

## TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

El tabaquismo es una enfermedad compleja y su abordaje requiere la integración de varios componentes que interactúan y se potencian para abordarlo. (1)

No hay duda de que las medidas psicosociales, son esenciales para su tratamiento, pudiendo ser comparadas con los tratamientos farmacológicos en términos de importancia e impacto.

El abordaje cognitivo conductual es una de las principales técnicas utilizadas para el tratamiento del tabaquismo ya que promueve una serie de cambios en el estilo de vida del paciente, modifica creencias y comportamientos relacionados con el acto de fumar.

El consejo cognitivo conductual es breve y focalizado.

Existen varios estudios que avalan la eficacia de la terapia conductual como tratamiento del tabaquismo ya que otorga al paciente habilidades para solucionar problemas, da apoyo social como parte del tratamiento y ayuda al tabaquista a obtener apoyo social fuera del tratamiento.(2)

### Abordaje Intensivo

El abordaje intensivo se inicia con una entrevista personal que tiene por objetivo principal evaluar cuál es el tratamiento adecuado para cada paciente.

La entrevista debe ser realizada en forma individual y es de fundamental importancia conocer detalles de la relación del paciente con el cigarrillo con el fin de establecer durante el tratamiento estrategias para enfrentar el abandono del tabaco. Para eso deben investigarse:

- 1) *Historia del tabaquismo*: es importante conocer la relación del paciente con el cigarrillo, cuándo inició su consumo, como fue ese comienzo, cuándo pasó a fumar regularmente y cuál es su patrón de uso en un día normal, ya que algunos fumadores presentan variaciones considerables en el consumo a lo largo de la semana y especialmente los fines de semana.
- 2) *Intentos anteriores de cesación*: en general la mayoría de los fumadores intentó varias veces abandonar el cigarrillo; conocer los factores o situaciones que lo llevaron a la recaída durante los intentos previos es esencial así como investigar las ideas y expectativas formadas después del fracaso de los intentos anteriores y cuál es la creencia o barrera que le impidió hacerlo.
- 3) *Apoyo social*: es fundamental investigar cómo es el ambiente social y familiar del paciente, si alguien en su casa fuma, si los familiares o amigos lo presionan para dejar el cigarrillo o si incentivan el "no fumar", si existen restricciones de fumar en su casa o ambiente laboral.
- 4) *Dependencia*: para evaluar la dependencia física se usa el Test de Dependencia de Nicotina de Fagerstrom y discutir las necesidades y las opciones de farmacoterapia. Pesquisar cual es la relación psicológica del paciente con el cigarrillo y cuáles son sus hábitos más frecuentes.
- 5) *Grado de Motivación*: averiguar cuál es el motivo principal por el cual el paciente desea dejar el cigarrillo; cada fumador tiene un motivo propio, algunos se preocupan por la salud, otros por el dinero gastado en cigarrillos, a los padres

fumadores les puede preocupar el ejemplo dado a sus hijos; conocer estos factores motivadores son útiles para promover consejos personalizados que puedan aumentar más su motivación. Hay que tener en cuenta que el tratamiento debe ser adecuado al momento del paciente. (3)

- 6) *Auto eficacia*: este concepto se basa en la capacidad que tiene la persona de alcanzar determinado objetivo (4). Algunas veces el fumador no consigue dejar de fumar no por falta de motivación sino por su baja auto eficacia.
- 7) *Enfermedades concomitantes*; algunas enfermedades pueden tener relación directa con el tabaquismo, como hipertensión arterial, accidentes cerebro vasculares, cáncer , diabetes y todas ellas influir sobre las posibilidades de cesación.
- 8) *Enfermedades psiquiátricas*: algunas condiciones psiquiátricas son importantes, como depresión, ansiedad, que pueden agravar el cuadro cuando el fumador decide abandonar el cigarrillo y que son de importancia conocer cuando se escoge alguna estrategia farmacológica.

### Seleccionar el mejor tratamiento

El fumador tiene una relación única con el cigarrillo, fuma por distintas razones y no necesariamente todos ellos experimentan los mismos síntomas de abstinencia, se diferencian por la edad, presencia de comorbilidades clínicas o psiquiátricas, educación, clase socio económica, etc..

Se puede realizar tratamiento individual o grupal pero guiado por un profesional capacitado en el tratamiento del tabaquismo.

