

Tabaquismo: Aspectos etiológicos, personalidad y tratamiento

Roig, Pilar (Psicóloga); Lamas, Carlos (Médico); Borrás, Tere (Médico); Gabriel, Montse (Asistente Social)

Unidad de Drogodependencias. Hospital de Sant Joan.
Reus (Tarragona)

RESUMEN

En el presente trabajo de revisión bibliográfica se pretenden exponer los aspectos más relevantes de una toxicomanía por muchos menospreciada como es el tabaquismo, pero que mundialmente tiene la mayor importancia en cuanto a su incidencia y consecuencias para la salud.

A modo de introducción se comentan los aspectos epidemiológicos y sanitarios más significativos, para dar paso al desarrollo central del trabajo. Basados en diferentes investigaciones se señalan las causas del inicio y mantenimiento del hábito de fumar, y las teorías e hipótesis sobre la personalidad o personalidades de los fumadores. Finalmente de forma puntual algunas técnicas.

Palabras clave.— *Tabaco; Tabaquismo; Epidemiología; Etiología; Personalidad.*

SUMMARY

In this paper of bibliographic revision, we wish to expose, the main features of one drug-addiction (undervalued as the tobacco addiction, but is the most extended around the world by its incidence and health problems.

In introduction we speak about epidemiological and healthy facts, after that we scroll the paper. Based in different investigations we indicate the reasons for to start smoking and the maintenance of the smoking habit, and the theories and hypothesis about personality of the smokers. Finally we realize some considerations among treatment, and we talk about some therapeutic strategies.

Key words.— *Tobacco; Tobacco-dependence; Smoking-habit; Epidemiology.*

1. INTRODUCCION

Aspectos epidemiológicos y sanitarios

El Comité de Expertos de la OMS ha reunido todas las pruebas necesarias para poder afirmar que «las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco cons-

tituyen en los países económicamente adelantados causas tan importantes de incapacidad de trabajo y de fallecimiento prematuro que la lucha contra este hábito podría ser más útil para el mejoramiento de la salud y la prolongación de la vida en esos países que cualquier otro programa de medicina preventiva». (OMS, 1974).

Según un estudio de mercado efectuado por Tabacalera S.A., en octubre de 1978, el 45% de los españoles mayores de 16 años son fumadores, es decir, unos 12 millones de personas. De las cuales, el 76% son hombres y el 24% mujeres.

El consumo de cigarrillos por habitante ha experimentado un gran incremento en los últimos años (Fig. 1)

hombres y mujeres fumadores es apenas perceptible entre adolescentes y jóvenes, a diferencia en la población adulta.

Fig. 2

Desde el punto de vista sanitario, la OMS (1974) denuncia que la mortalidad de conjunto de los fumadores de cigarrillos es de un 30% a un 80% más elevada que la

CONSUMO DE TABACO POR ADULTO Y AÑO EN ESPAÑA				
	1935	1950	1965	1973
N.º de cigarrillos	390	430	1.760	2.260
Todo tipo de productos del tabaco (Kg.)	1,6	1,4	2,0	2,5

FUENTE: Lee, P.N. (ed.): «Tobacco consumption in various countries», 4.ª ed., Londres, Tobacco Research Council, 1975.

Los 2,5 kg. de tabaco por habitante adulto y año situa a España muy por encima de la media mundial (1,15 kg.), e incluso de la de los países desarrollados (2,02 kg.)

Además mientras que en Europa se observa una tendencia general al estancamiento o disminución de la venta de tabaco, España ha sido el país europeo que más ha aumentado la venta entre 1972 y 1979.

Una encuesta efectuada en 1982 por el «Grup de Treball sobre Drogodependències» del Dpto. de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya, (Fig. 2), demuestra que en Cataluña el 37,6% de la población general de 16 a 65 años son fumadores actualmente frente al 11,3% de ex-fumadores y el 50,2% que no han fumado nunca. También destacan la elevada prevalencia del hábito de fumar en preadolescentes (75%) y jóvenes (61,7%).

Curiosamente esta encuesta revela que los colectivos ejemplares como médicos y maestros fuman casi tanto o más que la población general cómo la diferencia entre

de los no fumadores, y que el exceso de tasas de defunción entre los fumadores de cigarrillos se debe a un aumento de la incidencia de numerosas enfermedades.

La FIGURA 3 nos muestra el riesgo adicional específico (riesgo relativo) que tienen los fumadores sobre los no fumadores de morir de una determinada afección.

Si el cociente de mortalidad es 1, significa que no existe riesgo adicional. Este es el caso del cáncer de recto que no está relacionado con el consumo de tabaco. Pero el cociente 10'8 de cáncer de pulmón, indica que un fumador tiene una probabilidad 10'8 veces superior de cáncer de pulmón que un no fumador.

