

# *Enfrentamiento de la Epidemia del Tabaco: Tratamiento de la Dependencia de Nicotina*

**Introducción:** Hasta la década del noventa, la producción y consumo de tabaco a nivel mundial aún crecía, causando a la fecha alrededor de tres millones de muertes al año. La OMS ha enfrentado este problema denominándolo, la "Epidemia del Tabaco". En Chile, la prevalencia de tabaquismo era de 47,2% en 1998, y el tabaco es causa directa o indirecta del 15% de las defunciones anuales, constituyéndose en la principal causa de muerte evitable.

**Objetivo:** El propósito de este artículo es ofrecer una puesta al día en torno a los tipos de tratamiento que pueden beneficiar al fumador que quiere dejar de hacerlo. Para eso realiza una descripción de las características generales de la dependencia de nicotina, para luego abordar el tratamiento de la misma en niveles crecientes de complejidad. Asimismo, se describen resumidamente las técnicas psicológicas de "entrevista motivacional" y "prevención de recaídas", las cuales pueden ser abordadas por cualquier miembro del equipo de salud. Se complementa con un breve sumario de los fármacos que pueden prestar utilidad, haciendo énfasis en el reemplazo de nicotina y el bupropión.

**Comentario:** Las intervenciones básicas, con uso de técnicas de apoyo psicológico y eventualmente fármacos ha demostrado ser útil en apoyar a pacientes en dejar de fumar. Su realización en el nivel primario de atención, por su cobertura, es la intervención de mayor impacto público. Sólo los sujetos con comorbilidad psiquiátrica agregada u otras dificultades significativas deben ser derivados a niveles de mayor complejidad.

**Dr. Jaime A. Santander T,**

*Instructor de Psiquiatría de la  
Facultad de Medicina de la P.U.C,  
Docente del Programa de Medicina  
Familiar y Comunitaria de la  
P.U.C, Terapeuta Clínica del  
Fumador P.U.C.*

## **I. CONTEXTO DEL PROBLEMA :**

### **a. Introducción:**

Se estima que a comienzos de la década de los '90 el tabaco causaba alrededor de tres millones de muertes anualmente en el mundo, proyectándose un aumento hasta 10 millones de muertes hacia el 2020-30 de mantenerse la actual tendencia para el consumo de nicotina en el mundo (OMS, 1997) (1). Es por esto que, la Organización Mundial de la Salud ha enfrentado este problema desde los '70s, denominándolo la "Epidemia del Tabaco". Las dificultades en esta campaña han sido múltiples, lo cual puede entenderse al considerar que el tabaco es una sustancia legal, cuyo uso está firme-

mente arraigado en diversas culturas, con implicancias en la actividad económica de distintos países y que además presenta un alto potencial adictivo.

### **b. Epidemiología:**

A comienzos de la década de 1990 se calculaba que a nivel mundial había alrededor de 1100 millones de fumadores, con un consumo per cápita anual, permanentemente creciente hasta esa fecha, que se ubicaba en torno a los 1660 cigarrillos por persona de 15 o más años. La prevalencia de consumo de tabaco entre mayores de 15 años a nivel mundial alcanzaba un 47% para los hombres y un 12% para las mujeres. En este contexto global, y sólo a contar de la última

década, se observaba una leve disminución en el consumo per cápita de cigarrillos en los países más industrializados (1).

Consecuentemente, al menos hasta 1994 la producción y comercialización de tabaco seguían creciendo. China, con 2.088.000 toneladas métricas anuales de producción de tabaco, es lejos el mayor productor mundial. Le siguen Estados Unidos, India y Brasil, los que junto a China producen el 64,2% del total mundial (1). Esto implica que al momento de considerar las variables destinadas a enfrentar el tabaquismo como problema de salud pública es imprescindible no perder de vista las implicancias económicas y laborales que deben ser tenidas en cuenta, especialmente en países en que el tabaco es una fuente importante de divisas y ocupación.

En Chile, desde 1971 la prevalencia total de tabaquismo en Santiago ha aumentado levemente, de 36% a 40,9% respectivamente, sin embargo la prevalencia entre los hombres se ha mantenido estable, con un 47,1% en 1971 y 47,2% en 1998, mientras que la de las mujeres aumentó de 26,3% en 1971 a 35,5 % en 1998 (2,3).

