



Lidia Mendieta Marín
Terapia y Peritajes Psicológicos

www.terapiaypericial.com
tlf: 652 96 92 19

ADICCIÓN AL TABACO



INTRODUCCIÓN

El tabaquismo constituye el primer problema de salud pública en nuestro país y alcanza un nivel de epidemia, pues fumar cigarrillos es la primera causa de muerte evitable, con más de 49.000 muertes/año; además, se calcula que el 15% de las muertes en la UE se deben al tabaco, siendo esta cifra del 16% en España (Cabezas, 2002; Montes, Pérez y Gestal, 2004)

Actualmente, la OMS estima que el tabaco provoca una de cada diez defunciones de adultos en todo el mundo, es decir, mata a unas 5 millones de personas por año, o lo que es lo mismo, 1 cada 8 segundos.

El hábito de fumar está asociado al cáncer de pulmón, bronquitis crónica y enfisema. También está asociado con el cáncer de boca, faringe, laringe, esófago, estómago, páncreas, cérvix, riñones, ureteros y vejiga.

Según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para que un sujeto sea diagnosticado como dependiente a drogas de abuso debe:

- Sentir un fuerte deseo por consumir la droga,
- Tener dificultad para controlar su consumo,
- Presentar síndrome de abstinencia cuando interrumpe o reduce su consumo,
- Presentar tolerancia a sus efectos
- Abandonar actividades que son ajenas al consumo de la droga, ocupar el mayor tiempo en conseguir y consumir la droga y
- Persistir en su uso a pesar de que nota claramente que le perjudica.

-Vamos a saber si cumples los requisitos para ser adicto a la nicotina: .-

**Tabla 1. Criterios de la SCID utilizados para evaluar dependencia de la nicotina.
Dependencia de sustancias, criterios DSM-IV-TR SCID-nicotina**

1.TOLERANCIA definida por:

- Necesidad de cantidades marcadamente crecientes para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - El efecto de la misma cantidad de sustancia disminuye con su consumo continuado.
-

¿Ha comprobado que cada vez tenía que fumar más cantidad de cigarrillos para conseguir las sensaciones que quería, en comparación con lo que fumaba cuando empezó a fumar?

SI ü ¿Cuántos cigarrillos más? _____

NO ü ¿Ha comprobado que cuando consumía la misma cantidad que al principio obtenía un efecto menor que antes?

SI ü NO ü

¿O que si fumara al principio la misma cantidad que ahora se intoxicaría? SI ü NO ü

2.ABSTINENCIA definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- Síndrome de abstinencia característico de la sustancia.
 - Se toma la sustancia o similar para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
-



¿Ha experimentado alguna vez síntomas de abstinencia cuando reducía o interrumpía el consumo de tabaco?

NO ü

SI ü **¿Qué síntomas tenía?** (4 o más de los siguientes síntomas): Estado de ánimo disfórico o depresivo, irritabilidad, ansiedad, inquietud o impaciencia, aumento del apetito o aumento del peso, insomnio, frustración o ira, dificultades de concentración y disminución de la frecuencia cardíaca.

Si tuvo síntomas de abstinencia: Después de estar sin fumar durante unas horas o más, ¿a menudo tenía que volver a hacerlo para evitar los síntomas de abstinencia? SI ü NO ü

¿Y tomar chicles de nicotina o usar parches de nicotina para evitar esos síntomas? SI ü NO ü

¿Y tomar otros fármacos para dejar de fumar? NO ü SI ü ¿Cuáles?

3. La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que se pretendía.

¿A menudo comprueba que cuando empieza a fumar acaba fumando más cigarrillos de los que tenía pensado?

SI ü

NO ü ¿Y fumar durante más tiempo de lo que tenía previsto? (ej., "en año nuevo lo dejo"): SI ü

NO ü

4. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo.

¿Ha intentado controlar su consumo de tabaco o dejar de fumar?

