

MANEJO
DEL 
TABAQUISMO
EN
LA 
CONSULTA
DE 
ATENCIÓN
PRIMARIA



Josep Sánchez Montfort

RESUMEN: En este artículo expongo una guía de deshabituación tabáquica, adaptada a la consulta de enfermería de atención primaria, basada en el modelo de cambio de Prochaska y DiClemente para valorar la fase en la que se encuentra el fumador o exfumador, con una propuesta de intervención para cada una de esas fases. Además de que ninguna intervención dura más de diez minutos, si se realiza de forma metódica se pueden poner en práctica varias de las actuaciones que mejores resultados han demostrado en la práctica clínica.

PALABRAS CLAVE: Enfermería, tabaquismo, intervención mínima

ÍNDICE

0. INTRODUCCIÓN	2
1. EPIDEMIOLOGÍA	2
2. EFECTOS DEL TABACO Y VENTAJAS DEL CESE	3
3. PROCESO DE INICIACIÓN Y CESE TABÁQUICO	5
4. INTERVENCIÓN MÍNIMA	7
4.1. VALORACIÓN	7
4.2. INTERVENCIÓN	9
4.2.1. PRECONTEMPLACIÓN	9
4.2.2. CONTEMPLACIÓN.....	9
4.2.3. PREPARACIÓN.....	11
4.2.4. ACCIÓN	12
4.2.5. MANTENIMIENTO	13
4.2.6. FINALIZACIÓN	13
5. ANEXOS	14
6. BIBLIOGRAFÍA	20

0.- INTRODUCCIÓN

Ya nadie duda de las consecuencias negativas que tiene el tabaco para la salud. La fuerte asociación entre el tabaco y el aumento de la morbilidad y mortalidad por enfermedades respiratorias, cardiovasculares y neoplásicas está bien documentada. También se han confirmado los efectos dañinos del tabaco no sólo en fumadores, sino también sobre terceras personas que involuntariamente aspiran el humo del tabaco (fumadores pasivos o involuntarios). El gasto social que esto supone repercute sobre todos los contribuyentes. Por todo ello, el hábito de fumar no se puede asumir solamente como un acto de libre elección.

Aunque el tabaco se introdujo en Europa poco después de la llegada de Colón a América en 1492 y el primer cigarrillo se confeccionó en el siglo XVII, no fue hasta el siglo XX cuando comenzó su consumo masivo hasta convertirse en un problema de salud pública de primera magnitud.

Desde la reforma de la atención primaria tras el Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud 137/1984 de 11 de enero, el papel de la enfermería ha ido cambiando¹, asumiendo cada vez más responsabilidad en el cuidado de la población mediante acciones de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y educación sanitaria.

Aunque nuestro papel en el sistema sanitario como cuidadores y educadores nos coloca en una posición idónea para actuar sobre la prevención del tabaquismo, la realidad es que por falta de motivación, por las bajas tasas de éxito o por falta de formación específica, no intervenimos adecuadamente cuando estamos ante un fumador.

Este documento pretende ser un instrumento de trabajo que recoja aquellas intervenciones que han demostrado su efectividad frente al hábito tabáquico y que pueden aplicarse en las consultas de enfermería, colaborando con el médico cuando el fumador precise o demande ayuda farmacológica o cuando sea necesario remitirlo a otro nivel para una intervención avanzada².

1. – EPIDEMIOLOGÍA

Según la Encuesta Nacional de Salud de 1997³, en España fumaba el 35,7% de la población mayor de 16 años (44,8% de hombres y 27,2% de mujeres), lo que supone más de 10 millones de fumadores.

Según una encuesta epidemiológica realizada por el INSALUD⁴ en el último trimestre de 1998, el 43,2% del personal de enfermería eran fumadores (34% de enfermeros y 45,2% de enfermeras). Por niveles asistenciales, eran fumadores el 40,8% del personal de enfermería de Atención Primaria (AP) (30,9% de enfermeros y 43,8% de enfermeras) y el 44,6% del personal de enfermería de Atención Especializada (AE) (37% de enfermeros y 45,9% de enfermeras).

En cuanto al consejo antitabaco, el 73,4% de enfermeros/as de AP preguntaba a los pacientes sobre sus hábitos de consumo de tabaco y el 71,7% lo registraba en la historia clínica. En AE estos porcentajes descendían al 49% y el 29,2% respectivamente.

Respecto al papel del profesional sanitario con relación al hábito tabáquico, el 97,5% de enfermeros/as pensaba que los profesionales de salud nunca deberían fumar delante de sus pacientes, y el 94,7% creía que los centros sanitarios deberían convertirse en lugares “sin humo”. Sin embargo, sólo un 45,6% creían que los fumadores tenían muy en cuenta las recomendaciones de los profesionales de la salud sobre los efectos nocivos del tabaco, y apenas un 39,1% valoraba como muy efectivos (valores de 6-7 en una escala entre 1 = nada efectivo y 7 = muy efectivo) el desarrollo de programas para ayudar a los fumadores a abandonar el hábito tabáquico.

A pesar de todo esto, entre los profesionales sanitarios, el personal de enfermería era quien hacía una mejor valoración de las distintas medidas planteadas para prevenir el tabaquismo y ayudar a los fumadores a dejar de serlo.

2.-EFECTOS DEL TABACO Y VENTAJAS DEL CESE

A diario comprobamos que una persona que se encuentra bien es muy difícil de convencer para que cambie unos hábitos de vida no saludables, si las consecuencias para su salud de estos hábitos aún tardarán varios años en manifestarse.

El análisis funcional de la conducta establece que la probabilidad de que una conducta se mantenga o desaparezca, depende sobre todo de sus consecuencias inmediatas y no tanto de sus consecuencias a medio o largo plazo⁵.

Si queremos motivar al fumador para que cambie su conducta, es necesario que éste perciba la relación causa-efecto entre el tabaco y sus efectos negativos (refuerzo negativo) o entre el cese y sus efectos positivos (refuerzo positivo), y para que esto ocurra, el plazo transcurrido entre la causa y el efecto debe ser lo más corto posible. Por este motivo, solo enumeraré los efectos del tabaco a corto plazo.