Los efectos sobre la salud del hábito de fumar hoy en día son definitivos. El consumo de cigarrillos hoy es la principal causa de muerte evitable en los países desarrollados, incluyendo a Chile. En nuestro país, alrededor de un 15% de las defunciones anuales se producen por causas relacionadas directa o indirectamente con el tabaco (4). A nivel mundial, alrededor de un 20% de las muertes por cáncer son debido al consumo de tabaco, y en países como el nuestro, en que ha habido un aumento de fumadores de sexo femenino se ha observado paralelamente un aumento en las tasas de muerte por cáncer entre mujeres.

Inversamente, el dejar de fumar se asocia con beneficios claros, por ejemplo, al año de dejar de fumar el riesgo excesivo de enfermedad coronaria es la mitad de un fumador; a los 5 años la tasa de muerte por cáncer pulmonar disminuye casi un 50%; y a los 10 años la tasa de mortalidad por cáncer pulmonar se hace similar a la de un no fumador. Por otra parte, la constatación de que el tabaco es una de las sustancias "puertas de entrada" para el consumo de otras drogas y alcohol ha concitado mayor interés para investigar estrategias que permitan prevenir el uso de esta y otras sustancias, y obviamente ayudar a quienes ya fuman a dejar de hacerlo.

## II. DEFINICIÓN DE LA DEPENDENCIA DE NICOTINA:

De entre todas las sustancias resultantes del consumo de tabaco, es la nicotina la responsable de producir dependencia, lo cual se hace evidente al considerar el síndrome de privación que padecen los fumadores que intentan dejar de fumar, el cual es aliviado con la sola administración de nicotina pura, sustancia que además es responsable de gran parte de los efectos farmacológicos derivados de fumar.

### a. Diagnóstico de Dependencia:

El diagnóstico de dependencia de nicotina se establece de acuerdo a los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (5), los que son expuestos en el cuadro 1. Al analizar estos criterios queda de manifiesto la necesidad de cumplir con los requisitos de cualquier otra dependencia, esto es la presencia de tolerancia, síntomas de privación y alteraciones conductuales derivadas del consumo descontrolado de la sustancia.

En la práctica clínica se han utilizado escalas destinadas a discriminar la dependencia entre los consumidores de tabaco. Particularmente difundida y útil por su fiabilidad y simplicidad ha resultado el Cuestionario de Dependencia de Nicotina de Fagerström (6), el que se observa en el cuadro 2. En este se da puntaje a una serie de ocho preguntas simples, considerándose dependiente todo sujeto que sume seis o más puntos.

### b. Síntomas de Privación:

Los síntomas de privación observados al eliminar el tabaco o al reducir su dosis son completamente atribuibles a la privación de nicotina, lo cual es refrendado por el hecho de que estos síntomas son aliviados mediante la utilización de reemplazo de nicotina farmacológicamente pura.

El comienzo de los síntomas de privación ocurre entre 2 y 12 horas tras el último consumo de tabaco, alcanzando su zenit a los 2-3 días (7). En general duran entre 3 o 4 semanas, tiempo en el que se debe realizar el máximo apoyo a quienes intentan dejar el consumo de tabaco. Los síntomas de privación más frecuentemente observados se enumeran en el cuadro 3. Es importante hacer notar que a diferencia de otras sustancias que producen dependencia, no se describen síntomas de privación neonatal de nicotina.

## III. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN:

No es el objetivo de este trabajo profundizar en este aspecto, sin embargo se debe hacer énfasis en algunos elementos particulares de la prevención del tabaquismo. Primeramente, se debe tener siempre en mente que se trata de

una droga legal y de libre acceso, cuya producción, elaboración y distribución da trabajo a gran cantidad de personas en casi todo el mundo, con el agravante de que en muchos países se trata de una de las principales fuentes de divisas. En el nuestro, por la vía de los impuestos, constituye una importante fuente de ingresos para financiar algunos programas gubernamentales. El tener en mente estos hechos nos permitirá comprender en parte las vacilaciones en la lucha contra esta epidemia.

