

## EL PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID

José Javier Moreno

Centro de Promoción de Hábitos Saludables. Ayuntamiento de Madrid

### Resumen

Fumar es el factor prevenible más importante de entre los asociados con enfermedad y muerte en los países desarrollados, existiendo evidencia de su relación con la aparición de distintos tipos de cánceres, por lo que todos los planes de prevención de esta enfermedad incluyen la reducción del consumo de tabaco como uno de sus objetivos centrales. Según la evidencia disponible, los procedimientos de elección para el tratamiento del tabaquismo son los que utilizan tratamientos psicológicos de tipo conductual de amplio espectro, combinados o no con intervenciones farmacológicas. En este artículo se presenta el fundamento teórico, los ingredientes terapéuticos y una breve guía de sesiones del Programa para Dejar de Fumar del Ayuntamiento de Madrid, programa multicomponente en formato grupal que se ejecuta en los 15 centros municipales "Madrid Salud". Se presentan sus resultados principales y se concluye con una argumentación a favor del tratamiento psicológico, frente al reduccionismo biologicista imperante fuertemente condicionado por intereses de la industria farmacéutica.

**Palabras clave:** Tabaco, Dejar de fumar, Tratamiento Psicológico, Tratamiento Farmacológico.

### Abstract

Smoking is the most important prevention factor related to disease and death in developed countries. There is scientific evidence of its relation with different types of cancer so all prevention strategies in this disease include tobacco consumption reduction as a principal objective. According to the evidence available, election procedures in smoking treatment are those which use psychological treatment combined or not with pharmacological treatment. This paper presents a theoretical foundation, therapeutic ingredients and a brief sessions guide from the "Programa para Dejar de Fumar del Ayuntamiento de Madrid", a multicomponent group program carried out in 15 municipal centres "Madrid Salud". Main results are presented and the paper concludes with an argument in favour of the psychological treatment in front of the prevailing biological reductionism hardly associated with pharmaceutical industry interests.

**Key words:** Tobacco, Smoking cessation, Psychological Treatment, Pharmacological Treaten.

---

### INTRODUCCIÓN

Las abrumadoras consecuencias sanitarias y económicas que produce el

consumo de tabaco, en nuestro país y en cualquier otro, hacen que su disminución constituya un objetivo prioritario de cualquier estrategia de salud pública.

---

#### Correspondencia:

José Javier Moreno  
Centro de Promoción de Hábitos Saludables. Ayuntamiento de Madrid  
C/ Navas de Tolosa 10, 2º. 28013 Madrid.  
E-mail: [morenoajj@munimadrid.es](mailto:morenoajj@munimadrid.es)

Fumar tabaco es un comportamiento que constituye la causa aislada prevenible más importante de enfermedad y muerte en los países desarrollados, entre ellos el nuestro. Se calcula en más de 50.000 el número de muertes anuales provocadas en España por enfermedades asociadas directamente al tabaquismo<sup>(1)</sup>. Según estimaciones de Peto et al.<sup>(2,3)</sup>, las muertes ocurridas debido al consumo de tabaco implican una pérdida de entre 10 y 20 años de vida. Recientemente se ha estimado en 4.260 millones de euros el coste directo en atención sanitaria de la proporción atribuible al tabaquismo de un conjunto de seis enfermedades sobre las que existe evidencia de su relación causal directa con el hábito de fumar (EPOC, asma, enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, cáncer de pulmón y bajo peso al nacer)<sup>(3,4)</sup>. En esta estimación no se tienen en cuenta los costes derivados de otras enfermedades igualmente asociadas al tabaco, ni tampoco los costes indirectos derivados del absentismo laboral, pérdidas de productividad o pensiones.

En cuanto a la asociación entre consumo de tabaco y probabilidad de padecer distintos tipos de cáncer, existe evidencia de la misma en los casos de cáncer de labio, cavidad oral, faringe, laringe, esófago, tráquea, bronquios, pulmón, vejiga, riñón y pelvis renal<sup>(6)</sup>, estimándose que el tabaco está asociado al 30% de los tumores malignos en general. En el caso del cáncer de pulmón, se estima que el tabaco es responsable directo del 85% de los casos, multiplicándose el riesgo de padecerlo entre 5 y 20 veces en el caso de los fumadores frente a los no fumadores<sup>(7)</sup>. Si bien el cáncer de pulmón se da en mayor proporción en varones, se observa un incremento notable de los casos entre mujeres, con tendencia a aumentar, como consecuencia de la incorporación masiva en las úl-

timas décadas de la mujer al consumo de tabaco.

Frente a esta tragedia que ocurre cotidianamente ante nuestros ojos, las políticas de actuación pasan por la adopción de medidas que buscan la protección de la población fumadora y no fumadora sobre la contaminación producida por el humo del tabaco, la información veraz sobre el producto, el control de sus componentes y su comercialización, al aumento de los precios, la protección de la población frente a las presiones hacia su consumo, la reducción de la disponibilidad y la accesibilidad del tabaco y, obviamente, la asistencia a los fumadores para que decidan abandonar su hábito y dispongan de recursos para conseguirlo<sup>(8)</sup>.