Valorados los efectos nocivos del hábito de fumar para la salud, la OMS (1979) afirma que «un fumador tiene el doble de probabilidades de morir antes de los 65 años que un no fumador», aunque dichas tasas de defunciones tiene relación con el n.º de cigarrillos fumados, la edad de inicio y el grado de inhalación.

También se ha demostrado que los ex-

Fig. 2

PREVALENCIA DEL HABITO DE FUMAR EN CATALUÑA (Porcentajes)					
	Hombres fumadores actuales	Mujeres fumadoras actuales	TOTAL		
			Fumadores actuales	Ex-fumadores actuales	No Fumadores
Población general (15-65 años)	58,0	19,8	37,6	11,3	50,2
Médicos	55,1	43,6	52,8	24,7	21,4
Profesores	52,3	40,5	45,7	15,3	38,0
Preadolescentes (12 a 15 años)	78,0*	67,9*	75,0*	—	25,0
Jóvenes (16 a 24 años)	62,8	60,1	61,7	6,9	30,6

* Fumadores habituales y fumadores esporádicos.

FUENTE: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Grup de Treball sobre Drogodependències. Enquesta sobre el consum de drogues a Catalunya. Barcelona, 1982.

fumadores tienen una mortalidad más baja que los fumadores, y la mortalidad de los primeros va aproximándose a la de los no fumadores a medida que aumenta la duración de la abstinencia. Así, los ex-fumadores que fumaban de 1 a 19 cigarrillos/día y que llevan 10 años o más de abstinencia tienen la misma probabilidad de muerte que los no fumadores.

Pero relacionado con este aumento de la tasa de mortalidad, no hemos de olvidar el enorme coste económico-social que representa el absentismo laboral, la demanda excesiva de servicios médicos, y la pérdida de capacidad productiva causadas por el hábito de fumar.

El consumo de tabaco trae además de consecuencias nocivas para la salud del fumador otras implicaciones especiales. Este es el caso del **embarazo** y de los llamados **fumadores pasivos**.

Diversos estudios han demostrado que

las mujeres fumadoras durante el embarazo tienen niños con un peso menor que las no fumadoras (de 150 a 140 grms. menos), como consecuencia del retraso de crecimiento uterino. Las probabilidades de aborto, del parto de feto prematuro o de muerte durante los primeros días de vida son aproximadamente el doble que en las no fumadoras.

Por otra parte, hay que señalar que el humo que sale de la punta del cigarrillo es más nocivo que el que se traga el fumador porque tiene una cantidad mayor de sustancias producidas por la combustión de tabaco (5 veces más de monóxido de carbono, 3 veces más de alquitrán y nicotina, 4 veces más de benzopireno, 46 veces más de amoníaco, ... etc.).

Así pues, los no fumadores si permanecen durante una hora en un local cerrado mal ventilado pueden inhalar la misma cantidad de humo que si fumaran un cigarrillo.

Fig. 3

**COCIENTES DE MORTALIDAD CORRESPONDIENTE A LOS
FUMADORES DE CIGARRILLOS EN SIETE ESTUDIOS PROSPECTIVOS**

Causas de defunción subyacente	Cociente de mortalidad
Cáncer de pulmón (152-3)	10,2
Bronquitis y enfisema (402,527.1)	6,1
Cáncer de laringe (161)	5,4
Cáncer de la cavidad bucal (140-8)	4,1
Cáncer de esófago (150)	3,4
Úlceras del estómago y del duodeno (540-541)	2,3
Otras enfermedades circulatorias (451-468)	2,6
Cirrosis hepática (581)	2,2
Cáncer de vejiga (181)	1,9
Enfermedad de las arterias coronarias (420)	1,7
Otras cardiopatías (421-2, 430-4)	1,7
Cardiopatía hipertensiva (440-3)	1,5
Arteriosclerosis general (450)	1,5
Cáncer de riñón (180)	1,5
Todos los demás cánceres	1,4
Cáncer de estómago (151)	1,4
Gripe y neumonía (430-483)	1,4
Todas las demás causas	1,3
Lesiones vasculares cerebrales (330-4)	1,3
Cáncer de próstata	1,3
Accidentes, suicidios y traumatismos (800-999)	1,2
Nefritis (592-4)	1,1
Cardiopatía reumática (400-416)	1,1
Cáncer del recto (154)	1,0
Cáncer del intestino (152-3)	0,9
Todas las causas	1,68

FUENTE: OMS. Consecuencias del tabaco para la salud. Serie de Informes técnicos, 568.

llo. La concentración de monóxido de carbono puede llegar a ser superior a la que es reglamentaria en los locales de trabajo de la industria.

Esta situación resulta especialmente nociva para enfermos con cardiopatías, asma, bronquitis crónica o enfisema, así como para los niños. Los hijos de padres que fuman padecen bronquitis y neumonías con el doble de frecuencia que los hijos de padres no fumadores.

