

INTERVENCION CON PSICOTERAPIA DE TIEMPO LIMITADO EN TABAQUISMO.

ROBERTO AGUADO (2005) Conserjería de Sanidad y Consumo Castilla la Mancha.

TEMARIO

1.- Aspectos Históricos, Sociales y Económicos.....	2
- Aspectos Históricos y Sociales.....	2
- Prevalencia del consumo de Tabaco en España.....	3
- Cifras en el mundo.....	4
2.- El consumo de Tabaco y la Salud.	5
- El fumador pasivo.....	5
- Perjuicios del tabaco.....	9
3.- Modelos Explicativos de la conducta de fumar.....	11
- Modelo Bio-psico-social.	11
4.- Tabaco y Psicopatología.....	12
- Nicotina como droga.....	12
- Tabaco y patología afectiva.	14
- Tabaco y esquizofrenia.	16
- Alcohol y tabaco.	17
5.- Tratamiento del Tabaquismo.....	21
- Planteamiento según nuestro punto de vista.	21
- Fases del fumador.	24
- Síntomas de abstinencia	24
- Tratamiento biológico del síndrome de abstinencia.	26
- Tratamiento psicológico conductual del tabaquismo	28
- Tratamiento con Psicoterapia de Tiempo Limitado.© ®	34

1.- Aspectos Históricos, Sociales y Económicos.

- Aspectos Históricos y Sociales.

Historia

El tabaco es una planta originaria de América. Los primeros europeos que llegaron al continente americano observaron que los indígenas fumaban en pipa las hojas del tabaco, e introdujeron esta práctica en Europa a mediados del siglo XVI. Posteriormente el diplomático francés Jean Nicot, al que la planta debe el nombre genérico (Nicotinia), lo introdujo en el resto de Europa desde donde se difundió progresivamente al resto del mundo. En Europa la costumbre de consumir hoja seca de tabaco, se transformó en un importante producto del comercio colonial. El consumo de tabaco continuó aumentando en todo el mundo hasta el año 1973, momento en que empezó a observarse una disminución, aunque en estos momentos, sigue siendo uno de los hábitos más comunes de la sociedad actual.

Aunque parezca mentira a estas alturas del siglo XXI, en el momento en que el tabaco se introdujo en Europa hubo quienes lo encontraron beneficioso para la salud; el más famoso de estos defensores del tabaco fue **Jean Nicot** (al que debemos el nombre de la nicotina, ***Nicotinia tabacum***).

Dos hombres de la tripulación de Cristóbal Colón, **Rodrigo de Jerez** y **Luis de la Torre**, fueron los primeros occidentales que vieron a los indios fumar tabaco allá por octubre del 1492. **Rodrigo de Jerez** asimiló inmediatamente la costumbre, aunque de regreso a su tierra y tras hacer una demostración pública, fue encarcelado por la Inquisición bajo el pretexto de que *"solo el diablo podía dar a un hombre la capacidad de echar humo por la boca"*. Cuando Rodrigo salió de la cárcel, se encontró para su sorpresa con que el consumo se había extendido entre sus paisanos.

Hernández de Toledo, médico de la **Corte de Felipe II**, había estudiado la planta del tabaco para usos medicinales hacia el 1510; también **Fray Bartolomé de las Casas** hace mención al tabaco aunque sin emitir juicio sobre su uso. Más tarde, el monje Carmelita francés **André Thevet** estudió acerca del tabaco y cultivó la planta para consumo propio. A su regreso a

Europa en 1556 plantó tabaco en su jardín de Angoulême y escribió *"Singularidad de la Francia antártica"*, una obra que relataba los usos y costumbres de los indígenas acerca del tabaco.

Pero el que realmente dio popularidad a la planta fue el ya mencionado **Jean Nicot de Villemain**, embajador de Francia en Lisboa. En 1560 recibió como regalo algunas semillas de tabaco procedente de Florida y mandó sembrarlas para adornar la embajada. Los servidores de la embajada pronto empezaron a consumir el tabaco de mil y una formas asegurando que la planta tenía numerosas virtudes, hasta que se hizo famosa bajo el nombre de *"Hierba del Embajador"*. De regreso a la corte, **Jean Nicot** hizo una demostración de los beneficios de su planta al "curar" las migrañas de **Catalina de Médicis**, esposa del **rey Enrique II de Francia**.

A partir de entonces empezó a conocerse al tabaco como *nicotiane* y se desató una agria polémica, puesto que en algunos países fue prohibido y en otros pasó a considerarse como una hierba poco menos que milagrosa

- **Prevalencia del consumo de Tabaco en España.**

Más de medio millón de adolescentes españoles con edades comprendidas entre los 11 y 18 años confiesa fumar a diario, según el informe «Los adolescentes españoles y su salud», patrocinado por la Organización Mundial de la Salud y coordinado en nuestro país por el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Sevilla. Dicha investigación, que se realiza cada cuatro años, tiene como objetivo analizar los hábitos de vida de los adolescentes de los países occidentales, destacando cinco aspectos: estilos de vida, contexto familiar, contexto escolar, relaciones y tiempo libre y salud y ajustes psicológicos. En nuestro país, la muestra ha sido realizada a un total de 13.552 adolescentes escolarizados con edades comprendidas entre

los 11 y los 18 años. Y hay que decir que éstos se encuentran bastante satisfechos con su vida, calificándola con un 7,45 sobre 10.

Mes tras mes, con la excepción de febrero y mayo, ha descendido el consumo, hasta situarse en el acumulado del año con un descenso en ventas del 3,37 por ciento con respecto al mismo periodo del año anterior, pero en el caso de las siete provincias limítrofes con Portugal se ha producido un aumento del 1,9 por ciento. En todas las comunidades autónomas la situación es a la baja, pero, como decimos, en ciertas provincias ha ocurrido el efecto contrario.

En concreto, de esas siete provincias el aumento se da en Pontevedra, Orense, Salamanca y Huelva, con 128,4 millones de cajetillas vendidas en los ocho primeros meses de 2005 por 133

EXPERTO EN PSICOTERAPIA DE LARGA DURACION

Profesor.- Roberto Aguado

www.robertoaguado.com raguado@robertoaguado.com

www.psicoterapiadetiempolimitado.com

millones en el mismo periodo de este año. En las otras tres provincias (Zamora, Cáceres y Badajoz), se ha vendido prácticamente lo mismo que antes de la entrada en vigor de la ley contra el tabaco.

Los precios de distintas cajetillas de tabaco en Portugal son superiores a los de España. Por ejemplo, el «Camel», cuesta 2,80 euros, cuarenta céntimos más que en España; en el caso del «Winston», es 55 céntimos más caro, y el «Marlboro» tiene un precio de 2,90 euros, por 2,75 en nuestro país.

En cambio, en las provincias que lindan con Francia la venta ha descendido, excepto en el caso de Lérida. Sus estancos deben estar de enhorabuena en estos primeros ocho meses de 2006, con casi catorce millones de cajetillas vendidas más que en 2005, sobre todo en el primer trimestre del año, con más de 17 millones por algo menos de siete millones el año anterior.

Entre la ley del tabaco, y la política de marcas baratas para atraer a las personas con menor poder adquisitivo, el mercado del tabaco en nuestro país ha dado un vuelco importante, también en el segmento de marcas y con algunos damnificados, entre ellos las dos que más venden en España: «Marlboro» y «Fortuna». Según se desprende de los datos que ha hecho públicos el Comisionado para el Mercado de Tabacos, «Fortuna» ha dejado de vender más de 145 millones de cajetillas en los ocho primeros meses de 2006, en comparación con el mismo periodo del año anterior, lo que supone una pérdida superior al 30 por ciento de sus ventas. En el caso de «Marlboro», el daño se reduce a un 6 por ciento, con 32 millones menos de cajetillas vendidas.

En el otro lado de la balanza se encuentran las llamadas en su día marcas baratas, que han obtenido una importante cuota de mercado, como Ducados rubio, con unas ventas de enero a agosto de 2006 de más de 200 millones de cajetillas, un 30% más que en los doce meses de 2005.

- Cifras en el mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 4.9 millones de personas mueren al año como consecuencia del tabaco. Esa cifra podría alcanzar los 10 millones para el año 2030. La Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en los Jóvenes (GYTS, por sus siglas en inglés), un proyecto internacional de monitoreo establecido en forma conjunta por la OMS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), les permite a los países analizar el consumo de tabaco entre los jóvenes y de esa manera darle dirección a la ejecución y evaluación de los programas de prevención y control del tabaco. La encuesta GYTS ha sido completada en 121 sitios en 76 países y la Franja de Gaza/Margen Occidental, y ha recogido datos a nivel nacional en 52 países y a nivel de estados, provincias/regiones y ciudades en 24

países. Este documento informa sobre las diferencias entre los sexos en el consumo de tabaco, específicamente entre los jóvenes de las seis regiones de la OMS a nivel mundial. Dos hallazgos no esperados surgieron del estudio. Primero, que hay poca diferencia entre los sexos con

relación al consumo de cigarrillos así como en el consumo de otros productos de tabaco. De 120 sitios que recopilaron información sobre la forma en la que fuman cigarrillos los varones y las jóvenes, más de la mitad (n=61) no reflejó diferencia entre los sexos. Para otros productos del tabaco, 82 de los 117 sitios (70.1%) no mostraron diferencia entre los sexos. Segundo, el análisis reveló el uso sorprendentemente alto de otros productos del tabaco con relación a los cigarrillos. Los hallazgos sugieren que los programas deben enfocarse ampliamente en todos los productos del tabaco, no sólo en los cigarrillos. Además, los programas requieren componentes especialmente dirigidos a cada uno de los sexos que se enfoquen en las consecuencias únicas para las mujeres, como los efectos en su sistema reproductivo. La falta de diferencias en el estudio resalta el crecimiento potencial de la epidemia del tabaco, especialmente entre las mujeres en los países en desarrollo - en los cuales se encuentra la mayoría de sitios incluidos en este estudio.

2.- El consumo de Tabaco y la Salud.

- El fumador pasivo.

Es una paradoja, puede que una de las mayores de la Historia de la Humanidad. La epidemia que más muertos se está cobrando en el mundo -más que el sida, que las guerras, que los genocidios- es tolerada y fomentada por la mayor parte de los gobiernos del mundo: se trata del tabaquismo. Diez mil personas mueren al día por causa del humo de cigarrillo. Se sabe desde hace casi un siglo que el tabaco mata, y no hay día que pase en que no aparezca un nuevo estudio científico que añada más evidencias sobre los estragos que causa en la salud.

Parte importante de la paradoja es que el humo del cigarrillo, además de ser nefasto para quien gasta un porcentaje de su sueldo en él, también perjudica a quien tiene que tragárselo a su pesar por falta de una legislación que establezca un mínimo de respeto para el no fumador y de una política sanitaria que fomente la educación social.

Los datos hablan por sí solos. En la última investigación realizada con fumadores pasivos -que se acaba de publicar en el último número de *Circulación*-, se demuestra que después de que una persona no fumadora pasa media hora en una sala donde hay humo de tabaco, sus depósitos de antioxidantes (incluida la vitamina C) descienden al mínimo. Estas sustancias son las que protegen, entre otras cosas, las arterias para que no se formen placas de ateroma (causantes de la enfermedad cardiovascular).

Se han hecho muchos estudios sobre tabaquismo pasivo que han demostrado que el humo de segunda mano causa cáncer y enfermedad cardiovascular, amén de otras complicaciones respiratorias y, en niños, muerte súbita e infecciones de oído.

Una simple búsqueda en el Medline tecleando "passive smoking" (tabaquismo pasivo) ofrece más de 20.000 estudios aparecidos en revistas de referencia. Sin embargo, el último estudio publicado en la revista Circulation es el primero en el que se ven los efectos patofisiológicos del humo del ambiente en el organismo. Se sabe que el humo del tabaco lleva numerosos agentes oxidantes capaces de producir radicales libres y de iniciar un proceso conocido como peroxidación.

En condiciones normales, los antioxidantes atrapan a los radicales libres y ejercen de barrera protectora frente a este mecanismo de oxidación. Pero si falla esta protección (como ocurre cuando se inhala el humo de tabaco), se empieza a acumular colesterol malo en los macrófagos, lo que se considera un paso previo a la aterosclerosis. Esta podría ser la principal causa de que la incidencia de enfermedad coronaria sea tan alta en los fumadores, que también tienen los niveles de antioxidantes en sangre bajos.

Esta semana se celebra el Día Mundial sin Tabaco. Oficialmente es el día 31 de mayo, pero se ha trasladado a hoy ya que el 31 es domingo. Como cada año, el máximo dirigente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha querido lanzar un mensaje ante esta epidemia que amenaza con crecer de forma imparable. Este año ha tomado forma de alarma social.

Según las estimaciones de esta organización, si continúa el patrón de consumo actual, para el 2020 el tabaco habrá causado más muertes que el sida, la tuberculosis, la mortalidad materna, los accidentes de tráfico, el suicidio y los homicidios, todos juntos.

Millones de niños

De igual forma, de seguir al mismo ritmo, alrededor de 250 millones de los niños que están vivos en el mundo hoy morirán por causa del tabaco. La OMS cree que los niños tienen el derecho de crecer sin tabaco, y que "hay que cambiar el ambiente hasta que no fumar sea la pauta de conducta social más normal".

Los últimos datos científicos y la indiferencia de los gobiernos con respecto a uno de los problemas de salud más graves de la actualidad han endurecido el tono del discurso anual, que esta vez hace hincapié en los jóvenes: "Para su supervivencia, la industria tabacalera necesita reclutar cada año nuevos fumadores para reemplazar a aquellos que van muriendo por causa

de enfermedades relacionadas con el tabaco. Esos nuevos fumadores son casi siempre adolescentes", dice la directora de la OMS.

La nicotina que contienen los cigarrillos ha sido claramente reconocida como una droga de adicción, y la dependencia del tabaco está clasificada dentro del grupo de enfermedades mentales y alteraciones del comportamiento, según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (ICD-10). Los especialistas en el campo de las sustancias de abuso consideran que la dependencia del tabaco es tanto o más fuerte que la dependencia de sustancias como la heroína o la cocaína.

Aunque los no fumadores -el 64% de la población- inhalan sólo el 1% del humo que aspiran los fumadores, su riesgo de enfermedad cardíaca se eleva un 23%, frente a un 80% en los fumadores.

Un trabajo que se publicó en el Journal of the British Thoracic Society concluyó que, en bebés, había un aumento del 72% de contraer una enfermedad respiratoria si su madre era fumadora.

Se encontraron resultados similares en una investigación realizada en California en la que, por primera vez, se demostraba que el tabaquismo pasivo podía ser una causa directa de asma infantil, y que no era un simple factor que empeora la enfermedad ya existente, como se pensaba anteriormente.

En adultos, otro estudio publicado hace unos meses en el Circulation demostró que una mujer no fumadora que convive con un fumador tiene el doble de riesgo de contraer una enfermedad coronaria que otra que vive en una casa sin humos. Los autores, de la Universidad de Harvard, en Boston, calcularon que esto se traduce en unas 60.000 muertes anuales en EEUU.

Los datos salieron del Nurses' Health Study, del que se extrajo un grupo de participantes de 32.000 mujeres que no habían fumado nunca y que no tenían historia de cáncer, de enfermedad cardiovascular o de accidente cerebrovascular, pero que estaban expuestas al humo del tabaco de forma regular.

"Esta investigación confirma la necesidad de una legislación que restrinja el tabaco en zonas públicas para proteger la salud de las personas y añade nuevos datos sobre los perjuicios del fumador pasivo", dijo un representante de la Acción para el Tabaquismo y la Salud de Gran Bretaña.