SI ü ¿Ha dejado de fumar del todo en alguna ocasión? SI ü NO ü

NO ü ¿Quiere dejar de fumar o reducir el consumo? SI ü NO ü

5. Emplea mucho tiempo en actividades de obtención de la sustancia, en el consumo o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

¿Ha empleado mucho tiempo de su vida en fumar o haciendo lo necesario para conseguir tabaco? (ej., salir de casa por la noche porque se quedó sin tabaco). SI ü NO ü

¿Le lleva mucho tiempo volver a su estado normal después de fumar? SI ü NO ü

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo.

¿Ha habido periodos en los que fumaba con tanta frecuencia que perdía mucho tiempo de su trabajo, o dejaba de estar con amigos o familiares porque no podía fumar con ellos, o dejaba de ir a lugares como el cine, museos, restaurantes ... porque no se podía fumar?

SI ü NO ü

7. Continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos, recidivantes o persistentes, causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

¿El consumo de tabaco le ha causado problemas psicológicos tales como sentirse deprimido, ansioso o le ha causado problemas para dormir? SI ü NO ü

Si no se conoce: ¿Le ha causado problemas físicos significativos o ha agravado otros que ya tenía? SI ü NO ü

Si contesta afirmativamente a alguna de las dos: ¿A pesar de todo siguió fumando? SI ü NO ü

RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y TABACO

El consumo de tabaco, todavía altamente prevalente en nuestro país, no sólo está relacionado con el desarrollo de otros trastornos relacionados con la salud física, sino que también se encuentra estrechamente ligado al desarrollo de desórdenes mentales.

El tabaquismo entre las personas con un diagnóstico de trastorno mental, es más del doble que entre la población general sin trastornos (Kalman, Morissette y George, 2005; Lasser et al., 2000).

Vázquez-González y Becoña-Iglesias (1998) concluyeron que existe relación entre la depresión mayor, la sintomatología depresiva y fumar cigarrillos; además, los fumadores que tienen alguno de estos trastornos experimentan una sintomatología de abstinencia más severa, es menos probable que dejen de fumar y es más probable que recaigan.

Los efectos perjudiciales que puede generar el consumo de tabaco a largo plazo para la salud física son ampliamente conocidos. Lamentablemente son menos conocidos los efectos adversos que puede tener sobre nuestra salud mental. Sin embargo, el estrés, la ansiedad y los trastornos de ansiedad están fuertemente relacionados con el consumo de tabaco y dicha relación es muy compleja.

El *modelo de la ansiedad inducida por sustancias* (Kushner, Abrams y Borchardt, 2000) sugiere que los síntomas de ansiedad son una consecuencia biopsicosocial del consumo crónico de sustancias. Por un lado, los síntomas de ansiedad pueden ser una consecuencia fisiológica directa debido al abuso o la abstinencia de la sustancia o, por otro lado, éstos pueden aparecer a través de medios más indirectos como la culpa relacionada con las consecuencias del propio trastorno relacionado con sustancias. No obstante, existe evidencia en contra de dicho modelo (Zahradnik y Stewart, 2009).

De acuerdo con la *hipótesis del mantenimiento* (Khantzian, 1985), que cuenta con abundante y reciente evidencia empírica, el consumo de sustancias psicoactivas obedece principalmente al objetivo de calmar o aliviar el afecto negativo y otras respuestas psicofisiológicas relacionadas con la aparición de una posible amenaza que genera ansiedad (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1999).

-¿qué creéis que es lo que ocurre en vuestro caso? ¿qué fue antes, el huevo o la gallina? ¿habéis padecido algún trastorno de ansiedad o depresión? ¿creéis que aumenta el consumo?-

Efectivamente, se han constatado diferencias en el éxito a la hora de abandonar el consumo de tabaco si comparamos a personas que presentan ataques de pánico (29,8%), diagnóstico de trastorno de pánico (32,9%), diagnóstico de agorafobia (23,2%) o ausencia de trastorno mental (42,5%) en el último mes (Covey, Hughes, Glassman, Blazer y George, 1994).