2. ETIOLOGIA Y PERSONALIDAD

Comprobada la gran incidencia del tabaquismo en la población general pese a ser bien conocidas las graves consecuencias del tabaco en la salud, cabe preguntarse ¿por qué se fuma?

Realmente resulta difícil establecer la naturaleza de los diversos factores etiológicos intervinientes.

2.1. Factores etiológicos

Stächer y Bartmann (1977) investigan las situaciones y factores que intervienen en el hábito de fumar, y distinguen los «motivos» para el comienzo (iniciación) de los «motivos» para la persistencia (dependencia). Por otra parte diferencian los factores internos (individuales o personales) de los externos (sociales).

Este esquema etiológico se expone a continuación con las modificaciones que oportunamente se han efectuado.

2.2 Factores personales

Los dos autores antes referidos revisan diversos estudios en torno a las MOTIVACIONES INTERNAS (personales) que llevan al INICIO del hábito de fumar.

De dicha revisión se deduce cuáles son los factores personales que más claramente tienen relaciones, en sentido etiológico, con el hábito de fumar.

Estos factores son:

1. — LA EXTRAVERSION
2. — LA TRANSGRESION SOCIAL

Por el contrario, parece menos fiable y/o resulta discutible la pretendida relación de

los siguientes factores son:

1. — EL MENOR C.I.
2. — LA ORALIDAD
3. — EL NEUROTICISMO
4. — LA DISPOSICION CONGENITA

TA

A continuación vamos a analizar brevemente algunos de los trabajos de investigación citados por Stäcker y Bartmann, que sustentan dichas hipótesis y teorías.

2.2.1 La extraversión

Eysenck (1964) realiza amplias investigaciones para establecer las correlaciones entre el fumar y la extraversión (FIG. 4).

A partir de una muestra de 2.360 casos obtiene evidentes resultados que indican que los fumadores de cigarrillos, cuanto más fumadores, son más extrovertidos que los no fumadores, y sobre todo que los fumadores de pipa; estos últimos pues son para él los más introvertidos.

Actualmente, esta correlación (fumar-extroversión) parece muy bien confirmada por diversas investigaciones ulteriores.

(Smith 1967, 1979, Salber y Rochman 1961).

Ahora bien, Eysenck intenta explicar este fenómeno mediante la teoría del arousal. Para él los sujetos extrovertidos poseen un nivel de activación (arousal) del S.N.C. más bajo que los introvertidos, por ello consumen más tabaco, pues la nicotina tiene propiedades estimulantes que aumentan el arousal y, por tanto, el nivel de funcionamiento del S.N.C.

Por esta teoría entra en contradicción con el hecho de que los fumadores de pipa, considerados por el mismo autor como introvertidos, y que por tanto no poseen un nivel tan bajo de arousal, al consumir tabaco también obtendrían los efectos estimulantes de la nicotina. En consecuencia, los fumadores de pipa podrían ser tanto o más extrovertidos que los fumadores de cigarrillos.

