

Tratamiento del tabaquismo

Casos prácticos



Francesc Abella Pons
Assumpció Vilarasau Durany
(eds.)

TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

CASOS PRÁCTICOS

**Francesc Abella Pons
Assumpció Vilarasau Durany
(eds.)**

© Edicions de la Universitat de Lleida, 2007
© Novartis Consumer Health, S. A.
© del texto: los autores

Diseño: cat & cas
Maquetación: Servei de Publicacions (UdL)

ISBN: 978-84-8409-526-2

ÍNDICE

Prólogo.....	7
--------------	---

CASOS

El párroco.....	11
Nada es imposible	15
La mujer sufriendora.....	19
El comercial escéptico	23
Un mal momento.....	27
Mujer poliadicta	31
Juana de Arco.....	35
Peluquera angustiada	39
Nada favorable	43
Querida radióloga.....	45
El camionero.....	49
Un hombre estresado.....	53
Parecía que no, pero es que sí.....	57
Como dos gotas de agua.....	61
Futuro papá.....	65
La impaciente	69
Hombre paciente.....	73
Último cartucho	77
Gladiator.....	79
Informática colaboradora	83

El dudoso.....	87
El alcalde	91
Miedo a engordar	97
Treinta y tantos.....	101

MATERIAL DE SOPORTE

Protocolo de intervención en la terapia substitutiva de la nicotina	105
Test de Fagerström.....	107
Test de Richmond	109
Test de Etter	110
Artículo de prensa: Terenci Moix.....	113
Escala de Minnesota.....	117
Cómo superar los primeros días sin fumar.....	118
Cómo actuar frente al síndrome de abstinencia de la nicotina	120
Fases de abandono de consumo de tabaco.....	122
Tabaco y cine	124
Bibliografía	131
Páginas web de referencia.....	132

PRÓLOGO

Dejar de fumar es la mejor acción en favor de la salud que puede realizar una persona fumadora. No iniciarse en la conducta de fumar es la mejor acción preventiva que puede realizar cualquier persona. Actualmente estamos asistiendo a un interesante momento en lo concerniente a todo lo relacionado con la dependencia tabáquica, especialmente en lo que se refiere a su tratamiento. Es, en este sentido, desde **Gestió de Serveis Sanitaris (GSS)**, que venimos dedicando un importante esfuerzo. Desde nuestra Unidad de Tabaquismo atendemos y entendemos el problema desde su perspectiva más amplia.

El presente libro pretende ofrecer un material docente de calidad, dirigido a todos aquellos profesionales sanitarios interesados en aprender, en perfeccionar y en ampliar sus conocimientos sobre el paciente que fuma y que quiere abandonar su adicción.

Como profesionales de la salud, en cualquiera de sus ámbitos necesitamos estar bien informados y disponer de materiales terapéuticos que faciliten nuestro trabajo. El paciente debe captar en nosotros dos habilidades esenciales: saber, tener buenos niveles de información y querer ayudarle y transmitirle nuestra disposición a estar a su lado.

Materiales docentes como los que ahora presentamos deben tener como finalidad básica ofrecer al profesional un espacio para el debate, la consulta y la reflexión ante una problema que ya viene siendo considerado de gran importancia en el ámbito de la salud.

Dr. Armand Arilla Almúnia

Director gerente de Gestió de Serveis Sanitaris
Hospital de Santa Maria de Lleida

Lleida, enero de 2007

CASOS

EL PÁRROCO

Antònia Raich Soriguera
Psicòloga. Unidad de Tabaquismo
Althaia. Red Asistencial de Manresa

Descripción del caso

El Sr. M tiene 61 años cuando acude a la primera visita en marzo de 2003. Actualmente es fumador de 30 cigarrillos diarios, aunque durante muchos años su consumo habitual ha sido de 60. Ha llevado a cabo 3 intentos serios de dejar de fumar, los dos últimos con TSN en forma de parches. Durante el primero, hace unos 40 años, consiguió abstenerse durante meses, al encontrarse en un monasterio donde no se podía fumar, pero recayó. Durante los últimos 2 años, en sus más recientes intentos lo ha pasado mal, puesto que ha presentado sintomatología abstinencial y no ha logrado pasar más de 3 días sin fumar.

Ha seguido los tratamientos anteriores sin ningún apoyo profesional. Dice sufrir un gran malestar al interrumpir el consumo de tabaco. Se considera muy nervioso, lleva muchos años fumando y opina que ya no hay solución para él.

Viene derivado por el médico de cabecera, quien ha tomado esta decisión por ser tan fumador como el paciente y no creerse capaz de ayudarlo.

Pide ayuda para dejar de fumar, puesto que recientemente ha sido intervenido quirúrgicamente de un tumor benigno de colon y en el hospital le recomendaron dejar de fumar.

El paciente es clérigo, convive con otro clérigo que no fuma y no recibe ningún tipo de presión de su entorno para dejar de fumar.

Presenta antecedentes de apendicectomía, herniorrafia inguinal, polipectomía endoscópica de colon, dos episodios de diverticulitis y bronquitis crónica. Durante el proceso de tratamiento lo sometemos a una prueba funcional respiratoria que pone de manifiesto un trastorno ventilatorio mixto de predominio obstructivo moderado. Con respecto a hábitos tóxicos, es consumidor de 1 copa de coñac diaria y 4 cafés al día.

En cuanto a su situación personal, tiene estudios superiores de teología. Es el clérigo titular de una parroquia de pueblo, aunque, dada la escasez de clérigos en la Iglesia Católica, debe ocuparse de varias parroquias próximas. Comparte esta tarea con el otro clérigo, con quien convive y parece que la relación entre ambos es buena. Le gusta su trabajo, a pesar de tener en algunos momentos la sensación de andar bastante estresado.

Entrevista

Durante la entrevista, muestra una actitud seria y a la vez cordial. Acude solo, por iniciativa propia. Si bien le han recomendado dejar de fumar, es él quien ha tomado la decisión de hacerlo, aun viéndolo muy complicado, puesto que piensa que el suyo es un caso muy difícil y no cree que lo logre. A pesar de todo, está dispuesto a intentarlo, tomándose como una oportunidad de mejora personal.

Cuando asiste a la primera visita no tiene ninguna información de cómo funciona el programa, aun siendo consciente de que necesita ayuda profesional, puesto que solo no lo ha logrado. No tiene claro qué le podemos ofrecer, pero espera que le facilitemos algún método o técnica que le haga más fácil dejarlo.

Además de la PFR, se le realiza cooximetría, obteniendo un resultado de 30 ppm.

Diagnóstico

Paciente fumador con nivel alto de dependencia: Fagerström de 8 en fase de acción.

Discusión

El paciente inicia un tratamiento multicomponente grupal. Su nivel de implicación en el tratamiento es elevado: asiste a todas las sesiones y cumple las tareas que se le proponen.

El grupo en el que participa es heterogéneo, tanto con respecto a la edad y el sexo como a situaciones y motivaciones. Sin embargo, se establece un buen nivel de cohesión.

Las sesiones, de 75 minutos, son semanales. Durante la primera semana se trabaja a partir del registro del consumo y las situaciones en las que se fuma. En las siguientes 3 semanas se van delimitando las situaciones en las que se puede fumar, con el fin de lograr un cambio de hábitos. Asimismo, a lo largo de las sesiones se trabaja la motivación, mediante la información y la reestructuración cognitiva de creencias erróneas respecto al tabaco, al propio hábito y a las posibilidades personales de dejarlo. Se introducen también técnicas de apoyo, como la relajación con respiración diafragmática, y estrategias de implicación con el propio grupo y con el entorno.

En la quinta sesión se dan las pautas para afrontar el día D, que se ha establecido antes de los próximos 7 días, y se pauta el tratamiento. En el caso que nos ocupa, el paciente había suprimido durante la primera fase algunos cigarrillos y estaba fumando alrededor de 18-20. Acordamos iniciar la TSN en forma de parches de 24 horas de 21 mg durante el primer mes, terapia a la que se añaden comprimidos de nicotina de 1 mg, a elección en los momentos de apetencia.

Se realizan sesiones de seguimiento. El Sr. M se mantiene abstinentemente durante la primera semana, siguiendo el tratamiento pautado y con un consumo de entre 5 y 6 comprimidos de nicotina de 1 mg al día; manifiesta que pasa por momentos difíciles, pero que le está resultando mucho más fácil de lo que esperaba y, desde luego, mucho más llevadero que en las ocasiones en las que lo había intentado con anterioridad.

La estrategia que le es más útil cuando experimenta un momento de intensa apetencia consiste en desplazarse a lugares donde haya otras personas, puesto que ha comunicado a su entorno su decisión de dejar de fumar y cuando está rodeado de gente ya no piensa en el hábito. Los amigos y la gente vinculada a la parroquia, que lo habían visto siempre fumando, le reconocen su esfuerzo, alentándolo. Los momentos más difíciles los vive cuando está solo en casa, tras las comidas o al finalizar una tarea. Cabe apuntar que no ha cumplido las recomendaciones de abstenerse del consumo de alcohol y cafeína, tal como se le había indicado; se insiste en este último punto, aun cuando él considera que el consumo de alcohol es muy moderado, que constituye el pequeño placer que se da cada día y necesita la cafeína para activarse. Se le recomienda también buscar actividades de distracción no asociadas con el tabaco: practicar ejercicios de relajación, realizar respiraciones profundas al aire libre, situarse en espacios no asociados al acto de fumar, como la iglesia —ya que reside en la vicaría y tiene comunicación directa con el templo desde su casa—, para rezar, leer o meditar.

Valora muy positivamente el hecho de no fumar, ya que no ha tardado en percibir las mejoras, sobre todo en cuanto a respiración y rendimiento físico.

Seguimiento

Tras el día D, el seguimiento se efectúa al cabo de una semana. Posteriormente, pasa a ser quincenal, a lo largo del primer trimestre. Superados estos tres meses, hay sesiones de seguimiento mensuales por espacio de un año, durante las que se trabaja la prevención de recaídas.

El Sr. M acudió a las visitas de seguimiento pautadas. Durante las primeras 6 semanas se mantuvo abstinentemente, pero en la visita de seguimiento posterior a la séptima semana había fumado algún pitillo. Casualmente, había encontrado por casa tabaco del que ignoraba disponer y no lo había tirado, como le habíamos indicado, violando así la abstinencia. A partir de aquel momento todo se complicó, manteniendo el paciente una lucha diaria entre dar o no dar el paso.

Estaba siguiendo bien el tratamiento farmacológico pautado, pero había cambiado su actitud frente al tratamiento. Como en las ocasiones anteriores, le estaba resultando muy difícil y se planteaba nuevamente que su caso era imposible. Lo que más le costaba era privarse de aquellos pequeños momentos de placer diarios: no había encontrado nada que sustituyera al hecho de fumar para autocomplacerse. A pesar de proponérsele varias estrategias para detener la recaída, el paciente ya había modificado su actitud. En la siguiente visita de seguimiento fumaba 3-4 cigarrillos diarios y había dejado los parches. Dado que el Sr. M ya había tomado una decisión, valoramos que no era adecuado volver a proponerle la abstinencia y le propusimos someterse a un programa de reducción de daños. Se le pautaron comprimidos de Nicotina de 1 mg de forma estable (5-6 al día) y 3-4 cigarrillos. Se establecieron los momentos del día en los que fumaría.

En las sesiones de seguimiento el paciente mantuvo esta pauta de forma estable. Al año de iniciar el tratamiento se le dio el alta, aunque se ha mantenido contacto telefónico con el Sr. M anualmente y con motivo de esta publicación se le ha propuesto realizar una cooximetría.

El Sr. M inició el programa en marzo de 2003. Se mantuvo abstinentes durante 6 semanas y desde mayo de 2003 hasta hoy (3 años después) se ha mantenido con un programa de reducción de daños, fumando 4-6 cigarrillos diarios y con comprimidos de nicotina de 1 mg. Durante los 2 primeros años estuvo siguiendo una pauta estable de 4-5 comprimidos de nicotina de 1 mg diarios, que ha ido disminuyendo durante el último año, hasta recurrir a ellos sólo en momentos de apetencia, para no superar su límite de cigarrillos. La cooximetría actual arroja un resultado de 12 ppm. Aun así, en el último año se le ha diagnosticado una isquemia en la extremidad inferior derecha, si bien hasta la fecha la afectación es leve y no requiere intervención. Con respecto a sus problemas respiratorios, se le ha diagnosticado un enfisema pulmonar, aunque su evolución es bastante estable. Todos los profesionales sanitarios le recomiendan dejar totalmente el tabaco y el Sr. M se lo está planteando.

Conclusiones

Es posible mantener la reducción de daños a largo plazo. Sin embargo, no es en absoluto evidente que dicha reducción aporte beneficios para la salud, puesto que, aunque no podemos saber cómo habría evolucionado el Sr. M., la evidencia científica no ha demostrado que sea útil hacer una reducción de daños, especialmente con respecto a los problemas vasculares, si bien se ha demostrado una mejora en lo referente a problemas respiratorios.

NADA ES IMPOSIBLE

Antònia Raich Soriguera
Psicòloga. Unidad de Tabaquismo
Althaia. Red Asistencial de Manresa

Descripción del caso

El Sr. F tiene 33 años cuando inicia el programa, en abril de 2002. Es fumador de 40 cigarrillos diarios y fuma desde los 16 años. No ha seguido nunca un tratamiento formal para dejar de fumar, aunque alguna vez lo ha intentado por su cuenta, sin contar con apoyo alguno ni pasar nunca más de 6 días sin fumar.

Al Sr. F se le diagnosticó esquizofrenia paranoide a los 18 años. Está vinculado al Centro de Día de Salud Mental, institución que ha ofrecido a sus pacientes la posibilidad de seguir un programa de tratamiento para dejar de fumar, al que el Sr. F se ha inscrito voluntariamente.

El paciente vive con sus padres y su hermana. Alguno de ellos fuma, pero todos animan al paciente a dejarlo, sin presionarle.

En cuanto a los antecedentes personales de salud, no presenta nada destacable desde el punto de vista orgánico, salvo un sobrepeso IMC 31. En el ámbito psicopatológico, a los 19 años se le diagnosticó un trastorno esquizofrénico de tipo paranoide. A partir de ese momento inició un tratamiento con antipsicóticos, habiendo presentado dos episodios de reagudización, uno a los 23 años y el último a los 25, en el que fue necesario ingresarle en una unidad de agudos. Desde entonces se ha mantenido bastante estable, presentando tan sólo sintomatología psicótica negativa. En el momento de iniciar el programa, sigue un tratamiento basado en Clozapina 300 mg/d. No presenta otros hábitos tóxicos y consume cafeína esporádicamente.

El Sr. F tiene el graduado escolar. Al encontrarse en una situación de invalidez absoluta, no trabaja. Mantiene cierto nivel de actividad, puesto que participa en varias actividades en el centro de día, algunas de ellas deportivas. Aun así, dispone de mucho tiempo de ocio.

Entrevista

La primera entrevista la llevamos a cabo junto con la enfermera del centro de día. El Sr. F se muestra como es habitual en él y en las personas que presentan su trastorno: tímido y distante, pero colaborador. Acude solo a la entrevista y se muestra motivado para intentar dejar de fumar. En términos generales, tiene la información de cómo funciona el programa que seguiremos, puesto que se desarrolla junto con la enfermera del centro, que le ha hablado del mismo. Aunque está motivado para intentar dejar de fumar, no parece muy convencido de poderlo lograr.

Además de los datos generales que se solicitan en la primera visita, durante la entrevista se le pasa la escala PANNS con el fin de medir la sintomatología psicótica positiva y negativa, obteniendo la puntuación siguiente: PP-9, PN-16, PG-30. Asimismo, se obtienen unos resultados de 15 ppm de CO y unos niveles plasmáticos de Clozapina de 451 ng/ml.

Diagnóstico

Paciente fumador con un nivel elevado de dependencia: Fagerström de 8 en fase de acción.

Presenta dificultades añadidas para dejar de fumar, debido a su diagnóstico de esquizofrenia.

Discusión

El Sr. F inicia un tratamiento para dejar de fumar multicomponente grupal. Su nivel de implicación en el tratamiento es elevado: asiste a todas las sesiones y cumple con las tareas que se le proponen.

El grupo en el que participa está formado en su totalidad por pacientes diagnosticados de alguna enfermedad psiquiátrica de la esfera psicótica. La mayoría sufren esquizofrenia y están vinculados al Centro de Día de Salud Mental. En consecuencia, algunas de las sesiones del programa se adaptan a este tipo de pacientes. Las variaciones introducidas no afectan tanto a los contenidos como al ritmo de trabajo. Durante la primera fase, las sesiones son semanales, con una duración de 75 minutos. Se trabaja a partir del registro del consumo y las situaciones en las que se fuma. En las siguientes semanas se van delimitando las situaciones en las que se puede fumar, con el fin de lograr un cambio de hábitos. Asimismo, durante las sesiones se trabaja la motivación mediante información y reestructuración cognitiva de creencias erróneas respecto al tabaco, al propio hábito y a las posibilidades personales de dejarlo. Se introducen también técnicas de apoyo, como la relajación con respiración diafragmática, y estrategias de implicación con el propio grupo y con el entorno.

El sistema es el mismo que en los grupos generales, aunque tal vez con estos pacientes las pautas son mucho más directivas, trabajando en la agenda diaria y proporcionando alternativas y directrices muy concretas sobre cómo afrontar cada situación.

En la primera fase el paciente cumple con todas las pautas dadas de registros y cambio de hábitos. Asimismo, ha ido reduciendo el consumo a menos de 30 cig./día. Llegado el día D, se le pauta tratamiento sustitutivo nicotínico en forma de parches de nicotina de 24 horas de 21 mg y chicles de nicotina de 4 mg para los momentos de apetencia.

El Sr. F logra mantenerse abstinentemente durante la totalidad de la segunda fase de seguimiento, en que se celebran sesiones quincenales para trabajar la prevención de recaídas. El paciente continúa con el tratamiento con TSN en forma de parches de nicotina de 24 h, de 14 mg durante el segundo mes y de 7 mg durante el tercero, recurriendo a los chicles de nicotina en momentos puntuales. A partir del segundo mes, los chicles son de 2 mg. de nicotina. El paciente empezará con una dosis inicial de 4-5 al día y a partir de las 6 semanas de abstinencia los va reduciendo progresivamente.

Cabe destacar que el Sr. F valora muy positivamente las mejoras con respecto a su rendimiento físico, que percibe especialmente cuando practica ejercicio, lo que hace regularmente. También aprecia la satisfacción de conseguir algo que muchas personas sin enfermedades mentales no son capaces de hacer y que sólo una pequeña parte de su grupo ha logrado. El aspecto que más le preocupa es el aumento de peso, puesto que ya partía de un sobrepeso y, al dejar de fumar, se da cuenta de que está aumentando. Aun así, el hecho de encontrarse mejor y rendir más físicamente, pese al sobrepeso, lo anima a continuar; por otra parte, se describe al paciente la relación de la nicotina con el aumento de peso, pactándose que una vez se estabilice con respecto a la abstinencia tabáquica se le pautará una dieta y recibirá apoyo de la enfermera del centro de día para un buen cumplimiento de la misma. También se le explica que, si ha conseguido dejar de fumar, hacer dieta le resultará mucho más fácil.

Seguimiento

El Sr. F hizo un seguimiento ejemplar del tratamiento, cumpliendo con todas las sesiones y las pautas dadas, lo que consideramos capital para la buena evolución del caso. Una vez transcurrido el primer trimestre, los pacientes se adentran en la tercera fase, en que las sesiones son mensuales y se trabaja la prevención de recaídas. En esta fase, se incluyó al Sr. F en un grupo de población general, lo que le resultó muy motivador. En mitad del tratamiento, cuando ya llevaba 6 meses de abstinencia, se le repitió la PANNS PN-8 PP-18 PG-34, observando que no se producían cambios significativos en los resultados de esta escala cuando fumaba o al dejar de fumar. Con respecto a los niveles plasmáticos de clozapina, aun manteniendo la misma dosis de 300 mg/d, los niveles habían aumentado significativamente, pasando a ser de 550 ng/ml.

Conclusiones

En el caso del Sr. F se pone de manifiesto lo que ya ha descrito ampliamente la literatura científica: la nicotina altera la metabolización de los fármacos antipsicóticos, provocando que el enfermo psicótico fumador necesite dosis más elevadas de tratamiento. Asimismo, la experiencia con nuestro paciente prueba que dejar de fumar no modifica de forma significativa la sintomatología psicótica. A pesar de que los enfermos psicóticos presentan muchas dificultades para dejar de fumar, el Sr. F y otros pacientes con los que hemos trabajado nos demuestran que un enfermo con esquizofrenia puede lograr la abstinencia tabáquica y mantenerla a largo plazo (a fecha de hoy, 4 años después, sigue sin fumar).

La actitud sumisa y obediente que presentan muchos enfermos psicóticos, siempre que se les compense, facilita el tratamiento. Cabe decir también que el Sr. F, a pesar de sufrir una esquizofrenia, no presenta un deterioro cognitivo grave, lo que a buen seguro facilitó el buen seguimiento del programa. Se considera que un tercio de los enfermos esquizofrénicos no presentan deterioro cognitivo. Según nuestra experiencia, este subgrupo de enfermos obtiene mejores resultados en el tratamiento del tabaquismo, lo que se explicaría por dos razones: el buen nivel cognitivo, que permite comprender y seguir mejor las instrucciones y estrategias del programa; además, se ha apuntado en numerosos estudios que los enfermos psicóticos utilizan la nicotina como una forma de automedicación para mejorar aspectos de atención, concentración y activación en general, compensando así los síntomas negativos de la esquizofrenia. Así pues, a los enfermos con una menor afectación en este ámbito les resultaría más fácil dejar de fumar.

LA MUJER SUFRIDORA

Josep Maria Ramon Torrell
Médico. Unidad de Deshabitación Tabáquica
Hospital Universitario de Bellvitge
L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Descripción del caso

Mujer de 59 años de edad que vive sola y actualmente está de baja laboral por larga enfermedad derivada por su neumólogo. Hasta hace 14 meses trabajaba de empleada en un supermercado. Fumadora de 30 cigarrillos al día en el último año —anteriormente fumadora de entre 40 y 45 cig./día.

Se inició en el consumo regular a los 25 años de edad y refiere dos intentos previos de abandono del consumo. El primero, en el año 2001, con hipnosis, donde redujo el consumo a 5 cig./día durante 15 días sin abandonar en ningún momento el consumo de tabaco. El segundo, en el año 2003, tras ingreso hospitalario por descompensación de su enfermedad persistiendo abstinentes 10 días tras el alta hospitalaria. Refiere ansiedad y nerviosismo acentuado, cambios de humor e insomnio durante este periodo. No siguió ningún tratamiento ni tuvo soporte profesional en dicho intento.

La paciente presenta una enfermedad obstructiva crónica de base que requiere tratamiento broncodilatador continuado y descompensaciones estacionales repetidas. Sin antecedentes de enfermedades psiquiátricas.

Entrevista

La paciente acude sola a la consulta y busca ayuda tras consejo de su neumólogo, quien le ha aconsejado un tratamiento especializado de su adicción. No le ha comentado en detalle ni el tipo ni la duración del tratamiento.

Presenta una actitud seria y positiva: "Con su ayuda dejaré de fumar, sola no he sabido cómo hacerlo."

Espera ayuda especializada que le permita controlar los "nervios" y otros factores que en las otras ocasiones la hicieron fracasar en el intento.

Diagnóstico

Fumadora en fase de contemplación. Acude a la primera visita habiendo fumado y con tabaco. Se le debe insistir en que fije una fecha próxima para inicio de tratamiento. Se fija el día D a los 15 días de la primera visita.

Fagerström de 7 y Richmond de 7. Determinación semicuantitativa de niveles de cotinina en saliva (Accutest Nicalert) equivalente a 200-500 ng/ml. CO exhalado 13 ppm. FEV1 70%. Peso: 67,9 kg.

Discusión

Propuesta terapéutica:

- a) Preparación predía D. Se aconseja a la paciente:
 - Buscar en el entorno de amigos y familiares algún exfumador. Decir que quiere dejar de fumar.
 - No llevar el tabaco encima. En casa, dejar el tabaco en otra habitación distinta. Llevar un número limitado de cigarrillos cuando sale de casa.
 - Lista de motivos: para dejar de fumar y para continuar fumando.
 - Diario: anotar los momentos y actividades en las que se fuma.
- b) Tratamiento combinado de TSN (PTN + chicles). Se calculan dosis del 90% de la nicotina consumida.
- c) Tratamiento individualizado.
- d) Información objetiva sobre la relación entre su enfermedad de base y el consumo de tabaco.
- e) Abordaje para la mejora de la autoeficacia.
- f) Tratamiento cognitivo-conductual.

Evolución

La paciente acude a los 15 días para inicio de tratamiento. Consumo en el periodo pre-D: 15 cig./día. Acude sin fumar y sin tabaco. CO 9 ppm. Peso: 68,7 kg. IMC 29. A lo largo del periodo de preparación refiere grandes dificultades para controlar el consumo en periodos ociosos, en relaciones sociales y tras las comidas.

Se pautan parches de nicotina de 21 mg + 8-10 piezas de 2 mg de chicles de nicotina a lo largo del día durante 15 días.

Se aconsejan las siguientes estrategias para el periodo inicial: mantenerse ocupada; si se presentan *cravings* (apetencias), dejar lo que se está haciendo en ese momento y realizar otra actividad; cambiar los hábitos tras las comidas; retardar el consumo de café, no hacer sobremesa; tras las comidas, lavarse los dientes y realizar algún tipo de actividad y, en caso de entorno con otros fumadores, romper con la situación, levantarse, salir un momento, acudir al baño... Se informa a la fumadora que los deseos de fumar en esos momentos son intensos pero de poca duración.

Se pauta el siguiente régimen farmacológico:

- Parches de nicotina de 24 h de 21 mg/día durante 28 días.
- Chicles de nicotina de 2 mg: entre 8-10 piezas durante los primeros 14 días + 1 pieza en momentos de *craving* intenso.
- Chicles de nicotina de 2 mg: entre 4-5 piezas durante los segundos 14 días + 1 pieza en momentos de *craving* intenso.
- Parches de nicotina de 24 h de 14 mg/día durante 14 días.
- Chicles de nicotina de 2 mg: entre 4-5 piezas durante los segundos 14 días + 1 pieza en momentos de *craving* intenso.
- Parches de nicotina de 24 h de 7 mg/día durante 14 días.
- Chicles de nicotina de 2 mg: 1 pieza en momentos de *craving* intenso.

La monitorización de los niveles de CO a lo largo del seguimiento se mantienen por debajo de 4 ppm. Peso a las 12 semanas: 70,3 kg. FEV1 a las 12 semanas, 80%. Cotinina a las 8 semanas: equivalente a 200-500 ng/ml.

La paciente refiere menos disnea y ha reducido las dosis de broncodilatadores. Ha ganado autoestima. No refiere clínica compatible con SAN. Le preocupa el incremento del apetito. Comenta deseos intensos de consumo de azúcares fundamentalmente por la noche. La paciente nos refiere que para evitar el consumo de este tipo de productos no compra y al no tenerlos en casa, no los come. Han ido disminuyendo a lo largo de las semanas.

Entre la 15 y 17 semana de tratamiento se producen caladas en dos momentos distintos. El primero en un entorno social donde solicita a una amiga poder encender su cigarrillo y le da dos caladas. El segundo, en los momentos previos a la valoración y ampliación de su baja laboral en la que pide un cigarrillo, lo enciende y lo apaga rápidamente. Es sumamente crítica con estas dos situaciones. En posteriores salidas sociales los deseos de fumar los ha controlado con chicle de nicotina. No se vuelve a repetir el consumo en todo el periodo de seguimiento.

La tolerancia al tratamiento ha sido absoluta y no se ha presentado ningún efecto secundario.

Seguimiento

Se han realizado 8 sesiones a lo largo de 12 meses. La paciente es alta abstinente a los 13 meses de iniciado el tratamiento. Peso al alta, 71,6 kg. FEV1 al alta: 83%. La adherencia a las visitas de seguimiento ha sido alta (únicamente no acude a uno de los controles programados y llamó previamente para modificar el día). Abandona los parches de nicotina a los dos meses (a dosis de 7 mg/día), pero continúa utilizando puntualmente chicles de nicotina de 2 mg. Al alta la paciente presenta una gran mejoría de su patología de base y en los últimos dos meses ha podido prescindir del tratamiento broncodilatador.