Gray y cols. (8) han propuesto una serie de actividades dirigidas a enfrentar en diferentes niveles los problemas con la nicotina. Estas se pueden resumir en 4 grandes áreas (9):

1. Programas de información pública, que requieren básicamente del uso de los medios de comunicación.
2. Programas educacionales a diferentes niveles (*escolares, adolescentes, adultos*)
3. Medidas legislativas, que a su vez se pueden agrupar en dos áreas: a) aquellas orientadas a cambiar las normas en cuanto a manufactura, promoción y venta de cigarrillos, y , b) aquellas destinadas a las costumbres de los fumadores (*por ejemplo, restricción de fumar en espacios públicos*).
4. Programas de tratamiento de tabaquismo.

Nosotros nos centraremos en las alternativas terapéuticas disponibles para los médicos en distintos niveles, desde el médico general en un consultorio, hasta un especialista trabajando en un programa específico de alta complejidad.

#### IV. NIVELES DE INTERVENCIÓN PARA AYUDAR A DEJAR DE FUMAR

Existen diversos métodos investigados para dejar de fumar que muestran dis-

tinta efectividad en el corto y largo plazo. Así el «consejo médico» (*o intervención breve de 5 minutos durante la consulta habitual*) demuestra una efectividad de un 5 % al 8 % al largo plazo, en tanto que el «apoyo de consejería» con seguimiento logra un 15 % de efectividad en el largo plazo y la «intervención intensiva individual» (*más de tres horas de intervención y controles*) logra finalmente un 25 % a 30% de éxito (10).

##### a. Intervención Mínima

El potencial que presentan los profesionales de salud para dar consejos acerca de los diferentes hábitos de vida es inmenso, más aún en los profesionales de atención primaria en salud. Los pacientes esperan preguntas y consejos acerca del cigarrillo, alcohol, hábitos deportivos, peso, etc. Sin embargo, sólo algunos profesionales declaran hacerlo, aún cuando sus pacientes consulten específicamente por problemas de salud relacionados con los hábitos de vida. Esto es sumamente lamentable al considerar el éxito que logran estos profesionales a través de sencillos consejos.

En algunos casos de consumo de tabaco, sólo una estrategia de «intervención mínima» puede bastar para lograr una mejoría. Uno de los principales impedimentos para realizar esta intervención radica en la brevedad de las consultas médicas. Una manera de solucionar este problema consistiría en la participación de las enfermeras en la medicina preventiva primaria.

La estrategia de intervención mínima consiste en una intervención breve del profesional de salud, durante la consulta médica general, que facilite el dejar de fumar por parte del paciente. Esta intervención implica la entrega de consejos sencillos, que eduquen, orienten y faciliten la motivación por dejar de fumar.

Se ha visto que la sola entrega de apoyo y guía es sumamente valioso en la cesación de fumar. Es por esto, que el consejo entregado por el profesional general de salud, puede ayudar a que muchas personas dejen de fumar. En este punto es de suma importancia que estos profesionales (*médicos generales y enfermeras*) tengan los conocimientos básicos de la dependencia de nicotina para orientar a sus pacientes. Por otra parte, aunque la efectividad es de sólo un 5 a 8%, la gran cobertura de la atención primaria permite los resultados más estimulantes desde el punto de vista de la salud pública.

##### b. Intervención básica más reemplazo de nicotina

En algunos casos la intervención del médico general no basta para dejar de fumar. Algunas personas aceptan los consejos y están motivados, pero encuentran que es difícil o lo han intentado previamente sin lograr éxito, y necesitan un apoyo mayor. Este tipo de estrategia requerirá la implementación de mayores recursos, humanos y económicos, y también requerirá entrenamiento y capacitación (*educación y manejo de técnicas específicas de cesación*).

Esta intervención entrega los elementos básicos para lograr una estrategia para dejar de fumar, y es acompañada por una técnica específica, ya sea con los chicles o parches de nicotina. El profesional de salud debe ayudar a establecer el proceso básico para dejar de fumar:

- diagnóstico de la dependencia de nicotina
- establecimiento del día de inicio
- insistencia en el abandono total y no gradual
- prescripción y explicación del uso de la técnica de tratamiento (*parche*)
- planificación del tratamiento
- apoyo posterior y seguimiento

Para este nivel de intervención, los profesionales deben contar con conocimientos acerca de la naturaleza del fumar y las características del proceso de cesación. En este nivel es aconsejable algún tipo de capacitación, teórica y práctica (*videos, observación de experiencia clínica, breve taller de trabajo*). Se requerirá sesiones adicionales de apoyo para reforzar la abstinencia, así como para supervisar la utilización adecuada de los métodos de reemplazo de nicotina.

