

DEJAR DE FUMAR UN RETO DE TODOS

Recursos para promover la deshabituación

#UnRetoDeTodos

UNA INICIATIVA DE:



Fundación
**más
que
ideas**

Juntos sumamos en salud

CONVERTIDA EN REALIDAD GRACIAS A:



DOSIER INFORMATIVO

MAYO 2017

Una iniciativa de:
Fundación MÁS QUE IDEAS

Autor:
Fundación MÁS QUE IDEAS

Diseño y maquetación:
Juan Barcia - juanbarcia.com

Fecha de publicación:
Mayo 2017

Para citar esta publicación:
Fundación MÁS QUE IDEAS. Dossier Informativo Dejar de Fumar. Un Reto de Todos (2017)

Informe disponible en formato *online* en la página web de Fundación MÁS QUE IDEAS www.fundacionmasqueideas.org



Licencia Creative Commons (bienes comunes creativos) con reconocimiento de autoría, sin que se pueda hacer uso comercial y a compartir en idénticas condiciones

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| DEJAR DE FUMAR: ¿POR QUÉ UN RETO DE TODOS? | 06 |
| DEPENDENCIA Y TABACO: CONDICIONANTES DE LA DESHABITUACIÓN | 07 |
| - ¿Por qué fumamos? | |
| - Tipos de dependencia del tabaco | |
| - Síndrome de Abstinencia | |
| BENEFICIOS DE DEJAR DE FUMAR | 12 |
| FASES EN LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA | 13 |
| INTERVENCIONES EN DESHABITUACIÓN TABÁQUICA | 14 |
| 1. CONSEJO SANITARIO | |
| 2. PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL FUMADOR PARA SU DIAGNÓSTICO | |
| 3. TRATAMIENTO EN LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA | |
| - Tratamiento de la dependencia psicológica del tabaco | |
| - Tratamiento de la dependencia física del tabaco | |
| - Control de la dependencia social del tabaco | |
| - ¿Cómo prevenir y abordar la recaída? | |
| - Recursos de apoyo en deshabituación tabáquica | |
| MITOS Y LEYENDAS: Ideas erróneas en deshabituación tabáquica | 29 |
| DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN COLECTIVOS ESPECÍFICOS | 30 |
| - Personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) | |
| - Personas con trastorno mental grave (TMG) | |
| - Personas con discapacidad | |
| ANEXO | 37 |
| BIBLIOGRAFÍA | 40 |

DEJAR DE FUMAR: ¿POR QUÉ UN RETO DE TODOS?

El consumo de tabaco es un problema de salud pública a nivel mundial, siendo el principal factor de riesgo de muchas enfermedades como el cáncer o las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco es responsable de la muerte de casi 6 millones de personas al año en el mundo, de las cuales más de 600.000 no son fumadores, sino que están expuestas pasivamente al humo ambiental de tabaco¹. Es la primera causa aislada de morbilidad prematura prevenible² y la estimación es que 50.000 personas en España fallecen al año por factores atribuibles al tabaco, destacándose un incremento anual del 7% en el consumo entre las mujeres³.

Con el fin de reducir estas cifras y mejorar la salud de los ciudadanos, la OMS propone la estrategia MPOWER, que promueve medidas para prevenir su consumo, proteger a la población de la exposición al humo, advertir de los peligros del tabaco, hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio, elevar los impuestos al tabaco y ofrecer ayuda para dejar de consumirlo⁴.

Este último punto es fundamental considerando que tres de cada cuatro fumadores que conocen los riesgos del consumo quieren abandonar este hábito pero tienen dificultades para abandonarlo por sí solos³. Diferentes estudios han evidenciado que la mayor parte de las personas que intentan abandonar el tabaco por su cuenta no lo han conseguido⁵. El motivo está relacionado con el componente adictivo que produce la nicotina, la cual libera una sustancia -dopamina- que proporciona bienestar en el fumador, generando una sensación desagradable -síndrome de abstinencia- cuando transcurre tiempo sin consumir⁶. Además, hay que considerar que, aparte de la nicotina, la conducta de fumar está condicionada por procesos de aprendizaje que influyen en la libertad de la persona para decidir si fumar o no⁷.

Por tanto, **ofrecer soporte a las personas que deseen abandonar el hábito tabáquico es una prioridad para las autoridades sanitarias y las organizaciones del ámbito de la salud**. A partir de este planteamiento, existen diferentes estrategias que abarcan desde aspectos farmacológicos y psicológicos, hasta abordajes multifactoriales, consiguiéndose resultados diversos en relación a su eficacia.

Promover estrategias de deshabituación es muy positivo incluso en términos de coste-efectividad a corto plazo², si bien requiere que se adapten a las condiciones, preferencias y necesidades de cada persona ya que cada uno de los métodos presenta diferentes resultados y efectos en los diversos consumidores de tabaco. En este sentido, se debe valorar de forma individualizada la necesidad de hacer intervenciones breves o intensivas, que requieran el uso de tratamiento farmacológico, asesoramiento médico o enfermero, ayuda motivacional o consejo psicológico, entre otros.

En los últimos años, se han producido grandes avances en el tratamiento de la dependencia tabáquica que ha dado origen a numerosos métodos que ayudan a dejar de fumar. Y son diversos los organismos, organizaciones y profesionales que han promovido programas de deshabituación dirigidos a fumadores y a colectivos específicos como mujeres embarazadas o en lactancia, adolescentes o personas con diferentes enfermedades.

Estos programas no garantizan que el participante consiga alcanzar su objetivo, por lo que es importante analizar los resultados obtenidos con el fin de identificar qué aspectos están funcionando y cuáles no. Compartir esta información permite que todos los actores implicados en este campo tengan mayor conocimiento acerca de la efectividad y eficacia de cada una de las opciones. Y, por otra parte, es necesario un mayor diálogo entre los expertos acerca del modo de implementación de algunos métodos -por ejemplo, cómo proporcionar la ayuda motivacional- o acerca de qué enfoques resultan más efectivos en determinadas situaciones.

Este dossier informativo se realiza en base a una revisión bibliográfica (artículos, estudios, guías, páginas web de instituciones que trabajan en tabaquismo y de la Administración, etc.) y a los resultados extraídos de la jornada **"Dejar de fumar. Un reto de todos. Recursos para promover la deshabituación"**, promovida por la Fundación MÁS QUE IDEAS el 28 de septiembre de 2016, en la que diferentes profesionales especialistas en deshabituación tabáquica compartieron su experiencia y visión sobre las mejores prácticas existentes en la intervención para la cesación del consumo de tabaco.

DEPENDENCIA Y TABACO: CONDICIONANTES DE LA DESHABITUACIÓN

El tabaquismo no es un hábito o mala costumbre, es una enfermedad adictiva, crónica, sistémica y recidivante. Es decir, una enfermedad física y emocional que perdura en el tiempo debida a una adicción, afecta a todas las partes del organismo y puede reaparecer después de un período de abstinencia.

El tabaquismo es la forma más común de abuso de drogas y la más extendida entre la población.

¿Por qué fumamos?

INICIO DEL CONSUMO:

Iniciamos el consumo de tabaco, a pesar de que la primera experiencia no suele ser agradable, por diferentes factores:

FACTORES PERSONALES

- **Genéticos:** existe una predisposición genética que aumenta la probabilidad de probar y/o desarrollar la adicción al tabaco
- **Psicológicos:** las personas con ciertas características de la personalidad (impulsividad, baja autoestima, rebeldía o búsqueda de confrontación, entre otras) tienen más riesgo de iniciarse tanto en el consumo de tabaco como en el de otras drogas

FACTORES AMBIENTALES

- **Publicidad:** estímulos que refuerzan la imagen positiva del tabaco otorgando a los fumadores características deseables y atractivas
- **Accesibilidad:** la facilidad de acceso derivada de las limitadas políticas de control y del precio asumible del tabaco

FACTORES SOCIALES

- **En el hogar:** padres y hermanos mayores de referencia fumadores y/o permisivos
- **Fuera del hogar:**
Amigos: sensación de pertenencia a un grupo que influyen en patrones de conducta

Educadores: normalización de fumar como conducta propia en edad adulta

MANTENIMIENTO DEL CONSUMO:

Principalmente son dos las razones:

- **Factores farmacológicos:** poder adictivo de la nicotina
- **Factores condicionantes:** hábitos y estímulos sensoriales y gestuales (momentos rutinarios en los que se fuma, gesto de la mano hacia la boca...)

ADICCIÓN AL TABACO:

CONCEPTO DE ADICCIÓN

Enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia compulsiva e incontrolable hacia una sustancia, actividad, conducta o relación.

Se produce una necesidad o compulsión hacia la toma periódica o continuada de una sustancia para experimentar la recompensa que esta produce: una administración repetida, un consumo por encima del deseado y una dependencia física y psicológica.

CAPACIDAD ADICTIVA DEL TABACO

- **Rapidez de acción de la nicotina que tarda 9 segundos en llegar al cerebro.**
El tabaco es la droga que actúa más rápido, incluso más que otras sustancias que se inyectan vía intravenosa.
- **Autoadministración repetida:** un fumador de un paquete diario realiza 70.000 inhalaciones al año. El fumador asocia los gestos que realiza para fumar, las rutinas que se tiene asociadas al hábito, y las costumbres y situaciones de manera inconsciente.
- **Estímulos asociados no nicotínicos:** como olores, colores, sabores y objetos asociados al consumo de tabaco.

Tipos de dependencia del tabaco

La dependencia del tabaco tiene tres componentes: físico, psicológico y social, y se deben tratar todos estos aspectos de manera conjunta.

DEPENDENCIA FÍSICA

La dependencia física básicamente está condicionada por la nicotina que es la sustancia con mayor poder adictivo de todas las sustancias capaces de generar dependencia (por ejemplo: heroína, cocaína, alcohol...). **El 80% de los consumidores de tabaco se hacen adictos.**

| SUSTANCIA | ACCESO | DEPENDENCIA | LETALIDAD |
|-----------|--------|-------------|-----------|
| Tabaco | Grande | 80% | Alta |
| Alcohol | Grande | 6% | Media |
| Marihuana | Medio | 11% | Baja |
| Cocaína | Medio | 22% | Alta |
| Heroína | Bajo | 35% | Alta |

¿Cómo actúa la nicotina en el cerebro?

