



# DEJAR DE FUMAR EN GRUPO

Guía para profesionales

---

# DEJAR DE FUMAR EN GRUPO

---

Guía para profesionales

**EDITA:**

Dirección General de Salud Pública  
Consejería de Salud  
Gobierno de Cantabria

**COORDINACIÓN:**

Servicio de Drogodependencias

**AUTORAS:**







Blanca M<sup>a</sup> Benito Fernández  
Emma del Castillo Sedano  
Ana Paula Medina Millán  
Alejandra Ugarte Santos  
M<sup>a</sup> Paz Zuñiga Lenzi

**GRUPO COLABORADOR:**

Mónica del Amo Santiago  
Raquel García García  
Luis Gutiérrez Bardeci  
Beatriz Gutiérrez Muñoz  
Fernando Martín Fuente  
César Martínez Ruíz  
Alfonso Ortiz Rubio  
Amada Pellico López  
David Saiz Martínez  
Rosario Villota Hoyos

# INDICE

---

 <b>El porqué de la guía</b>	6
 <b>Antes de empezar</b>	10
Organización	
Profesionales responsables	
Reclutamiento de pacientes	
Recursos, materiales y espacio	
 <b>Entrevista inicial: valoración</b>	17
 <b>Una propuesta para el trabajo en grupo</b>	20
Generalidades de las sesiones grupales	
Primera sesión de preparación	
Segunda sesión de preparación	
Sesiones de mantenimiento	
El seguimiento	
Situaciones frecuentes en consulta	
 <b>Anexos</b>	56
 <b>Bibliografía</b>	77



## El porqué de la guía

---

El Servicio Cántabro de Salud (SCS) incorpora en el año 2005 la prevención y tratamiento del tabaquismo a la cartera de servicios de Atención Primaria. Los cambios legislativos, las acciones formativas, la creación de la Unidad de Deshabitación Tabáquica, la constitución de la Red Cántabra de Centros Sanitarios Sin Humo y otros hitos a lo largo de estos casi veinte años han consolidado una sólida red de atención a las personas fumadoras, apoyada en la Atención Primaria de salud. Su accesibilidad, el enfoque integral y continuo del paciente y su capacidad de influencia en la salud de la ciudadanía hacen que sea el entorno idóneo.

La Dirección General de Salud Pública coordina las diferentes actuaciones, organizando cada año actividades formativas, facilitando materiales de apoyo y cooxímetros para facilitar la labor asistencial y apoyando con asesoramiento todas las solicitudes que llegan de los profesionales. **Se elabora esta guía como una herramienta de apoyo para la implementación de grupos de cesación de consumo de tabaco y nicotina en Atención Primaria detallando una propuesta de contenidos y sesiones concreta, además de diferentes aspectos en cuanto a la organización.**

Cada profesional puede hacerla suya, adaptarla a su día a día y a sus preferencias. Aspectos como el número o la duración de las sesiones son una propuesta de mínimos, se proponen unos contenidos básicos para cada sesión que se pueden personalizar. Por ejemplo, en el caso de las tareas de la primera sesión, cada profesional puede elegir las que prefiera de entre las propuestas, adecuándolas a cada persona fumadora.

El formato grupal es ampliamente utilizado en Educación para la Salud y goza de gran aceptación por los pacientes. En tabaquismo, se ha demostrado de manera rotunda su efectividad y su coste eficacia,

permitiendo que, en un tiempo determinado, cada profesional pueda atender a varias personas a la vez, garantizando, por tanto, una atención más intensiva a cada persona, con lo que se aumenta el tiempo total de tratamiento, algo que en el abordaje del tabaquismo es de particular relevancia, con una relación directa con las tasas de abstinencia.

Realizar el abordaje en grupo tiene varias justificaciones:


**EFICACIA CLARAMENTE DEMOSTRADA**, equivalente a otras intervenciones que implican contacto personal individual, y consistentemente mayor que los materiales de autoayuda por sí solos (Fuerza de evidencia A).

*La realización de intervenciones grupales no sustituye a otro tipo de intervenciones, como pueden ser el consejo o la intervención individual, sino que las complementan. Son apropiadas para la mayoría de personas fumadoras, no existiendo evidencia de que la efectividad del abordaje en grupo esté limitada a poblaciones determinadas.*

**TODOS LOS TRATAMIENTOS QUE IMPLICAN CONTACTO CARA A CARA CON EL PACIENTE TIENEN UNA CLARA RELACIÓN DOSIS-RESPUESTA**, aumentando su efectividad en relación con la intensidad de la intervención, tanto en tiempo dedicado al paciente, como en número de contactos, aumentando al mismo tiempo su relación coste-efectividad (Fuerza de evidencia A).

