

CONSEJERÍA DE SALUD



TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

GUÍA PARA
PROFESIONALES DE LA SALUD



TRATAMIENTO del tabaquismo : guía para
profesionales de la salud / Autores, P. Mesa
Cruz...[et al.]. -- [Sevilla] : Consejería de
Salud, [2006]

23 p. : il. ; 18 cm

1. Tabaquismo-Efectos adversos
2. Tabaquismo-Terapia 3. Personal de salud
4. Guía [Tipo de Publicación] I. Mesa Cruz,
Pilar II. Andalucía. Consejería de Salud

Autores: P. Mesa Cruz, A. González Villalba, F.M. Ruiz Domínguez, M. Amo Alfonso, J.I. Villar Navarro,
M. Cenizo Rodríguez, J. Nieto Vera, C. Higuera Callejón, J. M. Aranda Regules.

© 2006, Junta de Andalucía, Consejería de Salud

Edita: JUNTA DE ANDALUCÍA, CONSEJERÍA DE SALUD

Diseño y Maquetación: Plataforma Publicidad, S. A.

Imprime: Egea Impresores, Sevilla.

Depósito Legal: Se-1662-06

ÍNDICE

	Página
1 Introducción.....	3
2 Bases de la Intervención.....	4
3 Protocolo de Actuación.....	5
3.1 Fase Precontemplativa	
3.2 Fase Contemplativa	
3.3 Fase de Preparación/Acción	
3.4 Fase de Mantenimiento	
4 Prevención y Tratamiento de Recaídas.....	10
5 Anexos.....	12
5.1 Tipos de Intervenciones.	
5.2 Intervención Mínima 1	
5.3 Intervención Mínima 2	
5.4 Intervención Avanzada Individual	
5.5 Tratamiento Farmacológico.	
5.6 Test de Fagerström	
5.7 Test de Richmond	
5.8 Abordaje de los Síntomas de Abstinencia	
6 Bibliografía.....	20



1.- INTRODUCCIÓN

El tratamiento del tabaquismo es una actividad a desarrollar por la totalidad de profesionales de la salud, cualquiera que sea su titulación y el nivel asistencial en el que desarrollen sus funciones. Esta guía pretende servirles de referencia en su labor motivadora y de ayuda para con la población fumadora.

El tabaquismo es una enfermedad crónica de carácter adictivo con tendencia a la recidiva (CIE 305.1), en la que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. El consumo de tabaco está relacionado con más de 25 enfermedades y es la principal causa de muerte prematura y evitable en Andalucía. Por ello, constituye el principal problema de salud pública en nuestra Comunidad Autónoma. Según la Encuesta Andaluza de Salud (2003), el 33% de la población andaluza mayor de 16 años fuma.

Por otro lado, sabemos que dejar de fumar produce importantes beneficios para la salud y mejora la calidad de vida no sólo de las personas que abandonan el hábito, sino también de las que están a su alrededor. En la actualidad disponemos de herramientas terapéuticas eficaces para el tratamiento del tabaquismo (consejo sanitario, tratamientos psicológicos, terapias grupales, terapia sustitutiva con nicotina, bupropión...). Estos tratamientos son realmente útiles cuando se emplean adecuadamente y se adaptan a las características de las personas fumadoras y al estadio de cambio en que ésta se encuentra.

En la prevención y el tratamiento del tabaquismo, las y los profesionales de la salud tenemos una doble responsabilidad: por un lado, somos un importante referente social para el resto de la población y, por otro, tenemos el ineludible deber de diagnosticar, tratar y seguir la evolución del tabaquismo, de la misma forma que se atiende cualquier otro problema de salud.

2.- BASES DE LA INTERVENCIÓN

Para que las intervenciones en el tratamiento del tabaquismo sean eficaces es imprescindible valorar el nivel de motivación que cada paciente tiene para el cambio, o más concretamente, el **estadio de cambio** en que se encuentra la persona fumadora (anexo 1, pág. 14).

Desde este enfoque, el objetivo de la intervención se amplía, ya que lo que se persigue es ayudar al paciente a avanzar en su proceso de abandono, lo que implica que la persona fumadora progrese a otra etapa más avanzada. Así, es posible planificar acciones terapéuticas efectivas, tanto para las personas que aún no se han planteado dejar de fumar (**precontemplación y contemplación**) como para las que están en estadios avanzados (**preparación y acción**).