Gran parte de los estudios sobre tabaquismo pasivo se apoyan entre sí y refuerzan los resultados. Por ejemplo, en 1997, se publicó un meta-análisis en el British Medical Journal que también relacionaba el cáncer de pulmón con el tabaquismo pasivo. Y, según ha anunciado la OMS hace unos días, está a punto de salir otro trabajo que corrobora los resultados obtenidos hasta ahora.

Además, este aire contaminado empeora la condición de los asmáticos, y favorece la bronquitis y la neumonía. Los niños que viven con padres que fuman en casa sufren con más frecuencia infecciones respiratorias y del oído medio y tienen mayor riesgo de tener problemas pulmonares. Los bebés que están expuestos al humo ambiental también tienen más riesgo de muerte súbita.

En el número de mayo del Anesthesiology aparecen nuevos datos que revelan que los niños que inhalan pasivamente el humo de tabaco tienen más probabilidades de tener complicaciones de anestesia general que el resto de niños.

La relación es mayor en las niñas que en los niños y se ha encontrado que también es más elevada en las hijas que tienen madres con un nivel cultural más bajo.

El humo de tabaco ambiental contiene todas las sustancias cancerígenas y agentes tóxicos. Por tanto, es lógico que la exposición involuntaria a este humo cause las mismas enfermedades en las personas sanas no fumadoras.

Según reza en el Libro Blanco sobre Tabaquismo en España, que acaba de publicar el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo y que fue presentado ayer en el Ministerio de Sanidad, el humo respirado por las personas que no fuman es una mezcla de componentes con cuatro orígenes diferentes: el humo exhalado por el fumador; el emitido por el cigarrillo en su combustión espontánea; los contaminantes emitidos por el cigarrillo en el momento de fumar; y los que se difunden a través del papel del cigarrillo entre las caladas.

"El fumador pasivo está sometido principalmente al humo de la corriente principal (la que se produce al aspirar el humo del cigarrillo, con una combustión a 900 °C), cuya composición es algo distinta a la de la corriente lateral o secundaria (el humo que se produce sin la aspiración de aire a través del cigarrillo, con una combustión a unos 600 °C)".

Dejar de fumar pasivamente

El humo de la llamada corriente secundaria tiene mayor contenido de monóxido de carbono, amoníaco, nitrosaminas y acroleína. Esto, unido al hecho de que el tamaño de sus partículas es menor y, por tanto, alcanza porciones más profundas del sistema broncopulmonar, hace pensar a los especialistas que se trata del humo más nocivo. Según este informe, algunos de estos componentes como el cadmio, un agente que se sabe que causa cáncer de pulmón en personas y animales, se encuentra en concentración seis veces superior en la corriente de humo secundaria.

Dejar de fumar es beneficioso para todos los grupos de edad, incluso en edades avanzadas. Se ha visto, por ejemplo, que, al cabo de cinco años de dejar el tabaco, el riesgo de accidente cerebrovascular disminuye hasta colocarse al mismo nivel que el de los no fumadores. Pero el problema está en cómo dejar de fumar pasivamente.

- Perjuicios del tabaco.

Los principales problemas que puede generar el tabaco son:

A nivel Respiratorio: El cáncer de pulmón es el principal problema, la bronquitis crónica (inflamación y obstrucción bronquial permanente), el enfisema pulmonar ("rompimiento de las paredes alveolares con ensanchamiento de los mismos). En las vías respiratorias altas el cáncer de laringe.

A nivel Cardiovascular: Favorece al desarrollo de la aterosclerosis en todas las arterias (formación de placas de colesterol en las paredes de las arterias), dentro de ellas en las coronarias, que por su obstrucción parcial o total son causa directa de la mayoría de anginas de pecho e infarto del miocardio respectivamente.

A nivel Digestivo: Los dientes pierden su color natural y son más proclives a la caries. Coadyuvante junto al alcohol de la mayoría de cánceres de boca y de esófago, contribuye al agravamiento de las gastritis o úlceras pépticas. Esta relacionado con el cáncer de páncreas.

A nivel Urinario: Es el principal agente relacionado con el cáncer de Vejiga y el cáncer de riñón.

A nivel Óseo: Favorece a la osteoporosis

En el embarazo: El recién nacido puede tener bajo peso (menos de 2500 gr), o puede ser prematuro (nacer antes de las 36 semanas de gestación), a su vez estos recién nacido puede

tener mas complicaciones respiratorias que los otros recién nacidos, la enfermedad de la membrana hialina es una de ellas.

A nivel General: Contribuye al envejecimiento prematuro.

¿PORQUE HAY QUE DEJAR DE FUMAR?

En el momento actual, el tabaquismo se considera como la principal causa de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados. De acuerdo con el último informe de la OMS , esta drogodependencia habrá causado 4 millones de muertos en el mundo durante el año 2000 y causará 10 millones de muertos en 2020, por lo que inevitablemente las autoridades sanitarias deberán en breve contemplar el tabaquismo como una prioridad de salud pública, lo que obligará a establecer y a asignar recursos para prevenirlo y tratarlo.

Por otro lado, los más recientes informes científicos consideran que el tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica que se inicia antes de los 18 años de edad en más del 80% de los casos y que es capaz de causar la muerte prematura en más de la mitad de aquellos que la padecen . Esta condición de enfermedad crónica adictiva es el principal motivo de desarrollo de intervenciones clínicas sobre los sujetos fumadores, para ayudarles a abandonar definitivamente el consumo del tabaco. Diversas asociaciones científicas han dictado normativas específicas de intervención sobre los fumadores, con el objetivo de optimizar la eficacia y el coste de las actuaciones terapéuticas de los profesionales sanitarios sobre el tabaquismo. Entre estas normativas destacan las de la Asociación Americana de la Salud y las de la British Medical Association . La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) elaboró una normativa publicada en Archivos de Bronconeumología en 1999, que ha servido de referencia para los profesionales españoles.

La creciente preocupación de los profesionales sanitarios respecto al tabaquismo y su capacidad para intervenir sobre el mismo, a pesar de la escasez de recursos, así como su capacidad para transmitir a la sociedad, a través de los medios de comunicación social, el problema de salud pública que aquél representa, han servido de estímulo para que las autoridades politicosanitarias de los distintos países hayan comenzado a desarrollar planes integrales de prevención y tratamiento de esta drogodependencia. En España varios sistemas autonómicos de salud han comenzado a elaborar planes de control del tabaquismo. Casi todos llevan implícita la creación, dentro del sistema sanitario público, de un programa de asistencia integral

a los sujetos fumadores. Dicho programa contempla la creación de unidades de tabaquismo que, por lo general, no reúnen todas las características que deberían cumplir para ser

consideradas auténticas unidades especializadas de tabaquismo (UET). Sin embargo, en España aún no se han realizado análisis rigurosos acerca de las necesidades reales de este tipo de unidades, así como tampoco sobre las características que deben cumplir.

En el tabaco se han encontrado múltiples sustancias que en gran parte son perjudiciales para la salud. Entre ellas, destacan por sus efectos nocivos:

1. Los alquitranes (benzopirenos y nitrosaminas) responsables del 30 % de todos los tipos de cáncer (vejiga, riñón, páncreas, estómago, etc.), y del 90% del cáncer de pulmón.
2. El monóxido de carbono, que es el causante de más del 15% de las enfermedades cardiovasculares.
3. La nicotina, que produce la dependencia física.

Además el tabaco es el causante del 80% de la mortalidad por procesos pulmonares crónicos.

3.- Modelos Explicativos de la conducta de fumar.

- Modelo Bio-psico-social.

El por qué de fumar:

En el cerebro la nicotina estimula la liberación de dopamina y muestra el sello característico neurobiológico de las drogas adictivas: Un exceso de dopamina en el núcleo accumbens.

La Organización Mundial de la Salud ha clasificado al Tabaco como una adicción ***(Síndrome de Dependencia del Tabaco: Clasificación F17.2 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Revisión Décima)***. Estando incluido en ***F17: Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al uso del Tabaco.***

Fumar es una **drogadicción**, y no solamente un "hábito" como lo consideran erróneamente algunos fumadores, siendo responsable de esto la nicotina, sustancia con un gran poder de adicción similar al de otras drogas como la heroína o cocaína.

Es decir que el hecho de fumar tabaco cumple con todos los criterios que definen al consumo de una sustancia como adicción

El hábito es la adaptación del organismo a la droga, en este caso a la nicotina, que al usarse en forma repetida va produciendo menos efecto y debe incrementarse.

La tolerancia es la facultad del organismo de poder soportar, con el tiempo, dosis elevadas de una droga, que en situaciones normales provocarían una intoxicación aguda.

La dependencia es la sujeción del individuo a la droga, que puede ser:

- Física cuando el tóxico se incorpora a la fisiología habitual del individuo para transformarse en un elemento necesario para su funcionamiento. Dependencia física provocada directamente por la nicotina y es la responsable del síndrome de abstinencia.
- Psíquica cuando la necesita para todas sus actividades y donde el hábito de fumar se ha convertido en una compañía en todo tipo de situaciones, después de las comidas, con el café, etc .
- Dependencia social, porque el fumar es un acto social, se hace en grupos, en ciertas reuniones de ocio, tras cenas con los amigos, y sobre todo sigue siendo un hábito que distingue a grupos de adolescentes dándoles un valor social de rebeldía y de madurez malentendidos.

Una vez que la persona ha llegado a ser dependiente de una droga la falta de esta determina el estado de necesidad o **"Síndrome de abstinencia"**: un cuadro psicofísico que en el tabaquismo se manifiesta con, por lo menos, cuatro de estos signos:

Avidez por la nicotina - Ansiedad - Aumento del apetito - Depresión - Dificultad en concentrarse
- Disminución de frecuencia cardíaca - Inquietud - Insomnio - Irritabilidad -

La drogadicción: De acuerdo a estos criterios se puede definir la adicción de una droga como el uso permanente y compulsivo de una droga, determinada por modificaciones en el organismo que son el hábito, la tolerancia y la dependencia.

Está demostrado que el tabaquismo produce dependencia física, psíquica y conductual o del comportamiento, hábito, tolerancia y síndrome de abstinencia.

La adicción al tabaco es básicamente un trastorno cerebral, que lo condiciona de forma anormal, igual que a los aspectos ambientales asociados con el uso de la nicotina. Esta actúa sobre el sistema dopaminérgico mesolímbico, incrementando la dopamina en el núcleo

accumbens, lo cual parece ser el "proceso de recompensa". Así la activación del sistema dopaminérgico es parte de la necesidad por la nicotina y de su dependencia.

4.- Tabaco y Psicopatología.

- Nicotina como droga.

La nicotina -- uno de los más de 4,000 químicos encontrados en el humo de los productos de tabaco como los cigarrillos, cigarros y tabaco de pipa -- es el componente principal del tabaco que afecta al cerebro. Los productos de tabaco sin humo, como el tabaco en polvo o rapé y el tabaco de mascar, también contienen muchas toxinas así como altos niveles de nicotina. La nicotina, reconocida como una de las drogas adictivas más utilizadas, es un líquido incoloro que ocurre naturalmente y que se torna marrón cuando se quema, adquiriendo el olor a tabaco cuando se expone al aire. Hay muchas especies de las plantas de tabaco. Actualmente, la especie tabacum es la fuente principal de los productos de tabaco. Desde que la nicotina se identificó por primera vez a principios del siglo XIX, ha sido estudiada extensivamente y se ha demostrado que tiene numerosos efectos complejos y a veces impredecibles sobre el cerebro y el cuerpo.

Fumar cigarrillos constituye la forma predominante de adicción a la nicotina en los Estados Unidos. La mayoría de los cigarrillos en el mercado estadounidense hoy en día contienen 10 miligramos (mg) o más de nicotina. Al inhalar el humo, el fumador promedio ingiere entre 1 a 2 mg de nicotina por cigarrillo. Asimismo, las ventas y el consumo de productos de tabaco sin humo han aumentado substancialmente y últimamente ha habido un aumento en las ventas de cigarros o puros.

La nicotina se absorbe por la piel y por la mucosa de la boca y la nariz o se inhala a través de los pulmones. Dependiendo de cómo se ingiere el tabaco, la nicotina puede llegar rápidamente a niveles muy altos en la corriente sanguínea y en el cerebro. Por ejemplo, fumar cigarrillos resulta en una distribución rápida de la nicotina por todo el cuerpo, llegando al cerebro a los 10 segundos de haber sido inhalada. Por otra parte, los fumadores de cigarros o pipas generalmente no inhalan el humo, por lo tanto la nicotina se absorbe más lentamente a través de las membranas mucosas de la boca. La nicotina del tabaco sin humo también se absorbe a través de las membranas mucosas.

¿Es adictiva la nicotina?

Sí, la nicotina es adictiva. La mayoría de los fumadores utilizan el tabaco regularmente porque son adictos a la nicotina. La adicción se caracteriza por la búsqueda y uso compulsivo de las

drogas, a pesar de las consecuencias negativas para la salud, y decididamente el tabaco se ajusta a esta descripción. Está bien documentado que la mayoría de los fumadores identifican al tabaco como dañino y expresan el deseo de reducir o parar su uso, y casi 35 millones de ellos tratan seriamente cada año de dejar de fumar. Desgraciadamente, menos del 7 por ciento de los que tratan de dejar el hábito por su cuenta logran más de un año de abstinencia. La mayoría tiene una recaída a los pocos días después de parar.

Además de las propiedades adictivas de la nicotina, otros factores que hay que considerar son su fácil adquisición, las pocas consecuencias legales y sociales por su uso, y los métodos tan sofisticados de mercadeo y publicidad que utilizan las compañías de tabaco. Estos factores, combinados con las propiedades adictivas de la nicotina, frecuentemente sirven como determinantes para el primer uso y, por último, la adicción.

- Tabaco y patología afectiva.

La relación entre el tabaquismo y algunos trastornos psiquiátricos parece cada día más evidente y es objeto de un exhaustivo análisis, especialmente en países avanzados como Estados Unidos. Lirio S. Covey, directora de la Clínica para Dejar de Fumar del Instituto Estatal Psiquiátrico de Nueva York y profesora asociada de la Universidad de Columbia, ha explicado la relación del tabaco y estos trastornos en la apertura del seminario internacional que abre pasó a las jornadas de actualización en el control y tratamiento del tabaquismo.

Covey abordó la relación entre tabaquismo y depresión y su colega Jill Williams se centró en la relación con la esquizofrenia.

-¿Hay relación entre tabaco y depresión?: -Es el trastorno psiquiátrico que más se relaciona con el hábito de fumar, pero también es el que más se ha estudiado. Pienso que no tienen por qué ser la relación más relevante, sobre todo frente a otras patologías como la esquizofrenia o el alcoholismo.

-¿Cuál es la causa de esa relación entre fumar y los trastornos psiquiátricos?: -No es sencilla porque son muchos los factores que se entrecruzan. En primer lugar, los genéticos. Después están los personales y en un tercer lugar aparecen los sociales, es decir, los ambientales.

-¿Es primero el tabaco o los trastornos?: -Mi experiencia con los pacientes es que tienen un problema y el fumar les ayuda, pero a la vez el propio tabaco les impide enfrentarse con su problema. Por ello, lo que debe hacerse es proporcionarles ayuda para dejar de fumar, apoyo psicológico para vencer su trastorno e incluso asistencia social porque su vida pueda estar ya perjudicada. El sistema sanitario debe buscar soluciones para dar respuesta a estas personas. –

¿Qué mensaje podría lanzarse?: -Hay que decirles que deben reconocer el problema y que los médicos de Atención Primaria puedan ofertar ayuda. Tienen que comprender que el tabaquismo les impide enfrentarse con su realidad y esto les afecta psicológicamente.