EFFECTOS DE LA NICOTINA EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
A 4 niveles principalmente

Área Tegmental-Ventral

Se estimulan los receptores nicotínicos y se comienza a desencadenar la liberación de sustancias que son las que producen los efectos en las vías de gratificación y placer del cerebro

Área Locus Ceruleus

La liberación de *noradrenalina*:

- Disminuye ansiedad, irritabilidad y nerviosismo
- Memoriza estímulos sensoriales (colores, sabores, ...)
- Disminuye el apetito

Núcleo Accumbens

La liberación de *dopamina* produce sensación placentera

Córtex cerebral

La liberación de las siguientes sustancias produce los siguientes efectos:

- *Noradrenalina* aumenta la concentración
- *Vasopresina* aumenta la memoria
- *B-endorfinas* disminuye el estrés y la depresión

El efecto estimulante y/o relajante de la nicotina desaparece al dejar de fumar produciéndose el efecto contrario

Supresión de la Nicotina -> Síndrome de Abstinencia

DEPENDENCIA PSICOLÓGICA:

La dependencia psicológica se relaciona con los gestos, emociones, conductas y estímulos sensoriales asociados al consumo de tabaco y es más duradera que la dependencia física.

FACTORES EXTERNOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE TABACO QUE CREAN DEPENDENCIA PSICOLÓGICA:

- **Factores sensoriales:** estímulos que recuerdan al tabaco (sabor y olor a humo, tener paquetes de tabaco o ceniceros a la vista, color de la cajetilla...)

- **Factores gestuales:** automatismos realizados de forma inconsciente (gesto de llevarse un cigarro a la boca, manipular un paquete de tabaco...)
- **Factores psicológicos:** relacionados con los estados de ánimo (tanto de euforia como duelo), con la atribución de un efecto relajante al tabaco para el control del estrés o con el miedo a ganar peso al dejar de fumar (3-5kg de media), sobre todo en mujeres, jóvenes y algunos pacientes en los que un sobrepeso es perjudicial para su enfermedad y/o su calidad de vida (como cardiopatías, problemas respiratorios, diabetes...), entre otros.
- **Factores conductuales y sociales:** situaciones en las que es fácil obtener tabaco, actividades cotidianas en las que se fuma (tomar un café, después de comer o de una relación sexual...), situaciones en las que disminuye la motivación para no fumar (celebraciones,...), y estar bajo la influencia de alcohol u otras drogas, entre otras.

DEPENDENCIA SOCIAL:

La dependencia social se deriva de la normalización del consumo de tabaco en nuestra sociedad, no estando asumido el tabaquismo como enfermedad sino como un mal hábito.

Este tipo de dependencia social, al igual que la psicológica, se asocia con las situaciones habituales y al entorno que rodea a la persona. La mayoría de las veces, la adicción al tabaco se inicia en la adolescencia, etapa de transición en las que los jóvenes necesitan estímulos que refuercen su entrada al mundo adulto o en un círculo social y, con el paso del tiempo, el fumar se vuelve una conducta reforzada por la aceptación social.

Síndrome de Abstinencia

¿QUÉ ES?

El síndrome de abstinencia (SA) es el conjunto de signos y síntomas, de naturaleza física y psíquica, que aparecen como consecuencia de la reducción o del abandono del consumo de tabaco

SÍNTOMAS

- *Craving*: deseo compulsivo de fumar
- Irritabilidad, frustración y/o ira
- Ansiedad
- Cansancio y dificultades de concentración
- Disforia o depresión
- Disminución de la frecuencia cardíaca

- Palpitaciones
- Temblores
- Dolor de cabeza
- Alteración del sueño

- Trastornos digestivos
- Sensación de hambre

Estos síntomas alcanzan su punto máximo de 12 a 24 horas después de dejar el tabaco y progresivamente desaparecen

CARACTERÍSTICAS

- El SA aparece en la mayoría de los fumadores a las pocas horas de dejar de fumar
- Variabilidad: la duración e intensidad del SA dependen de las características personales de cada individuo
- Evolución: es necesario realizar una valoración basal del individuo antes y durante el proceso de deshabituación tabáquica, al menos durante 4-12 semanas, para el control del SA
- Existe una correlación alta con riesgo de recaídas
- El SA es modificable con el uso de tratamiento para atenuarlo

¿Qué saber del *craving*?

- **El deseo irrefrenable de volver a consumir cigarrillos después de 8-12 horas sin fumar**
- **Intensidad:** importante pico en las primeras 4 semanas
- **Duración: 3-5 minutos.** Se debe comunicar al fumador para que pueda mantenerse activo durante estos minutos
- **Es recurrente** pero progresivamente va siendo menos frecuente
- **Relacionado con factores externos** (consumo de café, excitantes y/o alcohol o situaciones habituales en las que el paciente consume tabaco)
- **Es el síntoma más relacionado con las recaídas** (cuando un paciente pasadas varias semanas sigue refiriendo este síntoma hay que reforzar el tratamiento)

BENEFICIOS DE DEJAR DE FUMAR

Los beneficios para la salud al dejar de fumar son inmediatos, a corto, medio y largo plazo, reduciéndose el riesgo de mortalidad desde la fecha del inicio del abandono.

Las personas que permanecen abstinentes a partir de 15 años tienen un riesgo de mortalidad similar a aquellos que no han fumado nunca.



¿QUÉ SUCEDE TRAS DEJAR DE FUMAR?

Al abandonar el tabaco se producen numerosos acontecimientos positivos:

- **20 minutos:** La tensión arterial y la frecuencia cardiaca recuperan sus valores previos
- **8 horas:** Se elimina el monóxido de carbono y el oxígeno en sangre se normaliza
- **24 horas:** Desciende el riesgo de muerte súbita
- **48 horas:** Mejoran el gusto y el olfato
- **2-3 semanas:** La función pulmonar se incrementa en un 30%
- **3-9 meses:** Disminuye la tos, la congestión nasal, comienza la regeneración del epitelio ciliar y disminuye el riesgo de infecciones
- **1 año:** La tasa media de enfermedad cardiovascular disminuye a la mitad
- **5 años:** El riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular desciende a niveles similares a los de no fumadores; y el riesgo de morir por enfermedad pulmonar pasa a la mitad
- **10 años:** El riesgo de tener cáncer de boca, laringe, esófago, riñón, vejiga o páncreas se equipara con el de los no fumadores; y el riesgo de tener cáncer de pulmón disminuye a la mitad

FASES EN LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

La deshabituación tabáquica es un proceso largo y **conocer las diferentes etapas por las que pasa el fumador pueden mejorar la intervención y aumentar la efectividad y eficiencia.**



Es recomendable en las primeras fases dar información de una manera no invasiva ni autoritaria y sin culpabilizar al paciente, si se es demasiado frontal el paciente se aleja del cometido y de los profesionales sociosantarios

Fase Precontemplativa: la persona no quiere dejar de fumar por diferentes motivos.

- No tiene percepción de que el tabaco es un problema para su salud
- Le gusta fumar y no quiere dejarlo
- Está satisfecho y no se plantea cambiar de actitud

Fase contemplativa: la persona quiere dejar de fumar pero todavía no se siente preparada.

- Sabe que fumar no es bueno para su salud y se plantea la posibilidad de dejarlo
- No está contenta con esa situación pero no sabe cómo afrontar el cambio
- Es consciente de que depende del tabaco pero le falta la decisión final de dejarlo

Fase de preparación: la persona toma la decisión de dejar de fumar.

- Ha empezado a reducir el número de cigarrillos ya que quiere dejarlo
- Espera abandonar el tabaco lo antes posible porque se encuentra muy motivada

Fase de acción: la persona deja de fumar.

- Ya no fuma ningún cigarrillo
- Sabe que es una etapa dura y puede pedir ayuda para no recaer en los momentos más complicados
- Ha conseguido superar la primera etapa, ahora tiene que mantenerla

Fase de mantenimiento: el paciente puede tener una recaída.

- Hay que saber que las recaídas forman parte del proceso de fumar y hay que verlo como parte del aprendizaje
- Si se recae, no es un paso hacia atrás, sino que puede contribuir para conseguir su objetivo

INTERVENCIONES EN DESHABITACIÓN TABÁQUICA



1. CONSEJO SANITARIO

El consejo sanitario para dejar de fumar tiene como objetivo conseguir que la persona fumadora avance en el proceso de deshabituación tabáquica. Se trata de una información verbal, también es posible el acompañarlo con información en formato físico, breve y personalizada sobre los beneficios de dejar de fumar y/o los riesgos de seguir fumando, así como una propuesta de acción cuyo propósito principal es motivar para el cambio, ya sea de actitud o de conducta. A través del consejo sanitario se averigua si la persona fuma, se analiza la disposición al cambio y se aconseja dejar de fumar.

El consejo sanitario es la medida más coste-efectiva en deshabituación tabáquica. Los análisis coste-efectividad de las intervenciones para dejar de fumar han demostrado que es una de las actividades preventivas con una mejor relación, y se ha visto un notable aumento de la tasa de éxitos frente a la falta de intervención, con una mayor eficacia si el consejo aumenta en intensidad y duración (nivel de evidencia A).

Normalmente, los fumadores tienen un gran desconocimiento sobre los efectos nocivos del tabaco y los beneficios que obtendrían al abandonar el consumo, de ahí la importancia de un consejo sanitario que informe sobre estos dos aspectos.

2. PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL FUMADOR PARA SU DIAGNÓSTICO

Como en cualquier enfermedad o situación, la intervención a realizar con cada persona debe ser individualizada para poder valorar el diagnóstico de la persona fumadora en términos de dependencia, motivación y afectación, entre otros factores, y se recomienda seguir un protocolo de atención.