### c. Intervención Intensiva más reemplazo de nicotina y técnicas cognitivo conductuales

Una intervención más intensiva, con el apoyo de técnicas de tratamiento y técnicas cognitivo-conductuales, ya es una intervención específica y más especializada para dejar de fumar, y como tal, requiere de una preparación y capacitación especial. Esta intervención puede realizarse individualmente o en grupos, y requiere del cumplimiento de diferentes partes:

- diagnóstico de la dependencia
- diagnóstico de motivación y expectativas
- entrevista motivacional
- establecimiento del día de inicio
- insistencia en el abandono total y no gradual
- prescripción y explicación del uso de la técnica de tratamiento (*parche*)
- planificación del tratamiento
- trabajo de pensamientos automáticos
- trabajo con pensamientos trampa
- técnicas de relajación
- técnicas de manejo de ansiedad
- prevención de recaídas
- apoyo posterior y seguimiento

## V. TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS:

### a. Técnicas Psicológicas:

En general, las técnicas y conceptos que describiremos se enmarcan en el contexto de las terapias de orientación cognitivo conductual, las cuales han sido ampliamente validadas en el área de las adicciones, tanto desde el punto de vista del abordaje individual como grupal del paciente. En este contexto, la entrevista motivacional (11) y la prevención de recaídas (12) que aquí resumimos, son técnicas bien descritas que deben ser conocidas por todos quienes enfrenten el desafío de tratar a un adicto.

#### a.1. Entrevista Motivacional

El proceso motivacional por el cual una persona decide iniciar el cambio de conducta de fumar a no fumar es muy complejo, contemplando elementos cognitivos, emocionales y eventos vitales entre otros muchos. Lo que a continuación describiremos es «una y no la única» forma de apoyar el proceso de motivación de los pacientes que acuden a nosotros por ayuda sin estar totalmente motivados.

Vale recordar que según Prochaska y DiClemente (13) se pueden identificar diferentes etapas en este proceso de cambio:

- precontemplativa: **no contemplan el cambio pues no ven un problema por el que cambiar.** Ej: «no estoy ni ahí»
- contemplativa: **contemplan la necesidad del cambio.** Ej: «debería dejar de fumar...»
- determinación: **se proponen firmemente el cambio.** Ej: «ya, voy a dejar de fumar...»
- acción: **toman acciones específicas e inician el cambio ej: botan los cigarrillos, detienen consumo, etc.**
- mantención: **el cambio inicial ya se**

produjo y se encuentran manteniendo la conducta.

Nuestra estrategia de motivación se enfocará en forma diferente dependiendo de la etapa en que se encuentre el paciente. Así, en los en «precontemplación» no será recomendable utilizar técnicas de confrontación con alguien que «no ve ningún problema y sólo es traído ante nosotros». Aquí resulta importante asegurar una mantención del contacto con el paciente, tratar en forma preocupada y empática al paciente.

Para poder motivar a pacientes que aún no lo están totalmente resulta importante considerar los siguientes principios:

#### 1) Expresar empatía

La aceptación del paciente facilita el cambio, para lo cual se debe «escuchar reflexivamente» asegurando al paciente que su ambivalencia (*en torno a dejar o no de fumar*) es normal y que luego él podrá resolverla.

#### 2) Desarrollar las discrepancias

Que el paciente se de cuenta de las consecuencias es muy importante, y para ello se puede mostrar (*no confrontacionalmente*) la discrepancia entre la conducta actual y las metas importantes para el paciente.

#### 3) Evitar las «Discusiones-Argumentaciones»

Estas son contraproducentes, siendo la aparición de resistencia una buena señal de cambiar de estrategia (*si, pero...*). Etiquetar al paciente resulta innecesario (*«vicioso», «drogadicto»*) y recuerde que «defenderse crea defensas».

#### 4) Rodar con la Resistencia

Las percepciones del paciente pueden cambiarse, para lo cual más que imponer una visión al paciente «se invitan» nuevas perspectivas al análisis con el paciente. A veces «rodar» con la resistencia puesta por el paciente lo moviliza a buscar sus propias soluciones.

