

# INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINAR EN TABAQUISMO -



## Documento de Consenso SEDET - Mayo 2010

### Grupo de trabajo "Abordaje interdisciplinar"

María SALVADOR MANZANO, Psicóloga (Coordinadora)

M<sup>a</sup> José ANTONA, médico  
F. Javier AYESTA, médico  
M<sup>a</sup> Sol CASASOLA, enfermera  
Montiel CHELET, psicóloga  
Isabel GALÁN, farmacéutica  
Inmaculada GLEZ. ROMO, enfermera  
F. Lourdes MÁRQUEZ, médico

Eduardo OLANO, médico  
Francisco Rodríguez L, odontólogo  
Teresa SALVADOR LI., psicóloga  
Manuel SÁNCHEZ F., médico  
Jesús SÁNCHEZ I., médico  
Cristina SANZ de Villalobos, psicóloga  
Laura SENDER, enfermera

### INDICE

<b>1. FINALIDAD Y OBJETIVOS DEL DOCUMENTO</b>	2
<b>2. ACLARACIÓN CONCEPTUAL</b>	2
<b>2.1. Conceptos generales</b>	2
Tabaquismo	2
Hábito tabáquico	3
Adicción al tabaco	3
Fumador	4
Deshabitación Tabáquica	4
<b>2.2. Conceptos relativos al abordaje del tabaquismo</b>	4
Intervención breve	4
Consejo sanitario	5
<i>Counselling</i>	6
Diferencias entre "intervenciones breves", "consejo sanitario para dejar de fumar" y " <i>counselling</i> "	7
Intervención motivacional	7
Apoyo psicológico	8
Tratamiento farmacológico	8
Tratamiento psicológico	9
Tratamiento especializado	10
<b>3. INTERVENCIONES COMUNES A TODOS LOS COLECTIVOS PROFESIONALES EN EL ÁMBITO DEL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO</b>	10
<b>4. INTRUSISMO PROFESIONAL EN TABAQUISMO</b>	11
<b>5. VENTAJAS Y DIFICULTADES DEL ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN TABAQUISMO</b>	13
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	14

# 1. FINALIDAD Y OBJETIVOS DEL DOCUMENTO

La escasez de proyectos de investigación de envergadura y la ausencia de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia realizadas en España, ha provocado que la mayoría de las referencias bibliográficas usadas en la literatura científica que aborda, desde diversos ángulos, los temas relacionados con el consumo de tabaco se difundan en su lengua original, en inglés. La traducción de estos originales en lengua castellana ha producido, en ocasiones, un lenguaje equívoco y poco preciso, una cierta confusión terminológica de la que pueden derivarse errores de gran trascendencia.

Por otro lado, la participación en el abordaje del tabaquismo de profesionales sanitarios con distinta formación: psicólogos, médicos, enfermeros, odontólogos y farmacéuticos, si bien ha llevado a un enriquecimiento mutuo, también ha derivado en ocasiones en enfrentamientos estériles sobre la supuesta mayor eficacia de una modalidad de tratamientos frente a otros.

El presente documento tiene como finalidad promover el abordaje interdisciplinar en el ámbito de la asistencia en tabaquismo. Sus objetivos son:

- Proponer una homogeneización terminológica y conceptual para determinados conceptos básicos relacionados con el ámbito del tratamiento del tabaquismo.
- Plantear qué intervenciones son comunes a todos los profesionales sanitarios en este campo.
- Analizar las ventajas y dificultades que tiene el trabajo interdisciplinar en tabaquismo.

Es importante que todos los colectivos profesionales implicados aúnen esfuerzos, con el fin de conseguir un abordaje global, integrado por las aportaciones pertinentes de cada disciplina. Para ello es necesario conocer mejor el trabajo de los profesionales de las otras disciplinas, mantener una actitud de respeto hacia las tareas de cada ámbito profesional y poten-

ciar la incorporación de profesionales que tienen escasa presencia en el sistema sanitario público.

La interdisciplinariedad es la clave para lograr los mejores resultados, ya que el tabaquismo no es un conjunto de problemas con múltiples abordajes, sino un problema con posibilidad de ser abordado desde distintas disciplinas que, además, se complementan.

## 2. ACLARACIÓN CONCEPTUAL

### 2.1. Conceptos Generales

**TABAQUISMO.** El término “tabaquismo” se utiliza para designar diferentes realidades (Ayesta et al., 2007):

- a) En ocasiones hace referencia a la conducta de fumar sin más. En este caso puede ser sustituido por “consumo de tabaco” o “fumar”.
- b) Otras veces se usa para indicar la presencia de un trastorno adictivo. En este caso puede emplearse indistintamente “dependencia de la nicotina” o “dependencia del tabaco”.
- c) Incluso hay quien emplea también el término “tabaquismo” para designar al conjunto de complicaciones orgánicas derivadas del consumo de tabaco.

La principal ventaja de emplear el término “tabaquismo” (que existe en idiomas como el francés o el portugués, pero no en inglés o en alemán) es que, sin exigir gran precisión, es empleado para designar un amplio espectro de conductas que van desde un consumo mínimamente regular a un trastorno adictivo intenso.

El principal inconveniente es justamente el mismo: la falta de precisión para describir la conducta, que hace que el término pueda ser utilizado equívocamente, pudiéndose interpretar como patología lo que son simplemente conductas de riesgo.

En este sentido los términos populares “alcoholismo” y “bebedor” son más precisos que los de “tabaquismo” y “fumador” (West, 2006).

**HÁBITO TABÁQUICO.** El término "hábito" suele utilizarse para designar un modo de proceder automatizado adquirido por la repetición de actos iguales o semejantes. En este sentido todo comportamiento repetitivo, entre ellos la conducta de fumar, puede ser descrito como un hábito o como una costumbre. Sin embargo, esta descripción omite uno de los hechos más llamativos de la conducta de fumar, la dificultad que entraña no realizarla.

En tabaquismo se habla de habituación como la etapa en la que se produce el refuerzo del consumo a través de las experiencias positivas de orden biológico, social y ambiental- asociadas al uso del tabaco (Solano et al., 2003). El Real Colegio de Médicos de Londres define el hábito tabáquico como "el estado de quien está haciendo algo, no porque ese algo le satisfaga, sino porque no hacerlo le resultaría francamente insatisfactorio"

El término hábito no es usado por los manuales DSM-IV-TR ni CIE-10, aunque sí se emplean en las revisiones Cochrane.

Definir la conducta de fumar como un hábito no es erróneo, pero silencia su potencial componente adictivo. El problema deriva de que, históricamente, este silenciamiento ha sido intencionadamente promovido por la industria tabaquera y sus instrumentos mediáticos. "Hábito" ha sido el término sistemáticamente utilizado por quienes pretendían ocultar el componente adictivo del fumar, por quienes deseaban que no se reconocieran las semejanzas existentes entre el consumo de tabaco y otras conductas adictivas. Por este motivo, en la comunidad científica se considera impreciso hablar del "hábito de fumar", dado que para la mayoría de personas que consumen tabaco fumar no es simplemente un hábito, sino una adicción. Aunque la conducta de fumar puede ser descrita como una costumbre o un hábito, sin que esto sea erróneo, se prefiere no utilizar el término, para evitar tergiversaciones intencionadas y porque, en todo caso, sería una descripción incompleta (Ayesta et al., 2007).