ESTADIOS DE CAMBIO:

La OMS considera fumadora a toda persona que haya consumido, al menos, un cigarrillo diario durante el último mes. A lo largo de la vida las y los fumadores pasan por diferentes fases o “estadios de cambio” (Fig.1):

- **Precontemplación:** Estadío en el que se encuentra la persona que fuma y no se plantea dejar de fumar.
- **Contemplación:** La fase en la que está la persona que fuma y que se plantea dejar de fumar en los próximos 6 meses.
- **Preparación:** La fase de la persona que fuma y se plantea hacer un intento de abandono en el siguiente mes.
- **Acción:** Estadío de la persona que ha dejado de fumar y se mantiene sin consumir un mínimo de 24 horas.
- **Mantenimiento:** Fase de la persona que se mantiene sin fumar por más de 6 meses.

Se considerará a una **persona ex-fumadora** cuando haya pasado un año desde la fecha del abandono.





Fig. 1. Estadíos de cambio (Prochaska y Di Clemente)

3.- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

3.1.- Fase de precontemplación.

La persona fuma y no se plantea dejar de fumar en los próximos 6 meses.

Objetivo: Cuestionar las “ventajas” que la persona ve en seguir fumando, con el fin de hacer que el abandono del tabaco sea algo deseable para él o para ella.

Actividades

- Consejo Mínimo Tipo I: Debe ser breve, personalizado, sistematizado, firme, oportuno y motivador (anexo 2, pág. 15). Se recomienda:
 - Informar de los riesgos que el hecho de fumar tiene para cada persona y para las que le rodean.
 - Contextualizar los riesgos y las patologías relacionadas con el tabaquismo que ya estén presentes.
 - Resaltar las ventajas y beneficios que se obtienen, a corto plazo, al dejar de fumar.



- Registrar el tabaquismo como diagnóstico, de forma que la persona perciba la importancia de su problema.
- Entregar un folleto informativo.
- Ofertar ayuda si se plantea el abandono.
- Seguimiento.

3.2.- Fase de contemplación.

En la que está la persona que fuma pero se plantea dejarlo en los próximos 6 meses.

Objetivo: Reforzar la intención de dejar de fumar y acortar el plazo para el abandono (hacer un intento).

Actividades:

- Consejo Mínimo Tipo II (anexo 3, pág. 16).
- Explorar los motivos que tiene la persona para dejar de fumar y las dificultades. Reforzar la motivación para intentarlo y fijar una fecha (puede ser de utilidad la reducción en el número de cigarrillos como paso previo).
- Informar a cada paciente de los recursos existentes para facilitar el intento y ofertar nuestra ayuda.
- Registrar el tabaquismo como diagnóstico, de forma que la persona perciba la importancia que le damos a su problema.
- Entregar un folleto informativo.
- Seguimiento: repetir esta actuación aprovechando cualquier motivo de consulta que realice la persona fumadora.



3.3.- Fase de preparación/acción.

En la que está la persona fumadora capaz de fijar una fecha para dejar de fumar en los próximos 30 días. (anexo 4, pág. 17).

Objetivo: Preparar a cada paciente para que pueda realizar el abandono.

Actividades: Deben estar orientadas a identificar, diagnosticar, evaluar y planificar de inmediato la intervención más adecuada para cada tipo de persona fumadora.

Incluye las siguientes acciones:

- **HISTORIA DE TABAQUISMO:**

Registrar en la historia clínica todos los datos relacionados con el consumo de tabaco.

- **EXPLORACIÓN FÍSICA:**

Peso, talla, tensión arterial.

Otras pruebas complementarias según cada caso.

- **EVALUACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA FÍSICA:**

No todas las personas fumadoras presentan el mismo grado de dependencia a la nicotina. Su cuantificación proporciona información sobre la posibilidad de que aparezcan síntomas de abstinencia y permite valorar la necesidad de tratamiento farmacológico (anexo 5, pág. 18).

La puntuación en el test de Fagerström (anexo 6, pág. 20) nos indica el nivel de dependencia física de la nicotina.

