



Info Tabac

¿Es el tratamiento farmacológico la clave para eliminar el tabaquismo?

El editorial



En la década de 1960, distintas organizaciones científicas y profesionales pusieron de manifiesto de forma incuestionable la toxicidad del humo del tabaco y su capacidad de ocasionar enfermedad y muerte. En ese momento, las instituciones sanitarias consideraron que la difusión de este mensaje sería suficiente para erradicar el problema del tabaquismo. No se conocía la capacidad adictiva de la nicotina, que hoy sabemos que ocasiona una enorme dificultad para abandonar la conducta de fumar.

En los últimos 25 años se ha avanzado de forma significativa en el tratamiento de esta dependencia con la aparición de distintos fármacos que han supuesto una importante ayuda para dejar de fumar. Ahora bien, no podemos volver a equivocarnos y creer que la farmacología va a suponer la solución definitiva de este problema. Todos somos conscientes de que esto no es tarea fácil, ni que pueda afrontarse sólo con la alegría de una simple prescripción.

Conocemos la eficacia de una legislación acorde, basada en evidencia científica y no influenciada por grupos de presión ni sujeta a avatares políticos. Sabemos también de la importancia de la sensibilización y la educación de la población sobre este problema de salud pública, al que habitualmente no se le da la relevancia pertinente. Y también, y de forma fundamental, somos conscientes de la gran relevancia que tiene la implicación a todos los niveles de los profesionales sanitarios en abordar el problema, asumiendo su papel de colectivo de modelo de conducta y como no, implicándose en el tratamiento a los fumadores.

Cuando hablamos de profesionales sanitarios pensamos en un grupo multidisciplinar, médicos, enfermeros, psicólogos, etc., no podemos olvidar que el tabaquismo es una dependencia y, por tanto, elementos como conducta, motivación, recursos y habilidades resultan fundamentales, tanto para su desarrollo como para su tratamiento.

La educación y el entrenamiento en habilidades de control de estímulos y resolución de problemas son herramientas conocidas por el momento para la modificación de conducta, que son fruto de las

La Unidad de Factores de Riesgo Cardiovascular del Hospital de Santa Maria de Lleida

La experiencia



La enfermedad vascular arterioesclerótica tiene un origen multifactorial, pudiéndose clasificar los factores de riesgo cardiovascular en: no modificables (como el sexo y la edad) y modificables (colesterol plasmático, hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes, obesidad, sedentarismo y consumo de alcohol).

Desde la prevención primaria y secundaria de la patología relacionada con las enfermedades cardiovasculares, disponemos de dos posibilidades: a) Un abordaje completo en atención primaria con el soporte de unidades especializadas en el ámbito hospitalario: unidad de lípidos, nefrología, HTA, toxicomanías, endocrinología-diabetes, centros especializados en obesidad, etc. b) Un abordaje completo con dos líneas: atención primaria y unidad de factores de riesgo hospitalario, funcionando las dos de manera integrada constituyendo una unidad asistencial.

Esta ha sido nuestra opción, planteando una alternativa a lo que venía haciéndose hasta ahora en nuestro medio, siendo una Unidad de Factores de Riesgo Cardiovascular (UFRCV) hospitalaria integrada con la asistencia primaria de salud.

La coordinación de las dos líneas se materializa mediante el **soporte** (pruebas especializadas, etc.), el **seguimiento** (el

médico de referencia en atención primaria está informado periódicamente de la asistencia que recibe el paciente) y la **discusión**, revisión y actualización (sesiones clínicas, revisión de temas, investigación conjunta y organización de la jornada anual de especialización).

En cuanto a los criterios que definen la UFRCV, en primer lugar el abordaje multidisciplinar. Se oferta un amplio espectro de asistencia que recoge la totalidad de los factores modificables y que se encuentran íntimamente interrelacionados entre ellos. En segundo lugar, la integración, la asistencia, se realiza como una unidad: médico de familia y hospital. Finalmente, la reflexividad, mediante la relación bidireccional entre la primera línea asistencial de los centros de atención primaria y el segundo nivel hospitalario, mediante una base de datos conjunta de los pacientes tratados.

La unidad está compuesta por cuatro dispensarios médicos especializados: hipertensión, con dos médicos internistas y un cardiólogo; dislipemia, con un médico internista; diabetes, con una endocrina, y tabaquismo, con dos psicólogos. También se dispone de dos dispensarios de soporte: obesidad, con una dietista, y educación y control de la presión arterial, con una enfermera.