EL CONSEJO SANITARIO IDEALMENTE DEBE SER:

- **Firme, serio y lo suficientemente convincente** para que sea motivo de reflexión. Tendrá más utilidad si se acompaña de pautas sobre cómo se puede que dejar de fumar.
- **Breve.** Informar al fumador de los inconvenientes del consumo de tabaco y de las ventajas de su abandono, con mensajes positivos y de forma motivadora. No tiene por qué durar más de tres minutos.
- **Personalizado.** Los motivos de cada fumador para seguir o dejar de fumar son distintos, conocerlos es fundamental para realizar un buen abordaje.
- **Sistemático.** El consejo debe abarcar al mayor número de fumadores posible y, si es posible, realizando un seguimiento a lo largo del tiempo.
- Se debe realizar a todos los fumadores
- El consejo sanitario no es exclusivo de los médicos, sino también del personal de enfermería, farmacia, psicólogos y cualquier profesional sociosanitario. Existe un efecto sumatorio de los consejos.
- Si se realiza mal se promueve una actitud negativa del paciente

PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL FUMADOR

1. Identificar a las personas fumadoras. Se recomienda preguntar y registrar estos datos en la historia clínica de todas las personas que pasan por consulta.

- Hábito tabáquico, si son fumadores preguntar sobre la cantidad de tabaco consumido.
- Fase de abandono en la que se encuentra el fumador, es decir, en qué estadio de cambio está el sujeto.
- Averiguar la dependencia al tabaco. Podemos obtenerla mediante el test de Fagerström, o, de forma abreviada, podemos saber que tienen una alta dependencia aquellos que fuman más de 20 cigarros al día y consumen el primero de ellos antes de 30 minutos tras levantarse. Es muy importante conocer qué representa el tabaco para la persona ya que es una muleta que incorporamos para resolver, potenciar o mejorar nuestra acción ante determinadas situaciones (positivas y negativas).
- Conocer si han existido otros intentos previos de abandono del tabaco, conocer el número de recaídas y los motivos de las mismas.
- La autoeficacia, es decir, hasta qué punto el paciente se cree capaz de llevar a cabo este reto en ese momento.
- Análisis del estrés percibido del sujeto sobre el control de su vida en general, ya que el tabaco se utiliza como herramienta para manejar el estrés y la ansiedad.
- Escala de personalidad: las personas más impulsivas, por ejemplo, van a tener un peor curso en la deshabituación tabáquica.
- Grado de motivación mediante el test de Richmom, o, de forma simplificada, estarán más motivados aquellos que deseen dejar de fumar en el próximo mes.
- Hacer una cooximetría: técnica espectrofotométrica para detectar la pérdida en la capacidad de oxigenación de la hemoglobina que consiste en determinar el nivel de monóxido de carbono (CO) en el aire espirado por un individuo. Dependerá del sexo y de la forma de fumar los cigarros.

2. Consejo sanitario. Como se ha señalado antes, debe ser firme, claro, convincente y personalizado.

3. Fijar una fecha para dejar de fumar, de acuerdo con el paciente, idealmente en las próximas dos semanas.

4. Valorar si necesita un tratamiento de soporte farmacológico y/o psicológico para aliviar el síndrome de abstinencia.

5. Seguimiento. Programar un seguimiento para aumentar la eficacia en el proceso de deshabituación tabáquica.

CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE FUMADOR

Obtenidos los parámetros anteriores clasificamos al fumador en diferentes tipos.

| | |
|---|---|
| Fumadores con bajo grado de dependencia y leve intensidad de tabaquismo | 1 a 3 puntos en el test de Fagerström Consumo < 5 paquetes/año < 15ppm de CO en el aire espirado |
| Fumadores con moderado grado de dependencia y moderada intensidad de tabaquismo | 4 a 6 puntos en el test de Fagerström Consumo entre 5 y 15 paquetes/año Entre 15 a 25 ppm de CO en el aire espirado |
| Fumadores con alto grado de dependencia y severa intensidad de tabaquismo | 7 o más puntos en el test de Fagerström Consumo >15 paquetes/año > 25 ppm de CO en el aire espirado |

EL DÍA D – PREPARANDO EL PLAN DE ACCIÓN PARA EL FUMADOR

- Fijar una fecha para dejar de fumar, consensuada con la persona, preferiblemente en las dos semanas siguientes
- Previamente al día escogido, proponer un cambio de rutinas iniciando algún cambio de conducta, por ejemplo, fumar menos y cambiar hábitos asociados a cuándo se fuma...
- Recomendar al fumador que realice un análisis de las conductas asociadas al hábito de fumar: si lo hace con ganas, por rutina o si está asociado a algún estímulo, para anticiparse a las situaciones en las que va a tener más riesgo de recaída
- Se recomienda facilitar el material adecuado que sirva de apoyo o información, por ejemplo, una guía de consejos para dejar de fumar. Se ha comprobado que cuando el consejo se refuerza con la entrega de material de apoyo, aumentan los porcentajes de abstinencia un 5-10% al año de seguimiento.
- Informar de los síntomas del síndrome de abstinencia y ofrecer herramientas para poder afrontarlos
- Es importante que la persona no fume nada a partir del día D
- Recordar al paciente que ante alguna dificultad puede solicitar ayuda profesional
- Aconsejar una buena hidratación
- Recomendar ejercicio físico moderado y regular
- Proponer una dieta variada



Alrededor de un 85-90% de fumadores no están motivados para dejar de fumar⁸.

A ellos también se les debe proporcionar consejo sanitario, con las características anteriormente señaladas, pero en este caso encaminado hacia la concienciación y el aumento de su motivación para el abandono, por lo que es recomendable preguntar por las percepciones que tiene del consumo de tabaco y los teóricos miedos que pueden presentar los fumadores (miedo al SA, a fracasar en el intento, a engordar,...)

3. TRATAMIENTOS EN LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

Los objetivos de los tratamientos en deshabituación tabáquica están enfocados al control de los síntomas del síndrome de abstinencia y *craving*, y a reducir el riesgo de recaída. Como se comenta anteriormente, la dependencia del tabaco tiene tres componentes: físico, psicológico y social, y hay que tratar todos estos aspectos de manera conjunta.

TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA PSICOLÓGICA DEL TABACO

Las terapias de ámbito psicológico son uno de los procesos de intervención principales en la deshabituación tabáquica. Suele tratarse de terapias conductuales y cognitivo-conductuales basadas en un aprendizaje asociativo a determinados estímulos que provocan la aparición de la respuesta condicionada, fumar, y dirigidas a:

- Incidir en los beneficios de la conducta no-fumadora
- Conocer los factores sensoriales, gestuales, emocionales, conductuales y sociales que influyen en el consumo de tabaco
- Ahondar en las diferentes motivaciones del paciente que le sirvan de motor impulsor durante el proceso. Hacer lista de pros y contras
- Conocer la evolución del síndrome de abstinencia y los síntomas relacionados con él
- Eliminar la ansiedad anticipatoria, sobre todo en aquellas personas que nunca antes han dejado de fumar
- Configurar un sistema de respuesta ante las situaciones de riesgo, planificando recursos para afrontar y controlar futuras situaciones problemáticas y motivar para la abstinencia total (cambios de hábitos de vida)
- Identificar las situaciones de riesgo para la prevención de recaídas (en cada fase)
- Aprender a “desaprender”. Aprender a realizar las actividades cotidianas sin tabaco

Consejos para manejar la dependencia psicológica en función de factores externos asociados al consumo de tabaco

Ante los factores externos asociados al consumo de tabaco que crean dependencia psicológica, y que se han comentado anteriormente en el apartado de *Tipos de dependencia del tabaco*, se plantean a continuación algunas acciones o consejos para ayudar en el proceso al fumador:

Factores sensoriales:

Estímulos que recuerdan al tabaco (sabor y olor a humo, tener paquetes de tabaco o ceniceros a la vista, color de la cajetilla...)



Quitar de la vista todos aquellos estímulos que podamos, intentar que no fumen a nuestro alrededor para evitar el olor...

Factores gestuales:

Automatismos realizados de forma inconsciente (gesto de llevarse un cigarro a la boca, manipular un paquete de tabaco...)



Manipular un lápiz u otros objetos con la misma mano que se fuma

Factores psicológicos:

Relacionados con los estados de ánimo, tanto de euforia como duelo, como la atribución de un efecto relajante al tabaco para el control del estrés o el miedo a ganar peso al dejar de fumar...



- Control del estrés: realizar ejercicios respiratorios, ejercicio físico, relajación, meditación, yoga...
- Estar alerta en situaciones relacionadas con los estados de ánimo, no confiar en que ya no se tiene dependencia
- Control del peso: ganar kilos es un mal menor inicialmente y que después de dejar de fumar se abordará

Factores conductuales y sociales:

Situaciones en las que es fácil obtener tabaco, actividades cotidianas en las que se fuma (tomar un café, después de una relación sexual...), situaciones en las que disminuye la motivación para no fumar (celebraciones, ...) y estar bajo la influencia de alcohol u otras drogas, entre otras.



- Si se vive con un fumador pedir que sea respetuoso y cuidadoso
- Comunicarlo al entorno. Adquirir un compromiso con uno mismo y con los demás
- Alterar el orden de las situaciones que incitan a fumar
- Elegir ambientes en los que no se fume y no exista humo
- Lavarse los dientes y las manos después de las comidas

Terapia individual *versus* Terapia Grupal

El abordaje en ambas terapias es similar pero existen diferencias en la organización y desarrollo de ambas intervenciones. De cualquier manera será siempre preciso hacer una evaluación previa individual para conocer a la persona, su grado y razón de motivación y valorar su respuesta ante su problema de salud. En esta evaluación se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Preferencias de la persona. Explicarle el funcionamiento de cada modalidad y consensuar lo más idóneo para cada individuo.
- Criterios de inclusión al grupo (previamente establecidos), o cualquier otra característica de la persona que no se considere idónea para el desarrollo del grupo (procesos de aprendizaje más lentos, dificultad para la interacción con el resto del grupo...).
- Incompatibilidad horaria.
- Experiencias negativas previas

Terapia individual

Entre sus ventajas se encuentran la confidencialidad, la personalización e individualización de los objetivos y contenidos educativos, y la posibilidad de trabajar en problemas y necesidades muy particulares, lo que permite favorecer en mayor medida el cambio de actitud deseado. (Terapia breve < 30 minutos. Terapia intensiva > 30 minutos).

Las intervenciones intensivas son más efectivas que las intervenciones de menor intensidad y deben ser utilizadas siempre que sea posible (nivel de evidencia A).

Terapia grupal

La modalidad de intervención grupal está especialmente indicada en el ámbito de las adicciones y tiene como propósito orientar y reforzar la intervención recibida en la consulta y, además, favorecer la interacción entre las personas que comparten un mismo problema de salud, factor de riesgo o una misma inquietud para adquirir nuevos conocimientos.