- **VALORACIÓN DEL GRADO DE MOTIVACIÓN:**

El nivel de motivación no es el mismo en toda la población fumadora. Su evaluación permite establecer cuánto esfuerzo está dispuesto a hacer cada persona para obtener el éxito en el abandono y cuánta ayuda profesional va a necesitar.

El nivel de motivación se puede cuantificar mediante el test de Richmond (anexo 7, pág. 21).

En cualquier caso, es importante desglosar con cada paciente los motivos que le llevan a dejar de fumar, desarrollarlos y aclararlos en lo posible.

- **ENTREGA DE “GUÍA PARA DEJAR DE FUMAR”.**

3.3.1.- Elaboración de un plan para el abandono:

- Explicar a cada paciente la estrategia a seguir, proponiendo las siguientes recomendaciones:
 - Fijar una fecha.
 - Difundir entre familiares y personas allegadas el propósito de dejar de fumar y buscar su apoyo.





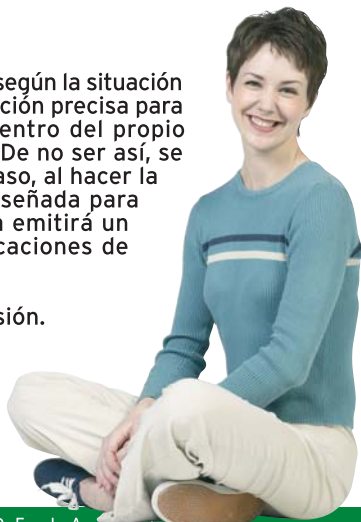
- La noche anterior al día fijado quedarse sin tabaco y retirar, en la medida posible, todos los objetos (mecheros, ceniceros, etc.) que puedan recordarlo.
- Dejar claro que un solo cigarrillo es fumar y una calada también lo es.
- Proponer objetivos a corto plazo; plantear el enfoque del día a día ("hoy no fumo").
- Informar de la conveniencia de hacer ejercicio físico y de realizar una dieta equilibrada.
- Evitar momentáneamente el café y el alcohol. Se pueden tomar infusiones, bebidas sin alcohol....
- Beber muchos líquidos: agua, zumos ...
- Realizar actividades con las que mantenerse ocupado.
- Leer la "Guía para dejar de fumar".



- En todo momento motivar y apreciar los logros.
- Si existe indicación de tratamiento farmacológico, se debe valorar la existencia de contraindicaciones y las preferencias de cada paciente concreto. Además, conviene explicar las acciones de los fármacos, sus posibles efectos secundarios y su forma de uso, así como la posología y duración del tratamiento. Es útil entregar instrucciones escritas para facilitar la adherencia y el cumplimiento.
- Terapias grupales multicomponentes:
Se realizan en atención primaria y especializada, según la situación individual de cada paciente, cuando existe indicación precisa para dicho tratamiento. La derivación se realiza dentro del propio centro sanitario, si este cuenta con el recurso. De no ser así, se procede a derivar a otro centro. En cualquier caso, al hacer la derivación se debe cumplimentar una ficha diseñada para tal fin. Al finalizar el tratamiento, el terapeuta emitirá un informe de cada persona tratada con las indicaciones de seguimiento.
- Fijar el seguimiento. Facilitar la cita para la revisión.

3.4.- Fase de mantenimiento

Objetivo: Mantener la abstinencia y minimizar las consecuencias negativas del abandono.



Actividades: se programan un mínimo de 3 - 4 visitas de seguimiento (primera semana, al mes, tres meses...). Acciones a realizar:

- Reforzar la motivación, felicitar. Hacer énfasis en los avances logrados y los beneficios obtenidos.
- Preguntar por las dificultades encontradas.
- Comprobar el mantenimiento de la abstinencia.
- Investigar la aparición de síntomas de abstinencia (anexo 8, pág. 21).
- Revisar el tratamiento farmacológico (cumplimiento, tolerancia, aparición de efectos adversos, ajuste de dosis, valorar retirada), si se ha utilizado.
- Informar de las distintas fases del proceso de abandono: euforia, duelo, normalización, consolidación y seguimiento.

En la figura 2 se resume el protocolo de detección del hábito tabáquico y de atención a las personas fumadoras, en función del estadio de cambio en que se encuentren.