La eficacia del abordaje es directamente proporcional al tiempo de permanencia con el paciente, cuanto mayor es el tiempo de tratamiento más eficaz es el mismo y los resultados que se obtienen.

El tratamiento individual y el grupal emplean las mismas técnicas, el primero, permite mayor atención y adaptación a las características específicas de cada paciente, el grupal tiene algunas ventajas, mayor soporte social, mas facilidades de discusión de situaciones de riesgo.(5)

Después de la primera entrevista el paciente debe ser derivado al que resulte más adecuado para él, por eso todos los datos que surjan de la primera consulta deben ser considerados, principalmente, la presencia de comorbilidades psiquiátricas, grado de motivación, grado de auto eficacia, intentos anteriores de abandonar el tabaquismo.

Además el profesional que asiste al fumador se debe hacer algunas de las siguientes preguntas: ¿el paciente se beneficiará con un tratamiento grupal?, ¿tiene condiciones de permanecer en el grupo? ¿O necesita más explicaciones? ¿El grupo se beneficiará con la integración del paciente?

### Criterios para tratamiento individual

El tratamiento individual brinda mayor atención a las dificultades que presenta el paciente, es de elección cuando aparecen trastornos psiquiátricos no controlados, si tiene

dificultades para relacionarse con el grupo, déficit auditivo, cognitivo, de memoria que le imposibilitan acompañar al grupo. Ciertas características de su personalidad como timidez excesiva o bien porque hace referencias negativas que se evalúan como posiblemente perturbadoras para el grupo en su conjunto.

### Criterios para tratamiento grupal

El ambiente grupal proporciona muchas experiencias y principalmente brinda una red de apoyo social importante en la cesación tabáquica. Para un buen desarrollo se deben considerar los siguientes aspectos: a) las personas con relaciones de parentesco no deberían estar en el mismo grupo, ya que muchas veces se comentan cuestiones íntimas relacionadas con su proceso de dejar de fumar; b) otro aspecto fundamental es la edad ya que en general la mayoría de los que buscan tratamiento tienen entre 35 y 60 años y es por eso poco probable que una persona más joven se identifique con ese grupo, c) es beneficioso también que no haya una gran diferencia socio cultural entre los miembros del grupo para que ello no sea una barrera entre sus miembros. d) Los integrantes del grupo deberían estar preferentemente en el mismo grado de motivación para no “contaminar” al grupo.

### Etapas del tratamiento

Se sabe que cuanto más intensivo es el tratamiento mayor es su eficacia. En general las consultas deben ser semanales en el período inicial del tratamiento, pasando luego a quincenales y mensuales hasta el alta del paciente.

La mayoría de los programas de tabaquismo consideran que se logra la abstinencia en 4 o 5 semanas. Para ello se deben considerar:

1) *El paciente debe tener conciencia de su relación con el cigarrillo*, que función representa en su vida, identificar qué situaciones o sentimientos desencadenan el deseo de fumar, para eso es útil llevar anotaciones de cada cigarrillo que fuma y qué estaba haciendo en ese momento.

Ej: HORA	SITUACION	SENTIMIENTO
9	tomando café	ganas de fumar
9.30	hablando por TE	alegría
10.15	discusión familiar	rabia

Hay que explicarle al paciente que el tabaquismo no está relacionado solo con la dependencia física, sino con otras, como la psicológica, por eso al estar estresado o feliz el cigarrillo actúa como en disparador en el estado de ánimo. O bien en la dependencia relacionada al comportamiento, ya que pueden aparecer rutinas. Ej: fumar antes de dormir, fumar y tomar un café, etc.

2) *El paciente debe tener claras sus motivaciones* anotando los motivos por los cuales desea dejar de fumar, que beneficios tendrá, etc.

3) *El paciente debe tener información sobre que sucederá cuando deje de fumar*: conocer sobre el síndrome de abstinencia, qué es, qué síntomas presenta, cuanto dura. Trabajar la idea de dejar de fumar y “el aumento de peso”, preocupación de muchos pacientes, sobre todo del sexo femenino

(no se aconseja dejar de fumar e iniciar una dieta rígida simultáneamente) el foco debe estar en “dejar de fumar”



10) *El paciente debe buscar apoyo social*: es un factor importante para obtener y mantener la abstinencia (7), desde avisar a sus familiares y amigos que están en tratamiento para dejar de fumar hasta crear grupos con otras personas en tratamiento(8). Se le debe explicar que dejar el cigarrillo es algo que debe hacer por él mismo, sugerirle que piense quien puede apoyarlo en esta tentativa, ya sea en su casa o en el trabajo. El tratamiento grupal ayuda a armar una red de contención, intercambio de teléfonos, alejarse de los saboteadores o los que dicen “te prefería cuando fumabas”, en estos casos hablarle al paciente para que no disminuya su motivación, si hay fumadores en su casa, establecer reglas importantes para la convivencia, no dejar atados de cigarrillos a la vista, no hacer pactos con amigos o familiares para dejar de fumar juntos ya que cada fumador tiene una relación diferente con el cigarrillo y no pasarán necesariamente por las mismas situaciones durante el proceso de cesación.

