábito así como, un refuerzo externo para finalizar el programa terapéutico.

La información sobre este aspecto terapéutico recogido en este programa es conveniente ofrecerla durante el proceso de selección del paciente, y posteriormente durante la primera sesión firme el contrato en el que queden reflejadas las condiciones del acuerdo entre la AECC y el usuario.

El deposito monetario que se propone es de 60 euros, cantidad que puede ser recuperada al finalizar la 7<sup>a</sup> visita de seguimiento (día D + 12 S).

Todos los sujetos que decidan abandonar el proceso terapéutico perderán la cantidad económica depositada. En los casos de ausencia a alguna de las siete de las sesiones sin justificación se descontarán 12 euros del total del deposito, mientras que con causa justificada se descontarán únicamente 6 euros, entendiéndose que la falta a tres sesiones del curso con o sin justificación anularán la cantidad total depositada.

## ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

### SESIÓN 0

Se establece como una sesión en grupo para optimizar los recursos humanos con los que cada JJPP cuenta. Se citarán en esta sesión a todos aquellos pacientes que tras la entrevista personal o telefónica estén en fase de preparación.

#### **Objetivos:**

- Presentar terapeutas: medico y psicólogo.
- Presentar el programa y eliminar expectativas erróneas.
- Favorecer la relación entre los componentes del grupo.
- Informar sobre el tabaquismo: Información medica y psicologica.
- Completar la historia tabáquica de los asistentes (características y dependencia física, psicológica y social del habito tabáquico).

#### **Acciones:**

- Cumplimentación de la historia tabáquica, test de Glover-Nilson (Tabla 6) y CONFIS (Tabla 7).
- Presentación del programa por parte de los terapeutas: metodología y normas básicas.
- Información sobre el tabaquismo: (médica y psicológica)
  - Fisiopatología del tabaco sobre el organismo.
  - Morbi-mortalidad producida por el consumo de cigarrillos.
  - Beneficios de dejar de fumar a corto, medio y largo plazo.
  - Fumador involuntario.
  - Principios básicos de la adicción física.
  - Principios comportamentales del hábito tabaquico
  - Síndrome de abstinencia.

#### **Tareas para casa:**

- Complimentar:
  - Registro funcional de la conducta de fumar.
  - Listado de razones para dejar de fumar.
  - Balanza de toma de decisiones.

#### **Material:**

- Cuestionarios:
  - Historia tabáquica.
  - Test de Glover-Nilson.
  - CONFIS
- Hoja” Registro funcional del hábito
- Hoja de “Balanza de toma de decisiones”.
- Hoja de “Razones para dejar de fumar”.
- Folleto “Si fumas...”.

Tabla 6

**TEST DE GLOVER - NILSSON**

	0 - Nada en absoluto	1 - Algo	2 - Moderadamente	3 - Mucho	4 - Muchísimo
01.- Mi hábito de fumar es muy importante para mi.	0	1	2	3	4
02.- Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar.	0	1	2	3	4
03.- ¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar?.	0	1	2	3	4
04.- ¿Se recompensa a sí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea?.	0	1	2	3	4
05.- ¿Cuando no tiene tabaco, le resulta difícil concentrarse y realizar cualquier tarea?.	0	1	2	3	4
06.- ¿Cuando se haya en un lugar en el que está prohibido fumar, juega con su cigarrillo o paquete de tabaco?.	0	1	2	3	4
07.- ¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, sofá, habitación, coche o la bebida, (alcohol, café, etc.)	0	1	2	3	4
08.- ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente?.	0	1	2	3	4
09.- ¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca, (bolígrafos, palillos, chicles, etc.) y los chupa para relajarse del estrés, tensión, frustración, etc.)	0	1	2	3	4
10.- ¿Parte del placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo?.	0	1	2	3	4
11.- ¿Cuando está solo en un restaurante, parada de autobús, fiesta, etc., se siente más seguro, a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos?.	0	1	2	3	4

**Puntuación total:**

0-11: Dependencia leve  
 12-22: Dependencia moderada  
 23-33: Dependencia alta  
 34-44: Dependencia muy alta

Tabla 7

**CUESTIONARIO CONFI-S**

(Resistencia a la urgencia de fumar)

