

La técnica de retener el humo en el tratamiento de fumadores

Becoña, E.; Froján, M.^a J.

Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología.
Universidad de Santiago de Compostela

RESUMEN

La técnica de retener el humo ha sido presentada como equivalente en eficacia a la de fumar rápido (una de las técnicas más eficaces en el tratamiento de fumadores, aunque con algunos problemas en su aplicación por ser una técnica aversiva), y como posible alternativa a la misma. En un estudio de caso analizamos la aplicación de la técnica de retener el humo a un sujeto fumador de 30 cigarrillos diarios, presentando junto con el tratamiento el seguimiento del mismo, y discutiendo, finalmente, las ventajas que presenta esta técnica en el tratamiento de fumadores.

Palabras clave: Fumador, técnica aversiva, retención del humo.

SUMMARY

The smoke holding technique has been reported as effective as rapid smoking technique (one of the most effective techniques in the treatment of smoking, although with several problems in its application because it is a aversive technique), and as alternative at it. In a case study we analysed the application of the smoke holding technique in a smoker subject of 30 cigarettes daily, including treatment and follow-up. We discussed too the advantages of the treatment of smoking with this technique.

Key words: Smoke holding, smoking, aversive techniques.

INTRODUCCION

El tratamiento de fumadores ha constituido desde los comienzos de la modificación de conducta uno de sus campos de interés, aunque los resultados obtenidos no siempre han sido todo lo satisfactorios que sería de desear (Leventhal y Cleary, 1980; Yates, 1975). En otras conductas adictivas

el cuadro es semejante (Brownell, 1984). Al mismo tiempo, el interés en buscar adecuadas técnicas de tratamiento ha aumentado progresivamente en nuestra actual década por estar hoy claras las relaciones existentes entre el tabaco y la salud (Organización Mundial de la Salud, 1974; Royal College of Physicians, 1983).

Correspondencia:
Elisardo Becoña, Universidad de Santiago de Compostela. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Campus Universitario. 15701 Santiago de Compostela. Galicia.

Las técnicas tradicionales de tratamiento de fumadores obtienen tasas de abstinencia del 20 al 30% de abstinencia al año de seguimiento (cfr. Leventhal y Cleary, 1980; Lichtenstein, 1982). En la actual década se ha dado un importante avance a este respecto, al aparecer nuevas técnicas, o aumentar la investigación sobre otras existentes, llegándose hoy a alcanzar con algunas técnicas alrededor del 50% de tasa de abstinencia al año de seguimiento, aunque después del tratamiento rondan el 90-100% de abstinencia. El mantener los resultados obtenidos en el tratamiento sigue siendo el verdadero problema.

Dentro de las técnicas comportamentales para el tratamiento de sujetos fumadores destacan en el presente, en primer lugar, las técnicas aversivas, y de ellas la de fumar rápido (Becoña, 1985), rondando su eficacia el 50% de abstinencia al año de seguimiento. También la técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán de Foxx y Brown (1979) ronda el 40% de eficacia al año de seguimiento, como promedio, de los estudios que han utilizado la misma (cfr. Becoña, 1987c). También se consideran dentro de las técnicas más eficaces los programas multicomponentes (Lichtenstein y Merlmenstein, 1984), que suelen combinar junto con una técnica aversiva otros procedimientos (ej. Becoña, 1987a), y el chicle con nicotina (Fagerström, 1982), técnica orientada a la eliminación del síndrome de abstinencia.

Dentro de las técnicas aversivas la técnica de fumar rápido es la que obtiene los mejores resultados (ej. Hall, Sachs, Hall y Benowitz, 1984), aunque tienen inconvenientes por el procedimiento aversivo en sí, como hemos analizado en otro lugar (Becoña, 1986, 1987b), lo que a veces no posibilita su aplicación. La técnica de fumar rápido consiste en que el sujeto fume a una tasa rápida, cada seis segundos, sus cigarrillos inhalando el humo a lo largo de ensayos de quince minutos con descansos entre los mismos de cinco minutos. Normalmente se realizan tres ensayos por sesión, o hasta que aguante el sujeto.

Como alternativa a la técnica de fumar

rápido Kopel, Suckerman y Baksht (1979) sugirieron la técnica de retener el humo, consistente en que el sujeto inhale el humo de su cigarrillo y lo mantenga en la boca, respirando normalmente por la nariz mientras lo mantiene en la misma y sin que éste vaya para los pulmones. Esto se hace en ensayos de 30 a 45 segundos, con períodos de descanso semejantes. Se suelen realizar cinco bloques de ensayo-descanso y tres bloques completos a lo largo de cada sesión de tratamiento. Como es evidente, esta técnica elimina muchos de los problemas que plantea la aplicación de fumar rápido (ej. taquicardia, vómitos), por ser mucho menos aversiva. Los escasos estudios que existen con la misma hasta el presente (ej. Lando y McGovern, 1985) indican resultados prometedores o bastante satisfactorios. En el presente trabajo analizamos el tratamiento de un sujeto fumador con la técnica de retener el humo, donde se puede apreciar la utilidad que esta técnica tiene en el tratamiento de sujetos fumadores.