La Unidad de Tabaquismo de nuestro centro funciona, pues, en una doble dinámica: como entidad propia e independiente y como consulta vinculada a la

UFRCV. Así, los pacientes pueden acceder al tratamiento de tabaquismo mediante iniciativa propia o derivados por su médico de familia o especialista, pero también pueden llegar mediante derivación de cualquier profesional de la UFRCV. En este segundo caso, suelen ser pacientes con un nivel de motivación muy elevado, ya que comprenden perfectamente que el consumo de tabaco es uno de los diferentes factores que está perjudicando su salud, percibiendo su enfermedad cardiovascular como un todo que hay que tratar mediante parcelas, y todas y cada una de ellas exigen un abordaje complementario. De la misma manera, el paciente percibe el trabajo en equipo como algo positivo para su problema, aumentando la adherencia al tratamiento por este motivo.

Otro de los objetivos de nuestra UFRCV es la edición de material informativo y preventivo. En este sentido, recientemente, y a partir de un estudio sobre la influencia del patrón de personalidad tipo A en pacientes con trastorno cardiovascular, se está en proceso de publicación de una guía preventiva de los factores de riesgo cardiovascular en la que se insiste de manera especial en las conductas modificables, mediante atractivos cómics.

Dr. Francesc Abella Pons

Psicólogo

Responsable de la Unidad de Tabaquismo Hospital de Santa Maria de Lleida



Sedentarismo



Tabaquismo

investigaciones de una ciencia para la salud como es la psicología clínica y de la cual hemos de esperar y exigir aportaciones futuras, que serán más abundantes y más eficaces cuanto mayor sea el interés y la especialización de dicha ciencia en el tratamiento a fumadores. Aunque la aplicación de fármacos con esta intencionalidad pudiera estar focalizando, en estos momentos, la actitud terapéutica del tabaquismo hacia la farmacología, no conviene olvidar que su empleo exclusivo no sólo no alcanza el nivel óptimo de resultados, sino que disminuye en eficacia con el tiempo.

Además, debemos ser conscientes de que la aplicación de las medidas de sensibilización y legislativas van a producir una selección en la población fumadora, siendo ésta cada vez más compleja de

abordar por sus características socioculturales y por su comorbilidad fundamentalmente psiquiátrica. Es necesario mejorar nuestros métodos farmacológicos y no farmacológicos, de lo contrario nos veremos estancados en la asistencia hasta que lleguemos al núcleo de fumadores irreductibles, tal y como vemos que está sucediendo en otros países, sin haber desarrollado recursos propios para afrontar su tratamiento.

Dr. José María Carreras Castillel

Neumólogo

Responsable de la Unidad de Tabaquismo Hospital Carlos III. Madrid

He dejado de fumar

Carta de una paciente

Llevo tres años, diez meses y unos días sin fumar. El tabaco formaba parte de mí, hasta tal punto que me era imposible hacer cualquier actividad diaria sin contar que en cualquier momento podía fumar.

Saber que no tenía tabaco era sentir ansiedad, malhumor. Era dependiente.

Por qué dejé de fumar no fue cuestión de salud, sino por la dependencia que tenía. Podía no comer durante horas, pero no dejar de fumar durante un periodo corto de tiempo.

Me costó mucho darme cuenta de que era así. Sentí vergüenza de la poca voluntad que demostraba en este aspecto, siempre tienes una excusa para justificarte: cuando quiera lo dejaré, de algo tengo que morir...

Tuve la suerte que laboralmente me facilitaron poder contar con ayuda especializada.

Me lo propuse y lo conseguí. No todos los del grupo que iniciamos el tratamiento lo consiguieron, es una pena, aunque a mí esto me sirvió para demostrar que si quería lo podía hacer.

Pensé y sigo pensando que si conseguía dejar de fumar podía proponerme cualquier cosa. Convivo con personas cercanas que fuman. Nunca les he impedido que lo hagan delante de mí.

Cada día soy más consciente de lo poco considerada que fui durante años con las personas de mi alrededor que no fumaban, de las largas reuniones de trabajo, cigarro tras cigarro... aparte del coste económico que suponía.

Estoy contenta de mi nueva situación.