Esta intervención contribuye al cambio de actitud de las

personas mediante la discusión, la reflexión y la puesta en común.

La gran ventaja de la terapia grupal es el coste-efectividad ya que el profesional sanitario puede llegar a un mayor número de pacientes que en la actuación individual.

Dentro de la terapia grupal hay que diferenciar entre la terapia en grupo y la terapia de grupo.

La terapia de grupo es aquella en la que el grupo es el núcleo central del tratamiento, sin embargo, en la terapia en grupo cada persona es el centro del tratamiento que lleva a cabo el terapeuta. Es un formato tradicionalmente manejado en el ámbito de la Atención Primaria con una amplia aceptación y es la modalidad utilizada en la deshabituación tabáquica. Este abordaje permite aprovechar las posibilidades educativas que proporciona el grupo, que funciona como un elemento reforzador en la toma de decisiones y en el mantenimiento de estas a lo largo de todo el proceso. El sentimiento de pertenencia al grupo consigue que quienes lo integran se sientan apoyados y comprendidos por otras personas que se enfrentan a dificultades similares, logrando además aumentar la motivación y, por tanto, una mayor implicación, favoreciendo la adherencia al tratamiento.

El abordaje en grupo no debe excluir otro tipo de actuaciones en relación al tabaquismo como son el consejo o la deshabituación individual.



Las terapias individuales intensas son más eficaces, mientras que las terapias grupales son más eficientes

LA NECESIDAD DE MOTIVACIÓN

La motivación está relacionada directamente con la dependencia psicológica y se define como el impulso necesario para poner en marcha acciones o medios para satisfacer una necesidad. Es lo que anima a una persona a realizar algo.

En el caso de dejar de fumar, no es suficiente “tengo que dejar de fumar” sino “quiero dejar de fumar”, y para ello hay que tener una motivación o más que acompañen en el proceso.

La motivación es individual y puede ser debida a razones de salud, autoafirmación, ser ejemplo para su entorno, miedo a la enfermedad, razones económicas,... El fumador debe descubrir cuál o cuáles son sus motivaciones y, para ello, se aconseja realizar una lista de todo lo que le desagrada del tabaco.

No debe confundirse la motivación con la autoeficacia que es la percepción que tiene el sujeto de su capacidad para realizar algo.

La motivación para dejar de fumar debe ser continua ya que el proceso de deshabitación es largo. Por esta razón el miedo a perder la salud como motor motivador no es suficiente ya que este sentimiento cambia conductas a corto plazo, pero a largo plazo se disminuye la percepción del miedo y deja de ser una herramienta motivadora. Hay que buscar otras motivaciones añadidas como razones de calidad de vida, bienestar diario, recuperar el control vital mermado por la adicción...

¿DEJAR DE FUMAR ES UNA CUESTIÓN DE FUERZA DE VOLUNTAD?

Frecuentemente cuando se plantea dejar de fumar, aparece esta idea como algo necesario para conseguirlo. Este concepto es muy ambiguo e incluye aspectos tan variados como capacidad de esfuerzo, constancia, resistencia ante los problemas y/o los obstáculos, etc. Si bien todo ello resulta necesario en el proceso de abandono del tabaco, también es importante saber que la “fuerza de voluntad” no es un rasgo de la personalidad, es decir, no es algo que tengamos siempre o, por el contrario, carezcamos de ella. La “fuerza de voluntad” es un esfuerzo que realizamos cuando tenemos un gran interés por conseguir un objetivo determinado.

Pero se debe tener en cuenta que, si bien es fundamental tener disposición y voluntad para dejar de fumar, a veces se requieren refuerzos y apoyos externos para conseguirlo.



REFUERZO POSITIVO:
Premiar por el esfuerzo. Siempre hay que felicitar al fumador, hacer hincapié en los logros conseguidos y reconocer el esfuerzo como elemento motivador.

TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA FÍSICA DEL TABACO

El tratamiento del tabaquismo, en ocasiones, requiere combinar el tratamiento psicológico y farmacológico, **este último para aliviar la dependencia del fumador por la nicotina y superar el conocido síndrome de abstinencia que incrementará sensiblemente las posibilidades de éxito en el intento.**

Aproximadamente el 80% de las personas que intentan dejar de fumar sin ningún tipo de tratamiento recaen en la primera semana. El tratamiento farmacológico junto con el psicológico multiplica hasta casi por 4 el éxito, por ello se debe valorar esta opción, salvo en pacientes en los que exista alguna contraindicación para su uso.

Aunque existe evidencia científica de que el tratamiento farmacológico en primera línea funciona, este no está financiado por el Sistema Nacional de Salud.

Existen tres fármacos de primera línea aprobados para el tratamiento de la cesación tabáquica: Terapia sustitutiva con nicotina (TSN), Bupropion y Vareniclina.

TERAPIA SUSTITUTIVA CON NICOTINA (TSN) - SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Se define la TSN como la administración de nicotina por una vía diferente a la del consumo del cigarro, y en una cantidad suficiente para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia, pero insuficiente para crear dependencia. La administración se hace por vía oral, si se trata de chicles de nicotina, spray bucal, caramelos de nicotina, tabletas sublinguales, por vía transdérmica si se utilizan los parches de nicotina, y por vía nasal si se utiliza el spray nasal (este último no se comercializa en España).

La TSN contiene nicotina pero no el resto de componentes nocivos del tabaco (monóxido de carbono, carcinógenos...), y debe planificarse su uso y programarse en el tiempo con dosis ajustadas al grado de dependencia del fumador que se debe estimar previamente para que sea eficaz.

La dosis se debe administrar de manera decreciente y de manera correcta para que la persona no piense que es una herramienta no efectiva, por lo que se recomienda que

esté monitorizado por un especialista en el abordaje del tabaquismo.

Para instaurar un tratamiento adecuado para el paciente fumador es imprescindible realizar un diagnóstico correcto, como se hace ante cualquier patología, como se comentaba en el apartado *Protocolo de Atención al Fumador para su Diagnóstico*.

- **Chicle de nicotina:** pieza de goma de mascar que contiene 2 o 4 mg de nicotina. Mediante la masticación, la nicotina es liberada en el interior de la cavidad bucal donde es absorbida a través de la mucosa geniana para alcanzar la sangre, y desde allí estimular los receptores nicotínicos. Utilizando chicles de nicotina se obtienen niveles medios de nicotemia que superan los 5 ng/ml, que es la cifra establecida como la mínima necesaria para que se estimulen los receptores nicotínicos y con ello se produzca una disminución de los síntomas del síndrome de abstinencia en el fumador que está dejando de serlo.
- **Comprimido para chupar:** gragea que contiene 1 o 2 mg de nicotina. Su mecanismo de absorción así como su farmacocinética es relativamente similar a los chicles de 2 o de 4 mg, respectivamente.
- **Parche de nicotina:** hay diferentes tipos de parches de nicotina diferenciándose unos y otros por las distintas concentraciones de nicotina que tienen, el tiempo de liberación (16-24 horas) y porque consiguen distintos niveles de nicotemia.

Es muy importante que los diferentes tipos de TNS se utilicen correctamente por el fumador, ya que muchos fallos en el tratamiento de deshabituación tabáquica se deben a una mala utilización de los mismos.

La opción de uno u otro viene dada por el objetivo que se desee conseguir. Así, se pueden utilizar de forma puntual para obtener nicotina de una forma más rápida y, en este caso, se utilizaría fundamentalmente para combatir el *craving*, o se pueden administrar de forma pautada para conseguir niveles continuos de nicotemia que ayudarán a que el fumador alivie sus síntomas del síndrome de abstinencia.



TSN COMBINADA⁶

Se ha demostrado que la combinación de dos tipos de TSN con diferente forma de liberación, una rápida, generalmente el chicle, para conseguir controlar más eficazmente el *craving*, y otra, lenta, generalmente el parche, para conseguir controlar mejor los síntomas del síndrome de abstinencia, es más eficaz que la de cada una de ellas por separado.

SITUACIONES ESPECIALES

- **Embarazo y lactancia:** la TSN no se recomienda durante el embarazo y la lactancia, a menos que la madre sea incapaz de dejar de fumar.
- **Enfermedad cardiovascular:** ningún tipo de TSN está contraindicado en pacientes con enfermedad cardiovascular. En estudios realizados en individuos sanos que han utilizado el chicle durante 5 años, no se ha podido demostrar ningún incremento de las enfermedades cardiovasculares.
- **Enfermedades psiquiátricas:** en fumadores con trastorno bipolar establecido, con bulimia o anorexia o en tratamiento con haloperidol u otros psicofármacos, la utilización de TSN está recomendada.
- **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC):** la eficacia de la TSN en fumadores con EPOC ha sido analizada en varios ensayos clínicos. Se ha encontrado que tanto parches como chicles son eficaces para ayudar a los fumadores con EPOC a dejar de fumar.

BUPROPION – CON PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Medicamento no nicotínico para dejar de fumar que contiene clorhidrato de bupropion. Inicialmente se indicaba para tratar la depresión, pero se advirtió que la sustancia que contenía acompañaba a una disminución de las ganas de fumar hasta el punto de dejarlo. Desde entonces estudios científicos han demostrado la eficacia de este producto para detener el tabaquismo.

Los mecanismos precisos del modo de acción del bupropion no están totalmente aclarados, aunque se conoce que funciona a niveles de los mediadores de células cerebrales, tales como la noradrenalina y la dopamina. Este medicamento disminuye las ganas de fumar, los efectos agradables sentidos al fumar y los síntomas de la falta de nicotina.

El bupropion se presenta en comprimidos de 150 mg

de liberación prolongada, con una dosis de 300 mg al día salvo la primera semana de 150 mg/día. El tiempo recomendado de tratamiento es de 7-9 semanas, aunque son frecuentes pautas de 12 semanas en fumadores severos y el tratamiento puede prolongarse más tiempo en determinados casos.

Duplica las tasas de abstinencia respecto a placebo, aunque su eficacia es menor que la de vareniclina y TSN combinada, pero puede mejorar en combinación con TSN.

Una ventaja de este tratamiento es una menor ganancia de peso de forma mantenida frente a otros tratamientos.