**ADICCIÓN AL TABACO.** Una "dependencia", una "adicción" o un "trastorno adictivo" (los tres términos tienden a usarse indistintamente) es una alteración de la conducta que se caracteriza porque en ella está disminuido el control sobre el consumo de una determinada sustancia. Los esfuerzos que se realizan por reducir o eliminar la auto-administración de esa sustancia fracasan reiteradamente, percibiéndose en circunstancias precisas una necesidad o compulsión hacia su consumo (American Psychiatric Association, 2000; Ayesta et al., 2008; Hughes, 2006; O'Brien et al., 2006).

Lo patognomónico en un trastorno adictivo es la percepción de fallo en el control intencionado del consumo. Aunque podría estarlo, es difícil que esta percepción esté debidamente justificada cuando nunca se ha intentado ejercer este control. En definitiva, lo realmente propio de una dependencia no es que haya consumos frecuentes ni consumos excesivos, sino la existencia de recaídas, o vueltas no deseadas al consumo original.

Sin recaídas nunca hay certeza de la existencia de dependencia; sin un intento previo, serio y fallido de abandono no es posible corroborar la existencia de una dependencia, ya que sólo existen indicios o signos potencialmente indicadores de su presencia (Ayesta et al., 2007; West, 2006).

El regreso al consumo original, las recaídas, suelen venir precipitadas o desencadenadas por consumos puntuales en lo que se denominan situaciones de alto riesgo. Cada persona tiene las suyas y habitualmente se derivan de la presencia de estímulos, inicialmente neutros, que han quedado condicionados al consumo (Altman et al., 1996; Ayesta et al., 2008; West, 2006).

La administración crónica de algunas sustancias adictivas se acompaña del desarrollo de un síndrome de adaptación neurológica, caracterizado por la presencia de tolerancia y sintomatología de abstinencia (o de retirada). La evidencia científica, experimental y clínica, ha

descartado hace ya varias décadas que este síndrome sea algo esencial en toda dependencia o trastorno adictivo, por lo que se recomienda eliminar el término *dependencia física* por resultar equívoco y no aportar información a la comprensión de los fenómenos adictivos (Altman et al., 1996; Ayesta et al., 2007).

**FUMADOR.** El consumo de tabaco se puede situar en un continuo, que frecuentemente se intenta categorizar para su comprensión. El término fumador es empleado por la población general, carece de precisión científica y no se utiliza con un excesivo rigor terminológico. Tiende a designar a quien fuma tabaco por encima de unas cantidades no siempre equivalentes. En ocasiones este término se atribuye a quien fuma cualquier cantidad, por mínima o esporádica que sea; otras veces, no se atribuye a quien fuma esporádicamente o a las personas que fuman pocos cigarrillos al día.

En los estudios suelen seguirse las definiciones estándar de la O.M.S. que utiliza "fumador actual" para catalogar a aquellas personas que *refieren fumar*, a las cuales divide en *fumador ocasional* para quien no lo hace diariamente y *fumador diario* para quien fuma cada día, aunque sólo sea un cigarrillo (u otro producto) (O.M.S. 1998b).

El término "fumador social" es muy equívoco, ya que suele emplearse para designar a quien fuma esporádicamente, a quien fuma diariamente poco, a quien apenas tiene percepción de dependencia o a aquellas personas cuyo consumo está asociado a situaciones sociales; por ello, es mejor evitarlo.

**DESHABITUACIÓN TABÁQUICA.** Si se realiza una búsqueda de definiciones de deshabituación, encontramos expresiones como: desacostumbrar, perder, eliminar, erradicar o hacer perder un uso o una costumbre muy arraigada. Si nos centramos más en el ámbito del tabaquismo y buscamos definiciones de deshabituación tabáquica, la tarea se complica. Son múltiples los documentos en los que se puede

leer "deshabituación tabáquica" pero la definición como tal del proceso, es mucho más difícil de encontrar en la literatura científica sobre los temas relacionados con tabaco. Históricamente deriva de la distinción que en el abordaje de la dependencia de la heroína se hizo entre desintoxicación y deshabituación, para señalar con este último término, que el tratamiento iba más allá de aliviar la sintomatología de abstinencia.

Desde el "Documento de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España" del Observatorio para la Prevención del Tabaquismo, editado por el CNPT (Camarelles et al., 2008), se habla de tratamientos para dejar de fumar. Del mismo modo, múltiples autores y programas al referirse a deshabituación tabáquica pasan sin definirla a hablar de programas de tratamiento para dejar de fumar.

La deshabituación tabáquica sería el proceso para la cesación del consumo de tabaco. El abordaje, tratamiento o programas terapéuticos dirigidos a la cesación tienen el mismo objetivo, que es ayudar a dejar de fumar, por lo que se suelen utilizar de forma similar. Sin embargo, teniendo en cuenta que según el CIE 10 el tabaquismo se considera una enfermedad y según el DSM IV-TR es un trastorno del comportamiento, aunque dichos términos deriven en el mismo objetivo, dejar de fumar, es más correcto hablar de **tratamiento del tabaquismo** que de deshabituación tabáquica.

## 2.2. Conceptos relativos al abordaje del tabaquismo

**INTERVENCIÓN BREVE.** Una revisión de los trabajos publicados en castellano hace patente la existencia de una gran profusión de términos, como: *intervención mínima*, *intervención mínima básica*, *intervención mínima avanzada*, *intervención mínima personalizada*, *intervención mínima niveles I y II*, *intervención mínima sistematizada*, *intervención avanzada*,

con rangos que oscilan entre el simple y efectivo consejo sanitario para dejar de fumar e intervenciones muy estructuradas y con seguimientos muy completos, a veces difíciles de aplicar en un contexto clínico concreto, y que riñen con el límite temporal que las pretende definir (Olano et al., 2005).

Puede decirse, por tanto, que existen casi tantas intervenciones en tabaquismo como grupos de investigación y que componen un material tan heterogéneo y difícil de sistematizar, que resulta difícil sacar conclusiones válidas e introducen además un elemento de confusión en el lector, incapaz de distinguirlos.

Además, en las más recientes guías de práctica clínica basadas en la evidencia (Fiore et al., 2000; 2008), estas disquisiciones quedan vacías de contenido, al dejar claro que hay una serie de intervenciones terapéuticas, más o menos breves, que han demostrado eficacia fuera de toda duda y una serie de recomendaciones prácticas que las integran y articulan. Sería pues, poco ético excluir alguna de ellas de nuestro protocolo asistencial, si bien los esfuerzos deberían centrarse en adaptar dichas recomendaciones a nuestro contexto sanitario. Por ello, parece importante prescindir de términos cuya imprecisión histórica ha convertido en confusos y cambiarlos por otros que pongan de manifiesto aspectos más relevantes, según la evidencia científica disponible.

Es la necesidad de clasificar y agrupar la evidencia científica para su posterior análisis y la influencia del factor tiempo sobre la efectividad de estas intervenciones, la que lleva a los autores de la Guía del Departamento de Salud NHS Americano, ya en su revisión del año 2000 (Fiore et al., 2000), a definir las intervenciones breves e intensivas según un límite temporal, concretamente la duración de la sesión (10 minutos), el número de sesiones (hasta tres o más de tres) y el tiempo total de contacto paciente-terapeuta (mayor o menor de 30 minutos). Las Intervenciones breves, por definición, son aquellas que no cumplen los criterios de

las intensivas (más de tres sesiones de más de diez minutos de contacto cada una).