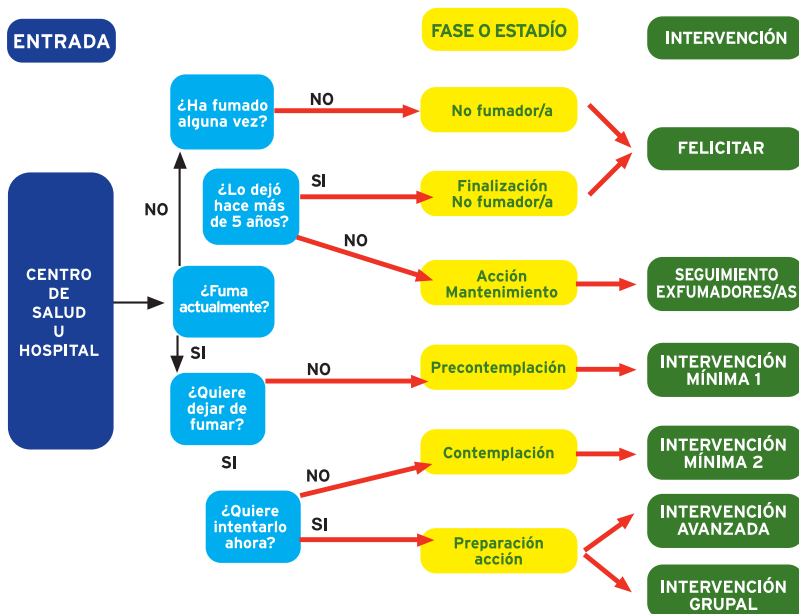


Fig. 2: Protocolo de detección y atención a las personas fumadoras

4.- PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE RECAÍDAS

Las recaídas son acontecimientos frecuentes en la deshabituación tabáquica, de ahí la importancia de prevenirlas de forma sistemática y de tratarlas cada vez que se produzcan.

Las recaídas se consideran **una fase más** en el curso de la enfermedad y no deben percibirse como fracasos por parte de pacientes ni de profesionales.

Es importante distinguir entre “recaída” y “caída”. Si una persona fuma un cigarrillo en un momento puntual pero recupera la abstinencia y se mantiene sin fumar en los días siguientes, se considera que se trata de una “caída”. Por el contrario, el volver a fumar diariamente, aunque sólo sea un cigarrillo, es una recaída.



Objetivo: Mantener o recuperar la abstinencia.

Actividades:

- Analizar los motivos por los que se ha producido la recaída y las circunstancias que la han facilitado.
- No se debe utilizar un lenguaje culpabilizador. Conviene informar que, en todos los procesos, puede haber momentos de avance y de retroceso.
- Reforzar todo lo conseguido (tiempo de abstinencia, aprendizaje...). Hacer ver a la persona que, en un nuevo intento, le será más fácil permanecer abstinentes.
- En cualquier caso, hay que dejar claro que fumar en situaciones conflictivas o de estrés, no solo no resuelve el problema, sino que lo complica con sentimientos de frustración o culpa por haber fumado.