La magnitud del problema (un tercio de la población adulta española es fumadora) contrasta sin embargo con el hecho de que la mayoría de los fumadores declara que desea dejar de fumar y un 60% de ellos lo ha intentado alguna vez<sup>(9)</sup>. Según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>(10)</sup>, sólo un 2% de todos los intentos de dejar de fumar son exitosos después de un año. Dejar de fumar suele ser, en efecto, un objetivo a menudo costoso y frecuentemente asociado al fracaso si no se dispone del tratamiento adecuado. El hábito de fumar provoca una dependencia intensa, lo que ha motivado su inclusión en las clasificaciones de trastornos producidos por drogas psicoactivas (ICD-10, DSM IV). Con una finalidad ilustrativa, reproducimos en la Tabla 1 la posición de la nicotina en relación a otras drogas en lo referente a distintos aspectos que conforman su potencialidad adictiva, tal como lo valora el *Royal College of Physicians*<sup>(11)</sup>.

De modo coherente con estas consideraciones acerca del impacto socio-sanitario del consumo de tabaco y de

Tabla 1. **Posición de la nicotina en relación a otras drogas y diversos factores relacionados con la adicción**<sup>(11)</sup>.

Dependencia en los usuarios	nicotina>heroína>cocaína>alcohol>cafeína
Dificultad de consolidar abstinencia	(alcohol=cocaína=heroína=nicotina)>cafeína
Tolerancia	(alcohol=heroína=nicotina)>cocaína>cafeína
Gravedad del síndrome de abstinencia	alcohol>heroína>nicotina>cocaína>cafeína
Impacto social	mortalidad (nicotina), accidentes (alcohol), delitos (heroína, cocaína), sin impacto (cafeína)
Mortalidad	nicotina>alcohol>(cocaína=heroína)>cafeína
Importancia en la vida cotidiana usuarios	(alcohol=cocaína=heroína=nicotina)>cafeína
Intoxicación	alcohol>(cocaína=heroína)>cafeína>nicotina
Auto-administración observada en estudios con animales de laboratorio	cocaína>heroína>(alcohol=nicotina)>cafeína

la capacidad adictiva de la conducta de fumar, la reciente Ley 28/2005 incluye un apartado dedicado a las “Medidas de prevención del tabaquismo, de promoción de la salud y de facilitación de la deshabituación tabáquica”, donde se plantea el desarrollo de unidades de deshabituación tabáquica en la red asistencial. La aparición e incremento numérico de dichos recursos asistenciales, dependientes de distintas administraciones o entidades privadas es, sin embargo, notablemente anterior a la ley, y su existencia y criterios de funcionamiento se vieron impulsados de modo decisivo por la aprobación de los distintos planes autonómicos y del propio Plan Nacional para la Prevención y el Control del Tabaquismo 2003-2007<sup>(12)</sup>.

De modo paralelo a la construcción de la respuesta institucional ante este grave problema de salud se han ido definiendo criterios y recomendaciones técnicas por parte de la comunidad científica. Conviene advertir que, lamentablemente, buena parte de los protocolos y guías de actuación elaborados y difundidos por determinadas organizaciones e

individuos están fuertemente condicionadas, de modo más o menos sutil, más o menos directo, por las presiones de la industria farmacéutica, que tienden a promover un concepto de la dependencia tabáquica como una “enfermedad” cuya “curación” pasa inevitablemente por la administración de un fármaco, a lo sumo acompañada de lo que llaman “apoyo psicológico”, olvidando que la conducta de fumar sólo es entendible y abordable de modo eficaz desde la consideración de las distintas variables biográficas que la condicionan. Pero, al margen de intereses comerciales, se ha producido en los últimos años un intenso esfuerzo por determinar cuál es la eficacia real de las distintas alternativas terapéuticas. El resultado de este esfuerzo es la publicación de distintas recomendaciones y guías, cuyas principales referencias exponemos en la Tabla 2.

En nuestro país, el estudio realizado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias obtiene unos resultados coherentes con los obtenidos por el resto, y que se sintetizan en la Tabla 3. En ella se considera el efecto combina-

Tabla 2. Principales Guías Clínicas, revisiones y metaanálisis sobre la eficacia de los tratamientos para dejar de fumar

- Guía para la práctica clínica de la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*<sup>(13)</sup>
- Guía para el tratamiento de la dependencia de la nicotina de la *American Psychiatric Association*<sup>(14)</sup>
- Informe del *Surgeon General*<sup>(15)</sup>
- Guía para tratamiento de la dependencia de la nicotina de la *Health Education Authority*<sup>(16)</sup>
- Guía del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo<sup>(17)</sup>
- Guía de la *American Psychological Association*<sup>(18)</sup>
- Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud<sup>(19)</sup>
- Guía del *National Institute on Drug Abuse (NIDA)*<sup>(20)</sup>
- Revisiones de la *Cochrane Collaboration*<sup>(21)</sup>
- Informe de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias<sup>(22)</sup>

Tabla 3. Eficacia de distintas intervenciones en el tratamiento del tabaquismo frente a la no intervención o placebo