EFFECTOS NOCIVOS DEL TABACO A CORTO PLAZO⁶

a) Aparato cardiovascular:

- ◆ La frecuencia cardiaca aumenta entre 15 y 25 lpm (pueden aparecer palpitaciones y taquicardia)
- ◆ La presión arterial aumenta entre 10 y 20 mm Hg.

b) Aparato respiratorio:

- ◆ Aumenta el nivel de monóxido de carbono en sangre (CO) a costa de una disminución del oxígeno (hay una reducción del rendimiento físico, y puede producir intolerancia a la actividad)
- ◆ Aparece tos matutina
- ◆ Puede haber sensación de falta de aliento o ahogo
- ◆ Puede provocar crisis de asma

c) Aparato digestivo:

- ◆ Produce irritación de la membrana mucosa del labio y la boca
- ◆ Aumenta la producción de ácido gástrico que, a su vez, puede provocar úlcera gástrica
- ◆ Produce mal aliento y amarillea los dientes

d) Otros:

- ◆ Aumenta el nivel de nerviosismo y ansiedad
- ◆ Es causa de impotencia e infertilidad
- ◆ Envejecimiento prematuro de la piel (arrugas, patas de gallo)

VENTAJAS A CORTO PLAZO DE DEJAR DE FUMAR⁶

No hace falta esperar varios meses para notar los beneficios de dejar de fumar. Algunos de estos beneficios se pueden notar ya en las primeras horas tras el cese:

- ◆ **A las 2 horas de dejar de fumar**, la presión arterial y el pulso comienzan a normalizarse
- ◆ **A las 4 horas de dejar de fumar** los niveles de monóxido de carbono (CO) vuelven a la normalidad
- ◆ **A las 8 horas de dejar de fumar**, mejoran las molestias gástricas (dispepsia) y el nivel de oxígeno en sangre aumenta
- ◆ **A las 24 horas de dejar de fumar** comienza a disminuir el riesgo de padecer infarto de miocardio
- ◆ **A las 48 horas de dejar de fumar** las terminaciones nerviosas de la zona orofaríngea se vuelven más sensibles y mejora el sentido del gusto y del olfato
- ◆ **A las 72 horas de dejar de fumar** se dilatan los bronquios y disminuye la disnea; aumenta la capacidad y la función pulmonar (El paciente se siente mejor físicamente y aumenta la resistencia física)
- ◆ **Al cabo de un mes de dejar de fumar** los cilios bronquiales recuperan su función y disminuye el riesgo de desarrollar bronquitis y enfisema (La tos matutina comenzará a reducirse gradualmente)
- ◆ **Otros beneficios adicionales son** la reducción del mal aliento, la mejora de la resistencia física en los deportes, un ahorro importante de dinero y la libertad de no depender de la nicotina

BENEFICIOS A LARGO PLAZO DE DEJAR DE FUMAR⁷

El abandono del tabaco es beneficioso para todos los grupos de edad, incluso para las personas de más de 65 años, por lo que la intervención para el cese del tabaco está indicada en todos los fumadores.

El riesgo de enfermedad coronaria disminuye rápidamente equiparándose al no fumador al cabo de 3 años.

Al cabo de 5 años el riesgo de accidente cerebrovascular disminuye al mismo nivel que en los no fumadores.

Las ventajas de dejar de fumar respecto al riesgo de cáncer se producen en cualquier edad y pueden igualar al de los no fumadores.

Al cabo de 10 años de dejar de fumar, el riesgo de padecer enfermedades relacionadas con el tabaco se equipara con el del no fumador.

3. - PROCESO DE INICIACIÓN Y CESE TABÁQUICO

3.1 INICIACIÓN

En el proceso de adquisición de la conducta de fumar se han identificado varias fases:⁸

Fase preparatoria.- Durante esta fase se adquieren conocimientos, creencias y expectativas sobre el tabaco (identificación con la madurez e independencia, disminución del estrés, etc.).

Factores de riesgo.- La publicidad sobre el tabaco y los adultos y familiares que fuman constituyen un factor de riesgo para que el adolescente avance hacia la siguiente fase.

Fase de prueba.- El adolescente sólo, con amigos o en celebraciones realiza dos o tres intentos de fumar. Los efectos fisiológicos y psicosociales que acompañan a estas primeras experiencias (tos, náuseas, reconocimiento por parte de los amigos, etc.) determinan la posibilidad de pasar a la siguiente fase.

Factores de riesgo.- Influencia de los amigos y la disponibilidad de cigarrillos. Atención a las celebraciones (Navidad, bodas, etc.) en los que el adolescente toma su primer contacto con el tabaco que le ofrecen los adultos.

Fase experimental.- Se llega a esta fase cuando se comienza a fumar repetidamente, aunque de forma irregular.

Factores de riesgo.- Los amigos y las situaciones sociales que apoyan el hábito de fumar (celebraciones...), la disponibilidad de cigarrillos así como la baja autoeficacia en la capacidad de rehusar ofrecimiento de tabaco.

Fase de consumo regular.- Llamada también fase de habituación, en ella ya se ha adoptado un patrón regular de consumo en determinadas ocasiones, comenzando a fumar al menos una vez a la semana, aumentando poco a poco las ocasiones en las que se fuma (aumento del consumo).

Factores de riesgo.- Los amigos que fuman, la percepción de que fumar es beneficioso y la falta de restricciones para fumar en casa, la escuela y la comunidad son los principales factores de riesgo en esta fase para que el adolescente se convierta en fumador habitual.

Fase de adicción o dependencia.- La nicotina se convierte en una necesidad fisiológica y fumar es ya un proceso adictivo con sus componentes de tolerancia, necesidad de incrementar la dosis e incapacidad de dejar de fumar espontáneamente.

El paso del fumador por estas etapas no siempre es lineal. En ocasiones estas etapas son intercambiables y se producen regresiones a etapas anteriores muchas veces debido a cambios en el entorno del adolescente. En muchos casos el adolescente se detiene en una etapa precoz y no se convierte en fumador. Por ello los objetivos en la prevención del tabaquismo consistirán en detener el proceso en las primeras fases para evitar que avance hasta la fase de dependencia.

3.2 CESE

El proceso de cese tabáquico una vez el individuo se ha convertido en fumador seguirá el proceso inverso al de iniciación. Prochaska y DiClemente, después de entrevistar a numerosos exfumadores, comprobaron que independientemente del modelo utilizado para dejar de fumar, el fumador pasaba por una serie de etapas hasta que dejaba de fumar definitivamente. Esto les llevó a proponer un modelo al que llamaron “modelo transteórico de cambio” que explica el paso por estas etapas.