*Mejor relación coste - efectividad del tratamiento. Se estima que el número de pacientes que recibe tratamiento (referido siempre a un mismo número de horas de dedicación) es el doble con respecto a la terapia individual y las personas reciben una intervención más intensiva ya que el tiempo total de asistencia se multiplica.*


Según el protocolo recogido en el Manual de Abordaje del Tabaquismo en Atención Primaria de Cantabria, haciendo un cálculo “tipo” sobre el tiempo dedicado **A CADA PACIENTE**, en una **INTERVENCIÓN INDIVIDUAL** se emplean 120 minutos.

<p><b>120 MINUTOS</b></p> 	<b>Evaluación individual:</b>	<b>25 min</b>
	<b>Sesiones de preparación individual (2 x 25 min):</b>	<b>50 min</b>
	<b>Sesiones de mantenimiento individual (3 x 15 min):</b>	<b>45 min</b>

El tiempo dedicado a la **ATENCIÓN DE 15 PACIENTES** será de 1800 minutos (30 horas).

<p><b>1800 MINUTOS</b></p> 	<b>15 x 120 min</b>
--	---------------------

Estos mismos **15 PACIENTES, ATENDIDOS EN UN GRUPO** hubieran supuesto, teniendo en cuenta que la evaluación siempre será individual (375 minutos), un total de 825 minutos (13 horas y 45 minutos) de trabajo del profesional.

<p><b>825 MINUTOS</b></p> 	<b>Evaluación individual:</b>	<b>25 min x paciente</b>
	<b>Sesiones de preparación en grupo (2 x 90 min):</b>	<b>180 min</b>
	<b>Sesiones de mantenimiento en grupo (3 x 90 min):</b>	<b>270 min</b>

Como se puede observar, **la intervención multiplica por 2 el tiempo dedicado a cada paciente y reduce el tiempo de trabajo del profesional para la misma tarea.**

*En ambos casos, el de la atención individual y el de la grupal, se ha omitido el tiempo dedicado al seguimiento que se adecúa al paciente de manera individual, bien sea presencial o telefónico.*

*Este planteamiento es muy reduccionista, omitiendo detalles que acompañan a una adecuada intervención profesional que son relevantes en el abordaje de las conductas adictivas. Sin embargo, permite comprender de un vistazo el concepto de **rentabilidad** en cuanto a la **gestión del tiempo**, algo tan importante en la atención sanitaria.*

**BENEFICIO ESPECÍFICO DEL GRUPO**, resultado de la interacción entre los integrantes del grupo y de la oportunidad de compartir experiencias, problemas y resolución de los mismos, lo que puede incrementar la tasa de cesación (Fuerza de evidencia C).

*Dejando de fumar en grupo, este funciona como un elemento reforzador en la toma de decisiones y en el mantenimiento de estas a lo largo de todo el proceso. El sentimiento de pertenencia consigue que quienes lo integran se sientan apoyados y comprendidos por otras personas que se enfrentan a dificultades similares logrando, además, aumentar la motivación y, por tanto, una mayor implicación y compromiso, favoreciendo la adherencia al tratamiento.*

El grupo permite el intercambio de conocimientos, opiniones y experiencias; al establecerse un espacio seguro, se consigue un clima de colaboración en el que se plasman las principales dificultades y se buscan soluciones en común, enriqueciendo la experiencia y avanzando hacia la meta común de la cesación.

Para las y los profesionales, los grupos suelen ser actividades gratificantes y motivadoras, que rompen la rutina de la consulta y que aportan nuevos conocimientos y habilidades. Es un formato sencillo de planificar, sistematizar y evaluar y cualquier profesional sanitario formado puede desarrollarlo, sin importar su disciplina.



## Antes de empezar

---

Ayudar a dejar de fumar desde una perspectiva grupal supone aprovechar las posibilidades educativas y de refuerzo que da el grupo para apoyar a las personas en un proceso de cambio que requiere esfuerzo.

La misión del terapeuta es la de acompañar y guiar a cada una de las personas que va a dejar de fumar, las protagonistas de su propio cambio. Tomar la decisión no siempre es fácil y puede que sea costoso. Sin embargo, debemos transmitir confianza, ya que sabemos que eso influye en una mejora de la autoeficacia.

**Debemos invitar a los participantes en el grupo a seguir las pautas y a implicarse en el proceso, incluso aunque no estén muy motivados o tengan dudas.**

---

**SI COMO PROFESIONALES TRANSMITIMOS QUE DEJAR DE FUMAR ES POSIBLE Y QUE HACERLO EN GRUPO ES UNA BUENA OPCIÓN, ES MUY PROBABLE QUE NUESTROS PACIENTES ESTÉN MÁS COMPROMETIDOS Y SE DECIDAN A HACER UN INTENTO.**

---

## Organización

La intervención desarrollada en el tratamiento en grupo utiliza las mismas estrategias empleadas en la individual, con algunas particularidades, atendiendo a una serie de detalles prácticos antes de empezar.