METODO

Sujeto. El sujeto al que se le aplicó la técnica de retener el humo era un hombre de 23 años de edad, estudiante universitario. Llevaba fumando nueve años, desde los 14. Comenzó fumando tabaco negro; en el momento de aplicársele el tratamiento fumaba una media de treinta cigarrillos rubios diarios de la marca Winston. En ocasiones había llegado a fumar sesenta cigarrillos en un día, concretamente cuando salía de «copas».

Fumaba los cigarrillos completamente, hasta el filtro, en unas trece caladas. Siempre inhalaba el humo al fumar. El primer cigarrillo del día lo fumaba antes de desayunar, nada más despertarse. Se quejaba de dificultades respiratorias. A menudo padecía bronquitis y el hecho de practicar habitualmente deporte hacía que sufriera constantes ahogos y cansancio respiratorio.

Anteriormente no había realizado ningún intento para dejar de fumar, puesto que estaba convencido de que le era impo-

sible dejarlo.

En la casa paterna fumaban todos sus miembros (padre, madre y hermana mayor), excepto el hermano pequeño. El sujeto quería dejar de fumar fundamentalmente por motivos de salud, pero no tenía ningún tipo de expectativas ante el tratamiento. Acudió al mismo al leer los carteles que habían sido colocados en las diversas facultades del Campus de la Universidad de Santiago ofertando un tratamiento para dejar de fumar. Sin embargo, una vez iniciado el tratamiento siguió todas las instrucciones y recomendaciones que se le iban dando.

Era un consumidor habitual de café y alcohol y esto incidía en su tendencia a fumar en situaciones sociales: cuando estaba con amigos, en la sobremesa, en fiestas nocturnas, etc.

En su infancia no había padecido ninguna enfermedad importante y su estado de salud general era bueno, exceptuando los problemas relacionados con el hábito antes citado.

Este sujeto antes del tratamiento se mostraba excéptico ante el mismo, y sólo la curiosidad generada por un anuncio tan prometedor como el que leyó le impulsó a participar en el tratamiento.

Tratamiento.

La técnica de retener el humo y demás componentes del tratamiento, tal como se le aplicaron al sujeto del que nos ocupamos, siguieron los siguientes pasos:

Entrevista inicial, evaluación y línea base. Cuando el sujeto acudió por primera vez a las sesiones de tratamiento se le aplicó una entrevista semiestructurada, con el fin de obtener datos concretos sobre su historia de fumador que pudieran ser utilizados en intervenciones posteriores. Se le explicó en qué consistía el tratamiento y si estaba de acuerdo con el procedimiento a seguir, como así ocurrió. Además, firmó un contrato de participación, por el cual se comprometía a colaborar tanto durante el tratamiento como durante el seguimiento. A continuación cumplimentó diversas escalas que forman parte de un estudio más

A continuación cumplimentó diversas escalas que forman parte de un estudio más amplio sobre variables predictivas del éxito del tratamiento que estamos llevando a cabo. Luego se le proporcionaron unas hojas de autorregistro que debía cubrir diariamente, especificando el número de cigarrillos que iba fumando, la hora en que lo hacía, la situación en que ocurría la conducta y los pensamientos relacionados con ella. Establecimos así un período de línea base que duró siete días al cabo de los cuales la conducta de fumar del sujeto se había estabilizado ($\bar{X} = 21.28$, D.T. = 1.23). Durante este período el sujeto fumó normalmente pero el efecto reactivo de la introducción del autorregistro hizo que disminuyera notablemente su tasa de fumar, que estaba alrededor de 30 antes de comenzar al tratamiento.

Primera sesión de tratamiento. Después de una semana de línea base el sujeto acudió de nuevo para comenzar la intervención. Primeramente se le proporcionó información sobre el tabaco, el hábito de fumar y sus repercusiones sobre la salud, haciendo especial énfasis en los efectos a largo plazo, puesto que esto era lo que pensábamos que más motivaba al sujeto a seguir el tratamiento con éxito.

Una vez hecho esto se le instruyó en el análisis de los antecedentes y consecuentes de fumar, subrayando la dependencia situacional del hábito y especificando sobre los autorregistros las situaciones de alto riesgo para desarrollar estrategias con las que enfrentarse a ellas. Concretamente en este sujeto, las situaciones de alto riesgo coincidían con situaciones sociales, especialmente fiestas o salidas nocturnas.