El modelo de Prochaska y DiClemente

El modelo transteórico de cambio, propuesto por Prochaska y DiClemente es el que mejor ha conceptualizado las fases por las que pasa el fumador hasta que elimina definitivamente esta conducta. Aunque se trata de un modelo tridimensional que integra estadios, procesos y niveles de cambio, centraremos la valoración del fumador en los estadios de cambio.

ESTADIOS DE CAMBIO

Los estadios de cambio se corresponden con los periodos en los que se producen los cambios en la conducta del fumador ante el tabaco, tanto a nivel cognitivo, afectivo o conductual.

El modelo comprende seis estadios de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y finalización.

Durante el **estadio de precontemplación** el fumador no considera su conducta como problema y no piensa dejar de fumar en los próximos seis meses.

En el **estadio de contemplación** el fumador ya contempla su conducta como problema, busca información y se plantea seriamente dejar de fumar en los próximos seis meses

En el **estadio de preparación** el fumador ha tomado la decisión firme de dejar de fumar en los próximos 30 días, además, para que se encuentre en este estadio tiene que haber realizado al menos un intento voluntario de abandono del tabaco de 24h. de duración en el último año.

En el **estadio de acción** el fumador ha dejado de fumar voluntariamente y se mantiene abstinento al menos 24h. (es el periodo de mayor riesgo de recaídas)

En el **estadio de mantenimiento** el exfumador lleva al menos 6 meses sin fumar.

Finalmente al **estadio de finalización** se llega cuando el exfumador lleva 5 años sin fumar, observándose una ausencia del deseo de fumar en cualquier ocasión.

En un estudio realizado por Becoña y Vázquez en Galicia en 1996, un 68% de fumadores se encontraban en el estadio de precontemplación; un 25% en el de contemplación y tan sólo un 7% en el estadio de preparación⁸.

4. - INTERVENCIÓN MÍNIMA

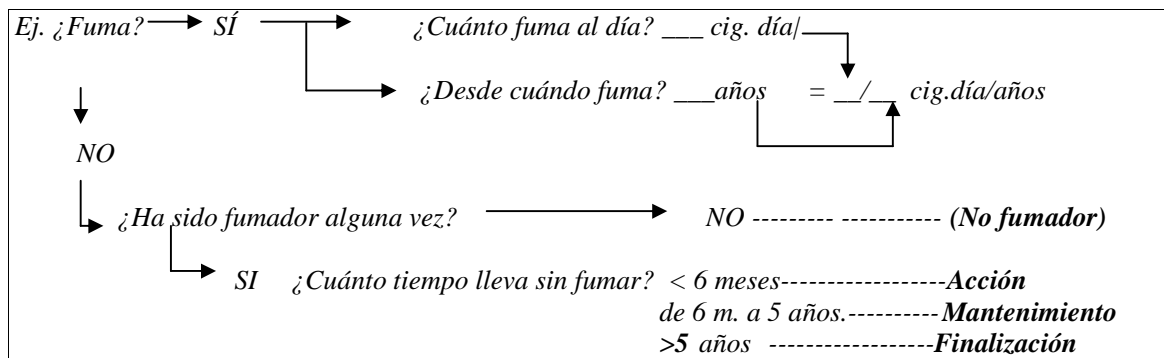
La intervención mínima en las consultas de Atención Primaria consistirá en valorar en qué estadio de cambio se encuentra el fumador o exfumador y actuar para que su paso al siguiente estadio sea lo más rápido posible.

Teniendo en cuenta el problema de tiempo en las consultas de Atención Primaria, la intervención que se propone a continuación, no excederá, en la mayoría de los casos de 5 minutos (incluida la valoración).

Aunque breve, cuando se realiza de forma metódica se pueden poner en práctica varias de las actuaciones que mejores resultados han demostrado en la práctica clínica⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹².

4.1) VALORACIÓN

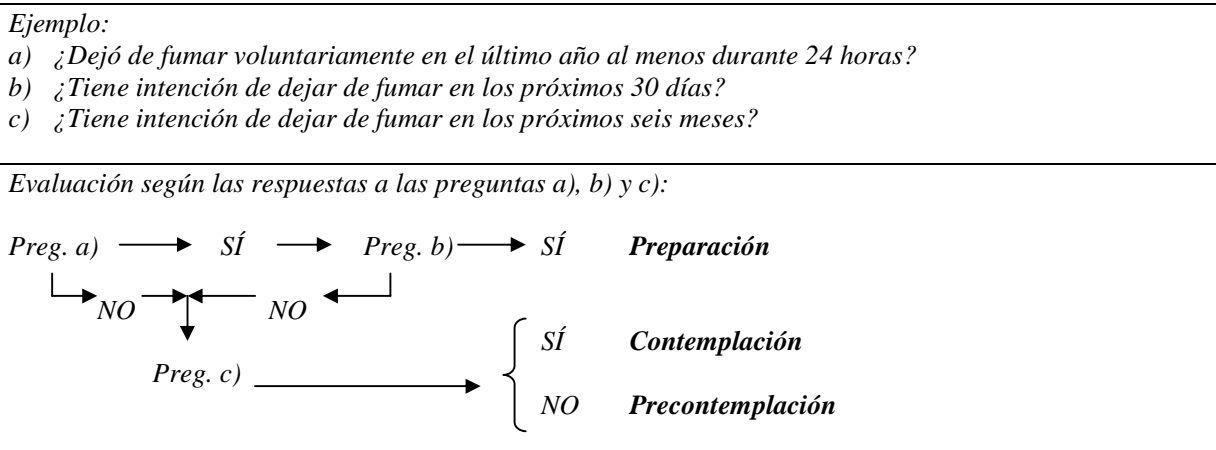
1. Preguntad a todos los pacientes sobre su hábito tabáquico.



Excepciones: Si el fumador se encuentra sometido a un fuerte estrés en ese momento (muerte reciente de algún familiar, comunicación reciente de algún diagnóstico grave, etc) conviene dejar el tema del tabaco para cuando esté más tranquilo, para evitarle mayor ansiedad.

Si el fumador no considera su hábito como problema (fase de precontemplación) y se le da consejo antitabaco, no se volverá a plantear la cuestión hasta pasados al menos seis meses.