TIPO DE INTERVENCIÓN	EFICACIA OR (IC 95%)*
<b>Manuales de autoayuda</b>	
Materiales no personalizados	1,24 (1,07-1,45)
Materiales personalizados	1,80 (1,46-2,23)
<b>Intervención mínima</b>	
Consejo médico	1,69 (1,45-1,98)
Consejo enfermería	1,50 (1,29-1,73)
Consejo telefónico por persona entrenada	1,56 (1,38-1,77)
<b>Intervenciones psicológicas intensivas</b>	
Terapia individual	1,62 (1,35-1,94)**
Terapia grupal	2,19 (1,42-3,37)
Terapia aversiva	1,98 (1,36-2,90)
<b>Intervenciones farmacológicas</b>	
Chicles nicotina	1,66 (1,52-1,81)
Parches de nicotina	1,74 (1,57-1,93)
Spray nasal de nicotina	2,27 (1,61-3,20)
Inhalador de nicotina***	2,08 (1,43-3,04)
Tabletas sublinguales	1,73 (1,07-2,80)
Bupropión	2,75 (1,98-3,81)
Nortriptilina	2,80 (1,81-4,32)
Clonidina	1,89 (1,30-2,74)

\* Todas las determinaciones fueron estadísticamente significativas.

\*\* El consejo individual tendrá mayor eficacia dependiendo del tiempo de contacto: OR= 3,2 para 91-300 minutos; OR= 2,8 para más de 300 minutos. Así como el número de sesiones realizadas: OR= 1,9 para 4-8 sesiones; OR= 2,3 para más de 8 sesiones.

\*\*\* Presentación no comercializada en España.

Fuente: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias<sup>(22)</sup>

do observado en los ensayos aleatorios controlados disponibles. El resultado se expresa en *odds ratio* (OR) entre el grupo de tratamiento y el grupo de control sobre las tasas de abstinencia a medio plazo (6-12 meses).

Las conclusiones que debemos extraer de estos datos son dos: en primer lugar, que existen tratamientos razonablemente eficaces para dejar de fumar; en segundo lugar, que los procedimientos de elección son los que utilizan tratamientos psicológicos de tipo conductual de amplio espectro o multicomponentes, combinados o no con intervenciones farmacológicas, y entre estas la terapia sustitutiva de nicotina (TSN) en alguna de sus presentaciones, o el bupropion. Esta intervención suele desarrollarse en formato grupal a lo largo de 7 u 8 sesiones de frecuencia semanal, seguidas por un período de seguimiento de un año. Los procedimientos utilizados se orientan a:

- a) Preparar al sujeto para que deje de fumar, alcanzando la motivación y el conocimiento necesarios para acometer la tarea. Se utiliza información sobre los efectos del tabaco y sobre el procedimiento a utilizar para su abandono, contratos de contingencias, autorregistros de la conducta de fumar y fijación de una fecha para dejar de fumar.
- b) Ceser el consumo de tabaco. Se utilizan procedimientos específicos que ayuden a superar las señales de abstinencia durante los primeros días o semanas: reducción gradual de la ingesta de nicotina, o apoyo farmacológico (terapia sustitutiva de nicotina o bupropion).
- c) Prevenir la recaída en el consumo, una vez que éste se ha suspendido. Se utilizan técnicas de identificación de disparadores del deseo de consumir, técnicas de habituación, técnicas

de aprendizaje de afrontamiento de situaciones de riesgo y promoción de cambios de hábitos que contribuyan a mantener la abstinencia.

A partir de estas consideraciones sobre el impacto sociosanitario del consumo de tabaco y sobre la evidencia científica disponible sobre tratamientos eficaces, el Servicio de Prevención y Promoción de la Salud del Ayuntamiento de Madrid, actualmente ubicado dentro del organismo autónomo Madrid Salud, acometió hace una década la puesta en marcha de un programa para dejar de fumar dirigido al conjunto de la población fumadora residente en la capital, y que se ejecuta en 15 centros de salud municipales repartidos por la ciudad. A continuación presentamos un resumen de sus características principales y de sus resultados.

## FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Los programas psicológicos multicomponentes se basan en la Teoría del Aprendizaje Social, es decir, parten de un modelo teórico según el cual la conducta de fumar es una conducta aprendida que se inicia y se mantiene a partir de procesos que tienen que ver con la interacción, actual y pasada, entre el sujeto y su entorno. Esta interacción es compleja, y en ella cabe distinguir distintos procesos o principios:

- a) Procesos de condicionamiento pavloviano, que explican la regularidad existente entre la conducta de fumar y los estímulos o situaciones que la anteceden. Dado que la probabilidad de fumar varía en función del contexto estimular en que se encuentra el organismo, será necesario, como parte del tratamiento, utilizar procedimientos que busquen la habituación de las respuestas de deseo, la evitación de situaciones de riesgo,

sobre todo al principio, o el aprendizaje de las formas más eficaces de afrontar determinadas situaciones asociadas al consumo, como estados emocionales, problemas o situaciones sociales.