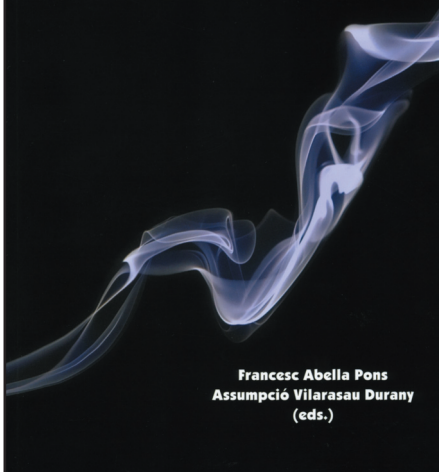
Ramona Fontanet

Concurso de dibujo



Primer Premio del Concurso "Tabac i salut", de ámbito Internacional organizado por la Facultat de Medicina de Lleida, Humoràlia, y la Unidad de Tabaquismo del Hospital de Santa María.
Autores: Alex Pelayo y Pepe Pelayo

Tratamiento del tabaquismo Casos prácticos



Francesc Abella Pons
Assumpció Vilarasau Durany
(eds.)

Tratamiento del tabaquismo. Casos prácticos

Crítica literaria

El párroco, la mujer sufridora, el comercial escéptico, la mujer poliadicta, Juana de Arco, la peluquera angustiada, la querida radióloga, el camionero y el hombre estresado son algunos de los casos reales que han decidido poner fin a su dependencia del tabaco.

Observar a los propios pacientes no deja de ser una manera eficaz de aprender. Aprender de sus motivaciones, de sus esperanzas, también de sus errores y fracasos.

Hemos diseñado este libro con la intención de ofrecer un manual de estudio y de reflexión para el profesional del tabaquismo que le permita percibir diferentes puntos de vista y

diferentes actuaciones en la atención clínica del paciente fumador.

El tratamiento de las adicciones permite interpretar la realidad desde diferentes prismas y de todos ellos podemos aprender algo nuevo.

Aprendamos, pues, de nuestros originales pacientes.

**Tratamiento del tabaquismo:
casos prácticos**

Francesc Abella Pons /
Assumpció Vilarasau Durany (eds.)
Lleida: Ediciones de la Universitat
de Lleida, 2007

Terapia motivacional en el consumo de tabaco: ¿se hace camino al andar?

Resumen de ponencia - II Jornada de Tabaquismo - Lleida, 9 de febrero de 2007

La opinión de nuestro colaborador

El Modelo Transteórico de las fases y los procesos de cambio encierra importantes implicaciones para la práctica clínica, en particular sobre la intervención con aquellos fumadores que se encuentran en las llamadas "fases de precontemplación y contemplación".

En síntesis, según el Modelo Transteórico, la relación entre la motivación para dejar de fumar y la actuación misma de dejarlo puede resumirse en los siguientes postulados:

- La motivación consiste en un "estado interno", de modo que un individuo "está" o "no está" motivado.
- La motivación antecede a la acción: cuando el individuo está "motivado", y sólo entonces, es posible pasar a la fase de actuación.
- La motivación aparece como resultado de procesos internos o cognitivos. Los procesos conductuales como propios de fases más avanzadas del proceso.
- El camino hacia el abandono atraviesa una secuencia preestablecida de fases, de modo que no es posible pasar directamente, por ejemplo, de la precontemplación a la acción.
- Las fases determinan los procesos de cambio: según la fase en la que se encuentre el individuo, utilizará unos u otros procesos de avance.
- La construcción de esta motivación, como

condición previa a la actuación, es el objetivo terapéutico cuando esa motivación no existe. Esta construcción pasa por el análisis, el debate o el cuestionamiento ante el fumador de los riesgos del tabaco, de los beneficios de dejar de fumar y de las resistencias a abandonarlo (Olano et al., 2006).

A estos principios y a esta estrategia pueden oponerse, sin embargo, distintos argumentos:

1. Desde la Teoría del Aprendizaje Social, sabemos que la conducta está poderosamente condicionada por el contexto y no sólo ni fundamentalmente por "disposiciones internas", de modo que determinados cambios en el contexto pueden actuar como disparadores que pongan en marcha procesos directos de acción, en individuos previamente inmotivados.
2. La actuación, así producida, da lugar a resultados que, de ser valiosos, construyen la motivación para continuar. Por lo tanto, el verdadero motor motivacional es la relación entre la acción y sus resultados, y no tanto un proceso de naturaleza "cognitiva".
3. Distintas líneas de investigación han tratado de poner a prueba las predicciones del modelo transteórico, y en particular dos: los sujetos en fase de precontemplación obtienen peores resultados

en los programas para dejar de fumar. Los procesos que dan lugar al avance en el proceso son los postulados por el modelo.