-¿En qué líneas de investigación está centrada actualmente?:

-Estamos buscando la relación entre fumar y las patologías psiquiátricas. Por ejemplo, investigamos la posibilidad que podría confirmarse de que los niños hiperactivos se conviertan en fumadores compulsivos. En segundo lugar, comunicamos a la sociedad el conocimiento científico para que llegue a la gente la posible relación del tabaco con los trastornos.

En Estados Unidos, además, hemos iniciado la investigación en la población blanca y estamos interesados en la negra y en la hispana para ver si los resultados son comparables.

-¿La edad de inicio en el tabaquismo puede traer consigo más trastornos?: -Lo que está demostrado es que cuanto antes empiece a fumar una persona más dependencia tendrá a la nicotina y, por tanto, más riesgo de problemas asociados como podrían ser los trastornos psiquiátricos...

Según un nuevo estudio las personas que fuman en exceso acaban padeciendo una profunda depresión. Dentro del conjunto de estudios que intenta aclarar la relación entre este trastorno y el consumo de tabaco, un nuevo estudio noruego afirma que las personas que fuman más de 20 cigarrillos diarios presentan un riesgo cuatro veces mayor de padecer este problema.

Personas deprimidas que fuman o fumadores que acaban padeciendo una depresión. Dentro del conjunto de estudios que intenta aclarar la relación entre este trastorno y el consumo de tabaco, un nuevo trabajo noruego afirma que las personas que fuman más de 20 cigarrillos diarios presentan un riesgo cuatro veces mayor de padecer este problema.

En 1991 los autores de la Universidad de Oslo estudiaron los modos de vida y la salud mental de más de 2.000 **ciudadanos noruegos**. 11 años después, en 2001, volvieron a entrevistar a casi 1.200 de ellos. Los resultados obtenidos aparecen publicados en '[American Journal of Epidemiology](#)'.

"En comparación con los que no habían fumado nunca, los que habían consumido tabaco en el pasado o seguían haciéndolo a bajas dosis presentaron un mayor riesgo de depresión [...] Los fumadores actuales tenían más peligro de padecer este trastorno que los que lo hicieron en el pasado y significativamente más que los que nunca habían fumado", declaran los expertos.

Más cigarrillos y más años de consumo

En este sentido, el documento afirma que el número de cigarrillos fumados y los años de duración del hábito resultaron estrechamente ligados con las probabilidades que un fumador presentaba de padecer una depresión.

En el caso de **los que ya no fumaban**, la cantidad de pitillos consumida en el pasado resultó determinante (a más cigarrillos, más riesgo de depresión). Para los **fumadores actuales**, además de la dosis ingerida, los años de mantenimiento del hábito también desempeñaron un papel importante.

A la hora de explicar la relación existente entre el hábito de fumar y este trastorno mental, los autores tuvieron en cuenta factores como **la salud física, el ejercicio o los episodios estresantes**. Ninguno de ellos logró ofrecer una explicación a este lazo de unión.

Por este motivo, ellos mismos mantienen que la adicción a esta droga tienen una consecuencia directa sobre la posibilidad de sufrir una depresión: "El no haber podido explicar esta relación [...] a partir de otras opciones plausibles podría reflejar una **influencia causal directa** del hábito de fumar", comentan los autores.

- Tabaco y esquizofrenia.

Según el profesor Gurpegui, el estudio partía de la constatación generalizada de que "los enfermos con esquizofrenia fuman más que la población general, aproximadamente el doble, porque, si en España de la población en general fuma en torno a un 35%, los enfermos con esquizofrenia fuman en una proporción del 70%". En los Estados Unidos, esta proporción es casi idéntica.

Se trataba, pues, de encontrar respuesta al porqué de la imagen del enfermo mental pegado a un cigarrillo y con los dedos amarillentos de tanto fumar y, -aquí radica la "originalidad de este trabajo", según Gurpegui-, "hemos tratado de ver si aquellos que fuman tienen una alta dependencia o no, ya que no podemos olvidar que entre los fumadores hay gente muy adicta y gente no muy adicta".

El estudio dio como resultado la constatación de que, -en palabras del psiquiatra de la Universidad de Granada-, "la adicción en los enfermos psiquiátricos graves es mucho más alta que la adicción entre los fumadores de la población general, tanto en España como en los Estados Unidos, siendo diez veces mayor la probabilidad de ser un fumador muy adicto entre estos enfermos que en la población general".

En cifras, "la frecuencia de alta dependencia nicotínica es del 63% entre los enfermos

estadounidenses y de un 71% entre los españoles, una diferencia estadísticamente no significativa". Además, añade el investigador, se sabe que "los enfermos con trastornos de ansiedad o depresivos fuman mucho menos que los enfermos con esquizofrenia o trastorno bipolar; y que éstos últimos lo hacen en una proporción menor que los de esquizofrenia".

Aunque está aún pendiente de estudio y comprobación, Gurpegui explica que "hipótesis no demostradas" indican, por una parte, que "hay algún componente del tabaco, posiblemente la nicotina, que podría contribuir a aliviar algún síntoma en algún tipo de enfermos; no en todos pero sí en algún subgrupo"; y, por otro lado, que "otros componentes del tabaco hacen que se eliminen más rápidamente algunos fármacos que podrían resultar desagradables a los enfermos y que al fumar sean aliviados algunos de esos efectos de los fármacos".

La investigación también dio lugar a una "curiosa e inesperada" constatación entre la población general: aún cuando el porcentaje de fumadores es más bajo que el español, -en torno a un 25%, frente al 35% que se registra en España-, resulta, sin embargo, que entre los estadounidenses la proporción de fumadores con alta adicción es mayor que entre los españoles; la probabilidad de que un fumador norteamericano tenga alta adicción es tres veces mayor que la de un español. La razón podría ser "la presión social" existente contra el tabaco, de tal forma que sólo fuman los más adictos.

El estudio, que fue publicado en septiembre del 2002 en el Journal of Clinical Psychiatry, se basó en el Test de Fagerström de Dependencia Nicotínica, que, por medio de seis sencillas preguntas, trata de determinar el grado de adicción. Las preguntas más útiles son la referente al número de cigarrillos fumados y la que indaga sobre el tiempo que transcurre desde que una persona se levanta hasta que enciende su primer cigarro. Cuanto menos se tarda en fumar, más alta es la adicción al tabaco.

- Alcohol y tabaco.

Si bien se sabe que usar tabaco incrementa el peligro de sufrir cáncer oral, las personas que consumen alcohol y tabaco enfrentan un riesgo especialmente elevado de contraer la enfermedad. Hoy en día, los científicos estiman que tales sustancias interactúan de manera sinérgica aumentando recíprocamente sus efectos dañinos.

Abusar del alcohol (cuando se define como ingerir más de 21 bebidas alcohólicas estándares en 1 semana) es ya el segundo factor de riesgo más importante para el desarrollo del cáncer oral.

Hace más de 30 años, un estudio centrado en el consumo masivo de alcohol como factor importante en la producción del cáncer también identificó que en Utah, entidad cuya población

es aproximadamente dos terceras partes mormona, las cifras de la incidencia del cáncer oral fueron menores que las identificadas en otros estados del oeste de Estados Unidos. De hecho, el porcentaje fue menor que el de todo el país. Es probable que esto se deba a que las creencias religiosas de los mormones los obligan a abstenerse por completo de consumir alcohol y tabaco.

El efecto del alcohol en la boca tal vez sea la clave para comprender cómo opera con el tabaco para incrementar el riesgo de producir cáncer. La acción deshidratadora del alcohol en las paredes celulares fomenta la capacidad de los carcinógenos del tabaco para permear los orales. Asimismo, las deficiencias nutricionales asociadas con el consumo excesivo de alcohol pueden abatir la capacidad natural del cuerpo para usar los antioxidantes a fin de evitar la formación de cánceres.

Según algunos cirujanos orales de UT Southwestern Medical Center en Dallas, Texas, hallaron evidencias estadísticas que apoyan las afirmaciones anteriores. Ciertos estudios señalan incluso que la cirrosis hepática por consumir alcohol pudiera vincularse con un riesgo mayor de que surja el cáncer oral. La mucosa oral (los tejidos de la garganta y la boca) de las personas con cirrosis presenta a menudo un aspecto liso y satinado, probable consecuencia de los cambios celulares causados por el alcohol, como el aumento del contenido citoplasmático de acetaldehído. Aún falta comprender a cabalidad el mecanismo verdadero de esto, así como su relación con la producción de un cáncer. Sin embargo, está justificado llevar a cabo más investigaciones.

Una dificultad muy importante en el estudio del tabaco y el alcohol como factores de riesgo es que la mayoría de los pacientes con cáncer oral ha consumido ambos productos. Es necesario investigar más para determinar la relación entre el cáncer oral, el consumo de alcohol y la utilización de tabaco. Sin embargo, es muy aceptado que cuando una persona deja de usar tabaco y reduce o elimina el consumo de alcohol, de inmediato baja el riesgo de que presente cáncer oral. En realidad, al cabo de 10 años, el peligro de sufrir cáncer oral debe ser tan bajo como el de cualquiera otra persona que no fuma, no bebe, o ambas cosas.

El abuso de alcohol y tabaco aumentan el riesgo de sufrir un cáncer de la cavidad oral, un tipo

de tumor que representa el 30% de los tumores de cabeza y cuello. Así lo ha explicado el doctor Santiago Llorente, del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Central de

Asturias y Vicepresidente 2º de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial (SECOM), durante la charla Prevención del Cáncer Oral que ha tenido lugar en el marco de FISALUD, la Feria Internacional de la Salud. Según detalla, se diagnostican una media de 40 tumores de cavidad oral al año lo que supone una incidencia de 1.3 casos por cada mil habitantes y año. Este tipo de carcinoma afecta fundamentalmente a varones entre los 45 y los 65 años, con una mayor incidencia alrededor de los 60 años. Es más frecuente en el sexo masculino, con una incidencia de 6:1 respecto a las mujeres. La incidencia en el sexo femenino va en aumento debido a la mayor incidencia de mujeres fumadoras.

En opinión del doctor Miguel Burgueño, Presidente electo de la SECOM y Médico adjunto del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital La Paz de Madrid, el consumo de alcohol y tabaco son los factores predisponentes conocidos más importantes. De hecho, aproximadamente el 90% de los pacientes con carcinoma de cavidad oral son fumadores mientras que el riesgo de padecer un cáncer de cavidad oral en un fumador es 6 veces superior al de un no fumador. "Además", dice el doctor Burgueño, "el abuso combinado de alcohol y tabaco ejerce un efecto multiplicador del riesgo a desarrollar un cáncer de cavidad oral. Este riesgo es aproximadamente 15 veces superior en el consumidor de alcohol y tabaco que el de una persona que no tiene ninguno de estos hábitos".

Pero existen, también, según explica el doctor Llorente, otros factores que se han relacionado con la aparición de un cáncer de la cavidad oral como son la pobre higiene bucal, el uso de prótesis dentales defectuosas, infecciones víricas, deficiencias alimenticias, etc.

Para prevenir la aparición de este tipo de cáncer, el doctor Llorente apunta, en primer lugar, "el abandono del tabaquismo y el consumo excesivo de bebidas alcohólicas (prevención primaria), si bien, dice, no hay suficientes evidencias para recomendar el cribado sistemático de cáncer de cavidad oral en la población general asintomática".

Lo que sí está constatado es el pronóstico más favorable de los pacientes con lesiones pequeñas frente a aquellos con lesiones más avanzadas. Es por ello, dice este especialista, que se recomienda esta exploración en la población de riesgo. La Sociedad Americana del Cáncer recomienda una exploración de la cavidad oral (inspección y palpación) a todos aquellos pacientes que tengan factores de riesgo, y remitir al segundo nivel asistencial a aquellos

pacientes que presenten alguno de los siguientes signos o síntomas:

- Afta oral que no cura en el curso de 7 a 10 días (síntoma más frecuente)
- Dolor o molestias en la boca que no desaparece
- Presencia de engrosamiento o tumoración en la mejilla
- Persistencia de una lesión blanquecina o rojiza en la zona de la garganta, lengua, amígdala o el suelo de la boca.
- Sensación de cuerpo extraño con molestias persistentes en la misma zona.
- Dificultad para tragar o masticar
- Dificultad para mover la lengua o la mandíbula
- Sensación de anestesia en la lengua u otra zona de la boca

El 50% de los pacientes diagnosticados presentan lesiones avanzadas

A pesar de que la cavidad oral es una zona fácilmente accesible a la exploración, tanto para el médico como para el paciente, el período medio de tiempo que pasa entre el comienzo de los síntomas y la consulta al médico especialista es de unos 5 meses. La ausencia de síntomas específicos y la tardanza en acudir a la consulta del médico especialista hace que el 50 % de los pacientes diagnosticados presenten lesiones consideradas como avanzadas, subraya el doctor Burgueño.

Dado que el cáncer de la cavidad oral tiene una variabilidad clínica tan amplia, y puesto que su pronóstico es pobre, la única manera de mejorar los resultados es mediante el diagnóstico precoz. El único método objetivo de realizar un diagnóstico de certeza de un cáncer de la cavidad oral es la realización de una biopsia. Las biopsias de lesiones de la cavidad oral se realizan, habitualmente, con anestesia local, y no suponen grandes molestias para el paciente. Es por ello que ante la más mínima sospecha es preferible hacer una biopsia de más que de menos.

Paciente de riesgo

La aparición de una adenopatía cervical en un paciente con criterios de riesgo (varón, mayor de 45 años, fumador y/o bebedor), siempre debe ser seguida por una exploración maxilofacial completa y nunca debe ser seguida por la realización de una biopsia abierta del ganglio.

La realización de una biopsia abierta de una adenopatía cervical está específicamente

contraindicada dado que no va a aportar una información relevante y puede comprometer de forma importante el pronóstico del paciente.

En caso de que sea un carcinoma, el riesgo de diseminación linfática, subcutánea y cutánea aumenta significativamente. Se ha comprobado científicamente que la realización de una biopsia abierta de una adenopatía cervical metastásica aumenta la incidencia de necrosis de la herida, la incidencia de recidiva local y la incidencia de metástasis a distancia, disminuyendo por lo tanto la supervivencia del paciente. La alternativa a la biopsia es la punción aspiración con aguja fina (PAAF), siempre previa evaluación completa por el cirujano maxilofacial.

Por último, "el tratamiento de este tipo de tumor, dice el doctor Burgueño, se fundamenta en el tratamiento radioterápico, quimioterápico y en la cirugía cuya combinación será dictaminada por el especialista en función de la evolución de este carcinoma".

5.- Tratamiento del Tabaquismo

- Planteamiento al tabaquismo, desde nuestro punto de vista.

Dejar de fumar es fácil, muy fácil, mucho más fácil que dejar de succionar el chupete, más aun que dejar de hacerse pis en la cama, que controlar el esfínter anal, y por supuesto muchísimo más fácil que despedirse, quizás para toda la vida, de ese amigo/a del alma cuando se cambia de ciudad.

No conozco a nadie que haya obligado a otra persona a fumar, ya que la forma más habitual de comenzar a fumar es cuando algún conocido te invita a un primer cigarrillo, eso sí, la invitación se suele hacer desde la camaradería o la complicidad, nunca desde la obligación. Habitualmente este primer cigarro, sabe mal y sienta peor, pero la amabilidad y la sensación de estar subiendo un escalón en nuestro marco social, es suficientemente gratificante, como para volver a querer fumar otro cigarro, y de esa forma se comienza a incrementar el numero de cigarrillos, hasta que sin saber como, se convierte en un habito que nos atrapa y nos traslada a otra entidad como persona: "ser fumador".