### 5) Apoyar Autoeficacia

Crear en la posibilidad de cambio del paciente es un elemento motivador, siendo importante que el paciente se haga responsable de elegir y realizar el cambio. Se debe «inyectar» esperanza dentro del rango de alternativas disponibles en cada caso.

#### a.2. Prevención de Recaídas, una aproximación práctica:

Central a este modelo está el supuesto subyacente que las conductas adictivas consisten en un sobreentrenamiento en patrones de hábitos maladaptativos usualmente seguidos de estrategias de enfrentamiento también maladaptativas como parte de un ciclo adictivo. Podríamos resumir esta aproximación como un programa de desarrollo de autocontrol y autoeficacia, que combina destrezas de entrenamiento conductual con intervenciones cognitivas y procedimientos de cambio de estilo de vida.

Resulta imprescindible comprender inicialmente la idea de que la «recuperación es un proceso largo y no meramente el resultado de una acción terapéutica en manos del tratante». Así pues, trataremos de describir y comprender cómo se produce una recaída en el contexto del cliente-paciente y su entorno vital, y de qué manera podemos asistir a este proceso tan interesante como vital.

Este enfoque tiene la particularidad de provenir de un análisis inicial por parte de Marlatt de diferentes procesos adictivos (heroína, alcohol y cigarrillos) y por ende posee el mérito que puede ser aplicado a diferentes «conductas adictivas» como enfoque y enfrentamiento general.

La prevención de recaídas está dirigida a la fase de mantención y también para llevar de vuelta a un paciente a la abstinencia después de una recaída. La preven-

ción de recaídas está orientada a facilitar este proceso, dando una dirección clara a la intervenciones terapéuticas.

#### b. Terapias Biológicas

Característicamente los pacientes con mayor dependencia y con más síntomas de privación requerirán de apoyo farmacológico para lograr dejar de fumar. Desde el punto de vista psicofarmacológico hay cinco estrategias básicas a utilizar en el tratamiento, a saber:

1. Reemplazo de nicotina
2. Bupropión
3. Tratamiento sintomático de la privación
4. Bloqueo de nicotina
5. Tratamientos aversivos

La combinación de técnicas de reemplazo con técnicas conductuales ha aumentado la efectividad de los tratamientos hasta un 40-50%.

##### b.1. Reemplazo de Nicotina

###### Reducción de Nicotina

Esta técnica no constituye un reemplazo de la suspensión del fumar, sino que corresponde a un método de preparación para lograr suspender el cigarrillo completamente en el día elegido para tales efectos, el día «D». La técnica de reducción de nicotina per se no ha demostrado utilidad en el largo plazo, a no ser que esta se combine con reemplazo de nicotina como se explica a continuación.

###### Nicotina de reemplazo

Esta técnica farmacológica constituye el mejor tratamiento probado hasta la fecha para el síndrome de privación de nicotina, mostrando resultados claramente superiores al placebo y llegando hasta un 30% de abstinencia a un año plazo o mayor (hasta un 40%) si se combina con técnicas psicológicas conductuales (14,15).

Hay diversas formas de reemplazo de nicotina:

- Chicles (*Nicorette*)
- Parches (*Nicotinell*).
- Spray nasal (*no disponible en Chile*)
- Inhalador de nicotina (*no disponible en Chile*)

Las ventajas de los parches son:

- a) Dosis constante
- b) Facilidad para mantener adherencia a tratamiento
- c) Sin los efectos colaterales gastrointestinales de los chicles
- d) Se puede usar en contraindicaciones del chicle (*úlceras y alteración de articulación temporomandibular*)
- e) Los médicos estarían más dispuestos a recetarlos que otras formas de reemplazo

Las desventajas de los parches son:

- a) No se puede manejar mucho la dosis.
- b) Toma mucho tiempo para llegar a la dosis requerida
- c) Produce alergias y reacciones cutáneas en algunos pacientes.

La combinación de parches con chicles puede ser útil para disminuir los síntomas de privación en pacientes grandes fumadores (*más de 30 a 40 cigarrillos*) así como para prevenir recaídas. En los pacientes que necesitan el ritual asociado a fumar así como la estimulación táctil y sensorial propia de este acto serían particularmente útiles los inhaladores de nicotina.