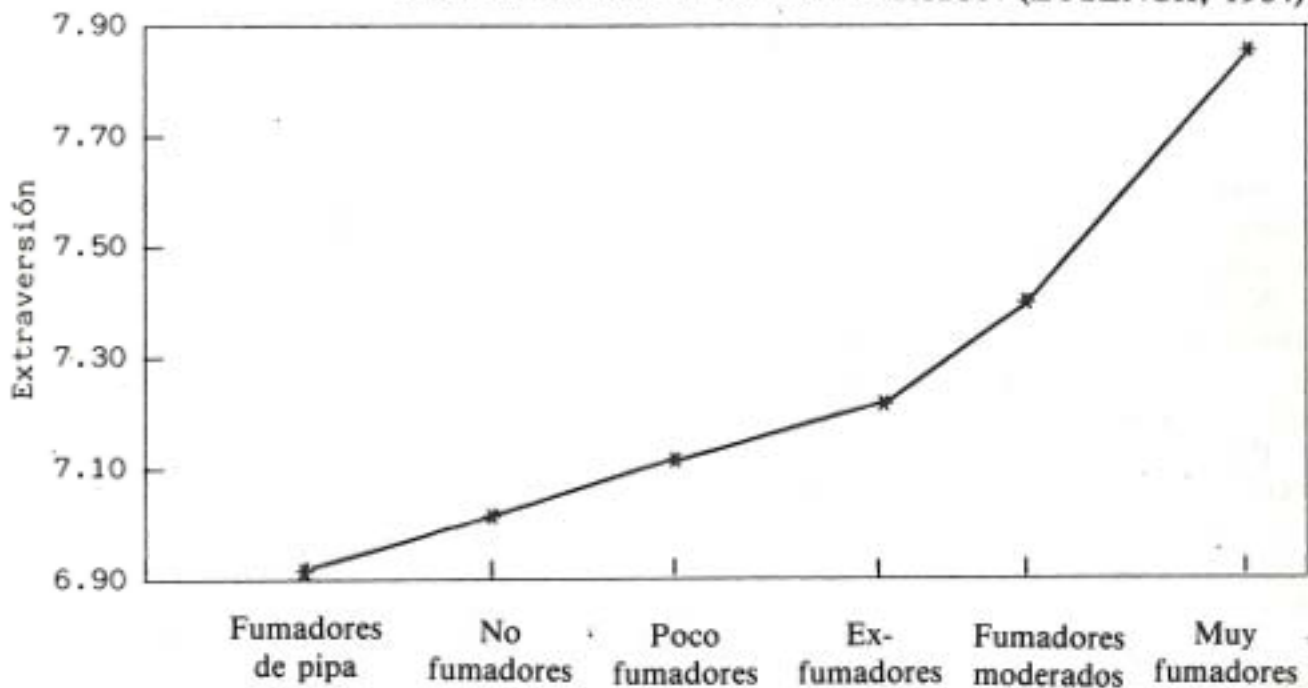
La teoría de Eysenck sobre el arousal

FACTORES ETIOLOGICOS EN EL TABAQUISMO

Factores de iniciación	Factores de dependencia
<ul style="list-style-type: none"> — Rasgos de la personalidad: extraversión, transgresión, «oralidad»... — Deseo de ser o parecer adulto. — Curiosidad, búsqueda de la valoración por parte del grupo. — Falta de información veraz y adecuada sobre los efectos del fumar. — Menor C.I. 	<ul style="list-style-type: none"> — Refuerzo positivo: efecto de la nicotina y otras sustancias agradables («sabor»). — Refuerzo negativo: síndrome de abstinencia de la nicotina, ante el que se actúa por evitación y escape. — Mantenimiento de los posibles factores de personalidad etiológicos. — Castigo no contingente (carcinoma, cardiopatías, etc., son muy lejanos) e ineficaz.
<ul style="list-style-type: none"> — Aprendizaje por medio de «modelado» de las conductas paternas, de los iguales, educadores, personalidades, «ídolos», etc. — Presión de la oferta mediante la publicidad, creando expectativas cuya satisfacción se relaciona con el uso del tabaco. — Presión directa al consumo por parte de familiares (en las fiestas, p. ej.) o por parte de los iguales (como «rito iniciativo»). 	<ul style="list-style-type: none"> — Refuerzo grupal y social. — Generalización de la respuesta «fumar» a un número cada vez mayor de estímulos discriminativos (acabar de comer, encontrar a un amigo, ir a dormir, oír hablar de tabaco, ver un anuncio en T.V.) — Refuerzo de la publicidad, uso del cigarrillo como valor de cambio en la interacción social. — No hay ayuda ni tratamientos para quienes desean dejar de fumar.

FUENTE: Freixa y Cols: «Toxicomanías, un enfoque Multidisciplinario». Cap. 5: «Tabaco». Sánchez-Tuset, Ferrer, etc. Edit. Fontanella Barcelona, 1981.

FIG. 4: FUMAR Y EXTRAVERSION (EYSENCK, 1964)



FUENTE: Stäcker y Bartmann: «Psicología del Fumar». Ed. Herder. 1977.

puede ser también rebatida, dados los resultados obtenidos en ciertas investigaciones (Straits y Sechrest, 1963) en que se demuestra que los fumadores hacen también un mayor consumo de alcohol, siendo esta sustancia depresora del S.N.C.

En realidad, una alternativa más clara y evidente que la teoría del arousal, para explicar la relación entre el hábito de fumar y la extroversión, sería el que en la sociedad occidental el cigarrillo juega un importante papel en las interrelaciones sociales, y por tanto los extrovertidos fuman más debido a su mayor tendencia a mantener relaciones interpersonales.

2.2.2. La transgresión social

Se han realizado investigaciones utilizando diversos instrumentos psicométricos, que demuestran una correlación positiva entre el hábito de fumar y la conducta de transgresión o vulneración de las normas sociales.

Los trabajos, entre otros, de Schubert sobre 1.000 estudiantes en 1959, y después sobre 1.250 estudiantes en 1965, así como los de Berger sobre 752 personas en 1971, demuestran una diferencia significativa entre fumadores y no fumadores en la escala

pd (Psychopathic deviation) del test MMPI.

En 1967, Catell y Krug utilizando una antigua versión del actual test 16PF, establecen un perfil medio de la personalidad del fumador, sobre una muestra de 256 estudiantes, y observan una considerable correlación ($r_p = .55$) con el perfil de lo que ellos definen como «sociópatas».

Estos estudios se realizaron sobre jóvenes estudiantes en unos años (generalmente anteriores a 1970) en que el fumar tenía un valor o significado de oposición a las normas sociales. Actualmente dada la intensa presión de los mensajes publicitarios, en los que se asocia el éxito social con el fumar, y la gran difusión como hábito «normativo» en nuestra sociedad, es muy posible que si dichos experimentos se repitieran hoy se obtendrían resultados diferentes.