"Ser fumador", se es muy pronto, sin embargo dejar de "ser fumador" necesita percatarse primero que ya se es fumador. Muchas personas tienen la absurda creencia que ellos no son fumadores, ya que no se tragan el humo, o simplemente no les gusta el sabor del tabaco, sin embargo la evidencia nos indica, que se es fumador, siempre que se fuma. Y si se fuma es

porque hay una necesidad:

- biológica (nicotina y otras sustancias).
- psicológica (sensación de placer y de tranquilidad al fumar, amen de rellenar otros huecos de nuestra esfera mental).
- social (imitación de roles, habilidad social, vinculo entre fumadores).

Tampoco creo que el fumador decida en un momento de su vida ser fumador, el fumador, se hace fumador – fumando – y es simplemente así – fumando – es como continua siendo fumador.

De igual manera tampoco conozco a nadie que haya dejado de fumar sin al menos planteárselo. Todos estamos de acuerdo que para dejar de fumar lo único que tienes que hacer es no volver a encender un cigarrillo más, y si lo enciendes no llevártelo a la boca. Todos sabemos como dejar de fumar, sin embargo el fumador falla en un elemento que es fundamental para dejar de fumar: se cree que dejar de fumar es difícil, o tal como menciona Allen Carr (que recientemente a muerto por cáncer de pulmón, después de 25 años sin fumar) “Son los mismos fumadores quienes lo hacen difícil cuando usan el Método de la Fuerza de Voluntad. Este método es aquel en el que el fumador cree que hace algún tipo de sacrificio al intentar dejar de fumar”.

Cada vez que el fumador quiere dejar de fumar hay una fuerza que se siente desde muy dentro y que le persigue hasta conseguir que vuelva a encender otro cigarrillo. Esta fuerza tiene varios pilares:

- Uno fisiológico, secundario a la ansiedad que produce la falta de nicotina en los depósitos del cerebro.
- Un segundo pilar es el impacto que incide en nuestro sistema emocional. Las compañías productoras de tabaco, saben bien el poder de la sugestión para nuestro inconsciente y como este, está íntimamente conectado a nuestras emociones. Desde pequeños recibimos y absorbemos información, mucha de ella queda grabada en estructuras de nuestro cerebro ligadas a la sede de las emociones. Hay infinitas escenas de paz, guerra, amistad, pasión, escenas aburridas o agresivas que están ligadas al cigarro. El héroe, el líder, aquel que va a morir o aquel que ha terminado de hacer el amor tienen un cigarro en la boca. Esas escenas quedan grabadas en nuestro cerebro sin darnos cuenta, pasando a ser parte de nosotros mismos.
- Otro cognitivo, ya que el fumador cree que fumando se relaja, o ya no tendrá

aburrimiento, incluso puede llegar a sentirse con mas sensación de seguridad cuando esta fumando un cigarro.

- Y por supuesto esta el pilar social, ya que todos conocemos a alguien que parece muy feliz, y que es un gran fumador. Todos hemos tenido esa impronta desde niños en los que un personaje de cine, o un familiar nuestro cada vez que fumaba parecía más brillante.

Desde el punto de vista psicopatológico podemos traducir esta fuerza como un miedo, un miedo al vacío y a la inseguridad que se siente cuando el cerebro pide nicotina de forma insistente. En ese momento esa sensación se conecta con muchas de nuestras frustraciones, comenzando una serie de anticipaciones tanto cognitivas como fisiológicas que nos llevan a encender otro pitillo. Una vez encendido el cigarrillo y en cada calada, se lleva al cerebro, a través de los pulmones, una pequeña cantidad de nicotina, llenándose los depósitos y apareciendo una sensación de bienestar, reduciendo durante un tiempo este proceso de angustia y vacío. De

esta forma cada vez que fumamos un cigarro estamos alimentando nuestra incapacidad para vivir sin nicotina, convirtiéndose en una especie de parásito que se apodera de nuestra biología, nuestra mente y nuestra vida social, culminando en un trastorno biopsicosocial, en el que además de cambiarnos el sabor, el olor y nuestra capacidad de fortaleza física, nos cambia nuestro raciocinio e incluso nuestra jerarquía de preferencias. Es como si esa fuerza se fuera apoderando y por miedo a no sentirla, muchas otras situaciones más importantes se quedan en segundo lugar, algunas de ellas tan importantes como la salud, la economía, o la vida.

Por lo tanto fumar no sólo es "un hábito", también es una drogadicción, ya que el hecho de fumar tabaco cumple con todos los criterios que definen al consumo de una sustancia como tal:

1. Existencia de tolerancia
2. Dependencia
3. Síndrome de abstinencia en ausencia de la misma
4. Comportamiento compulsivo

El máximo responsable de la dependencia es la nicotina, sustancia con un gran poder de adicción similar al de otras drogas como la heroína o cocaína.

La forma de dependencia que genera el hábito de fumar es:

- Dependencia física, provocada directamente por la nicotina y es la responsable del síndrome de abstinencia.
- Dependencia psicológica, el hábito de fumar se ha convertido en una compañía en todo tipo de situaciones, después de las comidas, con el café, al hablar por teléfono, etc ..., y parece imposible cambiar esta relación.
- Dependencia social, el fumar sigue siendo un acto social, se hace en grupos, en ciertas reuniones de ocio, tras cenas con los amigos, y sobre todo sigue siendo un hábito que distingue a ciertos grupos de adolescentes dándoles un valor social de rebeldía y de madurez malentendidos.

Fases del fumador:

- **Fase de precontemplación.** El fumador disfruta con el hábito de fumar y no se plantea ningún problema por ello, es un fumador consonante, es decir fuma y está seguro de que hace bien. En esta fase se encuentran los fumadores menores de 30 años, sin enfermedades asociadas o no al tabaco. Casi la mitad de los fumadores están en esta fase.
- **Fase de planteamiento o de contemplación.** El fumador se plantea ya las posibles consecuencias negativas para la salud del fumar, y algunas positivas de dejarlo. Comienza a ser un fumador disonante, es decir fuma pero le parece que está mal hacerlo. Un 30 % de los fumadores están en esta etapa.
- **Fase de acción.** El fumador se ve en la obligación de dejar de fumar, pasa de disonante a una actitud más acorde es decir sabe que es malo fumar y lo deja. Esta fase se repetirá varias veces en la evolución de la dependencia, pasará a la contemplación y la acción repetidamente. Un 20% de los fumadores están en esta fase.
- **Fase de consolidación o mantenimiento.** Se puede decir que en esta fase están aquellos fumadores que llevan más de 6 meses de abstinencia. No fuma nada pero hasta los 12 meses no se puede considerar como ex-fumador.

- **Fase de recaída.** Se da en un porcentaje variable de los casos, lo habitual es que pase a la fase de contemplación y tardará más o menos en volver a la acción. Se acompaña de una gran pérdida de la autoestima personal.

SINTOMAS DE ABSTINENCIA

La nicotina es un estimulante y un sedante del sistema nervioso central, que produce síntomas de abstinencia al dejarlo. El más habitual es el dolor de cabeza, pero suelen aparecer los siguientes:

1. Ansia de fumar
2. Dolor de cabeza
3. Mareos y vértigo
4. Irritabilidad
5. Temblor interior
6. Falta de concentración
7. Temblor de manos
8. Pérdida de apetito
9. Dolor de ojos
10. Náuseas
11. Vómitos
12. Cambios de sabor
13. Ansiedad para comer
14. Contracciones musculares
15. Cansancio
16. Debilitamiento
17. Sudor de manos
18. Hormigueos en la piel

La ansiedad de fumar aparece en picos de diferente intensidad, los más fuertes son a las 48 horas de dejar de fumar, se mejora con agua o zumos, a veces haciendo inhalaciones profundas de aire o con actividad física. El oxígeno es un buen tranquilizante de los nervios. Puede apoyarse en este periodo con complejos vitamínicos B.

TRATAMIENTOS BIOLOGICOS DEL SINDROME DE ABSTINENCIA

1. Terapias sustitutivas de nicotina

Solo en los casos necesarios se debe plantear un apoyo con terapias sustitutivas de la nicotina. Si se asocian parches de nicotina o chicles de nicotina estos éxitos pueden mejorar un 22%.

Indicaciones:

- Únicamente será necesaria en pacientes con alta dependencia física.
- Debe iniciarse el mismo día en que se deja de fumar, al levantarse, o bien en las horas previas.
- Se mantendrá diariamente, reduciendo periódicamente la dosis, sin superar los 3 meses de tratamiento.
- Existen varias formas de administración, siendo las más usadas: el parche cutáneo y el chicle o goma de mascar. La primera ofrece la seguridad de una liberación constante de la nicotina, y evita el aspecto antiestético de mascar chicle. El chicle se asemeja más a las fluctuaciones de concentración de nicotina en sangre que ocasiona el cigarrillo, aunque hay que tener en cuenta sus contraindicaciones y sus especiales condiciones de uso.
- En ocasiones es útil combinar ambos métodos en aquellos fumadores que a pesar de usar el parche, a lo largo del día experimentan episodios de deseo intenso de fumar, pudiéndose asociar entonces el chicle.

- La nicotina transdérmica se presenta en parches de 16 ó 24 horas de liberación continuada de la sustancia, y en tres tamaños diferentes de 10, 20 y 30 cm cuadrados de superficie, con una liberación de 5 ó 7, 10 ó 14 y 15 ó 21 mgr. de nicotina respectivamente, según se trate del parche de 16 ó 24 horas.
- No existe evidencia científica suficiente para optar por un tipo de parche o por otro. En todo caso parece lógico recomendar el parche de 24 horas en aquellos fumadores que ya experimentan deseo intenso de fumar al despertarse.
- El parche no debe usarse en zonas con pelo porque disminuye la absorción, ni en zonas recientemente afeitadas por el riesgo de aumentarla.
- El tratamiento con parches suele iniciarse con los de dosis más altas, siempre teniendo en cuenta el consumo previo de tabaco, para ir disminuyendo las dosis progresivamente, aproximadamente cada 3 ó 4 semanas, o incluso antes, según la evolución.

Otras vías de administración o métodos sustitutivos de nicotina como los aerosoles, los sprays nasales, etc., están todavía en fase de experimentación.

BUPROPION (Zyntabac ® , Quomen ®, Wellbutrin ®, etc)

Es un antidepresivo que produce una inhibición de la absorción neuronal de norepinefrina, serotonina y dopamina, aumentando su concentración en la sinapsis neuronal. Esta depleción de mediadores parece ser la causa del síndrome de abstinencia de la nicotina. Con lo cual su actividad sería reemplazar esta falta y haciendo desaparecer, o disminuir, los síntomas de la falta de nicotina.

En diferentes estudios bien controlados, el porcentaje de pacientes que dejó de fumar fue un 44% a las seis semanas de tratamiento y un 23% al año.

El asociar tratamientos sustitutivos de nicotina a la vez del bupropion no parece mejorar el porcentaje de éxitos.

Como efectos secundarios aparece la sequedad de boca en un 12% de los casos, y el insomnio en un 34% de los casos.

TRATAMIENTO CONDUCTUAL DEL TABAQUISMO

Es para nosotros fundamental saber que grado de tabaquismo tiene la persona que comienza un tratamiento para dejar de fumar. Habitualmente le pasamos el TEST DE FAGERSTRÖM, con el que se obtiene el nivel de adicción del sujeto a tratar. Entre 7 y 11 puntos estamos ante un fumador con un nivel muy intenso de adicción. Si la puntuación la encontramos entre 4 y 7 es un fumador con una adicción media, y si es por debajo de 4 su adicción en este momento es baja.

¿Cuánto tiempo transcurre desde que te levantas hasta que enciendes el primer cigarrillo?	Menos de 30 minutos	1 punto
	Más de 30 minutos	0 punto
¿Tienes dificultades para no fumar en lugares donde está prohibido (cine, iglesia...) ?	SI	1 punto
	NO	0 punto
¿Qué cigarrillo te costaría más suprimir?	El primero de la mañana	1 punto
	Cualquier otro	0 punto
¿Cuántos cigarrillos fumas al día?	15 o menos	0 punto
	16-25	1 punto
	26 o más	2 punto
¿Fumas más frecuentemente durante las primeras horas del día que durante el resto del día?	Sí	1 punto
	No	0 punto

¿Fumas cuando debes guardar cama por una enfermedad la mayor parte del día?	Sí No	1 punto 0 punto
¿Cuál es el nivel de nicotina de tu marca de tabaco actual?	0.9 mg o menos 1,0-1,2 mg 1,3 mg	0 punto 1 punto 2 punto
¿Inhalas el humo?	Nunca A veces Siempre	0 punto 1 punto 2 punto

Para dejar de fumar se debe de pasar por una serie de procesos temporales de actitud ante el hábito, y es necesario pasar por ellos para poder tomar una actitud de abandono.

TRATAMIENTO CONDUCTUAL

Escalón 1

Debe conocer por qué deja de fumar. Puede tomarse 1 ó 2 días para pensar acerca de las causas de dejar de fumar:

1. Mejorar la salud, dolor de garganta, tos, fatiga al ejercicio, infecciones de repetición.
2. No empeorar la salud, miedo a enfermar, el doble de riesgo de enfermedades del corazón, seis veces más enfisema, diez veces más de cáncer de pulmón, 5-8 menos de años de vida.
3. Problemas financieros (dinero).
4. Dar ejemplo a los niños.
5. No empeorar la salud de los hijos.
6. Aprobación social, laboral y familiar.
7. Razones de estética, mal aliento, dientes amarillos, arrugas.

Después debe de realizar una reflexión profunda. También debe sopesar la obesidad que se producirá y tenerlo claro antes de pasar al siguiente escalón.

Escalón 2

En esta situación debe tomar una decisión positiva - Debo dejar de fumar - Esta elección debe de ser una acción definitiva sopesada, basada en un juicio racional.

En los días sucesivos deberá realizar esta reflexión tan frecuentemente como tenga ganas de volver a fumar. Este deseo es propio de la abstinencia de nicotina y de la consideración de su vida futura sin fumar. El tomar esta decisión genera inmediatamente una defensa en el ansia por fumar.

Debe elegir una fecha, el fin de año, un cumpleaños, un embarazo, etc ... Debe de ser un día que se asocie al cambio de vida, un antes y un después.

Escalón 3

Una vez abandonado el tabaco debe de hacer este sentimiento perpetuo, lo mejor para no fumar es no volver a fumar. La decisión y el abandono de fumar debe ser una decisión de pocos días no una decisión de poco a poco y en meses. La peor parte está en los tres primeros días, a partir de los 5 días el ansia por fumar es menos intensa y más fácilmente superable.

Para superar esta fase le ayudarán la dieta y los consejos de vida posteriores, pero debe de pensar siempre en el presente y tomar la decisión de no fumar en el presente día, no piense en el futuro.

Debe de conocer las posibles causas de abandonar el intento, para poder sobreponerse a ellas:

- Ante el deseo de fumar, respirar muy profundamente, relajarse, beber agua, masticar chicle.
- Si presenta insomnio, evite el café, haga ejercicio.
- Estreñimiento, debe de comer alimentos ricos en fibra (cereales, verduras).
- Nerviosismo, evite el café, haga ejercicio, tomar un baño, etc...
- Cansancio, duerma muchas horas, tenga paciencia.