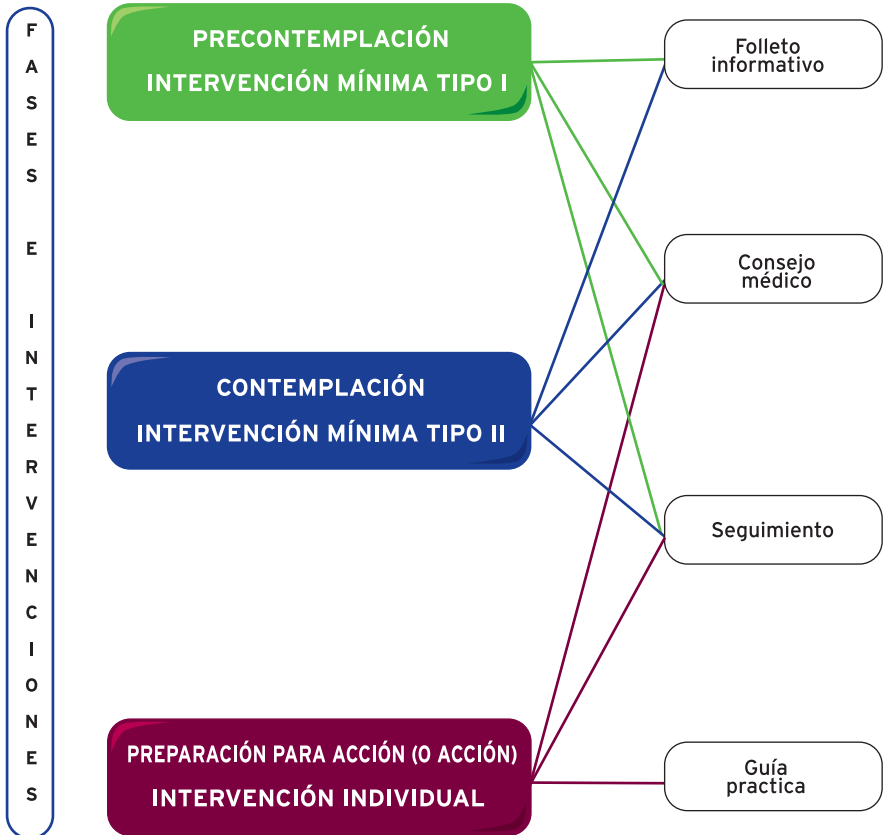
- Un cigarrillo puede llevar a otro(s) cigarrillo(s). No existe una cantidad mínima que sea inocua. Un solo cigarrillo es fumar.
- Recomendar evitar, de forma temporal, las situaciones de riesgo identificadas.
- Reevaluar el nivel de dependencia y de motivación. Aprender a apreciar posibles fallos de cumplimiento del tratamiento o posibles efectos adversos del mismo.
- Valorar la reconducción del paciente hacia otra modalidad terapéutica.
- Si la recaída ocurre durante los dos primeros meses, evaluar su posible relación con los síntomas de abstinencia y con el correcto uso del tratamiento, proponiendo las modificaciones necesarias.
- Si se produce entre el tercer y sexto mes indagar, como posibles causas, un exceso de confianza, un retroceso en la motivación o la aparición de un efecto no deseado (aumento de peso, trastorno de estado de ánimo, ausencia de apoyo,...). Analizar estas posibilidades y aclarar las causas y las posibles soluciones con cada paciente.
- En una recaída después del sexto mes, se debe reiniciar todo el proceso, explicando a cada paciente que el intento previo no ha sido un tiempo perdido ni un esfuerzo en vano. En cada intento se aprenden y adquieren estrategias que aumentan la posibilidad de éxito en la siguiente ocasión.
- Proponer, si la persona lo desea, un nuevo plan de tratamiento y seguimiento y, en cualquier caso, ofrecer ayuda para futuros intentos.



5.- ANEXOS

ANEXO 1

TIPOS DE INTERVENCIONES



ANEXO 2

INTERVENCIÓN MÍNIMA TIPO I

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estadío de precontemplación: no se quiere dejar de fumar y/o no se pone fecha para dejar de fumar.

OBJETIVOS

- Provocar un cambio de actitud sobre el tabaco y su consumo.
- Facilitar el avance hacia el estadio de contemplación.

ACTIVIDADES

- Personalizar los riesgos del tabaco para cada paciente.

- Proporcionar información sobre el tabaco, sus riesgos y los beneficios del abandono.

- Detectar progresos en el proceso de abandono en cada visita.

RECURSOS

- Dar información relacionándola con cada caso concreto.

- Folleto informativo.

- Preguntar sobre su intención de abandonar el tabaco.

INTERVENCIÓN MÍNIMA TIPO II

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estadío de Contemplación: La persona fuma y tiene la intención de dejarlo en los próximos 6 meses, es decir, quiere dejar de fumar, pero aplaza la fecha.

OBJETIVOS

- Provocar la intención de dejar de fumar o hacer el intento.
- Facilitar el avance hacia el estadío de preparación para la acción.

ACTIVIDADES

RECURSOS

• Personalizar los riesgos del tabaco para la persona y su entorno.

• Relacionar consumo de tabaco con las enfermedades o la situación clínica de cada paciente.

• Proporcionar información sobre el tabaco y sus riesgos.

• Folleto informativo.

• Explorar los obstáculos y dificultades para la toma de decisiones.

• Valorar intentos previos y expectativas actuales.

• Proporcionar información motivadora y ofrecerle ayuda para dejar de fumar.