Como conclusión, entre las variables consideradas influyentes en la literatura a la hora de abandonar el hábito de fumar se encuentran la ansiedad, la depresión y la ira, etiquetadas como emociones negativas. La literatura señala que estados afectivos negativos están relacionados con altas tasas de recaída durante un intento de dejar de fumar (Breslau, Kilbey y Andreski, 1993; Glassman et al., 1990; Kenford, et al., 2002; Shiffman, 2005; Shiffman and Waters, 2004).

-¿Quién ha intentado dejar de fumar y ha vuelto porque estaba muy nervioso o ansioso por algún evento de su vida y eso le ha servido de justificación?-

Se recomienda por tanto adaptar los programas de abandono del tabaco a las características psicopatológicas de cada paciente. Por lo tanto, parece razonable pensar que las leyes restrictivas tenderán a favorecer el abandono del consumo de tabaco, pero conseguirán mejores resultados con las personas menos estresadas, que valoren la situación de dejar de fumar como menos amenazante (Cano-Vindel, Camuñas, Iruarrizaga, Dongil y Wood, en prensa), no presenten desequilibrio emocional, o trastorno mental, frente a las personas que están muy estresadas, experimentan una gran ansiedad al plantearse dejar de fumar, o sufren trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo u otros trastornos mentales.

Por lo tanto, los intentos de dejar de fumar serán más fructíferos en épocas donde no estemos sometidos a un estrés especial, o estemos con el ánimo más bajo de lo normal: primero, porque probablemente nos va a servir como “excusa” para volver a recaer, y segundo porque el síndrome de abstinencia va a ser más grave durante estas épocas.

¿POR QUÉ FUMAMOS? MECANISMOS CEREBRALES Y PSICOLÓGICOS

La sensación placentera que experimentamos al llevar a cabo conductas como comer o tener sexo es regulada por el sistema de la motivación-recompensa. El sentir placer al llevar a cabo una de estas y otras conductas nos motiva a repetirlas. Son estímulos que evocan una sensación de valencia positiva. Dichas conductas activan sistemas que nos ayudan a preservar nuestra integridad anatómico-funcional y nuestra especie.

Este sistema es blanco de las drogas de abuso. Algunas drogas de abuso pueden activarlo de dos a 10 veces más que un reforzador natural y sus efectos pueden ser más duraderos; lo que se interpreta subjetivamente como una «sensación intensa de placer». Sin embargo, las drogas no cumplen con ninguna otra función de importancia para el sujeto y la especie, y además, su efecto dura poco.

En cuanto al tabaco, la nicotina es el componente principal, reconocida como una de las drogas adictivas más utilizadas en el mundo. Al inhalar el humo de un cigarrillo el fumador ingiere entre 1 a 2 mg de nicotina. La nicotina también se absorbe por la piel y por la mucosa de la boca y la nariz. Actúa como estimulante, causa un aumento en la presión arterial, en la frecuencia respiratoria y cardíaca, e hiperglucemia. Sin embargo, la nicotina también puede ejercer un efecto

sedante, dependiendo del nivel de excitación del Sistema Nervioso del fumador y de la dosis de nicotina tomada. La nicotina ejerce su efecto a través de sus receptores colinérgicos, induciendo la liberación de los neurotransmisores noradrenalina, serotonina y dopamina.

El sujeto insiste en *engañar* a su cerebro con este tipo de reforzador. Pero no parece conseguirlo. Los sistemas homeostáticos se activan, cómo las drogas han activado el sistema de recompensa, el sistema de castigo también se activa, y el sujeto necesita más droga cada vez para producir el mismo efecto. La consecuencia es que su cerebro se deforma funcionalmente. Algunos genes empiezan a modificar su expresión y las proteínas que codifican se expresan más o menos, de acuerdo a las necesidades plásticas que la droga obliga al cerebro a exhibir.

Conforme el sujeto continúa utilizando drogas la respuesta es más pobre, por lo que tiene que aumentar la dosis. Esto es la tolerancia. En esta condición, es como si el *set-point* del sistema de la motivación recompensa estuviera desplazado a un nivel en el que el umbral para activarlo estuviera muy alto para alcanzarlo con reforzadores naturales.