Por otra parte, a Catell se le puede criticar que es muy dudoso que exista un sólo tipo de perfil de personalidad de fumador, que pueda englobar a tantas personas que fuman, pues resulta bastante evidente la gran variedad de fumadores. Sobre este punto hablaremos más adelante al explicar la tipología de fumadores descrita por Russell (1974).

2.2.3 El menor C.I.

Autores como Salber, McMahon y Welsch (1962) sobre una muestra de 5.868 estudiantes, obtuvieron que el C.I. medio de los no fumadores era de 112, para los fumadores ocasionales de 109 y para los fumadores habituales de 107.

Esta investigación y otras (Pumpoy 1967, Verdman y Brown 1968), demuestran como los fumadores tienen menor éxito en los exámenes y menor rendimiento académico general.

Pero los mismos Stäker y Bartmann ponen en duda la hipótesis sobre el efecto negativo del tabaco sobre la inteligencia y el estudio. Y consideran que es más probable que exista una correlación positiva entre el no fumar y la motivación de los estudios, en el sentido de que el fumador como corresponde a su personalidad «transgresiva», tenderá más a rechazar normas de rendimiento.

2.2.3. La oralidad

La clásica hipótesis de la oralidad que propugana como condiciones determinantes del inicio del hábito de fumar, acepciones tales como: la fijación oral, frustración, el carácter oral, etc., se sustenta en bases muy discutibles que han sido revatidas por los resultados de varios experimentos.

Como por ejemplo, Salber (1964) realizó una encuesta a 314 parejas acerca de los hábitos anteriores de sus hijos. Únicamente encontró una correlación positiva entre lactancia materna y hábito de chuparse el dedo, así como entre destete precoz y chuparse el dedo, pero no pudo detectar ningún tipo de relación con el hábito de fumar.

Si el fumar no fuera más que una fijación oral, en el sentido de una preferencia por introducirse algo en la boca, los cigarrillos sin nicotina deberían servir como sustitutivos, cuando está demostrado que aún se fuma más, pues el fumador busca el efecto de la nicotina además de introducirse algo en la boca. Como dice Rusell (1974): «No cabe duda de que si no hubiese nicotina en el humo del tabaco, la gente no estaría más inclinada a fumar de lo que

está a hacer burbujas».

Actualmente, sólo parece lógico pensar que un cierto subgrupo de fumadores puede tener relación con determinada «oralidad».

2.2.5. El neuroticismo

Existe una amplia publicación de investigaciones que demuestra la gran disparidad de criterios en cuanto a la supuesta relación entre el grado de neuroticismo y el hábito de fumar.

Varios estudios revisados por J. Pérez (1980) no han podido confirmar la hipótesis, como los de Eysenck y Cols (1960 y 1963), Kanekar y Dolke (1970), Eastwood y Trevelyan, (1971 y 1972), Freeman (1971)l Rae (1975) y Pérez (1977).

Otros, como Meares y Cols (1971), Pincherle y Willianson (1971), Cherry y Kierman (1976) encontraron una relación positiva, de forma que si aumentaba el neuroticismo incrementaba el hábito de fumar.

Esta conflictiva situación lleva a pensar que en el grado de neuroticismo y en el fumar pueden influir muchas variables psicosociales, como la propaganda que fomenta el consumo de cigarrillos o la contrapropaganda médica sobre los efectos nocivos el tabaco, la zona geográfica, el sexo, la moral, el momento o situación en que se fuma, el grado de consumo del cigarrillo, etc.

Por tanto estas variables deberían ser controladas al máximo, y crearse nuevos diseños experimentales que permitan obtener resultados más claros.

2.2.6. La disposición congénita

La hipótesis de la influencia hereditaria en el hábito de fumar ha sido defendida por Eysenck (1968) y ha sido comprobada en varias investigaciones con hermanos gemelos.

En este sentido, los trabajos de Todd y Mason (1959) demuestran que los gemelos monozigotos presentan una mayor similitud en los hábitos de fumar que los gemelos dizigotos, lo cual es confirmado también por la investigación de FRIBERG,

DENCKER Y JONSSON (1959).

Ahora bien, estos resultados son relativos pues se ha observado contra la hipótesis de la disposición congénita, la gran influencia que juega el medio ambiente en el hábito de fumar. Pues los gemelos que vivían en el mismo domicilio mostraban mayor similitud que aquellos que vivían en direcciones diferentes.

2.3. Clasificación del hábito de fumar

Las investigaciones de Rusell y Cols (1974) explican la dependencia del fumar en base a los principios de la teoría del aprendizaje y las propiedades reforzadoras de la nicotina.