Los resultados que se obtienen en ambas líneas de investigación son escasamente consistentes con las predicciones del Modelo Transteórico: en las investigaciones señaladas no se encuentran diferencias significativas en los resultados entre los "precontempladores" y el resto, y tampoco se encuentra un uso más frecuente de los mecanismos postulados en el modelo entre quienes "avanzan" en el proceso y quienes no lo hacen.

En conclusión, se trata, en definitiva, de "hacer fácil" la decisión de dejar de fumar en lugar de encerrarse en discusiones interminables sobre los beneficios del abandono. La probabilidad de lanzarse a la acción no depende tanto de una supuesta "fase" en la que "está" el sujeto como de la destreza o el estilo terapéutico que se adopte.

José Javier Moreno Arnedillo
Psicólogo Clínico

Asesor técnico del Centro de Promoción de Hábitos Saludables. Ayuntamiento de Madrid

Adolescentes y tabaco: prevención y tratamiento

Resumen de ponencia - II Jornada de Tabaquismo - Lleida, 9 de febrero de 2007

Nuestro colaborador opina

A lo largo de las últimas décadas, se han venido desarrollando desde los centros educativos numerosos programas orientados a prevenir el inicio del tabaquismo. Este tipo de estrategias parece razonable, ya que el uso de tabaco y otras drogas suele iniciarse durante la adolescencia, la mayor parte de la población asiste regularmente a la escuela al menos entre los 6 y los 16 años, y también porque existen importantes coincidencias de objetivos y procedimientos entre el sistema educativo y el sistema de salud pública.

Aunque los primeros programas escolares de prevención del tabaquismo estuvieron centrados exclusivamente en proporcionar información sobre los riesgos asociados al uso del tabaco y otras drogas, pronto se planteó la necesidad de incorporar también estrategias de desarrollo de ciertas habilidades (resolución de problemas y toma de decisiones, mejora de la autoestima, asertividad y resistencia a la presión de la publicidad y del grupo, autocontrol emocional, etc.), así como otros componentes que pudieran alcanzar a otros miembros de la familia o de la comunidad.

La publicación de numerosos trabajos de evaluación de programas de prevención del tabaquismo dirigidos a niños y adolescentes permite disponer de datos valiosos sobre la efectividad de este tipo de intervenciones. Más recientemente, diversos autores han podido completar también algunos estudios de

metaanálisis y revisiones sistemáticas. En general, la evidencia disponible parece demostrar que, a condición de que incluyan contenidos y estrategias didácticas adecuadas, los programas escolares de prevención del tabaquismo pueden ser efectivos, pero es importante complementarlos con actuaciones sobre la familia y la comunidad, e incluir también actividades de refuerzo que contribuyen a evitar que los beneficios de las intervenciones preventivas se debiliten con el tiempo.

El desarrollo actual de los programas de prevención del tabaquismo dirigidos a niños y adolescentes no es, sin embargo, totalmente satisfactorio. Es preciso continuar trabajando para mejorar la eficiencia de los recursos disponibles, evitando apoyar estrategias poco efectivas o aquellas que supongan duplicidades, favoreciendo la implicación de actores fundamentales como la familia o el profesorado, y enfatizando algunas valiosas acciones que no tienen una naturaleza educativa en sentido estricto, pero también deben desarrollarse en la escuela (cumplimiento de normas, papel ejemplar del profesorado, programas de cesación dirigidas a padres y educadores...).

Finalmente, es preciso tener en cuenta que es probable que un gran número de adolescentes dependa ya del tabaco. En España, el 21,5% de los escolares de 14-18 años fuman diariamente, el 21,2% de los adolescentes que fuman a diario consumen

más de 10 cigarrillos/día y, de acuerdo con lo que los adolescentes indican en las encuestas, un importante número se ha planteado dejar de fumar o lo ha intentado sin éxito.