VARENICLINA – CON PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Medicamento no nicotínico diseñado específicamente para dejar de fumar. Posee un mecanismo de acción

diferente a la TSN y al bupropion ya que actúa como agonista parcial selectivo de los receptores nicotínicos de las neuronas del área tegmental-ventral del mesencéfalo. Al ser agonista parcial cumple características de los agonistas y de los antagonistas. Por ser un agonista tiene la capacidad de estimular el receptor nicotínico y por ello es capaz de controlar el *craving* y el síndrome de abstinencia. Pero, por ser un antagonista, es capaz de bloquear los efectos placenteros de la nicotina en el cerebro. Por ello su utilización en un fumador que está dejando de fumar, facilita que las recaídas que pueda tener no se acompañen

de sensación placentera y recompensa, y por ello este fármaco ayuda a evitar que una recaída se convierta en fracaso.

La vareniclina se presenta en comprimidos de 0,5 y 1 mg, con incremento progresivo de la dosis los primeros días para facilitar la tolerancia. La duración recomendada del tratamiento es de 12 semanas, aunque en fumadores severos puede ser necesario prolongar el tratamiento, existiendo evidencia de aumento de eficacia y seguridad en estudios a 6 y 12 meses.



La duración de los medicamentos debe ser prescrita por los profesionales. En el caso de medicamentos que no necesitan prescripción médica, se aconseja la consulta con el profesional farmacéutico.

Todos los medicamentos tienen efectos secundarios. Los fármacos autorizados para dejar de fumar tienen su eficacia y seguridad demostrada.

La adicción al tabaco tiene un componente social, creándose una dependencia derivada de la normalización del consumo de tabaco en nuestra sociedad, como veíamos anteriormente.

La influencia social es clave para prevenir el consumo en personas que todavía no se han iniciado. Para ello es necesario:

- Información sobre riesgos que conlleva el tabaquismo y eliminar falsas creencias (no está de moda, no te hace ser más independiente,...)
- Papel ejemplar de padres, tutores y educadores
- Control de la publicidad (medidas del gobierno...)

- Políticas del control del consumo: accesibilidad y precio

También el factor social puede contribuir al mantenimiento de la abstinencia en el proceso de deshabitación:

- Buscar entornos sin humo y aliados para dejar de fumar. Intentar que no se fume en espacios comunes del hogar, por ejemplo
- Comunicar la intención de abandono del tabaco. Adquirir un compromiso social
- Conocer y anticiparse a situaciones de riesgo y no confiarse (por ejemplo, anticipar qué voy a hacer yo cuando los demás salgan a fumar)

¿CÓMO PREVENIR Y ABORDAR LA RECAÍDA?

La recaída forma parte de proceso de abandono del tabaco y hay que trasladárselo así a la persona para que conozca el escenario en el que va a moverse, si se conocen los obstáculos se potencia el no recaer.

Las principales causas y situaciones de recaída por las que se vuelve a fumar son:

- Síndrome de abstinencia
- Falsa sensación de control
- No tener apoyo del entorno más cercano
- Sentir ansiedad
- Aumento de peso (más del 40% de las recaídas en mujeres fumadoras se deben a este motivo)
- Situaciones estresantes (muerte de un ser querido, enfermedad grave, divorcio, presiones y dificultades en el trabajo,...)
- Acontecimientos sociales importantes (fiestas, eventos de trabajo...)
- Situaciones de tensión o nerviosismo (una discusión con un familiar o con la pareja...)
- Ánimo bajo o depresión
- Aburrimiento, no tener ocupación
- Ofrecimientos de tabaco

CAÍDA VERSUS RECAÍDA

La caída es un acontecimiento puntual, fumar un cigarro en una ocasión determinada después de un tiempo sin haber fumado.

La recaída, sin embargo, es volver a consumir tabaco de una forma habitual.

Una caída no implica una recaída, siempre y cuando se vuelva rápidamente a la abstinencia.



¿CÓMO PREVENIR UNA RECAÍDA?

- Identificar los estímulos que inducen a fumar y disponer de estrategias para controlar dichos estímulos
- Retirar del entorno todo lo que pueda recordar al tabaco (ceniceros, mecheros)
- Informar al paciente de que cuando aparezcan las ganas de fumar, estas serán pasajeras y aparecerán cada vez con menos intensidad y frecuencia, por lo que cada vez será más fácil controlarlas

- Realizar una lista con los beneficios que siente el paciente tras la abstinencia
- Repasar la lista de motivos que nos llevaron a tomar la decisión de dejar de fumar en los momentos de debilidad. Reforzar la motivación
- Repasar estrategias para las situaciones de riesgo y anticiparse a ellas
- Insistir en la necesidad de rechazar todos los cigarrillos que le ofrezcan, pues es la principal causa de recaídas
- No dar ni una calada, ya que aumenta el riesgo de recaída
- Aclarar las dudas y falsas creencias sobre los cigarrillos y el síndrome de abstinencia
- Ante la ganancia de peso, sugerir la realización de dieta hipocalórica y un programa de actividad física
- Si se hace duro pensar en no fumar más, preocuparse solo por no fumar en el día de hoy
- Felicitar al fumador por la abstinencia conseguida
- Recordar los beneficios de dejar de fumar
- Si se recae, poner en práctica lo que se puede aprender con ese error. Recurrir nuevamente a apoyo profesional si se necesita
- No culpabilizar al paciente por recaer

RECOMENDACIONES PARA EL FUMADOR ANTE DIFERENTES SÍNTOMAS DE LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA QUE LE PUEDEN LLEVAR A RECAER

| SÍNTOMAS AL DEJAR DE FUMAR | CONSEJOS PARA SU CONTROL |
|----------------------------|---|
| Deseo intenso de fumar | <ul style="list-style-type: none"> - ¡Espera! Las ganas de fumar solo duran 3-5 minutos, y cada vez serán menos intensas y frecuentes - Cambia de lugar o situación - Bebe agua o zumo. Mastica chicle sin azúcar o de nicotina o come algo bajo en calorías - Permanece ocupado (trabajo, deporte, ocio...) |

| SÍNTOMAS AL DEJAR DE FUMAR | CONSEJOS PARA SU CONTROL |
|------------------------------------|--|
| Irritabilidad | <ul style="list-style-type: none"> - Pasea - Date una ducha o toma un baño - Evita café o bebidas con cafeína |
| Dificultad de concentración | <ul style="list-style-type: none"> - No te exijas un alto rendimiento durante dos semanas - Duerme más - Haz deporte o alguna actividad física - Evita bebidas alcohólicas |
| Dolor de cabeza | <ul style="list-style-type: none"> - Date una ducha o toma un baño - Evita café y alcohol - Duerme más |
| Aumento de apetito | <ul style="list-style-type: none"> - Bebe agua y líquidos con pocas calorías - Evita grasas y dulces - Aumenta las verduras y frutas - Come con más frecuencia y menos cantidad |
| Insomnio | <ul style="list-style-type: none"> - Evita café y bebidas con cafeína o teína - Aumenta el ejercicio físico por la tarde - Toma antes de acostarte un vaso de leche, una tila o alguna infusión parecida - Evita las siestas - Se muy regular con los horarios del sueño - Cena ligera y al menos dos horas antes de acostarte |
| Cansancio y desánimo | <ul style="list-style-type: none"> - Mantén tu actividad habitual (trabajo, deporte, aficiones) - Prémiate, haz lo que más te guste - Evita la soledad, rodéate de buena compañía - Aumenta las horas de sueño |
| Estreñimiento | <ul style="list-style-type: none"> - Haz ejercicio de manera habitual - Toma una dieta rica en fibra - Bebe líquidos (no alcohol), sobre todo agua - Intenta ser regular con tus hábitos y evacuar a diario tras el desayuno |



RECURSOS DE APOYO EN DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

Además de los tratamientos farmacológicos y psicológicos, existen otros recursos que se pueden utilizar para que el proceso de deshabituación tabáquica llegue a término con éxito.

ASOCIACIONES DE PACIENTES

Las asociaciones de pacientes son esenciales para la sociedad ya que defienden los derechos del colectivo que representan, realizan una labor de concienciación y apoyo social, educan en hábitos saludables y promueven la investigación.

La integración de las asociaciones de pacientes en los programas de deshabituación tabáquica enriquece el trabajo y permite añadir el punto de vista de las personas que conviven con la enfermedad, pudiendo conocer de primera mano las necesidades de los colectivos que representan.

La falta de apoyo es una gran dificultad para el fumador, por eso el trabajo de las asociaciones es importante, porque le dan cobertura haciendo de su reto algo común en el resto del grupo, facilitando a la persona el proceso de deshabituación tabáquica.

UNIDADES DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

Son unidades monográficas que se dedican exclusivamente al diagnóstico, abordaje y tratamiento del tabaquismo, en las que se desarrollan diferentes tipos de actividades: asistenciales, docentes y de investigación.

No existen unos criterios de uniformidad a nivel nacional sobre la configuración de este tipo de unidades, estando lideradas por un experto en tabaquismo (neumólogo, cardiólogo o psiquiatra, generalmente) y formadas por un equipo multidisciplinar de profesionales.

Los criterios principales de derivación a la unidad especializada son:

- Personas recurrentes que han recaído varias veces
- Pacientes con patologías en las que dejar de fumar puede evitar el empeoramiento o avance de la enfermedad
- Pacientes con enfermedades crónicas (EPOC, nefropatías, cardiopatías...)
- Pacientes con patología psiquiátrica grave
- Pacientes con drogodependencias asociadas

OFICINAS DE FARMACIA

Además de los médicos de Atención Primaria, neumólogos, cardiólogos, equipo de enfermería y otros profesionales sociosanitarios, el personal que trabaja en las oficinas de farmacia son parte de la cadena sanitaria responsable de la educación sanitaria de la sociedad y pieza básica en la prevención de enfermedades provocadas por malos hábitos adquiridos.

A través de las oficinas de farmacia se accede a una gran parte de la ciudadanía y a fumadores que, al no tener un diagnóstico de otra enfermedad, no acuden al resto de profesionales sanitarios.