En primer lugar, hay que decidir las **fechas y horario de las reuniones**. Es conveniente que las sesiones sean siempre el mismo día de la semana, por lo que habrá que revisar si hay festivos u otras circunstancias que coincidan con las fechas previstas. Se realizará

una planificación anual estableciendo cuántos grupos se podrán llevar a cabo, teniendo en cuenta los períodos vacacionales y la dedicación de cada profesional.

Es recomendable evitar realizar grupos en verano y navidades y en algún otro momento en el que se prevea una sobrecarga laboral. Hay que ser realistas y marcar objetivos asumibles por el equipo.

**Reservar el tiempo de los profesionales en su agenda**, ya que tendrán que estar disponibles para las sesiones y también para la gestión de los datos, tanto previa, preparando la documentación, como a posteriori, realizando los oportunos registros en APCantabria.

Es útil diseñar una agenda para el Grupo de Tabaco, dentro del soporte informático APCantabria, donde se inscriba a cada paciente que muestre interés por el programa de cesación; puede ser de idénticas características a la de cirugía menor, vacunas o sala de extracciones. Esta agenda se abrirá con una fecha próxima a la realización del grupo –preferiblemente uno o dos meses antes– y deberá ser un sanitario quien inscriba a los pacientes, creando previamente el “Episodio de tabaco” y realizando la valoración. Se debe informar a todo el equipo de la Zona Básica (incluyendo a representantes del área administrativa) con el objetivo de implicarles al máximo, no solo en la captación, sino también en la derivación y en el seguimiento.

En función de las preferencias y necesidades de los y las profesionales, de la sala disponible, de la capacidad de captar a más o menos personas a la vez, se establecerá el número de integrantes de cada grupo. Para empezar, es mejor hacerlo con grupos pequeños hasta adquirir experiencia. No es recomendable que estén constituidos por menos de 8 personas, ya que hay que contar con que suele haber en torno a un 15% de abandonos. Contando con dos profesionales, el número ideal sería de entre 15 y 18 pacientes.

Una semana antes, se debe **avisar telefónicamente a los pacientes del comienzo de las sesiones**; se debe prever en la agenda si lo hace

alguno de los responsables del grupo, aunque también puede hacerlo el personal de administración. En este contacto se recordarán el día y la hora de la valoración (en caso de que no se haya realizado) y de la primera reunión, confirmando su asistencia. Es muy útil elaborar un calendario con las fechas previstas para entregar a los pacientes, bien el día de la valoración o el de la primera sesión del grupo (**Anexo 1**).

## **Profesionales responsables**

Una de las misiones fundamentales de los profesionales responsables del grupo es la de establecer una adecuada y fluida relación terapéutica que invite a participar y que haga sentirse cómodas a todas las personas.

---

**DEBEMOS MOSTRARNOS TOLERANTES Y ABIERTOS, CONTEMPLAR TODOS LOS PUNTOS DE VISTA, HUYENDO DE LAS VERDADES DOGMÁTICAS Y EVITANDO HABLAR DE NUESTRA EXPERIENCIA PERSONAL O DE NUESTROS INTENTOS PARA DEJAR DE FUMAR, EN CASO DE QUE HAYAN EXISTIDO.**

---

Cuando el objetivo es motivar hacia el cambio, el **estilo comunicativo** se debe acercar al de un **guía de viaje**, cuyo trabajo no consiste en imponer a los viajeros cuándo llegar y marcharse o adónde ir, sino en saber escuchar y ofrecer información experta cuando sea necesario.

Se debe utilizar un **lenguaje sencillo**, garantizando que se entiende todo lo que se dice, pidiendo feedback si es oportuno para asegurarnos de que se comprenden las instrucciones y evitando tecnicismos siempre que sea posible.

Otra misión del terapeuta es **atender a las peculiaridades** de los participantes, tratando de detectar a los más colaboradores —para buscar su intervención en determinados momentos—, a los que tienen más dificultades para participar —para no dejarles de lado— o a los que en un momento dado pueden poner un punto de humor.

Lo ideal es que **todo el mundo tenga su sitio en el grupo** y pueda participar, al menos en una ocasión, en cada reunión.

Siempre que sea posible, habrá **dos profesionales encargados**. Esto es especialmente importante si el grupo es numeroso, pero incluso en grupos pequeños, el que haya dos profesionales permite que se compartan algunas tareas como la realización de cooximetrías y que se garantice el desarrollo de las sesiones ante posibles ausencias. Si además **son de diferentes disciplinas**, el resultado será más enriquecedor. En cualquier caso, es deseable que en los contactos que el paciente establezca con el centro de salud por otros motivos (por ejemplo, en una visita con la matrona, con el higienista dental o con el fisioterapeuta) se le pregunte por el proceso y se le refuerce la abstinencia, para lo que es necesario un adecuado registro en APCantabria.

Para el desarrollo de los grupos, no es necesario hacer un reparto estricto de funciones, pero sí hay que **coordinarse** repartiendo algunas tareas como la realización de la valoración inicial, las cooximetrías, las llamadas para el seguimiento telefónico o el volcado de datos en APCantabria tras las reuniones.