También debe de evaluar las cosas positivas:

- A los 20 minutos:

1. La presión arterial baja a su nivel normal.
 2. El ritmo cardíaco desciende a la cifra normal.
 3. La temperatura de los pies y de las manos aumenta a su punto normal.
- Pasadas 8 horas:
 1. La concentración de monóxido de carbono en la sangre baja a su nivel normal.
 2. La concentración de oxígeno en la sangre sube a su nivel normal.
 - A las 24 horas:
 1. Disminuye el riesgo de sufrir un infarto cardíaco.
 - Una vez cumplidas las primeras 48 horas.
 1. Las terminaciones nerviosas comienzan a regenerarse.
 2. Aumenta la agudeza del olfato y del gusto.
 3. Caminar se vuelve más fácil
 - De 2 a 3 semanas:
 1. Mejora la circulación.
 2. La función pulmonar aumenta hasta en 30%.
 - De 1 a 9 meses:
 1. Disminuyen la tos, la congestión nasal, la fatiga y la falta de aliento.
 2. Vuelven a crecer cilios en los pulmones, lo que aumenta la capacidad para arrojar flemas y resistir a las infecciones.

Un año después, el riesgo de padecer insuficiencia coronaria es 50% menor que el de un fumador.

Escalón 4.

- Dieta en el periodo inicial.

Tome comidas ligeras, de prioridad a frutas en grandes cantidades y vegetales, que además de facilitarle la abstinencia, le aportarán vitaminas C y B.

No tome carnes ni pescados fritos o guisados , no tome postres azucarados. El azúcar puede impedir la absorción de ciertas vitaminas que serán fundamentales para estos días (mejoran la función nerviosa).

No tome condimentos fuertes, mostaza, pimienta, chile, ...; estas producen aumento del ansia de fumar.

Tenga cuidado con los pasteles, pastas, chocolate, tenga en cuenta que no quiere engordar y además no le conviene.

Lo ideal es tomar solo zumos y frutas el primer día , pero si es importante comer por su trabajo o actividad le damos este consejo:

Desayuno - Fruta fresca, cereales con leche fría, una tostada de pan.

Comida - Sopa, sándwich de jamón dulce, ensalada, fruta fresca.

Cena - Sopa, ensalada, queso fresco, patatas cocidas, jamón dulce, fruta fresca.

Escalón 5.

Que debe de beber. Tomará muchos líquidos, 5 ó 6 vasos de agua al día o zumos de frutas naturales o leche. Es importante para eliminar la nicotina y para evitar la ansiedad, además de ser necesario para su sistema nervioso.

No debe tomar café o te son estimulantes del sistema nervioso y le generan más ansiedad de fumar. No debe tomar alcohol, le empeora el juicio tomado sobre el dejar de fumar y estimula el cerebro. Es fatal y la asociación fumar-alcohol es casi una pareja inseparable.

Escalón 6.

Agua en su cuerpo. Debe darse frecuentes duchas y baños durante la primera semana, la piel es un órgano excretor y por ello el estimular mediante el agua esta función le ayudará a pasar su abstinencia y limpiar de nicotina el cuerpo.

Escalón 7.

Aumente la inhalación de oxígeno. Debe de realizar inhalaciones profundas de aire, en momentos de ansiedad y sobre todo después de las comidas. Debe de moverse y pasear sobre todo después de comer o cenar durante 15/20 minutos. Realice ejercicio y nunca debe quedarse sentado después de comer.

Escalón 8.

Mantenga unos hábitos rígidos. Acuéstese a la hora adecuada, duerma 8 horas y levántese para un desayuno adecuado. Coma lo que debe comer a las horas y realice el ejercicio preciso a la hora fijada.

Escalón 9.

Ayuda exterior. Debe contar con familiares o amigos que le apoyen en su objetivo. El intentar animar al entorno a su proyecto le generará más satisfacción y le apoyará a la vez. Si usted tiene fe o es religioso busque apoyo en ello, en los momentos de debilidad puede ser de gran ayuda.

Escalón 10.

Desea una oportunidad para triunfar. Muchas personas lo consiguen, ¿por qué usted no, se cree inferior? Debe tener en cuenta que está consiguiendo algo muy grande. No olvide nunca

las razones de su decisión, un hábito de años debe de ser controlado cada día con fuerza, no debe ser olvidado por la noche, USTED HA ELEGIDO DEJAR DE FUMAR.

TRATAMIENTO CON PSICOTERAPIA DE TIEMPO LIMITADO ®©

Vamos a intervenir sobre los cuatro pilares mencionados al principio de este capítulo sobre tabaquismo:

- Fisiológico.
- Emocional.
- Cognitivo.
- Social.

Es fundamental que este tratamiento sea integral, es decir, aunque tratemos todas estas áreas, el paciente será abordado de forma global y como un todo.

Fase de encuentro y marca

En esta primera fase además de pasarle al paciente el TEST DE FAGERSTRÖM, realizamos habitualmente una amplia anamnesis tanto de su adicción al tabaco como de sus situaciones vitales.

1.- Para ello lo habitual es realizarle el C.H.S.V. (Cuestionario en Hipnosis de Situaciones Vitales). En este cuestionario le pedimos al sujeto que con "la memoria de estar allí", nos exprese sus sensaciones, emociones, cogniciones, respuesta fisiológica y situación social de:

- su último cigarrillo.
- Último cigarrillo del día anterior.
- Último cigarrillo de la semana anterior.

- Último cigarrillo del mes anterior.
- Último cigarrillo del año anterior.
- Cigarrillos más recordados de cada año hasta llegar al primer cigarrillo.

Mención especial tiene el primer cigarrillo, así como el segundo y tercero. En ellos nos recreamos, le hacemos vivir todos esos momentos con todo detalle, haciendo hincapié en todo lo que le paso por la cabeza mientras comenzaba el ritual, es imprescindible poder conectar con la mayor cantidad de información de estos cigarros, así como todo lo acontecido a nivel fisiológico, psicológico y social en ellos.

Una vez conseguimos esta información, anclamos (marcamos) este momento con anclas tanto cenestésicas, como visuales y auditivas, comprobando que canal es el que mejor conecta con la "memoria de estar allí". Es necesario provocar las anclas para observar si de nuevo el sujeto puede vivir sus primeros tres cigarrillos.

Es conveniente conseguir el mayor número posible de detalles de esos tres primeros cigarrillos, así como los elementos comunes con los cigarros vividos en el C.H.S.V.

2.- también en esta fase de encuentro y marca, y con el mismo C.H.S.V. Hacemos un repaso de todos los momentos en los que el sujeto ha querido dejar de fumar, realizando una jerarquía de los momentos en los que lo consiguió y de todo lo que hizo para poder conseguirlo. Si no ha dejado de fumar nunca, la jerarquía se realiza sobre esos momentos en los que estuvo más cerca de dejarlo y de todas las circunstancias que rodearon esos intentos.

3.- Es conveniente en esta primera etapa de exploración, poder detectar en estado hipnótico, todo el arsenal de creencias, emociones y sensaciones que componen los motivos por los que se mantiene no solo el hecho de fumar, sino también la necesidad de hacerlo. Y a la vez todo el arsenal de creencias, emociones y sensaciones que componen los motivos por los que el sujeto dejaría de fumar, y como no, por todos los motivos que le impiden hacerlo.

Los motivos más corrientes que encontraremos en los pacientes que quieren dejar de fumar y que no pueden lograrlo son:

- Creer que dejar de fumar debe ser un sacrificio.
- Creer que dejar de fumar nos hace perder.
- Creer que tenemos que conseguirlo desde la fuerza de voluntad.
- Creer que dejar de fumar puede influir en nuestra capacidad de concentración,

atención o memoria.

Fase de desencuadre y desplazamiento

Es una fase de cambio, es el momento en el que proponemos al sujeto que haga algo diferente para conseguir el cambio terapéutico. Tal como anunciaba Batenson "cambio es la diferencia que establece una diferencia", pues bien, en esta fase de desencuadre, pretendemos conseguir que el sujeto se coloque ante el tabaco en una posición distinta a la que se ha encontrado en los últimos tiempos, para ello, le proponemos acciones diferentes a las habituales con el tabaco,

de manera que pueda conseguir una nueva perspectiva respecto a su situación como fumador, y por lo tanto, que pueda apreciarse con otras herramientas y capacidades para liberarse de esta adicción. Para ello, no provocamos ninguna acción, por parte del sujeto, que tenga que ver con su fuerza de voluntad. El sacrificio y el sufrimiento no son buenas compañías para dejar de fumar, todo lo contrario, proponemos que el sujeto sienta desde su interior una nueva fuerza, esta vez positiva, que culmine en una decisión y a la vez en una sensación: La decisión será decir "basta" "no aguanto más ser esclavo de la nicotina". La sensación debe ser de liberación, de felicidad, incluso de entusiasmo. Cuando el sujeto siente estas sensaciones y toma esta decisión, dejar de fumar es simplemente una consecuencia de no volver a tener un cigarrillo en las manos.

Nuestro lector comprenderá que este cambio no se puede realizar simplemente desde la idea o el pensamiento, es algo más profundo, y por lo tanto sucede sin que se proponga de forma artificial. Este momento de entusiasmo y de liberación, sucede cuando hemos desencuadrado todos los condicionantes que siguen manteniendo al fumador enganchado al tabaco. Estos condicionantes no son solo fisiológicos, hay como hemos estudiado anteriormente, otros condicionantes emocionales, cognitivos y sociales tan potentes como la propia necesidad de llenar los depósitos de nicotina.

En definitiva tiene que suceder de forma natural y como consecuencia de este proceso, un cambio de posición psicológica respecto al tabaco. Habitualmente este cambio de posición sucede sin necesidad de intervención profesional, algunos esfumadotes nos comentan que un día cualquiera decidieron que ya no podían fumar más y dejaron de fumar. Esta decisión no podemos determinarla como una decisión vinculada a la voluntad, es siempre la consecuencia de un proceso en el que el sujeto por si mismo a desencuadrado sus condicionantes y ha culminado con un cambio de perspectiva en el que la decisión es firme y la sensación es de

bienestar.

Sin embargo este proceso de cambio de perspectiva en numerosos fumadores no lo consiguen por ellos solos, por lo que necesitan ayuda externa. A veces esta ayuda es propiciada por personajes que desde la magia, la hechicería, y otros estamentos son capaces de conseguir la diferencia que establece esa diferencia en el sujeto y que culmina con su capacitación para tomar la decisión de dejar de fumar y sentirse liberado. Nosotros no vamos a perder ni un minuto en hacer opinión de estos tratamientos fuera de las profesiones psicológicas y medicas oficiales, ya que siempre hemos entendido que si algo ayuda es bueno. Lo que si que vamos a intentar es que nuestros tratamientos estén vinculados a cambios reales de perspectiva y no ha simples estrategias de marketing psicológico, ya que es fácil encontrar que aquellos sujetos que dejaron de fumar por hacer un tratamiento de las características anteriormente explicadas, son más proclives de volver a fumar de nuevo a lo largo de su vida.

En nuestro proceso de desencuadre proponemos:

- Para comenzar desencuadramos todos los momentos de unión o alianza con el tabaco, descodificando los cannon o memorias por las que se mantiene la adicción al tabaco.
- Desensibilizamos el sabor, sobre todo los primeros sabores, así como el olor, la visión de los personajes que fueron interiorizados como héroes cuando se les veía fumar, los sonidos adheridos al plástico de la cajetilla, el rascar de la cerilla, o el clip del encendedor. La sensación del contacto de la boquilla con los labios, la presión de estos para realizar la calada, la sensación de succión de nuestros carrillos, la sensación del humo en la garganta. Todas estas sensaciones deben ser cambiadas por contingencias negativas o neutras, ya que hasta ahora, estaban todas ellas, encadenadas y unidas por una ilusión de placer o bienestar. En definitiva tenemos que desensibilizar cada uno
- de los canales sensoriales en los que se han incrustado las distintas memorias a las que esta nuestro paciente condicionado.
- Pieza importante de esta fase de desencuadre será todos los condicionantes tanto psicológicos como sociales. Dentro de los psicológicos, y tal como dijimos anteriormente, el miedo, el aburrimiento, la capacidad de ser mas hábiles socialmente con un cigarro en la boca, y otros muchos sentimientos y emociones, deben de desencuadrarse o desensibilizarse, para poder permitir que el sujeto no esté envuelto
- por presiones que le impiden presenciar su capacidad para dejar de fumar como un hecho gratificante y lleno de satisfacción. No comprendemos ninguna otra forma de dejar de fumar que no sea desde la felicidad y el bienestar de poder imaginar que el

resto de nuestra vida no tendremos que saborear ese humo atroz, sentir como no se puede respirar o tener la sensación de vacío y ansiedad siempre que se acaba el ultimo cigarro de la cajetilla.

Para ello suele dar muy buenos resultados desplazar a nuestro paciente desde su posición actual a otra en la que si que puede vivirse sin tabaco. Cuando nuestro paciente puede vivirse sin tabaco, tiene ganada una de las batallas fundamentales: Compararse y por lo tanto reconocerse como una persona que no necesita el tabaco para sentirse bien y sobre todo para encarar los problemas habituales de esta vida. Pero ¿Como se consigue este cambio?:

1.- DESENCUADRE CONDUCTUAL.

Conseguimos que el paciente desencuadre su conducta respecto del tabaco, y de esta forma consiga una desensibilización de los condicionantes a los que esta adherido.

El sujeto tiene que cumplir una serie de ritos al pie de la letra, estos ritos nunca le impiden dejar de fumar, simplemente cambian los condicionantes a los que nos referíamos anteriormente. Estos ritos deben variar de unos sujetos a otros, siendo los más habituales que proponemos:

- Siempre debe comprar en el mismo establecimiento su tabaco. Por lo tanto tiene que elegir en este momento delante de nosotros cual será y por lo tanto nunca más comprara tabaco en ningún otro lugar. Este compromiso es uno de los más firmes, de tal forma que si este establecimiento lo cerraran, nunca más podría comprar tabaco en ningún otro sitio. El sujeto elige que establecimiento es, nadie le obliga que sea uno u otro, lo que se compromete es a no poder comprar en ningún otro sitio nunca mas. Si se va de vacaciones o de ciudad, no podrá comprar tabaco en ningún otro lugar, solo puede hacerlo en el lugar elegido.
- El sitio que elige para comprar el tabaco debe estar a más de medio kilómetro de su casa, nunca a menos de medio kilómetro.
- Solo puede comprar cada vez una sola cajetilla de 20 cigarrillos, no puede almacenar tabaco. Puede comprar en el mismo día todas las cajetillas que quiera, pero siempre de una en una, y siempre cuando le queden menos de tres cigarrillos.
- Al establecimiento elegido debe ir siempre andando, de esta forma aunque siga fumando al menos hará deporte.
- Debe elegir un mechero (nunca cerillas) con el que siempre encenderá sus cigarrillos, si

no es con ese mechero no podrá encender los cigarrillos. De tal forma que si ese mechero se pierde o se gasta, nunca más podrá encender un cigarrillo. Los mecheros según que marcas tienen para unos 2000 a 3000 encendidos, por lo tanto cada vez que escuche el "clip" del mechero estará mas cerca de dejar de fumar, y por lo tanto estará mas cerca de ser libre de su esclavitud a la nicotina.

- La cajetilla de tabaco siempre debe estar separada unos diez metros del mechero. Es necesario que cada vez que encienda un cigarro tenga que trasladarse esos diez metros.
- Antes de encender un cigarro el paciente debe tener el cigarro en la mano contraria a la que siempre enciende los cigarrillos un mínimo de 20 segundos.
- Por ultimo cada vez que se vaya a fumar un cigarro es necesario encenderlo con la mano contraria a la que se encendía habitualmente. Y siempre las tres primeras caladas no debe tragarse el humo, teniendo en ese momento siempre los ojos abiertos.