Mediante un completo cuestionario, susell valoró las diferentes interacciones de recompensas sociales, psicológicas y farmacológicas, y las motivaciones que determinan el inicio y mantenimiento del fumar.

Con los resultados obtenidos realizó una clasificación que representa siete tipos de fumar, pero que no son excluyentes. En el sentido de que cualquier fumador puede mostrar un variado perfil con diferentes tipos de fumar, en lugar de un solo tipo.

La clasificación queda reflejada en la Fig. 5.

De este estudio, Rusell propone un modelo de conducta del fumar que supone progresivamente que va de recompensas no farmacológicas (psicosociales y luego sensoriomotoras) a fumar por un efecto positivo de la nicotina (indulgentes, sedante, estimulante), llegando a establecer una dependencia a la nicotina. Dicha dependencia no se mantiene tanto porque el fumar produzca un efecto positivo, sino porque la ingestión de la nicotina evita representada por los tipos de fumar con hábito, automático, por estimulación y sedante. Aunque cada fumador puede tener una forma predominante de hacerlo.

3. TRATAMIENTO

La exposición de los factores etiológicos y de personalidad de los fumadores permite deducir la importancia que tienen las motivaciones, tanto para el inicio como para

el mantenimiento del hábito de fumar.

De igual forma, y tal como demuestran muchos investigadores, se puede afirmar que el éxito de cualquier tratamiento depende del deseo del sujeto para dejar de fumar más que de la técnica utilizada (OMS 1979), por lo cual quizás sería más útil actuar para reforzar o crear estas motivaciones. Este objetivo puede conseguirse mediante las tareas de prevención cuya importancia es crucial.

Pero no hay duda de que los pacientes que reciben algún tipo de tratamiento se recuperan más que los que no reciben ningún tipo de asistencia. Así, la eficacia de los diferentes métodos de tratamiento, en general, está en una tasa de abstinencia del 80-90% de los casos inicialmente, pero al cabo de un año dicha tasa se reduce a un 25%.

Vamos a definir algunos de los factores que influyen sobre las motivaciones personales para no dejar de fumar, y que por tanto son **causas de la falta de efectividad de los tratamientos**:

1. La presión social (amigos fumadores...) y la publicidad.
2. La inadecuación del tratamiento (en sí mismo y/o para las características de personalidades del individuo).
3. La ingesta de alcohol asociada al fumar (el beber disminuye la capacidad de autocontrol respecto al tabaco).
4. La expectativa de fracaso (muchos lo ha intentado dejar y ha fracasado).
5. La dependencia fisiológica de la nicotina (aparición de molestias con la abstinencia).
6. La ganancia de peso (el tabaco camufla la sensación de apetito).
7. Las situaciones estresantes.

En resumen, podríamos decir que las motivaciones que generalmente puede ayudar a un fumador a mantener un prolongado o definitivo período de abstinencia, son:

1. El temor por la salud personal y familiar (consecuencia del tabaco).
2. Desear realizar una actividad contradictoria al fumar (deporte, naturismo, ser vegetariano, ...).

Fig. 5

CLASIFICACION DEL HABITO DE FUMAR

TIPOS	FASE	MOTIVACIONES Y RECOMPENSAS	POBLACION MAS FRECUENTE	EFECTO NICOTINICO
EL FUMAR PSICOSOCIAL	INICIO	Compensaciones psicosociales (autoconfianza, aceptación del grupo, imagen de «duro», atracción sexual, elegancia, rebeldía, precocidad...).	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes • Fumadores adultos que no inhalan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prácticamente no se absorbe nicotina, por ello hay poco deseo.
EL FUMAR SENSORIOMOTOR	INICIO/ MANTENIMIENTO	Sensaciones no farmacológicas (manipulación del paquete, del cigarrillo en la mano y en la boca, proceso de encender, aspirar, exhalar, contemplar el humo, el olor, el sabor...).	<ul style="list-style-type: none"> • Fumador de pipa o puro. 	<ul style="list-style-type: none"> • La recompensa del efecto de la nicotina es poco importante.
EL FUMAR INDULGENTE	INICIO/ MANTENIMIENTO	Placer, descanso y relajación (después de las comidas, al finalizar un trabajo, asociado con beber café o alcohol).	<ul style="list-style-type: none"> • Fumadores ligeros a moderados, que consumen menos de 20 cigarrillos día. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es importante la inhalación y por tanto el efecto de la nicotina. • Fuma igualmente en solitario (diferencia con el psicosocial).
EL FUMAR SEDANTE	MANTENIMIENTO	Aliviar o tranquilizar estados desagradables, de ansiedad o tensión.	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres. • Personas tensas y nerviosas. 	<ul style="list-style-type: none"> • La satisfacción oral y la ocupación de los manos parece que son más responsables del grado de sedación que la acción de la nicotina.
EL FUMAR COMO ESTIMULANTE	MANTENIMIENTO	Actividad y ocupación (elevar el tono subjetivo, pensar, concentrarse, disminuir la fatiga, actuar para superar el stress).	<ul style="list-style-type: none"> • Fumadores habituales y automáticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elevada ingesta de nicotina, ya que la inhalación es profunda y el consumo de cigarrillos elevado.
EL FUMAR CON HABITO	MANTENIMIENTO	Evitar o aliviar los síntomas desagradables de la privación (malestar subjetivo).	<ul style="list-style-type: none"> • Fumadores que no pasan más de 20 ó 30 minutos sin fumar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las situaciones externas influyen poco sobre la frecuencia del fumar. • Para mantener un nivel elevado en el cerebro se comienza a fumar poco después de despertar.
EL FUMAR AUTOMATICO	MANTENIMIENTO	Acto de encender es casi inconsciente. Conciencia aguda del fumar siempre que no se puede conseguir el cigarrillo.	<ul style="list-style-type: none"> • Fumadores empedernidos que a menudo encienden un cigarrillo mientras el otro aún arde. 	<ul style="list-style-type: none"> • La dependencia a la nicotina se da como en el tipo de fumar con hábito y como estimulante.