Ninguna resistencia

Total resistencia

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

	0-10
Cuando se siente ansioso	
Cuando quiere sentarse cómodamente y disfrutar de un cigarrillo	
Cuando ha finalizado una comida o tentempié	
Cuando está nervioso	
Cuando quiere sentirse mas atractivo	
Cuando quiere relajarse	
Cuando siente que fumar es parte de su autoimagen	
Cuando se siente tenso	
Cuando está bebiendo un bebida alcohólica	
Cuando ve a otros fumando	
Cuando alguien le ofrece un cigarrillo	
Cuando quiere evitar tomar dulces	
Cuando quiere sentirse mas maduro, sofisticado	
Cuando quiere mantenerse delgado	
<b>Puntuación total (maximo 140, minimo 0)</b>	

## CONSULTA MEDICA

Se establece como una sesión individual de todos los componentes del grupo de la sesión 1. Se citarán a los pacientes el mismo día de la 1ª sesión; pero si no es posible se hará a la mayor brevedad durante la semana existente entre la sesión 0 y 1. Previamente el paciente deberá haber cumplimentado la Hª tabáquica, el cuestionario medico, test de Glover-Nilsson, test de Fagerström, test de Richmond y CONFIS..

### **Objetivos:**

- Realizar la historia clínica del paciente.
- Realizar la exploración física y pruebas complementarias.
- Establecer el juicio diagnóstico.
- Prescribir las pautas de tratamiento farmacológico.

### **Acciones:**

- Realización de la historia clínica mediante entrevista personalizada:
  - Anamnesis por aparatos
  - Exploración física
  - Pruebas complementarias
- Completar si es preciso la historia tabáquica del paciente.
- Pautas de tratamiento:
  - Prescripción del tratamiento farmacológico:
    - Información sobre las características de uso, efectos secundarios...

### **Materiales:**

- Historia clínica.
- Fonendoscopio.
- Esfingomanómetro.
- Cooximetro.
- Balanza y altímetro.

## SESION 1

Se trata de una sesión de grupo de carácter psicológico. A ella acudirán todos los pacientes que a juicio de los terapeutas (medico y psicólogo) sean aptos para entrar en el programa.

### **Objetivos:**

- ◆ Aumentar la percepción de la capacidad de abandono.
- ◆ Eliminar las creencias erróneas del proceso de abandono.
- ◆ Favorecer la creación de redes de apoyo social.
- ◆ Dotar de estrategias de autocontrol

### **Acciones:**

- ◆ Revisión del registro funcional.
- ◆ Análisis funcional del hábito y preparación de ensayos conductuales de abstinencia situacional.
- ◆ Entrenamiento en:
  - ◆ Actividades alternativas
  - ◆ Relajación -respiración controlada-

### **Tareas:**

- ◆ Abstinencia del consumo en las situaciones establecidas.
- ◆ Complimentar:
  - ◆ Registro de frecuencia de consumo
  - ◆ Gráfica de consumo.
  - ◆ Listado de alternativas al tabaco.
  - ◆ Listado de aficiones, actividades placenteras y recursos personales para la evasión y distracción
- ◆ Practicar técnicas de relajación –respiración-

### **Materiales:**

- ◆ Hoja “Registro frecuencia de consumo”.
- ◆ Hoja “Gráfico de consumo”.
- ◆ Hoja “Listado de alternativas”.

## SESION 2

Sesión de grupo de carácter psicológico

### Objetivos:

- ◆ Favorecer el conocimiento de la conducta tabáquica.
- ◆ Indicar el día “D”

### Acciones

- ◆ Revisión de los registros de frecuencia de consumo.
- ◆ Puesta en común de las estrategias utilizadas durante la semana.
- ◆ Revisión de la técnica de relajación

### Tareas:

- ◆ Complimentar:
  - ◆ Gráfica de consumo hasta día “D”.
  - ◆ Listado de alternativas al consumo
- ◆ Ensayo conductual de las estrategias de autocontrol

### Materiales:

- ◆ Hoja “Gráfica de consumo”.
- ◆ Hoja “Listado de alternativas al consumo”.
- ◆ Hoja “Registro de pensamientos recurrentes”.

### *Si tratamiento farmacológico con Bupropion:*

- ◆ Día **D menos 7 días** (sesión 2): Inicio terapia 150 mg/24 horas.