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, en su edición de 2007 “breve” significa “de corta extensión o duración” (equivalente a concisa, corta, limitada o reducida), mientras que intensiva significa “más enérgica, intensa o activa que de costumbre”. Parece pues, que pueden, en nuestro contexto, usarse razonablemente como opuestas o complementarias.

La intervención de las “Cinco Aes” (averiguar si fuma, analizar la disposición al cambio, aconsejar dejar de fumar, ayudar en el intento de abandono y acordar seguimiento), sería la estrategia recomendada desde la Guía de la AHCPSCC (Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical, 1996) para aplicar estas intervenciones breves, diseñadas específicamente para contextos donde el factor tiempo es limitante, pero la accesibilidad ilimitada. Su efectividad y su eficiencia son científicamente incuestionables.

**CONSEJO SANITARIO.** Citado de forma constante en la literatura científica sobre el abordaje del tabaquismo, la continuidad entre el significado “consejo sanitario” y el de *counseling*, tanto en castellano como en inglés, hace difícil establecer unos límites entre uno y otro, que necesariamente han de ser arbitrarios.

De esta forma, en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, en su edición de 2007, el *consejo* viene definido como “parecer o dictamen que se da o toma para hacer o no hacer una cosa”, mientras que *asesoramiento* (la manera más habitual de traducir el término sajón *counselling*) sería “dar consejo o dictamen”, éste último definido como “opinión y juicio que se forma o emite sobre algo, figurando -en el mismo diccionario- como sinónimos *informe, juicio, opinión y sentencia*.

Para contextualizar, el *consejo sanitario para dejar de fumar* puede definirse como una “información verbal breve y personalizada

sobre los beneficios de dejar de fumar y/o los riesgos de seguir fumando, así como una propuesta cuyo objetivo principal es motivar para el cambio, sea de actitud o de conducta". (Olano et al., 2006). Podría equivaler a las tres primeras Aes de la estrategia antes aludida (averiguar si fuma, analizar la disposición al cambio, aconsejar dejar de fumar).

Por tanto, parece accesorio utilizar términos adjetivados como consejo breve, *consejo mínimo*, *consejo avanzado*, etc., que sólo generan confusión y dificultan la búsqueda y el análisis de la literatura, por no citar otros, como *consejo antitabaco*, cargado de connotaciones negativas que deben evitarse en cualquier actividad de ayuda al fumador.

Ya desde mediados de los años 70 (Russell et al., 1979), se sabe que el consejo es eficaz para abordar el tabaquismo desde una perspectiva de Salud Pública, aumentando las tasas de abstinencia a largo plazo y el número de intentos de abandono, además de ayudar a que los profesionales acepten el problema como propio de su ámbito. En este ensayo, el consejo sanitario para dejar de fumar venía definido como una "intervención de uno a tres minutos, en el estilo propio del terapeuta, dado en la consulta ordinaria", definición que se propone en este documento.

Más recientemente, diversas Guías de Práctica Clínica y documentos de consenso (Fiore et al., 2000, 2008; Public Health Service, 2000; OMS, 2003; West et al., 2000) indican la necesidad de incorporar esta intervención a la práctica habitual de todos los profesionales sanitarios por su efectividad y coste-efectividad, demostrada en diversos ensayos clínicos y meta-análisis (Comas et al., 1998; Plans et al., 1995; Rice et al., 2008; Silagy et al., 2003).

**COUNSELLING.** Es difícil encontrar en Castellano una palabra que pueda traducir el significado de *counselling* y que englobe todos aquellos elementos y matices que le son propios. En el diccionario de la Universidad de Oxford, los

términos *advice* y *counselling* significan lo mismo, desprendiéndose de su uso habitual una diferencia en su intensidad o duración; es decir, ambos son la misma acción, aunque se refieren a su realización de forma más o menos intensiva, compleja y/o duradera.

Contextualizando el término en el ámbito de la promoción de la salud, una de las definiciones de *counselling* más usadas es la de la *Canadian Task Force* de 2001, según la cual asesorar sobre estilos de vida, "...incluye un amplio rango de actividades: aumentar conocimiento y motivación, dar información, modificar comportamientos inadecuados, reforzar aquellos deseados y monitorizar los progresos a largo plazo". Su amplitud exige implícitamente un marco temporal más amplio que el simple consejo (Bower et al., 2003).

Centrándonos ya en el tratamiento de la dependencia a la nicotina, La colaboración Cochrane define el *counselling* (Stead et al., 2005) como un encuentro clínico entre el paciente y un asesor (*counsellor*) entrenado, que típicamente dura más de diez minutos, e incluye una serie de actividades, como la revisión de la historia del fumador y de su motivación para dejar de fumar, la provisión de ayuda para identificar las situaciones de alto riesgo y las estrategias para afrontarlas, apoyo extra-tratamiento y materiales de autoayuda. El objetivo fundamental en el *counselling* es aumentar la autonomía del paciente respecto a la toma de decisiones sobre su salud, proporcionándole las herramientas que le permitan un adecuado afrontamiento ante situaciones difíciles, a través de un análisis de las necesidades y los recursos personales, familiares y del entorno.

Por lo tanto, el profesional sanitario centrará su actuación en facilitar conocimientos, herramientas, técnicas, materiales y sugerencias, proponiendo alternativas que se adapten a las características y necesidades de cada paciente, asesorándole sobre cómo conducir su propio proceso, sin forzar ni precipitar la toma de decisiones.

Las habilidades fundamentales para una aplicación óptima del *counselling* deben ser emocionales, de comunicación y de motivación para el cambio de conducta (Bimbela, 1999).

### **DIFERENCIAS ENTRE "INTERVENCIONES BREVES", "CONSEJO SANITARIO PARA DEJAR DE FUMAR" Y "COUNSELLING O ASESORAMIENTO"**

Parece útil rescatar los tres conceptos, para intentar precisar aún más sus límites.

Si se acepta esta propuesta, las "Intervenciones breves" serían aquellas compuestas por un máximo de tres sesiones de 10 minutos cada una de ellas en el contacto terapeuta-paciente, independientemente de sus contenidos, pero con un desarrollo basado idealmente en la estrategia de las cinco Aes.

El "consejo sanitario para dejar de fumar" sería una "información verbal breve y personalizada sobre los beneficios de dejar de fumar y/o los riesgos de seguir fumando, así como una propuesta cuyo objetivo principal es motivar para el cambio, ya sea de actitud o de conducta", y podría equivaler a las tres primeras Aes de la estrategia antes aludida: averiguar si fuma, analizar la disposición al cambio, aconsejar dejar de fumar. Puede incluso limitarse su extensión a un máximo de tres minutos.

Por último, el *counselling* o asesoramiento sobre estilos de vida, "...incluye un amplio rango de actividades: aumentar conocimiento y motivación, dar información, modificar comportamientos inadecuados, reforzar aquellos deseados y monitorizar los progresos a largo plazo", exigiendo su amplitud un marco temporal más amplio que el simple consejo.

El consejo sería, por tanto, una intervención breve, mientras que el asesoramiento puede serlo o no en función de su extensión en el tiempo, consistiendo en un consejo muy extenso, intensivo y, hasta cierto punto, especializado. Las intervenciones breves incluyen el *counselling*, además de otras posibles técnicas terapéuticas.

**INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL.** La entrevista motivacional es "una forma concreta de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes. Resulta particularmente útil con las personas que son reticentes a cambiar y que se muestran ambivalentes ante el cambio" (Miller et al., 2005). Es un método terapéutico que se puede incorporar a todas las fases del proceso de dejar de fumar, y tiene como objetivo principal ayudar al fumador a avanzar en las etapas de cambio.

La entrevista motivacional (Miller et al., 1996) se basa en los siguientes conceptos: a) la *resistencia*, que es la respuesta de las personas que fuman ante la sensación de ser presionadas para dejar de fumar; b) la *ambivalencia*, que es el estado de la mente del fumador en el que tiene sentimientos y pensamientos conflictivos simultáneos sobre seguir fumando o dejar de fumar; c) la *discrepancia*, que es el conflicto entre uno o varios inconvenientes de fumar y los valores personales del fumador; cuanto más fuerte es el conflicto, más potente suele ser la motivación para el cambio; y d) el *balance decisional*, o proceso que siguen las personas cuando experimentan motivaciones contrapuestas, ya que encuentran beneficios y costes en ambas partes del conflicto.

Un estilo motivacional de entrevista es una alternativa frente al estilo de confrontación, persuasión directa e incluso "regañó o repreensión" a quienes fuman.

Los primeros resultados de los estudios sobre entrevista motivacional, aunque no estén claros cuáles son los mecanismos de cambio subyacentes, apoyan su eficacia (Balcells et. al., 2004). Sirve para aumentar el número de intentos de cesación en personas que, de otra manera, no hubieran dado ese paso, aunque no se ha encontrado efecto sobre las tasas de abstinencia a largo plazo (Fiore et al., 2008).

Es importante resaltar que es indudable la necesidad de formación en un nuevo estilo de relación para todos los profesionales sanitarios

que trabajan con pacientes fumadores. Este estilo permite conseguir el clima de confianza y de aceptación necesario para que una persona pueda resolver su trastorno adictivo. El vínculo terapeuta-paciente aparece en la literatura como un factor clave en la adherencia terapéutica (Salvador et al., 2009).

El siglo XXI ha traído un gran interés por parte de los profesionales sanitarios hacia la formación en técnicas motivacionales con las que compensar en cierta medida la falta de formación en habilidades de relación con sus pacientes que, generalmente, no han recibido durante su formación universitaria.

**APOYO PSICOLÓGICO.** El concepto “apoyo psicológico” es un término usado habitualmente en la literatura científica sobre tratamiento del tabaquismo (Becoña, 2003; 2005). A veces aparece como intervención única, aunque en general se considera como complementario al tratamiento farmacológico.

Este concepto se utiliza con frecuencia para denominar actuaciones muy distintas entre sí. A veces es usado erróneamente como sinónimo de tratamiento psicológico. En otras ocasiones se refiere a dar recomendaciones para facilitar la abstinencia, manejar estrategias motivacionales por parte del terapeuta o en general, a todo lo que no es el mero uso de fármacos. Algunos meta-análisis incluyen estudios cuyas intervenciones, descritas indistintamente como “apoyo psicológico” o como “tratamiento psicológico”, no se describen en detalle. Este hecho constituye un factor de confusión que puede poner en peligro la evidencia en las conclusiones meta-analíticas sobre la eficacia de los distintos tratamientos analizados.

Aunque al utilizar el término “apoyo psicológico” sería lógico pensar que se trata de una actuación propia del psicólogo (Becoña, 2003), esto no es siempre así. Si con este término se pretenden describir de manera general las herramientas de entrevista, comunicación e interrelación, sería más correcto utilizar *coun-*

*selling*, ya que esto es algo que debería utilizarse por parte de cualquier profesional sanitario que se dedique al tabaquismo y así poder distinguirlo claramente del tratamiento psicológico, que necesariamente debe ser administrado por un profesional de la psicología.

Si lo que se pretende describir es la posibilidad de que cualquier profesional de la salud utilice alguna estrategia terapéutica de apoyo complementaria a otro tratamiento, sería preferible no usar el adjetivo “psicológico”, además de concretar qué tipo de estrategia se está utilizando para saber realmente de qué tipo de intervención se trata.

**TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.** En la actualidad existen fármacos que se han mostrado útiles en el tratamiento del tabaquismo. Estos fármacos se consideran efectivos, seguros y sólo excepcionalmente presentan efectos secundarios graves (Barrueco et al., 2005; Jiménez, 1998). Por ello se debería ofrecer medicación de primera elección a cualquier persona que fuma y quiera dejar el consumo de tabaco, salvo existencia de contraindicaciones o si pertenece a poblaciones en las que aún no hay suficiente evidencia de su efectividad (embarazadas, fumadores de menos de 10 cigarrillos/día, utilizadores de tabaco sin humo, o adolescentes) (Fiore et al., 2008).

Los fármacos de primera línea, los primeros a utilizar, son la **terapia sustitutiva de nicotina (TSN)**, en sus diversas presentaciones (chicles, comprimidos, parches, inhalador bucal y spray nasal), el **bupropión** y la **vareniclina**. Cuando se utilizan en la manera que están indicados (durante al menos 8 semanas), estos fármacos aumentan aproximadamente al doble las tasas de abstinencia que se obtienen a largo plazo. Vareniclina 2 mg/d y el uso combinado de dos fármacos de primera línea (parches o bupropión con alguna forma de liberación puntual de nicotina, como chicles o comprimidos, llegan a triplicarla (Cahill et al., 2007, Fiore et al., 2008, Hughes et al., 2007, Stead et al., 2008).

Los fármacos de segunda línea son la clonidina y la nortriptilina; solamente deben utilizarse si existen contraindicaciones para los anteriores o en circunstancias especiales y bajo estricta supervisión. No hay evidencia científica sobre su efectividad para el resto de fármacos (otros antidepresivos, ansiolíticos, etc.), por lo que no están recomendados para la cesación tabáquica (Fiore et al., 2008).

**TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.** El tratamiento psicológico es una intervención asistencial basada en modelos teóricos validados experimentalmente y desarrollada a través de la aplicación de técnicas y métodos propios de la Psicología. Su aplicación clínica requiere la intervención de un profesional de la Psicología debidamente acreditado (Labrador et al., 2003). Tiene como finalidad identificar, diagnosticar, orientar y ayudar a afrontar el malestar que está experimentando la persona que acude para realizar tratamiento en un momento de su vida, no sólo ayudándole a controlar los síntomas, sino aspirando a devolverle el equilibrio psicológico en la medida de lo posible.

Puede llevarse a cabo de forma individual o en grupo. Según los casos y necesidades, es posible combinar varios de estos formatos (como tratamiento en grupo junto con sesiones individuales). La intervención puede durar una o varias sesiones (p.ej., en situaciones de crisis o asesoramiento), varios meses (p.ej., en terapia para dejar de fumar desde la orientación cognitivo-conductual, psicoterapia focal, terapia de aceptación y compromiso, etc.), hasta varios años (en el caso del psicoanálisis).

En tabaquismo el tratamiento psicológico tiene como objetivo superar la dependencia tabáquica y por tanto ayudar al paciente a conseguir y mantener la abstinencia. A través de más de medio siglo de investigación, el modelo cognitivo-conductual ha mostrado ser uno de los tratamientos más efectivos de todos los estudiados hasta ahora mediante diseños experimentales controlados (Becoña, 2004). Este modelo conceptual ha aportado diversas técnicas

de probada eficacia, entre las que, por sus características clínicas, destacan el entrenamiento en control de estímulos, la reestructuración cognitiva y la técnica de solución de problemas.