Ante la sospecha de que la persona es fumadora, se recomienda al personal de farmacia preguntar si le gustaría

dejar de fumar y en caso afirmativo, informar sobre el servicio de deshabituación tabáquica que se realiza en la oficina de farmacia y/o la de intervenciones ofrecidas por otros profesionales del Sistema Nacional de Salud.

RECURSOS TECNOLÓGICOS

- **Aplicaciones móviles**

Las aplicaciones móviles (App) pueden ser una buena herramienta como recurso de apoyo para las personas que se encuentran en el proceso de deshabituación tabáquica.

Para que una app sea útil debe estar basada en evidencia científica, en intervenciones cognitivo-conductuales, fortalecer el plan de acción y ofrecer consejos motivacionales, y no meramente una calculadora de lo que ya no se consume o el ahorro económico que supone a la persona no fumar.

Importante: las app no sustituyen al profesional

APP RECOMENDADAS

- **Respirapp:** Aplicación gratuita de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)
- **S'Acabó:** Aplicación gratuita de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET)

- **Mensajes de texto**

Existen estudios que evidencian que el envío de mensajes de texto (SMS) a personas que desean dejar de fumar, aumentan un 70-80% las probabilidades de éxito.

- **Internet**

Como en la búsqueda de información sobre otras patologías, es mucha la información que navegando por internet puede encontrarse referente al tabaquismo y a las técnicas de deshabituación, pero no toda es útil ni fiable. Por ello se recomienda visitar las páginas web de organizaciones médicas, científicas y especializadas en tabaquismo.

MITOS Y LEYENDAS: Ideas erróneas en deshabituación tabáquica

- **Cigarro electrónico:** Los componentes principales, además de nicotina en los casos en que está presente, son el propilenglicol, con o sin glicerol, y aromatizantes, es decir, contienen otros productos químicos, algunos de ellos considerados tóxicos. Por tanto, no es un medicamento ni una herramienta a utilizar en deshabituación tabáquica, no se ha demostrado que sea seguro y no elimina el factor gestual de llevar el cigarro a la boca.

La Directiva 2014/40/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 3 de abril de 2014, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco, que entró en vigor el día 19 de mayo de 2016, equipara los cigarrillos electrónicos al tabaco tradicional (cigarrillos, de liar, de pipa, puros...).

- **El tabaco *light* o el rubio es menos dañino:** Todas las clases de tabaco son igual de perjudiciales para la salud. El Ministerio de Sanidad en RD 1079/2002, de 18 de octubre, en su art. 7 sobre descripciones de producto, dice explícitamente *“A partir del 30 de septiembre de 2003, y sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado 1 del artículo 5, se prohíbe la utilización en las unidades de envasado de productos del tabaco comercializados en España de textos, nombres, marcas e imágenes u otros signos que den la impresión de que un determinado producto del tabaco es menos nocivo que otros”*.
- **Una persona que fuma menos de 5 cigarrillos diarios no es fumadora:** Cualquier cantidad en el consumo de tabaco es perjudicial, no hay un umbral seguro respecto a esta adicción. Cuánto más fumas, obviamente es peor, pero no solo influye la cantidad que se fuma sino cómo se fuma (número e intensidad de aspiraciones).
- **Fumar tranquiliza:** La nicotina puede neuromodular el ánimo porque puede ser ansiolítica, pero la tolerancia a la misma con el paso del tiempo es menor y se necesita más cantidad para el mismo efecto, siendo la ausencia de nicotina entre cigarro y cigarro lo que provoca nerviosismo.
- **Fumar me ayuda a controlar el peso:** Dejar de fumar engorda una media de 3-5 kilos, por eso es necesario incorporar en el proceso de deshabituación tabáquica el ejercicio físico y una dieta equilibrada. Es una consecuencia que puede ser tratada más adelante.

DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN COLECTIVOS ESPECÍFICO

Como anteriormente se señala, la intervención del proceso de deshabituación tabáquica debe de personalizarse a las características de cada persona. Este apartado tiene como propósito abordar aspectos particulares y concretos que debemos tener en cuenta a la hora de ofrecer apoyo para dejar de fumar a determinados colectivos de personas, que además de las características individuales, comparten unas singularidades específicas comunes por su enfermedad o condición que es necesario ahondar de manera más específica.

Deshabitación tabáquica en personas con Enfermedad Pulmonar Obstruictiva Crónica (EPOC)

El tabaquismo es la principal causa de la aparición de la enfermedad pulmonar obstruictiva crónica (EPOC). En los países desarrollados hasta un 85-90% de los diagnósticos de EPOC tienen su origen en el tabaquismo, y además se debe tener en cuenta que entre un 15-20% de los fumadores son susceptibles de desarrollar esta enfermedad.

La intervención en tabaquismo es fundamental para este colectivo de personas y por ello el tratamiento para la cesación debe estar incluido en los programas de manejo integral de las personas con EPOC. Es importante que los profesionales sanitarios no tengan un papel meramente informativo, sino que adquieran un papel proactivo por la importancia que tiene para estos pacientes el abandono del tabaco para frenar el deterioro progresivo de su función pulmonar.

PREVALENCIA

La prevalencia de personas con EPOC que fuman es elevada y variable (dependiendo del grado de severidad de la enfermedad y la edad). En España, según los datos del estudio IBERPOC, un 34% de personas con EPOC fumadoras no han realizado nunca intentos previos para dejar de fumar y, además los datos del estudio AUDIPOC, nos indican que un 20% de personas con EPOC ingresadas en el hospital son fumadores activos.

CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON EPOC FUMADORAS

- Pacientes con un índice de tabaquismo acumulado mayor, es decir, un mayor consumo (años/paquete)
- Tienen un patrón de consumo específico y, aunque fumen menos cigarros, dan caladas más profundas y aguantan más el aire (humo) en los pulmones, siendo las cifras de monóxido de carbono en estos pacientes más altas de lo esperable para los cigarros que consumen
- Tienen un mayor grado de dependencia a la nicotina
- Tienen una baja motivación y autoeficacia, considerándose poco capaces para dejar de fumar
- Tienen ideas erróneas o falsas creencias (“*si ya estoy enfermo qué más da que deje de fumar*”) y preocupación por el aumento de peso ya que consideran que el aumento de kilos que van a ganar les va a empeorar la sensación de disnea
- Tienen más comorbilidades psicológicas: estado de ánimo más bajo y depresión
- Han recibido consejo para cesación en más ocasiones, han realizado más intentos de cesación tabáquica y han utilizado más tratamientos que los fumadores que no tienen EPOC
- Solo un pequeño porcentaje de las personas con EPOC fumadoras dejan de fumar sin ningún tipo de ayuda y, por ello, con más frecuencia estos pacientes precisan ser atendidos en consultas y en Unidades Especializadas de Deshabituación Tabáquica

BENEFICIOS DE DEJAR DE FUMAR EN LAS PERSONAS CON EPOC

Es básico y fundamental que las personas con EPOC abandonen el tabaco y es necesario que conozcan los beneficios que obtendrían si cesaran de fumar:

- Frena el deterioro progresivo del FEV1 (función pulmonar), convirtiéndose la cesación de tabaco como la única medida, independientemente de los fármacos, que frena el deterioro progresivo de la enfermedad
- La tasa de disminución FEV1 es mayor entre los pacientes con EPOC que continúan fumando frente a los que dejan de fumar
- Los fumadores con EPOC que no dejan de fumar pierden el doble de capacidad pulmonar al año que los pacientes que lo dejan
- Se reducen los síntomas y se produce una mejor calidad de vida
- Mejora la respuesta de los tratamientos farmacológicos (broncodilatadores y esteroides)
- Se reduce las exacerbaciones agudas y las infecciones bronquiales
- Hay que ofrecerles a todas las personas con EPOC fumadoras un consejo sanitario y plan de acción para cesar de fumar
- Hay que adaptar las intervenciones a las características diagnósticas del paciente
- Como decíamos, la intervención recomendada es la combinación de la terapia cognitivo conductual intensiva (TCC) + tratamiento farmacológico (TF)
- Hacer un correcto diagnóstico es fundamental

La normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) añade algunas recomendaciones a las anteriores para el tratamiento del tabaquismo en fumadores con EPOC, haciendo una diferencia significativa entre pacientes recién diagnosticados y aquellos que ya han sido previamente diagnosticados, para adaptar la intervención terapéutica en función de las características de unos u otros.

DIAGNÓSTICO EN PERSONAS CON EPOC FUMADORAS

Los estudios han demostrado que los tratamientos para dejar de fumar son coste-efectivos en la población en general y también lo han hecho evidente en este colectivo específico.

Se ha demostrado que el tratamiento con una mejor relación coste-efectividad **para la cesación tabáquica en las personas con EPOC fumadoras es la combinación de una terapia conductual intensa (tratamiento psicológico) con el tratamiento farmacológico**, al igual que para los fumadores en general (nivel de evidencia A), no existiendo evidencia para recomendar ninguna forma particular de tratamiento conductual o farmacológico en este subgrupo de pacientes.

La intervención en tabaquismo recogida en todas las guías, nacionales e internacionales, para el tratamiento del tabaquismo en personas con EPOC fumadoras señalan los siguientes aspectos:

- Es prioritario que este colectivo de personas dejen de fumar ya que es la única medida que va a cambiar el curso clínico de su enfermedad
- El índice de tabaquismo (número años/paquete) y clasificarlos
- El grado de motivación y las razones
- El grado de dependencia a través del test de Fagerström
- Si existen intentos previos de dejar de fumar
- Puede ser útil realizar una cooximetría para el diagnóstico y, sobre todo, durante el seguimiento con fines motivacionales
- Ver el nivel de monóxido de carbono (CO). El punto de corte de CO para discriminar entre fumadores y no fumadores es del 5 ppm (partes por millón).

Diagnóstico en fumadores con EPOC previamente diagnosticada

En este tipo de pacientes existen ciertas diferencias respecto a las personas recién diagnosticadas de EPOC porque, en general, ya han recibido numerosos consejos por parte de distintos profesionales sanitarios para dejar de fumar y porque también cuentan con una alta presión familiar. Todo ello hace que si han realizado intentos previos y han fracasado en su propósito sientan frustración por lo que se debe cambiar el enfoque en el tratamiento a seguir.