11) *El paciente debe elegir que método desea utilizar para dejar de fumar*: explicar que la metodología más adecuada es establecer una fecha para dejar de fumar, (9) qué personas estarán ese día con él, no hacerlo un día muy estresante o donde estará con personas que fuman porque estará propenso al fracaso.

12) *El paciente debe prepararse para el día que va a dejar de fumar*: comentarlo con las personas más allegadas, guardar ceniceros, cambiar la ropa de cama, explicar la importancia de no tener cigarrillos en su casa, realizar actividades placenteras ya que el ocio puede promover recaídas, se debe establecer la fecha de consulta médica luego que fija el día para dejar de fumar.

Logrado este objetivo se debe programar para mantener su abstinencia.

La etapa de mantenimiento está basada en prevenir recaídas (10), en la mayoría de los programas duran un año. Durante esta etapa es importante reconocer traspié de recaída. Traspíe es el uso ocasional del cigarrillo, la recaída está vinculada con un nuevo patrón de uso o la vuelta al patrón anterior.

¿Qué hacer si ocurre un traspié? Identificar en qué situación estaba, cuáles eran los sentimientos en ese momento, dejar que surjan alternativas para enfrentar aquella situación.

¿Qué hacer si ocurre una recaída? Discutir los motivos por los cuales terminó fumando, explicar que no se inicia con el acto de fumar, sino con pensamientos, o comportamientos de riesgo, enfatizar los beneficios obtenidos, generalmente los pacientes se sienten culpables, fracasados por lo que hay que fijar una nueva fecha y re evaluar el tratamiento.

### Situaciones más comunes que llevan a la recaída

*Afectos negativos*: creer que el cigarrillo calma la tristeza, la rabia, los sentimientos negativos.

*Creer que la dependencia con el cigarrillo está controlada*: explicarle al paciente que es una relación neurobiológica.

*Aumento de peso*: incentivarlo a realizar actividad física.

*Situaciones de hábito*: modificar rutinas, mantenerse ocupado con revistas, libros.

*Consumo de alcohol*: evitarlo las primeras semanas, no beber acompañado de fumadores.

*Situaciones sociales*: buscar apoyo social, técnicas de relajación, evitar factores de estrés.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Sutherland G. Smoking: can we really make a difference? *Hart*.89, 2003, p125-127
- 2.- West R.. Do social Support Interventions Aid Smoking Cessation? A Review *Tobacco Control* 9(4), 2000,p.415-422
- 3.- Miller W. R. & Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. The GuilfordPress. New York 1991.
- 4.- Hurt R.D.; Eberman K.M, et. All. *Treating Nicotine Addiction in Patients with other Addictive Disorders. Principles and Management*. Oxford University Press, New York, 1993. p.310-326
- 5.- Prochaska J.O. *Process of Smoking Cessation: implications for clinicians*. *Clin. Chest Med* 12, 1991. p.727-735
- 6.- Beck J. *Terapia Cognitiva: Teoría e Prática*. Porto Alegre. Artes Médicas. 1997
- 7.- Otead L.F.: Lancaster T. *Group Behavior Therapy Programmes for Smoking Cessation: Cochrane Methodology Review*. The Cochrane Library Issue \$, Reino Unido. 2005
- 8.- Raw M. et all. *Smoking Cessation Guidelines for Health Professionals: a guide to effective smoking cessation interventions for the health care system*. *Thorax* 53. 1998. p.S1-19
- 9.- Marllant G.A., Gordon J.R. *Prevencao de Recaida: Estratégia e Manutencao no Tratamento de Comportamento Adictivos*. Porto Alegre. Artmed. 1993
- 10.- Gigliotti Analice de Paula, Presman Sabrina: *Atualizacao no Tratamento do Tabagismo*. Rio de Janeiro. 2006. p. 30-51