EL COMERCIAL ESCÉPTICO

Josep Maria Ramon Torrell
Médico. Unidad de Deshabitación Tabáquica
Hospital Universitario de Bellvitge
L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Hombre de 43 años de edad, fumador de 20 cig./día en los últimos 5 años junto con consumo puntuales —fin de semana— de entre tres y cuatro "puritos". Previamente nunca ha sobrepasado los 30 cig./día. Comercial. Casado con dos hijos de 6 y 4 años de edad. Pareja no fumadora. Ningún intento previo con inicio regular del consumo a los 14 años de edad.

Acude a la consulta a petición propia y nos comenta que ha sido su mujer y, sobre todo el hecho de que varios de sus amigos hayan dejado de fumar, lo que lo ha llevado a solicitar tratamiento. Comenta que no lo ha intentado solo porque no se ve capaz y que cree que el control y seguimiento del proceso por parte de un profesional le puede ayudar. Dice que no tiene fuerza de voluntad.

Sin antecedentes patológicos de interés. Hace 6 años siguió tratamiento antidepresivo durante 9 meses (paroxetina) por cuadro que apareció al producirse un cambio de lugar de trabajo.

Entrevista

Acude solo a la consulta con una actitud y opinión escéptica en cuanto a la efectividad de los tratamientos. Pregunta si el tratamiento entra por la Seguridad Social. Afirma que sólo está aquí porque su mujer ha insistido.

Sigue insistiendo de que no tiene voluntad y que si no somos nosotros los que hagamos que deje de fumar él no lo hará.

Discurso negativo, sólo ve los aspectos negativos de dejar de fumar. Tiene una información parcial sobre aspectos del tabaquismo. Desconoce —o niega conocer— que fumar es una adicción.

Diagnóstico

Quiere intentar dejar de fumar. Acude a la primera visita sin fumar desde el día anterior y sin tabaco. Fase de contemplación según modelo de Prochaska. Fagerstrom: 4. Richmond: 6. Determinación semicuantitativa de niveles de cotinina en saliva (Accutest Nicalert) equivalente a 50-200 ng/ml. CO exhalado 7 ppm (lleva sin fumar desde las 23 h del día anterior). Peso: 89,3 kg.

Discusión

Propuesta terapéutica:

- a) Se inicia tratamiento con sustitutivos de nicotina (parches de nicotina) a dosis estándar (1 parche), dado que el paciente acude sin fumar y sin tabaco la primera visita.
- b) Entrevista motivacional. No está clara la fase de preparación según modelo de Prochaska y motivación del paciente.
- c) Tratamiento cognitivo-conductual.
- d) Mejora de la autoestima.
- e) Tratamiento individualizado.
- f) Se cita a los 7 días de iniciado el tratamiento.

Evolución

Acude a los 7 días. CO 9 ppm. Peso 89,7 kg. En este periodo no ha fumado ningún cigarrillo. En líneas generales, comenta que ha tenido *cravings*, pero que han sido de corta duración y que le han funcionado las estrategias comentadas en la primera visita: deseos de fumar, cambiar de actividad, distraerse, romper con la situación. Refiere constipación.

Dados los niveles de CO, se insiste en si se ha producido algún tipo de consumo. El paciente reconoce haber fumado 2 "puritos", uno en una sobremesa con clientes y el último, hace menos de 24 horas en una reunión donde le fue imposible controlar los "nervios" sin el consumo de tabaco. Refiere que anteriormente utilizaba el cigarrillo para "ganar tiempo" en dichas reuniones y pensar la respuesta durante la discusión.

Dice que el tratamiento funciona muy bien porque ha dejado de fumar cigarrillos y que los "puritos" no le afectan. Se le informa de que no existen diferencias entre los cigarrillos y los puros.

Se le propone que en situaciones sociales con fumadores busque estrategias para disminuir los deseos de fumar. Buscar restaurantes donde no se permita fumar. Comentar previamente que no fuma.

Indicamos que asista siempre a las reuniones con una botella de agua. Beber agua actúa —en esta situación— como antes lo hacía al encender un cigarrillo. Abrir la botella, llenar el vaso, beber. Aseguramos el "tiempo" para pensar la respuesta. Proponer reuniones "libres de humo".

Pautamos el siguiente régimen farmacológico:

- Continuar con las mismas dosis de parches de nicotina.
- Añadimos comprimidos de nicotina de 1 mg para chupar a demanda. Deseos de fumar → Comprimido de nicotina.
- Dieta rica en fibra —constipación. Se aconseja una barrita de fibra por las mañanas.
- Iniciar la práctica regular de ejercicio físico.
- Se cita a las dos semanas.

A las dos semanas el paciente acude al control: CO 3 ppm. Peso 91,3 kg. Cotinina: equivalente a 200-500 ng/ml. No ha fumado en los 15 días. Ni cigarrillo ni puros. Muy contento. Ha ganado en seguridad y autoestima. Utiliza entre 2 y 3 comprimidos de nicotina de 1 mg al día. Comenta que el "truco del agua" ha funcionado de maravilla. No ha tenido comidas de trabajo en dicho periodo, pero sí salidas con amigos entre los que había fumadores. No ha tomado ni café ni licores en la sobremesa y en una ocasión salió al lavabo durante unos minutos y chupó un comprimido de nicotina. Se mantienen las mismas dosis de nicotina durante 15 días más. Ha mejorado la constipación.

A los 70 días de tratamiento, en uno de los controles, el paciente refiere tristeza y sensación de "duelo" acentuada. No se indica tratamiento específico y se le comenta que esta sensación de "pérdida" con relación al tabaco suele ser habitual en el proceso de dejar de fumar. Insistimos en los aspectos positivos y ganancias al dejar de fumar.

A los 30 días de iniciado el cuadro, éste mejoró sin necesidad de tratamiento farmacológico.

El paciente se mantuvo abstinentes a lo largo de todo el período de seguimiento. Se redujeron progresivamente las dosis de nicotina de los parches a lo largo de 9 semanas. Las cooximetrías oscilaron entre 1 y 3 ppm a lo largo del seguimiento.

La tolerancia al tratamiento ha sido buena. Las primeras semanas presentó ligero eritema en la zona de aplicación del parche de nicotina que no hicieron discontinuar el tratamiento y que desapareció al incrementar las zonas de rotación en la colocación de los PTN.

Seguimiento

A los 18 meses se le dio el alta abstinerente. Se realizaron 12 sesiones a lo largo del seguimiento. Peso al alta, 72,6 kg. Faltó a tres de las sesiones programadas, pero siempre llamo por teléfono para cambiar el día de visita. Cumplió con la pauta farmacológica indicada. Al alta, y durante todo el proceso, continuaba consumiendo entre 3 y 4 piezas de comprimidos de nicotina de 1 mg al día.

UN MAL MOMENTO

Leopoldo Sánchez Agudo
Jefe del Servicio de Neumología
Hospital Carlos III. Madrid

Descripción del caso

Hombre de 53 años, fumador actual de 50 cigarrillos/día desde los 38 años. Comenzó a fumar de forma continuada, 3 o 4 cigarrillos al día, a los 15 años, aumentando progresivamente hasta llegar a un paquete al día a los 19 años y dos paquetes a los 25 años. Desde hace tiempo quiere dejar de fumar, habiéndolo intentado, sin seguir pauta o directriz alguna, en tres ocasiones, la primera hace cinco años. Sólo en una de ellas, hace un año y tras un episodio de angor, permaneció una semana sin fumar utilizando chicles de nicotina; en las otras no estuvo más de un día sin fumar. Atribuye su fracaso en estos intentos a que le resulta imposible permanecer sin fumar, especialmente en su relación con los clientes y otros eventos sociales, pero también considera que lo intentó por su cuenta y no tuvo ayuda terapéutica alguna a cargo de profesionales sanitarios. La esposa, dos hijos varones y casi todos los amigos y compañeros de trabajo fuman. Es remitido por su cardiólogo, que le trata por accidente coronario y le presiona para dejar de fumar, siendo la única presión que percibe. Está impresionado y muy preocupado por su enfermedad, a cuya sintomatología se agrega una clínica persistente de tos, expectoración y disnea desde hace unos diez años. Dirige una pequeña empresa propia que atraviesa una situación económica delicada, con elevada probabilidad de cierre, por lo que se encuentra en tratamiento con fluoxetina desde hace un año. Ha tenido otros episodios de depresión aparentemente reactiva.

Entrevista

Se le aprecia entregado en su proyecto para dejar de fumar, muy interesado en ello, manteniendo una actitud seria y responsable, aunque considera muy difícil tener éxito. Su cardiólogo le ha planteado que de no dejar de fumar tendrá otro accidente coronario más grave que el sucedido, habiéndole informado de manera exacta e intensa. Sin embargo, aunque acude a la consulta dirigido para dejar de fumar, se le ve convencido de

que debe hacerlo y con deseos de tener éxito. Acude acompañado de su esposa, que es médico y desea dejar de fumar simultáneamente para ayudarlo, aunque asume, quizás con una actitud más complaciente que de convencimiento, la importancia de su papel ejemplar como profesional sanitario. Se percibe entre ambos una relación de pareja tensa y fría, con frecuentes críticas de uno hacia el otro y de forma similar por parte de ambos. Aunque manifiesta un evidente interés en conseguirlo, se le aprecia una importante dosis de derrotismo, pues constantemente hace referencia a que está atravesando una mala situación profesional y emocional que le va a hacer muy difícil dejar de fumar. No se identifica y no se ve como no fumador, pues se recuerda en los diferentes momentos de su vida siempre fumando. Tiene miedo a fracasar y lo considera bastante probable.

Diagnóstico

Fumador disonante, con decisión de dejar de fumar provocada por circunstancias de salud, lo que ha acelerado su proceso, tal vez de manera precipitada y sin un convencimiento suficientemente intrínseco. Elevada dependencia con Fagerström de 10 y CO espirado de 63 ppm a los veinte minutos de haber fumado. Rasgo de ansiedad evaluado por Stai de 52.

Discusión

La principal facilidad aportada por el paciente es la preocupación por su enfermedad. Sin embargo, existen otras preocupaciones y prioridades de índole laboral que compiten con la que concede a dejar de fumar repercutiendo incluso en su entorno emocional, en el que no existen otros elementos naturales de apoyo que los que da su pareja. El paciente se considera en situación de debilidad para dejar de fumar, con bastantes temores y, aunque parece tener un apoyo directo en la esposa, dudamos que, por la relación existente entre ambos, ello pueda resultar en una buena ayuda. Por todo ello, consideramos fuertemente indicado que realice terapia en grupo con objeto de verse reforzado y amortiguados sus temores por la interacción del resto de los componentes del grupo, en el que incluimos a la esposa para mantener una homogeneidad de criterios. La elevada dependencia, junto con la urgencia que impone su estado orgánico para retirar definitivamente del tabaco al paciente, inducen a indicar un tratamiento combinado con Bupropion y parches de nicotina de 24 horas (21 mg, 14 mg, 7 mg), así como chicles de nicotina de 2 mg a demanda. El hecho de que mantenga controles tensionales, con cifras bien mantenidas en rango normal, permitiría detectar rápidamente elevaciones de presión arterial, principal secundarismo de esta asociación. Establecemos un periodo de preparación de una semana con modificaciones de la conducta de fumar, autoregistro de cigarrillos, análisis de motivos y entrenamiento en el uso de chicle de nicotina. Acepta la propuesta sin pega alguna.

El paciente acude rigurosamente a todas las sesiones de grupo. Durante el primer mes presenta importantes deseos de fumar que controla utilizando chicles de nicotina y diversos dulces sin azúcar, si bien encendió un cigarrillo y fumó cinco o seis caladas mientras conversaba y tomaba una copa con amigos. Encuentra gran ayuda saliendo a la calle a pasear al perro cuando tiene deseos de fumar en casa; en el trabajo los controla con chicles de nicotina. Habitualmente acompaña a un hijo corredor de motociclismo a las competiciones manteniendo después tertulia y comida con el resto de los participantes del equipo; se le indica eliminar al máximo estas y otras relaciones sociales de tipo lúdico, reduciendo su duración, conducta que ha seguido fielmente en los tres primeros meses.

Ha encontrado importante mejoría de su capacidad para el ejercicio y está muy contento con la mejora de su percepción olfativa, así como de haber retirado de su propio aroma el olor a tabaco. Su principal queja son las ganas de fumar y el aumento de apetito. Intenta acordarse de las ventajas que dejar de fumar tendrá para su enfermedad, pero esto no le motiva suficientemente. Su principal interés es conocer cuánto tiempo van a mantenerse los deseos de fumar.

Ante la evolución seguida se ha prolongado el empleo de Bupropion tres meses y el uso de parches de nicotina en la dosis mínima durante un mes más, no insistiéndole, como venimos realizando habitualmente a partir del segundo mes, en que reduzca el uso de chicles de nicotina de 2 mg. Al cuarto mes aún utiliza cuatro o cinco chicles de nicotina (2 mg) cada día.

Seguimiento

El paciente mantuvo todas las visitas. La esposa volvió a fumar a los 45 días y dejó de acudir a las sesiones de grupo. Durante tales sesiones mantuvo una actitud de buena interrelación con el resto de los miembros, valorando positivamente sus aportaciones, pero con una buena dosis de desconfianza de la eficacia que pudieran tener en él mismo, dado que sus deseos de fumar se mantenían muy fuertes, más que para el resto del grupo. Le resultó más difícil mantenerse sin fumar cuando la esposa recayó, pues sintió pérdida del apoyo en el ambiente familiar, dado que los hijos continuaban fumando, si bien fuera de su presencia, pero volvieron a hacerlo cuando la madre volvió a fumar. No presentó elevación de la T.A. y su cardiólogo le animó en cada revisión, pero a los cuatro meses, y continuando con chicles de nicotina, se vio obligado a cerrar su empresa y no pudo mantenerse sin fumar ante la presión emocional inherente a la situación.

MUJER POLIADICTA

Leopoldo Sánchez Agudo
Jefe del Servicio de Neumología
Hospital Carlos III. Madrid

Descripción del caso

Mujer de 42 años, de profesión enfermera, que comenzó a fumar a los 14 años y se estableció en un consumo de 20 cigarrillos/día desde los 17, cantidad que mantiene actualmente. Fuma un porro casi todos los días desde los 29 años, utilizando el tabaco de medio cigarrillo y una pequeña cantidad de hachís. Dejó de fumar en los dos embarazos que ha tenido, manteniéndose así durante la lactancia, y en el segundo de ellos durante dos años más tras terminar ésta. Volvió a fumar "por caladitas" en el transcurso de relaciones sociales de tipo lúdico, pasando a los pocos días a fumar diariamente. Divorciada desde hace 4 años, ha iniciado una nueva relación de pareja con un no fumador y quiere dejar de fumar como parte de su nueva vida; también está motivada a ello por la prohibición de fumar propia de su entorno laboral. Asume de buen grado esta prohibición como parte de su responsabilidad en su trabajo. Desea aprovechar un periodo de baja laboral prolongada por fractura de fémur para dejar de fumar. Convive con sus dos hijos de 19 y 24 años, ambos fumadores, si bien el más joven ha decidido dejar de fumar al conocer que su madre va a hacerlo. Sus amigos son todos fumadores, pero debido a su actual relación emocional ha reducido el contacto con ellos, igual que sucede con sus compañeros de trabajo debido a la situación laboral. No presenta patología orgánica ni psicopatología diagnosticada, si bien refiere vivir las situaciones de cualquier tipo con gran preocupación, pensando excesivamente todo, lo que le genera ansiedad acompañada de insomnio de mantenimiento, sueños muy reales y en ocasiones repetitivos. Acude voluntariamente a la consulta para que le ayuden, pues se ha comprometido con su novio a dejar de fumar y éste lo ha valorado muy positivamente, pero no quiere dejar de fumar porros. Mantiene un entorno familiar estable con excelente relación con sus dos hijos y una economía bastante ajustada.

Entrevista

Acude a consulta sola y por propia iniciativa, manifestándose muy convencida de que no va a fumar. Quiere sorprender a su entorno cercano de relación, mostrándose como no fumadora. Considera que se exagera con los riesgos del tabaco, que no considera tan importantes. No está muy bien informada de las consecuencias reales de fumar y desconfía de los datos que se le aportan. No desea renunciar a fumar un porro porque le ayuda a dormir y a encontrarse mejor en situaciones sociales agradables. Se le informa del riesgo que implica esta conducta, aunque su consumo sea de escasa cuantía, explicándole que con ella mantiene el gesto de fumar asociado a situaciones concretas y el consumo de nicotina, aunque sea bajo, mantiene la activación periódica de los receptores nicotínicos. Ambos hechos pueden hacer que no deje de fumar y que en el intento de hacerlo, sus deseos de fumar sean más intensos.

Diagnóstico

Se trata de una fumadora ambivalente cuyo motivo de disonancia es provocado y circunstancial. Tiene una información insuficiente sobre las consecuencias de fumar y desea mantener una conducta de riesgo como es el porro. Fagerström de 7 y CO espirado de 25 ppm a los 30 minutos de haber fumado. Rasgo de ansiedad evaluado por Stai de 35.

Discusión

No desea utilizar medicación y tampoco quiere seguir terapia en grupo (desconfía de su eficacia), pero tras explicar las funciones de cada uno de los fármacos empleados se pacta con ella el empleo de chicles de nicotina de 2 mg a demanda.

La paciente se muestra muy decidida a dejar de fumar, lo considera un hecho importante en su relación y está dispuesta a luchar por ello; sin embargo, tiene varios elementos negativos a la hora de afrontar el tratamiento: no asume la realidad de las consecuencias de fumar, no acata las indicaciones en cuanto a fármacos participando activamente en el tratamiento y, sobre todo, no quiere renunciar a fumar un porro de vez en cuando, atribuyendo a esta conducta efectos que, por la dosis que dice utilizar, son más efecto placebo que acción farmacológica. Resulta problemático y cuestionable que se haga el esfuerzo de controlar una sustancia adictiva que utiliza a una dosis elevada, como son los cigarrillos, cuando no quiere renunciar a otra sustancia adictiva que emplea en dosis mínimas y no todos los días. A pesar de ello, se afronta el tratamiento con chicles de nicotina y de manera individual, proponiéndole las técnicas de modificación de conducta habituales tras un periodo de preparación con autoregistros, valoración de motivos y modificación de la rutina al fumar.

Realiza defectuosamente las pautas indicadas para el periodo de preparación, pero deja de fumar completamente y se mantiene abstinente dos meses con escasos síntomas,

que controla bien con chicle de nicotina de 2 mg. Verbaliza sus deseos de fumar con los conviventes y ello le ayuda mucho por los comentarios de apoyo que recibe. Se apoya también en la actitud de su hijo, que dejó de fumar simultáneamente utilizando chicles de nicotina y sin ayuda médica. Gana una pequeña cantidad de peso que le preocupa, aunque está delgada. Juega mucho con el chicle de nicotina en las manos, moldeándolo, y refiere que esta actitud le calma las ganas de fumar tanto como al masticarlo. Encuentra mayor deseo de fumar cuando está sola que cuando se encuentra con otras personas, aunque estas fumen; ver a otros fumar no le incita a ello. A los dos meses se muestra convencida de que no va a volver a fumar, apenas consume chicles (uno cada dos a cinco días) y el consumo de porros es incluso menor de lo habitual, pero vuelve a trabajar y le sorprende que aparecen fuertes deseos de fumar, como al principio, cuando convive con compañeros con los que solía salir de su centro para fumar. Intenta mantener esta rutina saliendo con ellos a tomar un chicle y tras una discusión con su novio vuelve a fumar. Acude a consulta 7 días después con un consumo inferior a cinco cigarrillos al día; no compra tabaco. Se le expone que no ha presentado apenas molestias para dejar de fumar mientras estaba de baja, pero que actualmente se está enfrentando a una situación nueva en la que habitualmente fumaba, como es en su actividad laboral, y de la cual, en el tiempo transcurrido, no ha roto aún el automatismo de fumar al estar de baja. Enfrentarse de nuevo a ella es como comenzar a dejar de fumar en esas circunstancias. Se le indica nuevamente suprimir los cigarrillos y continuar con el consumo de chicles de nicotina de 2 mg con la misma intensidad que al principio, fomentando los compromisos verbales con el terapeuta.

Seguimiento

Utilizó chicles de nicotina de 2 mg durante una semana esporádicamente. Dejó de acompañar a sus colegas a fumar. Mantuvo el calendario de seguimiento aumentando la frecuencia de visitas los dos primeros meses, manteniendo buena actitud y la abstinencia completa de cigarrillos a pesar de consumir un porro con las dosis mencionadas en unas 8 caladas una o dos veces a la semana y sólo en circunstancias especiales. En esta situación la paciente lleva ya 6 meses sin fumar cigarrillos; sólo ha tenido tentación de fumar en un evento social, pero no lo hizo. Piensa que dejar de fumar no es tan complicado como se supone y está satisfecha con su logro, pues además encuentra muy antiestético fumar. Sobre el porro, que mantiene ocasionalmente, declina opinar.

JUANA DE ARCO

Cristina Falip Centellas
Psicóloga. CSM Hospital de Santa Maria
Leida

Descripción del caso

Nos encontramos ante una mujer de 39 años que viene a la consulta de la Unidad de Tabaquismo de nuestro hospital derivada por su médico de cabecera para recibir apoyo para afrontar su adicción al tabaco.

Realizamos su historia clínica: se trata de un consumo de 22 años de evolución con una cota máxima de 1 paquete y medio de tabaco negro y con un consumo medio actual de un paquete.

El tiempo máximo de abstinencia fue hace 2 años tras asistir a unas charlas, y duró 1 mes, pero ante un contratiempo familiar reanudó su adicción.

Su motivación para abandonar el hábito tabáquico es por sus problemas para respirar y "porque no me aporta nada bueno".

En sus antecedentes, destaca una sordera severa diagnosticada a los 18 años con diversas complicaciones a lo largo de los años y tratamiento por trastorno psiquiátrico desde finales de 2002 hasta la fecha.

La situación actual de la paciente es altamente estresante, ya que su madre falleció hace escasamente un mes de cáncer y su padre está muy enfermo.

Entrevista

En esta primera entrevista valoramos la dependencia física (Test Fagerström) y la coximetría (15 ppm). Hacemos un pequeño resumen sobre qué es la adicción al tabaco física y psicológica. Y explicamos a la paciente la importancia de hallarse en una situación personal más estabilizada. Ella insiste mucho en hacer el tratamiento, ya que al morir su madre de cáncer cree que su asignatura pendiente es dejar el consumo. Pero reconoce

que su trastorno psiquiátrico se ha desestabilizado. Acordamos esperar un poco y hablarlo con su psiquiatra de referencia.

Pasados 3 meses de la primera cita, la paciente vuelve a pedir visita. Hacemos una exploración psicopatológica y parece que el cuadro depresivo está en remisión, su psiquiatra de referencia da su conformidad para iniciar tratamiento.

Diagnóstico

Consumo actual: 1 paq./día.

La motivación es muy alta.

La ansiedad, dentro del rango de normalidad (STAI-R).

Dependencia física moderada Fagerström: 4.

Dependencia psicológica, puntuación más alta en tipo de fumador automático y buco-manual.

Según el modelo de Prochaska, la paciente estaría en la fase de acción.

Discusión

Durante esta entrevista motivamos más a la paciente explicando que la ayuda que recibirá será para su adicción física (substitutivos de nicotina) y para su adicción psicológica (un año de seguimiento con el psicólogo para aprender estrategias de afrontamiento en situaciones de riesgo, afrontamiento del posible síndrome de abstinencia, romper lazos de unión con el tabaco y todas las dificultades que encuentre).

El seguimiento será semanal al principio y, progresivamente, según necesidad de la paciente, se irán espaciando visitas.

Le explicamos que un cigarrillo contiene 4.000 sustancias químicas nocivas para el organismo (monóxido de carbono, acetona, nicotina, amoníaco, alquitrán...), pero que la única sustancia con capacidad adictiva es la nicotina, por tanto, es una droga (sustancia que introducida en un organismo vivo puede modificar una o varias funciones: OMS 1969) con una capacidad adictiva muy alta (superando incluso la capacidad de la heroína) y que como toda droga actúa a nivel cerebral produciendo tras varios consumos unos cambios neuronales irreversibles que hacen que estemos ante una enfermedad crónica. Les explicamos, por tanto, que ante estos cambios la única alternativa de la persona dependiente es la abstinencia total. Y que para evitar el síndrome de abstinencia (ganas de fumar, irritabilidad, ansiedad, depresión...) el tratamiento consiste en la introducción de nicotina artificial durante 3 meses.

La primera semana solamente recomendamos 3 chicles de nicotina de 2 mg al día, con la siguiente pauta: un chicle después de cada comida masticado lentamente y con pausas durante 45 minutos. Le pedimos que fume normalmente y observe cuando tarda a volver a tener deseos de fumar y la cantidad que reduce de cigarrillos diariamente. Le pedimos un registro diario de cigarrillos, ya que se trata de un consumo muy automático y necesitamos que se haga consciente del consumo.

Pasada una semana, los resultados son: reducción de 5 cigarrillos/día, CO: 10 ppm y el tiempo en volver a fumar tras el chicle de nicotina de 2 mg es de 1 hora sin demasiado esfuerzo. Motivamos en el sentido de poco esfuerzo y mucha ganancia y explicamos el siguiente paso. La paciente decide esperar una semana más antes de hacer el salto y dejarlo definitivamente, y así lo acordamos.

Al cabo de una semana el consumo es de 10 cig./d (reducción total 10 cig./día) y CO 6 ppm. La paciente expresa deseo de seguir la propuesta de tratamiento.

Se le recomienda parches de nicotina de 24 h de 21 mg durante 28 días, de 14 mg durante 28 días más y de 7 mg. durante otros 28 días. Paralelamente a los parches se recomienda chicles de nicotina de 2 mg para los momentos puntuales de necesidad. Le damos también folletos de ayuda para afrontar las primeras semanas de abstinencia y repasamos con la paciente las situaciones de más riesgo para ella y maneras de superarlas.

En sucesivas entrevistas la paciente rápidamente nota beneficios de haber dejado de fumar: respiración, menos cansancio, mejor percepción de olores y sabores. No presenta ninguna complicación con el tratamiento y no detecta prácticamente síndrome de abstinencia. El único problema es el aumento de peso, y pasamos alguna sesión hablando de cómo mejorar la dieta y ejercicio físico.

En cada sesión hablamos de dificultades que ha presentado, estrategias de afrontamiento, mejoras obtenidas y habilidades asertivas que ha utilizado (rehusar cigarrillos, pedir ayuda durante una crisis...).

Tras un año de tratamiento, la paciente expresa su satisfacción y cree que ha tenido dos grandes ayudas. Por un lado, el tratamiento y, por el otro, la motivación inicial de que tenía una asignatura pendiente con su madre, que murió a causa del cáncer.

PELUQUERA ANGUSTIADA

José M. Carreras Castillet
Responsable Unidad de Tabaquismo
Hospital Carlos III. Madrid

Descripción del caso

Mujer de 38 años, que es remitida a nuestra unidad de tratamiento de tabaquismo desde la Asociación Española Contra el Cáncer, donde había acudido solicitando ayuda para dejar de fumar. Está separada y tiene dos hijas, con las que vive. Dirige un salón de peluquería.

Comenzó a fumar de forma habitual a los 19 años, y desde hace aproximadamente 10 años está pensando en dejarlo. Hace 6 años permaneció abstinente durante 6 meses con la ayuda del libro de autoayuda, achacando su recaída a un episodio de ansiedad. Posteriormente ha intentado dejar de fumar en varias ocasiones sin conseguir abstinencia de más de 4 horas por la aparición de "llanto incontrolado".

Considera que dejar de fumar tiene un alto grado de dificultad y teme no saber afrontar sus sentimientos negativos sin fumar. A pesar de esto, se muestra muy segura de lograrlo, para lo que cuenta con gran ayuda de sus allegados. Además, manifiesta que tiene un entorno familiar, social y laboral muy favorable.