2. Si el paciente es fumador, investigar en qué fase del modelo de Prochaska se encuentra.(Ver Anexo I para el algoritmo completo de evaluación)



3. Registrad los datos en la historia clínica según protocolo del centro (Hoja de evolución, listado de problemas, hoja específica, etc.)

El registro será breve y claro, reflejando el estado de no fumador, fumador o ex fumador, nº de cigarrillos, tiempo como fumador o exfumador y estadio según modelo de Prochaska. Ej: Fumador de 20 cig. día desde hace 15 años que tiene intención de dejar de fumar en los próximos 6 meses se podría registrar como “fumador, 20/15, contemplación”

4. Si el fumador decide dejar de fumar y nos pide ayuda, deberemos investigar la dependencia física a la nicotina mediante el test de Fagerström y la motivación a través del test de Richmond (Anexo II)

NOTA: Aunque el siguiente método no es tan sensible como el test de Fagerström, si no disponemos de tiempo, podemos hacernos una idea de la dependencia física con sólo una pregunta: ¿Cuánto tiempo pasa desde que se despierta hasta que se fuma su primer cigarrillo? Con la respuesta a esta pregunta y el nº de cigarrillos que fuma (preguntado al principio de la intervención) obtenemos las siguientes puntuaciones:

<i>Nº de cigarrillos</i>	<i>puntos</i>	<i>tiempo transcurrido</i>	<i>puntos</i>
◆ <i>Menos de 11</i>	<i>0</i>	<i>menos de 6 min.</i>	<i>3</i>
◆ <i>De 11 a 20</i>	<i>1</i>	<i>entre 6 y 30 min.</i>	<i>2</i>
◆ <i>De 21 a 30</i>	<i>2</i>	<i>entre 31 y 60 min.</i>	<i>1</i>
◆ <i>Más de 30</i>	<i>3</i>	<i>más de 60 min.</i>	<i>0</i>

Sumando los puntos de ambas preguntas, se obtiene el nivel de dependencia a la nicotina según la siguiente escala:

<i>0, 1 o 2 puntos</i>	<i>dependencia BAJA</i>
<i>3 o 4 puntos</i>	<i>dependencia MODERADA</i>
<i>5 o 6 puntos</i>	<i>dependencia ALTA</i>

Una vez hecha la valoración fijaremos unos objetivos alcanzables por el fumador de acuerdo a su situación dentro del proceso para dejar de fumar e intervendremos para alcance esos objetivos en el menor tiempo posible.

4.2) INTERVENCIÓN

Los objetivos e intervenciones se han elaborado para cada fase del modelo de Prochaska.. Sin embargo, resulta obvio que una vez estemos ante un fumador, deberemos de fijarnos unos objetivos claros y realistas formulados en términos de la conducta de ese fumador en concreto y planificar unas intervenciones individualizadas para que alcance dichos objetivos.

4.2.1) PRECONTEMPLACIÓN

Objetivos:

El fumador comenzará a considerar los riesgos del tabaco y los beneficios de dejar de fumar.

Intervenciones:

1. Papel modélico del profesional de Atención Primaria (No fumar delante de los pacientes, exigir que se cumpla la normativa sobre tabaco en los centros, no aceptar obsequios relacionados con el tabaco, etc.)
2. Consejo claro, firme y personalizado centrado en la motivación del fumador.
 - ◆ Claro: “Es importante que deje de fumar ahora”. “Cuanto antes deje de fumar, mayores serán los beneficios”. “Esperar a dejar de fumar cuando uno ya está enfermo no es suficiente”
 - ◆ Firme: “Dejar de fumar es lo mejor que puede hacer por su salud”
 - ◆ Personalizado:
 - ◆ Adaptado a las circunstancias personales del fumador (edad, sexo, nivel cultural, etc.)
 - ◆ Relacionándolo con su situación clínica (embarazo, diabetes, enf. respiratoria, etc.)
 - ◆ Asegurando que no existe un umbral “seguro” para fumar.
 - ◆ Destacando las ventajas a corto plazo, argumentando motivos estéticos (piel más suave, mejor olor del aliento y la ropa, dientes más blancos), sociales (buen ejemplo para los hijos, no molestar a los demás con el humo) y de calidad de vida (mejor rendimiento físico, recuperación del gusto y olfato, ahorro de dinero)

4.2.2) CONTEMPLACIÓN

Objetivos:

El fumador identificará las consecuencias negativas del tabaco y los beneficios de dejar de fumar y manifestará su intención de dejar de fumar en los próximos 30 días.

Intervenciones:

Nuestra intervención se basará en dos puntos: a) mejorar la motivación y b) aclarar las dudas que nos plantee el fumador.

A) MEJORA DE LA MOTIVACIÓN (LAS CUATRO ERRES)

RELACIONAD a la información que se le da al fumador con su enfermedad actual, su situación familiar y social (ej. niños en casa), edad, sexo y otras características que consideremos importantes (ej. intentos previos de dejar de fumar)

RIESGO.- Podemos sugerir y/o remarcar aquellos que sean más relevantes para el fumador:

- Riesgos a corto plazo: disnea, crisis asmáticas, impotencia, infertilidad, embarazo de riesgo, aumento de CO en sangre, etc.
- Riesgos ambientales: Riesgo de cáncer en los que conviven con el fumador, riesgo de muerte súbita del lactante, aumento de la frecuencia de otitis media y otras enfermedades respiratorias en hijos de fumadores, mayor riesgo para los hijos de fumadores de convertirse en fumadores, etc.

RECOMPENSA.- Podemos sugerir y remarcar los beneficios de dejar de fumar que sean más relevantes para el fumador:

- Estéticos: Piel más suave, dientes más blancos, huele mejor el aliento, la casa, el coche y la ropa.
- Sociales: Buen ejemplo para los hijos, no molesta a otras personas con el humo del tabaco, etc.
- Calidad de vida: Mejora el rendimiento físico, el gusto y el olfato; los hijos viven en un ambiente más saludable, se siente uno mejor físicamente, etc.
- Otros: Ahorro de dinero, ya no tendrá dependencia de la nicotina, se siente uno mejor consigo mismo, etc.

REPETID la intervención para mejorar la motivación cada vez que el fumador acuda a consulta mientras se encuentre en la fase de contemplación o preparación.