Para realizar el diagnóstico idóneo previo a la valoración del tratamiento de intervención en personas fumadoras con EPOC previamente diagnosticada, se recomiendan las pautas generales pero con algunos matices:

- No es tan importante conocer el índice de tabaquismo acumulado sino conocer el **número de cigarros fumados al día**.
- Para conocer el grado de dependencia es mucho más interesante plantearlo a través de la pregunta ¿cuánto tiempo tarda el fumador en consumir un cigarro tras levantarse? Si fuma antes de los 30 minutos siguientes tiene una dependencia alta. En este tipo de pacientes es más interesante plantearlo así que no a través del test de Fagerström.
- Para conocer el grado de autoeficacia y motivación se recomienda utilizar una escala analógica de 0 a 10. Por encima de una valoración de 8 puntos serán fumadores motivados y con autoeficacia alta.
- **Es importante** en este tipo de pacientes, por su posible estado de ánimo bajo y sentimientos de frustración comentados anteriormente, **valorar el estado de ánimo por la posible comorbilidad del estado de ánimo deprimido**. A través de preguntas sencillas como: ¿ha tenido sentimiento de tristeza en el último mes?, ¿no se siente con ganas de hacer cosas que antes le gustaban?, podemos intuir que respuestas afirmativas sugieren estados de emoción bajo o de depresión.
- **Valorar motivación y autoeficacia**
- **Realizar cooximetría**

- Puede ser interesante **determinar el grado de cotinina en sangre o en orina** para ajustar de forma más precisa la pauta de tratamiento, sobre todo si vamos a usar Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN). Esta prueba se suele realizar en Unidades de Deshabitación Tabáquica

TRATAMIENTO EN PERSONAS CON EPOC FUMADORAS

Siguiendo este enfoque de la SEPAR, el tratamiento de personas fumadoras diagnosticadas con EPOC (recién o previamente diagnosticada) es la terapia cognitivo conductual intensiva (TCC) en combinación con tratamiento farmacológico (TF).

La TCC se basará en:

- Explicar relación tabaquismo - EPOC
- Informar de los beneficios de dejar de fumar
- Utilizar resultados de espirometría y cooximetría con fines motivadores dado que son datos objetivos y ver cómo cambian estos valores al dejar de fumar
- Programar un plan específico de seguimiento del proceso de deshabitación tabáquica independiente al plan de seguimiento de la EPOC
- Elección día D
- Identificación situaciones de alto riesgo
- Desarrollo de conductas alternativas
- Explicación síndrome de abstinencia
- Folletos informativos
- Recomendaciones para evitar ganancia peso
- Soporte intratratamiento: envío de cartas, SMS, e-mails,...

Para los fumadores con EPOC previamente diagnosticada se recomienda, con el objetivo de mejorar su autoeficacia, reforzar el mensaje del profesional siendo más empático y comprensivo para evitar la confrontación, ofertar más apoyo del equipo sanitario e informar que existen nuevos tratamientos y nuevas formas de cesación tabáquica.

Respecto al TF a prescribir dependerá de si la persona quiere dejar de fumar o no, encontrándonos las siguientes situaciones:

- Personas que desean dejar de fumar y tienen una dependencia baja. Para ellas es recomendable el uso de TSN, Vareniclina y/o Bupropion en las dosis y tiempo estándar
- Personas que desean dejar de fumar y tienen una dependencia alta. Para ellas es recomendable:
 - Vareniclina en pauta más larga
 - TSN dosis altas.
 - Combinación de TSN
 - TSN durante 6 o más meses
 - Utilización de TSN antes del Día D
 - Bupropion durante 6 meses
 - Bupropion más TSN
 - Vareniclina 4 semanas previo día D
 - Vareniclina más TSN
 - Vareniclina más Bupropion
- Personas que no quieren dejar de fumar. A ellas se les debe proponer una reducción progresiva a través con TSN o Vareniclina

(Información basada en la exposición realizada por la Dra. Ángela Ramos. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, en la jornada "Dejar de fumar. Un reto de todos. Recursos para promover la deshabituación", sept. 2016)

Deshabituación tabáquica en personas con trastorno mental grave (TMG)

Existen muchas ideas erróneas relacionadas con la deshabituación tabáquica en personas con TMG, especialmente en esquizofrenia, tales como que los pacientes no desean tratarse, que los tratamientos no son efectivos, que el tabaquismo es un mal menor, o que no pueden prescribirse antidepresivos en este colectivo.

Hay que subrayar que es fundamental hacer una abordaje integral a las personas diagnosticadas con TMG, con especial atención a su salud física (tabaquismo, aumento de peso, hipertensión,...).

Respecto al tratamiento de la dependencia tabáquica

en personas con TMG, hoy en día existen tratamientos eficaces y seguros, y se debe conocer que pueden utilizarse antidepresivos siempre y cuando se haga de una manera correcta. Además, los profesionales de salud mental deben desarrollar un papel más proactivo para ayudar a este colectivo a dejar de fumar, con especial hincapié en los que trabajan en hospitales psiquiátricos, y evitar el paternalismo en el proceso de deshabituación tabáquica.

Hay que destacar que la Ley 42/2010, de 30 de diciembre de 2010, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, ha favorecido también la deshabituación tabáquica en este colectivo de personas.

En este apartado nos centraremos en esquizofrenia y realizaremos un acercamiento al trastorno bipolar, por ser las dos patologías dentro de este grupo que tienen mayor peso.

DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

El alto grado de mortalidad asociado a la enfermedad mental ha sido ampliamente documentado. Gran parte del interés se ha centrado en el aumento del riesgo de suicidio, a pesar de que la mayor parte del riesgo del exceso de mortalidad, el 50%, se debe a enfermedades físicas, como las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias y el cáncer, es decir, por causas relacionadas con el tabaco.

Implicaciones del consumo de tabaco o cesión tabáquica en personas con esquizofrenia

Existe una clara asociación entre el consumo de tabaco y la esquizofrenia, pudiéndose destacar:

- Mayor proporción de fumadores, y con mayor dependencia, que en población general
- Mayor proporción de fumadores que en otros trastornos mentales, seguido de los trastornos bipolares y los trastornos afectivos unipolares como, por ejemplo, la depresión
- El consumo de tabaco se mantiene a lo largo de las

diferentes culturas, influyendo en el mismo los factores psicosociales, genéticos y culturales, entre otros, pero en esta patología cobran más importancia los factores biológicos

- Influyen en esta asociación los factores de

vulnerabilidad genética compartida, soliendo este colectivo comenzar a fumar antes de desarrollar la enfermedad

- Existe una mayor proporción de varones con esquizofrenia fumadores que de mujeres

FACTORES Y OBSTÁCULOS QUE INFLUYEN EL PROCESO DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

Existen una serie de factores y obstáculos que influyen en el proceso tabáquico y de cesación, respectivamente, en las personas con esquizofrenia que hay que añadir a los ya mencionados anteriormente para la población en general. Estos son:

Factores de riesgo en la iniciación del consumo:

- Pobreza, bajo nivel educativo y situación de desempleo
- Acceso a tabaco
- Influencia de compañeros
- Impulsividad
- Estrés

Factores que promueven el mantenimiento del consumo:

- Fuertes efectos de la nicotina (positivos y negativos) sobre los síntomas de la enfermedad y cognición
- Ausencia de refuerzos alternativos

Obstáculos para dejar de fumar en la fase inicial:

- Tratamientos y/o participación del profesional inadecuados
- Pocos recursos para hacer frente al estrés
- Necesidad de alivio del *craving* inmediata
- Necesidad de sentir placer

Obstáculos para dejar de fumar con éxito:

- Efectos de la abstinencia en el estado de ánimo y la cognición
- Intolerancia al malestar y especial sensibilidad a la ansiedad
- Ausencia de apoyo social
- Ausencia de refuerzos alternativos

INFLUENCIA DEL TABACO EN LA ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL (TM)

El tabaco es un condicionante a la hora de elegir qué tratamiento debe seguir una persona diagnosticada de un TM, grave o no, ya que los componentes de tabaco, tanto la nicotina como elemento adictivo así como otros componentes del mismo, pueden influir e interactuar con la medicación para este tipo de trastornos, sobre todo si se decide optar por un tratamiento antipsicótico. En este sentido cabe destacar:

- Interacciones farmacocinéticas del consumo de tabaco

y fármacos para el tratamiento de TM

- Es muy importante conocer que la retirada del tabaco y, por tanto, de la nicotina, puede provocar similares síntomas característicos de los TM y pueden confundirse con los propios de la evolución de la enfermedad. Circunstancia parecida que ocurre cuando se retira el consumo de la cafeína

(Información basada en la exposición realizada por el Dr. Manuel Arrojo. Facultativo Especialista de Psiquiatría en el Complejo Hospitalario de Santiago. Vocal de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, en la jornada "Dejar de fumar. Un reto de todos. Recursos para promover la deshabituación", sept. 2016)

Deshabitación tabáquica en personas con discapacidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que la discapacidad es un término general que abarca las deficiencias (problemas que afectan a una estructura o función corporal), las limitaciones de la actividad (dificultades para ejecutar acciones o tareas) y las restricciones de la participación (problemas para participar en situaciones vitales).

Por consiguiente, **la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.**

Por tanto, podemos hablar de personas con discapacidad, pero también de personas con otras capacidades.

PREVALENCIA

En España, el 9% de la población tienen alguna discapacidad (4 millones), 7 de cada 100 hombres y 10 de cada 100 mujeres. Y para abordar cualquier tema que compete a ellas en temas sanitarios y sociales, hay que conocer que este colectivo de personas tienen una peor salud en términos generales, resultados académicos más bajos, una participación menor en la economía y registran tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad (este último rasgo lo comparten con el colectivo de personas con TMG). A estas características, hay que añadir al hablar de tabaquismo, que este incrementa las desigualdades en salud a la población en general.

DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Resulta extremadamente preocupante que no exista, en relación a este colectivo, información básica sobre algunos indicadores como el índice y/o mortalidad de algunas enfermedades (cáncer, diabetes mellitus, hipertensión, obesidad, enfermedades de transmisión sexual...), el índice de mortalidad por accidentes de tráfico y suicidio, o indicadores del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, ya que estas son algunas de las principales causas de fallecimiento en la población en general y, por tanto, se debería conocer la información específica de la misma sobre este colectivo. El desconocimiento de los datos

sobre estos indicadores tiene, entre otras consecuencias, la ausencia de políticas de prevención específicas para este colectivo.