• Informar sobre los beneficios de dejar de fumar y posibles tratamientos si fueran precisos.

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estadío de Preparación para la acción: la persona fuma y se plantea hacer un intento de abandono en los próximos 30 días.
- Estadío de Acción: la persona lleva entre 1 día y 6 meses sin fumar.

OBJETIVOS

- Proporcionar medios o instrumentos adaptados a las necesidades del fumador para que abandone el consumo de tabaco.
- Facilitar el avance hacia los estadios de Acción y Mantenimiento.

ACTIVIDADES

RECURSOS

• Reforzar la motivación para dejar de fumar.

• Dar la enhorabuena y reforzar su decisión.
• Comentar los motivos para dejarlo.

• Trabajar las expectativas y la percepción de autoeficacia.

• Si ha dejado de fumar antes, analizar los intentos previos y los motivos de su recaída.

• Valorar qué tipo de intervención es más adecuada.

• Valorar abandono brusco vs. gradual.
• Valorar uso de tratamiento farmacológico: TSN, Bupropión.
• Otros recursos adaptivos (Escala de motivos, autorregistros, etc.)

• Trabajar las expectativas y la percepción de autoeficacia.

• Fijar fecha del abandono y sesiones de seguimiento.

• Iniciar el tratamiento individual y realizar un seguimiento.

• Dar «Guía para dejar de fumar».
• Recursos personalizados y seguimiento programado.

ANEXO 5

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

	PARCHES DE NICOTINA	CHICLES DE NICOTINA
DOSIS DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibles de 16 y 24 horas. • Pauta Parches de 16h.: <ul style="list-style-type: none"> - 4 semanas: 15 mg. - 2 semanas: 10 mg. - 2 semanas: 5 mg. • Pauta Parches de 24h.: <ul style="list-style-type: none"> - 4 semanas: 21 mg. - 2 semanas: 14 mg. - 2 semanas: 7 mg. • Duración: 8-12 semanas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibles de 2 y 4 mg. • Dosificar según grado de dependencia: <ul style="list-style-type: none"> - Baja dependencia: <ul style="list-style-type: none"> Chicles 2 mg: 8-10 piezas/día. - Moderada dependencia: <ul style="list-style-type: none"> Chicles 4 mg: 1 pieza/2 horas. - Alta dependencia: <ul style="list-style-type: none"> Chicles 4mg: 1 pieza/1 hora. • Probar pautas de dosificación fijas (1 chicle cada 1-2 horas mientras se está despierto). • No pasar de 20 chicles/día. • Disminuir gradualmente.
INSTRUCCIONES	<ul style="list-style-type: none"> • No fumar. • Utilizar sobre piel sin vello de una zona que sude poco. • Cambiar de localización cada día. • Sustituirlo cada día por uno nuevo. • Puede producir picor o enrojecimiento, que suele ser leve y desaparecer al cabo de unos días. Si no cede, un corticoide suave en crema puede ser suficiente para que desaparezca. 	<ul style="list-style-type: none"> • No fumar. • Masticar el chicle hasta percibir un sabor "picante". Después, colocar el chicle entre las encías y la cara interna de la mejilla hasta que el sabor desaparezca y luego volver a masticar (ir cambiando el sitio de colocación del chicle). • Utilizar cada chicle durante 30 minutos. • Absorción limitada por ingesta de líquidos acidificantes (café, zumos, refrescos). • Evitar comer y beber 15 minutos antes y durante el uso.
Se pueden utilizar tratamientos combinados de parches más chicle y/o comprimidos de nicotina. En estos casos el número diario será sensiblemente menor al propuesto arriba ya que las dosis de nicotina administradas por las diferentes vías se suman.		
EFECTOS DIVERSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Picor, eritema, eccema de piel. • Mialgias. • Mareos. • Náuseas. • Cefaleas. • Dispepsias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Molestias en dientes. • Úlceras en lengua y mucosas. • Pirosis. • Hipo. • Náuseas. • Sabor metálico. • Dolor en articulación mandíbula. • Dolor de garganta.
CONTRA- INDICACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades dermatológicas que compliquen su aplicación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inflamación orofaríngea. • Patología articulación temporomandibular. • Problemas dentarios. • Hernia de Hiato
		<ul style="list-style-type: none"> • IAM reciente. • Angor inestable. • Arritmias severas. • ACV reciente. • Embarazo y lactancia. • Úlcus gastroduodenal. • HTA severa no controlada. • Hipertiroidismo. • Insuficiencia renal o hepática graves. • Esofagitis activa. • Infancia y adolescencia.