Los factores aparentemente relacionados con el éxito del tratamiento de reemplazo de nicotina serían la dosis de nicotina, el nivel de apoyo ofrecido y las características de los terapeutas. Las dosis de nicotina son progresivamente disminuídas hasta suspenderlas en un plazo que oscila entre la 4 y 12 semanas

##### b.2. Bupropión

Este fármaco es la primera medicación

que no contiene nicotina que ha sido aprobada por la FDA para el tratamiento de la dependencia de nicotina. Se trata de una aminoketona con efecto antidepressivo que tendría tanto actividad noradrenérgica como dopaminérgica. Para el tratamiento de la dependencia de nicotina se utiliza la forma de liberación sostenida.

Su utilización comienza una semana antes de dejar de fumar, con una dosis de 150 mgr. cada mañana que son aumentados a 300 mgrs. en el cuarto o quinto día cuando la tolerancia ha sido buena. A la semana de tratamiento, se interrumpe el consumo de nicotina. Se supone que el bupropión, al inhibir débilmente la recaptura de noradrenalina y dopamina, atenuaría los síntomas de privación. El aumento de la actividad dopaminérgica en el núcleo accumbens podría mantener la estimulación de las áreas de respuesta al placer en ausencia de nicotina. Un beneficio potencial podría ser el producir un menor aumento de peso que al dejar de fumar con placebo (16,17).

**Normalmente, el bupropión se usa por 7 a 12 semanas y no se utilizan dosis mayores dado el aumento en el riesgo de convulsiones.**

### ***b.3. Tratamientos Sintomáticos***

Estos fármacos se indican para tratar las molestias y cambios de ánimo asociados con dejar de fumar (18).

#### **Clonidina:**

Este fármaco es un alfa2 agonista postsináptico que reduce la actividad simpática, y su uso ha demostrado utilidad en reducir síntomas tales como ansiedad, irritabilidad, inquietud, tensión y ganas de fumar, pero principalmente en mujeres más que en hombres. La limitación esta asociada con los efectos colaterales que produce (*somnolencia,*

*hipotensión o rebote de hipertensión al suspender bruscamente*).

#### **Ansiolíticos:**

La aparición de ansiedad tanto como síntoma de privación de nicotina o asociado a la privación constituye uno de los factores gatilladores de recaídas, por ello el uso de ansiolíticos ha sido probado en varios estudios con diversa utilidad. El uso de benzodiazepinas reduce la ansiedad pero no las ganas de fumar, mientras que el uso de buspirona antes, durante y después de la suspensión del fumar ayudaría a los pacientes con altos niveles de ansiedad y disminuiría la posibilidad de recaídas.

#### **Antidepressivos:**

La variación del ánimo producida por el fumar cigarrillos también se puede apreciar al suspender el cigarrillo. La coexistencia de cuadros depresivos y de ansiedad deben ser descartados, pues su existencia activa constituye una contraindicación para intentar dejar de fumar, y sólo luego de un tratamiento adecuado del cuadro psiquiátrico debe intentarse la suspensión del cigarrillo.

Para estos efectos, se han probado varios antidepressivos como los inhibidores de recaptación de serotonina (*Fluoxetina*) que además poseen propiedades ansiolíticas y de reducción de las ganas de fumar; inhibidores de la monoaminoxidasa reversibles (*RIMA*) como la Moclobemida.

#### **Estimulantes**

Se han utilizado estimulantes del tipo metilfenidato (*Ritalín*) que disminuiría los síntomas de privación, sin embargo no hay evidencia clara de su utilidad ni de la reducción de las recaídas por su uso.

### ***b.4. Antagonistas/Agonistas de la Nicotina*** (18)

#### **Mecamilamina** (*no disponible en Chile*)

Este fármaco es un bloqueador

colinérgico ganglionar tanto periférico como central, que administrado a los fumadores logra bloquear los efectos reforzadores (*agradables*) de la nicotina lo que disminuiría el riesgo de recaída. Sus efectos colaterales consistentes en sedación, baja de la presión arterial y eventuales desmayos limitó su uso en la clínica. Sin embargo, últimamente algunos estudios que lo combinaron con reemplazo de nicotina, logrando que la mezcla actúe como un agonista parcial; prometen interesantes resultados.