Así, las drogas de abuso compiten con gran ventaja sobre el alimento, el agua, el sexo y varios otros reforzadores naturales. En el cerebro adicto a las drogas, en el que su sistema de la motivación-recompensa tiene el umbral alto, sólo alcanzado por las drogas de abuso, como hemos indicado, el sistema del castigo ha aumentado su actividad. Así que, cuando después de un largo período de consumir drogas se evita consumirlas, como durante un proceso de rehabilitación, el sistema del castigo, que está en una actividad alta, se dejará sentir con intensidad haciendo sufrir al usuario durante el síndrome de abstinencia.

Desde el punto de vista psicológico ocurren menanismos parecidos a los que citábamos cuando hablamos en la anterior charla del ansia por la comida. **Las teorías basadas en el efecto incentivo de la droga** consideran que el ansia o “craving” es desencadenada por la exposición a las propiedades placenteras que hemos citado, pero que se consumen en presencia de ciertos estímulos contextuales. De esta forma, en presencia de dichas claves ambientales el organismo emite respuestas condicionadas anticipatorias, en este caso, miméticas –o estado similar al que produce la sustancia – Por ejemplo, si después de cada comida nos fumamos un cigarro es más probable que nos apetezca fumar siempre que terminemos de comer (este es el mismo ejemplo que las palomitas en los cines). Estos modelos consideran que el ansia influye en la conducta alimentaria por el **reforzamiento positivo** contingente al consumo de la comida, es decir, la búsqueda de un estado de bienestar para el organismo (Cepeda- Benito y Gleaves, 2001).

Por lo tanto, a la hora de dejar de fumar será muy importante identificar cuáles son las claves contextuales que tenemos más asociadas al tabaco para ir erradicándolas.

Por otro lado se ha investigado también el efecto que tienen los estilos de atribución sobre el consumo y mantenimiento de la adicción. Los estilos de atribución los hemos repasado en otras charlas y son los siguientes:

	ATRIBUCIÓN INTERNA (me lo atribuyo a mí)	ATRIBUCIÓN EXTERNA (se lo atribuyo a otros, a las circunstancias)
POSITIVA	<p>“he dejado de fumar porque tengo fuerza de voluntad”</p> <p>“he dejado de fumar porque he querido hacerlo”</p>	<p>“he dejado de fumar porque ya no tengo tanto estrés en el trabajo”</p> <p>“he dejado de fumar porque tengo un bebé”</p>

NEGATIVA	“yo he fracasado en mis intentos de dejar de fumar”	“he recaído porque tengo problemas familiares”
	“he fracasado al dejar de fumar porque no tengo fuerza de voluntad”	“fumo porque es una boda” “vuelvo a fumar porque estoy nervioso”

-¿Qué efectos crees que tienen estos estilos? ¿Cuál crees que es el mejor estilo de atribución para dejar de fumar?-

DEJAR DE FUMAR

La deshabitación tabáquica resulta un proceso difícil que puede llegar a precisar de varios intentos antes de llegar a la abstinencia continuada, pasando por fases de avance y de retroceso (DiClemente, Prochaska y Gibertini, 1985). La literatura científica al respecto pone de manifiesto la necesidad de determinar los principales factores que inciden sobre la cesación del consumo y el mantenimiento eficiente de la abstinencia (McCaul, et al., 2006), aunque diferentes estudios muestran resultados contradictorios entre sí, con respecto tanto a las variables potencialmente relevantes, como a su poder predictivo (Field, Duncan, Washington y Adinoff, 2007; Morrell, Cohen y al'Absi, 2008).