COMPRESIDOS DE NICOTINA

- 1 mg por comprimido (equivalente a un chicle de 2 mg).
- Probar pautas de dosificación fijas (1 comprimido cada 1-2 horas).
- Dosis habitual: 8-12 al día.
- No pasar de 20 comprimidos/día.
- Disminuir gradualmente.

- No fumar.
- Chupar el comprimido lentamente hasta percibir un sabor "picante". Después colocar el comprimido entre las encías y la cara interna de las mejillas.
- Utilizar cada comprimido durante 30 minutos.
- Absorción limitada por ingesta de líquidos acidificantes (café, zumos, refrescos).
- Evitar comer y beber 15 minutos antes y durante el uso.

El número de chicles o comprimidos que se vayan sumando.

- Flatulencia.
- Pirosis.
- Náuseas.

- Inflamación orofaríngea.

BUPROPION

- Comprimidos de 150 mg.
- Pauta de Inicio: 150 mg. cada mañana por 7 días.
- Pauta de Continuación: 150 mg./2 veces al día, separadas al menos por un intervalo de 8 horas.
- Última dosis, al menos, 4 horas antes de acostarse.
- Empezar el tratamiento 1 semana antes de dejar de fumar.
- Duración del tratamiento: 8 semanas.

- Fijar el día "D" de dejar de fumar después de 1 semana de tratamiento.
- Acompañar de seguimiento y apoyo según la pauta de visitas recomendada.

- Insomnio.
- Cefalea.
- Sequedad de boca.
- Estreñimiento.
- Urticaria.
- Hipertensión arterial.
- Convulsiones.

- Trastorno convulsivo actual o cualquier antecedente de convulsiones.
- Tumor SNC.
- Proceso de deshabituación abrupta de alcohol o retirada repentina de Benzodiazepinas.
- Historia de bulimia o anorexia.
- Trastorno afectivo bipolar.
- Cirrosis hepática grave.
- Tratamiento con IMAO, Antiepilépticos, Antipsicóticos o cualquier otro fármaco que disminuya el umbral de convulsiones²
- Embarazo y lactancia.
- Infancia y Adolescencia.
- Hipersensibilidad a bupropión
- Enfermedad cardíaca inestable. Sd. Coronario Agudo.
- Precaución en pacientes con diabetes en tratamiento con insulina y/o antidiabéticos orales.

1- Si el beneficio potencial del tratamiento supera al riesgo potencial de convulsiones, podría considerarse una dosis máxima de 150 mg durante todo el tratamiento.

2- Antidepresivos, antimaláricos, tramadol, teofilina, esteroides sistémicos, quinolonas, antihistamínicos con efecto sedante. En caso de tratamiento concomitante, no sobrepasar los 150 mg/día de Bupropión.

3- No sobrepasar los 150 mg/día de Bupropión.

ANEXO 6

TEST DE FAGERSTRÖM

¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?	Hasta 5 minutos De 6 a 30 minutos De 31 a 60 minutos Más de 60 minutos	3 2 1 0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido? (p.ej. cines, bibliotecas)	Sí No	1 0
¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?	Al primero del día. A cualquier otro.	1 0
¿Cuántos cigarrillos, en promedio, fuma usted al día?	31 o más 21-30 11-20 10 o menos	3 2 1 0
¿Fuma usted cuando está enfermo y debe permanecer en la cama?	Sí No	1 0

Dependencia leve: de 0 a 3.

Dependencia moderada: 4 a 6.

Dependencia alta: 7 o más.

Las dos siguientes preguntas componen el TEST DE FAGERSTRÖM REDUCIDO:

¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?	Hasta 5 minutos De 6 a 30 minutos De 31 a 60 minutos Más de 60 minutos	3 2 1 0
¿Cuántos cigarrillos, en promedio, fuma usted al día?	31 o más 21-30 11-20 10 o menos	3 2 1 0

Dependencia leve: de 0 a 2.