También es nuestra tarea **gestionar el tiempo, facilitar la integración** de los componentes del grupo y su interacción, así como **dotarles de conocimientos básicos** para enfrentarse al proceso de dejar de fumar, **entrenarles en habilidades** y ayudar a cada persona a **asumir e integrar sus emociones**.

## **Reclutamiento de pacientes**

Para poner en marcha un grupo es fundamental poder generar un listado de personas interesadas en un periodo corto de tiempo (no más de 2 meses). Es poco probable que alguien que se apunte a dejar de fumar en febrero siga dispuesto a hacerlo en septiembre. A menudo, la **ventana de oportunidad** para el cambio, tan característica en las adicciones, está abierta por poco tiempo.

---

**CENTRÁNDONOS EN LAS CUESTIONES MÁS PRÁCTICAS, SE TRATA DE CAPTAR PERSONAS INTERESADAS EN DEJAR DE FUMAR EN GRUPO QUE ESTÉN DISPONIBLES EN EL HORARIO Y FECHAS PROPUESTOS.**

---

En el caso de Cantabria, en zonas con gran dispersión geográfica es probable que sea complicado hacer grandes grupos, pero las ventajas de esta modalidad son tan contundentes, que **compensa hacerlos aunque sean pequeños.**

Es necesario dedicar unos minutos a **explicarle a cada paciente** en qué consiste dejar de fumar en grupo, dejando claro que se trata de un grupo de personas que comparten su experiencia abandonando el consumo de tabaco y nicotina, no de una terapia grupal en la que haya que compartir información personal. El lenguaje es importante y algunas personas no querrán asistir a una “terapia en grupo para dejar de fumar”, pero no tendrán ningún problema en acudir a un “curso para dejar de fumar” o a un “taller de cesación”.

Los grupos se pueden formar con personas de la Zona Básica donde se desarrollan o con personas de varias Zonas Básicas, existiendo en Cantabria centros que se coordinan para realizar grupos de mañana o de tarde, derivando a los pacientes en función de su disponibilidad.

La forma de captación es variada, desde el clásico contacto profesional-paciente, la colocación de cartelería (**Anexo 2**) o de una hoja de registro en admisión y la información en actividades comunitarias, hasta la difusión en prensa y radio local o redes sociales en algunas zonas.

---

**CUALQUIER PERSONA QUE DECIDA DEJAR DE FUMAR Y DESEE HACERLO EN GRUPO ES BUENA CANDIDATA PARA UNIRSE A ESTE PROGRAMA.**

---

En cuanto a los **critérios de exclusión**, a continuación se mencionan algunos generales, aunque siempre se debe tener en cuenta el criterio y preferencia del profesional, que puede optar por el abordaje individual siempre que no se sienta cómodo o que considere que no está preparado para atender a determinados pacientes en el grupo o que, al contrario, puede decidir que por la relación terapéutica, por sus habilidades o por cualquier otra circunstancia, es oportuno no aplicar esos criterios de exclusión.

## CRITERIOS GENERALES DE EXCLUSIÓN

- Otros **trastornos adictivos activos**.
- **Trastornos psiquiátricos activos** y/o descompensados, o con ingresos recientes (menos de un año). Una persona con un trastorno crónico como puede ser depresión o ansiedad, en tratamiento y controlada, puede participar en un grupo para dejar de fumar sin problema.
- Presentar **dificultades comunicativas**: barreras idiomáticas, analfabetismo funcional y/o déficits sensoriales.

Se podría considerar un criterio de exclusión el que una persona no tenga cumplimentada la historia de tabaquismo en APCantabria por su médico/a y/o enfermero/a de referencia; sin embargo, es recomendable que, en el momento que se detecte esta circunstancia, se hable con el profesional implicado y se solvete la situación.

## Recursos, materiales y espacio

Es necesario contar con una **sala con sillas**, a ser posible colocadas en semicírculo, para facilitar la comunicación. Este espacio puede condicionar el tamaño de los grupos; en un centro en que el espacio disponible sea reducido, se podrán hacer grupos pequeños.

Como **material de apoyo para entregar al paciente**, la Consejería de Salud envía a los centros, a solicitud de los profesionales, los cuadernos “Aprendiendo a vivir sin tabaco” (rojo) y “Dejar de fumar

es la mejor decisión de tu vida” (verde), uno para la preparación y otro para el mantenimiento.

El uso de **cooxímetro** no es imprescindible, pero es útil y motivador. Se puede hacer una primera medición en la evaluación y otra en la primera semana de abstinencia, aunque también se puede realizar en todas las sesiones; en general, a los pacientes les gusta ver cómo desaparece el monóxido de carbono de su organismo y así se valida la abstinencia (**Anexo 3**). En todos los centros de salud hay uno disponible y los recambios (boquillas desechables y otras piezas removibles) se solicitan con el resto de suministros del centro. Para su adecuado mantenimiento, se debe mandar cada seis meses a calibrar al Servicio de Drogodependencias de la Consejería de Salud.