B) ACLARAR DUDAS

En esta fase, el fumador a menudo tiene sentimientos ambivalentes respecto al tabaco (“ ya sé que el tabaco es malo, pero me relaja”, “si dejo de fumar engordaré”, “si no tengo un cigarrillo a mano me vuelvo insoportable”, etc.) e intenta racionalizar su conducta con argumentos erróneos.

Nuestra intervención consistirá en aclarar las dudas que nos plantee el fumador con una información clara, sencilla y veraz, y en convencerle de que los argumentos que utiliza para justificar su conducta a favor del tabaco son erróneos.

Le ofreceremos nuestro apoyo y le aseguraremos que actualmente disponemos de métodos y fármacos para reducir los efectos negativos del cese tabáquico (aumento de peso, síndrome de abstinencia, etc.)

4.2.3) PREPARACIÓN

Objetivo:

El fumador fijará una fecha para dejar de fumar en un plazo no superior a cuatro semanas (lo ideal será entre 10 y 15 días)

Intervención:

La intervención dependerá de si el fumador solicita ayuda para dejar de fumar o decide intentarlo solo¹³.

En primer lugar se intenta pactar con él una fecha para dejar de fumar. En caso de que aún tenga dudas, se interviene para mejorar la motivación como en la fase de precontemplación y se vuelve a intentar la próxima vez que acuda a nuestra consulta.

A) FUMADOR QUE DECIDE INTENTARLO SOLO

Se le facilitará información por escrito sobre técnicas de ayuda para dejar de fumar editadas por organismos oficiales o elaboradas por nosotros (Anexos III al VI) y le ofreceremos nuestra colaboración.

Aprovecharemos cuando acuda a la consulta por cualquier otro motivo para realizar una visita de seguimiento cuyo contenido dependerá de si ha conseguido o no dejar de fumar:

- Si ha conseguido dejar de fumar: Felicitación por conseguir dejar de fumar e intervención sobre prevención de recaídas (Ver intervención en la fase de acción)
- Si no lo ha conseguido: Seguimos ofreciéndole nuestra colaboración, valoramos en que fase se encuentra y actuamos de acuerdo a esa fase.

B) FUMADOR QUE SOLICITA NUESTRA AYUDA

En este caso la intervención será algo más compleja y constará de, al menos, tres visitas programadas: la primera para preparar el cese y las otras dos antes de una semana y un mes después de dejar de fumar para prevenir las recaídas.

1ª visita.- Se tratarán los siguientes puntos:

- Valoración de la dependencia a la nicotina mediante el test de Fagerström (Anexo II). Puntuaciones superiores a 7 indican una elevada dependencia a la nicotina y estaría indicada la prescripción por su médico de ayuda farmacológica además de nuestra intervención (bupropion, parches o chicles de nicotina, etc)

- Valoración del grado de motivación para dejar de fumar mediante el test de Richmond (Anexo II). Puntuaciones superiores a 6 en este test han demostrado tener buena correlación con el éxito para dejar de fumar¹⁴.
- Historia de intentos previos para dejar de fumar, considerando intento cuando se hace de forma voluntaria (sin que existan otros motivos mayores como enfermedad, promesas, etc.) manteniéndose al menos 24 horas sin fumar. Se valorará por qué dejó de fumar, cuánto tiempo se mantuvo abstinentes y el motivo de la recaída. También es importante el método usado para reducir el síndrome de abstinencia. Tres o más intentos previos se correlacionan con mejores tasas de éxitos¹⁴.
- Información sobre la dependencia física, psíquica y social a la nicotina, aclarando posibles dudas. (Anexo III)
- Consejos para preparar el día del cese. Para ello se han desarrollado y probado técnicas sencillas tanto para desautomatizar la conducta de fumar (registro del número de cigarrillos) como para aumentar la motivación (lista de razones en contra del tabaco) (Anexo IV). También es importante dar a conocer estrategias para reducir el síndrome de abstinencia y cómo prepararse para pasar el primer día como exfumador(Anexo V)
- Tras confirmar la fecha para dejar de fumar dentro de los próximos 15 días se debe dar cita para consulta programada entre los 3 y 5 primeros días tras el cese.
- **2ª y 3ª visita.-** Son visitas de seguimiento tras el cese y su contenido se trata en los planes correspondientes a la fase de acción, excepto cuando no haya conseguido dejar de fumar, en cuyo caso, se le hará ver que modificar una conducta tan arraigada como la de fumar no es fácil y a veces requiere varios intentos. Le seguiremos ofreciendo nuestra ayuda, y volveremos a valorar en qué estadio se encuentra al cabo de unos meses antes de volver a intervenir.

4.2.4) ACCIÓN

Objetivos:

El fumador identificará los estímulos que le inducen a fumar y nos comunicará qué estrategias utiliza para controlar dichos estímulos.

Intervenciones:

Cuando acude a nuestra consulta un fumador que acaba de dejar de fumar (no se puede hablar de exfumador hasta que no lleve seis meses sin fumar), tanto si lo hemos citado a consulta programada como si ha dejado de fumar sólo y acude por cualquier otro motivo, nuestra intervención constará de los siguientes puntos:

- Felicitar al fumador/a por los días que lleva sin fumar, y preguntar si ha notado algún beneficio. En caso afirmativo, servirá para reforzar su motivación.
- Preguntar si han aparecido síntomas de abstinencia y, en caso afirmativo, qué métodos ha utilizado para reducir los síntomas y cuáles han resultado más efectivos. Si ninguna de las estrategias utilizadas ha sido efectiva, propondremos métodos alternativos.

- Prevención de recaídas. Insistir en que rechace los cigarrillos que le ofrezcan, pues es la principal causa de recaídas. Explicarle la diferencia que hay entre caída (fumar un cigarrillo aisladamente) y recaída (volver a fumar de forma regular), y que aunque un cigarrillo no supone una recaída sí que aumenta el riesgo de volver a fumar (Anexo VI)
- Aclarar las dudas que nos pueda plantear.

4.2.5) MANTENIMIENTO

Objetivos:

El exfumador identificará los riesgos que aún existen de recaídas y dispondrá de soluciones para afrontarlos.

Intervenciones:

Aunque en esta etapa ya se ha superado la dependencia física y psíquica, aún actúa la dependencia social, siendo la principal responsable de las recaídas en esta fase.