- b) Procesos de condicionamiento instrumental, que explican la conducta de fumar por su función de su utilidad como herramienta, es decir, en función de las consecuencias reforzantes que produce para el sujeto. A lo largo de la historia del hábito, éste va consolidando distintas funciones: fumar sirve para facilitar la integración social o como rito de transición a la edad adulta (durante la adolescencia), para combatir el síndrome de abstinencia nicotínico, para regular estados emocionales como el estrés, la tristeza, la agresividad y el aburrimiento, para aumentar la estimulación y mejorar la concentración y el rendimiento en distintas y numerosas tareas o para controlar el peso. Se trata de funciones sumamente importantes y que con el tabaco se consiguen además de modo inmediato, seguro y barato. Es imperativo tener en cuenta este valor instrumental, sumamente arraigado en la biografía del individuo, para conseguir el abandono y, sobre todo, el mantenimiento de la abstinencia. La implicación terapéutica consiste en el aprendizaje de habilidades alternativas (competencia social, resolución de problemas, autocontrol emocional, eficiencia profesional) y el cambio de hábitos y contextos.
- c) Procesos de autorregulación del comportamiento, que son a su vez el resultado de la historia biográfica: el modo peculiar de valorar y afrontar las situaciones asociadas al consumo, con sus posibles sesgos cognitivos, el papel de las emociones o los re-

pertorios (o sus déficit) de competencias.

Así pues, consideramos que el mantenimiento de la conducta de fumar se debe a procesos de aprendizaje, y que por lo tanto la intervención pasa necesariamente por la modificación de esos procesos de aprendizaje.

Obviamente, la dependencia está configurada también por los procesos de ajuste biológico ante la administración repetida de la droga, que están en la base del síndrome de abstinencia de la nicotina. Se trata, sin embargo, de aspectos sumamente sobrevalorados puesto que su efecto perdura durante unos pocos días después de la suspensión del consumo y existen además fármacos y otros procedimientos conductuales que son eficaces para aliviarlos. Por otra parte, la propia experiencia del síndrome de abstinencia es un hecho biográfico cuya intensidad y aspectos emocionales asociados dependen de la forma en que el sujeto la afronte.

Conviene llamar la atención sobre la importante diferencia entre este enfoque y otro, sumamente extendido y promovido desde la industria farmacéutica, según el cual el tratamiento de elección consiste en "tratamiento farmacológico y apoyo psicológico". Este planteamiento parte de una visión reduccionista que postula que la conducta es consecuencia directa de peculiaridades en los procesos neuroquímicos que sirven de soporte al comportamiento. Por "apoyo psicológico" se entiende un abordaje complementario, no central, escasamente estructurado y de tipo motivacional. Por "tratamiento psicológico" (que es a lo que se refieren las guías y recomendaciones) debe entenderse un abordaje fundamentado teóricamente, sistematizado y llevado a cabo por un profesional de la Psicología

o al menos bajo su supervisión. Obviamente, otra cosa es que condicionantes de otro tipo (por ejemplo, la existencia o no de psicólogos en las unidades de tratamiento de tabaquismo) hagan o no posible que la intervención pueda denominarse con propiedad "tratamiento psicológico".

## **RECURSOS, CAPTACIÓN Y ASPECTOS FORMALES**

El programa se ejecuta en los 14 Centros Municipales Madrid Salud repartidos por el término municipal de Madrid, en distintos horarios y en la mayoría de ellos además en turnos de mañana y tarde. El equipo terapéutico idóneo de cada dispositivo se compone de un psicólogo, un enfermero y un médico, que han recibido formación específica en tratamiento del tabaquismo, si bien el número de profesionales de la Psicología disponibles hace que en algunos casos no sea posible disponer de este profesional.

En cuanto a los recursos materiales, cada centro cuenta con espirómetro y cooxímetro, así como con carteles, trípticos, carpetas y material impreso específicos del programa. El tratamiento es gratuito, salvo la compra de la medicación en caso de que se utilice (parches o chicles de nicotina, o bupropión).

El acceso al programa es totalmente libre, no siendo necesaria otra condición salvo la de ser fumador y desear dejar de fumar. La difusión se realiza a través de los propios centros municipales Madrid Salud, otros centros sanitarios, medios de comunicación y distintas organizaciones sociales. A los solicitantes se les abre una Historia Clínica a través de la aplicación informática OMI-AP, que incluye un Estudio Básico de Salud completo, dentro del

cual está el protocolo de evaluación del consumo de tabaco. Cuando se constituye un grupo suficiente en alguno de los centros municipales Madrid Salud y en el horario que el usuario ha solicitado, se le avisa.

La intervención se desarrolla en formato grupal a lo largo de 7 sesiones de tratamiento. Cada sesión dura 1,5 horas. Se establece la obligatoriedad de asistir a todas ellas, debiendo avisar con antelación en caso de no poder acudir. De modo paralelo se llevan a cabo intervenciones individuales a medida que surge su conveniencia y con contenidos personalizados. A cada sesión asiste el equipo terapéutico completo y a menudo algún observador para completar su aprendizaje. Todas las sesiones salvo la primera tienen una estructura similar: revisión de tareas, abordaje del tema del día y asignación de nuevas tareas.