Sin embargo, las elevadas cifras de prevalencia de consumo y dependencia del tabaco que persisten todavía a nivel mundial, a pesar de las leyes que intentan reducir su consumo y la cuantiosa e indiscutible información disponible hoy en día sobre los efectos nocivos asociados a su consumo en los medios de comunicación, incluidas las propias cajetillas de tabaco (Crespo, Barrio, Cabestrero y Hernández, 2007; Health Warnings, 2009; United States Department of Health and Human Services, 2000; Szklo y Coutinho, 2009), han propiciado un creciente interés entre los teóricos e investigadores por identificar los diferentes factores mantenedores del problema. Desde hace tiempo se sabe que los mensajes persuasivos que intentan promover ciertos hábitos de higiene como prevención, basados en las consecuencias negativas de la enfermedad y que, a la vez, dan normas profilácticas para evitarla, suelen resultar poco eficaces. Esto puede ser debido a que los sujetos tienden a evitar el miedo o la ansiedad que les produce el mensaje, por una parte, y por otra, los sujetos con baja competencia percibida en salud (Pastor et al., 2009) o baja autoeficacia percibida presentan mayor ansiedad (Godoy-Izquierdo et al., 2008), abandonan las prácticas preventivas e incluso el tratamiento corrector (Klepac, Dowling y Hauge, 1982). De manera que parece que existe relación entre ansiedad y mantenimiento del consumo.

-¿Qué pensáis vosotros sobre los mensajes en las cajetillas de tabaco y qué quieran poner fotos? ¿os surte algún efecto?-

Probablemente estos mensajes tampoco tienen ningún efecto porque lo que nos están indicando son consecuencias a largo plazo, es decir, nosotros, en este mismo instante, no estamos viendo esas consecuencias, y a corto plazo, fumar, nos está reforzando por los mecanismos cerebrales ya citados, aparte de las señales condicionadas de las que hemos hablado. Por lo tanto nos disociamos de la situación y preferimos mantener la conducta ya que esos efectos a largo plazo son probables pero no son causalmente inequívocos.

Una de las primeras cosas que se ha de valorar, y que durante un tratamiento psicológico de adicciones se valora, es la fase en la que se encuentra el sujeto, es decir, si ha admitido que

tiene un problema, si ya está afrontándolo, etc. Es muy importante porque va a determinar su motivación. Un modelo muy extendido para hacerlo es el de Prochaska y DiClemente:

En este modelo transicional del cambio se proponen diversas **etapas o fases de la motivación**:

1.- Precontemplación: En esta etapa la persona no se da cuenta de que existe un problema pues, realmente no ha hecho conciencia de ello. Por esta razón el adicto no estará motivado a buscar ayuda pues ni siquiera acepta que hay problemas. Lo que ocurrirá es que la adicción seguirá evolucionando y se acumularán las consecuencias negativas.

2.- Contemplación: En esta etapa ya las evidencias del daño se hacen obvias para el adicto, desarrollando una conciencia del problema que va de menor a mayor. La persona en contemplación, comienza a invertir energía psicológica en pensar acerca del cambio, pero esto no se traduce en acciones concretas.

3.- Preparación: En esta etapa las personas se motivan a buscar ayuda porque saben que deben hacer algo para resolver el problema. La persona acude a consulta, pide consejo y planifica. Aún así, no se ha llegado al punto donde se está dispuesto a invertir mucha energía en los cambios, por lo tanto el problema sigue evolucionando.

4.- Acción: En esta etapa ya se ha pasado el punto de tolerancia, por lo que el adicto está listo para hacer los cambios necesarios. Una vez llegado a este punto la persona sabe que no quiere seguir viviendo en su actual situación y estará dispuesto a invertir energía en los cambios. Sin embargo si no se canaliza adecuadamente puede no avanzarse en la dirección correcta.

5.- Mantenimiento: Una vez realizados los cambios hay que mantenerlos lo suficiente para que se hagan permanentes. Es muy usual que las personas en recuperación, se descuiden en esta fase porque a veces, no hay adecuada conciencia de la tendencia a la recaída, que posee la adicción. Si la persona invierte tiempo en mantener los cambios logrados todo irá bien, pero si se descuida o aminora la marcha, puede presentarse una recaída.