En el autoanálisis de su motivación expresa los siguientes argumentos para dejar de fumar: "quiero ser libre", "por la salud de mis hijas", "por la mía", "por nuestra pasta", "para no estar siempre pendiente de otra cosa", "para pertenecer a la vida", "para aceptar las cosas tal y como son", "para no seguir huyendo", "para poder ser gorda en paz", "para no vivir angustiada", "para respirar mejor" y "para sentir" y los siguientes para fumar "para enfrentarme a mis sentimientos negativos" y "para no sentir el síndrome de abstinencia".

Actualmente fuma más de 2 paquetes de tabaco al día, consumiendo el primer cigarrillo según se levanta de la cama con una puntuación en el Test de Fagerström de 10 y un CO en aire espirado de 20 ppm, media hora después de haber fumado.

Presenta síntomas inespecíficos que achaca a fumar, aunque nunca le han diagnosticado ninguna patología respiratoria ni cardiovascular, sin presentar tampoco ningún otro factor de riesgo.

Desde los 18 años está diagnosticada de distimia, desde entonces está en psicoterapia y no ha requerido nunca tratamiento farmacológico. De los 18 a los 28 años el cuadro se acompañó de anorexia-bulimia.

Entrevista

Acude sola a consulta y durante la entrevista se encuentra muy tranquila, confiada y muestra una actitud positiva.

Ha sido remitida a nuestra consulta desde la AECC, donde le han informado que la derivaban a nuestra unidad por presentar un trastorno depresivo.

Muestra una alta autoeficacia, así como una gran confianza en la ayuda que se le puede suministrar que espera le sirva para superar las dificultades que ha encontrado en intentos previos.

Diagnóstico

La paciente se encuentra muy motivada y preparada para dejar de fumar.

Presenta una puntuación de 10 en el Test de Fagerström, lo que pone de manifiesto una dependencia grave a la nicotina.

Discusión

Se decide incluir en un programa multicomponente para dejar de fumar. Se consensúa con la paciente que lo realice en grupo. También se acuerda el tratamiento farmacológico, decidiendo el siguiente plan: parches de nicotina de liberación de 24 horas durante 3 meses (21 mg ocho semanas, 14 mg dos semanas y 7 mg dos semanas), siendo susceptible de modificación según su evolución. Además se recomienda la utilización de chicles de nicotina de 4 mg a demanda. No se planteó la posibilidad de utilizar Bupropion al estar contraindicado por su antecedente de anorexia. Las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas en el tratamiento fueron principalmente técnicas de control de estímulos, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y resolución de problemas y reestructuración cognitiva de expectativas erróneas.

En cuanto al pronóstico, presenta los siguientes datos positivos: alta y variada motivación de salud, familiar, dependencia y económica. Preparada para el cambio de conducta, para lo que además manifiesta una alta autoeficacia, considerando que se encuentra en

buen momento para abordarlo. Realizó un serio intento de abandono del tabaco, consiguiendo un periodo de abstinencia que recuerda gratamente y además es muy consciente del mecanismo por el que recayó. Por el contrario, presenta como pronóstico negativo la alta dependencia a la nicotina y el padecimiento de un trastorno afectivo. El problema de la alta dependencia se aborda con la utilización de parches de nicotina de alta dosis y chicles de nicotina de 4 mg. Al estar descrito que los pacientes con comorbilidad psiquiátrica presentan síntomas de abstinencia más duraderos, se pautan parches de nicotina de dosis alta durante un mínimo de dos meses, intentando así paliar este inconveniente.

Desde un principio se encuentra bien, con escasos síntomas de abstinencia con baja puntuación de estos en la escala de Minnesota. Cumple correctamente el tratamiento tomando al principio de 15 a 20 chicles de 4 mg de nicotina al día.

La buena evolución, a pesar de los miedos que ella manifestaba, principalmente la posible aparición de síntomas relacionados con su estado de ánimo negativo, como llanto incontrolado, la achaca al tratamiento farmacológico, al apoyo que está encontrando en su entorno y a la firme convicción de dejar de fumar. Además, se manifiesta durante todo el proceso contenta, satisfecha y segura de sí misma.

Seguimiento

El tratamiento tuvo una duración de seis meses a lo largo de los cuales se llevaron a cabo diez sesiones de tratamiento. Las sesiones tuvieron la siguiente cadencia: día de antes de dejar de fumar, día de después, a la semana, a los 15 días, al mes, a los dos meses, a los tres, cuatro, cinco y seis meses. También se hizo intervención telefónica para recordar las sesiones a partir de la sesión de la semana.

La paciente acudió a 8 de las sesiones de tratamiento justificando su ausencia en las otras dos y completó el tratamiento con parches de nicotina con la pauta que en un principio se estableció sin ningún efecto secundario. En todas las sesiones se manifestó abstinente, lo que se constató con la medición de CO en aire espirado. Durante los dos primeros meses tomó más de 10 chicles de nicotina de 4 mg al día, que posteriormente fue reduciendo de forma espontánea. A los seis meses seguía tomando algún chicle de nicotina de forma esporádica.

NADA FAVORABLE

José M. Carreras Castillet
Responsable Unidad de Tabaquismo
Hospital Carlos III. Madrid

Descripción del caso

Varón de 43 años que es remitido a nuestra Unidad de Tabaquismo por su médico de familia tras haber superado un proceso de agudización de EPOC y a pesar de ello seguir fumando. Está casado y tiene 2 hijos. Trabaja como inspector de aparcamiento.

Comenzó a fumar de forma habitual a los 14 años, y desde hace más de 20 años dice estar pensando en dejarlo, pero nunca ha realizado un intento serio de abandono del tabaco.

Quiere dejar de fumar ya, pues acaba de salir de un episodio de exacerbación de su enfermedad pulmonar obstructiva crónica, por lo que se encuentra asustado. Cree que dejar de fumar es muy difícil, aunque se muestra seguro de que lo va a lograr, y para ello espera tener un gran apoyo de su familia. Sin embargo, su entorno familiar no es favorable, pues su mujer fuma, sus hijos no fuman y le presionan constantemente para que lo deje. Su entorno social y laboral sí le parecen favorables.

En el autoanálisis de su motivación, expresa los siguientes argumentos para dejar de fumar: "por encontrarme mejor" "por el olor en ropa y alimento" y "esencial por mis hijos" y el siguiente para fumar "por necesidad".

Actualmente fuma 2 paquetes de tabaco al día, consumiendo el primer cigarrillo según se levanta de la cama con una puntuación en el Test de Fagerström de 9 y un CO en aire espirado de 30 ppm, dos horas después de haber fumado.

Está diagnosticado desde hace 2 años de EPOC, y recientemente ha tenido una agudización y hace 4 años presentó un episodio de dudosas angina de pecho que se repitió hace dos años, pero cuyo diagnóstico no fue claro. Presenta también dislipemia sin tratamiento farmacológico.

Desde hace 2 años está diagnosticado de depresión, y actualmente está en tratamiento con venlafaxina clorhidrato 75 mg al día. No toma ningún otro fármaco.

Entrevista

Acude solo a consulta y durante la entrevista se encuentra nervioso y manifestando mucha prisa por dejar de fumar, ya que está asustado por el episodio que acaba de tener de agudización de su EPOC. Ha sido remitido a nuestra consulta desde su centro de atención primaria con carácter de urgencia.

Muestra mucha confianza en dejar de fumar, se siente muy seguro de sí mismo y argumenta constantemente la necesidad que tiene de dejar de fumar por su estado de salud.

Diagnóstico

El paciente parece que se encuentra motivado, aunque esta motivación está basada en su episodio de enfermedad reciente, pues hasta ahora, aunque dice que venía planteándose dejar de fumar, nunca lo había intentado seriamente, por lo que es difícil valorar su preparación para el cambio.

Presenta una puntuación de 9 en el Test de Fagerström, lo que pone de manifiesto una dependencia grave a la nicotina.

Discusión

Se decide incluir en un programa multicomponente para dejar de fumar. Se consensúa con el paciente que lo realice en grupo. También se acuerda el tratamiento farmacológico y se decide el siguiente plan: parches de nicotina de liberación de 24 horas durante 3 meses (21 mg ocho semanas, 14 mg dos semanas y 7 mg dos semanas), siendo susceptible de modificación según su evolución. Además se recomienda la utilización de chicles de nicotina de 4 mg a demanda. Aunque al paciente se le plantea la posibilidad de utilizar Bupropion, no la acepta, alegando no ser partidario de utilizar medicinas. Las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas en el tratamiento fueron principalmente técnicas de control de estímulos, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y resolución de problemas y reestructuración cognitiva de expectativas erróneas.

En cuanto a los factores de pronóstico, es difícil valorar su motivación, pues en este momento está claramente argumentada en su episodio de enfermedad reciente, aunque es dudoso que esté preparado para el cambio de conducta. Presenta como pronóstico negativo la alta dependencia a la nicotina y el padecimiento de un trastorno afectivo. Además, su entorno familiar, aunque le presiona, no es muy favorable, pues su mujer fuma.

Llegado el día de dejar de fumar, aunque reduce muy significativamente la cantidad de cigarrillos, sigue fumando alguno, por lo que al cabo de unos días decide abandonar el tratamiento y programar un nuevo intento en el que está dispuesta a acompañarle su mujer.

El padecimiento de enfermedad orgánica atribuible al tabaco es un motivo importante para dejar de fumar, pero no siempre es motivo suficiente y nunca debe ser motivo de urgencia, concepto que no existe en las dependencias.

QUERIDA RADIÓLOGA

Mónica Quesada Laborda
Psicóloga. Centro Integral de Atención al Drogodependiente
Agencia Antidroga. Ayuntamiento de Getafe

Descripción del caso

Mujer de 51 años que consume 60 cigarrillos al día. Empezó a fumar hace 31 años, al principio menos cantidad, pero desde hace aproximadamente 10 años viene fumando los tres paquetes diarios. Nunca ha realizado un intento de abandono del consumo, pues dice que el tabaco forma parte de todos los aspectos de su vida y que le resulta muy difícil imaginar enfrentarse a su día a día sin tabaco. Acude a consulta por iniciativa propia, ya que unos conocidos le han recomendado este tratamiento.

El motivo principal por el que quiere dejar de fumar es que trabaja como médico radióloga del servicio de oncología de un hospital. Aparte de que su adicción al tabaco no le parece coherente con su profesión, también quiere dejarlo porque tiene que perder mucho tiempo para encontrar huecos donde fumar en el hospital. Le incomoda mucho tener que estar yendo deprisa y corriendo entre paciente y paciente a una sala en la que, a pesar de la prohibición, se fuma.

Está casada y tiene dos hijos, una hija de 19 años y otro de 23. Conviven todos en la misma casa y ni los hijos ni el marido son fumadores. Dice estar presionada por su entorno, principalmente por su familia, que no entienden como puede fumar tanta cantidad de tabaco siendo médico. Sin embargo, comenta no tener ninguna presión en su trabajo, ya que siempre le han tolerado que tenga que hacer pausas para ir a fumar.

Otro de los motivos por los que quiere dejar de fumar es que padece asma y bronquitis constantes, aunque a estos motivos les da menos importancia. No presenta antecedentes de problemas cardiovasculares ni de riesgo vascular. Tampoco tiene antecedentes de trastornos mentales. No toma ningún tipo de medicación de forma diaria.

Su entorno familiar es favorable para la decisión y espera un gran apoyo por su parte. También va a recibir apoyo de su entorno laboral, ya que incluso la han ofrecido cambiarle algunos turnos para que pueda acudir a las sesiones de tratamiento.

Entrevista

Acude sola a consulta y durante la primera entrevista aparentemente parece estar muy nerviosa: presenta mucha gesticulación, habla muy deprisa e interrumpe constantemente al terapeuta. Sin embargo, ella comenta que aunque parece una persona muy ansiosa por su forma de expresarse en realidad es bastante tranquila.

Está muy motivada por el tratamiento y se ve muy capacitada para dejar de fumar. Lo considera como un reto personal en el que tendrá que hacer un gran esfuerzo, pero lo compara con otros objetivos y metas que ha conseguido en la vida (hace dos años se propuso adelgazar diez kilos y lo consiguió).

Le preocupa mucho pasarlo mal por los síntomas de abstinencia al dejar de fumar y trata de asegurarse de forma repetitiva de que el tratamiento incluye todo tipo de ayudas farmacológicas. Le preocupa también coger peso, aunque dice que no demasiado, y que si coge algún kilo ya se lo quitará.

Diagnóstico

La paciente se encuentra en fase de preparación para dejar de fumar, ya que quiere hacerlo cuanto antes.

Presenta una puntuación de 10 en el Test de Fagerström y de 24 ppm en la medición de monóxido de carbono en aire expirado (15 minutos desde el último cigarrillo).

Discusión

Se decide incluirla en un programa multicomponente para dejar de fumar en grupo. El programa combina la utilización de intervención cognitivo-conductual y tratamiento farmacológico. En el caso de I. B., debido a su alta dependencia a la nicotina se decidió utilizar como tratamiento farmacológico parches de nicotina de 24 horas durante dos meses (21 mg cuatro semanas, 14 mg dos semanas y 7 mg dos semanas), Bupropion a dosis estándar (300 mg) y chicles de nicotina de 2 mg a demanda. Las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas en el tratamiento fueron principalmente técnicas de control de estímulos, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y resolución de problemas y reestructuración cognitiva de expectativas erróneas.

Debido a su alta dependencia y, posiblemente, a su necesidad de tener que estar realizando alguna actividad constantemente, el consumo de chicles de nicotina fue elevado inicialmente, unos 25 chicles de nicotina diarios durante las dos primeras semanas del tratamiento. Al estar continuamente masticando y mordiéndose se le produjeron heridas en la boca y en la lengua que le impedían comer. Por este motivo, se le recomendó combinar la utilización de chicles de nicotina con comprimidos para chupar de nicotina. Sin embargo, ella decidió no hacerlo, ya que lo vio como un mal secundario y le compensaba

la utilización de chicles de nicotina si esto le ayudaba a seguir sin fumar. El consumo de chicles de nicotina fue disminuyendo durante el tratamiento, siendo de dos chicles diarios al final del mismo, aunque pensaba dejarlos definitivamente en poco tiempo.

Al inicio del tratamiento se encontraba con niveles muy elevados de ansiedad, llegando incluso a llamar al centro para consultarlo. Con este fin se le recomendó la utilización de ejercicios de respiración y bromazepam 1,5, que ella había utilizado de forma esporádica en otras ocasiones.

La paciente se mostró muy colaboradora en el tratamiento y accesible a las propuestas del terapeuta. Siguiendo las instrucciones que se daban en el programa, llevó a cabo algunos cambios de hábitos. En las primeras semanas evitó situaciones de riesgo, principalmente sociales, y también abandonó el consumo de alcohol. A su vez, incrementó el ejercicio físico: acudía a clases de baile con su marido dos veces por semana.

Desde el primer momento colaboró activamente en el grupo, siendo una de las participantes que más apoyo dio a los compañeros. Durante todo el programa comentó que una de las partes del tratamiento que más le había ayudado era el hecho de que se llevara a cabo en grupo.

Su entorno fue otro de los factores claves en el proceso. Recibió mucho apoyo de sus compañeros de trabajo y jefes, que le facilitaron la asistencia a las sesiones cambiándole turnos sin ponerle ningún problema. También se sintió muy respaldada por su familia y pareja, que le hicieron regalos cuando llegó al primer mes sin fumar.

Seguimiento

El tratamiento tuvo una duración de seis meses, a lo largo de los cuales se llevaron a cabo diez sesiones de tratamiento, ocho de ellas presenciales y dos por teléfono. Las sesiones presenciales tuvieron la siguiente cadencia: día de antes de dejar de fumar, día de después, a la semana, a los 15 días, al mes, a los dos meses, a los tres meses y a los seis meses. Las intervenciones telefónicas se llevaron a cabo a los cuatro y a los cinco meses. También se hicieron llamadas de teléfono para recordar las sesiones a partir de la sesión de la semana.

La paciente acudió a todas las sesiones de tratamiento y completó el tratamiento farmacológico sin ningún efecto secundario.

Los principales síntomas de abstinencia durante las primeras semanas evaluados con la escala de Minnesota fueron el nerviosismo, la irritabilidad, el aumento de apetito y el deseo intenso de fumar. Estos fueron desapareciendo progresivamente a lo largo del tratamiento, siendo el deseo intenso de fumar uno de los que más perduró.

I. B. evolucionó bien durante todo el programa, no hubo ningún desliz y presentó abstinencia continua al final del mismo.

EL CAMIONERO

Mónica Quesada Laborda
Psicóloga. Centro Integral de Atención al Drogodependiente
Agencia Antidroga. Ayuntamiento de Getafe

Descripción del caso

Varón de 32 años que empezó a fumar a los 17 años de forma regular. En la actualidad consume 40 cigarrillos al día. Ha realizado dos intentos de abandono del tabaco. En uno de ellos estuvo tres meses sin fumar y en el otro, ocho meses y medio. En ambos intentos no utilizó ningún tipo de método, ya que por su profesión —es conductor de un camión— le es muy difícil acudir a algún centro para recibir tratamiento. La primera recaída se produjo en una cena especial con amigos por "probar uno". En la segunda ocasión, fue debida a un empeoramiento del estado de ánimo porque estaba pasando un mal momento personal con su pareja.

El principal motivo por el que quiere dejar de fumar es para prevenir futuras enfermedades. Otros motivos también importantes son el hecho de ser consciente de tener una dependencia a una droga y el aspecto económico. Le preocupa fracasar en este nuevo intento y también el posible aumento de peso que se puede producir al dejar de fumar.

Está pensando en hacer una dieta, porque mide 1,78 y pesa 120 kilos. Viene remitido por su médico de atención primaria, al que ha acudido porque una reciente analítica ha mostrado niveles muy elevados de tensión arterial y colesterol. En principio, no toma ninguna medicación, pues espera controlar la tensión y el colesterol mejorando la alimentación. Respecto a la patología psiquiátrica, está diagnosticado de esquizofrenia paranoide, aunque dice que se encuentra muy estable desde hace cinco años. Toma diariamente Trifluoperazina 5 mg.

Está casado y no tiene hijos. Su pareja no es fumadora y, aunque no le presiona mucho, espera apoyo por parte de ella al dejar de fumar. Gran parte de sus amigos son fumadores, y este puede ser un problema al dejar de fumar. Cree que las situaciones más difíciles de controlar van a ser las reuniones con los amigos. Otra situación que le preocupa es la del trabajo, ya que pasa muchas horas sólo conduciendo y antes el cigarrillo

"le hacía compañía". Le da miedo no poder controlarse y al final parar en cualquier sitio de la carretera para comprar tabaco.

Entrevista

En la entrevista el paciente se muestra muy confiado en el tratamiento. Su médico le ha dado buenas referencias del programa, que se puede adaptar a su caso con la probabilidad de realizarlo a distancia a través de un programa de tratamiento proactivo realizado desde el marco telefónico. Comenta que esta vez no se ve capaz de dejarlo él solo y que le encanta la idea de poder realizar este intento con un equipo de especialistas, ya que hasta ahora lo veía muy difícil por sus horarios de trabajo. También le parece muy adecuado para su caso poder tener un teléfono de referencia al que acudir en caso de encontrarse mal.

Le preocupa la idea del aumento de peso, por lo que en la entrevista se le anima a controlar la alimentación, pero no de una forma demasiado restrictiva al inicio del tratamiento para dejar de fumar. A pesar de estas preocupaciones, se muestra animado y confiado en el éxito del programa.

Diagnóstico

El paciente está preparado para dejar de fumar. Presenta puntuación de 10 en el Test de Fagerström. Debido a que el programa se realiza a distancia, no se obtienen mediciones de CO en aire espirado.

Discusión

Se incluye al paciente dentro del programa de tratamiento proactivo a distancia realizado desde el marco telefónico. Este programa incluye entrevista individual, técnicas cognitivo-conductuales y tratamiento farmacológico. Las intervenciones son llevadas a cabo mediante llamadas telefónicas proactivas y envío de información a través del correo convencional.

En cuanto al tratamiento farmacológico, se recomendó al paciente la utilización de parches de nicotina de 24 horas (iniciando la dosis por 21 mg cuatro semanas, 14 mg dos semanas y 7 mg dos semanas) y también chicles de nicotina de 4 mg a demanda. La razón por la que se decide utilizar chicles de nicotina de alta dosis en combinación con parches de nicotina es porque, debido al peso del paciente, la absorción de la nicotina del parche puede ser menor, lo que puede ser compensado con la utilización de chicles de nicotina de dosis mayor.

La intervención cognitivo-conductual se realiza, aparte de mediante las llamadas telefónicas, mandando información escrita a casa. Estos envíos incluyen inicialmente información sobre el síndrome de abstinencia y su control, afrontamiento de situaciones de riesgo y estrategias para enfrentarse al deseo de fumar. Posteriormente, la información va referida a la prevención de recaídas. En este caso, se incidió principalmente en el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y educación dietética.

La principal dificultad que presentó el paciente al inicio del tratamiento fue el aumento de apetito. A pesar de nuestras recomendaciones, comenzó una dieta restrictiva, con lo que la primera semana presentó niveles elevados de irritabilidad y ansiedad. Por este motivo, se le indicó suavizar la dieta y la realización de ejercicio físico los fines de semana.

Aunque desde el primer momento por parte del equipo terapéutico se incidió en la identificación de situaciones de riesgo sociales y como afrontarlas, J. L. M. demostró tener muy buenas habilidades en este sentido, de tal forma que al realizar las llamadas telefónicas y preguntar por futuras situaciones difíciles él ya tenía preparadas sus estrategias (escaparse de la situación durante el espacio de tiempo que durara el deseo de fumar, relacionarse más con los no fumadores en las celebraciones y utilización de control externo).

En lo referido a otra de las principales situaciones difíciles, que era permanecer mucho tiempo sólo conduciendo, desde el programa de tratamiento se recomendaron técnicas de distracción cognitiva (prepararse algún CD con su música preferida y escucharla en esos momentos, poner algún programa de radio entretenido) y utilizar los chicles de nicotina cuando las ganas de fumar fueran más intensas. El hecho de realizar paradas más continuas de lo habitual y tomar alguna fruta o infusión también le fue útil en esos momentos.

Aunque no consiguió la pérdida de peso que se había planteado, lo que sí se consiguió con el control de la alimentación es que no aumentara el peso durante el tratamiento. También mejoraron de forma considerable los niveles de tensión arterial y colesterol.

No se produjo ningún tipo de recaída ni empeoramiento en cuanto a su trastorno mental y no apareció en ningún momento sintomatología psicótica. Una vez superados los niveles de ansiedad e irritabilidad iniciales, el estado de ánimo fue bueno durante todo el programa.

Seguimiento

El programa de tratamiento se realiza a 6 meses e incluye 12 intervenciones telefónicas y cinco envíos de información por correo. En todas las llamadas telefónicas se pudo localizar al paciente, ya que, previo a iniciar el programa, se marcaron las horas en las que era más adecuado realizar las llamadas.

El tratamiento con parches de nicotina se llevó a cabo de forma completa y no aparecieron efectos secundarios. El consumo de chicles de nicotina de 4 mg fue de tres diarios durante la primera semana, pasando a ser esporádico a los quince días y dejando de utilizarse completamente a los dos meses de tratamiento.

Respecto a la evolución de los síntomas de abstinencia medidos a través de la escala de síntomas de abstinencia de Minnesota, al mes todavía eran significativos la irritabilidad y la ansiedad. Estos disminuyeron a partir de los dos meses y no aparecieron síntomas importantes al final del programa. El aumento de apetito fue alto en las dos primeras semanas de tratamiento y se normalizó a partir de ese momento.

Al final del programa el paciente mostró abstinencia continua.

UN HOMBRE ESTRESADO

Francesc Abella Pons
Psicólogo clínico. Unidad de Tabaquismo
Hospital de Santa Maria. Lleida

Descripción del caso

Hombre de 44 años de edad. Derivado por su médico de empresa debido a su consumo de tabaco. Se inscribió en las terapias de grupo que se facilitaron desde el lugar de trabajo, pero no coincidían los horarios. Se muestra como una persona inquieta y muy estresada que ocupa un puesto de mucha responsabilidad en una empresa pública. Se considera un buen ejecutivo y se enorgullece de su actual ritmo de trabajo: debe tomar muchas decisiones, viaja constantemente, aparece constantemente en los medios de comunicación locales, etc. Reconoce una alta dependencia al tabaco, así como ser consciente que fuma también de forma muy automática, sin darse cuenta ni poder contabilizar el número exacto de cigarrillos quemados en una jornada.

Argumenta que la motivación para venir a la unidad de tabaquismo ha sido la indicación de su médico de empresa. El paso siguiente fue consultar con sus múltiples contactos cuál sería el centro más idóneo para su dependencia.

Preguntado sobre su historia, se inicia en el consumo de tabaco a los 14 años, como un proceso habitual de adolescencia: imitación de los mayores, necesidad de desmarcarse de los demás amigos que no fumaban, aparentar ser mayor de edad, etc.

Ha realizado diversos intentos anteriores de deshabitación por iniciativa propia: uno mediante acupuntura (sin evolución), otro mediante chicles de nicotina (con dos años de abstinencia) y finalmente un tercero mediante Bupropion® (casi dos meses de abstinencia total).

La motivación referida para dejar el tabaco es para empezar a poner orden en su salud. El paciente percibe molestias diversas que relaciona con su actual calidad de vida. Se define como nervioso, fácilmente impresionable y temeroso por futuras enfermedades. Peso actual de 112 kg.

Está casado y tiene dos hijas de corta edad. Su esposa fuma y no se plantea dejarlo.

Entrevista

El paciente muestra una actitud de seguridad en él mismo, hábil en el discurso y justificando todas sus explicaciones. Le gusta ser escuchado e imponer su criterio. Pasa gran parte de la entrevista refiriendo sus actividades con todo detalle. Se enorgullece de la gran cantidad de actividades, gestiones y contactos que al cabo del día realiza. Esto le conlleva no saber con exactitud ni la cantidad de cigarrillos consumidos ni cuáles de ellos disfruta más.

El rasgo más característico de la entrevista y que posiblemente define la personalidad del paciente es su elevado nivel de ansiedad observable. Según la información que aporta el propio paciente, se considera compatible con un patrón de personalidad tipo A. Se dedica un tiempo a transmitir esta percepción del terapeuta, que es aceptada por el paciente. Fruto de esta situación de intercambio de información no relacionada, aparentemente con el consumo de tabaco, se establece una buena alianza terapéutica, agradeciendo el paciente el interés por los aspectos no propiamente motivo de consulta.

Esto permite insistir en la dificultad de iniciar un tratamiento global de deshabituación si no se cuenta con un cierto nivel de concentración y dedicación a lo que se está haciendo, es decir, a evitar que el tratamiento de deshabituación se convierta en una más de las múltiples actividades e iniciativas que el paciente realiza a diario.

El paciente manifiesta satisfacción por la ayuda recibida y acepta las pautas que, de entrada, se van a proporcionar previamente al inicio del tratamiento por tabaquismo.

Diagnóstico

El paciente se encuentra entre la fase de contemplación y de acción, según el modelo explicativo de Prochaska, con un elevado nivel de preocupación y también de motivación para el cambio. Consumo diario de 30 cigarrillos, obtiene una puntuación de 8 en el Test de Fagerström, clasificado como dependencia muy alta. Cooximetría (1) de 17 ppm. Test de motivación de Richmond de 9 puntos.

Discusión

La primera impresión que el terapeuta tiene del paciente va a condicionar todo el proceso siguiente. Se transmite el mensaje de la imposibilidad de iniciar un tratamiento de deshabituación en sus actuales condiciones de trabajo, de acumulación de tareas, de inquietudes, de perspectivas, de compromisos, de planes, etc. Viendo que el paciente encuentra en la propuesta de tratamiento un espacio de "reflexión" y de parada temporal a su dinámica, que él reconoce "acelerada", el terapeuta se atreve a proponer una acción previa al inicio del tratamiento, como es la propuesta de iniciar sesiones de yoga para rebajar sus niveles de ansiedad, consiguiendo a la vez unos espacios nuevos y diferentes

a los suyos habituales, siempre relacionados con el compromiso laboral. Se decide posponer el inicio del tratamiento hasta que haya realizado algunas sesiones de relajación, que a la vez permitirá observar su cumplimiento y motivación en el proceso general de cambio.