En la última sesión de grupo se puede entregar un **diploma** que acredite la participación en el programa y la abstinencia (**Anexo 4**).

Resulta útil pasar un **cuestionario de satisfacción** que aborde diferentes aspectos del programa, desde la duración o el horario hasta la atención recibida. Deberá ser anónimo y sencillo y se cumplimentará en la última de las sesiones presenciales (**Anexo 5**).



## Entrevista inicial: valoración

---

Se realizará en consulta programada (15-25 minutos), previa a la primera sesión grupal, pudiendo hacerla un profesional de la Unidad Básica o alguno de los que dirigirán el grupo.

---

**ES EL MOMENTO DE REALIZAR LA HISTORIA DE CONSUMO, VALORAR LAS DIFICULTADES Y LA MOTIVACIÓN, INCLUSO INTERVENIR SOBRE ELLA, Y DE DAR LA INFORMACIÓN GENERAL BÁSICA SOBRE EL DESARROLLO DEL GRUPO.**

---

Si el paciente ya es conocido en la consulta, los datos básicos ya estarán registrados (confirmar que el número de teléfono está actualizado), por lo que aprovecharemos el tiempo para indagar en otros temas de interés como pueden ser intentos previos, aprendizajes y estrategias útiles que se pueden rescatar.

Si no conocemos al paciente, habrá que empezar por realizar una historia tabáquica básica (puede servir como guía el programa APCantabria), en la que, al menos, preguntaremos:

**Qué y cuánto fuma:** indagar tanto el consumo de productos tradicionales (cigarrillos, de liar, pipas...) como los consumos de productos novedosos como vapors o tabaco calentado (**Anexo 6**).

**Cuándo fuma** el primer cigarrillo cada día: *¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo?* Con esta pregunta, junto con la anterior, tenemos el valor del test de Fagerstrom reducido. Este test nos facilita una aproximación al tipo de dependencia: baja, moderada o alta, con un valor fundamentalmente instrumental, al ser un valor exigido para la prescripción financiada (disponible en la pantalla Valoración en APCantabria).

**Intentos previos de abandono:** cuántos, cuándo fue el último y tiempo máximo que estuvo sin fumar. Es interesante conocer qué métodos utilizó, cuáles le sirvieron y cuáles no y por qué (tanto farmacológicos como de otro tipo) y si ha tenido o no síntomas de abstinencia en otros intentos.

**Presentación de las diferentes opciones de tratamiento farmacológico** valorando posibles contraindicaciones e interacciones farmacológicas. Se tendrán en cuenta las preferencias del paciente entre los indicados (**Anexo 7**).

Es útil preguntar por la **motivación para dejar el consumo**, junto con los **motivos que le llevan a fumar**. Esta información se podrá utilizar en diferentes momentos del tratamiento. En el programa APCantabria, se puede registrar en el apartado “Comentarios” de la pantalla “Tabaco Valoración”.

**Registro de síntomas de abstinencia:** realizar una valoración de la sintomatología cuando la persona está todavía fumando permite conocer su estado basal. Se recabarán los datos en cada sesión en la hoja de ruta (**Anexo 8**), disponible dentro del programa APCantabria para descargarlo e imprimir tantos ejemplares como integrantes tenga el grupo. En algunos pacientes encontraremos que las primeras semanas de abstinencia los valores son muy altos, pero en otros, curiosamente, al dejar de fumar observamos que están más tranquilos y los valores descienden rápidamente.

**Realización de cooximetría:** este es un buen momento para explicar el funcionamiento del aparato. Hacerlo en la evaluación hará que el desarrollo de las sesiones sea más fluido.

**Explicación del plan de cesación** y entrega del calendario de reuniones, recordando la importancia de asistir a todas. Debemos invitar a los participantes a seguir las pautas y a implicarse en el proceso, incluso aunque no estén muy motivados o tengan dudas.

---

**CUANDO COMO PROFESIONALES COMUNICAMOS CON CONVICCIÓN QUE DEJAR DE FUMAR ES POSIBLE Y QUE HACERLO EN GRUPO ES UNA BUENA OPCIÓN, AUMENTAMOS LAS PROBABILIDADES DE QUE NUESTROS PACIENTES ESTÉN MÁS ANIMADOS A PARTICIPAR, ASISTAN CON REGULARIDAD A LAS REUNIONES Y SIGAN CON MAYOR COMPROMISO LAS INDICACIONES.**

---

Toda la información recabada en la valoración inicial resulta muy valiosa para el desarrollo de las sesiones posteriores por lo que compensa que quien va a llevar el grupo la realice, aunque en muchos casos será solamente para confirmar la información y como primera toma de contacto.

Se puede entregar alguna documentación motivadora adaptada a la persona. Entre las opciones editadas por la Consejería de Salud hay folletos sobre mitos, ventajas y beneficios, patología cardiaca, próximas cirugías, humo ambiental de tabaco, embarazo...