La técnica de **control estimular** (Ferster et al., 1962) se inicia con un análisis funcional de la conducta de fumar para estudiar, en cada paciente, las interacciones y el comportamiento de estímulos y refuerzos relacionados con el uso del tabaco. A partir de este diagnóstico, se propone a cada persona ejercicios de control de estímulos adecuados a sus características. Pese a lo que a veces se cree, la aplicación de esta técnica requiere ir más allá de ayudar a los pacientes a reconocer los estímulos asociados al consumo, misión ésta última que deberían realizar todos los profesionales.

Mediante la **reestructuración cognitiva** (Ellis, 1973; Beck, 1979), se pretende proporcionar herramientas psicológicas al paciente para que modifique sus esquemas de pensamiento y se vea a sí mismo y al mundo de manera más realista. Se trata por tanto de una técnica que ayuda a cambiar la percepción de la realidad. Esta aproximación terapéutica no se limita a aclarar o modificar ideas erróneas sobre el tabaquismo, como a veces se cree. Si alguien tiene falsas ideas sobre su consumo, todo profesional sanitario tendrá que aprender diferentes estrategias para poder reorientarlas y lograr así que quien fuma tenga información, expectativas y pensamientos más ajustados a la realidad. Sin embargo, estas intervenciones no constituyen un tratamiento de *reestructuración cognitiva*.

La técnica de **solución de problemas** (D´Zurilla et al., 1971) trata de flexibilizar la forma en que las personas se enfrentan a las dificultades. En función de cada persona, y su tendencia a la hora de enfrentarse a los problemas, el profesional de la Psicología tendrá que realizar un abordaje distinto. Y por tanto, requiere una aproximación que va más allá del simple planteamiento de conductas alternativas frente al deseo de fumar.

En los últimos años, la Psicología ha aportado nuevos enfoques, llamados de tercera generación, como La terapia de aceptación y compromiso, basada en el esclarecimiento de valores personales como motor de cambio del comportamiento. La investigación en el marco de esta terapia ha proporcionado ya un conjunto de herramientas eficaces (Páez et al., 2006).

**TRATAMIENTO ESPECIALIZADO.** Tiene como objetivo promover la abstinencia del consumo de tabaco cuando las intervenciones breves no han funcionado o en aquellas personas en las que es urgente dejar de fumar; es decir, en quienes presentan una o varias de las siguientes condiciones: a) alto grado de dependencia y fracasos reiterados en la consolidación de la abstinencia; b) patología psiquiátrica o comportamental asociada; y/o c) personas para quienes, por distintas circunstancias, el mantenimiento del consumo de tabaco en la situación presente conlleva un especial riesgo: por presentar serios problemas de salud relacionados con el uso del tabaco, durante el embarazo o antes de una intervención quirúrgica (Raw et al., 1998; Jiménez et al., 2003; Álvarez et al., 2006; Camarelles et al., 2008).

La evidencia acumulada durante más de medio siglo de investigación en este campo indica que muchos de estos pacientes necesitan una mayor dedicación de tiempo y requieren una aproximación clínica estructurada y multicomponente (World Health Organization, 1992; American Psychiatric Association, 1996, 2000; Fiore, et al., 2008; Camarelles et al., 2008). Por ello, el tratamiento especializado integra varios componentes que deben ser administrados de forma combinada y ajustada a las necesidades de cada caso. Estos componentes pueden resumirse en *counselling*, terapia farmacológica, fomento del apoyo social adecuado y tratamiento psicológico (que al menos debe incluir técnicas de control de estímulos, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y estrategias de prevención de recaídas) (American Psychiatric Association, 1996; WHO

Regional Office for Europe, 1999; Chambless et al., 2001; Herrero et al., 2004; Becoña, 2006). Este enfoque multicomponente presenta una alta eficacia: 30-50% de abstinencia al año de seguimiento, sin que se hayan encontrado diferencias significativas en los resultados obtenidos cuando el tratamiento se administra de forma individual o grupal. En cambio, sí se evidencia una relación dosis respuesta entre la intensidad de la intervención y la tasa de abstinencia obtenida (Schwartz, 1987; Lando, 1993; NICE, 2002; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2004; Stead et al., 2005; Fiore et al., 2008; Camarelles et al., 2008; Sánchez, 2009).

Los entornos clínicos más apropiados para la administración de este tipo de tratamiento son las Unidades Especializadas, denominación que debería aplicarse a aquellos servicios asistenciales que disponen de un equipo multidisciplinar debidamente formado y con suficiente motivación y disponibilidad horaria para aplicarlo. Es decir, se requiere un equipo integrado, al menos, por un profesional de medicina, de psicología y de enfermería, con formación específica en tratamiento del tabaquismo y sensible a las funciones asistenciales propias de cada especialidad (Jiménez et al., 2001; Herrero et al., 2004; Becoña, 2006; Álvarez et al., 2006; Camarelles et al., 2008).

Considerando criterios de coste-efectividad, el tratamiento especializado del tabaquismo constituye la intervención asistencial más adecuada para pacientes en situación de alto riesgo, pero no lo es tanto para toda la población en general.

### **3. INTERVENCIONES COMUNES A TODOS LOS COLECTIVOS PROFESIONALES EN TABAQUISMO**

En relación al consumo de tabaco todos los profesionales sanitarios pueden desarrollar las siguientes funciones:

- Cumplir con un papel modélico como no fumadores ante la población general.
- Reforzar al paciente que no fuma.
- Detectar a los pacientes fumadores y registrar el dato en la historia clínica.
- Proporcionar a quienes fuman consejo sanitario y realizar *counselling* (asesoramiento), según la disposición al cambio del paciente y el tiempo disponible, todo ello desde el enfoque motivacional, para ayudarle a avanzar en el proceso de dejar de fumar.
- Elaborar, en colaboración con los pacientes que decidan dejar de fumar, un plan terapéutico individualizado.
- Realizar un seguimiento de la evolución del paciente tras la cesación, evaluando los factores que disminuyen la adherencia a los tratamientos, complicaciones clínicas o que aumenten las probabilidades de recaída.
- Derivar a las unidades de referencia, cuando proceda, a quienes requieran intervenciones más intensivas o más específicas.
- Diseñar y desarrollar programas y manuales de autoayuda para dejar de fumar.
- Colaborar en trabajos de investigación y docencia en el ámbito del tabaquismo.
- Extender la conciencia sanitaria de prevención y tratamiento del tabaquismo en el propio ámbito de trabajo.
- Colaborar en la prevención primaria, participando en programas que informen a la comunidad sobre los beneficios de no fumar y en programas intersectoriales de promoción y educación para la salud para población escolar (González et al., 2002).

#### **4. INTRUSISMO PROFESIONAL EN TABAQUISMO**

Desde el punto de vista legal, el intrusismo profesional está recogido de un modo poco preciso, debido fundamentalmente a la falta de definición específica sobre las actividades

exclusivas de las distintas profesiones sanitarias. Difícilmente se puede hablar de intrusismo sin una ley que defina cada especialidad. De hecho, según el Tribunal Constitucional, en el delito de intrusismo “la actividad profesional debe ser legalmente determinada y tendrá que ser una norma jurídica la que determine qué deben ser actos propios de una profesión para cuyo ejercicio habilite un título oficial”.