Se le proporcionaron además algunas reglas prácticas para disminuir el consumo: fumar sólo la mitad del cigarrillo, puesto que lo fumaba entero; no aceptar en ningún momento ofrecimientos de cigarrillos y mantener el paquete alejado del sitio donde estuviera, de forma que para coger un cigarrillo tuviera que hacerlo de forma voluntaria y consciente.

En este momento se puso en práctica la

técnica de retener el humo (Kopel et al. 1979): el sujeto inhalaba el humo y lo retenía en la boca y garganta cinco veces durante cuarenta y cinco segundos, respirando normalmente por la nariz y descansando treinta segundos de cada vez. Esta serie se repitió dos veces más con un descanso de cinco minutos entre cada una, tiempo que se aprovechaba para comentar los efectos aversivos de la técnica y el malestar producido por el humo que se acumulaba en la habitación. Mientras el sujeto retenía el humo, el terapeuta le instaba a concentrarse en las sensaciones desagradables que iba sintiendo en la boca y garganta: irritación, exceso de salivación, picor, sequedad, etc. La duración total del procedimiento fue de alrededor de media hora.

Segunda a octava sesión de tratamiento. Las sesiones se llevaron a cabo en días consecutivos, con la excepción del fin de semana (sábado y domingo). En cada una de ellas se revisaron diariamente los autorregistros y se comentaba la eficacia de las reglas prácticas. Fue particularmente exitosa la de fumar el cigarrillo hasta la mitad, cosa que el sujeto hizo a partir de la primera sesión (con lo cual la reducción era considerable). En este grupo de sesiones empezamos a eliminar cigarrillos concretos muy vinculados con situaciones determinadas; de este modo se suprimieron el cigarrillo del despertar (posponiéndolo hasta después del desayuno), uno de los cigarrillos de la sobremesa, los cigarrillos fumados al hablar por teléfono, entre otros.

A continuación en cada una de las sesiones se aplicó la técnica de retener el humo.

Después de las ocho sesiones de tratamiento (diez días), el sujeto dejó de fumar.

Novena a decimosegunda sesión de tratamiento. En la novena sesión, ya abstinentemente, el sujeto firmó un contrato por el cual se comprometía a permanecer abstinentemente durante un mes. En esta y en las tres siguientes sesiones se siguió aplicando la técnica de retener el humo, como sesiones de mantenimiento.

Seguimiento. El seguimiento de este sujeto se prolongó durante un año. Después

del primer contrato de abstinencia firmó dos más mensuales y un cuarto contrato por otros tres meses. A los seis meses y al año de seguimiento, el contacto con el sujeto se estableció telefónicamente, y su versión de su conducta como no fumador se contrastó con la proporcionada por sus padres.

RESULTADOS

El sujeto quedó abstinentemente al cabo de ocho sesiones de tratamiento (cfr. figura 1). Durante la línea base su tasa de fumar disminuyó espontáneamente como efecto reactivo ante el autorregistro. De los treinta cigarrillos que fumaba diariamente antes de iniciarse el tratamiento pasó a fumar una media de 21.28: el primer día de línea base fumó 23, y en los siguientes: 21, 22, 22, 21, 19, 20. Durante las sesiones de tratamiento la reducción continuó de manera constante: el primer día de tratamiento el número de cigarrillos fumados fue de 13, el mismo que el segundo día. A partir de entonces fue disminuyendo uniformemente: 10 al tercer día de tratamiento, 8 al cuarto, 6 al quinto, 5 al sexto, 3 al séptimo y por último 1 el octavo día de tratamiento. Fue entonces cuando el sujeto firmó el contrato de abstinencia, la cual se mantiene en la actualidad, un año después de finalizado el programa de tratamiento.

El sujeto al año de seguimiento, y como abstinentemente, comentaba que se encontraba mejor de salud, hacía deporte asiduamente y no se cansaba, como sí le ocurría antes de llevar a cabo el tratamiento.

DISCUSION

El resultado obtenido con este sujeto ha sido efectivo utilizando la técnica de retener el humo, técnica aversiva que no tiene consecuencias tan desagradables para el sujeto como a veces conlleva la aplicación de la técnica de fumar rápido. Los sujetos notan las molestias en la boca, y sobre todo les deja durante un par de horas al menos muy mal sabor de boca, lo que posibilita que no vuelvan a fumar.