2.- DESENCUADRE COGNITIVO

- Cada vez que tenga intención de fumar debe hacerlo de forma consciente, es decir, debe preguntarle al cigarro: "¿Te mereces que te fume?". El fumador en muchas ocasiones enciende el cigarro sin tener una sensación consciente de lo que hace, siendo habitual que nos comenten que muchos cigarrillos no les apetece realmente y les saben mal. Con esta pregunta el fumador podrá elegir si ese cigarro se merece ser fumado, si no es así, simplemente se da el gusto de dejarlo hasta que se lo merezca.
- Cada cigarrillo que se vaya a encender debe fumarse previo paso de nuestra aduana. Nuestra aduana es un sistema de vigilancia que nos permite decirnos si ese cigarrillo cumple con las condiciones mínimas. Las tres preguntas que hacemos al aduanero son:
 - o Que pensamiento me viene al desear este cigarro.
 - o Que pensamiento tendré después de fumarme este cigarro.
 - o Que pensamiento tendré si no me fumo este cigarro.
- Proponemos al paciente que sea consciente de su discurso, en el sentido del autodiálogo que se dice tanto para fumar el siguiente cigarrillo, como el que se dice sobre la necesidad de dejar de fumar.
 - o En este dialogo consigo mismo encontramos diferentes formas de engañarse, algunas de ellas son: "Si dejo de fumar engordare", "Si dejo de fumar no podré dormir", "si dejo de fumar no habrá quien me aguante". En verdad estos pensamientos se clavan en el cerebro del sujeto como puñales, para así darse permiso para seguir fumando, como si esto fuera un mal menor. Es cierto que

al dejar de fumar las personas recobran el apetito, ya que el tabaco produce dificultades tanto a nivel digestivo, respiratorio, como circulatorio, impidiendo que el sujeto pueda comer, ya que esta lleno de humo, de mocos y de nicotina en las arterias, entrando en una anorexia típica como consecuencia del tabaco. Por otro lado el sabor y el olor, tan importantes en la alimentación, huelgan por su ausencia. Dejar de fumar no engorda, engorda comer y si dejamos de fumar podemos saborear mejor y vivir mejor, simplemente. La media de kilos que se recuperan cuando se deja de fumar es de cuatro. No conozco a nadie que por cuatro kilos haya pasado a estar obeso, son trampas de nuestro pensamiento para permitirnos fumar. De forma parecida sucede con el pensamiento "no podré dormir", es cierto que durante quince días estaremos más nerviosos y es posible que esto influya en el sueño, pero al cabo de estos días todos vuelve a su normalidad, es más, el no fumador duerme mejor, ya que no tiene apnea, ni los enfisemas pulmonares característicos del fumador. Muchos fumadores se despiertan por la noche, ya que necesitan un pitillo.

- Respecto a los pensamientos anticipatorios sobre sus necesidades urgentes de dejar de fumar, culminan con una angustia que se resuelve encendiendo otro pitillo, ya que al menos la ansiedad secundaria a la bajada de depósitos de nicotina se alivia. Tenemos que trabajar también sobre las necesidades urgentes, ya que terminan siendo una trampa que produce más de lo mismo.
- Es necesario que el paciente sea consciente de estos pensamientos y que pueda neutralizarlos por otros mucho mas realistas como: "dejar de fumar no me va a privar de nada", "dejar de fumar me va a dar beneficios maravillosos", "Puedo dejar de fumar cuando quiera, incluso en este momento".
- Por ultimo entre la amalgama de pensamientos que tenemos que trabajar en el fumador, esta el que tiene que ver con el momento idóneo para dejarlo. Este dialogo también es otra trampa, ya que en realidad el momento idóneo suele aparecer unas tres semanas después de haber dejado de fumar, por lo tanto el momento idóneo, cuando aparece esa sensación de plenitud y esa decisión definitiva esta curiosamente ligada a pasar el síndrome de abstinencia física. No obstante hay fumadores que fumando sienten este instante de "punto de inflexión", en el que la decisión y la sensación culminan en tirar este último cigarrillo. Ya dijimos al principio del capitulo que muchos de nosotros nos hemos tenido que separar de muchas personas y objetos placenteros, todos sabemos como hacerlo, de hecho ya lo hemos hecho, lo único que tenemos que permitir es que suceda y para eso no tenemos que gastar mucha palabra, ni mucho pensamiento, simplemente lo imaginamos y luego lo hacemos. Para dejar de

fumar simplemente hay que dejar de encender el último cigarro, no olvidemos que nadie catalogara a otro como fumador si tiene el cigarro en la mano sin encender. Es así de simple y de sencillo, para que suceda ese día que denominamos de “punto de inflexión”, simplemente lo hacemos, y punto.

3.- DESENCUADRE SOCIAL

- Nunca podrá dar tabaco a nadie, es más, si alguien le pide tabaco, debe contestar: “Estoy en tratamiento para dejar de fumar, y me han prohibido que de o que pida tabaco”.
- De la misma manera nunca pedirá tabaco a nadie, solo fumara de su cajetilla, que ha comprado de una en una, en el mismo establecimiento al cual ha ido andando, con el mismo mechero, el cual esta separado diez metros de la cajetilla.
- Aunque no le hacemos totalmente acreedor de cumplir este punto, le aconsejamos que siempre que fume lo haga a solas, y si puede ser sin que este escuchando música o viendo la televisión. El paciente no debe olvidar que antes de cada cigarro debe mantener un dialogo con este, y si esta con otras personas o haciendo otras tareas puede volver a conectar con el tabaco de forma inconsciente.

4.- DESENCUADRE EMOCIONAL

Todos los profesionales que nos dedicamos a trabajar con el tabaquismo, sabemos que hay una amplia gama de diferentes tipos de fumadores. Nosotros pensamos que esta amplia gama es consecuencia de los distintos engranajes emocionales que subyacen en cada fumador. Todos estos engranajes emocionales terminan siendo distintas trampas que sirven para reforzar los mismos misterios: rellenar un vacío existencial y como no argumentar una personalidad de base que en el fondo ha optado por la autolisis. Por supuesto a este nivel hay que diferenciar las personas que fuman esporádicamente y muy poco cigarrillos, de aquellas que sobrepasan una cantidad y un tiempo como fumadores, que realmente les esta proponiendo como candidatos a una enfermedad mortal.

La lógica de las emociones es caprichosa, de tal forma que aunque nuestro pensamiento sienta angustia por la muerte o la enfermedad, y todo nuestro discurso vaya en consonancia con el cuidado personal, la emoción puede estar lo suficientemente herida o maltrecha como para desear la autólisis. Si hacemos un análisis meticuloso y profundo, es bastante normal encontrar en muchos fumadores mas respuesta de miedo (respuesta autónoma) ante el pensamiento de dejar de fumar que ante el pensamiento de poder morir por fumar. Y todo esta paradoja nos hace investigar sobre los deseos de autólisis latentes aunque no manifiesto de este tipo de fumadores.

Por todo ello nuestro programa en el desencuadre emocional debe seguir el siguiente organigrama:

- En estado de relajación profunda hacer un desencuadre de las emociones que suceden ante el cuestionario de C.H.S.V. respecto a los primeros cigarrillos y sobre todo los últimos.
- Localizar las emociones distorsionadas que acompañan tanto al hecho de fumar, como al hecho de querer dejarlo.
- Conseguir que el paciente se disocie en un espectador, que realiza todo el C.H.S.V. que anteriormente nos ha nombrado, pero cambiando el actor, es decir, en vez de estar sucediéndole a él que viva lo mismo respecto a su hijo, sobrino, amigo etc. Es importante que el paciente no se coloque en este ejercicio en una posición de actor, sino de observador, donde pueda visualizar, sentir y vivir lo que ocurre en el organismo de esa persona querida cada vez que fuma.
- Transmitir de forma directa la relación entre que un padre fume y que un hijo fume. Si como hemos dicho anteriormente no tiene hijos, tenemos que oscurecer la escena del tabaco con alguna secuencia en la que no tenga ganancia emocional.
- Colocar al paciente una y otra vez en una vivencia en la que no fuma, sintiendo y tomando contacto con las emociones que sucederían en una vida sin tabaco. Hacerle un verdadero entrenamiento en habilidades de autocontrol tanto fisiológico como emocional en situaciones con depósitos vacíos de nicotina. Es muy interesante los resultados tan sorprendentemente positivos que obtenemos cuando grabamos memorias en los pacientes en los que ante una situación hasta ese momento estresante de abstinencia, se consiguen respuestas de relajación fisiológica y conectar con emociones que tienen que ver con la sensación de liberación, felicidad y bienestar.
- Anclar, a través de estas técnicas, una sensación global de estar disfrutando del proceso, consiguiendo no sólo que es fácil vivir sin tabaco, sino que además se puede hacer de forma divertida, amable y dentro de un positivismo.

- Es necesario que dediquemos bastante tiempo en desencuadrar todos los líderes, héroes, y personajes fumadores, que tiene el sujeto anclados como referentes. Debemos conseguir que llegue a ellos con las emociones propias de una persona adulta y que diferencie como lo que sentía en el pasado es relativo, invitándole a que se quede con aquello que realmente le ha aportado de bueno, pero desligándole de todo lo que ha podido matizarle como una persona que dentro de él tiene una necesidad de hacerse daño y lo que es peor de autodestruirse.
- Es habitual que el no fumador cuando observa a un fumador fumar después de una comida, siente como el se esta privando de placer y el fumador no se priva de nada. Por lo tanto hay que conseguir transmitir en estado hipnótico el siguiente desencuadre emocional:
 - o El fumador se priva de salud, vitalidad, dinero, paz mental, valor, tranquilidad, libertad, respeto a si mismo (Allen Carr).
 - o El no fumador no se esta privando de placer, se esta privando de la esclavitud de la nicotina.

Desplazamiento

La fase de desplazamiento la separamos de la fase de desencuadre por mera iniciativa académica, pero en realidad la una va unida a la otra. Siempre que desencuadramos desplazamos. ¿Hacia donde hay que desplazar o mover al paciente que fuma?, siempre hacia una constante conductual, cognitiva, emocional y social en la que se cumplan puntos fundamentales:

- Solo dejaras de fumar cuando tú lo decidas.
- Dejar de fumar es muy fácil, tan fácil como no encender un cigarro. Tan fácil como dejar de chupar un chupete, tan fácil como darnos cuenta que en la vida hay muchos timos, y fumar es uno de ellos, en el que el estado (un superyo social) nos dice fuma que pagas impuestos y a la vez no fumes que me cuesta dinero curar tu cáncer.
- Lo importante no es dejar de fumar (la palabra dejar parece que es perder algo) sino que lo importante es ganar la vida, la libertad, la energía, la identidad. Cuando se deja de fumar ganas no pierdes.

En el momento que conseguimos desplazar al sujeto de la vivencia que anteriormente al tratamiento tenia con el tabaco, conseguimos que puede imaginarse vivir sin tabaco y posteriormente conseguimos que sea capaz de afrontar la ultima fase de nuestro entramado terapéutico: convertirse en no fumador.

Fase de reencuadre y reestructuración

Esta fase es el resultado de la anterior, al desencuadrar y desplazar el sujeto a movido mucho material tanto consciente como inconsciente, de aquí que en la fase anterior se ha podido producir estados de angustia, depresivos e incluso agresivos. Si solo descuadramos o desplazamos el sujeto quedara descolocado, por lo que tenemos que conseguir un nuevo encuadre esta vez sin consumo de tabaco y sobre todo en el que no fumar sea un preámbulo de salud y felicidad, nunca de sacrificio y esfuerzo.

Cuando el sujeto vive su nuevo planteamiento ante el tabaco dentro de este encuadre de ilusión y bienestar se produce una reestructuración continua no solo de su vida ante el tabaco, sino también de todo el planteamiento de su forma de vivir. Nuestra experiencia es que le cambia la vida, y con ella los recursos y las capacidades para enfrentarse a otros problemas que aparentemente no tienen nada que ver con el tabaco.

Este proceso de reestructuración suele durar unas 3 sesiones, es conveniente que el sujeto tenga capacidad para encarar posibles recaídas o necesidades de volver a fumar. El empleo de todas las anclas anteriormente implantados, así como el refuerzo de nuevas habilidades en el autocontrol, suelen ser suficientes ya que como hemos dicho en este momento el paciente ha cambiado su posición ante el tabaco.

Hay que ayudar con estas técnicas a superar los malos días, que pueden conectar con el estado mental anterior del sujeto. En este momento el paciente tiene suficientes herramientas, no obstante, aconsejo transmitir en estado hipnótico el mayor numero de situaciones en las que pueda haber una recaída, dándole salidas en forma de memorias que de forma automática den salida a estas situaciones. No olvidemos que es fundamental transmitir a nuestros pacientes que los golpes en la vida van a seguir sucediendo, pero ahora no están solos, nos tienen a nosotros, estamos en su mente. Personalmente a mis pacientes les va bien ante cualquier situación difícil preguntarse ¿Qué me diría Roberto?, y aunque por supuesto no se lo digo yo, se lo dice él, pero para entonces encuentra una respuesta y por lo tanto una solución.

Un caso real vale más que mil explicaciones

- Primera consulta

Julián acudió a mi consulta con un motivo de consulta sencillo y directo, quería dejar de fumar, a sus 48 años, podía fumarse 35 cigarrillos de tabaco rubio de una marca concreta, no podía

fumar ninguna otra marca, por esto coleccionaba cajetillas, tenía siempre cerca de él al menos diez. Cuando le dije los motivos que tenía para dejar de fumar, solo me dijo uno:

- "No quiero morir como mi padre, fumo desde los 15 años, y desde entonces no he parado de fumar como un descosido, sé que más de 30 años como fumador es mortal, "vi morir a mi padre por un cáncer de pulmón" y "no quiero tener ese destino".

Al preguntarle cuantas veces había intentado dejar de fumar, me respondió que en los últimos diez años no hay día que no se diga que tiene que dejarlo, pero que cada vez fuma más y más. También me refirió que había hecho acupuntura, había tomado chicles de nicotina, había hecho terapia psicológica cognitivo-conductual, he incluso se había hecho una sesión de rayos laser. Incluso me dijo que fue una vez a un curandero, pero lo más que había conseguido con la terapia cognitivo-conductual es llegar a fumar 10 cigarrillos al día, siendo esta vez la más cercana a haberlo dejado.

En toda la anamnesis de Julián encontré una relación con el tabaco muy arraigada, como era normal fumaba cuando estaba cansado o cuando estaba con mucha energía, cuando estaba triste, aburrido, feliz, cuando estaba solo y acompañado, antes y después de salir de un sitio donde no puede fumar, cuando habla por teléfono, cuando pasea, cuando esta en el coche solo, cuando entra en el baño de su casa, para quitarse los nervios y cuando esta muy tranquilo también fuma, cuando se enfada y cuando está satisfecho. En definitiva, cuando llevaba preguntándole por su dinámica del fumar me di cuenta que como casi siempre que me encuentro con un fumador crónico, fuma siempre.

Nunca había dejado de fumar desde que comenzó a los 15 años, su novia y hoy mujer, que la conoció con 23 años es también una fumadora habitual, aunque ella solo llega a 20 cigarrillos al día de tabaco negro, me dijo, como si esto fuera poco.

Era curioso, pero desde los 23 años, cuando conoció a su señora, entonces su novia, es cuando comenzó a fumar la marca que no ha vuelto a dejar, no ha sido infiel nunca a esta marca, como tampoco, me dijo, a su señora.