6.- Recaídas: La adicción tiene una tendencia natural a la recaída debido a la gran cantidad de elementos aprendidos y estructurales, que están activos a pesar de que se hayan hechos nuevos hábitos de comportamiento. A esto se suma el hecho de que los cambios por realizar, pueden ser abrumadores. Si el adicto toma conciencia de estos hechos, y se hace responsable de mantener su recuperación en marcha, no habrá recaídas. Las recaídas son partes de un ciclo de aprendizaje hacia el mejoramiento de la recuperación. En esto la adicción se comporta como otras enfermedades crónicas.

7.- Terminación: Una vez que los cambios son mantenidos a lo largo del tiempo, los disparadores y conductas de búsqueda, así como los deseos de uso, dejan de poseer la fuerza que hubieran tenido sobre el adicto; se hacen menos intensos progresivamente, hasta que cesan. Aún así la tendencia a la recaída se mantiene, por lo que la recuperación en el adicto, es un proceso que dura de por vida.

-¿dónde os situaríais vosotros en este modelo?-

Los objetivos y componentes que se abordan normalmente en la adicción al tabaquismo son:

- **Optimizar y mantener la motivación.** Incluye la elaboración por parte del usuario de listas de beneficios que se esperan obtener por dejar de fumar, junto con sugerencias para

ayudar a realizar esta tarea (“listas de otros”) e instrucciones para revisar y ampliar la lista una vez elaborada.

- Además hemos de tener **información sobre la nocividad del tabaco** y tener presentes los efectos que éste puede causar.

- Hay que establecer **expectativas realistas** sobre el proceso. Las expectativas inadecuadas o poco realistas condicionan poderosamente la implicación del usuario en el programa en la medida en que su no cumplimiento puede generar frustración y abandono. Tenemos que saber para empezar qué es lo que queremos lograr: reducir el consumo, abandonarlo temporalmente, dejarlo del todo y si éste es el caso, si nos vemos capaces de abandonarlo.

En este punto hay que tener en cuenta lo que hemos citado sobre los mecanismos cerebrales: cuando se instaura una adicción, a lo largo del tiempo, el cerebro va modificando sus mecanismos de recompensa, crea asociaciones entre el estímulo, en este caso el tabaco, y la sensación de placer (metáfora del surco en la tierra), por lo tanto, si volvemos a fumarnos un cigarro, éste, reforzará las conexiones cerebrales que estaban ya predeterminadas y facilitará que recaigamos en la adicción. Por eso se suele decir que un alcohólico no puede volver a probar el alcohol o que “un cigarro no es nunca sólo un cigarro”.

- Por tanto, el objetivo de cualquier programa es **aprender a controlar el deseo de fumar**, no eliminarlo. Durante bastante tiempo es normal tener ganas de fumar, si bien en conjunto son progresivamente menos intensas y frecuentes, y siempre son controlables.

- Dejar de fumar requiere un **esfuerzo activo** por parte del usuario (no existen “varitas mágicas”) que además debe ejecutarse de modo metódico y planificado. No sirve la mera apelación a la fuerza de voluntad. Realizar las tareas que se piden a lo largo del programa es, por lo tanto, una variable que predice buenos resultados.

- **Reducir la intensidad del síndrome de abstinencia** nicotínico. Este objetivo se consigue mediante apoyo farmacológico (parches de nicotina) o procedimientos de reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán. En el caso de la reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán, se usa el procedimiento descrito por Becoña (1994), y que básicamente consiste normalmente la indicación de fumar durante una semana una nueva marca de cigarrillos que contenga aproximadamente un 65 % de la concentración de nicotina de la marca original, seguida de otra semana durante la cual se debe fumar otra marca que contenga en torno a un 35 % de la concentración de nicotina original, al término de la cual se debe dejar de fumar completamente. La efectividad de ambos métodos cuenta con sólido apoyo empírico (Gil Roales-Nieto, 2003).

- **Crear una red social de compromiso y apoyo** en el entorno del fumador. El fumador es instado a que comunique a su familia, amistades o compañeros de trabajo su participación en el programa. De este modo, se pretende conseguir su apoyo y, también, aumentar el compromiso del usuario con su decisión en la medida en que este ya no queda reducido a la interacción con el sistema sino que incluye igualmente a su entorno social.