Cuando nos encontremos ante un exfumador que lleve de 6 meses a 5 años sin fumar nuestra intervención contendrá los siguientes puntos:

- Felicitación por mantener su abstinencia al tabaco.
- Prevención de recaídas. Insistir en que todavía no ha desaparecido totalmente el riesgo de volver a fumar y que no debe bajar la guardia. (Que no acepte tabaco cuando le ofrezcan). Le informaremos de que puede contar con nuestra ayuda ante cualquier situación problemática relacionada con el tabaco.
- Si ha ganado peso tras dejar de fumar y le preocupa, ya le podremos sugerir la realización de una dieta hipocalórica y un programa de actividad física para perder peso.

4.2.6) FINALIZACIÓN

Objetivos:

El exfumador manifestará que sabe que puede contar con nosotros ante cualquier problema relacionado con el tabaco.

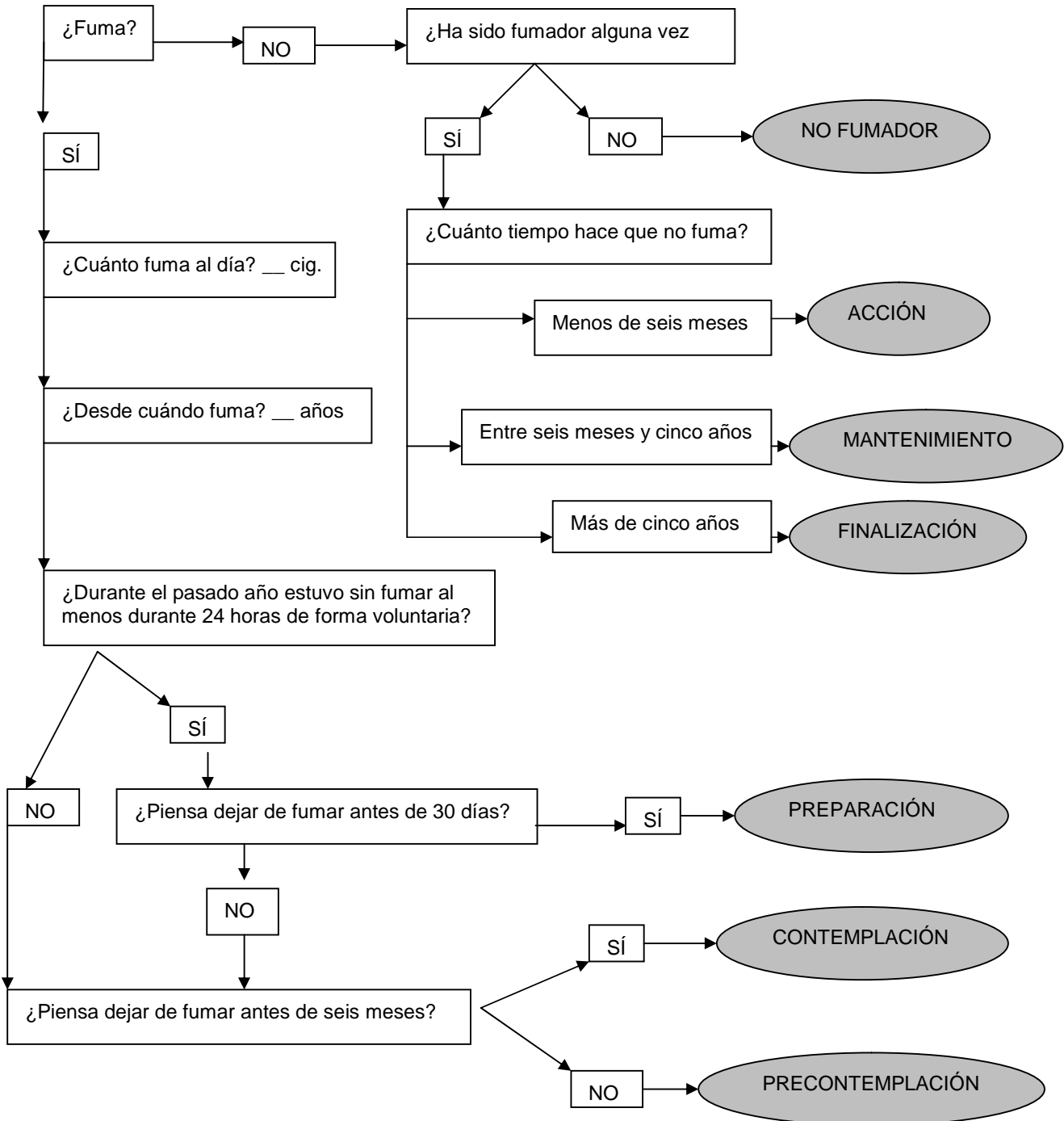
Intervenciones

Cuando el exfumador esté más cinco años sin fumar, habrán desaparecido totalmente los deseos de fumar en cualquier ocasión y podremos considerar que ha desaparecido el riesgo de recaídas.

Ante un fumador que lleva más de cinco años sin fumar nuestra intervención consistirá en felicitarle y ofrecerle nuestra colaboración ante cualquier duda o problema relacionado con el tabaco.

ANEXO I

ALGORITMO PARA EVALUACIÓN DEL FUMADOR



ANEXO II

VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA Y LA MOTIVACIÓN

TEST DE FAGERSTRÖM DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA		
¿Cuánto tiempo transcurre desde que se levanta hasta que se fuma el primer cigarrillo?	PUNTUACIONES	
	Hasta 5 minutos	3
	Entre 6 y 30 minutos	2
	Entre 31 y 60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
¿Le resulta difícil no fumar en lugares donde está prohibido?	Sí	1
	No	0
¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?	El 1º de la mañana	1
	Cualquier otro	0
¿Cuántos cigarrillos se fuma al día?	10 o menos	0
	de 11 a 20	1
	de 21 a 30	2
	más de 30	3
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0
Valoración: Menos de 4 puntos = Dependencia baja De 4 a 7 puntos = Dependencia moderada Más de 7 puntos = Dependencia alta	Puntuación total =	_____

TEST MODIFICADO DE RICHMOND PARA VALORAR LA MOTIVACIÓN					Puntos
¿Le gustaría dejar de fumar?	0 = no	1 = sí			
¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?	0 = nada	1 = poco	2 = bastante	3 = mucho	
¿Intentará dejar de fumar en las dos próximas semanas?	0 = no	1 = puede que sí	2 = seguramente	3 = seguro que sí	
¿Cree que dentro de 6 meses será un exfumador?	0 = no	1 = puede que sí	2 = seguramente	3 = seguro que sí	
Puntuación total =					
Valoración: Se considera al fumador motivado si alcanza entre 6 y 10 puntos					

ANEXO III

INFORMACIÓN SOBRE LA DEPENDENCIA FÍSICA, PSICOLÓGICA Y SOCIAL (Hoja para el fumador)

Dependencia física de la nicotina

La nicotina es la principal responsable de la dependencia física del tabaco. Entre 10 y 20 segundos después de dar una calada, la nicotina ya ha llegado al cerebro y activa entre otras a las zonas que producen placer, alivio de la ansiedad, aumento de la actitud de vigilancia, etc.