Efectivamente, el paciente regresa a la consulta de tabaquismo un mes más tarde con una actitud más tranquila, organizada y relajada. Dice haber entendido perfectamente que dejar de fumar debe ser una más de las conductas a modificar en su rutina diaria y que invertir en salud no significa solamente dejar de fumar, hay que acompañarse de otros buenos hábitos. El paciente también reconoce que la información recibida acerca de la relación personalidad tipo A y alteraciones cardiovasculares llegó a asustarle y a influenciarle positivamente al respecto.

Ante estas nuevas condiciones, se plantea proceso de deshabituación multicomponente mediante terapia substitutiva de la nicotina. Se realiza contextualización terapéutica. El paciente inicia un proceso de familiarización con el tratamiento durante una semana con chicles de nicotina de 2 mg. Tres veces al día, coincidiendo con las comidas. Durante este breve período de tiempo se le permite fumar. A los siete días, se ha obtenido una reducción en el consumo de tabaco del 50% y una cooximetría (2) de 3 ppm. Con estas condiciones, el paciente ha aumentado su nivel de motivación y de autoconvencimiento en el tratamiento. Se instauran las pautas para la primera fase de desintoxicación, que se realizará siguiendo un proceso aceptado por el paciente: (a) elección de día para el *salto*, se aconseja que se trate de un día cómodo y sin obligaciones laborales, (b) rituales de despedida del que va a ser un antiguo hábito (comunicarlo a sus familiares, amigos y compañeros de trabajo, fumarse el último cigarrillo de manera "ceremoniosa", etc.), (c) facilitación del listado de consejos prácticos y estrategias para los primeros días sin fumar (es importante entregar en mano este documento de manera individual a cada paciente) y (d) propuesta de guardar el dinero ahorrado en una hucha personal.

Respecto a la pauta de desintoxicación, se propone terapia substitutiva de nicotina en forma de parches de 24 horas (21 mg, 14 mg, 7 mg) paralelamente a los chicles de 2 mg a voluntad.

La evolución del paciente es muy satisfactoria desde el inicio. En la siguiente visita de control, a los siete días se obtiene una cooximetría (3) de 0 ppm, valorando las recientes mejoras: mejora en los sabores y olores, en la textura de la piel y enorme satisfacción personal de estar dejando el tabaco y sentirse en tratamiento. El paciente sigue con sus sesiones semanales de yoga.

El proceso tiene buena evolución hasta los tres meses, cuando el paciente refiere haber abandonado algunas de las actividades que se consideraban relacionadas con su calidad de vida, había aumentado de peso, no asistía a yoga, etc. Coincide esta época con un importante cambio (ascenso) en su trabajo. Vuelve a fumar "discretamente", hasta que, en sesión terapéutica, se despide del tratamiento dejando "la puerta abierta" para cuando lo crea oportuno de nuevo.

A los tres meses siguientes, previa concertación de cita, se reinicia de nuevo el tratamiento, con la pauta de desintoxicación anterior y con un nivel de adherencia elevado y de compromiso importante.

El proceso de deshabituación finaliza al año de este nuevo contacto, con una abstinencia consolidada y reforzada.

Seguimiento

Durante todo el proceso terapéutico, el paciente realiza 15 visitas. Paralelamente, y como costumbre de nuestra unidad, los pacientes reciben de forma periódica información adicional (artículos de divulgación, opiniones, etc.) mediante el correo electrónico, lo que también permite realizar consultas fuera del espacio de visita física. Todo ello le ha permitido al paciente sentirse miembro del tratamiento y como tal, lo ha utilizado y beneficiado.

Actualmente, el paciente ha dejado recientemente las sesiones de yoga, pero ha organizado con sus compañeros de trabajo un equipo de baloncesto, con los que juegan en la liga de empresas de su localidad. Inició en su día un proceso de régimen mediante médico especialista en nutrición, que realiza junto con su esposa, que sigue fumando y no se plantea dejarlo.

La actitud actual es de máxima satisfacción por su parte, habiendo incluido la abstinencia al tabaco como uno más de las mejoras conseguidas para su salud y entendidas como inversión en salud futura.

PARECÍA QUE NO, PERO ES QUE SÍ

Francesc Abella Pons
Psicólogo clínico. Unidad de Tabaquismo
Hospital de Santa Maria. Lleida

Descripción del caso

Mujer de 30 años de edad que asiste a consulta por propia iniciativa manifestando elevado interés en dejar de fumar. Consumo actual de 40 cigarrillos por día. Se inicia en el consumo a los 15 años de edad. No ha recibido nunca tratamiento especializado de deshabituación. Sí por iniciativa propia mediante chicles de nicotina de 2 mg, manteniéndose 4 meses abstinentes. De esto hace ya 5 años.

Presenta antecedentes psicopatológicos importantes. En su historia clínica se adjunta informes emitidos por el servicio de psiquiatría de nuestro hospital, con un diagnóstico de trastorno psicótico no especificado (298,9, DSM IV).

Inicio del cuadro psicopatológico de forma progresiva un año antes del ingreso psiquiátrico, con un cambio de carácter y aislamiento. Curso insidioso, con conductas extrañas sin ninguna finalidad, pequeñas huidas del lugar de trabajo con relación a posible ideación autoreferencial y negativa de la paciente a recibir ayuda médica. Ante el empeoramiento progresivo y el riesgo de huida, la paciente es atendida en el servicio de urgencias, decidiendo el ingreso.

En la actualidad, recibe tratamiento farmacológico mediante Risperdal® 3 mg. La primera impresión de la paciente es positiva, mostrando interés en el tratamiento y motivación en iniciar el proceso terapéutico, a pesar de esta información. La paciente convive con su familia. No trabaja y actualmente realiza cursos formativos diversos. Su pareja fuma y no se plantea dejarlo. La paciente refiere y explica su sintomatología anterior y es muy consciente del diagnóstico que tiene y lo que ello implica.

Entrevista

La paciente se muestra decidida a dejar de fumar, pero con miedo anticipatorio a fracasar en el intento. Otro miedo verbalizado por la paciente es el miedo al fracaso, a no

poder resolver satisfactoriamente su problema de dependencia al tabaco. En el momento de la entrevista se muestra colaboradora e interesada en las explicaciones dadas por el terapeuta. Cuando es preguntada por el motivo real por el que se plantea la abstinencia al tabaco, responde por la evidencia de casos que conoce que la hacen pensar.

Ante la información obtenida hasta el momento, el terapeuta confía escasamente en las posibilidades reales de la paciente para entender y realizar la totalidad del tratamiento.

Diagnóstico

A simple vista, es difícil ubicar la paciente dentro del proceso de cambio, pero también es habitual en los pacientes que solicitan ayuda para dejar de fumar "querer más que poder". Por otra parte, la motivación y casi la necesidad de la paciente en resolver satisfactoriamente su problema con el tabaco podría llegar a servir de elemento o factor que facilitaría otros aspectos, como la fe y confianza en sí misma y un aumento en su autoestima.

Se obtiene nivel de CO (1) de 20 ppm en la primera medición, Test de Fagerström de 7 (dependencia alta) y Test de Etter 48 (dependencia elevada). En nuestro servicio de tabaquismo se administran protocolariamente las dos pruebas a nivel de investigación para saber la correlación entre ambos). Test Stai de ansiedad, rasgo 65. Test de Richmond, 9.

Discusión

Hubo un tiempo en nuestro hospital que a todos los pacientes psiquiátricos, ingresados y ambulatorios su terapeuta de referencia les indicaba solicitar hora de visita en la Unidad de Tabaquismo, muy posiblemente no como orientación terapéutica, sino como manera de ocupar el tiempo de ocio. Resuelta la situación, han seguido llegando pacientes con diversos psicodiagnósticos que han entrado a formar parte del amplio grupo de pacientes por nosotros atendidos. A pesar de ello, ante un paciente con estos antecedentes, el terapeuta activa, de manera automática, un mecanismo ambivalente de motivación-observación.

Este fue el caso de esta paciente. Por un lado, presenta elevada motivación en su verbalización, pero, por otro, existe el temor de si su trastorno psiquiátrico va a dificultar el adecuado curso terapéutico. Otro miedo que acostumbra a invadir al terapeuta es si dejar de fumar, es decir, al reducir y eliminar las dosis de nicotina, va a conllevar un aumento de la sintomatología psiquiátrica.

Afortunadamente, las intuiciones y las expectativas infundadas también nos fallan, y se inclinan a favor de los pacientes. En los manuales de terapéutica interrelacional debería existir un amplio capítulo sobre el azar y el *serendipity* (serendipidad).

Se inicia el proceso de desintoxicación con la paciente mediante pauta de aproximación con chicles de nicotina de 2 mg. Con sólo tres al día, después de cada comida la paciente fue capaz de reducir el 50% de su consumo, obteniendo un CO (2) de 10 ppm. Con esta simple técnica conseguimos básicamente aumentar el grado de confianza de la paciente en ella misma, en sus habilidades y en el futuro curso del tratamiento. A partir de este momento se diseña, junto a ella, el que será el plan terapéutico personalizado. Se escoge un día adecuado para el "salto", se facilitan por escrito consejos para los primeros días sin fumar, se aconseja realizar un ritual de despedida (el simbolismo de los rituales es bien conocido en nuestra sociedad para marcar épocas, estadios, fases y cambios). En nuestro caso, la paciente optó por escribir los motivos por los que había tomado la decisión de dejar el tabaco. Posteriormente, quemar el papel y fumarse el último cigarrillo. Otro aspecto en el que se insiste a los pacientes en este momento de preparación de tan incierta "aventura" es el ahorro del dinero no gastado en la compra de tabaco. Algún paciente, incluso, al finalizar el tratamiento nos regala una fotografía con la hucha rota y repleta de dinero.

Diseñada ya esta fase inicial, se plantea la terapia substitutiva de nicotina como tratamiento de apoyo en el proceso terapéutico. Se propone el uso de parches de nicotina de 24 h, en la prestación habitual —21 mg, 14 mg, 7 mg—, durante 28 días cada una. Paralelamente, se aconseja también el uso eventual de chicles de nicotina de 2 mg ante posibles situaciones que requieran o recuerden, todavía, la actividad bucomanual habitual del consumo de tabaco.

La paciente admite la propuesta del tratamiento con mucho interés, tanto por la extensión de la entrevista, por el interés mostrado en su caso, por las explicaciones realizadas sobre el proceso de adicción de la nicotina y el papel de la terapia substitutiva de la nicotina, así como por el apoyo que percibe y la coordinación de la Unidad de Tabaquismo con su psiquiatra de referencia.

A la semana del día escogido como día "0", la paciente obtiene un nivel de CO (3) de 0 ppm. Valora extraordinariamente bien los beneficios inmediatos que va consiguiendo en la abstinencia. Explica a todos sus amigos y conocidos lo que está haciendo y lo que está consiguiendo.

La paciente realiza un proceso terapéutico ejemplar. No ha dejado de asistir a ninguna entrevista y realiza una buena adherencia al tratamiento. Su predisposición fue al cambio y en ningún momento su diagnóstico previo influyó ni alteró la correcta evolución de la abstinencia al tabaco. Al contrario, se sintió mucho más tranquila y mejoró su nivel de autoestima y de resolución de conflictos.

Seguimiento

Podríamos definir este caso como simple, sin dificultad. Quizás lo que se esperaba al inicio era precisamente todo lo contrario: un mal cumplimiento de las instrucciones y

pautas, abandono, inconsistencia, etc. Afortunadamente los pacientes disponen de una trayectoria y una perspectiva que a veces se nos escapa a los terapeutas. Disponen de recursos personales que no hemos sabido encontrar en un principio y sí valorar a medida que van surgiendo. Como alguien ha dicho en alguna ocasión, "los pacientes mejoran al margen de nosotros".

En el caso de nuestra paciente, no sólo se ha mantenido abstinentes durante el período de un año, en el que consiguió el alta terapéutica, sino que fue resolviendo diversas e importantes dificultades: fiestas familiares, el consumo de tabaco de su actual pareja, ofertas indiscriminadas, situaciones personales con dificultades, etc.

Actualmente, la paciente sigue abstinentes, en contacto periódico con la unidad de tabaquismo y habiendo mejorado también en su proceso psicopatológico. A menudo verbaliza que la estrategia de identificar precozmente las señales de alarma en el consumo de tabaco le sirve también como estrategia para identificar situaciones y emociones de riesgo para su trastorno mental.

COMO DOS GOTAS DE AGUA

Assumpció Vilarasau Durany
Psicóloga. Unidad de Tabaquismo
Hospital de Santa Maria. Lleida

Descripción del caso

Se presentan a consulta dos hermanas, M. S. F., de 44 años, y S. S. F., de 41, respectivamente. M. S. F., en trámites de separación y con dos hijos. S. S. F. menor, reside con su cónyuge y sin hijos. Comentan que su situación profesional es estable y el sector en el que trabajan es de contacto con otras personas.

La edad a la que se iniciaron al consumo de tabaco fue a los 18 y a los 17 años, respectivamente. Cuando deciden empezar el tratamiento su consumo habitual era un paquete de cigarrillos diario cada una de las dos hermanas.

Las dos hermanas deciden, una por la otra, ponerse a tratamiento de deshabituación tabáquica durante una comida familiar. Se desafiaron, se convencieron, se animaron y acudieron por iniciativa propia a la Unidad de Tabaquismo.

El motivo por el que acuden a consulta de deshabituación tabáquica es por prevención de salud. Tanto una hermana como la otra comentan que no reciben presión alguna por parte de ningún entorno en el que se mueven. S. S. F. confiesa que viene un poco presionada y medio convencida por M. S. F. Ninguna de las dos convive con fumadores.

M. S. F. no ha seguido ningún tratamiento de deshabituación tabáquica anteriormente, pero estuvo sin fumar 3 años y sin ningún tipo de ayuda, mientras que S. S. F. estuvo 6 meses sin fumar con la terapia de acupuntura.

En cuanto a la recaída, M. S. F. nos comenta que fue en un momento difícil de su vida personal, que coincidió con el inicio de su separación, y no se planteó en ningún momento la recaída como un desliz, sino como un alivio. S. S. F. nos explica que fue a los 6 meses. Estaba segura de su control de consumo de un solo cigarrillo y, sin desearlo y sin darse cuenta, volvió a fumar la misma cantidad que consumía anteriormente (coincide con la fase de la fantasía de control).

En su entorno próximo (familia, compañeros de trabajo y amigos) valoran positivamente la decisión de las dos hermanas de dejar de fumar como un acto de valentía, seguridad y prevención.

Entrevista

Durante la entrevista se detecta una rivalidad positiva entre las dos hermanas, siendo M. S. F. la que presenta más voluntad, rigidez y seguridad en ella misma. S. S. F. es más ansiosa, insegura y pesimista.

Durante la primera entrevista se denota que las expectativas de las dos mujeres son distintas. M. S. F. de convencimiento al tratamiento que está a punto de empezar y S. S. F. de miedo a lo que se va a encontrar, a lo desconocido.

La actitud que presentan es de atención, de escucha activa, de captar toda la información y de sorpresa ante toda la información que desconocían sobre los efectos nocivos del tabaco, sobre todo M. S. F., mientras que a S. S. F. se la denota un poco más distante, alejada y temerosa.

A las dos hermanas se les da a elegir entre la posibilidad de recibir tratamiento terapéutico de seguimiento de forma individual o conjunta. De mutuo acuerdo, deciden acudir juntas a las visitas, creen que se apoyaran mejor y seguirán de cerca los progresos y las vicisitudes que tengan.

Diagnóstico

Las valoraciones de M. S. F. son Fagerström, 5; la cooximetría, de 25 ppm y las valoraciones de S. S. F. son Fagerström 5 y la cooximetría, de 19 ppm.

Según el modelo de Prochaska, M. S. F. estaría en la fase de acción, mientras que S. S. F. se encontraría entre la fase de contemplación y la de acción.

Discusión

Durante la primera semana de tratamiento, a las dos hermanas solamente les recomendamos 3 chicles de nicotina de 2 mg con las siguientes pautas: uno después de desayunar, otro después de comer y el último después de cenar. Les pedimos que controlen la cantidad de cigarrillos que reducen cada una de ellas y el tiempo que tardan en volver a desear fumar tras masticar cada uno de los chicles de nicotina.

Al cabo de una semana los resultados han sido que M. S. F. ha reducido 5 cigarrillos, con lo que ha fumado aproximadamente 15 cigarrillos, y presenta una cooximetría de 14 ppm, y en S. S. F. su consumo ha sido de 5 cigarrillos diarios y la cooximetría de 2 ppm.

Comentan las dos hermanas que el tiempo en volver a fumar tras tomarse los chicles de nicotina ha sido de 1 hora, pero con esfuerzo. Los resultados de las cooximetrías favorecen a aumentar la motivación para seguir el tratamiento.

Analizando la información que las dos hermanas nos aportan en la segunda visita de seguimiento, y con los datos que tenemos del diagnóstico, la propuesta terapéutica que se les plantea a las dos hermanas por igual son: parches de nicotina de 24 horas de 21 mg durante 28 días, de 14 mg durante 28 días más y parches de 7 mg durante 28 días. Paralelamente a los parches de nicotina, se recomienda chicles de nicotina de 2 mg.

Las dos pacientes aceptan y siguen con rigor el tratamiento recomendado por el terapeuta. Las estrategias utilizadas por M. S. F. han sido suprimir algunos hábitos adquiridos en su vida cotidiana, tales como el café, salir a cenar con amigos fumadores, no llevar tabaco encima... La estrategia utilizada por S. S. F. fue más radical, ya que durante una temporada evitó salir de casa para no tener la tentación de volver a fumar, también comentó que sólo fue un par de semanas.

Durante el tratamiento, al tercer mes a M. S. F., en un chequeo médico, a causa de una bronquitis se le detectó una mancha en los pulmones. Esto fue el detonante para que las dos hermanas tuvieran más claro lo importante de dejar el tabaco y mantenerse abstinentes. Hasta que no le dieron el diagnóstico final, el nivel de ansiedad le ascendió considerablemente.

Por otra parte, la otra hermana, S. S. F., tuvo problemas de menopausia precoz y se le recomendaron parches de hormonas, por lo que su ansiedad iba fluctuando según su estado de ánimo.

En fin, las dos hermanas, M. S. F. y S. S. F., paralelamente a la deshabituación tabáquica tuvieron problemas físicos varios. De no estar respaldadas terapéuticamente y de no haber tenido este soporte les hubiera sido más difícil abstenerse del tabaco.

Las mejoras físicas en las dos hermanas son evidentes. Primeramente, en la tez y el color de la piel queda reflejado rápidamente la mejora que han hecho. También se les denota mejora en el color de los dientes. Comentan que su peso no ha variado.

En cuanto a efectos secundarios, no han existido.

Seguimiento

Las visitas que se realizaron durante el tratamiento de un año de duración, y antes de dar el alta, fueron 17. En el primer mes las visitas fueron realizadas más asiduamente, y posteriormente y gradualmente se fueron prolongando hasta llegar a los 2 meses. Tras al alta, les proponemos visitas de seguimiento cada 3 meses, al menos durante el primer año.

En cuanto a la adherencia al tratamiento, fue siempre muy correcta, y demostraron las dos hermanas interés por seguir las pautas marcadas por los profesionales, aunque cabe destacar que hubo más implicación de M. S. S.

La actitud siempre fue de predisposición e interés, mostraban estar motivadas y su escucha era activa. Realizaban preguntas y cuestionaban sus dudas.

Por parte de la Unidad de Tabaquismo siempre se les ha facilitado el contacto directo y rápido, sea a través de teléfono, correo electrónico o con visita sin previa programación.

No hubo la necesidad de implicación de otros profesionales.

FUTURO PAPÁ

Natalia Oraá Taberero
Psicóloga
Asociación Española Contra el Cáncer
Junta Provincial de la Rioja

Descripción

Acude a la consulta un hombre de 34 años, acompañado de su mujer y de un amigo que ha dejado de fumar con nosotros. Quiere informarse sobre ayudas en deshabituación tabáquica. Lo ha derivado su médico especialista, ya que padece espondilitis y le ha aconsejado que deje de fumar lo antes posible.

Comenzó su consumo con 9 años, sobre todo por imitación y aceptación en el grupo de su hermano mayor y porque se sentía más independiente, y prácticamente desde entonces ha fumado todos o casi todos los días. Su consumo actual es de 15 cigarros diarios, aumentando la media los fines de semana (algo más de 20 cigarros), y afirma que prácticamente desde el principio este ha sido su consumo.

Nunca ha buscado ayuda para dejar de fumar, lo ha intentado tres veces en el pasado y la última fue hace más de un año. Dichos intentos han consistido en reducir el consumo, aunque nunca ha tenido una abstinencia total, manteniendo esta reducción como máximo 1 mes y experimentando fuertes síntomas de abstinencia como nerviosismo, irritabilidad, insomnio... Las tres recaídas se produjeron en situaciones sociales y familiares. Reconoce que su ambiente sociolaboral es de fumadores, ya que afirma que fuman la mayoría de sus amigos y compañeros de trabajo. Se dedica a la plastificación, con un horario más o menos estable, aunque hay temporadas que trabaja cerca de 14 horas (momento en el que aumenta su consumo), siendo en este lugar donde más fuma a diario. Los fines de semana él y su mujer se reúnen con su familia, situación que produjo alguna de las anteriores recaídas. Su mujer nunca ha fumado y le ha restringido los lugares para hacerlo en casa, permitiéndoselo sólo en el balcón.

Los motivos principales para el abandono son, por orden de importancia, el deseo de mejorar la salud, la satisfacción personal y dar ejemplo. Además, va a ser padre y le gustaría que cuando naciera su hijo no respirara el humo del tabaco.

No presenta antecedentes psicopatológicos y nunca ha estado bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico. Relacionado con el consumo de tabaco padece halitosis y pirosis. La presencia de tos, expectoraciones y disnea lo achaca a la espondilitis. Consume alcohol y Coca-cola esporádicamente. Nunca ha consumido drogas como cannabis o cocaína. Diariamente, y bajo prescripción médica, toma analgésicos para controlar el dolor que le produce la espondilitis.

Entrevista

A la primera entrevista acude acompañado de su mujer. Las preguntas cerradas las responde él, sin embargo, en las preguntas abiertas la mujer le interrumpe y responde ella. Su manera de actuar es de sumisión a todo lo que la mujer dice. Ella le está intentando convencer de que deje de fumar y, ante los comentarios, él asiente con la cabeza. La primera impresión es que acude por la presión familiar y médica. Considero conveniente quedarme a solas con él y le explico que dejar de fumar es un proceso principalmente individual, que requiere de un esfuerzo personal y una dedicación al programa. Afirma que, aunque se siente muy presionado por la mujer, cree que es el momento de abandonar el consumo y que realmente desea dejarlo. Se define como muy tímido, le cuesta expresar las preocupaciones, contar los problemas... Muestra una actitud positiva hacia la terapia y tiene muy buenas expectativas sobre el programa.

Diagnóstico

La dependencia física según el Test de Fagerström es media-alta (6) y la dependencia psicológica, según el Test Glover-Nilsson, es baja (6).

Está en fase de contemplación (modelo de Prochaska), con alta motivación para dejarlo (9 Test Richmond), y se encuentra con un estado de ánimo adecuado para dicho abandono.

Discusión

Se propone una intervención multicomponente con técnicas psicológicas basadas en una perspectiva cognitivo-conductual. Se optará por apoyo farmacológico utilizando parches de nicotina de 16 horas (15 mg durante 4 semanas, 10 mg 2 semanas y 5 mg 2 semanas) y comprimidos chupados nicotínicos de 1 mg. Se realizarán dos disminuciones del consumo para romper asociaciones y aprender a aplazar el deseo.

El programa consta de 12 sesiones comprendidas en 3 fases. Las tres primeras sesiones de preparación, la cuarta de abandono y el resto, de prevención de recaídas. En las 8 primeras, la terapia es de carácter semanal, la novena sesión se realiza al mes de terminar

la terapia y las tres últimas, consideradas de seguimiento, al cuarto mes (llamada telefónica), sexto y doceavo mes del abandono (sesión en la consulta).

En las dos primeras sesiones el sujeto no intervino mucho, sólo asentía con la cabeza. Tenía una actitud positiva al cambio, realizando todas las tareas y siguiendo las recomendaciones minuciosamente. A partir de la tercera sesión, comenzó a ser más participativo, colaborador... estaba contento de mantener la disminución del consumo y de experimentar el control del deseo de fumar. Manifestó la preocupación de poder tener síntomas de abstinencia y, sobre todo, aumentar de peso, ya que por los problemas de salud debía controlarlo. Se le propuso que registrara la comida a lo largo de esa semana, cuando todavía no había dejado de fumar, para conocer aproximadamente la cantidad de calorías diarias que comía. Se enfatizó en que las primeras semanas sin fumar no se obsesionara mucho con el peso y que al cabo de unas semanas trabajaríamos dicho tema.

En las tres primeras sesiones se trabajó la motivación, las técnicas de autocontrol, la reestructuración cognitiva de miedos, la explicitación de las razones para el abandono y la consolidación de la decisión. Los resultados de la cooximetría fueron de 25, 22 y 25 ppm. Para afrontar el deseo, el sujeto recurrió principalmente al cambio del foco atencional, respiraciones, beber líquidos y comer caramelos. En la tercera sesión comenzó a utilizar los comprimidos nicotínicos.

La cuarta sesión fue el día anterior al abandono. El sujeto acudió tranquilo, aunque con incertidumbre porque nunca había estado un día sin fumar y le preocupaba qué podía pasar. Trabajamos unas técnicas de autocontrol cognitivo y de control estimular. Aprendió pautas para superar los primeros días y, en caso de que el deseo fuera intenso, se le indicó un protocolo de actuación.

En las sesiones posteriores, acudió con alta motivación. Las primeras semanas utilizó las técnicas practicadas las semanas anteriores y evitó situaciones de riesgo. Le motivó mucho el resultado de la cooximetría, ya que descendió a 2 ppm. Además, notaba más capacidad pulmonar, mejor olfato y gusto, su mujer estaba orgullosa de él y ambos empezaban a creer que el abandono era real; su esposa cambió de actitud y en vez de presionarle le apoyaba. Trabajamos la forma de afrontar situaciones de riesgo y pensamientos que pudieran aparecer. En la séptima sesión nos centramos en el peso —había aumentado un kilo—, empezando a controlarle la alimentación.

Seguimiento

Cuando terminaron las visitas semanales, le preocupaba un poco dejar de venir, ya que esto le motivaba. Se le tranquilizó, haciéndole saber que podía ponerse en contacto conmigo cuando lo deseara. Se cree preparado para afrontar los deseos, aunque le preocupaba finalizar la farmacología. Le apporto información y le recuerdo que nuestra siguiente visita coincide con dicho abandono (9ª sesión). En esa sesión, acude contento y

orgullosos del resultado, manifestando un aumento de apetito al abandonar la farmacología, que disminuye en tres semanas.

Al cuarto y sexto mes de abstinencia, afirma tener deseos intensos de fumar en las celebraciones, aunque son esporádicos. Los controla con respiraciones, relajación y distracción. Verse capaz de controlarlos, que cada vez duran menos y que ha sido padre le motiva mucho y es feliz de haber tomado esta decisión. Nota mejorías en la salud y en su relación de pareja. Al año de abstinencia se le da el alta, afirmando tener deseos no muy intensos.

LA IMPACIENTE

Isabel Nerín de la Puerta
Unidad de Tabaquismo. Facultad de Medicina de Zaragoza
Profesora Departamento de Medicina y Psiquiatría
Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza

Adriana Jiménez-Muro Franco
Psicóloga. Unidad de Tabaquismo
Facultad de Medicina de Zaragoza

Adriana Marqueta Baile
Psicóloga. Unidad de Tabaquismo
Facultad de Medicina de Zaragoza

Descripción del caso

Paciente, mujer de 28 años de edad llama voluntariamente a la Unidad de Tabaquismo porque quiere dejar de fumar y es apuntada a la lista de espera. En este primer contacto telefónico nos comunica que su madre también es fumadora y está interesada en dejarlo por lo que insiste en la posibilidad de realizar el tratamiento juntas.