### 3ª SESION: DIA D

#### **Objetivo**

- ◆ Abstinencia total.
- ◆ Dotar de estrategias básicas de autocontrol
- ◆ Elaborar estrategias y recursos personales para afrontar la abstinencia

#### **Acciones**

- ◆ Información sobre síntomas del síndrome de abstinencia
- ◆ Medicamento:
  - ◆ Si terapia con TSN
    - ◆ Inicio medicación con pautas personalizadas.
  - ◆ Si terapia con Bupropion
    - ◆ Inicio dosis 150 mg/12 horas.
- ◆ Psicológicamente:
  - ◆ Entrenamiento en estrategias de autocontrol
    - ◆ Instrucciones para el día “D”
    - ◆ Técnicas de reestructuración cognitiva.
    - ◆ Parada del pensamiento (control del deseo).
  - ◆ Instrucciones: Higiene del sueño

#### **Tareas**

- ◆ Seguir las pautas prescritas
- ◆ Comenzar y mantener abstinencia total
- ◆ Identificar y registrar las situaciones de riesgo y aplicar técnicas de afrontamiento: autocontrol, relajación, detención del pensamiento.

#### **Materiales**

- ◆ Hoja “Listado de recursos propios para el mantenimiento de la abstinencia”.
- ◆ Hoja “Pautas sobre Higiene del Sueño”

**El día D+3 : contactar telefónicamente con el paciente para preguntarle sobre su situación para, reforzar así su adhesión al tratamiento y ajustar si es necesario la pauta farmacológica.**

## 1ª VISITA DE SEGUIMIENTO (4ª SESION)

Se establecerá una semana después del día "D".

### Objetivo

- ◆ **Mantenimiento de la abstinencia.**
- ◆ **Controlar síndrome de abstinencia.**
  - ◆ **Medicamento**
    - ◆ Controlar la utilización de la medicación.
    - Evaluar y controlar los posibles síntomas del síndrome de abstinencia.
    - Medir CO aire espirado
  - **Psicológicamente**
    - Reforzar estrategias y recursos personales para afrontar la abstinencia.

### Acciones

- ◆ **Medicamento**
  - ◆ Anamnesis
  - ◆ Prescripción de pautas farmacológicas y/o higiénico - dietéticas para controlar síntomas del síndrome de abstinencia.
  - ◆ Realizar cooximetría
- ◆ **Psicológicamente**
  - ◆ Puesta en común de las estrategias utilizadas durante la semana.
  - ◆ Análisis funcional de situaciones sin cigarrillo. Valoración
  - ◆ Entrenamiento en estrategias de autocontrol
    - ◆ Solución de problemas
    - ◆ Identificación de situaciones de riesgo y conductas alternativas.
  - ◆ Autoinstrucciones positivas.

### Tareas

- ◆ Seguir las pautas prescritas
- ◆ Mantener abstinencia
- ◆ Identificación y registro de situaciones de riesgo y aplicar técnicas de afrontamiento: solución de problemas, autocontrol, relajación, detención del pensamiento...).

## 2ª VISITA DE SEGUIMIENTO (5ª SESION)

Se establecerá dos semanas después del día "D".

### Objetivo

- ◆ **Mantenimiento de la abstinencia**
- ◆ **Controlar síndrome de abstinencia.**
  - ◆ **Medicamento**
    - ◆ Controlar la utilización de la medicación.
    - Evaluar y controlar los posibles síntomas de síndrome de abstinencia.
    - Medir CO aire espirado
  - **Psicológicamente**
    - Reforzar un actitud de vigilancia ante posibles situaciones de riesgo.
    - Reforzar estrategias y recursos personales para afrontar la abstinencia.
    - Dotar de conocimientos y reforzar habilidades que permitan un enfoque positivo en caso de recaída.

### Acciones

- ◆ **Medicamento**
  - ◆ Anamnesis
  - ◆ Prescripción de pautas farmacológicas y/o higiénico - dietéticas para controlar síntomas del síndrome de abstinencia.
  - ◆ Realizar cooximetría
- ◆ **Psicológicamente**
  - ◆ Puesta en común de las estrategias utilizadas durante la semana.
  - ◆ Revisión de las técnicas de autocontrol
  - ◆ Solución de problemas, respiración, parada del pensamiento, actividades distractoras, alternativas al tabaco...)
  - ◆ Identificación de situaciones de riesgo y entrenamiento en habilidades de afrontamiento.
  - ◆ Explicación teórica del proceso de recaída: Modelo de prevención de recaídas de M.A. Marlatt

### Tareas

- ◆ Seguir las pautas prescritas
- ◆ Mantener abstinencia
- ◆ Identificación y registro de situaciones de riesgo y aplicar técnicas de afrontamiento: solución de problemas, autocontrol, relajación, detención del pensamiento...).