La vida de Julián ha sido una vida de trabajo y esfuerzo, como la de muchos ciudadanos, es maestro de escuela igual que su señora, y está muy implicado en su Instituto, donde desde hace veinte años da clases de Matemáticas entre cigarrillo y cigarrillo, tiene dos hijos y su señora trabaja en un instituto dando también clases de Matemáticas muy cercano del suyo. El deporte que hace es pasear, le gusta ir al monte, y se mantiene bien, pesaría cuando le vi por primera vez unos diez kilos más de lo que sería su peso normal. Tomaba vinos y cervezas, pero solo cuando sale con amigos o come fuera de casa, en casa solo toma agua. No tenía perfil de tener problemas con el alcohol, según me dijo no recordaba haberse emborrachado nunca.

Durante un tiempo iban unos matrimonios habitualmente al bingo después de cenar los sábados, pero ya se había aburrido, sobre todo porque en el bingo ya no se podía fumar. Reconoce que cuando alguien no fuma y le molesta que fume, con esa persona sale menos, y tiene dos o tres bares, donde a ciertas horas fuman sin problema, le parece que esos momentos son como de clandestinidad, los vive como si estuviera haciendo algo maravillosamente malo.

Es el hijo menor de cuatro hermanos todos maestros como el padre y todos fumadores como el padre, su madre fumaba poco, pero también fumaba, y en su casa desde los 17 años había fumado sin el mayor problema.

Ha tenido dos momentos especialmente traumáticos con el tabaco en su vida, el primero hacia 8 años con la muerte de su padre, fue un proceso horrible me describe, el segundo hacia 4 años, con su hermano mayor, le habían quitado un pulmón, aunque en ese momento se

encontraba perfectamente. Su hermano como es natural había dejado de fumar, era el único de toda su familia que había dejado de fumar, después de la intervención de su pulmón.

Le pregunte porque después de su peregrinar, me había elegido a mi, y me dijo con la naturalidad con la que siempre me hablaba que simplemente porque dos personas distintas que no se conocían entre si le había hablado de mi y del modelo de Terapia de Interacción Recíproca, cuando le pregunte si esas personas se refirieron a solucionar un problema de tabaquismo me dijo que no, pero lo que le convenció para pedirme consulta era lo que habían aprendido esas personas en su proceso terapéutico, además de mejorar el problema que trataron. Otra de las cosas por las que me llamo es que con este tratamiento no estamos mucho más de 10-12 sesiones.

Como puedes darte cuenta amigo/a lector/a Julián tiene un motivo de consulta muy concreto y específico "quiere dejar de fumar", es lo que a él le hace sufrir, pero a la vez es su fuente de seguridad, ya que fumando ha realizado toda su vida, por esto le pregunte que se imaginaba que un día se levanta y ya no fuma, simplemente no fuma, ¿Qué habría cambiado? Me dijo:

- Todo, si yo dejase de fumar tendría que cambiar toda mi vida, nada sería igual.
- Solo de pensarlo se me ponen los pelos de punta, me inunda mucho miedo, es como si me preguntaras ¿Cómo sería mi vida sin mis hijos y sin mi mujer? o ¿Cómo sería mi vida sin dar mis clases de Matemáticas?

Hicimos un silencio y le dije que viniera en una semana, solo que esta vez hiciera una serie de cambios que afectarían solo a su coleccionismo de cigarrillos cerca de él, a la relación que tendría con su cigarrillo, y también a la que tendría con su mechero. Son una serie de cambios que realizo con los pacientes que quieren dejar de fumar, y aunque, como natural, no les indico que dejen de fumar, si les prescribo una serie de cambios en su forma de fumar, que inciden en los circuitos neurológicos automáticos que tienen ya implantados con el tabaco, en definitiva con estos cambios, conseguimos que el fumador sea consciente de lo que ocurre con todos sus cigarrillos en todo momento, cosa que en muchas ocasiones no sucede ya que el fumador suele encender y fumar muchos cigarrillos fuera de consciencia, como un autómata, a este trabajo puramente cognitivo conductual le he denominado, conseguir ser un **fumador que fuma de forma deliberada, sin tensión y consciente**, cuando lo habitual es fumar de forma obligada, en tensión e inconsciente.

- Fumar de forma deliberada es fumar sabiendo que quiero fumar, y ya que lo estoy haciendo sin culpa, sin objeciones, sin justificaciones, sin decirse según se fuma "esto tengo que dejarlo", si se fuma se fuma porque quiero y porque es lo que he decidido en este momento.
- Fumar sin tensión, es recreándose en el cigarro, como si fuera el último, sin querer que se acabe, saboreándolo y en un estado de relajación lo más alto posible.
- Fumar de forma consciente, es darse cuenta desde el primer momento que se está haciendo el ritual, se coge la cajetilla, se saca el cigarrillo, se da unos golpes, se lleva a la boca... todo este proceso debe ser consciente, y de hecho le enseñamos a hablar con el cigarrillo, por ejemplo, es fácil escuchar a uno de mis pacientes ¿cigarrillo tú te mereces que te fume o no eres ese cigarrillo que se merece que te fume? Ya que todos los fumadores saben que más del 60% de los cigarrillos que fuman, no los disfrutan, son como rituales fuera de consciencia.

Con todo el proyecto de fumador que deliberadamente y tranquilo fuma conscientemente, se fue Julián, para verle a la semana siguiente, pidiéndole que por favor cada vez que fumara un cigarro lo anotara para saber los cigarrillos que fumaba cada día. Solo hablamos de tabaco en esta primera sesión tal y como el paciente espera, hablamos de su motivo de consulta, de

aquello que el paciente cree que le hace sufrir, y sobre todo hablamos de aquello que quiere cambiar, en el caso de Julián quiere cambiar su dependencia al tabaco, y posiblemente su dependencia a un destino que no le gustaría tener. Todo esto es acompañar, es conseguir vincularse con el paciente admitiendo su sufrimiento y que el valor de nuestra capacidad como autoridad, y por ello que surja la esperanza de futuro, ha esto lo llamamos vincularse.

- Segunda consulta

Julián acude a la segunda consulta trasmitiéndome que está contento ya que se ha dado cuenta la cantidad de cigarrillos que fumaba sin darse cuenta, además de los muchos tics que tiene a la hora de fumar, las prescripciones que le mande la semana pasada no había conseguido que dejara de fumar muchos cigarrillos pero si algunos, solamente por hacer consciente su forma de relacionarse con los cigarrillos produjo un descenso del 20% ya que había fumado una media de 7 cigarrillos menos al día.

Después de repasar estos datos comenzamos con la primera sesión de ENCUENTRO Y MARCA, Julián se tumbó en nuestro sillón de relajación y una vez que conseguí un estado hipnótico adecuado, comenzamos con la vivencia de una muestra de situaciones en las que fumaba, de esta manera se le dijo que conectara con un cigarrillo de este mismo día, de hacia una semana y de hacia un mes.

- La situación que vivió en el cigarrillo de este mismo día, conecto con el cigarrillo que se había fumado antes de entrar en la consulta, expreso que fue un cigarrillo extraño ya que se lo fumo andando por la calle sintiendo en cada calada una sensación parecida a la que tuvo con su padre antes de morir, es como si se diera cuenta que se encontraba en una situación en la que iba a suceder una despedida, un final, es de esos momentos donde se sabe que poco puede durar. Esta situación era una despedida, en el recuerdo con su padre, en el presente con el cigarrillo. Según Julián le parecía mentira que sintiera tanta pena con uno y con otro, de hecho, en algún momento dijo que realmente el cigarrillo y su padre estaban en el mismo sentimiento, no reconocía a su padre sin el cigarrillo y al cigarrillo sin su padre.
- En el cigarrillo de hacia una semana, conecto con un cigarrillo que fumo al salir al café en el Instituto, iba con un compañero y al estar en la calle fue consciente de la cantidad de chicos que estaban haciendo lo mismo que él fumando, esos chicos tenían una edad de 16-18 años, eran los mayores del Instituto, en ese momento se sintió mayor, se sintió muy mayor.
- Sobre el cigarrillo de hacia un mes, le vino a su cabeza un cigarrillo que fumo en un momento que estaba subiendo a su casa, y fue quizás el momento donde decidió comenzar una terapia, ese día había fumado mucho más que otros días, ya que había tenido un problema serio con su coche, y en ese momento se sintió saturado, mal, entre otras cosas por tanto tabaco, sintió que estaba al límite.

Cuando terminamos esta primera sesión de ENCUENTRO Y MARCA, al abrir los ojos, le pregunte como es habitual, que tal se encontraba y me dijo "jodido" no me encuentro bien, me he dado cuenta de muchas cosas, esto es duro, he sentido la soledad de quedarme sin el cigarro, la misma que sentí al quedarme sin padre, me he sentido mayor, estoy mayor y sobre todo me he sentido atrapado por una ilusión "dejar de fumar" y una necesidad "seguir fumando". Me despedí, le dije que siguiera dando vueltas a estas tres situaciones como fumador que había tenido en sesión, y le cite para quince días.

- Tercera consulta

Ha esta consulta Julián entro contrariado, había pasado algo extraño, los primeros dos días después de salir de la consulta su deseo por el tabaco había cambiado, de tal manera que en

los tres primeros días había fumado una media de 14 cigarrillos, un 65% menos que estaba fumando, sin embargo, a partir del cuarto día, comenzó a fumar como un “desesperado”, llegando a fumar el sábado 40 cigarrillos, en los últimos días había vuelto a una media de 26. Seguimos con la sesión volviendo a hipnotizar, y en estado hipnótico le pedí que conectara con un cigarrillo de hace un año, ocho años y quince años. Como podemos comprender la memoria en estos cigarrillos no es la misma que en la sesión anterior, para conectar sobre lo que pudo fumar hace un año, siete y quince, Julián tuvo que coger una referencia de algo que sucedía como característico en esas fechas y desde ahí poder conectar con un cigarrillo, en estas situaciones no es tan importante el cigarrillo, como la época en la que se vive.

- Cuando se conectó con un cigarrillo de hace un año, lo que le vino a su mente fue una fiesta con amigos en el que celebraban las bodas de plata de su segundo hermano, ese día, todos sintieron la ausencia del padre que siete años antes había muerto, fumo ese cigarrillo fuera del lugar donde celebraban la cena, y recordó como de uno en uno fueron saliendo todos los comensales, se dio cuenta que nadie de todos los que estaban allí (quitando los niños) no fumaban, todos fumaban, tanto hermanos como sus parejas, todos menos su hermano mayor que no salió, se dieron cuenta, apagaron todos los cigarrillos algunos después de dar dos o tres caladas como si se acabara el mundo y entraron para acompañarlo, cuando llegaron el hermano les dijo que era lo peor de haber dejado de fumar, poder compartir esos momentos de fumador con ellos y sus amigos, recuerda que todos tenían lágrimas en los ojos, y que se prometieron que tenían que dejar de fumar. Quizás fue en este cigarro cuando decidió realmente dejar de fumar.
- El cigarrillo de hace ocho años, - estaba claro que se iba a ir al día de la muerte de su padre, siempre hay que escoger, en los momentos aleatorios donde se lleva al paciente a distintas situaciones en la vivencia de su motivo de consulta, momentos que nos dijo en la anamnesis que han sido especialmente traumáticos – Se encontraba en el momento de meterle en la tierra a su padre, la sensación de llevar el ataúd junto con sus hermanos a hombros, y sobre todo una vez que se marchaban del entierro, como de nuevo el tabaco les ayudo a todos a poder manejar los nervios, la emoción y las lágrimas.
- Quince años, le conecto con un cigarrillo que se fumó con su señora en un viaje a Turquía cruzando el estrecho que separa Europa con Asia, fue uno de esos momentos de amor romántico y sensación de estar en el cielo.

Si nos damos cuenta aunque sigue habiendo un denominador común, un guion del motivo de consulta, que es lo que realmente conseguimos con esta forma de proceder, el paciente puede pasar de momentos tan horribles, como el darse cuenta de que su hermano mayor se había quedado solo (sorpresa), a la tristeza y la agonía de la pérdida del padre, o al amor y la sensación de plenitud en el viaje con su señora por Turquía, todo un universo emocional adherido al tabaco, toda una vida, una filosofía, una anestesia emocional, unas raíces, un destino, todo delante de él.

- Cuarta consulta

Julián llegó a esta consulta veinte minutos antes, era muy puntual, pero nunca llegaba antes, lo supe porque escuche desde mi consulta decirla a mi secretaria que venía a consulta con Roberto, cosa que, por supuesto tanto mi secretaria como él ya sabían, se habían visto tres veces antes. Al ir a recibirle me miro y sonrió, cuando entro en mi despacho y se sentó en su silla, le pregunte como se encontraba, y me dijo:

- Mal, me encuentro fatal, estoy asustado, triste, muy nervioso, pero sobre todo estoy asustado, han sido los quince días más movidos de mi vida. He tenido pesadillas, he estado

en todo momento acordándome de todo lo que viví la consulta pasada, me estoy dando cuenta de muchas cosas, muchas, lo estoy pasando fatal.

Le pregunte cuanto había fumado, y me presento la tarjeta donde apuntaba diariamente el número de cigarrillos. Había fumado una media de 10 cigarros, incluso hubo un día que tan solo había fumado 6 cigarrillos. Le pregunte como había conseguido tan fantásticos números, y me dijo:

- Muriéndome, me he estado muriendo durante todos estos días, cada cigarrillo me venía a la mente mi padre, mis hermanos, mi hermano mayor, cuando ahora fumo me siento que me muero, cuando decido que un cigarrillo no se merece que le fume, y decido no fumarlo, me encuentro aliviado, con un mono de nicotina tremendo, pero con la sensación como que me doy vida, pero con la impresión que a la vez me separo de mi padre, de mi familia, y a la vez con el estremecimiento de que me acerco a mi hermano mayor, es todo contradicción, si vivo me muero de ganas por no fumar, si no fumo vivo para no morir como mi padre, si no fumo es como que mato lo que une a mi familia, si no fumo se desata en mi una gran tormenta, me gusta fumar, pero no quiero morir, quiero tanto a mi familia, que aunque viva, si no fumo, es como que me muero aunque siga vivo, estoy totalmente confundido.

Tengo que decirte querido/a lector/a, que Julián me dijo algo parecido, yo he escrito lo que sentí cuando me hablaba, lo que realmente me dijo si tengo en cuenta la emoción que sentí según escuchaba sus palabras, posiblemente no dijera lo que acabas de leer, me pasa con muchos pacientes, ellos no saben decir con palabras lo que sienten, pero te aseguro que en estos momentos de terapia lo importante no son las palabras, es difícil hablar así, lo realmente importante es lo que sentimos, y de lo que no tengo ninguna duda, de hecho así me lo demostró el final de esta terapia, es que Julián me quiso decir lo que he expresado, desde sus sentimientos, aunque con mis palabras.

En esta cuarta sesión hablamos de todo lo que acabo de exponer, antes de decidir si terminábamos la fase de encuentro y marca, sobre todo hablamos de la contradicción que tenía grabada sobre el concepto de familia, ya que, para Julián, vivir está muy unido a respetar las costumbres que desde muy pequeño había adquirido, si las costumbres se perdían, sean buenas o malas para la salud, él se sentía morir. Es como que está secuestrado por la atmosfera que envuelve a su familia, muy vinculada con el cigarrillo, por fumar todos juntos. Hablamos que era necesario que encontrara una identidad donde sin alejarse de su familia, se salvara como persona única, sin ningún parecido con ningún otro.