# Una propuesta para el trabajo en grupo

El abordaje del tabaquismo en grupo se desarrolla de la misma forma que el individual en cuanto a sus aspectos teóricos (se transmiten los mismos conceptos) y de estructura de sesiones. Se propone para su planificación el **Protocolo de 5 sesiones** descrito en el “Manual de Abordaje del tabaquismo en Atención Primaria” disponible en todos los centros de salud y en la página web de la Consejería. Las principales diferencias, ya descritas, están en la organización y en la utilización de algunas herramientas específicas de manejo del grupo.

## CALENDARIO DE SESIONES

Se trata de una propuesta de mínimos, pudiendo adaptarse a cada equipo terapéutico y a cada centro, en función de sus peculiaridades.

<b>1ª Sesión de preparación</b>	Entre 1 y 2 semanas antes del día D
---------------------------------	-------------------------------------

<b>2ª Sesión de preparación</b>	Entre 1 y 3 días antes del día D
---------------------------------	----------------------------------

**DÍA D: día para dejar de fumar  
(no hay reunión)**

<b>1ª Sesión de mantenimiento</b>	Entre 1 y 8 días tras el día D
-----------------------------------	--------------------------------

<b>2ª Sesión de mantenimiento</b>	Entre 15 días y 1 mes tras el día D
-----------------------------------	-------------------------------------

<b>3ª Sesión de mantenimiento</b>	Entre 1 y 2 meses tras el día D
-----------------------------------	---------------------------------

La duración media de cada reunión será de unos 90 minutos. En los días previos al día D es recomendable realizar un recordatorio telefónico con la hora y el lugar. En el caso de la primera sesión, esta llamada la puede realizar el personal administrativo del centro; en las siguientes, lo ideal es que lo hagan los responsables del grupo,

ya que irá más allá de un mero recuerdo, aprovechando para captar a las personas que hayan tenido posibles caídas/recaídas y realizar otras tareas de refuerzo.

## Generalidades de las sesiones grupales

Se deben respetar unas **normas básicas** como son la puntualidad, silenciar el teléfono móvil, respetar el turno de palabra, ser discretos en cuanto a los contenidos personales tratados en el grupo, etc. No está de más recordarlas el primer día, aunque es probable que no sea necesario hacerlo en cada sesión.

Una buena manera de **empezar** cada reunión es dedicar unos minutos a **felicitar** a los participantes, utilizando información que se haya recabado en las valoraciones o en sesiones previas. En el caso de la primera sesión, se puede felicitar por haber tomado la decisión de dejar de fumar, por estar en la reunión realizando un intento, implicándose en el cuidado de su salud. En sesiones posteriores, además de felicitar por acudir, por seguir en el intento, se puede felicitar por permanecer sin fumar, por haber hecho las tareas, o por ir consiguiendo pequeños retos que se puedan plantear, como puede ser que alguien que no haya conseguido tirar el tabaco el día antes de dejar de fumar, lo tire tras unas semanas.

---

**ES FUNDAMENTAL REFORZAR CADA PASO, CADA PEQUEÑO AVANCE, COMO SE HACE CON CUALQUIER APRENDIZAJE.**

---

Habrán momentos en los que sea fácil apreciar las mejoras, sobre todo en las personas que dejan de fumar y cumplen con el tratamiento. El refuerzo es igualmente importante o más en quienes tienen dificultades, en quienes tropiezan a lo largo del camino; estas personas necesitarán más apoyo y debemos prestar atención para proporcionárselo.

Otra de las tareas del terapeuta es la de **favorecer la participación e integrar a todas las personas** por lo que se irá dando la palabra por turnos. Podemos optar por empezar por una persona e ir en círculo haciendo la ronda, aunque este método puede hacer que en algunos grupos haya personas que estén distraídas hasta que les toque hablar. Se puede utilizar el turno de palabra como herramienta a favor del grupo, eligiendo quién habla en cada momento, empezando por quienes han hecho las tareas o vienen a la sesión sin fumar (al hacer la cooximetría al inicio de las sesiones se recaba la información). Podemos intercalar personas que están mejor, que llevan bien el proceso y son más vitales, con otras que tengan más dificultades o sean más negativas.

En caso de que alguien se tenga que marchar antes por algún motivo, el grupo debe saberlo. Se puede dar la palabra a esa persona al principio de la reunión como caso excepcional ya que no será bien recibido por el grupo alguien que siempre se tiene que ir antes, al que habitualmente se escucha, pero que no se queda para escuchar a los demás.

## **Primera sesión de preparación**

Esta **sesión** es bastante **directiva**; el personal sanitario ha de explicar algunos **conceptos importantes**, como son la dependencia o el automatismo, la pauta del tratamiento farmacológico y el modo de utilización de chicles y comprimidos de nicotina; y se mostrará dispuesto a resolver cualquier duda.