La legislación sí contempla las limitaciones en cuanto a la prescripción de medicamentos, estableciendo inicialmente como únicos profesionales con facultad para ordenar la prescripción de medicamentos a los médicos y odontólogos (Ley 29/2006, 26 de julio, de garantías y usos racional de los medicamentos y productos sanitarios). No obstante la Ley 28/2009, de 30 de diciembre modifica la anterior disposición, incorporando a los profesionales de enfermería y podólogos a usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos NO sujetos a prescripción médica, así como a indicar, usar y autorizar la dispensación de determinados medicamentos de prescripción médica.

En el tratamiento del tabaquismo existen fármacos de primera línea que no requieren receta médica, por ser de libre dispensación en farmacias, en concreto todas las formas galénicas de Tratamiento Sustitutivo con Nicotina y, por tanto, estos fármacos pueden ser manejados por otros profesionales sanitarios no autorizados a prescribir. Además, independientemente de su capacidad de prescripción, cualquier profesional sanitario que se dedique al tabaquismo debe ser capaz de discernir los efectos secundarios derivados del empleo de la medicación, siendo muy importante conocer sus contraindicaciones y precauciones de uso.

Tras señalar en 1993 que las funciones del farmacéutico deben ir encaminadas a la promoción del uso racional del medicamento, a la mejora de la salud para la población y a promover estilos de vida saludables, entre los que se encuentra la cesación tabáquica, la

OMS editó un documento con las normas, material y programas de asistencia en tabaquismo en las Farmacias Europeas (OMS, 1998a). En la ley 22/2007, de 18 de diciembre, que regula los servicios farmacéuticos, se define la dispensación de medicamentos como el acto profesional de poner un medicamento a disposición del paciente, por el farmacéutico o bajo su supervisión, de acuerdo con la prescripción médica, formalizada mediante una receta. En su artículo 14.1 se describe la dispensación de medicamentos como función propia y primordial de las oficinas de farmacias. En dicho acto el farmacéutico informará a los pacientes sobre la posología, el modo de empleo, la pauta de administración, las precauciones y contraindicaciones, las reacciones adversas, las interacciones y las condiciones de conservación.

Ley de ordenación de las profesiones sanitarias contempla la creación de espacios competenciales compartidos y la cooperación multidisciplinar, para evitar el fraccionamiento de los procesos asistenciales, estableciendo que las actuaciones sanitarias dentro de estos equipos se establezcan atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia de los distintos profesionales. Idealmente se debería conseguir un sistema basado en competencias donde las titulaciones abran puertas en vez de cerrarlas. No un sistema excluyente, sino integrador.

En los últimos años, la Psicología ha facilitado numerosas herramientas a profesionales de diversas disciplinas, incluidas las del ámbito sanitario, lo que ha posibilitado que mejoren sustancialmente sus intervenciones. Son estrategias e instrumentos que permiten intervenir teniendo en cuenta los mecanismos psicológicos que regulan el comportamiento de los pacientes. De esta aportación de la Psicología también se han beneficiado los profesionales de medicina, farmacia, odontología y enfermería que trabajan en el ámbito del tabaquismo.

Alguna de estas técnicas que pueden ser utilizadas por cualquier profesional sanitario

son, por ejemplo, las técnicas de relajación, el uso de auto-registros para que el paciente aprenda a observar o incluso controlar la conducta de fumar, algunas técnicas de refuerzo que ayudan al paciente a avanzar en el proceso de dejar de fumar, estrategias motivacionales para acompañar la toma de decisiones o recomendarles que no se expongan a aquellas situaciones que despiertan el deseo de fumar hasta que estén preparados para ello.

Es importante diferenciar entre estas técnicas y habilidades terapéuticas que, teniendo como fuente de origen la Psicología, son un complemento útil para todo profesional sanitario a la hora de abordar el tabaquismo con sus pacientes y aquellas intervenciones que forman parte de un tratamiento psicológico, y por tanto, sólo deberían manejar los psicólogos.

Probablemente porque la repercusión inmediata de una técnica de tratamiento psicológico mal utilizada no es tan apreciable como el efecto farmacológico adverso de un medicamento, hasta el momento la legislación no protege a los pacientes del empleo aficionado de determinadas técnicas psicológicas complejas. Esto hace que los profesionales de la Psicología estén desprotegidos ante los actos de intrusismo de otros profesionales sanitarios.

En el ámbito del tabaquismo, el problema no es que exista intrusismo en el terreno de la Psicología, sino que la gran parte de profesionales de la salud no conocen realmente en qué consiste el tratamiento psicológico y utilizan el nombre de técnicas de tratamiento psicológico para denominar actuaciones que no lo son. Esta situación, a pesar de no ser intrusismo, genera un problema de similar magnitud, porque ha contribuido a que se extienda la idea de que, al haber un número limitado de psicólogos en el Sistema Sanitario Público, cualquier profesional sanitario con algo de formación en psicología puede sustituir la función del psicólogo en el abordaje del tabaquismo. Una de las posibles soluciones a este problema es incorporar más psicólogos en

el Sistema Sanitario Público, como propone el Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña, aprobado en 2006, opción que han tomado ya países como el Reino Unido, que ha puesto en marcha un proyecto innovador en el contexto europeo, denominado *Improving Access to Psychological Therapies Programme*, con el que se prevé incorporar 3.600 psicólogos en Atención Primaria en el plazo de tres años (Turpin et al, 2008).

Independientemente de sus consecuencias legales, no es ético que un profesional realice u ofrezca actuaciones para las que no está debidamente formado y acreditado; menos aún, si se da a entender que posee una capacitación de la cual carece.

## **5. VENTAJAS Y DIFICULTADES DEL ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN TABAQUISMO**

Conviene señalar que cualquier profesional de la salud debe adquirir -mediante formación reglada o de otro tipo- el mínimo de conocimientos y habilidades que le permitan abordar adecuadamente el consumo y la dependencia del tabaco.

Según la Guía del Departamento de Salud (Fiore et al., 2008), "el tratamiento de la dependencia del tabaco puede ser ofrecido por cualquier clínico adecuadamente entrenado, y no hay razones de efectividad ni coste efectividad para limitarlas a un colectivo profesional concreto". Sin embargo, los programas de las licenciaturas en Ciencias de la Salud carecen de contenido y prácticas adecuadas en aspectos relacionados con el control del tabaco, desde las políticas públicas más eficaces hasta el tratamiento clínico del tabaquismo.

Las recomendaciones de esta guía son claras: "el tratamiento administrado por varios tipos de clínicos incrementa las tasas de abstinencia. Por consiguiente, todos los clínicos deberían administrar intervenciones para el aban-

dono del consumo de tabaco (Fuerza de evidencia: A)" y "Los tratamientos administrados por múltiples tipos de clínicos son más efectivos que las intervenciones administradas por un único tipo de clínico (Fuerza de evidencia: C)". Es decir, cuantos más profesionales de distintas disciplinas seamos, mejor para nuestros pacientes. Por lo tanto, debe promoverse la administración de intervenciones clínicas diversas (Fiore et al., 2008). Sin embargo, conviene tener en cuenta que las necesidades que los fumadores tienen a la hora de conseguir el mismo objetivo (dejar de fumar) pueden ser diferentes: habrá pacientes que no precisen ayuda profesional, otros que necesiten de una intervención breve y otros que requieran intervenciones más intensivas. Lo fundamental es que cada paciente reciba el tratamiento más adecuado a sus necesidades, aunque a veces suponga tener que derivar a otro servicio.