A pesar de la elevada prevalencia del tabaquismo en la adolescencia, no parece que los programas de tratamiento que se desarrollan en España alcancen, en la práctica, a este grupo de la población. Tampoco disponemos apenas de estudios que hayan evaluado la efectividad del tratamiento del tabaquismo en adolescentes, y los escasos trabajos disponibles ponen generalmente de manifiesto unos resultados desalentadores, en parte atribuibles a la ausencia de guías clínicas específicas, y la falta de entrenamiento y una baja percepción y autoeficacia de los profesionales en el tratamiento de adolescentes. Afortunadamente, algunos grupos han comenzado ya a trabajar en el diseño y la evaluación de programas de tratamiento para fumadores muy jóvenes o adolescentes, y es probable que en los próximos años podamos constatar entre los adolescentes beneficios paralelos a los que ha producido el tratamiento del tabaquismo en la población adulta.

Josep M. Suelves Joanxich

Dirección General de Salud Pública
Generalitat de Catalunya
Departamento de Psiquiatría y Psicobiología
Universidad de Barcelona

El tabaco y los placeres gastronómicos

Nuestro experto opina



El tabaco, sobre todo los puros, han ido históricamente de la mano del buen comer y beber. Esta ha sido la cara amable, pero hay otro aspecto al que se le está dando cada vez más importancia en la cocina: el efecto contaminante, dañino y molesto de su humo. Son ya muchos los chefs o gourmets que opinan que gastronomía y tabaco no encajan, ya que éste anula el fino y delicado funcionamiento de las papilas gustativas y los receptores olfativos.

Para profundizar en esta afirmación tenemos que comprender qué fenómenos ocurren en la boca, nariz y cerebro de un comensal cuando degusta una comida o toma un buen vino. Para poder percibir el sabor de una sustancia, cuando ingerimos un alimento debe triturarse, disolverse y difundirse a través de los poros de las papilas gustativas, que se encuentran sobre todo en el dorso de la lengua y algunos autores defienden que pueden percibir cinco sabores primarios: dulce, ácido, amargo, salado y umami.

En el mundo de los sabores, el salado y el ácido son los más básicos o primitivos por nuestros remotos orígenes marinos, pero quizás sea el sabor amargo el que haya intervenido más en la supervivencia de la especie humana durante su evolución. Sabemos que el ser humano presenta un rechazo instintivo al sabor amargo, debido a que la mayoría de los componentes tóxicos de los alimentos venenosos presentan este sabor. Estudios recientes muestran que el gen del sabor amargo está vinculado al hábito de fumar y aquellas personas que presentan menor sensibilidad al sabor amargo más probabilidad tendrán de ser fumadores. De alguna manera, parece como si tuvieran adormecida esta alarma detectora de venenos. La sensibilidad gustativa y olfatoria del ser humano actual es pequeña, y se requieren cantidades considerables de una sustancia para que seamos capaces de detectarlas. En la actualidad, seríamos candidatos a una minusvalía si nos comparáramos con nuestros antepasados.

Otro aspecto importante a recordar sobre el sentido del gusto es el papel que juega

la saliva, que también nos ayuda a saborear la comida amasándola, distribuyéndola por toda la superficie de la lengua. Se sabe que nacemos con 10.000 papilas gustativas y que éstas se van deteriorando y perdiendo a medida que pasan los años. Lo que percibimos de los alimentos está muy a menudo limitado y condicionado por la edad, el sexo, los hábitos y las costumbres, e incluso por nuestro estado emocional.

En ocasiones, que percibamos un alimento como agradable o desagradable va a depender del estado interno del organismo en un momento determinado, es lo que algunos autores llaman "hambre específica o antojera", es decir, la preferencia por una sustancia como respuesta a su deficiencia nutricional.

En gastronomía se emplean los cinco sentidos, que son procesados e integrados en nuestro cerebro. La vista actúa en primer lugar. Tiene un papel importante anticipando lo que va a ocurrir posteriormente, preparando todo el proceso enzimático digestivo desde el mismo instante en el que se abre la carta y los ojos se pasean sobre los distintos platos que se proponen, y desencadenan una activación de las zonas cerebrales de los recuerdos y emociones. El tacto y el oído tienen en la cocina una función más pasiva y secundaria. El sentido del olfato, con su percepción de aromas y fragancias, es capaz de evocar recuerdos de forma más intensa e inmediata que cualquier otro estímulo. Sin embargo, el gusto va a jugar un papel básico en todo el proceso de la degustación gastronómica; sus alteraciones son las que más van a influir en la pérdida del placer por la comida o bebida.

Los enemigos del placer gastronómico son muchos y variados, empezando por el envejecimiento, sobre todo a partir de los sesenta años. Las papilas gustativas y los receptores odoríferos van disminuyendo y atrofiándose. El flujo salival se reduce, la saliva se hace más espesa por disminución de la ptialina.