Por ello, a la hora de plantearnos una estrategia terapéutica hemos de trabajar la motivación como base del tratamiento.

Para que pueda existir una abstinencia a largo plazo los motivos han de ser suficientemente fuertes y su peso específico tiene que ser vivenciado como mayor que los elementos gratificantes inmediatos del consumo de tabaco. Por tanto, no es una cuestión de «falta de voluntad» como se excusan muchos fumadores, pues este concepto científico no existe, es falso e irreal, no susceptible de medidas ni de manipulación terapéutica.

En la actualidad contamos con una amplia literatura sobre diferentes tratamientos del tabaquismo, por lo que vamos a exponer sucintamente la revisión efectuada en el libro de Freixa y Cols. (1981). Así, se pueden dividir, **tres grandes grupos de técnicas terapéuticas:**

A. Técnicas Farmacológicas

A.1 Sustitutivos de nicotina: Lobelina (pauta de disminución progresiva de la dosis).

A.2 La nicotina misma: Chicle de nicotina (evita el riesgo respiratorio pero no el cardiovascular).

A.3 Transformaciones desagradables del gusto del tabaco:

- Extracto de avena sativa
- Proteinato de plata
- Escorbuto de quinina

(Tiene poca posibilidad de éxito, sobre todo entre los que fuman por cuestiones sociales. Ej. de nombre comercial: «Desinto»)

A.4 Reductores del «síndrome de abstinencia»:

- Ansiolíticos
- Anfetaminas
- Placebos

(Los mejores resultados sobre la irritabilidad, cefaleas, insomnio ..., se han obtenido con los placebos).

B. Técnicas Psicológicas

B.1 Técnicas de modificación de conducta: Parten del supuesto de que el com-

portamiento del fumar se debe a un hábito aprendido por el proceso clásico del condicionamiento operante.

- Entrenamiento Asertivo
- Técnicas autocontrol
- Técnicas aversivas
- Técnicas de saciación («Rapid

Smoking». ...)

B.2 Técnicas dinámicas: pretenden la solución del hábito mediante la superación de antiguos conflictos orales y la utilización de técnicas de persuasión.

- Hipnosis

B.3 Psicoterapia de grupo: Se basa en grupos de discusión e información (discusiones sobre las vivencias personales y las dificultades para liberarse, información correcta y masiva).

B.4 Psicoterapia de apoyo: Se utilizan métodos sugestivos, de refuerzo, farmacológicos, consejo médico habitual, etc.

C. Técnicas varias

C.1 Técnicas Orientalistas:

- Acupuntura
- Auriculoterapia

C.2 Otras técnicas:

- Boquillas regulables
- Pitilleras automáticas
- Percepción subliminal, ...

En la mayoría de naciones desarrolladas se han creado **centros de tratamiento del tabaquismo**. El primero en el mundo fue en Estocolmo en el año 1957, y poco después en 1958, surgió otro en Londres.

En *España*, únicamente se han llevado a cabo ciertos tipos de métodos comerciales dentro de centros privados, cuya eficacia es dudosa pues no existen investigaciones rigurosas que evalúen los resultados.

El primer centro público de tratamiento en nuestro país está instalado en el Servicio de Neumología del Hospital Clínico de Barcelona. En este Centro se han aplicado las siguientes técnicas: el chicle de nicotina y el control fisiológico de la abstinencia mediante un aparato (Ecolyzer, 2.106) que analiza el monóxido de carbono en el aire espirado, lo que permite ofrecer al sujeto un «feed-back» fisiológico que

actúa como refuerzo altamente positivo, pues obtiene información sobre las mejoras respiratorias que consigue gracias a la abstinencia.

Dada la reciente incorporación de dicho aparato, lamentablemente no se disponen de datos suficientes para valorar los resultados.