Es importante **concretar un día para dejar de fumar** (día D). Para su elección, se puede optar por proponer uno común a todo el grupo, por pactarlo en las reuniones de preparación o dejar que cada persona elija el suyo, teniendo en cuenta el tratamiento farmacológico elegido y las fechas de las reuniones, ya que lo ideal es que todo el grupo llegue a la primer sesión de mantenimiento sin fumar.

Al final de la sesión se explicarán las **tareas y la importancia de realizarlas**. Además, cada paciente se comprometerá a acudir a la

siguiente sesión con las tareas hechas.

## LO QUE NO DEBE FALTAR

**PRESENTACIÓN:** de pacientes y terapeutas.

**MATERIAL DE APOYO:** entrega del cuaderno Aprendiendo a vivir sin tabaco (portada roja).

**CONTENIDOS TEÓRICOS:** concepto de dependencia y sus implicaciones en el consumo de tabaco y nicotina.

**TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:** posibilidades, cómo se toma y efectos secundarios.

**TAREAS PARA CASA.**

**CIERRE Y COMPROMISO.**

## PRESENTACIÓN

**Saludo, presentación de los terapeutas e introducción:** es el primer encuentro del grupo como tal, por lo que es importante dedicar un tiempo de la sesión a realizar una presentación, primero de los y las profesionales y después de cada participante. A medida que van llegando, se les entrega el Cuaderno Rojo que servirá de apoyo para las dos primeras sesiones (preparación) y se van realizando las cooximetrías. En caso de medir la tensión y el peso, conviene hacerlo al principio de la reunión.

**Refuerzo:** felicitarles por estar aquí, por haber dado el primer paso para dejar de fumar y tomar la decisión de hacerlo, animándoles a seguir dando pasos. Es importante transmitir de manera energética la

importancia que tiene tomar la decisión de dejar el consumo de tabaco o de nicotina y resaltar los beneficios, tanto los percibidos y concretos —mejoras en la salud y el bienestar como puede ser subir las escaleras sin ahogarse o no toser— como los más generales y abstractos —como recuperar la libertad y no sentirse un “apestado”—.

**Presentación de los participantes:** esta es necesaria para romper el hielo; para ello elegiremos algunas preguntas abiertas sobre el consumo de tabaco que den juego para empezar a trabajar sobre las respuestas, como pueden ser: *¿Por qué estás aquí?, ¿Por qué quieres dejar de fumar?, ¿Qué esperas del grupo?, ¿Has hecho algún intento previo?* Las preguntas abiertas son aquellas que invitan a la persona a elaborar la respuesta, no se pueden responder con un monosílabo.



Existen multitud de técnicas de presentación; una posible es formar parejas y que cada persona le cuente al compañero o compañera: cuánto fuma, cómo empezó a fumar, por qué quiere dejarlo y qué expectativas tiene sobre el grupo.

Tras un par de minutos compartiendo información, se van presentando unas personas a otras.

Resulta muy útil que cada persona ponga su nombre en un papel y lo coloque delante suyo para que el resto se dirija a ella por su nombre; se pueden usar también etiquetas adhesivas.

Al terminar la ronda, debemos tener una idea clara de cuáles son las expectativas de las personas del grupo, y así poder trabajar sobre ellas.

---

**LOGRAR LA COHESIÓN Y CLARIFICAR LOS OBJETIVOS AYUDA A ALCANZAR EL ÉXITO TERAPÉUTICO.**

---

Como muchas ideas se repetirán, es mejor esperar al final de la ronda para responder en conjunto, de tal forma que al responder para el grupo, nadie se sentirá corregido individualmente y le damos fluidez a la reunión. **Debemos reforzar las expectativas realistas y reformular las erróneas, presentándolas de manera realista.**

Por ejemplo, ante comentarios como: “Vengo a que me hagas dejar de fumar, porque se lo hiciste a mi amigo y ahora está muy bien”, explicaremos que nosotros no somos quienes haremos el trabajo, que es cada persona la que irá avanzando y conseguirá dejar de fumar, que nuestro trabajo se reduce a dar pautas y acompañar, como un guía de viaje.

Podemos encontrar personas que, de entrada, no quieran estar en el grupo y manifiesten que no tienen nada claro por qué están ni que quieren conseguir. En este caso, lejos de desanimarles, reforzaremos la conducta e invitaremos a seguir asistiendo y a seguir las instrucciones. Si siguen viniendo y hacen las tareas, dejarán de fumar, incluso “sin querer”.