Aunque nuestro organismo es capaz de activar esas zonas sin necesidad de nicotina, cuando se lleva tiempo fumando, se acostumbra a que sea la nicotina la que haga ese trabajo.

Cuando se deja de fumar, el cuerpo tarda unos días en aprender a funcionar de nuevo sin la nicotina, y tenemos la sensación de que nos falta “algo”, apareciendo el deseo de fumar, ansiedad, irritabilidad, dificultad de concentración, etc. Esta sensación de que “algo” nos falta y nos produce unas ganas enormes de fumar es el síndrome de abstinencia a la nicotina y casi todos los fumadores notan algunas de esas molestias con mayor o menor intensidad durante las dos o tres primeras semanas después de dejar de fumar.

El hábito de fumar o dependencia psicológica

A lo largo de nuestra vida como fumadores, nuestra mente ha aprendido a relacionar el tabaco con las cosas que solemos hacer mientras fumamos, de manera que cada vez que hacemos una de esas cosas, casi sin darnos cuenta encendemos un cigarrillo. Así fumamos al ver la televisión, después de comer, en el bar, al tomar café, al conducir, cuando no tenemos nada que hacer, etc. A esto se le llama dependencia psicológica aunque algunos lo llaman hábito. A las cosas que al hacerlas nos inducen a fumar se les llama estímulos y algunos todavía persisten a los tres meses de dejar de fumar.

Dependencia social

Aunque fumar ya no está tan bien visto en nuestra sociedad como hace algunos años, todavía se usa entre los fumadores como instrumento para iniciar una conversación, o se ofrece tabaco como un gesto de amistad. Esto lo tenemos tan asimilado que incluso después de varios meses de estar sin fumar nos resulta difícil decir que no cuando nos ofrecen un cigarrillo. Esto se conoce como dependencia social. Es la que más tarda en desaparecer, y es la responsable de que algunos exfumadores recaigan después de llevar varios meses sin fumar.

Estos serán los principales problemas con los que te vas a enfrentar cuando dejes de fumar. La mejor manera de superarlos es conocerlos, y estar convencido de que quieres dejar de fumar. Si los consejos que te vamos a dar no son suficientes para solucionar esos problemas, no dudes en volver a la consulta y, juntos, buscaremos otras estrategias para que consigas dejar de fumar.

ANEXO IV

LISTA DE RAZONES Y REGISTROS (Hoja para el fumador)

Lista de razones en contra del tabaco

Este ejercicio consiste en hacer una lista con los motivos para dejar de fumar. Anota solamente tus motivos personales, sin preocuparte si esos motivos tienen sentido para los demás, pero anota todos los que se te ocurran. Repasa la lista de vez en cuando y si se te ocurren otras razones para dejar de fumar, las vas añadiendo a la lista. Cuando ya no se te ocurran más motivos, dedica unos minutos cada día a repasar la lista. Las razones para dejar de fumar serán las que te ayudaran a reforzar tu decisión para dejar el tabaco.

Registro de la conducta de fumar

La mayoría de las veces que encendemos un cigarrillo lo hacemos de forma automática e inconsciente debido al gran número de veces que hemos repetido la misma conducta a lo largo de nuestra vida de fumadores (sacar la cajetilla, coger un cigarrillo, llevarlo a la boca, encenderlo, etc.).

El siguiente ejercicio te permitirá observar y conocer cuál es tu conducta como fumador para poder modificarla.

Para ello, durante cuatro días, cada vez que enciendas un cigarrillo, anota en una hoja que deberás llevar junto al paquete de cigarrillos, la hora, las ganas que tenías de fumar en ese momento (nada, poca, bastante, mucha) y la situación en la que fumas (sólo, con amigos, después de comer, al ver la TV, etc.).

Un ejemplo de los tres primeros registros de una hoja sería el que ves aquí:

Día 24/3/01			
Nº cig	Hora	Ganas	Situación
1	7:40	muchas	después del desayuno
2	8	poca	al ir a trabajar
3	10:30	mucha	almuerzo

Cuando rellenes las hojas estarás en condiciones de saber:

- ◆ Qué cigarrillos te fumas cuando tienes realmente ganas de fumar
- ◆ Qué cigarrillos te fumas de forma automática (casi sin darte cuenta)
- ◆ Qué estímulos te inducen a fumar (repasa la información sobre dependencia psicológica)

Toda esta información te será útil cuando dejes de fumar, para saber en qué situaciones deberás “reforzar la guardia” para mantenerte sin fumar y evitar recaídas.

ANEXO V

Consejos para dejar de fumar (Hoja para el fumador)

A partir de ahora mismo

- ◆ Comunica a una persona de tu entorno (familiar, amigo, compañero de trabajo, etc.) que estas llevando a cabo un tratamiento para dejar de fumar y que es previsible que dejes de fumar en las próximas dos semanas. Esto fortalecerá tu compromiso y favorecerá la prevención de recaídas cuando dejes de fumar.
- ◆ A partir de hoy no aceptarás ningún cigarrillo cuando te los ofrezcan, aunque tú sí puedes ofrecer tabaco. Conviene que comiences a entrenarte a no aceptar cigarrillos, pues es la principal causa de recaídas contra la que tendrás que luchar cuando dejes de fumar.

La noche anterior al día elegido

- ◆ Tira todos los cigarrillos que te queden y esconde los encendedores, ceniceros y todo lo que te recuerde el consumo de tabaco.