Se establece una evaluación de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses. Los datos recogidos se refieren a si continúa sin fumar, si ha recaído (circunstancias, intención, etc.), contactos esporádicos, apoyo recibido y autoeficacia percibida para continuar sin fumar.

## **INGREDIENTES TERAPÉUTICOS**

Los ingredientes terapéuticos que son utilizados en el programa son coherentes con el modelo teórico y con las guías y recomendaciones a que hacíamos referencia anteriormente. Aunque los distintos componentes son clasificables en función de distintos criterios, lo más clarificador es, probablemente, presentarlos a partir de los distintos subobjetivos básicos que conforman la meta general de dejar de fumar (ver Tabla 4) y, que, por otra parte, mantienen coherencia con las fases cronológicas del proceso.

Tabla 4. **Objetivos e ingredientes terapéuticos**

OBJETIVOS	INGREDIENTES TERAPÉUTICOS
Motivación y Preparación	Elaboración y repaso de beneficios por dejar de fumar Información sobre nocividad del tabaco Refuerzo verbal por los avances Clarificación de expectativas sobre el proceso de dejar de fumar
Cesación del consumo	Técnicas de control estimular Pautas para la creación de una red social de compromiso y apoyo Técnica de Reducción Gradual de la Ingesta de Nicotina y Alquitrán (RGINA) Terapia sustitutiva de nicotina (parches o chicles) Bupropion
Control del deseo	Instrucciones sobre la naturaleza, evolución y procesos que condicionan el deseo de fumar. Técnicas de distracción de la atención. Entrenamiento autoinstruccional
Control de la ansiedad	Técnica de relajación y respiración
Prevención de recaídas	Técnicas de autorrefuerzo por la abstinencia Técnicas de identificación y cuestionamiento de ideas irracionales, excusas y justificaciones asociados a la recaída.

## CONTENIDO DE LAS SESIONES

El programa básico se estructura en 7 sesiones, además de los contactos (presenciales o no) de seguimiento y las sesiones individuales paralelas que se considere necesarias para abordar aspectos individuales.

### Sesión 1

#### *Objetivos de la sesión*

- Presentación de los terapeutas, los asistentes, el programa y las normas de funcionamiento.
- Aclaración de expectativas sobre los objetivos y los procedimientos.
- Motivación para participar.
- Evaluación.

#### *Desarrollo de la sesión*

- a) Presentación de los terapeutas y los usuarios. Además de decir su nombre, se les anima a que expresen sus expectativas sobre el programa y sobre el proceso de dejar de fumar, para ser abordadas y en su caso corregidas posteriormente.
- b) Información sobre aspectos formales del programa. El terapeuta informa sobre la duración del programa, número de sesiones, fechas, citas individuales, estructura de las sesiones e importancia del cumplimiento de las tareas.
- c) Información sobre los contenidos del programa y modificación de expectativas inadecuadas. Se señalan las expectativas irracionales más fre-

cuentas y se establecen las expectativas correctas. Este es el elemento central de la sesión. Se enfatiza especialmente el concepto de aprendizaje: se trata de aprender a afrontar situaciones, tal vez por primera vez en la vida, sin utilizar el tabaco. Este concepto tiene implicaciones prácticas importantes: como en todo aprendizaje, se requiere adquirir las habilidades, practicar mucho y darse tiempo.

- d) Información sobre apoyos farmacológicos y procedimientos específicos para dejar de fumar. Se ofrece una explicación general que permita a los asistentes elegir uno u otro procedimiento antes de la próxima sesión. Será entonces cuando se aborde la cuestión más a fondo y se responde a todas las dudas. El terapeuta informa sobre los tres procedimientos específicos para dejar de fumar: Terapia Sustitutiva de Nicotina (TSN), Bupropion y Técnica de reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán (RGINA)
- e) Evaluación. Los participantes son citados antes de la siguiente sesión para realizarles una espirometría, coximetría y peso. Se les proporcionan también cuestionarios que deben rellenar en casa antes de la segunda sesión: un cuestionario de datos sobre consumo de tabaco, el test de Fagerstrom y una lista de ventajas que esperan obtener por dejar de fumar. Finalmente, deben decidir qué procedimiento de los presentados utilizarán para el abandono.

- Establecimiento de procedimientos y pautas específicos para dejar de fumar en cada caso.
- Establecimiento de pautas para los primeros días sin fumar.
- Supervisión de ejercicios de mejora de la función pulmonar.

#### *Desarrollo de la sesión*

- a) Revisión de tareas asignadas en la sesión anterior. Si existen dudas sobre qué procedimiento elegir, se remite a la información que se proporcionará más adelante.
- b) Motivación: beneficios de dejar de fumar. Cada participante enumera ventajas o beneficios que ha anotado en su lista y se recogen en la pizarra. Se comentan, amplían y enfatizan los más evidentes, inmediatos y valiosos. Al terminar este apartado los usuarios deben tener un concepto claro de las ventajas que van a conseguir. Se adelanta entonces una tarea para la semana próxima: la relectura y ampliación frecuente de la lista de beneficios.
- c) Técnicas específicas y pautas personales para dejar de fumar. Se reitera toda la información sobre TSN, Bupropion y RGINA que se ofreció en la sesión anterior, tratando de aclarar dudas o expectativas erróneas. Se ofrecen las pautas individuales pertinentes para TSN y RGINA. Se enfatiza su seguimiento correcto, se subraya su eficacia y se ofrece la posibilidad de llamar por teléfono al terapeuta durante la semana en caso de cualquier problema o duda.
- d) Pautas para los primeros días sin fumar (control estimular y autorrefuerzo). Se explica la necesidad de utilizar técnicas de control estimular y se ofrecen pautas específicas. Se indica también que se premien con algún regalo cada pocos días con el dinero que no gastan en tabaco.