### 3ª VISITA DE SEGUIMIENTO (6ª SESION)

Se establecerá cuatro semanas después del día "D".

#### Objetivo

- ◆ **Mantenimiento de la abstinencia.**
- ◆ **Controlar síndrome de abstinencia.**
  - ◆ **Medicamento**
    - ◆ Controlar el uso de la medicación.
    - Evaluar y controlar los posibles síntomas de síndrome de abstinencia.
    - Medir CO aire espirado.
    - Evaluar la curva ponderal.
  - **Psicológicamente**
    - Reforzar un actitud de vigilancia ante posibles situaciones de riesgo.
    - Reforzar estrategias y recursos personales para afrontar la abstinencia.
    - Dotar de conocimientos y reforzar habilidades que permitan un enfoque positivo en caso de recaída.

#### Acciones

- ◆ **Medicamento**
  - ◆ Anamnesis
  - ◆ Prescripción de pautas farmacológicas y/o higiénico - dietéticas para controlar síntomas del síndrome de abstinencia.
  - ◆ Realizar cooximetría
  - ◆ Pesar al paciente y realizar recomendaciones higienico dieteticas para el control peso
- ◆ **Psicológicamente**
  - ◆ Puesta en común de las estrategias utilizadas durante la semana.
  - ◆ Identificación de síntomas de ansiedad
  - ◆ Revisión de las técnicas de autocontrol
  - ◆ Solución de problemas, respiración, parada del pensamiento, actividades distractoras, alternativas al tabaco...)
  - ◆ Identificación de situaciones de riesgo y entrenamiento en habilidades de afrontamiento.
  - ◆ Explicación teórica del proceso de recaída: Modelo de prevención de recaídas de M.A. Marlatt

#### Tareas

- ◆ Seguir las pautas prescritas y mantener abstinencia.
- ◆ Identificación y registro de situaciones de riesgo y aplicar técnicas de afrontamiento: solución de problemas, autocontrol, relajación, detención del pensamiento...).

← CESE BUPROPION →				
<b>SEGUIMIENTO</b>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>o</sup>	6 <sup>o</sup>	7 <sup>o</sup>
<b>SESION</b>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	9 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>
<b>Día "D" +</b>	6 Semanas	8 Semanas	10 Semanas	12 Semanas → <b>CESE TSN</b>

### Objetivo

- ◆ **Mantenimiento de la abstinencia**
- ◆ **Controlar síndrome de abstinencia.**
  - ◆ **Medicamento**
    - ◆ Valorar los tratamientos farmacológicos.
    - Evaluar y controlar los posibles síntomas de síndrome de abstinencia.
    - Medir CO aire espirado.
    - Medir peso corporal.
  - **Psicológicamente**
    - Reforzar un actitud de vigilancia ante posibles situaciones de riesgo.
    - Reforzar estrategias y recursos personales para afrontar la abstinencia.
    - Reforzar habilidades que permitan un enfoque positivo en caso de recaída.

### Acciones

- ◆ **Medicamento**
  - ◆ Anamnesis
  - ◆ Prescripción de pautas farmacológicas y/o higiénico - dietéticas para controlar síntomas del síndrome de abstinencia.
  - ◆ Realizar cooximetría
  - ◆ Pesarse al paciente.
  - ◆ Cese de los tratamientos en el momento adecuado. Valorar la continuación o no del tratamiento farmacológico dependiendo de diversos factores: presencia de síntomas del síndrome de abstinencia, tiempo de evolución de la abstinencia completa, presencia de efectos adversos, etc.
- ◆ **Psicológicamente**
  - ◆ Puesta en común de las estrategias utilizadas durante la semana.
  - ◆ Revisión de las técnicas de autocontrol
  - ◆ Solución de problemas, respiración, parada del pensamiento, actividades distractoras, alternativas al tabaco...)
  - ◆ Identificación de situaciones de riesgo y conductas alternativas.
  - ◆ **7º seguimiento (12 S):** Evaluación de satisfacción y CONFI-S.