Parte de las intervenciones sobre la dependencia del tabaco son proporcionadas por clínicos especializados en el tratamiento del tabaquismo. Estos especialistas no se definen por su especialidad, titulación, afiliación profesional o por el campo específico para el que están entrenados originalmente, más bien, los especialistas contemplan el tratamiento del tabaquismo como un rol profesional primario. Los especialistas en tabaquismo tienen, o deben tener, las habilidades y conocimientos necesarios para proveer intervenciones efectivas en todos los rangos de intensidad, con los límites que la ley establece.

Como colofón, los esfuerzos para integrar la intervención en tabaco en las carteras de los servicios sanitarios requieren la implicación activa no sólo de los clínicos, sino también de los propios sistemas de servicios sanitarios, de las aseguradoras y de los clientes o usuarios de seguros sanitarios. Tal unidad de acción representa una oportunidad de incrementar los índices de prestación de tratamientos para el tabaquismo, de los intentos de dejar de fumar y de las tasas de abstinencia.

La acción conjunta, integrada y multidireccional de diversos profesionales sanitarios tiene como ventajas la complementariedad, la coordinación, la comunicación, la confianza y el compromiso con el objetivo de conseguir, en colaboración con otras fuerzas sociales y aprovechando los recursos comunitarios disponibles, un cambio social con respecto al consumo de tabaco.

No es ético, por tanto, concebir un abordaje adecuado del tabaquismo (tanto en su vertiente clínica como investigadora) sin utilizar palabras como la interdisciplinariedad. El consenso respecto a la participación conjunta de variables biológicas, psicológicas y sociales en el mantenimiento del consumo de tabaco, la manifestación repetida de la concepción interdisciplinar de las Unidades de Tabaquismo o el aumento de la investigación clínica sobre la eficacia diferencial de los tratamientos mixtos (donde se abordan los factores sociales, psicológicos y biológicos) frente a los tratamientos tradicionales, son claros indicadores de la importancia de la interdisciplinariedad.

Para llevar a cabo una colaboración conjunta entre distintos profesionales es necesario establecer una serie de normas que, regulando las distintas intervenciones, no supongan contradicciones o duplicidades innecesarias para la consecución del fin.

Es necesario consensuar las líneas de actuación entre los colaboradores, de tal manera que, sea cual sea la disciplina del profesional que intervenga, exista homogeneidad de planteamientos. Así, cuando la necesidad lo requiera y otro profesional deba hacerse cargo de un paciente, éste reciba los mismos mensajes por parte de ambos. En este marco, debe realizarse un protocolo de intervención donde queden recogidas sistemáticamente las actuaciones.

Al igual que en todo trabajo en equipo, las mayores dificultades suelen radicar en aunar fuerzas para coordinarse y no competir. Es por ello necesario aceptar la diferencia de valores de los distintos profesionales, la divergencia

de percepciones, los sentimientos de desposeimiento, de pérdida de identidad por solapamiento de roles y la aceptación de compartir la responsabilidad, para así poder llevar a cabo intervenciones para las que cada profesional está cualificado, teniendo como objetivos comunes ayudar a los pacientes y variar la tendencia de la epidemia del tabaquismo

La colaboración y coordinación entre los profesionales de la salud es posible, ventajosa y necesaria, tanto para los profesionales como para los pacientes. Para que sea una realidad y se extienda a todas las comunidades del territorio, será imprescindible un conocimiento profundo de la idiosincrasia y el modo de actuar de cada una de las partes implicadas, la eliminación de barreras y temores infundados, el respeto y la clarificación de funciones y responsabilidades que las partes puedan aportar a los distintos proyectos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Evaluación de la Eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: AETS Instituto de Salud Carlos III; 2003. En: <http://www.isciii.es/htdocs/index.jsp> Acceso marzo 2010
- Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical (AHCPRSCC). The Smoking Cessation Clinical Practice Guideline Panel and Staff. JAMA 1996; 275: 1270-80
- Altman J, Everitt BJ, Glautier S, Markou A, Nutt D, Oretti R et al. The biological, social and clinical basis of drug addiction: commentary and debate. Psychopharmacology; 1996; 125: 285-345
- Alvarez S, Veiga S. Abordaje del tabaquismo: intervención sistemática. En Ayesta FJ et al. (eds). Manual de tabaquismo para profesionales sanitarios. Ceuta: Ingesa-CA Ceuta; 2006, pp 88-94
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. Am J Psychiatry 1996; 153: 1-31
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder (fourth edition, text revised) (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000
- Ayesta FJ, Rodríguez M. Bases biológicas, conductuales y sociales de las dependencias: tabaco y nicotina. Santander: Manual PIUFET N° 1; 2007
- Ayesta FJ, Rodríguez M, Santamaría J. Farmacodependencias. En J Flórez (ed.). Farmacología Humana. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2008; pp 532-60