Su consumo actual es de 15-20 cigarrillos diarios desde los 17 años, fumando el primero de la mañana después de desayunar, una vez transcurridos 30 minutos aproximadamente. No tiene otros consumos significativos de café o alcohol. Después de realizar la entrevista y completar los autoregistros, los efectos que le produce fumar cigarrillos son relajación, dependencia y seguridad. Los motivos por los que quiere dejar de fumar son la intención de quedarse embarazada, para prevenir enfermedades, problemas de salud, no depender del tabaco y el deseo de su marido porque ella abandone el consumo.

No realiza ejercicio físico. En la anamnesis por aparatos refiere cefaleas habitualmente. No presenta antecedentes psicopatológicos.

Ha realizado dos intentos para dejar de fumar, el último hace un mes, estando abstinentemente durante tres días. El motivo por el que recae es el *craving*, las intensas ganas de fumar.

En su entorno laboral fuman la mayoría, mientras que entre sus amigos fuma una minoría, por lo tanto, se siente muy apoyada en su decisión. Describe una situación personal actual favorable para el cambio.

Entrevista

La paciente acude a la consulta con su madre, ya que las dos van a iniciar tratamiento en el mismo grupo de cesación y están citadas el mismo día para realizar la historia individual. Al comienzo de la historia afirma estar un poco nerviosa y expectante por la decisión tomada. A la vez, está muy motivada y arropada por su madre, que se encuentra en la misma situación. Desde el primer momento, se le explican los objetivos del tratamiento, aclarando que la decisión que ha tomado es personal y el curso de la misma no tiene que estar condicionada por la evolución de su madre. Ella dice que no habrá ningún problema, ya que es hija única y su relación es muy buena, "como si fueran amigas".

La paciente nos pide ayuda para que "solucionemos su problema" con el tabaco y se le aclara que aunque se van a brindar todos los recursos posibles para abandonar el consumo, el esfuerzo es personal. De esta manera se pretende evitar que adopte una situación pasiva.

En relación al tratamiento farmacológico, se le ofrecen las diversas opciones que existen, explicándole que no tiene contraindicaciones para utilizar cualquiera de ellas, Bupropion o terapia sustitutiva con nicotina (TSN). El terapeuta se inclina hacia la TSN por la posibilidad de quedarse embarazada próximamente, pero ella insiste en el tratamiento con Bupropion, ya que "una amiga suya dejó de fumar rápidamente y con mucha facilidad". Las expectativas de la paciente son distorsionadas, puesto que cree que únicamente con la medicación va a dejar de fumar sin ningún esfuerzo ni modificación de su conducta o hábitos. Se le insiste que es muy importante venir a las sesiones grupales, ya que la medicación por sí sola en algunos casos no suele ser suficiente para el abandono.

Diagnóstico

Se encuentra en la fase de preparación para la acción según el modelo de Prochaska y DiClemente, ya que ha tomado la decisión de dejar de fumar en los próximos 30 días. Su dependencia física es de 3 sobre 10, medida mediante el Test de Fagerström y su motivación muy alta, ya que puntúa 8 sobre 10 en el Test de Richmond. Los niveles de ansiedad se miden mediante el Test Stai estado/rasgo, obteniendo una puntuación en los dos de 19. La dependencia psicológica en el Test de Glover-Nilsson es de 16. El CO de la paciente el día de la historia clínica es 23.

Seguimiento

La adherencia al tratamiento es mala, ya que sólo acude a las tres primeras visitas, abandonando el tratamiento a las dos semanas de dejar de fumar y rechazando por completo cualquier tipo de contacto. Utiliza de forma adecuada el tratamiento con Bupropion, pero decide no tomar sustitutivos orales de nicotina, ya que prefiere las ramas de canela y afirma que le quitan las ganas de fumar. Se le instruye para tomar chicles de nicotina, elemento adecuado a utilizar para paliar el síndrome de abstinencia, pero lo rechaza reiteradamente. El día después de dejar de fumar, antes de la terapia grupal, consulta de forma individual con el terapeuta porque tiene dolor de cabeza, falta de concentración, mareos repetidos y afirma "verse muy rara". Se normaliza la situación explicándole que es propio del síndrome de abstinencia y se le anima a entrar en el grupo, ya que muchos de sus compañeros se encuentran en la misma situación. Una vez terminada la sesión, afirma estar mucho más tranquila. A la semana de dejar de fumar llama alarmada porque no se reconoce ella misma en el espejo ni tampoco a sus familiares. Está muy nerviosa, irritable y presenta un cuadro de ansiedad. Ella considera que el Bupropion le ha producido una pérdida de identidad personal, aunque afirma no saber qué es y pide una explicación de lo que le está ocurriendo. Además, comenta que debido a este estado de nerviosismo ha vuelto a fumar. Se le explica que su situación está más relacionada con el síndrome de abstinencia físico que con la medicación, ya que ésta es eficaz y segura. A su vez, su madre ha vuelto a fumar "por lo que pudiera pasar" con la medicación, a pesar de que se le ha prescrito otra diferente.

Discusión

La propuesta terapéutica para la paciente es la combinación de tratamiento farmacológico con Bupropion y cognitivo-conductual en grupo a lo largo de nueve sesiones, con una duración de tres meses.

Una de las dificultades para el abordaje terapéutico es la urgencia que presenta la paciente para dejar de fumar, ya que se quiere quedar embarazada, siendo un motivo transitorio y puntual. Sin embargo, acepta de buen grado la propuesta de deshabituación.

Una vez en grupo, se le recomienda seguir unas pautas de conductas alternativas para los primeros días sin fumar, así como pequeños cambios en su rutina diaria: beber agua, respirar profundo, no tomar café ni bebidas alcohólicas, tirar todo el tabaco, hacer ejercicio físico, utilizar sustitutivos orales de nicotina a demanda, control de estímulos, es decir, restringir los lugares donde la probabilidad de fumar es mayor y reestructuración cognitiva en el tratamiento de prevención de recaídas. Aun así, la paciente decide no introducir estos cambios que se le sugieren, ya que cree que con la medicación va a ser suficiente. Al tener las expectativas distorsionadas y creer que únicamente con la medicación va a poder dejar de fumar sencillamente hace una mala identificación del síndrome de abstinencia, incluso llevándole a urgencias, donde le administran ansiolíticos debido a un

ataque de pánico. Ahora no quiere dejar de fumar dado su estado y se le da la posibilidad de volver a intentarlo cuando esté preparada para ello.

Comentarios

El día de la historia individual conviene que el terapeuta identifique cuáles son las expectativas del paciente hacia la situación, porque la congruencia o no-congruencia de esas expectativas de tratamiento con las suyas propias van a influir directamente sobre el pronóstico. Los pacientes que abandonan el tratamiento antes del final, como ocurre en nuestro caso, suelen esperar del terapeuta consejos concretos para abordar sus dificultades adoptando una actitud de elaboración pasiva, en este caso solicita que resolvamos su problema y, por tanto, no cumpliendo con sus expectativas de éxito, que son distorsionadas. Se debe informar a la paciente de que el tratamiento que va a realizar, psicológico y farmacológico, va a ser una gran ayuda para cesar el consumo de tabaco, sin embargo, el esfuerzo y los actos que conllevan a fumar o no fumar son personales. Por ello, el terapeuta debe sondear las ideas que se ha formado el paciente y evaluar si son realistas o no. En caso negativo, debe mitigar la influencia de este hecho sobre la historia clínica o el tratamiento, dando a la paciente la información necesaria para que su colaboración activa se incremente y adoptando una actitud crítica ante sus propias impresiones y juicios respecto al cliente y su pronóstico.

Otro aspecto a tener en cuenta es como la paciente achaca todos los síntomas físicos y psicológicos a la nueva situación. Cuando una persona deja de fumar suele estar en continua observación consigo misma y, en ciertas ocasiones, algunos pacientes tienden a volverse aprensivos con la medicación, mientras que con el tabaco no lo han sido. En este caso, la paciente en vez de relatar los nuevos síntomas como síndrome de abstinencia debido a la sustancia suprimida, la nicotina, los relaciona con la sustancia incorporada, el Bupropion. El terapeuta debe aclarar a la paciente la situación, ya que es importante la correcta utilización de la medicación para hacer más llevadero el proceso de cesación y prevenir futuras recaídas.

HOMBRE PACIENTE

Isabel Nerín de la Puerta
Unidad de Tabaquismo. Facultad de Medicina de Zaragoza
Profesora Departamento de Medicina y Psiquiatría
Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza

Adriana Jiménez-Muro Franco
Psicóloga. Unidad de Tabaquismo
Facultad de Medicina de Zaragoza

Adriana Marqueta Baile
Psicóloga. Unidad de Tabaquismo
Facultad de Medicina de Zaragoza

Descripción del caso

Paciente varón de 43 años de edad y activo laboralmente que llama voluntariamente a la Unidad de Tabaquismo, ya que está interesado en dejar de fumar y en empezar un grupo de cesación tabáquica. El sujeto lleva 27 años fumando regularmente y actualmente consume 40 cigarrillos al día. El primero de la mañana se lo fuma después de desayunar, transcurridos 30 minutos tras levantarse. A diario también consume alcohol, unas 4 unidades/día, y café, 2 unidades/día. El cannabis lo probó hace muchos años, por curiosidad, sin llegar a consumir habitualmente.

A lo largo de su vida ha intentado una única vez, sin ayuda de ningún tipo, dejar de fumar. El tiempo máximo de abstinencia en ese periodo fue de una semana y la causa de la recaída, una vivencia negativa. Los motivos por los que quiere dejar de fumar actualmente son para aumentar su rendimiento físico y prevenir futuras enfermedades. Su pareja es fumadora, al igual que sus compañeros de trabajo y amigos, y aunque su ambiente no es el más favorable, sí que se siente apoyado y muy motivado para el cambio. Padece hipertensión controlada y ha sufrido un traumatismo craneoencefálico.

Tiene antecedentes de depresión, la última vez fue hace cinco años con tratamiento farmacológico.

Entrevista

Acude a la historia individual un poco nervioso por la situación a la que se va a enfrentar en los próximos días, ser un no fumador, y porque nunca ha realizado un intento serio. A pesar de ello, está decidido a abandonar el consumo definitivamente.

El terapeuta le explica en qué va a consistir el tratamiento y se le da al paciente un calendario en el que se especifica el día que va a dejar de fumar, así como el resto de las sesiones. Posteriormente se describen los tipos de medicación que se utilizan para dejar de fumar con los beneficios y efectos secundarios de cada una y se orienta al paciente hacia la más conveniente respecto a su situación reflejada en la historia clínica. El terapeuta y el paciente deciden conjuntamente la administración de terapia sustitutiva de nicotina, parches y comprimidos para chupar. El motivo es que haber sufrido un traumatismo craneal está contraindicado para utilizar el Bupropion y los dos tratamientos tienen la misma efectividad a largo plazo.

Las expectativas del paciente son realistas, cree que en los próximos seis meses puede ser un no fumador y que para ello tendrá que utilizar todos los recursos disponibles, como son la medicación y las sesiones grupales.

Diagnóstico

Según el modelo de cambio Prochaska y DiClemente, el sujeto se encuentra en la fase de preparación para la acción, ya que ha tomado la decisión de ser un no fumador en los próximos 30 días.

Su dependencia física, medida a través del Test de Fagerström, es de 7 sobre 10, es decir, alta, y su dependencia psicológica, medida a través del Test de Glover-Nilsson, es de 26. Dichos factores son compensados por su alta motivación, puntúa 8 sobre 10 en el Test de Richmond, por lo que tiene probabilidad de ser un no fumador en los próximos meses. Los niveles de ansiedad se miden mediante el Test Stai estado/rasgo, obteniendo una puntuación de 15 en la ansiedad rasgo y de 16 en la ansiedad estado.

El monóxido de carbono en aire espirado medido el día de la historia individual es de 18 ppm.

Seguimiento

La adherencia al tratamiento es buena, ya que acude a todas las sesiones a lo largo de los 3 meses que dura el tratamiento y sigue todas las pautas respecto a la medicación. Desde el inicio el sujeto está orgulloso por la decisión que ha tomado y es consciente de que si fuma un cigarrillo durante el periodo de abstinencia las posibilidades de recaer son altas. Cuando las ganas de fumar son intensas realiza pequeñas modificaciones en su conducta, como salir de la situación, verbalizar su estado o utilizar comprimidos de nico-

tina, por lo que cada vez se le hace más fácil no fumar en situaciones de riesgo. El sujeto no recaer a lo largo del tratamiento, desde el día D, día en el que deja de fumar, no vuelve a coger un cigarrillo, por lo que a los 6 meses es paciente de éxito. La dosis de parche de nicotina inicial se reduce progresivamente a lo largo del tratamiento hasta suprimirla. Se le aconseja que puede usar TSN oral si la situación lo requiere ocasionalmente en los siguientes 3 meses.

Discusión

El sujeto es incluido en el programa multicomponente de cesación tabáquica, que consta de tratamiento farmacológico, en este caso se le ha prescrito TSN y tratamiento cognitivo-conductual en grupo, 9 sesiones a lo largo de 3 meses.

El paciente no presenta ninguna dificultad añadida para llevar a cabo el programa, al contrario, está dispuesto a seguir las indicaciones del terapeuta para conseguir la deshabitación tabáquica y acepta el tratamiento propuesto sin objeciones. Desde el primer momento utiliza los recursos que le proporciona el terapeuta para los primeros días: deshacerse de todo el tabaco que le pertenezca, no tomar comidas copiosas, disminuir durante los primeros días la ingestión de café y alcohol, beber abundante agua o hacer ejercicio físico, dentro de sus posibilidades. El sujeto relata que estos pequeños cambios en su rutina diaria le funcionan y le ayudan a no estar pendiente del tabaco continuamente. Del mismo modo, es muy cuidadoso con la medicación: se pone un parche de nicotina nada más levantarse cada día y utiliza unos 12 comprimidos de nicotina diarios al principio del tratamiento. El sujeto relata la efectividad de la medicación, ya que el comprimido de nicotina le alivia las ganas de fumar que siente en momentos puntuales, sin embargo, durante el primer mes se plantea cuándo podrá abandonarla definitivamente, puesto que le preocupa depender para el resto de su vida de los comprimidos de nicotina. Se le informa de que la posibilidad de *engancharse* a los comprimidos a largo plazo es mínima y aunque así fuera éste únicamente contiene nicotina y a dosis mucho menores que los cigarrillos. Conforme va transcurriendo el tiempo el sujeto disminuye paulatinamente la ingesta de TSN oral, ya que las situaciones en las que tenía intensas ganas de fumar se han reducido. A los 3 meses de tratamiento dice tomar un comprimido de nicotina alguna vez, pero en situaciones muy puntuales, aunque siempre los lleva encima, y mantenerse abstinentes. Su CO en dicho momento es de 1 ppm.

A lo largo de todo el tratamiento el paciente no informa de ningún problema físico, psicológico o efectos secundarios causados por la medicación que puedan propiciar la recaída.

Comentarios

La eficacia en el proceso de cesación tabáquica viene determinada por la abstinencia mantenida a lo largo del tratamiento. Los estudios afirman que los programas que com-

binan estrategias conductuales y tratamiento farmacológico son muy eficaces, ya que ayudan a prevenir la recaída. Este es un proceso frecuente en los fumadores que dejan de fumar, por lo que es considerado como una etapa más en el proceso del abandono del tabaco. Las causas fundamentales son los estados emocionales, tanto negativos (ansiedad) como positivos (celebraciones festivas), así como la presión social al consumo. El apoyo social, rodearse de un ambiente adecuado que le ayude en los momentos difíciles, tanto en el trabajo como en el entorno familiar, facilita mantenerse abstinentes. Del mismo modo, utilizar adecuadamente la medicación prescrita nos ayuda a controlar el síndrome de abstinencia, causante muchas veces de la recaída.

Para lograr el éxito en el tratamiento, el paciente debe utilizar todas las estrategias que el terapeuta le ofrece.

ÚLTIMO CARTUCHO

Rodrigo Córdoba García
Profesor de la Facultad de Medicina.
Centro de Salud Universitario Delicias Sur.
Zaragoza

Paciente varón de 39 años de profesión ebanista que es remitido a la consulta de deshabituación desde el propio centro de salud.

Se trata de un paciente casado con una hija de 4 años. El paciente es seropositivo al VIH y presenta también anticuerpos frente al virus de la hepatitis B y al virus de la hepatitis C. Es un antiguo adicto a opiáceos por vía parenteral y alcohólico dependiente. Actualmente abstinentes de alcohol y drogas. Entre los síntomas que presenta, destaca disnea persistente y tos con expectoración habitual o al menos más de 2 meses cada año, durante los últimos 2 años.

Historia de tabaco: el paciente fuma desde los 12 años y actualmente consume 30 cigarrillos al día de media. Su esposa es también fumadora. En el trabajo, el 40% (12/30) de sus compañeros son también fumadores habituales. No ha intentado nunca dejar de fumar.

La entrevista inicial fue cordial y se valora positivamente su capacidad de enfrentarse de forma positiva a sus adicciones y haber ido vencéndolas poco a poco. Se le comunicó que la nicotina no es menos adictiva que otras drogas que había consumido y que por ese motivo era la última droga que se había propuesto abandonar. Se percibió que la aceptabilidad social también había mantenido el hábito, así como considerarla una droga-refugio frente a otras más destructivas.

Estadio del cambio: el paciente se halla en fase de contemplación y está de acuerdo en fijar una fecha para dejar de fumar en las próximas 4 semanas.

Nivel de adicción: el paciente fumaba su primer cigarrillo a los 20 minutos después de levantarse. El cigarrillo que más le satisface es el primero de la mañana, encuentra dificultades en mantenerse sin fumar en los lugares donde no está permitido y fuma más cigarrillos y de forma más compulsiva por las mañanas. La puntuación del Test de Fagerström fue de 7/10. No había antecedentes previos de uso de terapia farmacológica

para dejar de fumar. El paciente consumía tabaco a todas horas y como estrategia de afrontamiento a situaciones de estrés y ansiedad.

Datos físicos: el peso del paciente era de 65 y la medición de CO fue de 18 ppm (co-oxímetro Bedfont).

El paciente no estaba en tratamiento con antidepresivos ni antipsicóticos y no estaba en fase de deshabitación de alcoholismo. No había antecedentes de epilepsia ni crisis convulsivas. Por todo ello, se decidió tratamiento con apoyo psicológico y Bupropion a la pauta habitual de 150 mg durante 7 días y 300 desde el octavo día hasta finalizar 8 semanas. Se permitió consumo del 50% de cigarrillos (15) durante la semana previa al día de cesación. Por tanto, se fijó el día de cesación a los 10 días de la visita inicial.

El paciente acudió a la visita inicial 4 días después de la cesación. Declaro abstinencia total comprobada por una cooximetría de 1 ppm de CO y el peso era de 66,2 kg. El paciente refería menos *craving*, menos ansiedad por fumar y buena tolerancia al Bupropion, sin referir insomnio, disgeusia ni otros trastornos.

El paciente acudió a los 11 días después de dejar de fumar. Seguía abstinentes, el nivel de CO fue de 0 ppm y el peso de 66,8 kg. El paciente refería como síntomas de abstinencia moderada deseo de fumar, algo de estreñimiento, ligera irritabilidad y aumento del apetito. Es decir, un leve síndrome de abstinencia.

El paciente no acudió a la visita de las 8 semanas. El paciente acudió a los 7 meses de la cesación para visita final a las 26 semanas. No pudo acudir por problemas laborales y porque se sentía cómodo sin fumar. El peso pasó a ser de 68 kg. Ganancia neta de 3 kg. El CO era de 0 ppm.

El paciente refirió mejora significativa del estado general, disminución de la tos y la expectoración matutinas y un claro aumento del sentido del gusto y del olfato.

Respecto a la medicación, adquirió el tratamiento completo en la farmacia (60 días) y no presentó efectos secundarios.

Comentario: se trata de un exadicto al alcohol y a los opiáceos por vía parenteral que intenta desprenderse de su última adicción estimulado por el refuerzo de una hija de corta edad que actúa como poderoso estimulante o facilitador de la "discrepancia" y avanza en el proceso del cambio. Es evidente que los politoxicómanos dejan el tabaco como última droga-refugio, pero que son capaces de abandonar también esta adicción si se mueven en un entorno familiar y social de apoyo y estímulo y tienen acceso a apoyo profesional. En este caso, su esposa siguió fumando, dado que es difícil que los procesos del cambio se coordinen milimétricamente en las parejas. El Bupropion resultó eficaz para controlar el síndrome de abstinencia y bien tolerado, cosa que no siempre ocurre. Su ganancia ponderal fue la esperada y la que se observa como efecto promedio. Es evidente que la biografía previa indica un alto nivel de autoeficacia y la motivación paterna es una oportunidad para la cesación. La facilitación de recursos profesionales finalmente logró consolidar su abstinencia.

GLADIATOR

Carlos Catalina Romero
Psicólogo clínico
Ibermutuamur. Madrid

Olga Fernández Rancaño
Médico de familia
Fundación Oncoayuda. Madrid

Descripción del caso

Varón de 56 años, trabajador de la construcción (jefe de obra). En el momento de la valoración el paciente está de baja tras haber sufrido un infarto agudo de miocardio hace dos meses y participa en un programa multidisciplinar de rehabilitación cardíaca.

Acude a rehabilitación cuatro días por semana, donde realiza una sesión de entrenamiento en ejercicio físico aeróbico de 30 minutos de duración supervisado por un cardiólogo y participa en sesiones psicoeducativas y psicoterapéuticas grupales.

Como cada paciente del programa, que tiene una duración total de 2 meses, es evaluado por un psicólogo al inicio del mismo.

Vive con su mujer (no fumadora) y sus 2 hijos (fumadores). Entre sus amigos y compañeros de trabajo predominan los fumadores, aunque el paciente conoce a varias personas que han abandonado el tabaco con el fin de cuidar su salud cardiovascular.

Empezó a fumar con sus amigos a la edad de 13 años y desde entonces nunca antes del infarto, había interrumpido el consumo de tabaco. En los últimos años había llegado a alcanzar un consumo de 80 cigarrillos diarios en el contexto de un aumento del estrés por problemas relacionados con su trabajo.

Cuando ingresó en el hospital el paciente interrumpió el consumo de cigarrillos, sin ninguna ayuda específica al margen del consejo médico. Sin embargo, en las últimas tres semanas había iniciado un proceso de recaída en el consumo, al probar un cigarrillo en el bar viendo un partido de fútbol. Desde entonces, casi todos los días fumaba de 1 a 3 cigarrillos en esa misma situación o bien en la sobremesa.

Durante el ingreso hospitalario se requirió la implantación de 2 stents. Al margen del consumo de tabaco, el paciente presentaba hipertensión arterial y dislipemia como factores de riesgo cardiovascular. No presentaba otros antecedentes médicos, quirúrgicos ni psiquiátricos de interés.

Entrevista

El paciente acude a la primera entrevista con una actitud colaboradora. Manifiesta su deseo expreso de dejar de fumar totalmente, aunque existe cierta ambivalencia en su discurso. Mientras que en algunos momentos expone perfectamente los motivos relacionados con su salud, que tiene que hacerlo de forma inmediata, en otros tiende a verbalizar argumentos en los que la enfermedad y la muerte tienden a verse como resultado del azar.

Presenta un tono afectivo inusualmente optimista, muy característico de los pacientes postinfartados que no cuentan con suficiente conciencia de enfermedad (negación de la enfermedad). Un ejemplo de esta actitud lo constituye su perseverancia en el deseo de incorporarse a su trabajo lo antes posible (de manera precipitada).

Diagnóstico de fumador

Fumador de 60 cigarrillos/día. Aunque parece encontrarse en fase de acción (toma medidas para dejar de fumar), está iniciando una recaída.

El Test de Fagérstrom revela una dependencia alta de la nicotina. Muestra una motivación también alta para dejar de fumar (Test de Richmond).

Presenta niveles moderados de ansiedad y depresión (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger, Inventario de Depresión de Beck), que atribuye a su situación laboral.

Discusión

Dado el consumo muy reducido e inestable de cigarrillos, la alta motivación del paciente para dejar de fumar, su patología médica de base y el contexto clínico en el que se realizaba el tratamiento, se optó por una estrategia terapéutica basada en la intervención psicológica mediante técnicas cognitivo-conductuales.

Un aspecto fundamental de la preparación para el día D fue la modificación de las ideas irracionales relacionadas con el consumo de tabaco y la psicoeducación acerca de la enfermedad coronaria y los factores de riesgo cardiovascular.

En este sentido, la reestructuración cognitiva se centró en los siguientes aspectos:

- Modificación del locus de control para la salud del paciente, de manera que se cambiaron las atribuciones acerca de la enfermedad relacionadas con factores externos y

no modificables, como la suerte, por ideas más realistas y funcionales en términos del control del nivel de riesgo personal mediante un cambio de conductas muy específicas.

- Cambio de las ideas fatalistas del paciente ("cuando a uno le llega la hora...") por otras de constructivas basadas en datos muy concretos (por ejemplo, nivel de riesgo asociado a mantener el consumo de tabaco tras el infarto).
- Modificación de las creencias relacionadas con la falta de peligrosidad de un consumo reducido de tabaco ("casi no fumo").

Entre las estrategias utilizadas para preparar el día D, se utilizaron las siguientes:

- El paciente comunicó a todos sus familiares su intención de abandonar totalmente el tabaco y las dificultades que encontraba para lograrlo en la convivencia diaria.
- Acordó con sus hijos que estos no fumarían en casa, salvo en la terraza y en su ausencia, tratando de eliminar el consumo de tabaco en el domicilio.
- Acordó igualmente no dejar tabaco o restos de tabaco a la vista (sus hijos llevarían consigo el tabaco y los ceniceros se mantendrían limpios).
- Se planificó cuidadosamente la actividad del paciente en los días previos y posteriores al abandono, prestando especial atención a la instauración de nuevos hábitos más saludables, a las situaciones que actuaban como estímulos discriminatorios de su conducta esporádica de fumar y a la programación de actividades reforzantes alternativas.
 - Se programaron marchas diarias caminando de prisa progresivamente más largas.
 - El paciente eliminó totalmente el consumo de cualquier bebida alcohólica.
 - Sustituyó el tradicional partido del sábado en el bar por ir a ver un partido de fútbol del equipo de su barrio con un amigo exfumador tras haber sufrido un infarto hace un par de años.
 - Se planificó lavarse la boca y salir de casa inmediatamente después de comer para dirigirse a las instalaciones de la rehabilitación cardíaca.
- Comunicación de su problema y su decisión de dejar de fumar al día siguiente al resto de sus compañeros del Programa de Rehabilitación Cardíaca y al resto del equipo terapéutico.

Colaborador, el paciente interrumpió de forma completa el consumo de tabaco en el día previsto. Alcanzar este objetivo le permitió obtener de manera inmediata y sostenida el apoyo y refuerzo del resto de sus compañeros de rehabilitación y del equipo terapéutico. La implicación de sus familiares en la estrategia terapéutica facilitó una mejora en la comunicación con sus hijos de alcance más amplio. Durante todo su proceso de rehabilitación cardíaca el paciente se mostró muy satisfecho con haber alcanzado este objetivo, que funcionó a modo de motor para el cambio en otras conductas de riesgo

coronario (consumo excesivo de alcohol, control de la dieta y del peso, práctica de ejercicio físico regular).

El desarrollo de expectativas de autoeficacia en relación con los factores de riesgo cardiovascular disminuyó los niveles de negación de la enfermedad y de defensividad frente a la información relacionada con la propia salud.

El paciente mejoró rápidamente la apariencia de su piel, al tiempo que disminuyó la sensación de cansancio y fatiga, y los niveles de ansiedad y depresión en los cuestionarios.

Seguimiento

El paciente mostró en todo momento una actitud colaboradora con el tratamiento. Se evaluó la abstinencia mediante la medición de los niveles de CO en el aire expulsado, obteniendo siempre cifras inferiores a los 5 ppm.

Dada la importancia del seguimiento en los paciente postinfartados que no consiguen abandonar el tabaco inmediatamente después del infarto, acordaron breves revisiones semanales durante las 6 semanas posteriores a la finalización del Programa de Rehabilitación Cardíaca. Se acordó con el paciente mantener un seguimiento telefónico cada 15 días y revisiones bimensuales.

Al año de seguimiento el paciente permanecía abstinentemente y contactaba telefónicamente cada mes para informar acerca de su estado general de salud y de la abstinencia a su terapeuta.