### Tareas

- ◆ Seguir las pautas prescritas
- ◆ Mantener abstinencia
- ◆ Identificación y registro de situaciones de riesgo y aplicar técnicas de afrontamiento: solución de problemas, autocontrol, relajación, detención del pensamiento...).

<b>SEGUIMIENTO</b>	<b>8º</b>	<b>9º</b>
<b>SESION</b>	<b>11ª</b>	<b>12ª</b>
<b>Día "D" +</b>	<b>6 meses</b>	<b>12 meses</b>

### Objetivo

- ◆ **Mantenimiento de la abstinencia**
- ◆ **Control del peso.**
  - ◆ **Medicamento**
    - Medir CO aire espirado.
    - Medir peso corporal.
    - Controlar beneficios físicos acaecidos.
  - **Psicológicamente**
    - Reforzar un actitud de vigilancia ante posibles situaciones de riesgo.
    - Reforzar habilidades que permitan un enfoque positivo en caso de recaída.

### Acciones

- ◆ **Medicamento**
  - ◆ Refuerzo de las recomendaciones higiénico - dietéticas para controlar el peso.
  - ◆ Realizar cooximetría
  - ◆ Pesar al paciente.
- ◆ **Psicológicamente**
  - ◆ Identificación de situaciones de riesgo y conductas alternativas.
  - ◆ **9ª sesión (12 m): CONFI-S.**

### Tareas

- ◆ Seguir las pautas prescritas
- ◆ Mantener abstinencia

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- World Health Organization. The European report on tobacco control policy. WHO European ministerial conference for a tobacco-free Europe. Warsaw: World Health Organization, 2002 Feb 18-19.
- 2.- Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. *BMJ* 1994; 309:937-939.
- 3.- Banegas Banegas JR, Díez Gañan L, Rodríguez-Artalejo F, González Enríquez J, Graciani A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin (Barc)*2001;117:692-694.
- 4.- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice guideline. Rockville, MD:US Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
- 5.- Jiménez Ruiz CA, Solano S, González JM, Ruiz M, Flórez S, Ramos A et al .Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 1999. 335:499-506.
- 6.- .- Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla Garcia M, Domínguez Grandal F, Diaz-Maroto Muñoz JL et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. *Arch Bronconeumol*. 2003,39:35-41
- 7.- Jiménez Ruiz CA, Ayesta J, Planchuelo MA, Abégozar R, Torrecilla M, Quintas AM et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Prev Tab* 2001. 3:78-85.
- 8.- West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55: 987-999.
- 9.- Jiménez Ruiz CA, de Granda I, Solano S et al. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y cirugía torácica. SEPAR. *Arch Bronconeumol* 2003. En prensa.
- 10.- .- Akehurst RL, Bennett D, Berry C, Bird S, Buxton M, Claxton K et al. Guidance on the use of nicotine replacement therapy and bupropión for smoking cessation. National Institute for clinical excellence. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk). Marzo2002.
- 11.- World Health Organization. European Partnership project. First European guideline in the treatment of tobacco dependence. October 1999.
- 12.- Andersson JE, Joremy DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence. *Chest* 2002; 121:932-941.
- 13.- Prochazka J, DiClemente C. Stages and process of self-change of smoking:towrds an integrative model of change. *J Clin psychol*. 1983; 3:390-395
- 14.- Jiménez Ruiz CA, Solano S, Barrueco M et al. Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las Unidades Especializadas en Tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 2001. 37:382-387.
- 15.- Tratamientos psicológicos en drogodependencias. Recaída y prevención de recaídas. Coordinado por: M: Casas y M. Gossop. Barcelona: Ediciones en neurociencias, 1993.
- 16.-Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicológica clínica y de la salud. R. Fernández-Ballesteros. Madrid: Ediciones Pirámide S.A, 1994.
- 17.-Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención. G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos y T. J. Carrasco Giménez. Madrid: Ediciones Pirámide S.A.,1997
- 18.- Tratamiento del tabaquismo. E Becoña Iglesias y F Lino Vazquez. Madrid: Dykinson, 1998.