La técnica de retener el humo tiene como una de sus características más destacadas la rapidez con que se consigue que el sujeto quede abstinentes. En nuestro caso en ocho sesiones el sujeto dejó de fumar. Luego se le aplicaron cuatro más de mantenimiento para mantener tales resultados. Ello ha representado en este caso, aparte de los siete días que duró la línea base, un total de catorce días consecutivos dentro del tratamiento, con doce días de aplicación del tratamiento, al introducir un descanso en el fin de semana (sábado y domingo). La aplicación diaria y continua de este procedimiento posibilita que el sujeto se mantenga motivado a lo largo del tratamiento, ya que va viendo día tras día cómo desciende en el número de cigarrillos que fuma. Al no ser la reducción de cigarrillos brusca le permite también al sujeto regular a nivel fisiológico, a lo largo de la semana y media o dos semanas que dura el tratamiento, el síndrome de abstinencia, que en este caso no se produce por la reducción gradual en el número de cigarrillos, pero que sí se puede producir (y se produce) en otras técnicas cuando hay una reducción abrupta del consumo de cigarrillos —esto es, bajar de por ejemplo 25 cigarrillos a 0 de un día para otro—, siendo el síndrome de abstinencia que ello produce a veces el responsable de la inmediata recaída.

Otro aspecto destacable de esta técnica es que no requiere instrumental. Un simple cronómetro permite controlar sucesivamente los tiempos de humo en la boca y tiempo de descanso entre bocanadas. Puede ser conveniente tener un sistema adecuado de ventilación del local donde se lleva a cabo el tratamiento.

A pesar de que los estudios que se han publicado con esta técnica han sido prometedores se precisa, sin embargo, mayores estudios con la misma, utilizando grupos de comparación para ver la eficacia comparativa con otros tratamientos. En un estudio inédito realizado por nosotros utilizando esta técnica (N = 11) hemos obtenido un 54,54% de abstinencia a los seis meses de seguimiento, aunque hasta que ha-

ya un corpus mínimo de diferentes investigaciones no podremos claramente concluir la eficacia real o superioridad de esta técnica con respecto a otras que ya han demostrado en el momento presente su eficacia. Sin embargo, todos los datos apuntan hacia la utilidad de la técnica de retener el humo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BECOÑA, E. (1985). La técnica de fumar rápido: una revisión. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 3, pp. 209-243.
- BECOÑA, E. (1986). Análisis de los riesgos en la aplicación de la técnica de fumar rápido. *Galicia Clínica*, 5, pp. 161-166.
- BECOÑA, E. (1987a). Intervención psicológica para la eliminación del hábito de fumar. En J.M. Buceta (Ed.), *Psicología clínica y salud: aplicación de estrategias de intervención*, pp. 255-282. Madrid: UNED.
- BECOÑA, E. (1987b). La modificación del comportamiento de fumar, por medio de la técnica de fumar rápido. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 19, pp. 19-30.
- BECOÑA, E. (1977c). La técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina para dejar de fumar. *Psiquis*, 8, pp. 49-58.
- BROWNELL, K.D. (1984). The addictive behaviors. En C.M. Franks, G.T. Wilson, P.C. Kendall y K.D. Brownell (Eds.), *Annual review of behavior therapy. Theory and practice*, vol. 10, pp. 188-235. New York: Guildford Press.
- FAGERSTRÖM, K.O. (1982). A comparison of psychological and pharmacological treatment in smoking cessation. *Journal of behavioral medicine*, 5, pp. 343-351.
- FOXX, R.M., y BROWN, R.A. (1979). Nicotine fading and self-monitoring for cigarette abstinence or controlled smoking. *Journal of applied behavior analysis*, 12, pp. 111-125.
- HALL, R.B.; SACHS, D.P.L.; HALL, S.M., y BENOWITZ, N.L. (1984). Two-year efficacy and safety of rapid

smoking therapy in patients with cardiac and pulmonary disease. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 52, pp. 574-581.

KOPEL, S.; SUCKERMAN, K., y BAKSHT, A. (1979). Smokeholding: An evaluation of physiological effects and treatment efficacy of a new non hazardous aversive smoking procedure. *Paper presented at the meeting of the association for advancement of behavior therapy*. Toronto, Canadá.

LANDO, H.A., y MCGOVERN, P.G. (1985). Nicotine fading as a nonaversive alternative in a broad-spectrum treatment for eliminating smoking. *Addictive behaviors*, 10, 153-161.

LEVENTHAL, H., y CLEARY, P.D. (1980). The smoking problem: A review of the research and theory in behavioral risk modification. *Psychological Bulletin*, 88, 370-405.

LICHTENSTEIN, E. (1982). The smoking problem: A behavioral perspective. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 50, 804-819.

LICHTENSTEIN, E., y MERMELSTEIN, R.L. (1984). Review of approaches to smoking treatment: Behavior modification strategies. En J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Heard, N.E. Miller y S.M. Weiss (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*, pp. 695-712. New York: Wiley.

Organización Mundial de la Salud (1984). *Consecuencias del tabaco para la salud*. Ginebra, Suiza: OMS.

Royal College of Physicians (1983). *Health or smoking?* London: Pitman.

YATES, A.J. (1975). *Theory and practice in behavior therapy*. New York: Wiley (trad. cast.: México: Trillas, 1977).

Figura 1. Número de cigarrillos fumados a lo largo de la intervención