- Balcells M, Torres M, Yahne CE. La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo. *Rev. Adicciones*. 2004; 16: 227-34
- Barrueco M, Otero MJ, Palomo L, Jiménez C, Torrecilla M, Romero P, et al. Adverse effects of pharmacological therapy for nicotine addiction in smokers following a smoking cessation program. *Nicotine Tob Res*. 2005; 7: 335-42
- Beck AT, Emery G. *Cognitive Therapy and Anxiety and Phobic Disorders*. Nueva York: International University Press; 1979
- Becoña E. El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. *Pap Psicol*. 2003; 85: 48-69
- Becoña E. Tratamiento psicológico del Tabaquismo. *Monografía Tabaco. Adicciones*. 2004; 16: S237-63
- Becoña E. Los psicólogos ante la nueva ley de prevención del tabaquismo. *Infocop online* 2005 agosto [acceso 1.2010]. Disponible en [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=379](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=379)
- Becoña E. *Tabaco. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide; 2006
- Bimbela JL. Seminario: Habilidades emocionales y de comunicación en servicios de urgencia y atención al enfermo crónico. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1999
- Bower P, Rowland N, Hardy R. The clinical effectiveness of counseling in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2003; 33: 203-15
- Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Agonistas parciales de los receptores de nicotina para el abandono del hábito de fumar. En: *Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. (Traducida de The Cochrane Library. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
- Camarelles F, Salvador T, Ramón JM, Córdoba R, Jiménez C, López V et al. Documento de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. Madrid: MSC & CNPT, 2008. En: [http://www.cnpt.es/docu\\_pdf/Doc\\_Trat\\_CNPT\\_08.pdf](http://www.cnpt.es/docu_pdf/Doc_Trat_CNPT_08.pdf) [acceso 3.2010]
- Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Counselling for Risky Health Habits: a conceptual framework for primary care practitioners*. Canadá; 2001; Disponible en: [www.ctphc.org](http://www.ctphc.org) [acceso 2.2010]
- Chambless DL, Ollendick TH. Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Ann Rev Psychol* 2001; 52: 685-716
- Comas A, Suárez R, López M, Cueto A. Coste-efectividad del consejo sanitario antitabaco en atención primaria de salud. *Gac Sanit* 1998; 12: 126-32
- D'Zurilla TJ, Goldfried M.R. Problem solving and behaviour modification. *J Abnorm Psychol*. 1971; 78: 107-26
- Ellis A. *Humanistic Psychotherapy*. Nueva York: McGraw-Hill; 1973
- Farmacia de Andalucía. Ley 22/2007, de 18 de diciembre. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, nº 254, (28-12-2007)
- Ferster CB, Nurnberger JL, Levitt, EB. The control eating. *Journal of Mathetics*. 1962; 1: 87-109
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER et al. Treating tobacco use and dependence. *Clinical Practice Guideline*. US Dept. Health & Human Services. Public Health Service. 2000. En [www.cdc.gov/tobacco/](http://www.cdc.gov/tobacco/) [acceso 2.2010]
- Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville (MD): US Dept. Health and Human Services, Public Health Service, 2008. Disponible en: [http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating\\_tobacco\\_use.pdf](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf) [acceso 4. 2010]
- Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Ley 29/2006, 26 de julio. *Boletín Oficial del Estado*, nº 178, (27-07-2006)
- Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, 26 de julio. *Boletín Oficial del Estado* nº315 (31.12.2009)
- Generalitat de Catalunya (Departament de Salut). *Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña*. Generalitat de Catalunya: Direcció General de Planificació i Avaluació; 2006
- González L, y Berger K. Consumo de tabaco en adolescentes: factores de riesgo y factores protectores *Cienc.enferm*. 2002; 8: 27-35
- Herrero FJ, Moreno JJ. Tratamientos combinados del tabaquismo: psicológicos y farmacológicos. *Adicciones*. 2004; 16: 287-320
- Hughes JR. Should criteria for drug dependence differ across drugs? *Addiction*. 2006; 101(S1):134-41
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepresivos para el abandono del hábito de fumar. En: *Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. En: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
- Jiménez CA. Terapia sustitutiva con nicotina. Aspectos prácticos. *Rev Clin Esp* 1998; 198:1599-602
- Jiménez CA, Barrueco M, Solano S, Torrecilla M, Domínguez F, Díaz-Maroto JL, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. *Arch Bronconeumol*. 2003; 39: 35-41
- Jiménez CA, Ortiz H, Camarelles F, Moreno J, Sánchez JL. Solano S, et al. Organización y funcionamiento de las consultas de tabaquismo en una comunidad autónoma. Experiencia de la Comunidad de Madrid. *Prev Tab*. 2006; 8: 160-63
- Jiménez CA, Solano S, Barrueco M, De Granada JI, Lorza JJ, Alonso S, et al. Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas en tabaquismo. *Arch Bronconeumol*. 2001; 37: 382-9
- Labrador FJ, Vallejo MA, Matellanes M, Echeburúa E, Bados A, Fernández-Montalvo J. La eficacia de los tratamientos psicológicos. Documento Soc. Esp para el avance *Psicología Clínica y Salud*. Siglo XXI. Noviembre 2002. *Infocop*. 2003; 17: 25-30
- Lancaster T, Stead L. Individual behavioral counseling for smoking cessation". (Cochrane review). *The Cochrane Library*; 2002

- Lando HA. Formal quit smoking treatments. En CT Orleans & J Slade (eds.), *Nicotine addiction. Principles and management* (pp. 221-244). New York: Oxford University Press; 1993
- Miller R, Rollnick S. La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas (p. 80). Barcelona: Paidós; 2005
- NICE-National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. (Technology Appraisal No. 39). London: NICE; 2002
- O'Brien CP, Volkow N, Li TK. What 's is a word? Addiction versus Dependence in DSM-V. *Am J Psychiatry*. 2006; 163: 764-5
- Olano E, Matilla B, González M, Martínez S. ¿Por qué, cuándo y cómo debemos dar consejo para dejar de fumar a nuestros pacientes? 2006. *Aten Primaria*; 36: 45-9
- Olano E, Matilla B, Sánchez E, Alarcón E. ¿Intervención mínima en tabaquismo? Intervención sistemática y adaptada al paciente y al nivel asistencial: el protocolo de atención al fumador en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005; 36: 510-4
- OMS-Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa. Plan de acción para una Europa libre de tabaco: EUR/ICP/TOH/018<sup>a</sup>. Geneva; 1993
- OMS-Organización Mundial de la Salud. Documento WHO. EUR / ICP / LVNG 020712. Pharmacists and action on tobacco. Geneva; 1998a
- OMS-Organización Mundial de la Salud. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva: Switzerland; 1998b
- Ordenación de las profesiones sanitarias. Ley 44/2003, de 21 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 280, (22-11-2003)
- Páez M, Gutiérrez O, Valdivia S, Luciano C. Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *Rev Int Psicol Ter Psicol*. 2006; 6: 1-20
- Plans P, Navas E, Tarín A, Rodríguez N, Galí N, Gayta R et al. Coste-efectividad de los métodos de cesación tabáquica. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 49-53
- Prochaska JO, Diclemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychology*. 1983; 51: 390-5
- Public Health Service (US). The Tobacco use and dependence. Clinical Practice Guide Panel, Staff, and Consortium Representatives. Informe: "Directrices clínicas prácticas para el tratamiento del consumo y la dependencia del tabaco. *JAMA*. 2000; 283: 3244-54
- Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax*. 1998; 53 (S5): 1-19
- Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008, Issue 1. Art. No.: CD001188. DOI: 10.1002/14651858.CD001188.pub3.
- Rollnick S, Miller W.R. ¿Qué es la entrevista motivacional?. *RET*. 1996; 6: 3-7
- Russell M, Wilson C, Taylor C, Baker C. Effect of general practitioners' advice against smoking. *BMJ*. 1979; 2: 231-5
- Salvador M, Ayesta J. La adherencia terapéutica en el tratamiento del tabaquismo. *Intervención Psicosocial*. 2009; 18:5-12
- Sánchez-Agudo, L (director). Actualización del tratamiento del tabaquismo. Zaragoza: Neumología y Salud; 2009
- Schwartz JL. Review and evaluation of smoking cessation methods: USA & Canada 1978-1985. Washington DC: US Dept. Health & Human Services; 1987
- Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (The Cochrane review). En *The Cochrane library*, 2003 Issue 3. Oxford: Update Software
- Solano S, García-Tenorio A, de Granda JI. Inicio y mantenimiento del hábito tabáquico. El paciente que va a dejar de fumar. En: Barrueco M, Hernández MA, Torrecilla M. *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2003, p. 107-40
- Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007
- Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Terapia de reemplazo de nicotina para el abandono del hábito de fumar. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 N° 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Turpin G, Richards D, Hope R, Duffy R. Mejorando el acceso a las terapias psicológicas: Una iniciativa nacional para asegurar la prestación de terapias de alta calidad basadas en la evidencia. *Papeles del psicólogo*. 2008; 29:271-80
- West R. *Theory of addiction*. Oxford: Blackwell Publishing; 2006
- West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals. An update. *Thorax*. 2000; 55: 987-99
- WHO-World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health problems*, 10th revision. Geneva: WHO; 1992
- WHO-World Health Organization Regional Office for Europe. *The treatment of tobacco dependence. Draft evidence based recommendations for health care systems y in Europe*. London: WHO/EURO; 1999
- WHO-World Health Organization. *Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence*. Geneva: WHO; 2003. En: [www.who.int/tobacc](http://www.who.int/tobacc) [acceso 2.2010]