Dependencia moderada: 3 a 4.

Dependencia alta: más de 4.

ANEXO 7

TEST DE RICHMOND

¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	Sí No	1 0
¿Cuándo interés tiene usted en dejar de fumar?	Nada Algo Bastante Mucho	0 1 2 3
¿Intentará dejar de fumar completamente en las dos próximas semanas?	Definitamente NO Quizás Sí Definitivamente SI	0 1 2 3
¿Cree que dentro de 6 meses usted no fumará?	Definitamente NO Quizás Sí Definitivamente SI	0 1 2 3

Baja motivación: de 0 a 3.

Moderada motivación: 4 a 6.

Alta motivación: 7 o más.

ANEXO 8

ABORDAJE DE LOS SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA

SINTOMAS	ESTRATEGIAS
Nerviosismo	Caminar, bañarse, relajarse, evitar café, mantenerse ocupado.
Dificultad de concentración	No exigirse mucho los primeros días, permitirse menos rendimiento.
Insomnio	No consumir excitantes, tomar infusiones relajantes (tila), técnicas de relajación antes de acostarse.
Hambre	Beber mucha agua, zumos, chicles sin azúcar.
Tos	Tomar infusiones y abundantes líquidos. Chupar caramelos sin azúcar.
Cefalea	Darse duchas templadas, realizar técnicas de relajación.
Estreñimiento	Dieta rica en fibras, beber mucho agua, realizar ejercicio físico.
Fuerte deseo de fumar	Hacer varias inspiraciones profundas, masticar chicles sin azúcar, emprenda alguna actividad.
Astenia	Aumentar las horas de sueño.
Síntomas depresivos	Aclarar duelo o sensación de pérdida. Ver antecedentes depresivos y posibilidad de recaída. Proveer apoyo psicológico. Valorar necesidad de tratamiento farmacológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. Ayesta FJ, Camí J. Farmacodependencias. En: Flórez J, editor. *Farmacología humana*. 4.^a ed. Barcelona: Masson, 2003; p. 595-621.
3. Barrero M, Hernández MA, Torrecilla M. *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Ergon, 2003.
4. Otero M, Cortijo C, Ayesta FJ. El tabaquismo como adicción. *Cardiovasc Risk Factors* 2003; 4: 222-34.
5. Becoña E. Estadios de cambio en la conducta de fumar: su relevancia en el tratamiento de fumadores. *Prev Tab* 2000; 2: 106-12.
6. Di Clemente CC. *Addiction and change: how addictions develop and addicted people recover*. Nueva York: Guilford Press, 2003.
7. Siqueland L, Crits-Christoph P. Current developments in psychosocial treatments of alcohol and substance abuse. *Curr Psychiatry Rep* 1999; 1: 179-84.
8. Abrams DB, Niaura R, Brown RA, Emmons KM, Goldstein MG, Monti PM. *The tobacco dependence treatment handbook: a guide to best practices*. Nueva York: Guilford Press, 2003.
9. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ* 2000; 321: 355-8.
10. West R, McNeill, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55: 987-99.

11. Hughes J, editor. Guía clínica para el tratamiento de la dependencia de nicotina de la Asociación Psiquiátrica Americana. Madrid: Ars Médica, 2001.
12. Ayesta FJ, Otero M. El tabaquismo como una enfermedad crónica. En: Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO, editores. Manual de tabaquismo. Madrid: Aula Médica, 2004.
13. Fiore MC, editor. Treating tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.
14. Becoña E, Vázquez FL. Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Dykinson, S.L., 1998.
15. 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. Madrid. Arch Bronconeumol 2003; 39 (1): 35-41
16. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III y Ministerio de Sanidad y Consumo. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: AETS.2003.
17. Pardell H, Saltó E, Tresseras R, Salleras LL. Tabaco y profesionales de la salud en España. En: Becoña E (Coord) Libro blanco de prevención del tabaquismo. Barcelona: Glosa Ediciones, 1998; 191-209.
18. Agencia de Evaluación y Tecnologías Sanitarias, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Programa de Deshabitación Tabáquica. Sevilla 2004.
19. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Dirección General de Salud Pública y Participación. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005 - 2010.



JUNTA DE ANDALUCÍA

www.juntadeandalucia.es/salud/tabaquismo