Otros factores que pueden influir son los contaminantes ambientales, colonias, ambientadores, inciensos etc. Pero sin duda alguna, lo que más influye por la asiduidad, intensidad y omnipresencia es

el tabaco y su humo. *Se ha comprobado que fumar 2 cigarrillos al día produce alteraciones en la percepción de lo que saboreamos o bebemos.* La papila gustativa y la saliva quedan impregnadas del pingoso alquitrán, o el particular y persistente olor y sabor a nicotina. Por tanto, para poder apreciar verdaderamente los sabores de los alimentos y sus diversos matices éstos deben disolverse en nuestra saliva en ausencia de contaminantes tan potentes como el humo del tabaco.

La mayor parte de fumadores no son conscientes de todos estos procesos, ya que presentan el fenómeno de tolerancia con respecto al humo del tabaco, que parece no afectarles y no son conscientes del penetrante y fuerte olor que transmiten. No obstante, cuando dejan de fumar son los primeros sorprendidos al conquistar de nuevo el mundo de los olores y sabores.

La condición de fumador o respirar el humo del tabaco de los demás puede influir en el disfrute de una comida suculenta y de un buen vino, pudiendo echar a perder la mejor de las comidas. La percepción sensorial del mundo ocurre a través de los sentidos.

En alta cocina, a menudo se pretende buscar sutiles aromas y sabores, delicadas combinaciones y conjunciones de éstos que se modifican incluso por bajas concentraciones de humo de tabaco.

La finalidad que persiguen estas notas es la sensibilización y concienciación en este tema, poco tenido en cuenta hasta ahora. Todos deberíamos aprender a ver, oler y degustar en ausencia de malos humos. La educación y el entrenamiento para percibir e interpretar el mundo de las sensaciones debería ser una característica propia de todo ser humano, no sólo del gourmet. Por todo ello, y por muchas razones más, si queremos apreciar el buen comer y beber y rendir honores a la cocina estamos convencidos, como dice Adrià, que tabaco y gastronomía no casan.

Plácido Gascó García
Médico de familia
Pamplona
Comité Nacional de Prevención
del Tabaquismo

El proceso de recaída

Resumen de ponencia - II Jornada de Tabaquismo - Lleida, 9 de febrero de 2007

La opinión de nuestro colaborador

Alrededor de un 70% de los fumadores se han planteado dejar de fumar en algún momento de sus vidas. Sin embargo, el porcentaje de éxito de estos intentos de abandono es escaso, no alcanzando el 5% de abstinencias al año en aquellas personas que lo intentan realizar sin ninguna ayuda y llegando como mucho al 40% cuando se ha llevado a cabo un tratamiento especializado.

En muchas ocasiones se ha considerado la recaída como el resultado de un tipo determinado de tratamiento más que como un proceso dinámico en el que intervienen factores tanto ambientales como individuales que pueden predisponer y/o precipitar un primer consumo después de la abstinencia o la progresión a la recaída.

Dentro de estos factores que pueden determinar un primer consumo o *lapsus* después de la abstinencia, los más relevantes son la disponibilidad de cigarrillos en el entorno inmediato del fumador, la aparición de emociones negativas de forma brusca e inesperada, la presencia de síntomas de abstinencia intensos duraderos y frecuentes, y la falta de utilización de

estrategias adecuadas de afrontamiento (cognitivas y/o conductuales).

La mayor parte de estos *lapsus* conducen a una recaída en poco tiempo. El segundo consumo suele producirse dentro de la misma semana y la recaída está presente antes del mes. Esta progresión suele estar determinada principalmente por las características de este primer consumo (grado de satisfacción con el mismo, cantidad de tabaco consumida, situación en la que se produce) y por como la persona resuelva el efecto de violación de la abstinencia, esto es, el conjunto de reacciones emocionales y cognitivas caracterizadas por sentimientos de culpa y atribuciones internas negativas y globales que producen una disminución en la autoeficacia y que pueden conducir a consumos sucesivos.

Además de estos factores precipitantes, existen un conjunto de variables individuales y ambientales que pueden cumplir una función de predisponentes en este proceso. Respecto a las variables del propio individuo, la historia de consumo, el estilo de afrontamiento, la motivación, la autoeficacia, la

presencia o no de otros trastornos mentales, así como factores demográficos como la edad, el género y el nivel socioeconómico parecen ser relevantes. En el entorno más inmediato del fumador, parecen tener relevancia el grado de apoyo social percibido y la presencia de fumadores en la vida diaria de la persona. Desde una visión más global, se ha observado que la existencia de políticas de control del tabaquismo podría favorecer que no se produzcan recaídas a medio y largo plazo.