INFORMÁTICA COLABORADORA

Olga Fernández Rancaño
Médico de familia
Fundación Oncoayuda

Carlos Catalina Romero
Psicólogo clínico
Ibermutuamur

Descripción del caso

Mujer de 42 años, informática de profesión, responsable de departamento de una empresa de tamaño mediano. En el momento de la valoración, está en situación de alta laboral. Casada, con dos hijos de 8 y 16 años.

Tanto sus padres como sus seis hermanas son fumadores. Su marido es exfumador y a sus hijos no les gusta que fume. Entre sus amigos predominan los fumadores, aunque en los últimos dos años varios de ellos han dejado de fumar. Sus compañeros de trabajo son en su mayoría fumadores y en la empresa no hay, en el momento de la valoración, restricciones al consumo.

Empezó a iniciarse en el consumo a los 15 años, con amigas. Desde hace 24 años es fumadora habitual de 18 a 20 puritos por día. Desde entonces, ha fumado regularmente, incluso en los embarazos, donde se le dijo que si al dejar de fumar iba a estar muy nerviosa era preferible que intentase fumar un poco menos de lo habitual.

Hace tres años, con motivo de un viaje largo en avión, hizo un intento serio de dejar de fumar utilizando parches con nicotina, con asesoramiento por su médico de primaria. Tras un mes de abstinencia, recayó en una cena con amigos.

Es derivada por su oncólogo con el diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante de mama (pT1c NOMO), tratado con cirugía conservadora y vaciamiento axilar. Desde hace varios meses, el oncólogo le ha hablado de la conveniencia de abandonar el consumo de tabaco para favorecer la respuesta al tratamiento y mejorar su calidad de vida futura, reduciendo la posibilidad de desarrollar otros tumores y su osteoporosis.

En el momento de la valoración, ha recibido ya seis ciclos de tratamiento quimioterápico complementario con doxorubicina, ciclofosfamida y control antiemético con ondansetrón.

Tiene pautado tratamiento radio-hormonoterápico (análogos de LH-RH) al finalizar el tratamiento citostático, así como con ácido zoledrónico i.v. con periodicidad semestral, por la existencia de osteopenia concomitante.

No constan otros antecedentes médicos, salvo estreñimiento crónico que trata con fibra dietética soluble. Desde el punto de vista psicopatológico, refiere un cuadro depresivo hace 6 años, tratado con fluoxetina por su médico de atención primaria durante 6 meses. No usa otra medicación habitual, salvo las referidas.

Es consumidora esporádica de alcohol y no utiliza otras drogas de abuso. Entre sus hábitos de consumo es destacable el uso abundante de café, té y bebidas de cola.

Entrevista

La paciente acude sola a la primera consulta. Pese a la invitación expresa para hacerlo, no apoya el dorso en el respaldo de la silla y mantiene las manos cruzadas haciendo presión ocasional de los dedos entre sí.

Poco expresiva, comenta que tiene muchas ganas de dejar de fumar, principalmente por el riesgo que sabe que tiene para su salud y para dar buen ejemplo a sus hijos. Dice estar nerviosa porque siempre, en cualquier circunstancia, le apetece fumar. Además, en su experiencia previa, estuvo muy triste y ganó 5 kg de peso en un mes. Le gustaría no tener que pasar por otra experiencia tan desagradable y desestabilizadora como aquella.

Insiste en que este es su momento para dejar de fumar y que en esta etapa de su vida necesita mantener tanto el ánimo como un buen aspecto físico para no deprimirse.

Diagnóstico

Fumadora de 15-20 puritos/día, en fase de acción, con índice de paquetes/año de 18.

El Test de Fagërstrom modificado refleja una dependencia alta a la nicotina.

Su grado de motivación para dejar de fumar, según el Test de Richmond, es alto.

Según el Test de Glover-Nilson, tiene dependencia psicológica global moderada, dependencia social muy alta, dependencia gestual baja y dependencia psíquica grave.

No se aprecia depresión según el Test de Beck.

Discusión

Dada la mala experiencia previa, la paciente reiteró su deseo de utilizar una medicación diferente. En colaboración con su oncólogo y vigilando estrechamente las posibles interacciones con la ciclofosfamida, pautamos Bupropion 150 mg/24 h durante los primeros seis días, al tiempo que mantenía el consumo de tabaco y 150 mg/12 h a partir del séptimo día. Dados los condicionantes patológicos y laborales del caso, decidimos trabajar estrechamente con la paciente en sesiones de terapia individual.

Simultáneamente, aconsejamos reducir la ingesta de café, té y cola y reforzamos las medidas higiénico-dietéticas para compensar el estreñimiento.

Colaboradora, personalizó las sugerencias para los días previos al abandono, con estrategias como las siguientes:

- Envío un SMS a sus mejores amigos y compañeros de trabajo, confirmando la fecha elegida para dejar de fumar y solicitando complicidad y apoyo.
- Dejó de comprar Vegafina y pasó a fumar Ducados, comprando los paquetes de uno en uno.
- Se comprometió a dejar sin fumar el tercio final de cada cigarrillo y fue introduciendo las colillas en una botella de cristal con tapón de rosca. Posteriormente, tras añadir agua al contenido, lo mantuvo en su poder durante el tratamiento, acercándose a verlo u olerlo cuando tenía muchas ganas de fumar.
- Inició con su marido la rutina de pasear juntos una hora al día, a paso ligero.
- Buscando la complicidad de sus hijos, realizaron un "entierro oficial" de ceniceros, mecheros y cigarrillos existentes en el domicilio, la noche previa al día D.

Progresivamente, fue adquiriendo autoconfianza en ambientes familiares y laborales, expresando sus temores y dificultades para afrontar situaciones sociales y de ocio. En sus visitas de control, el *craving* puntuaba alto en muchas de las valoraciones, si bien la paciente se mostró extremadamente colaboradora en la aplicación de medidas de control (técnicas de relajación mediante la respiración y visualización, realización de actividades que requiriesen su atención, como el punto de cruz).

Los principales efectos adversos fueron una reagudización del estreñimiento que padecía (corregido con lactulosa oral), así como un insomnio global que, si bien le permitía un descanso reparador, le causaba gran ansiedad por usar esos tiempos para reflexionar sobre el pronóstico de su patología oncológica. Tras la persistencia del insomnio, pese a medidas higiénicas para mejorar el sueño, retiramos la dosis vespertina de Bupropion a las 4 semanas y lo mantuvimos hasta la novena, mejorando significativamente la calidad del descanso y no refiriendo modificación en el *craving*.

La mejoría del aspecto de la piel, de la autoeficacia y el refuerzo de su marido e hijo, junto con el apoyo de los terapeutas, fueron los aspectos definidos por la paciente como de mayor valor terapéutico durante el tratamiento.

La ganancia ponderal en los tres primeros meses de seguimiento fue de 3 kg, que fueron corregidos con medidas higiénico-dietéticas a partir de esa fecha, normalizando el peso a los 6 meses de haber iniciado el tratamiento. El estado de ánimo a lo largo de los 6 primeros meses de seguimiento fue calificado como "aceptable".

Seguimiento

Se realizó un estrecho seguimiento de la paciente, buscando el apoyo familiar, social, de los sanitarios del equipo oncológico y terapeutas (facilitando el acceso mediante teléfono móvil y correo electrónico).

El tratamiento especializado se inició con dos sesiones individuales de diagnóstico y preparación. Posteriormente, se citó a la paciente en el día D y se realizaron cuatro visitas con periodicidad semanal durante el primer mes sin fumar. En el segundo y tercer mes se hicieron 4 visitas quincenales, seguidas de nuevas consultas a los 6, 9 y 12 meses.

La adherencia de la paciente al tratamiento fue excelente. La abstinencia fue valorada en cada consulta mediante la medición de CO en aire expirado, manteniéndose por debajo de 5 ppm desde el día D. Las manifestaciones sobre la ganancia ponderal de los tres primeros meses, disminuyeron en cuanto la paciente asumió que serían abordadas como parte del tratamiento para dejar de fumar a partir del tercer mes.

EL DUDOSO

Mercè Pallerola Planes
Médico de familia
CAP de Balaguer. Lleida

Descripción del caso

Acude a consulta un hombre de 39 años, administrativo de profesión, en una empresa agrícola. Fumador habitual de 20 cig./día, que había reducido el consumo voluntariamente a 12 cig./d al tomar la decisión de intentar dejar de fumar. Empezó a fumar a la edad de 16 años, ya que su grupo de amigos eran fumadores. Su padre era fumador, padecía de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y murió a los 74 años de cardiopatía isquémica.

Se planteó dejar de fumar aprovechando la posibilidad de entrar a formar parte de un programa de deshabituación, patrocinado por la empresa en la que trabaja. Esta empresa decidió convertirse en empresa sin humo antes de entrar en vigor la ley del 1 de enero de 2006.

Vive con su esposa (exfumadora de hace 8 años) y sus hijos de 8 y 5 años de edad.

Explicó que intentó seriamente dejar de fumar dos veces. Una vez durante el año 2000, y estuvo 4 meses sin fumar, utilizando chicles de nicotina de 2 mg. Refiere que la recaída se debió al estrés del trabajo, y la segunda vez lo intentó en el año 2003, en el que estuvo abstinentemente 3 meses y utilizó Bupropion. Consideraba que en este segundo intento siguió el tratamiento de forma incorrecta, siendo el motivo de la recaída la muerte de su padre.

Afirmaba tener la sensación de que el tabaco le tranquilizaba cuando se encontraba en situaciones de estrés, le aumentaba su capacidad de concentración, pero es consciente de perjuicio que supone fumar para su salud, de la esclavitud que le representaba, además, hay presión familiar para que lo deje y él también estaba cansado de fumar, y este último motivo es el que le induce a volver a intentarlo. A pesar de ser consciente de todos estos motivos, explicaba que no encontró beneficios cuando había dejado de fumar y que lo más molesto era la falta de concentración que padecía al no fumar.

Como antecedentes patológicos, refiere cefaleas tensionales esporádicas. No presentaba antecedentes psicopatológicos. No tomaba ninguna medicación de forma habitual. Bebedor de 3-4 cafés/día.

Entrevista

Todo el tratamiento que siguió el paciente fue en horario laboral, ya que el programa de deshabituación tabáquica lo organizó la empresa en la que trabajaba, y por este motivo acude sólo a las visitas de seguimiento. Su actitud era muy receptiva y colaboradora. Estaba sumamente motivado para que fuera el intento definitivo. Le preocupaba el hecho que su compañero de trabajo era fumador y no desestimó seguir el programa de deshabituación, pero delimitar también zonas específicas para fumadores en la empresa lo valoró como un problema menor, pensó que su compañero apoyaría su decisión y la respetaría.

Diagnóstico

Según el modelo de Prochaska, el paciente se encuentra en la fase de preparación. La puntuación obtenida en el Test de Fagerström es de 4 puntos. La cooximetría realizada es de 30 ppm.

Discusión

Inicialmente el paciente recibió información sobre el tratamiento y también se le entregó documentación escrita. En la segunda visita es cuando se planteó intentar disminuir el consumo utilizando el sistema de no fumar automáticamente y también disminuir el consumo de café.

La segunda visita se programó a los 15 días, el paciente comentó que había conseguido reducir el consumo a 6 cig./día, mantenía los cigarrillos de después de las comidas, uno a media mañana y otro al terminar la jornada laboral. Comentó que también había disminuido el café y lo había substituido por infusiones de poleo menta. El paciente es capaz de marcar un día para dejar de fumar y desea utilizar TSN (comprimidos de nicotina de 1 mg), que se pautaron con una frecuencia de 1 cada 3 horas.

En el siguiente control, cuando llevaba 6 días abstinentes, comentó que había utilizado pocos caramelos, que los había substituido por las infusiones. En la valoración del síndrome de abstinencia destacaba el grado moderado de irritabilidad y la dificultad de concentración. La cooximetría fue de 3 ppm.

En las siguientes visitas dijo que no había consumido comprimidos de nicotina de 1 mg. (no los había necesitado), había bajado el grado de irritabilidad y el de la dificultad de

concentración, continuaba utilizando infusiones y empezó a hacer ejercicio físico (correr). El hacer ejercicio físico le benefició a que no aumentara de peso. La sensación más gratificante para él era la no-esclavitud al tabaco, dependencia que le ocasionaba muchos problemas al tener que programar su consumo en función de las reuniones a las que debía acudir, problemas cuando iba de compras, etc. En estas visitas de control se trabajó principalmente el tema de las recaídas y posibles estrategias de abordaje (se entregaron hojas informativas).

Debido a que tenía compañeros de trabajo también participantes en el programa de deshabituación tabáquica que han conseguido dejar de fumar y se encuentran todos en una misma fase, las últimas visitas de seguimiento fueron grupales y se permitió que cada paciente explicara sus estrategias, sus dudas y sus problemas.

Seguimiento

El número total de visitas efectuadas fue de 8 en los 8 meses que duró el programa. Se mantuvo contacto telefónico a los 13 meses de estar abstinentes y comentó que tenía más deseos de fumar que al principio del programa, temía bajar la guardia y recaer, se volvió a recordar las estrategias para evitar las recaídas y se propuso mantener contacto siempre que fuera necesario.

Hubo pocas adherencias al tratamiento con TSN, ya que le sirvieron otros métodos, sobre todo hacer deporte y la toma de infusiones.

Durante todo el tiempo que duró el programa mantuvo una actitud muy positiva.

Hubo apoyo, que se valoró como muy positivo, con los otros compañeros de trabajo que también entraron en el programa y consiguieron dejar de fumar.

EL ALCALDE

José Luis Borrego Fernández
Farmacéutico titular de oficina de farmacia
Experto universitario, especialista en tabaquismo
Master en tabaquismo. Universidad de Cantabria

Descripción del caso

Varón de 48 años de edad, soltero. Fumador de 50 cigarrillos/día en ese momento. Consumía los cigarrillos hasta el filtro. Daba caladas intensas y profundas. Comenzó a fumar a los 18 años. Anteriormente no había tenido ningún intento previo para dejar de fumar. Acudió voluntariamente para prevenir patologías y ser consciente, como comunicó, de tener una dependencia. Su entorno y convivencia era con fumadores.

Su entorno familiar más cercano y el de amistades era algo escéptico con la decisión de dejar de fumar del paciente, ya que creían que no lo conseguiría.

No tuvo presiones de ningún tipo en su decisión de dejar de fumar.

Antecedentes orgánicos: obesidad mórbida, hipertensión tratada, glucosa alta tratada, hipercolesterolemia tratada, apnea importante. No tenía antecedentes psicopatológicos.

Se dedicaba a la política, era alcalde de municipio rural. La situación personal en ese momento era equilibrada y estaba bastante satisfecho. Su situación laboral la consideraba con nivel medio-alto de estrés.

El paciente estaba polimedicado por sus patologías. Tenía bastante adherencia a los tratamientos.

Era bebedor ocasional de alcohol, sobre todo los fines de semana. Bebedor habitual de cafés. Comunicó que comía mucho y con bastante ansiedad.

Entrevista

La actitud fue seria y decidida para intentar conseguir el objetivo de dejar de fumar. Cognitivamente estaba bien centrado en cuanto al tabaquismo se refiere. Acudió solo a

consulta y por iniciativa propia. Recibió información sobre las consecuencias de seguir consumiendo y sobre estrategias para mantenerse abstinentes. Se le informó de la disciplina que debía de mantener para conseguir el cambio de conducta necesario.

Su estado en ese momento era más bien optimista, positivo y dispuesto a utilizar estrategias. Persona con posibilidades de utilizar recursos.

Las expectativas eran mejorar considerablemente su estado de salud si dejaba de fumar.

Se percibió alto nivel de autoeficacia en el paciente. Se le hizo entrega de información escrita recordándole los pasos a seguir en momentos de dificultad. Se le informó en qué consistían los síntomas del síndrome de abstinencia de la nicotina para que los pudiera reconocer.

Se le habló de la recaída como un proceso no aislado, muy común sobre todo cuando no han existido intentos previos, y se le informó que podía surgir en cualquier momento sin que eso le tuviera que causar frustración. Se le hizo entender que todo era un proceso de aprendizaje, había aprendido a fumar y tenía que aprender a dejar de fumar.

Diagnóstico

Tabaquismo severo. Dependencia alta a la nicotina.

El paciente se encontraba en la fase de preparación para la acción, con poca ambivalencia y sin disonancias a reseñar.

T. Fagerström 9 puntos.

T. Glover-Nilsson 20 puntos.

T. Richmond 10 puntos.

T. Stai-R A/E 28 A/R 23.

Cooximetría 24 ppm.

Discusión

Paciente con una dependencia farmacológica a la nicotina alta. Muy motivado en su decisión de dejar de fumar.

Como se detectó una fase muy avanzada de motivación, se acordó comenzar el tratamiento cuanto antes.

Se le propuso un tratamiento farmacológico combinado inicial de parches de nicotina de 24 h de 21 mg y chicles de nicotina de 4 mg pautados, una pieza después de pasados

10 minutos de cada comida, una pieza a mediodía y otra a media tarde, no mezcladas ni con comida ni con bebida.

Se le adiestró en el manejo tanto del parche de nicotina como especialmente del chicle de nicotina de 4 mg. Se le hizo masticar una pieza delante del terapeuta para enseñarle bien su manejo.

En el caso de un *crawing* (que se le comentó en qué consistía), se le permitía masticar alguna pieza más de las pautadas.

La noche anterior al inicio del tratamiento, y sólo esa noche, se le recomendó ponerse un parche de nicotina de 21 mg con la finalidad de que a la mañana siguiente tuviera unos niveles de nicotemia suficientes para notar lo menos posible el síndrome abstinencial. Esa primera mañana nada más levantarse se le dijo que retirará ese parche nocturno y se pusiera otro inmediatamente, siguiendo ya todas las mañanas la pauta de al levantarse retirar uno y poner otro. Se le indicó claramente donde lo debía de poner y en que condiciones.

Según el Stai, su estado de ansiedad, así como el rasgo, lo tenía por encima del centil 50, por lo que se le recomendó valeriana para resolver episodios de ansiedad o insomnio leve.

Por otra parte, se le propuso un calendario de visitas pautadas de una vez por semana y la utilización del teléfono para resolver cualquier dificultad o si no pudiera acudir por cuestiones de trabajo a dichas visitas.

Se fue evaluando y adaptando las dosis de los parches y chicles y el número de piezas de este a medida que mejoraban los síntomas del síndrome de abstinencia durante el periodo de tratamiento.

Evolución

El paciente presentaba, aparte de sus patologías, un estado de ansiedad algo elevado, pero por otra parte, como hemos dicho anteriormente, tenía una alta motivación para llevar a cabo el esfuerzo y mejorar considerablemente su estado general de salud.

Su trabajo, bastante activo como político, le incrementaba frecuentemente el nivel de estrés, lo que le llevaba la mayoría de las veces cuando era fumador a coger un cigarrillo, y era lo que más temía. Se le indicó que con mantenerse alerta y reconocer con tiempo los momentos difíciles para adoptar medidas sencillas (masticar un chicle de nicotina de 4 mg, cambiar momentáneamente el lugar donde se encuentre, darse una ducha, usar técnicas sencillas de relajación, etc.) que le ayudaran a mantener la abstinencia sería muy beneficioso para superar esas crisis.

Aceptó totalmente el compromiso del tratamiento y las visitas.

Retiró ceniceros, mecheros y todo lo que podía asociar a tabaco de su despacho y casa.

No permitió que entrara la gente fumando a su despacho.

Se le recomendó en un primer momento procurar evitar alternar en la medida de lo posible con amigos fumadores y en establecimientos donde él habitualmente los asociaba con el tabaco.

Se le entregó un listado de actividades y entretenimientos que podía realizar para evitar el excesivo tiempo de ocio o aburrimiento.

Se le comentó que prestara atención al incremento de peso, que lo iba a tener, y que lo equilibrara suprimiendo el pan, los postres y andando media hora diaria.

Se le recomendó que sólo pensara en el día a día, que buscara objetivos cercanos y alcanzables, que pensara "un día más sin fumar" y como si fuera un exfumador.

Se le recomendó que realizara pequeños cambios en casa que le permitieran sin muchas molestias no asociar el lugar donde veía la televisión o donde habitualmente se sentaba a descansar con el tabaco, por ejemplo, trasladar la televisión a otra habitación o sentarse en otro sillón o silla distinta a la habitual.

También se le recomendó que procurara realizar una limpieza en el coche, e incluso en su despacho, y poner un ambientador fresco porque le serviría de ayuda en su abstinencia.

Durante el tratamiento el paciente incrementó el peso, aunque no le importó mucho. Comentó que trasladaba la ansiedad a la comida.

Aparte del chicle de nicotina, utilizaba chicle convencional a lo largo del día, pues comentó que le entretenía bastante y le era muy eficaz para ayudarlo en su abstinencia.

Percibió mejoría continua de su estado de salud general a medida que pasaba el tiempo de abstinencia.

La ansiedad, ganas de fumar y cansancio son los tres síntomas abstinentiales que más acusó.

Nunca había tenido sueños accidentales, que en ese momento refirió tener alguna vez.

Lo que más echó en falta era el cigarrillo entre plato y plato durante las comidas.

Ventilaba más y mejor a medida que transcurría el tiempo. Percibió sabores con más intensidad cada vez.

Comentó que al final del día algunos parches se le despegaban algo. Se repasó con él la técnica de cómo los pegaba, dónde los conservaba y los posibles motivos por los que se le podían despegar.

Posiblemente se debiera a una piel excesivamente grasa, por lo que se le recomendó que limpiara la zona donde se aplicaba el parche con un algodón impregnado en alcohol.

Seguimiento

Se realizaron 10 visitas de seguimiento. El paciente tuvo buena adherencia al tratamiento farmacológico. Mantuvo una actitud colaboradora y activa durante todo el tratamiento.

Se le enviaron mensajes al móvil para motivarle y se le realizó alguna llamada telefónica, sobre todo al comienzo del tratamiento.

En todas las visitas de seguimiento se le realizaba revisión de los síntomas de abstinencia y cooximetría.

No hubo implicación de otros profesionales durante el tratamiento.

No tuvo incidencias que merezca la pena reseñar a lo largo de su seguimiento, a no ser el incremento de peso que tuvo.

La duración del tratamiento fue de tres meses y medio.

Actualmente lleva abstinentes tres años.

MIEDO A ENGORDAR

José Luis Borrego Fernández
Farmacéutico titular de oficina de farmacia
Experto universitario, especialista en tabaquismo
Máster en tabaquismo. Universidad de Cantabria

Descripción

Paciente varón de 28 años, casado, sin hijos. Consumidor de 20 cigarrillos/día en ese momento. Consumía dos tercios del cigarrillo, nunca apuraba el consumo hasta el filtro. El primer cigarrillo lo consumió a los 15 años, aunque comenzó a fumar a diario a los 25 años. Realizó un intento previo para dejar de fumar sin utilizar tratamiento farmacológico alguno.

El tiempo máximo que se mantuvo abstinentes fueron 10 días. La recaída fue por problemas personales que no llegó a comentar.

Se le hizo ver que era importante que recordara y tuviera presente el motivo de la recaída y lo analizara para estar prevenido en este nuevo intento.

Como curiosidad, no se tragaba nunca el humo de ningún cigarrillo. No fue derivado a consulta por nadie. Él tomó personalmente la decisión de querer intentar de nuevo volver a dejar de fumar.

Su mujer era fumadora, su entorno de amigos eran fumadores y el trabajo lo desarrollaba en un ambiente contaminado de humo (cafetería).

No tuvo presión en su entorno, ni familiar ni de amistades, para dejar de fumar. Tanto su mujer como sus amigos le apoyaban en la decisión de dejar de fumar.

Pesó en su decisión mejorar su estado de salud y no estar sujeto a una adicción.

Antecedentes orgánicos: esofagitis no crónica y ligero sobrepeso.

No se apreciaron antecedentes psicopatológicos.

De profesión era propietario y realizaba también funciones de camarero en su cafetería donde tenía un amplio horario laboral.

No tenía, en ese momento, ni problemas laborales ni familiares.

Era bebedor de alcohol muy ocasional, a pesar de trabajar en la cafetería. Poco bebedor habitual de café, pero sí de bebidas con cola.

Entrevista

Mantuvo una actitud seria y responsable, pero con multitud de ambivalencias en su decisión de querer dejar de fumar.

Bastante desinformación y con muchos errores cognitivos en materia del tabaco. Acudió a la consulta solo y por iniciativa propia.

Su estado era algo derrotista y no precisamente estratega. Más bien conformista.

Las expectativas que tenía marcadas no eran de abstinencia de por vida, sino que le gustaría poder volver a fumar algún día algún cigarrillo.

Se le comentó que el realizar este esfuerzo suponía tener claro querer dejar de fumar de manera definitiva y para siempre, sobre todo para proteger su salud presente y futura, que era lo prioritario.

Tenía cierta preocupación por incrementar el peso al dejar de fumar. Se le indicó que no debía fijarse en el peso como tal, sino que lo importante era que su IMC le permitía estar dentro de unos márgenes en cuanto a peso y no debía de estar con preocupación excesiva.

También se apreció un bajo nivel de autoeficacia.

Diagnóstico

Tabaquismo leve. Muy poca dependencia a la nicotina.

Se apreció dependencia más psicológica y gestual que farmacológica.

Se encuentra en fase avanzada de contemplación.

T. Fagerström 2 puntos.

T. Richmond 9 puntos.

T. Glover-Nilsson 7 puntos.

Stai-R A/E 19 A/R 27.

Cooximetría 2 ppm.

Discusión

Se apreció un paciente con poca conducta adquirida y todavía aprendiendo a fumar sin tener claramente consolidada la dependencia. Posiblemente fuese un fumador consumidor de tabaco no dependiente.

La propuesta terapéutica fue apoyo conductual y chicles de nicotina de 2 mg (5-6 piezas al día) a demanda, según su necesidad.

Las visitas fueron pautadas una vez por semana para ir incrementando la motivación y ayudarle a mantener la abstinencia.

Visto el tipo de paciente, pensamos que a pesar de su esofagitis, la forma farmacéutica elegida (Chicle de nicotina de 2 mg) era la más recomendable para él durante el tiempo más corto posible.

Se le enseñó a masticar muy bien el chicle para disminuir al máximo los efectos adversos, así como para que fuese lo más eficaz posible.

Se le indicó que si apreciaba un empeoramiento en su esofagitis suprimiera el chicle.

Se mantuvieron con el paciente una serie de charlas para motivarle y encaminarle a que avanzara hacia la fase de preparación para la acción.

Se le ayudó a elegir el día de comienzo de su abstinencia, él colaboró y se fijó en un plazo de 10 días. Se le indicó que en esos días realizara un autoregistro de los cigarrillos que fumara, a qué hora y qué grado de necesidad tenía de fumarlos.

Se le aconsejó ir realizando una reducción del número de cigarrillos/día hasta el día del inicio de la abstinencia, retirándose los que fuesen menos necesarios para él.

Evolución

Paciente con dudas, muy ambivalente, miedo a dejarlo para siempre.

Preocupación excesiva por el posible incremento del peso. Todo muy predictivo de posible recaída.

Aceptó el tratamiento y prestó atención a toda la información sobre el tabaco y sus consecuencias.

Realizó una pequeña reducción del número de cigarrillos previa al comienzo del tratamiento.

De las estrategias comunicadas por el terapeuta, utilizó la sustitución de café por infusiones y sustitución de las bebidas con alcohol o colas, por zumos y agua.

Utilizó chupa-chups para tener algo en la boca como estrategia.

El incremento de peso a lo largo del tratamiento fue motivo de lucha para evitar la recaída. La fase inicial de duelo también fue momento de dificultad y alerta.

De su propia iniciativa partió realizar algo de ejercicio todos los días.

Como curiosidad, nunca había inhalado el humo, sólo daba bocanadas y lo echaba.

Se fue encontrando cada vez mejor y su ambivalencia le fue disminuyendo considerablemente.

Siguió con dudas de si lo podría conseguir de por vida durante gran parte del seguimiento.

No tuvo efectos secundarios en todo el tratamiento farmacológico.

Seguimiento

El paciente realizó 9 visitas de seguimiento. En todas las visitas se realizaba revisión de síntomas de abstinencia y cooximetría.