- **Organizar el entorno y los hábitos** de modo que favorezcan el mantenimiento de la abstinencia, mediante pautas de control estimular. Con esto nos referimos a las señales condicionadas. Por ejemplo, si es más probable que nos entren ganas de fumar si salimos fuera a la calle con el resto de fumadores, es mejor que nos quedemos dentro. También podemos cambiar el hábito de fumar por otro, por ejemplo, en lugar de fumar el cigarro de después de comer

podemos cambiarlo por una pieza de fruta, una onza de chocolate u otra alimento o bebida.

También en lo que se refiere a control estimular es importante tener en cuenta las cosas que forman parte del “ritual” de fumar: mecheros, cigarrillos, ceniceros, olores, sitios, etc. Por lo que a alguien que va a dejar de fumar se le aconseja en primer lugar que se desahaga de todo esto. Y si, la reducción es gradual que sólo se limite el consumo en una zona de la casa, por ejemplo la terraza o una habitación, para que se vayan deshabituando el resto de lugares y no huela a tabaco, que asimismo es otra señal condicionada.

- **Aprender a afrontar el deseo** cuando aparece. El fumador es instruido para focalizar su atención en estímulos distractores (cambiar de actividad o pensar en otra cosa) y utilizar el lenguaje de modo que favorezca el control del deseo. Es importante que se de a sí mismo autoinstrucciones, que se refuerze, y que se cambie el lenguaje en cuanto a las atribuciones que hace sobre quién es el responsable de fumar.

- Si sospecha que sufre de síntomas más graves de ansiedad o depresión y/o se han mantenido a lo largo del tiempo quizá sería importante **buscar ayuda psicológica** para estos problemas antes de afrontar la tarea de dejar de fumar porque quizá éstos están reforzando o manteniendo el problema.

- **Autorreforzarse** por el mantenimiento de la abstinencia. El usuario es instruido para que guarde diariamente en una hucha el dinero que ahorra por no fumar, y se premie con un pequeño regalo semanal.

- **Controlar la ansiedad asociada** al abandono del tabaco, continuando con las instrucciones de respiración profunda.

- Aprender a **identificar y cuestionar ideas irracionales y excusas** que puedan favorecer la recaída. El usuario recibe información sobre los principales pensamientos que actúan como disparadores de la recaída, y debe ejercitarse en el cuestionamiento de los mismos y su sustitución por pensamientos alternativos. “Por un sólo cigarro no pasa nada”, “yo fumo porque me gusta”, “fumar no es tan malo, hay cosas mucho peores”, “los médicos lo único que quieren es meterte miedo”, “yo puedo dejar esto cuando quiera”

-Poner más ejemplos de este tipo de excusas e ideas-

- Promover la habituación y la autoeficacia del exfumador al afrontamiento de situaciones condicionadas al deseo de fumar mediante técnicas de exposición. Se explica al exfumador que la habituación y las expectativas de autoeficacia implican la exposición progresiva a situaciones previamente asociadas al consumo de tabaco, y se le anima a que de modo gradual vaya afrontando estas situaciones. (ejemplo de las fobias y del tratamiento de exposición). Hay que cambiar el lenguaje interno: “yo puedo”, “yo quiero”.

- Implementar nuevos hábitos que favorezcan la abstinencia (alimentación, ejercicio físico, aficiones e intereses). Se subraya que la abstinencia a largo plazo se ve favorecida por la puesta en marcha de nuevos hábitos y estilos de vida más saludables y gratificantes, y se instruye para que se introduzcan cambios en esta línea. Además, por ejemplo, el hacer deporte estimula también los mecanismos de motivación-recompensa, y vernos más saludables y encontrarnos mejor físicamente nos va a reforzar en nuestra meta.

Para ver un ejemplo y seguir un programa de dejar de fumar pautado se puede entrar en la web: (www.munimadrid.es/dejardefumar)