Se fue, ya que se nos pasó la hora con esta disertación, y le di para la siguiente semana, esta vez no podía dejarle más de seis días para volver a terapia.

- Quinta consulta

Llego puntual como siempre, y con una demanda clara, "quiero acabar con esto", me dijo, y esto fue literal. Se tumbó, le hipnotice, y en ese momento le indique me conectara con el tercer cigarrillo de su vida, con el segundo y con el primero.

- Recordó perfectamente el primer cigarrillo de su vida, se lo dio precisamente su hermano mayor, en una boda. "En esos años 80, era muy habitual darles cigarros a los niños en las bodas", "hoy lo entendemos como un delito", me decía Julián, "pero en esos momentos era una costumbre". Ese momento, lo vive en estado hipnótico, como una especie de bautizo como fumador, el hermano le dio el cigarrillo, todos estaban fumando, sus otros hermanos, su padre, su madre, y Julián se da cuenta en este momento de terapia, que ese cigarro lo vivió como un "bienvenido a la saga de los..."
- El segundo y tercer cigarrillo no lo vive sabiendo que es realidad lo que vive, se imagina que fue en algún otro festejo, pero lo que me comunica es que sí que conecta con los

cigarros que fumaba después de salir del colegio, con la panda, sentía una sensación de ser mayor, y además a diferencia con sus amigos, él sentía que no tenía que esconderse tanto, no temía que se enteraran en su familia, de hecho, recuerda que a los 17 años fumaba de forma habitual en su casa después de las comidas.

Con estas últimas conexiones con la biografía como fumador que realizamos en la fase de encuentro y marca di por finalizada esta etapa, me despedí de Julián, se fue con una sonrisa y con una media diaria de cigarrillos en ese momento de 8 cigarrillos.

- Sexta consulta

En esta sexta consulta comenzamos *la fase de desencuadre y desplazamiento*, en la que intentaremos que las memorias asociadas a los sucesos vividos por Julián, puedan ser cambiadas, es decir, conseguir que aquello que vivió, no siga siendo lo que le mueva emocionalmente en el presente. Conseguir que las vivencias se habiten como experiencias es esencial para que una persona no siga secuestrado hoy por las emociones del pasado, y esto con Julián se hizo de la siguiente manera.

En la sexta sesión Julián había subido su consumo estaba en los 11 cigarrillos de nuevo, desde los 8 de la anterior sesión. Eso si en esta sexta sesión Julián me parecía que estaba remozado, tenía una luz especial en su cara, en sus movimientos, para mí que aún siguiera fumando 11 cigarrillos era importante, pero no tanto como que ahora no era el paciente que estaba lleno de miedo y tristeza en las anteriores consultas, en este momento me encontraba con un adicto al tabaco, pero a la vez tenía delante a una persona que ya no era tan adicto a las emociones que le unían a su familia, le sentía más autónomo, más único, menos atado y menos atrapado en su pasado.

- Hipnotice a Julián y le hice que conectara de nuevo con su primer cigarro, lo volvió a vivir, y volvió a sentir todo aquello que había sentido la sesión anterior, en ese momento le indique, si esa misma situación la vivieras hoy, si eso que ocurrió ocurriera en este momento, ¿Qué harías que no hiciste? ¿Qué dejarías de hacer que hiciste? Si esa situación ocurriera en este momento.

- Julián dijo claramente, que, si su hermano mayor le diera en este momento un cigarrillo por primera vez, como si fuera un bautizo de iniciación en el club de la familia, le daría un abrazo, y le diría a toda su familia que si realmente le quieren en el club que dejen todos de fumar. Lo dijo con rabia, "por favor que dejen todos de fumar".

Le pregunte que podría hacer él para que su familia dejara de fumar, y sin dudar lo dijo:

- "Voy a dejar de fumar" el cigarrillo no ha sido un amigo de la familia, ha sido el que nos ha separado, engañándonos a todos, haciéndonos creer que era lo que nos unía, y no es quien nos separa.
- Si el cigarrillo fuese una persona, sería como el psicópata que entra en una casa, se hace amigo de todos, para luego destruirlos, eso es el tabaco.

En ese momento sin esperar a más le conecte con el cigarrillo de Turquía, y le dije que si en este momento estuviera con su señora en ese ferris, que haría que no hizo y que dejaría de hacer que hizo, respondió:

- Haría todo lo que hice, todo lo que hice me hizo sentirme libre, hoy sería libre del todo, y para ello no tendría que fumar, lo único que en ese viaje me tenía atrapado era el cigarrillo, sabe acompañarte en los momentos buenos y malos, me gustaría hacer ese cigarro y hacer

todo lo que hice, que ocurriera todo lo que ocurrió, menos fumarme esos cigarros que me obligaron a subir a cubierta y pasara frio en aquel momento ya que si no fumaba no me sentía bien. Todo sería igual, pero podría ir a cubierta si quería sentir la brisa, no para fumar, en aquel nexo entre Europa y Asia, quiero estar libre, no ser un autómatas.

Cuando termino la sesión le pregunte como se sentía, me dijo que, con la mente clara, sabiendo que su adicción al tabaco le hace sufrir cuando no fuma, pero ahora siente que el tabaco no es un valor de su familia. Su familia tiene muchos valores, la honestidad, la sencillez, la unión, la fidelidad, la honradez, pero no puede ser un valor fumar, fumar es una adicción, no es un valor, es un gran problema, y sabe que, si él deja de fumar, será una de las pocas oportunidades de que su familia pueda seguirle, y se consiga que la muerte del padre, y la enfermedad del hermano no hayan sido por nada.

Este momento fue un subidón en la consulta, tanto para Julián, como para mí. Es como ver nacer un hombre nuevo, fue un verdadero subidón, aquí si que se respiraba alegría y felicidad, lo difícil era tener luego otra consulta.

- Séptima consulta

Cuando vi a Julián entrar en el despacho, no me hizo falta preguntarle, me dijo "llevo dos días sin fumar un solo cigarrillo", "y los días anteriores desde la última consulta he fumado cinco", "cada vez que me fumaba uno me sabía peor que el anterior, fumaba por mono, pero parecía que en cada cigarro estaba matando a mi padre, y con él a mi hermano mayor".

Por supuesto que lo festejamos, y aunque nadie puede bajar la guardia porque lleve dos días sin fumar, cuando alguien es capaz de llevar 24 horas seguidas sin fumar, tenemos que vivirlo como un hito, fumar es horrible, pero cada día que nuestros pulmones no introducen las porquerías que hay en un cigarro, no es para despreciar, mucha gente cree que no sirve de nada dejar de fumar una temporada, sin embargo, hoy sabemos que dejar de fumar una temporada, es primordial, el mayor número de personas que han conseguido dejar de fumar, son aquellos que al menos han dejado de fumar completamente dos o tres veces a lo largo de su vida. Dejar de fumar durante un día entero, es ganar una gran batalla, no lo olvidéis.

Después del contento de la noticia, le pregunte como consiguió pasar de cinco a cero. Julián me vino a decir que simplemente no le apetecía fumar, en los últimos días cada vez que fumaba se sentía mal, es algo que nunca le había sucedido, antes cada vez que no fumaba se encontraba mal, y cuando fumaba se sentía mejor, ahora cuando no fuma se siente bien.

Seguimos desensibilizando el pasado fumador de Julián, y para ello en estado hipnótico le indique que conectara con la situación en la que salió del restaurante y cuando estaban todos juntos menos su hermano mayor, y cuando se dieron cuenta, tiraron los cigarros y se fueron con él. Le pregunte qué haría en esa situación si sucediera hoy, y también que no haría.

- "Llorar" "Llorar juntos la muerte de papa. Llorar y hablar de todo lo que podemos hacer después de su muerte, para no ser los siguientes, hablar de nuestras familias, de todo lo que nos diferencia y de todo lo que nos une". "Hablar también de la rabia que nos daba cuando le decíamos que no podía seguir fumando y seguía y seguía fumando". "Hablar de nuestro pasado, pero sobre todo hablar de nuestro presente y de nuestro futuro", "hablar de lo poco que me apetece fumar, y de lo mucho que me gustaría que ellos también pudieran ser felices sin fumar". "Sería el mejor regalo que me podrían dar, pero sé que eso es un proceso que cada uno tiene que realizar".

Tras una sesión como esta no podemos decir que Julián saliera muy alegre, ya que salió con lágrimas en los ojos, sin embargo, me dijo que salía como liberado de tensión, es como si en mucho tiempo solo haya vivido en tensión y ahora esa tensión se había quitado, estaba triste y liberado una combinación difícil de comprender, pero muy real después de estos procesos.

Le di hora para tres semanas, le dije que me llamara si pasaba algo que le sacara de control, le daba para tres semanas para que pudiera reposar todo el mundo emotivo que había vivido en las últimas sesiones, tenemos que imaginar que vivir todo este momento son como una verdadera intervención quirúrgica, que necesita de tiempo de colocar las cosas en su sitio, para poder recuperarse no solo del mal que tenía dentro, también de la propia intervención.

- Octava consulta

En este momento llevamos trabajando tres meses y diez días, y Julián llevaba 17 días sin fumar absolutamente nada, para mí en este momento comenzaba *la fase de restructuración y resolución*. En esta fase ya no trabajamos en estado hipnótico, ya no buscamos memorias que estén conectadas al motivo de consulta, ni intentamos cambiar dichas memorias, ahora solamente es momento de colocar las cosas en el presente, en esta fase el motivo de consulta debe haber desaparecido o habrá disminuido mucho, si no es así no deberíamos pasar a esta última fase. En la fase de restructuración y resolución el paciente debe estar en cerebro tipo I, es decir es capaz de poder gobernarse desde la racionalización, es cuando se puede escoger la emoción más adaptada de todas las posibles, en la mayoría de los momentos de la vida, es cuando pasamos de un estado emocional a otro porque nos damos cuenta que es lo mejor para nosotros y para los demás.

Aritz Anasagasti me hizo comprender que la palabra inteligencia proviene del latín intellegere, término compuesto de inter 'entre' y legere 'leer, escoger', por lo que, etimológicamente, inteligente es quien sabe escoger. La inteligencia permite elegir las mejores opciones para resolver una cuestión, la inteligencia emocional es por ello la capacidad para elegir la emoción más adaptada de todas las posibles.

En esta fase hay que hablar de todo lo que se ha descubierto, en el sentido polisémico, todo lo que es conocido y todo lo que está a la luz, es el camino para el autodescubrimiento, y con ello para poder reinventarse y saber desaprender, dos elementos claves para el cambio terapéutico. Julián me pidió que le enseñara a controlar los momentos de mono que aún se producían de vez en cuando, simplemente le dije que hiciera alguno de los ejercicios que hacíamos para entrar en estado hipnótico, y que se imaginara que surfeaba la angustia por la nicotina, como si fuera un surfista. La ansiedad y las ganas de fumar duran unos minutos, si se sobrepasa sucede unos quince minutos de tranquilidad y así sucesivamente, teniendo que conseguir un presente que sea suficientemente estimulante como para vivir vivo con vida, y sobre todo sintiendo que el pasado, era solo pasado, nada más.

Me hablo de su madre, pero sobre me hablo de su mujer y sus hijos, de sus compañeros de trabajo, y también de él como individuo. Durante las siguientes tres sesiones separadas por un mes cada una hablamos de él, de su presente y también de sus miedos por salir de esta especie de momento lucido en el que se sentía por encima de casi todo lo demás, y curiosamente que esto le hacía sentirse mucho más cercano de todos sus seres queridos.

Realmente hablamos de muchas cosas, menos de cigarrillos, en las últimas dos sesiones nadie podría haber dicho que lo que habíamos tratado era la adicción al tabaco, ya que no se volvió a hablar de ello. Julián había roto relaciones con su yo-fumador, y curiosamente se sintió menos huérfano que nunca.

BIBLIOGRAFIA

- Aguado Romo, Roberto. "Es emocionante saber emocionarse" 2014 EOS Madrid.
- Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos (EPA). Humo: ¿Qué puede hacer usted sobre el humo de segunda mano como padre, personal directivo y ocupante de un edificio?. [Internet]. Washington: EPA; Otoño 1995.[Consulta 3 de Julio de 2002]. Disponible en: <http://www.epa.gov/iaq/pubs/humo.html>
- Agency for Health Care Policy and Research. Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. JAMA 1996; 275:1270-80. [Medline]
- Canadian Lung Association. Quit Smoking Guide. [Internet]. Canadian Lung Association; Updated May 22, 2002. [Consulta 3 de Julio de 2002]. URL disponible en: <http://www.lung.ca/smoking/>
- Clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US public health service report: a US Public Health Service report. JAMA 2000; 283(24):3244-54. [Medline]
- Córdoba García R, Ortega SanchezPinilla R, Cabezas Peña C, Forés García D, Nebot Adell D. Recomendaciones sobre el estilo de vida . Tabaquismo. PAPPS-semFYC. [Internet]. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. [Consulta 3 de Julio de 2002]. Disponible en: <http://www.papps.org/prevencion/Estilo-Vida/p95.htm>
- Cummings SR, Rubin S, Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. JAMA 1989; 261: 75-9. [Medline]
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et. al. Treating Tobacco Use and Dependence. Quick Reference Guide for Clinicians. [Internet]. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. October 2000. [Consulta 3 de Julio de 2002]. Disponible en: <http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/tobaqrg.htm>
- Guía para ayudar a la gente a dejar de fumar. Programa de actividades de prevención y promoción de la salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. [Internet]. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. [Consulta 3 de Julio de 2002]. Disponible en: <http://www.almirallprodesfarma.com/guies/g3.html>
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Ansiolíticos y antidepresivos para dejar de fumar (Revisión Cochrane). [Internet]. En: La Cochrane Library Plus, Número 2, 2002. Oxford: Update Software. Anxiolytics and antidepressants for smoking cessation. [Consulta 3 de Julio de 2002]. Disponible en: <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/es/es000031.htm>
- Hurt RD, Sachs DL, Glover ED, Offord KP, Johnston JA, Dale LC, et al. A comparison of sustained-release Bupropion and placebo for smoking cessation. N Engl J Med 1997; 337: 1195-1202 [Medline]
- Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, et al. A controlled trial of sustained-release Bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. N Engl J Med 1999; 340: 685-691[Medline]

EXPERTO EN PSICOTERAPIA DE LARGA DURACION

Profesor.- Roberto Aguado

www.robertoaguado.com raguado@robertoaguado.com

www.psicoterapiadetiempolimitado.com

- Lee EW, D'Alonzo GE. Cigarette Smoking, Nicotine Addiction, and its pharmacologic treatment. Arch Intern Med 1993; 153:34-48. [Medline]
- Rigotti NA. Treatment of tobacco use and dependence. N Engl J Med 2002; 346: 506-512
- Russell MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners advice against smoking. BMJ 1979; 2 (6184): 231-5 [Medline]
- Servicio Canario de Salud. Guía de Práctica Clínica: ¿Cómo ayudar a su paciente a dejar de fumar?. [Internet]. Servicio Canario e Salud, Consejería de Sanidad y Consumo. [Consulta 3 de Julio de 2002]. Disponible en: <http://www.gobcan.es/funcis/difusion/capdf/index.html>
- Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). [Internet]. En: The Cochrane Library, Issue 2 2002. Oxford: Update Software. [Consulta 3 de Julio de 2002]. Disponible en: <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/g160index.htm> [Comentario en Bandolera , nº 86]
- Silagy C. Consejo médico para dejar de fumar (Revisión Cochrane). [Internet]. En: La Cochrane Library Plus, Número 2, 2002. Oxford: Update Software. [Consulta 3 de Julio de 2002]. Disponible en: <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/g160index.htm>