Tuvo buena adherencia al tratamiento. El síndrome de abstinencia fue prácticamente irrelevante sin tener ningún síntoma a reseñar.

Su actitud fue más colaboradora al principio que en la fase final del tratamiento, en la que tal vez se confió en exceso.

No hubo implicación de otros profesionales en el tratamiento de deshabitación.

La duración del tratamiento fue de cuatro meses.

Estuvo abstinentes durante 7 meses y posteriormente tuvo la recaída.

Tuvo una cierta frustración, pero se le animó a que realizara un nuevo intento cuanto antes mejor, ya que tal vez le sería más fácil.

Aprendió ciertas técnicas de relajación.

El motivo principal de su recaída fue el lugar de trabajo, y sobre todo ver fumar a su mujer.

El paciente en la actualidad sigue teniendo intención de volver a intentarlo, aunque de momento prefiere esperar a más adelante.

TREINTA Y TANTOS

Manel Cervera del Pino
Neumólogo
Hospital de Santa Maria de Lleida

Descripción

Se trata de una mujer de treinta y cuatro años de edad fumadora de 20 cigarrillos/día desde los veinte años.

No ha mantenido previamente ningún tratamiento previo deshabitador de tabaquismo, siendo los periodos de abstinencia de hábito de fumar durante tres meses como máximo.

Acude a consulta médica por presentar una bronquitis aguda durante el invierno a propósito de una miniepidemia familiar, su pareja también está acatarrada y es fumador activo de un paquete y medio al día.

Su profesión es peluquera y debe decidir si autoriza o no a fumar en su trabajo, optando por permitir fumar en su local. Además, tiene un estado de ánimo bajo, puesto que el negocio hace varios meses que ofrece pérdidas económicas, por ello, ha decidido traspasarlo sin resultado favorable.

Lo expuesto, unido a varios cambios en su estabilidad de pareja, le provoca una ansiedad generalizada que condiciona el consumo de cigarrillos en una cifra aproximada de 20 cigarrillos/día.

Con motivo de la infección respiratoria, se recomienda seriamente dejar de fumar y, además, iniciar tratamiento antibiótico durante una semana.

Entrevista

Mantiene una actitud seria y colaboradora durante la entrevista, a la que acude sola, y desde la propia consulta de medicina familiar se la instruye y convence con los argumentos adecuados para obtener la abstinencia tabáquica.

Ofrece un compromiso evidente con actitud luchadora a pesar de las dificultades personales y económicas antes mencionadas, con la expectativa de mejorar su salud y aplicando la controvertida ley de espacios sin humo con perjuicio propio.

Diagnóstico

Así pues, estamos ante una fumadora en fase de preparación con un Fagerstrom de cinco puntos y un Richmond de siete. Con espirometría en límite de normalidad y cooximetría de 15 ppm.

Discusión

La propuesta terapéutica es la administración de parches de nicotina de 14 mg durante tres semanas para continuar con parches de 7 mg durante dos semanas más y luego una semana más un parche de nicotina a días alternos y cambio de hábito, convertir la peluquería en un espacio sin humo, etc.

Evolución

Las dificultades que aparecen al principio es un aumento de la ansiedad, que se trata con un ansiolítico a demanda del estado de ánimo. Control del deseo de comer y mantener un buen talante en su trabajo que no le impida relacionarse cordialmente con su clientela.

Todo ello, a cambio de la desaparición de la tos, mejora de su capacidad respiratoria y mejora de su calidad de vida.

Como efecto secundario, aparece un aumento de cuatro kilos de peso.

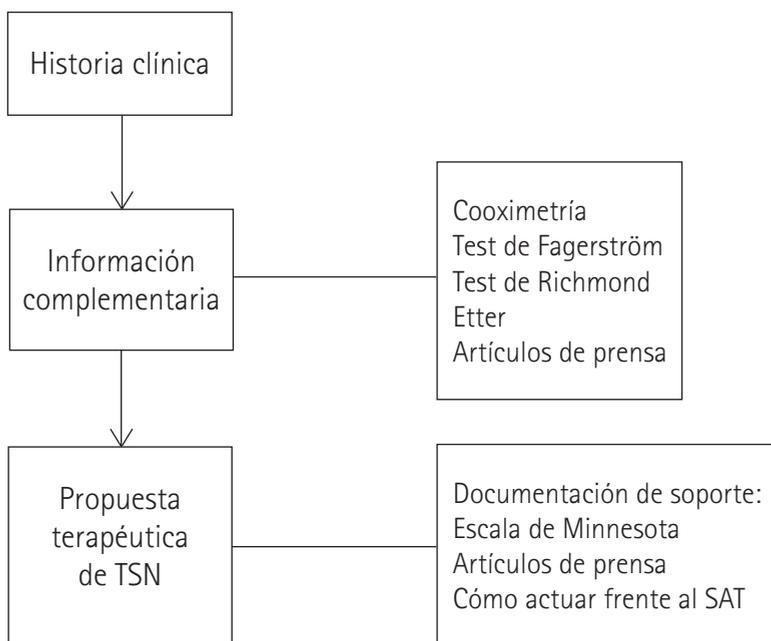
Seguimiento

El control evolutivo se ha realizado con cuatro visitas, siendo la primera de unos diez minutos de duración y las posteriores más breves (unos cinco minutos aproximadamente), con la cadencia de siete días la primera vez y posteriormente a los quince y treinta días finalmente.

La adherencia al tratamiento ha sido completa durante seis semanas, manteniendo la abstinencia en la actualidad y modificando la categoría del establecimiento que se ha convertido en un local libre de humos.

MATERIAL DE SOPORTE

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN LA TERAPIA SUBSTITUTIVA DE LA NICOTINA



Tipos	Chicle	Comprimido	Parche
Forma de uso	Masticar ▼ Liberación ▼ Absorción ▼ ↑ Nicotinemia	Chupar ▼ Liberación ▼ Absorción ▼ ↑ Nicotinemia	El parche deberá ser colocado sobre la piel todos los días al levantarse y deberá retirarse al día siguiente (24 horas) o ese día al acostarse (16 horas) para evitar el síndrome de abstinencia matutino.
Indicación específica	<ul style="list-style-type: none"> • Insistir en uso correcto • Aconsejar uso regular • Combate bien el "craving" 	<ul style="list-style-type: none"> • Insistir en uso correcto • Aconsejar uso regular • Combate bien el "craving" 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicado en fumadores con moderada dependencia. • Ideal en atención primaria y farmacias.
Efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> • Molestias en los dientes • Molestias en la faringe • Hipoardor • Náuseas • Dolor articulación temporal mandibular 	<ul style="list-style-type: none"> • Mareos • Dolores de cabeza • Insomnio • Palpitaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Picor • Eritema • Eczema • Mialgias • Mareos • Náuseas • Cefaleas • Dispepsia
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas dentarios • Trastornos articulación temporomandibular • Inflamación orofaríngea 	<ul style="list-style-type: none"> • No descritos 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades dermatológicas generalizadas

Precauciones: infarto de miocardio reciente. Arritmias cardíacas severas. Angina inestable. En el embarazo y la lactancia se evaluará beneficio según cada caso.

Esquema adaptado de:

JIMÉNEZ RUIZ, C.A. *Rev. Clín Esp.* 1998.

JIMÉNEZ RUIZ, C.A. et al. *Tabaquismo. Manual SEPAR*, 1995.

TEST DE FAGERSTRÖM

1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?

- Hasta 5 minutos 3
- De 6 a 30 minutos 2
- De 31 a 60 minutos 1
- Más de 60 minutos 0

2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca...)?

- Sí 1
- No 0

3. ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?

- El primero de la mañana 1
- Cualquier otro 0

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

- Menos de 10 0
- Entre 11 y 20 1
- Entre 21 y 30 2
- Más de 30 3

5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?

- Sí 1
- No 0

6. ¿Fuma aunque esté enfermo y tenga que guardar cama la mayor parte del día?

- Sí 1
- No 0

Descripción del Test de Fagerström

La finalidad de este test es disponer de un instrumento para evaluar la dependencia del fumador a la nicotina. Su administración puede ser autoevaluación o dirigida por el profesional. El resultado de este test nos aproximará al nivel de dependencia que padece el fumador.

Las puntuaciones pueden variar desde un mínimo de 0 a 10 puntos

De 0 a 1 punto	Dependencia muy baja
De 2 a 3 puntos	Dependencia baja
De 4 a 5 puntos	Dependencia moderada
De 6 a 7 puntos	Dependencia alta
De 8 a 10 puntos	Dependencia muy alta

TEST DE RICHMOND

1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?

- Sí 1
- No 0

2. ¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?

- Desde 0 "en absoluto"
- Hasta 3 "muy seriamente"

3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?

- Desde 0 "definitivamente no"
- Hasta 3 "definitivamente sí"

4. ¿Cuál es la posibilidad de que usted dentro de los próximos 6 meses sea un no fumador?

- Desde 0 "definitivamente no"
- Hasta 3 "definitivamente sí"

Descripción del Test de Richmond

El objetivo del Test de Richmond es aportar el nivel de motivación del fumador para pasar a la fase de dejar de fumar. La administración puede ser autoevaluación o dirigida por el profesional.

Las puntuaciones pueden variar desde un mínimo de 0 a 8 puntos.

Menos de 5 puntos Poca motivación

De 6 a 8 puntos Motivación media

Más de 8 puntos Buena motivación

TEST DE ETTER

COMPRUEBE SU ADICCIÓN AL TABACO

* Es importante que responda a todas las preguntas

		Puntos	
Por favor, valore su adicción a los cigarrillos en una escala de 0 a 100 <i>0 = no soy adicto a los cigarrillos en absoluto</i> <i>100 = soy extremadamente adicto a los cigarrillos</i>	0-20	1	→
	21-40	2	
	41-60	3	
	61-80	4	
	81-100	5	
¿Cuántos cigarrillos, como término medio, fuma usted diariamente?	0-5 cig./día	1	→
	6-10	2	
	11-20	3	
	21-29	4	
	> 30	5	
Normalmente, ¿cuánto tiempo después de levantarse fuma su primer cigarrillo?	0-5 min.	5	→
	6-15	4	
	16-30	3	
	31-60	2	
	> 61	1	
Para usted, dejar de fumar sería	Imposible	5	→
	Muy difícil	4	
	Difícil	3	
	Fácil	2	
	Muy fácil	1	
Por favor, indique si está de acuerdo o no con las siguientes afirmaciones:			
Después de unas horas sin fumar siento un deseo irresistible de fumar	Totalmente en desacuerdo	1	→
	En desacuerdo	2	
	Ni acuerdo ni desacuerdo	3	
	De acuerdo	4	
	Completamente de acuerdo	5	

La sola idea de no tener tabaco me causa nerviosismo	Totalmente en desacuerdo	1
	En desacuerdo	2
	Ni acuerdo ni desacuerdo	3
	De acuerdo	4
	Completamente de acuerdo	5

Antes de salir, siempre me aseguro de llevar tabaco encima	Totalmente en desacuerdo	1
	En desacuerdo	2
	Ni acuerdo ni desacuerdo	3
	De acuerdo	4
	Completamente de acuerdo	5

Soy prisionero de los cigarrillos	Totalmente en desacuerdo	1
	En desacuerdo	2
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	3
	De acuerdo	4
	Completamente de acuerdo	5

Fumo demasiado	Totalmente en desacuerdo	1
	En desacuerdo	2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3
	De acuerdo	4
	Completamente de acuerdo	5

A veces lo dejo todo para ir a comprar cigarrillos	Totalmente en desacuerdo	1
	En desacuerdo	2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3
	De acuerdo	4
	Completamente de acuerdo	5

Fumo en todo momento	Totalmente en desacuerdo	1
	En desacuerdo	2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3
	De acuerdo	4
	Completamente de acuerdo	5

Fumo a pesar de los riesgos que comporta para mi salud	Totalmente en desacuerdo	1
	En desacuerdo	2
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	3
	De acuerdo	4
	Completamente de acuerdo	5

Puntuación total de las 12 preguntas

Interpretación de los resultados

Hasta 24 puntos → Dependencia moderada

Entre 25 y 44 puntos → Dependencia media

Más de 45 puntos → Dependencia fuerte

Fuente: ETTER, J. F.; LE HOUZEC, J.; PERNEGER, T. (2003): "A self administrated questionnaire to measure dependence on cigarettes: the Cigarette Dependence Scale", *Neuropsychopharmacology*, 28:359-70.

Avec le soutien de la Direction Générale de la Santé, DASS, Canton de Genève.

ARTÍCULO DE PRENSA: TERCENCI MOIX

YO FUI ESCLAVO DEL TABACO

Terenci Moix

El escritor Terenci Moix ya no es uno de los 12 millones de españoles fumadores. Se bajó del tren hace exactamente 87 días, después de 40 años ininterrumpidos fumando tres cajetillas diarias de tabaco negro. Antes había hecho varios intentos frustrados por dejar este hábito, que en los últimos meses le ha llevado varias veces al hospital. Hoy, ni él mismo da crédito a su bienestar. Las casetas de la Feria del Libro de Madrid en las que ha firmado ejemplares se han convertido estos días en consultorios para dejar el vicio. Moix cuenta hoy su experiencia en El País.

Al doctor Juan Ruiz Manzano

Gracias

He estado a punto de morir con la gentil colaboración de Tabacalera Española. Puedo hacer esta afirmación con absoluta certeza, porque he sido fiel a los productos nacionales desde 1957. El consumo salvaje de las marcas Celtas y Ducados me permite afirmar que los asesinos hablan mi idioma. Tampoco hay duda respecto al color negro, negrísimo, color culpa. Cuando he residido en el extranjero han sido Ginebra y Gauloises con la aportación decididamente cutre de los Nazionali cuando viví en Roma. Y todos en cantidades tan ingentes que justifican el título de este artículo, al estilo de "Yo fui una madre soltera" o "Yo fui Frankenstein adolescente". O, siguiendo con el cine: "Me llamo Lillian Roth y soy una alcohólica." Así pues, confesión pura y dura.

Descartando los factores obvios sobre los que inciden razonablemente todos los escritos contra el tabaco, si quisiera esgrimir mis derechos al récord de tabaquismo, y puesto que me había sido diagnosticado un enfisema pulmonar en grado avanzado, mis aspiraciones al Guinness de la estupidez. Cuando para suerte mía fui a caer en manos de la doctora Dolores Sorribes, con su excelente sistema Fumafin para dejar de fumar, contabilizamos el alcance de mi suicidio con las siguientes cifras: unos 70 cigarrillos diarios, durante doce meses, daban aproximadamente más de veinticinco mil cigarrillos al año. Esto en 1999. Calculen cuarenta años fumando y salen más de diez millones de cigarrillos.

Estamos hablando, naturalmente, de una compulsión, pero en lenguaje llano puede llamarse obsesión, delirio y hasta locura. Sólo con epítetos un tanto desorbitados pueden

calificarse los alucinantes momentos en los que intenté desengancharme. Y esto en una época en la que el enfisema ya había convertido mi caso en cuestión de vida o muerte. Vértigos, estados de histeria, alucinaciones y agresividad eran algunos peldaños que me hacían subir directamente a la desesperación. Tales reacciones me hacían ver que casi cuarenta años de tabaquismo habían hecho su efecto. No era una constatación demasiado útil. El reconocimiento de un fallo y su enmienda no siempre van juntos, sobre todo cuando la afición es tan traidora como para aportar a cada causa su justificación; sus coartadas a menudo múltiples. La primera de ellas: "Si no dejo el tabaco es porque no quiero. Y, después de todo, hay siempre tiempo para hacerlo."

Pero el tiempo transcurre, las facultades menguan, la basura va invadiendo los pulmones, al final los devora y la dependencia crece hasta convertirse en una esclavitud. Lo más lógico es reconocer de una vez que me he convertido en una piltrafa, pero los Ducados pueden más. Pertenezco a la raza de fumadores que quieren dejarlo... sin quererlo dejar.

Con mi enfisema debidamente diagnosticado continué consumiendo el veneno y reduciendo mi calidad de vida al mínimo, por no decir a la nada absoluta. Nunca faltaron excusas. ¿Cómo iba a escribir una sola página sin mis aliados, los cigarrillos? Pero los Ducados no me han convertido en Joyce. ¿Cómo hacer el amor sin aspirar, después, una calada, como hacían las heroínas de la *nouvelle vague*? Pero no se me presentó la oportunidad, porque gracias al tabaquismo entré directamente en la impotencia sexual con el consiguiente deterioro de mis relaciones de pareja. Pero seguí prefiriendo los Ducados a un acto de amor; y al cabo los preferí a la posibilidad de caminar. Tanto es así que el pasado año tuvo que llevarme un coche desde el Hotel Ritz hasta el Museo Thyssen, donde daba una conferencia. No podía cruzar el paseo del Prado, pero de mis tres paquetes de Ducados no me apeaba ni el dios Neptuno, testigo de aquel dislate.

En tales circunstancias, no podía recurrir a las frases estilo "virgencita mía, ¡qué cruz me has mandado!" Y no podía porque la cruz me la busqué yo, aunque no sin ayuda. A los dieciséis años recurrí al cigarrillo como tantos otros: no para hacerme el macho —comprenderán que esto siempre me importó un pito—, sino como forma de distinción social, aprendida en la moda y, desde luego, en los dioses del cine; pero las tabacaleras todavía no me alertaban con esta astuta advertencia que adornaría las cajetillas muchos años después, cuando ya era demasiado tarde: "El tabaco perjudica seriamente la salud." Santo aviso, pero ambiguo. El tabaco entraría a formar parte de las múltiples cosas que pueden dañar la salud en mayor o menor grado, pero nunca, en anuncios o cajetillas, he leído que los cigarrillos CREAN ADICCIÓN. Y es aquí donde los fumadores perjudicados estamos en el derecho de exigir responsabilidad y de acusar a las tabacaleras de criminales.

Porque no es cierto, como han escrito recientemente algunos compañeros, que el fumador puede dejarlo de la noche a la mañana, no es cierto que se trate de un simple problema de albedrío. La adicción es la trampa mortal. Y lo es en un grado que no he conocido en cosa alguna. Como mucha gente de mi generación —los *blessed sixties*—, yo fumé hierba en cantidades adecuadas, le di a los hongos, al peyote y un poquito al LSD.

En resumen, cosas ideales para escuchar a Ravi Shankar y comer membrillo. ¿Por qué olvidé la hierba y todo lo demás —Ravi Shankar incluido— y, en cambio, los Ducados han permanecido a mi lado, año tras año, día tras día, minuto tras minuto? ¿De qué poderosa materia estaban hechos estos diablillos como para irme convenciendo de que eran amiguets, cuando de hecho eran mojones en mi camino hacia el desastre?

Son más poderosos que cualquier droga, pues mientras me convertían en adicto, en obseso, en esclavo, me hacían creer que me estaban ayudando. Pero, ¿a qué? Los problemas, cualesquiera que fuesen, seguían existiendo aunque los disfrazase tras una cortina de humo. Más aún, generaban un nuevo problema, que no era sino el reconocimiento de mi irresponsabilidad. Si no fumaba caía en la desesperación, si fumaba caía y me desesperaba por ceder. Y a fe que intenté dejarlo por todos los medios aconsejados: libros de ayuda, acupuntura, ondas electromagnéticas, parches de nicotina, pastillas, boquillas... Sólo que faltaba lo más importante: la decisión verdadera, asumida, de querer dejarlo realmente. Los cojones que Tabacalera me había arrebatado.

Mientras, el enfisema seguía su curso. Y el tabaco también. Una pintoresca pulmonía doble vino a completar el cuadro. Y a mayor peligro, más tabaco.

Enlazo con el principio: he visto a la muerte cara a cara. No era como la de Ingmar Bergman, negra, ni como la de Woody Allen, blanca. Era azul, como un paquete de Ducados, y cada vez que en la clínica me agujereaban venas y arterias para introducirme sueros o sondas, o yo qué coño sé, imaginaba que me estaban incrustando cigarrillos. Después de todo es lo que había estado haciendo yo mismo durante 40 años. En esta excursión a las fronteras del más allá descubrí el único final de la abominación, que no es otro que romper con ella a rajatabla. Con ayudas pertinentes, llámese parches, pastillas, comidas —nunca saboreadas antes—, horas de sueño, lo que sea, pero siempre como elección inevitable.

Hace ya tres meses de esta decisión y la esclavitud al cigarrillo se me aparece como algo lejano, como un engaño destinado a anularme. Y lo que más me maravilla es la rapidez de esta recuperación, la ausencia de sufrimiento —temor tan importante para quienes quieren dejarlo—, la fácil eliminación de la nicotina —otros temores más extendidos— y, sobre todo, la insólita sensación de serenidad derivada de una autoestima que se va acrecentando a medida que pasan los días. ¡Esas sobremesas sin cigarrillos, cuando siempre pensé que serían el momento más delicado! Y esos mil actos que no podía efectuar sin ir fumando y que ahora cumplo tranquilamente. Sin añoranzas, sin recuerdos. No digamos ya percatarme, en esos 90 días, de que mi cuerpo ha dejado de consumir más de mil cigarrillos. También el lujo de permitir que los demás fumen a mi lado, sin inmutarme, porque entre las cosas que no pienso hacer es convertirme en flagelo de fumadores, o sea, dictador de la salud ajena.

Me siento muy orgulloso de mí mismo, pero al mismo tiempo me tengo por estúpido por no haberlo dejado antes. Y es que el deterioro ha sido inexorable. Por más que haga a partir de ahora, seguiré viviendo con mis facultades considerablemente disminuidas. Ninguna reforma conseguirá devolverme el trozo de pulmón que me falta, por no ha-

blar de deficiencias cardiovasculares, sexuales y algunas bendiciones más. Mi falta de voluntad me ha convertido en medio hombre. Y todo gracias a Tabacalera Española, que me presentó a mis asesinos cuando tenía la tierna edad de dieciséis años y no estaba en condiciones de reconocer los variopintos disfraces de la muerte.

El País (domingo 4 de junio de 2000)

ESCALA DE MINNESOTA

	No 0	Leve 1	Moderado 2	Intenso 3
Ganas de fumar				
Irritabilidad				
Ansiedad				
Dificultad de concentración				
Cansancio				
Dolor de cabeza				
Estreñimiento				
Más hambre				
Depresión				
Insomnio				
Somnolencia				

Observaciones

Nombre del paciente:

Fecha:

Descripción de la escala de Minnesota

La escala de Minnesota nos aporta la posibilidad de conocer la modificación de la sintomatología específica de desabituación tabáquica a lo largo de todo el tratamiento. Se aconseja que su administración sea en cada sesión de seguimiento y puede ser autoevaluada.

CÓMO SUPERAR LOS PRIMEROS DÍAS SIN FUMAR

Aproveche el momento para cambiar su alimentación

- Procure tomar comidas sencillas, evite los fritos, las salsas picantes y los alimentos muy salados en la medida de lo posible.
- No beba café ni alcohol.
- Intente tener siempre a mano algo para picar o mascar (fruta fresca, zanahoria, chicle sin azúcar, etc.).
- Escoja sus alimentos intentando evitar aquellos que estimulen sus ganas de fumar.

Es el momento para romper con los viejos hábitos

- Por la mañana acabe sus duchas con agua fría.
- Después de comer intente salir a pasear.
- No coja el coche si puede ir andando.
- Practique deporte con regularidad.
- Tenga sus manos ocupadas la mayor parte del tiempo (haga bricolaje u otras manualidades).
- Llene su tiempo de ocio con actividades relajantes.

Si aún así sigue teniendo ganas de fumar...

- Relájese. Hacer ejercicios de respiración le ayudará a superar estos momentos críticos.
- Si puede, tome una ducha relajante.
- Haga un repaso mental de los motivos que le llevaron a dejar de fumar.

- Piense en los beneficios que ha notado después de dejarlo.
- Siga una terapia de deshabituación tabáquica bajo la supervisión y prescripción de su médico.
- Tómese un producto recomendado como terapia sustitutiva de nicotina (chicles, comprimido...).

CÓMO ACTUAR FRENTE AL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE LA NICOTINA

Si siente ganas de fumar...

- Respire profundamente y practique alguna técnica de relajación.
- Beba agua o zumo de frutas.
- Mastique chicles sin azúcar o coma alimentos bajos en calorías.
- Repítase que este deseo será cada vez menos intenso y frecuente.
- Tómese un producto recomendado como terapia sustitutiva de nicotina (chicles, comprimido).

Si está nervioso...

- Camine.
- Tómese un baño.
- Practique alguna técnica de relajación.
- Evite el café y las bebidas con cafeína.

Si nota cansancio...

- Aumente las horas de sueño y descanso.

Si aumenta de peso...

- Haga ejercicio.
- Reduzca el aporte calórico sin recurrir a una dieta drástica.

Si tiene más hambre de lo habitual...

- Beba mucha agua o zumos que no engorden.
- Vigile la ingesta de azúcar refinado y de alimentos ricos en calorías.

Si padece insomnio...

- Evite el café y las bebidas con cafeína.
- Tome infusiones.
- Haga ejercicio.
- Practique alguna técnica de relajación.

Si sufre estreñimiento...

- Siga una dieta rica en fibra.
- Beba mucho agua.

FASES DE ABANDONO DE CONSUMO DE TABACO

La gran mayoría de fumadores dejan de serlo después de atravesar un proceso en el que se han descrito varias fases. Los fumadores en fase de precontemplación son aquellos que no quieren dejar de fumar, en tanto que los que están en fase de contemplación ya lo han intentado en alguna ocasión pero han fracasado y ahora piensan en dejarlo pero no se atreven a fijar fecha. Por el contrario, los fumadores en preparación están dispuestos a hacer un serio intento de abandono en menos de 15 ó 30 días. Los que están en fase de acción son los exfumadores de menos de 6 meses que todavía tienen muchas posibilidades de recaída. Cuando superan este tiempo sin fumar, entran en una fase de mantenimiento.

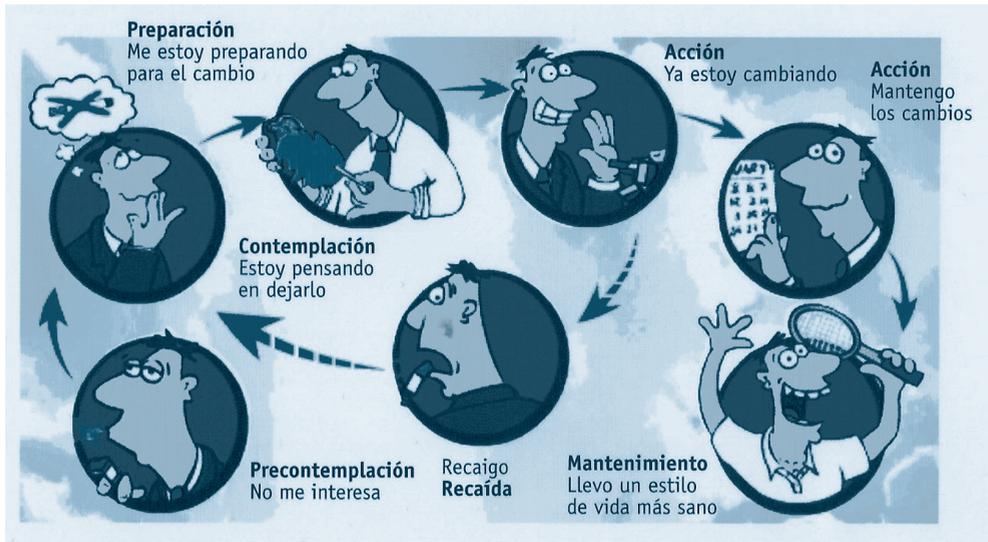
PROCHAZCKA et al. *J. Consult. Clin. Psychology*, 1983

En fase de precontemplación se encuentran aproximadamente el 30%-50% de todos los fumadores. La principal característica de los sujetos en esta fase es que quieren dejar de fumar y ni tan siquiera se lo plantean. Son individuos en los que los pros por continuar fumando superan claramente a los contras.

En fase de contemplación se encuentran entre el 60%-70% del total de fumadores. Son sujetos que han intentado en otras ocasiones dejar de fumar pero que no lo han conseguido de manera definitiva y que en cada intento han sufrido un cúmulo de dificultades psíquicas y físicas. Se muestran desesperanzados y frustrados ante la idea de realizar un nuevo intento de abandono, aunque se lo plantean como una posibilidad en los próximos seis meses.