Es fundamental a la hora de diseñar programas de tratamiento para dejar de fumar que el proceso de evaluación contemple este tipo de variables si queremos que nuestras intervenciones sean efectivas.

Mónica Quesada Laborda

Centro Integral de Atención al Drogodependiente
Agencia Antidroga
Ayuntamiento de Getafe

Tabaquismo y salud mental

Resumen de ponencia - II Jornada de Tabaquismo - Lleida, 9 de febrero de 2007

Nuestro colaborador opina

El 52% de las personas con enfermedades mentales son fumadores, frente al 30% de la población general. Existe una relación directamente proporcional entre intensidad de la clínica psiquiátrica i gravedad de la dependencia nicotínica. El DSM-IV-R define el síndrome de abstinencia de la nicotina como estado de ánimo disfórico o depresivo, insomnio, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultades de concentración, inquietud, disminución de la frecuencia cardiaca, aumento del apetito y/o del peso. Todo ello, síntomas psiquiátricos que aparecen en otras enfermedades psíquicas.

El 88-90% de los esquizofrénicos fuman, la tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular y respiratoria es más elevada que en la población general. Más de la mitad de fumadores de este grupo son fumadores de >30cig./día. La nicotina mejora la sintomatología negativa de la esquizofrenia y disminuye los efectos secundarios de los antipsicóticos (S. extrapiramidales). Aunque no es fácil para estos enfermos dejar de fumar, numerosos estudios han demostrado que tanto la TSN como el bupropión son eficaces y seguros. Dado que suelen ser grandes fumadores, es recomendable el tratamiento combinado psicológico y farmacológico, éste último a dosis elevadas combinando un tratamiento basal con parches o bupropión combinado con TSN oral. La cesación tabáquica no modifica los síntomas de la esquizofrenia.

El 48-52% de pacientes con antecedentes de depresión mayor son fumadores. Hay una correlación directa entre intensidad de los síntomas depresivos

y gravedad de la adicción. Las tasas de cesación tabáquica en personas con trastornos afectivos son inferiores a la población general y hay mayor índice de recaídas. El síndrome de abstinencia es más intenso en estos pacientes. La TSN, el bupropión y la nortriptilina son eficaces. La terapia cognitivo-conductual con elementos específicos para el abordaje cognitivo de la depresión es más efectiva que los grupos psicoeducativos para estos pacientes. Presentar sintomatología depresiva durante la primera fase del tratamiento indicaría mayor riesgo de recaída durante la fase de seguimiento. Presentar antecedentes de DM no tiene porque implicar peores resultados en el tratamiento. Es importante tratar la sintomatología depresiva si aparece paralelamente. El 52% de pacientes con trastorno bipolar fuman y presentan más dificultades para dejar de fumar y alto riesgo de recaída en fases de descompensación maníaca.

El 40-50% de personas con trastornos de ansiedad fuman. Al dejar de fumar, las personas con trastornos de ansiedad tienen más síntomas de abstinencia, aún así pueden dejar de fumar y es recomendable tratamiento combinado farmacológico (TSN) + T. psicoeducativa si es necesario combinarlo con tratamiento específico para el trastorno de ansiedad (téc. psic./trat. farmacológico). Los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada suelen presentar intolerancia al bupropión. Al dejar de fumar, una vez superadas las primeras fases mejora significativamente la sintomatología ansiosa.

El 42% de hombres y el 38% de mujeres con trastorno por déficit de atención y hiperactividad son

fumadores y podría tratarse de una forma de automedicación, puesto que la nicotina es un estimulante. Tenemos más garantías de éxito en el tratamiento de tabaquismo si el TDAH esta tratado, y para ello habrá que diagnosticarlo.

Las tasas de éxito en el abandono del tabaquismo en personas con antecedentes psiquiátricos son marginalmente inferiores que en población general.

Es recomendable que las intervenciones con este grupo sean más largas y ajustadas en función de la patología. El profesional que realiza la intervención debe tener una buena formación en tabaquismo y psicopatología.