## **Sesión 2**

### *Objetivos de la sesión*

- Reforzar la motivación para dejar de fumar.

- e) Tareas hasta la próxima sesión. Los participantes deben seguir las pautas planteadas sobre uso de de TSN, Bupropion o RGINA, control estimular, autorrefuerzos y repaso de la lista de beneficios. En el caso de la RGINA, deben llevar un registro de cigarrillos fumados.

### Sesión 3

#### *Objetivos de la sesión*

- Afianzar o corregir el cumplimiento de las pautas establecidas hasta ahora.
- Aprender relajación.
- Modificar hábitos de alimentación y ejercicio físico.

#### *Desarrollo de la sesión*

- a) Revisión de tareas. Se revisa el cumplimiento de todas las tareas. Ante la expresión de dificultades por las ganas de fumar, el terapeuta reitera que el objetivo no es eliminar las ganas de fumar, sino controlarlas. Debe reforzarse, por lo tanto, el afrontamiento correcto de los deseos, con independencia de que estos sean intensos.
- b) Aprendiendo relajación. Después de explicar el concepto de ansiedad y su papel como antecedente o disparador del deseo de fumar, se introduce la eficacia de la práctica de relajación. El terapeuta explica la técnica y se hace una práctica durante algunos minutos.
- c) Practicando nuevos hábitos: ejercicio físico y alimentación. Se aconseja iniciar algún tipo de ejercicio regular. Se ofrecen pautas de alimentación saludable que ayuden a evitar el aumento de peso.
- d) Tareas. Además de las anteriores, práctica de relajación, práctica de ejercicio físico e introducción de nuevos hábitos de alimentación.

### Sesión 4

#### *Objetivos de la sesión*

- Conocer el fundamento teórico de las adicciones, la deshabitación y la prevención de recaídas.
- Aprender a identificar los disparadores personales del deseo de fumar.

#### *Desarrollo de la sesión*

- a) Revisión de tareas
- b) Explicación de los procesos de aprendizaje que explican el mantenimiento de la conducta de fumar, y sus implicaciones para la deshabitación. Se hace referencia al condicionamiento pavloviano, al condicionamiento instrumental, a los procesos cognitivos y emocionales que regulan el deseo de fumar, y a las implicaciones clínicas de todo ello.
- c) Pautas para el abordaje de los disparadores del deseo de fumar. Una vez utilizado el procedimiento de control estimular, se explica también la necesidad de la habituación a los estímulos, y la exposición gradual como estrategia para conseguirla. Se establece una lista de "objetivos de deshabitación".
- d) Recordatorio de las pautas para los primeros días sin fumar. Para quienes optaron por la técnica RGINA, que dejan de fumar al día siguiente.
- e) Tareas. Además de las específicas de sesiones anteriores, se plantea elaborar una lista de "disparadores del deseo de fumar" y, cuando aparezcan los deseos de fumar, practicar la habilidad de focalizar la atención en las consecuencias a medio plazo de hacerlo, y no en las inmediatas.

### Sesión 5

#### *Objetivos de la sesión*

- Aprender el papel de la atención y del lenguaje en la modulación del deseo de fumar.

- Aprender a identificar excusas y justificaciones habituales para volver a fumar.
- Practicar el uso del lenguaje (autoinstrucciones) para controlar el deseo de fumar.

*Desarrollo de la sesión*

- a) Revisión de tareas. Se revisa el cumplimiento de las tareas de las sesiones anteriores, y especialmente de la última, aprovechando para recordar los contenidos fundamentales.
- b) El afrontamiento de las ganas de fumar: el papel de la atención y del lenguaje. excusas y justificaciones que llevan a la recaída.
- c) Las autoinstrucciones. El terapeuta enfatiza el papel del lenguaje interno en el afrontamiento y modulación del deseo de fumar. Se señalan distintos “errores” o formas disfuncionales de afrontamiento. Se introduce el entrenamiento en autoinstrucciones.
- d) Tareas. Además de las específicas de sesiones anteriores, se introduce la práctica de autoinstrucciones.

**Sesión 6**

*Objetivos de la sesión*

- Consolidar las habilidades de autocontrol y los nuevos hábitos.
- Promover la exposición progresiva a los estímulos que provocan el deseo de fumar para conseguir la habituación y el incremento de las expectativas de autoeficacia.

*Desarrollo de la sesión*

- a) Revisión de tareas y recordatorio del contenido de la sesión anterior.
- b) La exposición al estímulo, la habituación y la autoeficacia. Partiendo de la necesidad de conseguir la habituación

a las señales o disparadores del deseo de fumar, se plantea la práctica repetida de exposición sin fumar a situaciones reales donde antes se fumaba. Se presenta el concepto de autoeficacia como mejor predictor de la abstinencia futura, y la necesidad de práctica exitosa como mejor medio para conseguirla.