#### **Propranolol**

También utilizado para contrarrestar los síntomas de privación, pero su utilidad se circunscribe a disminuir levemente los síntomas periféricos de ansiedad y no ha demostrado mejores resultados a la fecha.

### **c. Formulación e implementación de un plan de tratamiento**

A la fecha, los esquemas terapéuticos que más utilidad han demostrado son aquellos en que se realiza una buena evaluación inicial del paciente de manera de descartar psicopatología activa asociada, la cual debe ser tratada previamente al enfrentamiento de la dependencia. Una buena evaluación permite conocer las eventuales necesidades del paciente en términos de apoyo y farmacológicas. Tras la evaluación, se propone un día para dejar de fumar y se realizan los preparativos correspondientes para lograrlo.

El consejo médico y la intervención mínima para dejar de fumar son las herramientas fundamentales que cualquier médico debería poner en uso en su práctica cotidiana, lo cual sumado al manejo de la entrevista motivacional y técnicas de prevención de recaídas debiera ser la base de un efecto multiplicador del esfuerzo en el nivel de atención primaria. Un buen programa deberá considerar

sesiones periódicas frecuentes de apoyo las primeras semanas, período en que los síntomas de privación son más intensos. Idealmente, se debe entregar técnicas de manejo de tipo cognitivo conductual. La abstinencia será mayor si se utiliza nicotina de reemplazo o bupropión. Se debe estar atentos a la aparición de síntomas anímicos o ansiosos para prescribir fármacos de apoyo cuando sea necesario.

Finalmente, es útil realizar un seguimiento de 8 meses a 1 año con controles periódicos destinados a reforzar la conciencia de mantener el logro de la abstinencia

así como darle énfasis a las técnicas cognitivas conductuales destinadas a la prevención de recaídas.

Los programas que se realizan en el marco de terapias grupales de orientación cognitivo conductual más fármacos serían el tipo de tratamiento más exitoso en el largo plazo.

Incluso los programas más complejos pueden ser implementados en los niveles de atención primaria, aunque requieren entrenamiento por parte de algunos miembros del equipo. Los pacientes que deben ser derivados a centros de mayor complejidad son aquellos que han fallado

en dejar de fumar pese a intentos serios, los que tienen clara patología psiquiátrica sobreañorada y quienes además de dependencia de nicotina presentan otro tipo de dependencia, frecuentemente, alcohol.

Correspondencia :

Dr. Jaime A. Santander T.  
Departamento de Psiquiatría  
Facultad de Medicina P.U.C.  
Casilla 114-D  
Santiago de Chile  
fax :6651951  
email : jsantan@med.puc.cl

Cuadro 1: Criterios de Dependencia de Nicotina (DSM-IV)

**A. Al menos tres de los siguientes:**

- 1.- A menudo se usa una mayor cantidad o durante un periodo más largo del que la persona se había propuesto.
- 2.- Deseo persistente de usar nicotina o uno o más intentos fracasados por abandonar el consumo o controlarlo.
- 3.- Una cantidad significativa de tiempo destinada a actividades relacionadas con conseguir tabaco o consumirlo.
- 4.- Presencia de síntomas de privación al intentar suspender el consumo de tabaco (*horas, días, semanas*)
- 5.- Disminución o abandono de actividades sociales, recreativas, deportivas o laborales, debido al consumo de tabaco.
- 6.- Persistencia del consumo pese a conocer los riesgos que el tabaco produce en la propia salud física y/o psicológica.
- 7.- Aumento significativo (*mayor al 50%*) de la cantidad de nicotina consumida para conseguir el efecto deseado, o disminución del efecto al mantener la misma cantidad.
- 8.- El consumo de tabaco reduce o evita los síntomas de privación.