Además, de esta experiencia existe otra realizada en Barcelona y en el País Vasco, sobre la aplicación de un método no comercial llamado «Plan de 5 días para dejar de fumar».

Este es un método educativo de terapia colectiva (más que de grupo) del hábito tabáquico, creado en 1959 por los Dres J. Wayne McFarlan y E. Folkenberg, y que ha sido desarrollado en la mayoría de los países del mundo (hasta el año 1977 lo habían seguido unos 11 millones de fumadores).

Consiste en un programa de cinco sesiones, que contienen cada una de ellas una película seguida de dos charlas, una médica y otra psicológica, que continúan con un coloquio y reparto de material guía y hojas de control.

No existen trabajos de seguimiento del «Plan de 5 días» en nuestro país, pero podemos citar uno de los efectuados en Francia, en que el 95% cesaron de fumar en la primera semana, y un 38% de estos se mantuvieron en abstinencia a los 13 meses.

Para finalizar, vamos a enumerar algunas de las **medidas** que recomienda la OMS a los que siguen fumando para que, al menos, puedan **reducir la cantidad de humo inhalado**:

- fumar menos número de cigarrillos al día
- dar menos fumadas a cada cigarrillo
- aspirar menos cantidad de humo (dando fumadas menos profundas o mejor, no tragarse el humo)
- dejar colillas más largas (en el último tercio de cigarrillo se produce la más alta concentración de sustancias tóxicas)
- retirar el cigarrillo de la boca entre una fumada y otra

También se ha citado frecuentemente la normativa preventiva de fumar marcas con

menos nicotina y alquitrán. Pero estudios recientes (Benowitz y otros, Kaufman y otros, ...) demuestran que muchas marcas de cigarrillos «bajos en nicotina y alquitrán» no contienen la cantidad de esos elementos que se anuncia, que la absorción de los mismos no sólo depende del contenido y por último, que los efectos nocivos siguen produciéndose y dependen sobre todo del número de cigarrillos fumados.

BIBLIOGRAFIA

- BLANCO, F., MENDOZA, R., VEGA, A. (1979). Técnicas de prevención de las fármacodependencias. *VII Jornada Nacionales de Sociodrogalcohol*. Pamplona.
- CAPDEVILA, C.A. (1978). *Cómo dejar de fumar*. Edit. El Ateneo. Buenos Aires.
- CRONICAS DE LA OMS. (1979). *Tratamiento de la dependencia del tabaco*. Ginebra. Vol. 33, n.º 3. 111-113.
- DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA. (1982). *El Tabaquisme a Catalunya*. Serie de Informes Técnicos. Barcelona.
- FERERES, J.: (1985). Efectos Nocivos del Tabaco. *Tribuna Médica*. n.º 1.067, 26. Madrid.
- FREIXA, F., SOLER INSA, P.A. y colaboradores. (1981). *Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario*. Ed. Fontanella. Barcelona.
- MENDOZA, R. (1980). *El tabac com a droga contaminant: Epidemiologia del Tabaquime al nostre país*. XIº congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Reus.
- OMS (1974). *Consecuencias del Tabaco para la Salud*. Ginebra.
- OMS (1979). *Lucha contra el Tabaquismo epidémico*.
- PEREZ, J. (1980). *Personalidad y Hábito de Fumar: Una revisión*. Revista de Psicología General y Aplicada. Madrid. Vol. 35 (4), pp, 661-672.
- RAW, M. (1982) *Naturaleza y tratamiento de la dependencia del cigarrillo*. 1es. Jor-

nades de Psicologia i Drogodependències. Barcelona.

RUSELL, M.A.H. y otros. (1974). El hábito de fumar y su clasificación. *The Practitioner*. Vol. XI, n.º 109, pp. 23-32.

RIPOL, S. (1980). Tratamiento del Tabaquismo. *Jano*. n.º extra, pp. 53-59.

SABATE, J. (1983). Evaluación del Plan de 5 días, como método de deshabitación tabáquica. *Jano*. n.º 594, pp. 79-81.

SALVADOR, T. (1983). El tratamiento del tabaquismo y su futuro. *Jano*, n.º 594, pp. 72-75.

SALLERAS, L. (1983). *Tabaquisme: As-*

pectes sanitaris i socials. Consell Nacional de la Joventut de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Barcelona.

SALLERAS, L. (1983). El Tabaquismo, una epidemia moderna. *Jano*, n.º 594, pp. 36-38.

STACKER, K-H, BARTAMANN, V. (1977). *Psicología del fumar*. Ed. Herder. Barcelona.

TABACALERA, S.A. (1979). *Estudio sobre el consumo de tabaco en España*. Actualidad tabaquera.

ZARAGOZA, J.R., LLANOS, M. (1980). *Tabaco y Salud*. Ed. AC. Madrid.