- c) Tarea. Registro diario de prácticas de exposición al estímulo.

**Sesión 7**

*Objetivos de la sesión*

- Revisar el cumplimiento de las pautas de exposición al estímulo.
- Repasar el contenido del programa.
- Establecer pautas a seguir en caso de violación de la abstinencia.
- Recoger los datos de evaluación final.

*Desarrollo de la sesión*

- a) Revisión de tareas y recordatorio de la sesión anterior. Sobre todo se revisan los registros de prácticas de exposición al estímulo.
- b) Repaso del programa. Puede hacerse una lista en la pizarra de todas las estrategias utilizadas, recordando brevemente importancia. Conviene insistir en que los resultados del programa dependen del grado en que se hayan ido cumpliendo las tareas semana a semana, y en la necesidad de continuar trabajando.
- c) El efecto de violación de la abstinencia. Se aborda la cuestión de qué hacer en caso de que exista algún contacto con el tabaco (“efecto de violación de la abstinencia”).
- d) Evaluación final. Se rellenan los cuestionarios de evaluación del programa y de autoeficacia.
- e) Cita para seguimiento (1 mes)

**RESULTADOS**

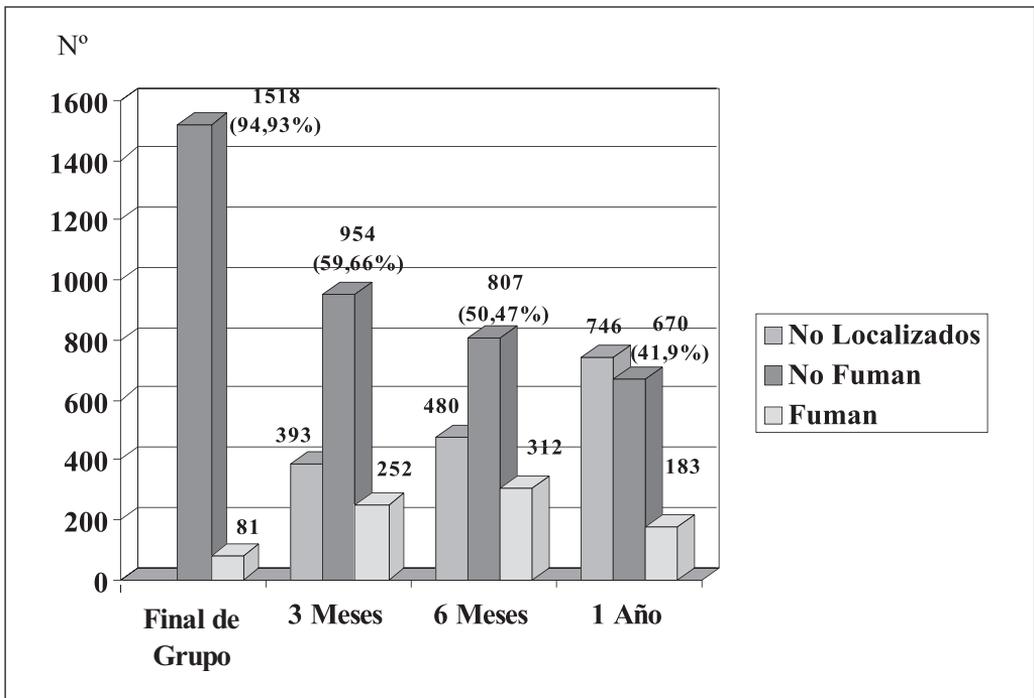
En la Figura 1 se presenta el número y porcentaje de sujetos no localizados, localizados que permanecen sin fumar y localizados que han vuelto a fumar al final del tratamiento y en los seguimientos a los 3, 6 y 12 meses. El número total de sujetos de la muestra es de 1599. Los usuarios fueron atendidos en 14 Centros Municipales de Salud del Ayuntamiento de Madrid; el 59% eran mujeres y el 41% varones, con una edad media de 42 años. El consumo medio de cigarrillos era de 27,9 al día, la media de años de los fumadores era 20,6 y la puntuación media en el test de Fagerstrom de 5,67. En cuanto al procedimiento específico utilizado para la suspensión del consumo, 330 utilizaron bupropion, 712 utilizaron TSN y 557 utilizaron Reducción

Gradual; todos ellos recibieron el tratamiento psicológico multicomponente descrito. Como se observa en la Figura 1, el 94,9% de los asistentes habían dejado de fumar al final del programa, y el 41,9% permanecían sin fumar en el seguimiento efectuado 12 meses después, siempre contabilizando a los no localizados como reincidentes.