**B. Algunos síntomas del trastorno han persistido al menos por un mes, o han ocurrido frecuentemente a lo largo del tiempo.**

Cuadro 2: Cuestionario de Dependencia (Fagerström)

<p>1.- ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?</p> <p>Menos de 15            0</p> <p>De 15 a 25            1</p> <p>Más de 25            2</p>	<p>4.- ¿Qué marca de cigarrillos fuma?, ¿cuál es la tasa de nicotina de sus cigarrillos?</p> <p>Menos de 0,8 mgrs.    0</p> <p>0,8 - 1,5 mgr.        1</p> <p>Mayor a 1,5 mgr.     2</p>	<p>7.- ¿Usted fuma incluso cuando una enfermedad lo obliga a quedarse en cama?</p> <p>Sí                        1</p> <p>No                        0</p>
<p>2.- ¿Cuán pronto, después de levantarse, fuma usted su primer cigarrillo ?</p> <p>Antes de media hora    1</p> <p>Más tarde            0</p>	<p>5.- ¿El intervalo entre un cigarrillo y otro es menor en la mañana que en la tarde?</p> <p>Sí                        1</p> <p>No                        0</p>	<p>8.- ¿Es difícil para usted no poder fumar en lugares donde está prohibido?</p> <p>Sí                        1</p> <p>No                        0</p>
<p>3.- ¿Aspira usted el humo?</p> <p>Nunca                    0</p> <p>A veces                1</p> <p>Siempre                2</p>	<p>6.- ¿Cuál es el cigarrillo que usted considera más importante?</p> <p>El primero            1</p> <p>Otro                     0</p>	<p>PUNTAJE FAGERSTRÖM _____</p>

Cuadro 3 : Síntomas de privación de nicotina

<b>Psicológicos:</b>	
Irritabilidad / frustración / rabia (hasta 5 semanas)	Náuseas
Cambios del ánimo	Urgencias para fumar
Ansiedad	<b>Signos Fisiológicos</b>
Depresión	Reducción de frecuencia cardíaca
<b>Síntomas fisiológicos</b>	Baja en Adrenalina, Noradrenalina y cortisol
Fatiga	Cambios en función endocrina
Dificultad para concentrarse	Constipación
Cefaleas	Úlceras bucales
Impaciencia	Ganancia de peso (hasta diez semanas)
Somnolencia	Aumento de circulación periférica
Inquietud	Cambios en el EEG
Baja del alerta	Alteraciones del sueño
Dolores corporales (mialgias)	Sudoración
Hambre	Aumento de la tos

## Bibliografía

1. World Health Organization. Tobacco or health: a global status report. WHO, Geneve, 1997.
2. Joly D Kirshbaum A. Encuesta sobre las características del hábito de fumar en América Latina. 1977. Public Cientif OSK Número 337, Washington, EEUU.
3. CONACE. "3º estudio nacional de consumo de drogas en Chile". Abril 1999
4. Ministerio de Salud, departamento de epidemiología. "Situación de Salud. Chile 1996. MINSAL, 1996.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. American Psychiatric Association Press 1995, Washington.
6. Fagerström K, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. J Behav Med 1989; 12: 159-182.
7. Hughes JR, Hatsukami DK. The nicotine withdrawal syndrome: a brief review and update. Int J Smoking Cessation 1992; 1: 21-26.
8. Gray N, Daube M. Guidelines for smoking control. 2º Ed International. Union Against cancer. Technical Report Series, vol 52. Geneve. 1980.
9. Bello S. Tratamiento del tabaquismo. Rev Med Chile 1991; 119: 701-708.
10. Hajek P. Treatment for smokers. Addiction 1994; 89: 1543-1549.
11. Miller W, Rollnick S (eds). Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behavior. Guilford Press 1991, New York.
12. Marlatt A, Gordon J (eds). Relapse Prevention. Guilford Press 1987, New York.
13. Prochaska J, Di Clemente C. Stages and processes of selfchange of smoking. Toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol 1983; 51: 390-395.
14. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE y col. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: a meta-analysis. JAMA 1994; 271: 1940-1946.
15. Seijas D, Santander J, Ferrer V, et al.. Dependencia de nicotina: seguimiento a un año plazo de pacientes tratados con terapia grupal más reemplazo de nicotina. Rev Med Chile 1999; 127:1313-1320
16. Hughes J, Goldstein M, Hurt R, et al. Recent advances in the pharmacotherapy of smoking. JAMA 1999; 281: 72-76.
17. Hurt R, Sachs D, Glover E, et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. N Engl J Med 1997; 337: 1195-1202.
18. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. Supplement to Am J Psychiatry 1996; 153 (10).