El primer día sin fumar

- ◆ Como será un día especial, levántate media hora antes de lo habitual y comienza con un poco de ejercicio, respiraciones profundas y una ducha relajante.
- ◆ No pienses que ya no volverás a fumar. Piensa sólo que hoy no vas a fumar.
- ◆ Después de comer, en lugar de sentarte en tu sillón favorito, haz un poco de ejercicio (puedes salir a dar un paseo)
- ◆ Evita los lugares cerrados cargados de humo.
- ◆ Cuando aparezca el deseo de fumar, practica los consejos que vienen a continuación. Si alguno no da resultado, prueba con otro; pronto descubrirás cuales son los más efectivos para ti.

Cómo reducir el síndrome de abstinencia a la nicotina

- Bebe toda el agua que quieras, así como zumos o bebidas sin azucar.
- Reduce el consumo de alcohol.
- Reduce el consumo de café.
- Haz ejercicio físico (caminar, bicicleta, etc.)
- Haz inspiraciones profundas y a continuación expulsa el aire lentamente en vez de fumar un cigarrillo (te sorprenderás de lo que relaja este ejercicio)
- Chupa caramelos o chicle sin azúcar en vez de fumar.
- Sostén algún objeto en la mano para no buscar el cigarrillo inconscientemente.
- Aprovecha para hacer esas pequeñas actividades que siempre has estado aplazando por uno u otro motivo.

ANEXO VI

CONSEJOS PARA LAS FASES DE ACCIÓN Y MANTENIMIENTO (Hoja para el fumador)

Felicidades por haber conseguido dejar de fumar. Ahora es el momento de valorar el paso que has dado.

- ¿Te ha resultado fácil o difícil?
- ¿Qué ventajas notas ahora que ya no fumas?
- ¿Que estrategias te han funcionado mejor para reducir el síndrome de abstinencia?

Recuerda que debes seguir utilizando esas estrategias, pues si aparece el síndrome de abstinencia es en esta primera semana cuando lo hace con más intensidad. Después se irá reduciendo poco a poco hasta desaparecer al cabo de dos o tres semanas.

La dependencia psicológica la vas a notar durante más tiempo (unos tres meses). Ya sabes que me refiero a las situaciones que actúan como estímulos que te inducen a fumar. Si alguna situación supone para ti un estímulo tan intenso que crees que no podrás aguantar sin fumar, debes modificarla. Por ejemplo: si al tomar una copa con los amigos encendías siempre un cigarrillo y ahora crees que no vas a poder evitar fumar en una ocasión como esa, puedes elegir alguna de las siguientes soluciones: no tomarte la copa; pedirte otra bebida que no la relaciones con fumar, como un agua mineral; no tener la copa en la mano todo el tiempo (dejarla en la mesa y cogerla sólo en el momento de beber), o quizá se te ocurran soluciones mejores. Lo importante es que comprendas que por el hecho de dejar de fumar no tienes por qué renunciar a tus costumbres y a tu vida social, y que un buen método para evitar las “tentaciones” como la que te he puesto de ejemplo consiste en anticiparte a las situaciones de “peligro” y tener pensada alguna solución para aplicarla cuando llegue el momento.

¿Qué ocurre si, a pesar de todo, te enciendes un cigarrillo?. A esto se le denomina desliz o caída y no quiere decir que ya vuelves a ser fumador. De todos modos, no olvides que aumenta el riesgo de volver a fumar, por lo que lo mejor es evitarlo.

Si el fumar un cigarrillo se repite, entonces uno acaba volviendo a fumar de forma regular. A esto se le llama recaída. Si, a pesar de todo, volvieras a recaer, igual que has dejado de fumar esta vez, puedes volver a hacerlo en el futuro utilizando las mismas estrategias que ahora pero con la ventaja de tener más experiencia y, por lo tanto, más garantías de conseguirlo. No serías el primero ni el último que recae después de dejar de fumar. Muchos exfumadores han dejado de fumar y han recaído en más de una ocasión, hasta que al fin lo han logrado definitivamente. Sin embargo, a estas alturas, el esfuerzo que te supondrá rechazar un cigarrillo es mínimo si lo comparas con el esfuerzo realizado hasta ahora para dejar de fumar. Sigue repasando tu lista de razones para dejar de fumar para no “bajar la guardia”.

Y esto es todo. Te deseo suerte en tu nueva etapa como exfumador. Ya sabes que cualquier duda o problema que te surja con el tabaco, puedes venir a plantearlo a la consulta de enfermería y trataremos de buscar soluciones.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Antón Nardiz, M^a Victoria. Enfermería y Atención Primaria de Salud. Madrid: Ed Díaz de Santos, 1989
- 2.- Alexandre i Martí et al. Ensayo clínico de dos intervenciones clínicas de deshabituación tabáquica en Atención Primaria. Aten Primaria 1998;22:424-429
- 3.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta nacional de salud en España, 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
- 4.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales del INSALUD en 1998. (Documento pendiente de edición como publicación oficial. Abril de 1999)
- 5.- Bimbela-Pedrola JL. Habilidades de motivación para el cambio. Cap. 5. En: Cuidando al cuidador. Counseling para médicos y otros profesionales de la salud. 1996. Escuela Andaluza de Salud Pública, 3^a edición. 81-105
- 6.- Lindell K.O., Reinke L.F. Nursing Strategies for Smoking Cessation. American Nurses' Association Continuing Education, 1999. <http://nursingworld.org/mods/mod2/cescfull.htm>
- 7.- García Rubira, JC, López García-Aranda V, et al. Tabaco y enfermedades cardiovasculares. En CNPT . Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Barcelona. Ed Glosa 1998:31-41.
- 8.- Becoña E. Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Ed. Dy Kinson, 1998
- 9.- Malcolm L, Tang J.L. An Analysis of the Effectiveness of Interventions Intended to Help People Stop Smoking. Arch Intern Med 1995; 155: 1933-1941
- 10.- AHCPR. Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. JAMA 1996; 275: 1270-1280
- 11.- Kottke T.E, Battista R.N. et al. Attributes of Successful Smoking Cessation Interventions in Medical Practice. A Meta-analysis of 39 Controlled Trials. JAMA 1988; 259: 2882-2889
- 12.- García Hidalgo A. Intervención mínima frente al tabaquismo. Arch Bronconeumol 1995; 31: 114-123
- 13.- Lendemiorez de la Cruz J.M. El consumo de tabaco y su intervención en la Atención Primaria. FOMECO 1999.Vol 7 N° 1:28-37
- 14.- Córdoba R, Martín C. et al. Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono de tabaco en Atención Primaria. Aten Primaria 2000;25:32-36