**DISCUSIÓN**

Los resultados que se obtienen están en la línea de los informados para programas similares, basados en la teoría del Aprendizaje Social, con apoyo farmacológico, en formato grupal y con una duración en torno a las 8 sesiones. En nuestro país, el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo<sup>(17)</sup> recomienda con toda claridad este enfoque:

Figura 1. **Resultados de la aplicación del programa**



*“... un tratamiento farmacológico con un tratamiento conductual mejora sus resultados. Por ello, aunque el tratamiento psicológico sea de baja intensidad, su combinación con un tratamiento farmacológico, por su efecto sinérgico, facilita un mayor porcentaje de abstinencia (...) Con un programa de 5 a 8 sesiones, bien estructurado y utilizando un programa multicomponente, llevado a cabo por un psicólogo, se consigue una eficacia al año de no menos del 30%. Con un mayor nivel de apoyo clínico ésta puede incrementarse hasta el 40%. En otros países se está generalizando la combinación de tratamientos psicológicos y farmacológicos, en unidades especializadas de tratamiento de fumadores...”*

Lamentablemente, hay que decir que con frecuencia el funcionamiento de las nuevas unidades de tabaquismo creadas en los últimos años en nuestro país no sigue este criterio. Bajo la presión de la industria farmacéutica se ha potenciado el papel protagonista de determinadas especialidades médicas, de campos completamente ajenos al del tratamiento de las dependencias y concediendo un peso preponderante, casi absoluto, al empleo de fármacos. Se centra el debate en la eficacia de estos fármacos y en su posible financiación a través del Sistema Nacional de Salud, y se relega el abordaje de los aspectos psicológicos al nebuloso ámbito del “apoyo psicológico”. La cuestión es tal vez más llamativa si la comparamos con los criterios asistenciales que se siguen para el tratamiento de otros trastornos adictivos, como la dependencia alcohólica o de otras sustancias, que descansan, como no podría ser de otro modo, en los profesionales de la psicología y la psiquia-

tría y no, por ejemplo, en los especialistas en aparato digestivo.

Tal vez precisamente por esta extraña adscripción al tratamiento del tabaquismo a profesionales ajenos al ámbito de la modificación del comportamiento se descuida lo que debería ser un criterio clínico central: la individualización del tratamiento a la medida de la peculiar relación que cada fumador establece con el tabaco. Obviamente, esta individualización requiere un modelo teórico sobre la conducta adictiva del que partir. En lugar de este planteamiento, la investigación médica sigue centrada en buscar “el” tratamiento universalmente eficaz.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Banegas JR, Díez Gañán L, González Enríquez J, Villar Álvarez F, Rodríguez-Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Med Clin* 2005, 124(20): 769-71.
2. Peto R, López AD, Boreham J, Thun M. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. 2ª ed. [monografía en internet] [acceso el 2 de noviembre de 2006]. Disponible en: <http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/>.
3. Peto R, Chen ZM, Boreham J. Tobacco: the growing epidemic. *Nat Med* 1999, 5(1): 15-7.
4. López Nicolás A. El coste sanitario derivado del consumo de tabaco en España. Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES). Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 2001.
5. González Enríquez J, Salvador Llivina T, López Nicolás A, Antón de las Heras E, Musin A, Fernández E, et al. Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento del tabaquismo en España. *Gac Sanit* 2002; 16: 308-17.

6. Montes A, Pérez M, Gestal JJ. Impacto del tabaquismo sobre la mortalidad en España. *Adicciones* 2004; 16(2):75-82.
7. Sobradillo V, Barrenechea JI. Patología relacionada con el consumo de tabaco. En: Jiménez Ruiz CA, editor. *Aproximación al tabaquismo en España*. Editorial Nicorrette; Barcelona, 1997. p. 67-80.
8. Salvador-Llivina T. Condicionantes del consumo de tabaco en España. *Adicciones* 2004; 6(2):25-58.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud 1990*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1992.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Indicadores de Salud. Cuarta evaluación en España del Programa regional Europeo Salud para todos*. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
11. Royal College of Physicians. *Nicotine Addiction in Britain. A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians*. London: Royal College of Physicians, 2000.
12. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.
13. Fiore MC, Bailey WC, Cohen, SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz E R, et al. *Treating tobacco use and dependence*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000 (resumen en castellano en *JAMA* 2000; 283: 24).
14. American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence*. *Am J Psychiatry* 1996; 153(10): 1-31.
15. USDHHS. *Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2000.
16. Row M, Mc Neil A, West R. *Smoking cessation guidelines for health professionals A guide to effective smoking interventions in the health care system*. *Thorax* 1998; 53 (Suppl 5, Part 1): S1-S19.
17. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. *Guía de procedimientos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar*. *Adicciones* 2001; 13: 211-6.
18. Chambless DL, Ollendick TH. Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annu Rev Psychol* 2001; 52:685-716.
19. WHO Europe. *The treatment of tobacco dependence. Draft evidence based recommendations for health care systems y in Europe*. Londres: WHO, 1999.
20. National Institute on Drug Abuse. *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide [Monografía en Internet] [Acceso el 6 de febrero de 2002]*. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODATIndex.html>.
21. Stead LF, Lancaster T. *Group behaviour therapy programmes for smoking cessation*. En: *Cochrane Collaboration, ed. Cochrane Library. Issue 3*. Oxford: Update Software, 2000.
22. Agencia de evaluación de Tecnologías Sanitarias. *Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.