En fase de preparación se encuentra entre el 5% y 10% del total de fumadores. Son sujetos que están dispuestos a hacer un serio intento de abandono. Son capaces de elegir un día para dejar de fumar en el transcurso del próximo mes.

Cuando un fumador está haciendo un intento de abandono y lleva sin fumar menos de seis meses, decimos que está en fase de acción. Es esta una fase en la que las posibilidades de recaída todavía son frecuentes. Cuando se sobrepasa el umbral de los 6 meses, las posibilidades de recaída disminuyen drásticamente y decimos que el exfumador está en fase de mantenimiento.



TABACO Y CINE

“Un mes de abstinencia”

Título original: *Cold Turkey*

Año: 1970

Duración: 98 min.

Nacionalidad: EE.UU.

Género: comedia

Dirección: Norman Lear

Reparto

Bob Newhart

Tom Poston

Graham Jarvis

Barnard Hughes

Jean Stapleton

Pippa Scott

Vincent Gardenia

Dick Van Dyke

Edward Everett Horton

Montaje: Charles F. Wheeler

Guión

William Price Fox Jr.

Norman Lear

Música: Randy Newman

Sinopsis

Un experto en relaciones públicas convence al propietario de una empresa tabacalera para patrocinar un concurso, en el que se ofrecen 25 millones de dólares a cualquier pueblo de EE.UU. que consiga que sus habitantes dejen de fumar durante 30 días.

"Gracias por fumar"

Título original: *Thank You for Smoking*

Año: 2005

Duración: 92 min.

Nacionalidad: EE.UU.

Género: drama / comedia

Reparto

Maria Bello

Cameron Bright

Adam Brody

Aaron Eckhart

Sam Elliott

Katie Holmes

David Koechne

Rob Lowe

William H. Macy

J. K. Simmons

Robert Duvall

Montaje: Dana E. Glauberman

Dirección: Jason Reitman

Fotografía: James Whitaker

Guión: Jason Reitman

Basado en guión de: Christopher Buckley

Música: Rolfe Kent

Sinopsis

Nick Naylor es el portavoz jefe de las grandes tabaqueras, se gana la vida defendiendo los derechos de los fumadores y los fabricantes de tabaco en la cultura neopuritana tan en boga hoy en día. Enfrentándose a los fanáticos de la salud que desean prohibir el tabaco y a un oportunista senador que pretende poner etiquetas con la palabra veneno en las cajetillas de cigarrillos, Nick emprende una ofensiva de relaciones públicas, refutando los peligros de los cigarrillos en programas de televisión y contratando a un agente en Hollywood para que promueva el hábito de fumar en las películas.

La nueva notoriedad de Nick llama la atención tanto del mandamás de la industria tabaquera como de una reportera de investigación de un influyente diario. Nick dice que sólo está haciendo lo que debe para pagar la hipoteca, pero el creciente análisis de su hijo y una amenaza de muerte muy real podrían obligarle a ver las cosas de forma diferente.

"Los ojos del gato"

Título original: *Cat's Eye*

Año: 1985

Duración: 94 min.

Nacionalidad: EE.UU.

Género: comedia / terror / thriller

Director: Lewis Teague

Reparto

Drew Barrymore

James Woods

Alan King

Kenneth McMillan

Robert Hays

Candy Clark

James Naughton

Tony Munafo

Court Miller

Russell Horton

Patricia Benson

Mary D'Arcy

James Rebhorn

Jack Dillon

Susan Hawes

Productor

Dino De Laurentiis

Martha Schumacher

Guión: Stephen King

Fotografía: Jack Cardiff

Música: Alan Silvestri

Sinopsis

Tres historias diferentes entrelazadas por un gato: la primera relata la historia de un hombre que intenta dejar de fumar, la segunda va de una apuesta casi mortal y la última trata de que el único que puede salvar la vida de una niña de un duende diabólico es el mismo gato.

"Smoke"

Título original: *Smoke*

Año: 1995

Duración: 108 min.

Nacionalidad: EE.UU / Alemania

Género: drama

Director: Wayne Wang

Reparto

Giancarlo Esposito

José Zúñiga

Steve Gevedon

Harvey Keitel

Jared Harris

William Hurt

Daniel Auster

Harold Perrineau Jr.

Deirdre O'Connell

Victor Argo

Michelle Hurst

Forest Whitaker

Stockard Channing

Vincenzo Amelia

Erica Gimpel

Productor

Kenzo Hirikoshi

Greg Johnson

Hisami Kuroiwa

Peter Newman

Guión: Paul Auster

Fotografía: Adam Holender

Música

Rachel Portman

Tom Waits

Sinopsis

La vida pasa en un estanco de Brooklyn. El encargado de la tienda hace fotografías todos los días a la misma hora. Un novelista incapaz de continuar escribiendo tras haber sido asesinada su esposa. Un adolescente que cambia de identidad para cada persona que conoce. Un hombre que huye de su pasado. Una mujer que aparece después de muchos años para anunciar a su exnovio que tiene una hija suya con problemas. La casualidad hace que sus caminos se crucen y terminen cambiando las vidas de otros.

"Un par de colegas"

Título original: *The Boys*

Año: 1990

Duración: 93 min.

Nacionalidad: EE.UU.

Género: Drama

Director: Glenn Jordan

Reparto

James Woods

John Lithgow

Joanna Gleason

Eve Gordon

Alan Rosenberg

Rosemary Dunsmore

Albert Hall

Rosanna Huffman

Natalia Nogulich

John Vickery

Ebbe Roe Smith

George Wallace

Jesse Bradford

Alma Martínez

Carey Eidel

Productor: Glenn Jordan

Guión: William Link

Fotografía: Steve Yaconelli

Música: David Shire

Sinopsis

Walter y Artie comparten una vida cuando Walter es diagnosticado de cáncer de pulmón, a pesar de su saludable estilo de vida, y éste deberá luchar contra el cáncer y la adicción de su compañero, un fumador empedernido.

"El dilema"

Título original: *The Insider*

Género: thriller / drama

Nacionalidad: EE.UU.

Director: Michael Mann

Actores

Al Pacino

Russell Crowe

Christopher Plummer

Diane Venora

Philip Baker Hall

Lindsay Crouse

Debi Mazar

Stephen Tobolowsky

Colm Feore

Bruce McGill

Gina Gershon

Michael Gambon

Rip Torn

Lynne Thigpen

Hallie Kate Eisenberg

Productor

Pieter Jan Brugge

Michael Mann

Guión

Marie Brenner

Eric Roth

Fotografía: Dante Spinotti

Música

Pieter Bourke

Lisa Gerrard

Graeme Revell

Calificación moral: No recomendada a menores de 13 años

Duración: 151 minutos

Sinopsis

Una tabaquera despierta a Jeffrey Wigand, un ejecutivo que, aunque ha trabajado varios años en la empresa, no está de acuerdo con los métodos que practica. Jeffrey se pone en contacto con Lowell Bergman, productor del prestigioso informativo de la CBS 60 minutos y le dice que tiene pruebas de que las compañías tabaqueras utilizan en la fabricación de cigarrillos ciertos aditivos que incrementan la adicción al tabaco y que uno de ellos es cancerígeno.

"Smoking Room"

Dirección

Roger Gual

Julio D. Wallovits

Duración: 117 min.

Género: drama

País: España

Idioma: español

Certificación: Argentina: 13 / España: 13

Año: 2002

Créditos cast.:

Eduard Fernández

Juan Diego

Chete Lera

Ramírez

Sotomayor

Puig

Antonio Dechent

Francesc Garrido

Vicky Peña

Ulises Dumont

Manuel Morón

Francesc Orella

Enrique

Fernández

Marta

Armero

Rubio

Martínez

Actores por orden alfabético

Alex Brendemühl

Jordi Dauder

Mario Gas

Miguel Ángel González

Juan Lorient

Pep Molina

Chico hotel

Señor gay 1

(escenas eliminadas)

El mensajero

Coral

Gómez

Sinopsis

La sucursal española de una empresa americana se ve obligada a poner en vigencia la prohibición de fumar dentro de sus oficinas. A partir de ahora, quienes quieran fumar en horario laboral deberán hacerlo en la calle. Ramírez, uno de los empleados de esta pequeña oficina formada principalmente por hombres, decide empezar a reunir firmas contra lo que considera injusto. Lo que pretende Ramírez es que se utilice un despacho desocupado como sala de fumadores, o Smoking Room, que dicen los americanos. Aparentemente todos están de acuerdo y le van a apoyar. Sin embargo, a la hora de la verdad los compañeros pondrán una serie de excusas para evitar formar parte de esta lista; en cambio, ninguno tendrá problema en inscribirse en otra, la de los que formarán un equipo para jugar un partido de fútbol contra los empleados de otra oficina.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAMS, David B.; NIAURA, Raymond; BROWN, Richard A.; EMMONS, Karen M.; GOLDSTEIN, Michael G.; MONTI, Peter M. (2003): *The tobacco dependence treatment Handbook: A Guide to Best Practices*. Guilford Publications.
- ABRAMS D. B.; NIAURA R.; BROWN R. A. et al. (2003): *The tobacco dependence treatment*. Nova York: Gildford Press.
- BARRUECO, M.; FERNÁNDEZ, M. A.; TORRECILLA GARCÍA, M. (2006): *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*. GlaxoSmithKline, SA.
- BECOÑA IGLESIAS, Elisardo (1998): *Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Pirámide Ediciones, SA.
- CALVO FERNÁNDEZ, José Ramón; LÓPEZ CABAÑAS, Anselmo (2003): *El tabaquismo*. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- JIMÉNEZ, Carlos A.; FAGERSTROM, Karl Olov (2004): *Tratado de tabaquismo*. Madrid: Biblioteca Aula Médica.
- MCÉWEN, Andy; HAJEK, Peter; McROBBIE, Hayden; WEST, Robert. *Manual of Smoking Cessation: A Guide for Counsellors and Practitioners*. Blackwell Publishing, Incorporated, 1ª edición (1 junio 2006).
- MCEWEN, Andy; HAJEK, Peter; McROBBIE, Hayden; WEST, Robert. (2006): *Manual of Smoking Cessation: A Guide for Counsellors and Practitioners*. Blackwell Publishing.
- PIASECKI, Melissa P.; M. D.; NEWHOUSE, Paul; M. D. (2000): *Nicotine in Psychiatry: Psychopathology and Emerging Therapeutics*. American Psychiatric Press.
- RICHMOND, R.; NERÍN, I. (2006): *Manual docente sobre tabaquismo para estudiantes de Medicina y Ciencias de la Salud. "Programa Smokescreen"*. Edición Gobierno de Aragón, Departamento de Salud y Consumo.

PÁGINAS WEB DE REFERENCIA

<http://www.globalink.org>

<http://www.ash.org.uk>

<http://www.cnpt.es>

<http://www.nicotinaweb.info>

<http://www.smokefreefamilies.org>

<http://www.surgeongeneral.gov/library>

<http://www.mayoclinic.org/stop-smoking/>

<http://www.cdc.gov/tobacco/>

<http://www.ensp.org/index.cfm>

<http://www.stop-tabac.ch>

<http://www.vidasintabaco.com>

<http://www.treatobacco.net>

AUTORES

Dr. Francesc Abella Pons

Psicólogo. Responsable de la Unidad de Tabaquismo
Hospital de Santa Maria de Lleida
abella@gss.scs.es

José Luis Borrego Fernández

Farmacéutico titular de oficina de farmacia
Experto universitario, especialista en tabaquismo
Master en tabaquismo. Universidad de Cantabria
unquerafar@terra.es

Dr. José M. Carreras Castillet

Neumólogo. Responsable de la Unidad de Tabaquismo
Hospital Carlos III. Madrid
jcarreras.hciii@salud.madrid.org

Dr. Carlos Catalina Romero

Psicólogo clínico
Ibermutuamur
carloscatalina@ibermutuamur.es

Dr. Manel Cervera del Pino

Neumólogo
Hospital de Santa Maria de Lleida
mcervera@gss.scs.es

Dr. Rodrigo Córdoba García

Profesor de la Facultad de Medicina
Centro de Salud Universitario Delicias Sur
Zaragoza
rcordobag@medynet.com

Cristina Falip Centelles

Psicóloga. Unidad de Tabaquismo
Hospital de Santa Maria de Lleida
cfalip@gss.scs.es

Dra. Olga Fernández Rancaño

Médico de familia
Fundación Oncoayuda
fundaciononcoayuda@clinicaroman.es

Adriana Jiménez-Muro Franco

Psicóloga. Unidad de Tabaquismo
Facultad de Medicina de Zaragoza
adrijmf@unizar.es

Adriana Marqueta Baile

Psicóloga. Unidad de Tabaquismo
Facultad de Medicina de Zaragoza
amarquet@unizar.es

Dra. Isabel Nerín de la Puerta

Unidad de Tabaquismo Facultad de Medicina de
Zaragoza
Profesor Departamento de Medicina y Psiquiatría
Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza
isabelne@unizar.es

Natalia Oraá Tabernero

Psicóloga. Asociación Española Contra el Cáncer
Junta Provincial de la Rioja
nataliaoraa@yahoo.es

Dra. Mercè Pallerola Planes

Médico de familia
CAP de Balaguer. Lleida
mercepallerola@terra.es

Mónica Quesada Laborda

Psicóloga. Centro Integral de Atención al
Drogodependiente. Agencia Antidroga
Ayuntamiento de Getafe
monica.quesada@ya.com

Antònia Raich Soriguera

Psicóloga. Unidad de Tabaquismo
Althaia. Red Asistencial de Manresa
araich@althaia.org

Dr. Josep Maria Ramon Torrell

Médico. Unidad de Deshabituación Tabáquica
Hospital Universitario de Bellvitge
L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona
jmramon@csub.scs.es

Dr. Leopoldo Sánchez Agudo

Jefe del Servicio de Neumología
Hospital Carlos III. Madrid
lsanchez.hciii@salud.madrid.org

Assumpció Vilarasau Durany

Psicóloga. Unidad de Tabaquismo
Hospital de Santa Maria de Lleida
avilarasau@gss.scs.es



Nicotinell[®]
NICOTINA

La eficacia, facilidad de uso y baja incidencia de efectos secundarios convierten al parche de nicotina en la terapia sustitutiva con nicotina de elección en el tratamiento del tabaquismo. (1)

Nicotinell[®] TTS. NOMBRE DE MEDICAMENTO: NICOTINELL TTS 10, NICOTINELL TTS 20, NICOTINELL TTS 30. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Nicotinell TTS 10: S(-)-nicotina (DCI) 17,5 mg, por parche transdérmico de 10 cm², con una liberación promedio por hora de 0,29 de nicotina. Nicotinell TTS 20: S(-)-nicotina (DCI) 35,0 mg, por parche transdérmico de 20 cm², con una liberación promedio por hora de 0,58 de nicotina. Nicotinell TTS 30: S(-)-nicotina (DCI) 52,5 mg, por parche transdérmico de 30 cm², con una liberación promedio por hora de 0,87 de nicotina. La tasa nominal de liberación es de aproximadamente 0,7 mg/cm²/24 horas para las tres presentaciones. **FORMA FARMACÉUTICA.** Parche transdérmico de nicotina para aplicación tópica. **DATOS CLÍNICOS. a) Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento coadyuvante a un programa de deshabituación a fumadores. **b) Posología y forma de aplicación.** Es importante que durante el tratamiento con parches de nicotina no se fume en absoluto, ni se utilice otro preparado con nicotina, por ejemplo, chicles. Posología. Mayores de 18 años. Aplíquese un parche cada día teniendo en cuenta el siguiente esquema de dosificación para una pauta recomendada de tres meses de tratamiento: Si fuma 20 ó más cigarrillos al día: 1er mes Nicotinell TTS 30. 2º mes Nicotinell TTS 20. 3er mes Nicotinell TTS 10 Si fuma menos de 20 cigarrillos al día: 1er mes Nicotinell TTS 20. 2º mes Nicotinell TTS 20. 3er mes Nicotinell TTS 10. Es posible que antes de acabar los tres meses de tratamiento el paciente ya se sienta bien y crea que puede dejarlo. No es conveniente que lo haga ya que tiene riesgo de recaída. El tratamiento total debe durar tres meses como máximo. La dosis no deberá ajustarse cortando el parche. Instrucciones para la correcta aplicación. Se elegirá cualquier zona del tronco, parte superior del brazo o cadera. La piel no debe estar inflamada, lesionada, ni irritada, pues ello podría alterar la cantidad de nicotina absorbida. Para que el parche pegue mejor, la piel debe estar limpia, sin pelo, seca y sin cremas, lociones, aceites o polvos. Las mujeres no deberán aplicarse el parche sobre el pecho. Elegir cada día una zona diferente para la aplicación, dejando transcurrir varios días antes de volver a utilizar la misma. Una vez retirado del sobre, el parche deberá colocarse inmediatamente. Colocación del parche: **1º** Cortar con tijeras por la línea de puntos uno de los extremos laterales de la bolsa que contiene el parche. **2º** Extraer el parche y desprender las láminas transparentes doblando el mismo y procurando no tocar el interior. **3º** Colocar el parche sobre la zona elegida presionando durante unos 10 segundos. **4º** Lavarse las manos inmediatamente después de la operación. **5º** Retirar el parche transcurridas 24 horas, mediante un tirón. **6º** Desechar el parche usado doblándolo por la mitad con la parte adhesiva hacia adentro y tirándolo a una papelera o contenedor de basura. No está contraindicado bañarse, nadar, ducharse o hacer deporte con el parche puesto. En caso de desprendimiento del parche durante el día, reemplazarlo por uno nuevo lo antes posible. **c) Contraindicaciones.** Los parches de nicotina no deberán emplearse en no fumadores, fumadores ocasionales ni en niños (véase "advertencias"). Los parches de nicotina están contraindicados en las mujeres embarazadas y que den el pecho (véase "Embarazo y lactancia"). Otras contraindicaciones son: infarto agudo de miocardio, angina de pecho inestable, arritmias cardíacas graves, accidente cerebrovascular reciente, insuficiencia cardíaca avanzada, enfermedades de la piel que puedan complicar la aplicación de parches e hipersensibilidad conocida a la nicotina o cualquier componente del parche transdérmico. **d) Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Es importante recordar que durante el tratamiento con parches de nicotina no se debe fumar en absoluto ni utilizar otro preparado con nicotina, por ejemplo, chicles. Los usuarios deberán ser informados de que si continúan fumando mientras llevan el parche, pueden experimentar más reacciones adversas como aumento de los efectos cardiovasculares asociados a los riesgos del tabaquismo. No es aconsejable cambiar de marca de parches de nicotina debido a posibles diferencias en las características farmacocinéticas. La intoxicación leve produce náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, cefaleas, sudores y palidez (véase "Sobredosificación"). En base a los efectos farmacológicos de S(-)-nicotina y dado que no se cuenta con experiencia en personas con: hipertensión, angina de pecho estable, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía oclusiva periférica, insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio, arritmias cardíacas, cardiomiopatía hipertrofica, hiperlipidismo, leucomioma, diabetes mellitus, insuficiencia renal o hepática, úlcera péptica. Los parches de nicotina sólo se emplearán en estos casos una vez valorados los riesgos frente a los beneficios. Dichas personas deberán ser estimuladas para que dejen de fumar, a ser posible, sin recurrir a los parches de nicotina y sólo se recurrirá a los mismos si ello resultase imposible y únicamente bajo control médico. En general, el riesgo derivado de la aplicación de parches de nicotina se considera menor que el que implica el continuar fumando. Ocasionalmente se han notificado casos de aumento de la incidencia de reacciones adversas con los parches de nicotina en personas que realizaban ejercicios físicos intensos, debido al aumento de la temperatura corporal y a la vasodilatación cutánea inducida por el ejercicio, pudiéndose incrementar la absorción percutánea de nicotina. Si durante el tratamiento se presenta dolor agudo en el pecho, se debe retirar el parche y acudir al médico. En presencia de reacciones cutáneas graves o persistentes, puede ser conveniente interrumpir el tratamiento. Abuso y dependencia del fármaco. A las dosis recomendadas, la nicotina transdérmica tiene, en principio, un potencial de abuso muy bajo; esto es debido a su lento inicio de acción, a las bajas fluctuaciones en las concentraciones sanguíneas, a la incapacidad de producir niveles elevados de nicotina en sangre, al uso poco frecuente (una vez al día) y a la disminución gradual

de la dosis propia del esquema terapéutico. Si la supresión del tratamiento fuera repentina los efectos serían probablemente similares a los observados, al suprimir el tabaco, a concentraciones de nicotina comparables. Todos los preparados con nicotina presentan el riesgo de inducir tolerancia y dependencia física. Nota concerniente a la seguridad de los niños. Dosis de nicotina toleradas por fumadores adultos durante el tratamiento pueden causar síntomas de intoxicación grave e incluso letal en niños pequeños. Los parches de nicotina contienen, y después de su uso, una cantidad considerable de nicotina. Se advertirá a los pacientes que los parches deben ser manejados con cuidado y no almacenados ni desechados de modo que los niños puedan usarlos o consumirlos accidentalmente. **e) Interacción con otros medicamentos** y otras formas de interacción. No se dispone de información sobre las interacciones de los parches de nicotina con otros fármacos. El dejar de fumar, con o sin sustitución de nicotina, puede alterar la respuesta individual a una medicación concomitante, haciendo necesario ajustar su dosis. El fumar parece ser que aumenta el metabolismo por inducción enzimática por lo que disminuye los niveles sanguíneos de sustancias tales como fenazona, cafeína, estrógenos, desmetildiazepam, imipramina, lidocaina, oxazepam, pentazocina, fenacetina, teofilina, warfarina e insulina. El dejar de fumar puede, por tanto, incrementar las concentraciones de estos fármacos. Se ha observado también que el fumar reduce la eficacia analgésica del dextro-propoxifeno y la respuesta diurética a la furosemida y altera la respuesta farmacológica al propranolol y las tasas de curación de úlceras con antagonistas H2. Tanto el fumar como la nicotina pueden elevar los niveles de cortisol y catecolaminas circulantes. Es posible que sea necesario ajustar la posología de nifedipino, o de agonistas o bloqueadores beta-adrenérgicos. **f) Embarazo y lactancia.** La nicotina está contraindicada en el embarazo y lactancia. Estudios en humanos han demostrado que el consumo de nicotina durante el último trimestre del embarazo se ha asociado a disminución de movimientos respiratorios fetales, originando posiblemente una disminución de la perfusión placentaria (categoría D de la FDA). La nicotina se excreta en la leche materna. **g) Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria.** Si los parches de nicotina son utilizados como se recomienda, los riesgos al conducir vehículos o manejar máquinas son mínimos, pero si el paciente nota somnolencia, mareos o cualquier otra alteración, no debe conducir. **h) Reacciones adversas.** Los parches de nicotina están diseñados para liberar lenta y continuamente la nicotina, de forma que los niveles sanguíneos alcanzados son inferiores y presentan menos fluctuaciones que los que se obtienen después de fumar un cigarrillo, por lo que pueden causar reacciones adversas similares a las asociadas con el aporte de nicotina al fumar, pero en menor incidencia y/o gravedad, siempre y cuando el uso de los parches sea el correcto. Los estudios clínicos realizados con los parches de nicotina han puesto de manifiesto que, ocasionalmente, pueden aparecer las siguientes reacciones adversas: Reacciones de tipo local: Eritema, prurito, sensación de quemazón en la zona de aplicación (35-47% de los pacientes). Eritema local después de la retirada del parche (1.4-17%). Edema local (3-4%). Hipersensibilidad cutánea (sensibilidad de contacto) (2%). El eritema desapareció en 24 horas. Reacciones de tipo sistémico: S.N.C.: Dolor de cabeza (17-29%); insomnio (3-23%); alteraciones del sueño, nerviosismo, mareo (3-9%); parestesia, somnolencia y dificultad para concentrarse (1-3%). Astenia, dolor de espalda, dolor (3-9%); dolor de pecho, alergia (1-3%). Gastrointestinales: Diarrea, dispepsia, estreñimiento, náuseas (3-9%); dolor abdominal, vómitos y sequedad de boca (1-3%). Respiratorio: Resfriado, congestión de pecho y tos ocasional (3-9%). Musculoesquelético: Migraja y artralgia (3-9%). Otros: Dismenoreya y alteración del gusto (3-9%), sudoración e hipotensión (1-3%). **i) Sobredosificación.** La toxicidad de la nicotina no puede compararse directamente con la del humo del tabaco, porque éste contiene otras sustancias tóxicas (p.ej. monóxido de carbono y alquitran). Los fumadores crónicos pueden tolerar dosis de nicotina, que en un no fumador serían más tóxicas, debido al desarrollo de tolerancia. La aplicación de varios parches de nicotina podría causar una sobredosificación grave. La absorción más lenta tras la exposición cutánea a la nicotina favorece la aparición de tolerancia a los efectos tóxicos. No obstante, en ciertas condiciones esta absorción puede aumentarse (ver apartado de Advertencias y Precauciones). Si los parches de nicotina se masticaran o tragaran, no sería de esperar una absorción sistémica rápida de nicotina debido a que ésta se libera lentamente desde el parche, además la biodisponibilidad oral de la nicotina es alrededor de un 45%, debido principalmente a un efecto de primer paso. La dosis oral aguda letal en adultos no fumadores es de aproximadamente 60 mg. Efectos tóxicos agudos: Los síntomas de sobredosificación serían los mismos que los de la intoxicación aguda por nicotina. En los no fumadores son: taquicardia, palpitaciones, palidez, sudores, náuseas, salivación, vómitos, calambres abdominales, diarrea, cefaleas, mareos, trastornos de la audición y de la visión, temblor, confusión mental, debilidad muscular, convulsiones, postración, falta de reacción a estímulos e insuficiencia respiratoria. Dosis letales pueden producir convulsiones, a las que sigue la muerte por parálisis respiratoria central o periférica o, más raramente, por insuficiencia cardiaca. Tratamiento: Si el paciente presenta síntomas de sobredosificación, se retirará inmediatamente el parche de nicotina. Puede lavarse la piel con agua (no debe emplearse jabón) y secarse. La piel continuará cediendo nicotina a la corriente sanguínea durante varias horas después de haber despegado el parche, posiblemente a causa de un depósito de nicotina en la piel. Otras medidas terapéuticas en caso de intoxicación aguda por nicotina incluyen: respiración artificial si hay parálisis respiratoria, mantenimiento de la temperatura normal del cuerpo y tratamiento de la hipotensión y del colapso cardiovascular. **DATOS FARMACÉUTICOS. a) Relación de excipientes.** Copolímero de vinilacetato/ésteres de acrilato. Copolímero de ésteres del ácido metacrílico. Aceite de coco fraccionado. **b) Incompatibilidades.** No se han descrito incompatibilidades farmacéuticas. **c) Período de validez.** 2 años. **d) Precauciones especiales de conservación.** Proteger del calor. **e) Naturaleza y contenido del recipiente.** Envases con 7, 14 y 28 parches transdérmicos, envasados individualmente en sobres termosellados de papel/aluminio/poliacrilonitrilo. P.V.P. (IVA): Nicotine|| TTS 10 (14u) 41,49 €, (28u) 79,65 €, Nicotine|| TTS 20 (7u) 23,53 €, (14u) 41,46 €, (28u) 79,01 €, Nicotine|| TTS 30 (7u) 25,18 €, (14u) 43,30 €, (28u) 81,50 €. **f) Instrucciones de uso/manipulación.** Ver apartado "Posología y forma de aplicación". **g) Nombre o razón social y domicilio permanente o sede social del titular de la autorización de comercialización.** Novartis Consumer Health, S.A. Gran Via de les Corts Catalanes, 76408013-Barcelona. **FECHA DE APROBACIÓN DE LA FICHA TÉCNICA.** Abril 2003

Bibliografía:

(1) Carreras et al: Terapia sustitutiva con nicotina en el tratamiento actual del tabaquismo. Prev Tab 5 (1): 19-28, 2003.

 **NOVARTIS**
Novartis Consumer Health S.A.
 Gran Via de les Corts Catalanes, 764
 08013 Barcelona

 **901 120 239**
Ayuda para dejar de fumar
 de 9 a 14 horas y de 16 a 20 horas

www.vidasintabaco.com



Unitat de
Tabaquisme
Hospital de
Santa Maria



Universitat de Lleida