Con motivo de la ausencia de esta información, nace el proyecto POMONA-ESP (www.proyectopomona.com) para conocer los indicadores de salud en personas con discapacidad intelectual.



En agosto de 2016 se han presentado los resultados preliminares que indican que un **12% de las personas con discapacidad intelectual son fumadores**, una cifra porcentual muy por debajo de la población en general.

Este bajo índice de fumadores es debido a que es un colectivo sobreprotegido (exceso de paternalismo), a la escasa capacidad de decisión de estas personas para realizar algunas actividades, a sus dificultades de acceso al ocio y a mantener relaciones sociales “normalizadas”.

Para realizar un correcto proceso de intervención en deshabituación tabáquica, se debe partir de la premisa de que a las personas con discapacidad les ocurre lo mismo que a las personas que no tienen ninguna, y es encontrar la capacidad para dejar de fumar, además de la necesidad de individualizar estos procesos a cada persona.

Las personas con discapacidad necesitan programas de salud para sentirse bien, estar activas y formar parte de la comunidad, mismas razones que el resto de la población. La importancia y necesidad de “sentirse sano” es común a todas las personas, independientemente de los condicionantes físicos, intelectuales y sociales de cada individuo, para poder llevar una vida plena y activa.

Por tanto, es un derecho de este colectivo que conozca los problemas de salud relacionados con su

discapacidad (dolor, depresión o un mayor riesgo de ciertas enfermedades, entre otros) y cómo pueden ser tratados, para lo que es necesario contar y dotar a estas personas de herramientas e información que les permita tomar decisiones saludables y conocer cómo prevenir enfermedades.

En la profundización de las mejores prácticas en deshabituación tabáquica para las personas con discapacidad, se hace patente la ausencia de estudios que evidencien qué programas son los más oportunos a realizar. A continuación se sugieren procesos y claves basadas en la experiencia y reflexión de los profesionales que participan en el Plan de Prevención y Control del Tabaquismo de Cantabria y el trabajo que realizan en la Fundación Cántabra para la Salud y el Bienestar Social.

- Lo principal y necesario, como para cualquier persona que desea dejar de fumar, es realizar un correcto diagnóstico clínico y conocer las comorbilidades, motivación y autoeficacia.
- Es necesario informar y sensibilizar a los profesionales sociosanitarios que trabajan con personas con discapacidad de la importancia de transmitir hábitos de vida saludable como el no consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Realizar formación a los profesionales sociosanitarios en materia de deshabituación tabáquica para que puedan intervenir eficaz y eficientemente.
- Es necesario informar y sensibilizar a las personas con discapacidad, explicando los beneficios de la cesación tabáquica, individualizando el consejo sanitario y ofreciendo la seguridad de que van a contar con apoyo, si lo desean, siempre adaptado a sus necesidades.
- Se debe realizar material adaptado a este colectivo: videos y audios, entre otros.
- Involucrar y contar con la opinión y participación activa de las asociaciones de pacientes. Esta implicación será más acusada si a los profesionales, o las personas que colaboran activamente en las asociaciones, se les forma en deshabituación tabáquica e, incluso, se les ofrece un plan de cesación tabáquica a ellos mismos, independientemente de si son personas con discapacidad o no.
- Realizar refuerzos positivos mayores que en los programas de deshabituación de la población en general.
- Importante contar con personas de apoyo cercanas al paciente que puedan acompañarle en el proceso física y emocionalmente (familiar, amigo, terapeuta...).
- Necesidad de mayor dedicación (mayor tiempo) por parte de los profesionales sociosanitarios debido a que el plan de acción y seguimiento de estas personas será, por lo general, más largo en el horizonte temporal que para la población en general.
- Proponer intervenciones en grupo al ser una terapia más coste-efectiva, por incrementar la motivación individual al contar también con una colectiva, por compartir un compromiso grupal, por mejorar la adherencia a las tareas para hacer en casa, y por ser el aprendizaje más entretenido, entre otras razones. Aunque es importante estar muy alerta ante las recaídas individuales porque un mal manejo de esta situación puede llevar a recaídas en cadena.
- La valoración de medicación farmacológica se debe realizar de manera individualizada aunque la terapia psicológica se realice en grupo.

(Información basada en la exposición realizada por Dña. Blanca María Benito. Psicóloga y técnica del Plan de Prevención y Control del Tabaquismo de Cantabria. Fundación Cántabra para la Salud y el Bienestar Social. Secretaria de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo, en la jornada "Dejar de fumar. Un reto de todos. Recursos para promover la deshabituación", sept. 2016)

ANEXO



Como se ha señalado anteriormente, el consumo de tabaco es un problema de salud pública a nivel mundial, siendo el principal factor de riesgo de muchas enfermedades como el cáncer o las enfermedades pulmonares y cardiovasculares, y ofrecer soporte a las personas que deseen abandonar el hábito tabáquico es una prioridad para las autoridades sanitarias y las organizaciones del ámbito de la salud.

Con este propósito, el 30 de septiembre de 2016, Fundación MÁS QUE IDEAS celebró la jornada **“DEJAR DE FUMAR: UN RETO DE TODOS. Recursos para promover la deshabituación”**, un espacio de encuentro y formación dirigido a personas que trabajan o trabajarán en el ámbito de la salud con interés en los procesos de deshabituación tabáquica.

Esta jornada logró reunir a 11 organizaciones (asociaciones de pacientes, ONG, sociedades científicas y empresas) y a 11 profesionales expertos que aportaron sus conocimientos y experiencia en deshabituación tabáquica, generándose un diálogo, reflexión y debate entre profesionales de la neumología, cardiología, psicología, enfermería, medicina familiar, farmacia, psiquiatría y representantes de organizaciones, compartiendo la información con las más de 60 personas que acudieron a la jornada, en su mayoría profesionales sanitarios y representantes de organizaciones de pacientes.

Organizaciones colaboradoras:



Sociedades científicas que avalaron:



PROGRAMA JORNADA:

DEJAR DE FUMAR: UN RETO DE TODOS. Recursos para promover la deshabituación

16.30 Bienvenida.

16.40 Tabaco y condicionantes físicos, emocionales y sociales de la deshabituación

- **Dra. Eva de Higes.** Neumóloga del **Hospital Universitario Fundación Alcorcón** de Madrid. Miembro del Área de Tabaquismo de la **Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica** (SEPAR) y Coordinadora del Grupo Emergente de Tabaquismo de la SEPAR

17.00 Coloquio: Buenas prácticas en las intervenciones de deshabituación tabáquica

- **D. Pedro Aguilar.** Psicólogo del Departamento de Prevención y Promoción de la Salud de la **Asociación Española contra el Cáncer** (AECC)
- **Dra. Regina Dalmau.** Cardióloga del **Hospital Universitario La Paz** de Madrid. Presidenta del **Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo** (CNPT)
- **Dra. Eva de Higes.** Neumóloga del **Hospital Universitario Fundación Alcorcón** de Madrid. Miembro del Área de Tabaquismo de la **Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica** (SEPAR) y Coordinadora del Grupo Emergente de Tabaquismo de la SEPAR
- **Dr. José Luis Díaz-Maroto Muñoz.** Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador Nacional del Grupo de Tabaquismo de la **Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria** (SEMergen)
- **Dña. Leire Gaztelurrutia.** Farmacéutica comunitaria en Barakaldo. Responsable de Tabaquismo en el Grupo de Respiratorio de la **Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria** (SEFAC)
- **Dr. César Minúe.** Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de Abordaje al Tabaquismo (GAT) de la **Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria** (SemFyc).
- **Dña. Raquel Nieto.** Representante de la **Federación Nacional de Asociaciones de Pacientes Alérgicos y con Enfermedades Respiratorias** (FENAER)
- **María Soledad Casasola.** Enfermera y Jefa del Servicio de Atención al Paciente del **Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid**. Colaboradora del Grupo de Tabaquismo de la **Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria** (SEMergen)

19.00 Deshabitación tabáquica en colectivos específicos

- **Personas con EPOC:** Dra. Ángela Ramos. **Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)**
- **Personas con trastorno mental grave:** Dr. Manuel Arrojo. Facultativo Especialista de Psiquiatría en el **Complejo Hospitalario de Santiago**. Vocal de la **Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB)**
- **Personas con discapacidad:** Dña. Blanca María Benito. Psicóloga y técnica del **Plan de Prevención y Control del Tabaquismo de Cantabria. Fundación Cántabra para la Salud y el Bienestar Social**. Secretaria de la **Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET)**

20.15 Despedida

BIBLIOGRAFÍA

1. Página web de la Organización Mundial de la Salud
www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es
2. Deshabitación tabáquica. Boletín INFAC
www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v16_n1.pdf
3. Página web de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC)
www.aecc.es/SOBREELCANCER/PREVENION/TABACO/Paginas/Datosdeinteres.aspx
4. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. Plan de medidas MPOWER
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43897/1/9789243596280_spa.pdf
5. Martínez B, Alonso J, Ramal J, et al. Eficacia y efectividad de los programas de deshabitación tabáquica (2007)
www.psiquiatria.com/adicciones/eficacia-y-efectividad-de-los-programas-de-deshabituacion-tabaquica
6. Página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/programaJovenes/consumo_porque.htm https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol32_3ManejoTabaquismo.pdf
7. Manual de Abordaje del Tabaquismo en Atención Primaria (Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria)
<http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/drogodependencias/manual%20con%20ISBNpdf.pdf>
8. Boletín Oncológico del Área Sanitaria de Teruel. Tabaquismo: Consejo sanitario y deshabitación tabáquica
http://www.boloncol.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=43
9. Servicio Farmacéutico de Deshabitación al Tabaco DE DESHABITUACIÓN. Marian March, Pere Travé, M. Angeles Via, Margarita Fuentes, Josefa Badia. Universitat de Barcelona
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/27503/1/aula%20deshabituacion%20al%20tabaco.pdf>
10. Guía para dejar de fumar de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) https://www.uclm.es/servicios/prevencion/actividades/Tabaco/guia_AECC.pdf

NOTAS

#UnRetoDeTodos

DEJAR DE FUMAR

Un reto de todos

Recursos para promover la deshabituación



#SumandoenSalud