Es necesario trabajar en coordinación con los servicios de salud mental que tratan al paciente. Es recomendable combinar los tratamientos de tabaquismo con los tratamientos psicológicos y farmacológicos eficaces para la enfermedad mental que presenta el paciente. No disponemos de estudios con varenicline en estos pacientes.

Antònia Raich Soriguera

Psicóloga
Unidad de Tabaquismo
Althaia. Xarxa Assistencial de Manresa

Índice

¿Es el tratamiento farmacológico... <i>El editorial</i>	1
La Unidad de Factores de Riesgo... <i>La experiencia</i>	1
He dejado de fumar / <i>Carta de un paciente</i>	2
Concurso de dibujo	2
Tratamiento del tabaquismo / <i>Crítica literaria</i>	2
Terapia motivacional... / <i>La opinión de nuestro colaborador</i>	3
Adolescentes y tabaco:... / <i>Nuestro colaborador opina</i>	3
El tabaco y los placeres... / <i>Nuestro experto opina</i>	4
El proceso de recaída / <i>La opinión de nuestro colaborador</i>	5
Tabaquismo y salud mental / <i>Nuestro colaborador opina</i>	5
Calendario de congresos y jornadas	6
Cine y tabaco / <i>La actualidad de la filmoteca</i>	6
Contacto y suscripción gratuita	6

Calendario de congresos y jornadas

La actualidad de la formación

Madrid / 11 y 12 de mayo de 2007

VI Jornadas de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET)
<http://www.sedet2007.com>

Bilbao / 10 y 11 - 15 a 31 de mayo de 2007

El rol del psicólogo en el tratamiento de los toxicómanos <http://www.idd.deusto.es>
Curso de Prevención Comunitaria de las Drogodependencias <http://www.idd.deusto.es>

Escocia (Reino Unido) / 10 y 11 de septiembre de 2007

Towards a Smoke-free Society - Science, Policy and Implementation, Edinburgh International Conference Centre <http://www.smokefreeconference07.com>

Madrid / 3 a 6 de octubre de 2007

9th European Conference of the Society for Research on Nicotine and Tobacco. SRNT
<http://www.srnt2007madrid.com>

Basel (Suiza) / 11, 12 y 13 de octubre de 2007

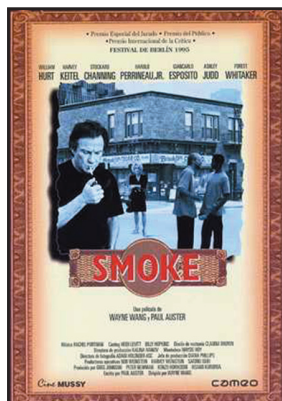
European Conference Tobacco or Health 2007 <http://www.ectoh07.org>

Castellón (Valencia) / 25 a 27 de octubre de 2007

VII Congreso Nacional de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo <http://www.cnpt.es>

Cine y tabaco

La actualidad de la filmoteca



Título: "Fumar"
Título original: "Smoke" **Dirección:** Wayne Wang **Guión:** Paul Auster **Producción:** Kenzo Hirikoshi, Greg Johnson, Hisami Kuroiwa, Peter Newman. **Fotografía:** Adam Holender **Música:** Rachel Portman, Tom Waits. **Duración:** 108 min. **Género:** drama **Nacionalidad:** EE.UU. / Alemania **Año:** 1995 **Reparto:** Giancarlo Esposito, José Zúñiga, Steve Gevedon, Harvey Keitel, Jared Harris, William Hurt, Daniel Auster, Harold Perrineau Jr., Deirdre O'Connell, Victor Argo, Michelle Hurst, Forest Whitaker, Stockard Channing, Vincenzo Amelia, Erica Gimpel.

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

Título: "Un par de colegas"
Título original: "The Boys" **Dirección:** Glenn Jordan **Guión:** William Link **Producción:** Glenn Jordan **Fotografía:** Steve Yaconelli **Música:** David Shire **Duración:** 93 min. **Género:** drama **Nacionalidad:** EE.UU. **Año:** 1990 **Reparto:** James Woods, John Lithgow, Joanna Gleason, Eve Gordon, Alan Rosenberg, Rosemary Dunsmore, Albert Hall, Rosanna Huffman, Natalia Nogulich, John Vickery, Ebbe Roe Smith, George Wallace, Jesse Bradford, Alma Martínez, Carey Eidel.

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

Edita



HOSPITAL DE SANTA MARIA



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Colaboran

Nicotinell®
NICOTINA