Una buena manera de explicar la función del terapeuta y de las estrategias en el grupo es utilizar la metáfora de la ruta de montaña:

*Podemos comparar dejar de fumar con subir una montaña, una que sea bien alta. Cuando vamos a hacer una ruta de estas características, que parece complicada, con desnivel y con tramos con niebla, ¿lo hacemos en chanclas? ¿llevamos agua y comida? ¿quizás protección solar o un cortavientos?*

*Se puede subir sin equipación, cada uno hace su elección, pero si vamos con todo lo necesario en nuestra mochila, tenemos más posibilidades de llegar a la cima de manera confortable, sin sufrir.*



*Nuestra función aquí es asesoraros sobre qué herramientas se pueden utilizar, pero el esfuerzo de ir subiendo es vuestro, de cada uno. Cada propuesta viene de nuestra experiencia, de lo que les ha servido a otras personas en vuestra situación y de lo que ha demostrado la ciencia que es útil para dejar de fumar.*

*La decisión de utilizarlas es vuestra, por supuesto, y aunque en algunos casos el camino puede ser incómodo, **¡nadie se arrepiente de dejar de fumar!***

## MATERIAL DE APOYO

El cuaderno Aprendiendo a Vivir Sin Tabaco (rojo) nos servirá como guía para la sesión. Aludiendo al título, podemos hablar de que **dejar de fumar es un proceso de aprendizaje, de igual forma que lo fue aprender a fumar.**

Cada intento es diferente, en función de factores como el método utilizado, la edad de la persona, el momento vital, pero si hay personas en el grupo que lo han intentado en otras ocasiones, les será útil recordar qué estrategias les sirvieron en su día para determinadas situaciones de riesgo e incluso qué errores cometieron que ahora pueden evitar.

---

**PARA DESAPRENDER A FUMAR (APRENDER A VIVIR SIN FUMAR), TENDRÁN MÁS ÉXITO SI HACEN LAS TAREAS, CAMBIAN CONDUCTAS Y DEDICAN A ELLO TIEMPO Y ESFUERZO. ES COMPARABLE A CUALQUIER OTRO APRENDIZAJE, DESDE ANDAR EN BICICLETA HASTA HABLAR UN IDIOMA O CONDUCIR.**

---

A lo largo de la sesión, podemos presentar los diferentes contenidos del cuaderno.



*En las primeras páginas, encontramos un compromiso que nos gustaría firmar con vosotros, en el que cada uno hará su parte. No es una hipoteca, no os preocupéis, pero el hecho de estampar nuestra firma nos recuerda que estamos trabajando en ello, que tenemos un contrato.*

*También tenéis una ficha de calendario, para ir anotando las citas y así tenerlas siempre presentes. En la página 9, llegamos a “Y yo... ¿por qué fumo?”; ¿Recordáis por qué empezasteis a fumar?*

Damos unos minutos para que las personas contesten, aunque probablemente no dé tiempo a que lo hagan todas. La gestión de los tiempos es algo que va mejorando a medida que adquirimos práctica en la realización de grupos.

También encontramos contenidos sobre beneficios de dejar de fumar. Este es un tema que aparecerá en diferentes momentos del tratamiento, tanto los potenciales, como los que experimentarán los integrantes del grupo.

---

**SIEMPRE QUE UNA PERSONA VERBALIZA UN BENEFICIO, ES IMPORTANTE DESTACARLO. SE PUEDEN IR ANOTANDO Y RECORDARLOS DE VEZ EN CUANDO. PODEMOS GUARDAR UNA HOJA CON LOS BENEFICIOS QUE VAN APARECIENDO EN CADA GRUPO Y RECORDARLOS AL FINALIZAR LAS SESIONES; ASÍ, PODRÁN VER CÓMO CADA VEZ SON MÁS NUMEROSOS.**

---

Otro material que utilizaremos, en todas las sesiones, es la **Hoja de ruta (Anexo 8)**. En este documento, que entregamos y recogemos en cada visita (nos permite tener la información durante la reunión para introducirla después en el protocolo de APCantabria), se registra, entre otras cosas, la valoración subjetiva respecto a los diferentes

síntomas de la abstinencia. Esta valoración sirve para que las personas fumadoras se familiaricen con estos síntomas y los reconozcan como parte del síndrome de abstinencia y, además, para poder valorar la intensidad de estos a medida que pasa el tiempo. En esta hoja recogemos también la asistencia, variables objetivas como la cooximetría, el peso o la tensión arterial y el uso de los fármacos.

## CONTENIDOS TEÓRICOS

Existen diferentes formas de aprender, podemos lanzar al grupo la pregunta de cuáles conocen. Una de ellas es la imitación, que puede influir en los primeros consumos: el grupo de iguales, ver a los mayores hacerlo, verlo en el cine... Sin embargo, para instaurar una conducta intervienen otros procesos y, en el caso de una dependencia —como suele ser la del consumo de tabaco y nicotina— podemos hablar de cuatro elementos (explicados en la página 11 del cuaderno): **la sustancia, lo que pasa antes, lo que pasa después de fumar y el automatismo.**

- **LA SUSTANCIA:** la nicotina es una droga muy adictiva; a los 7 segundos de inhalarla, ya está en el cerebro y esta rapidez hace que sea muy sencillo engancharse a ella. La respuesta inmediata es placentera: a cada persona le aporta cosas diferentes, pero la mayoría de quienes fuman experimentan placer y bienestar, entre otros efectos (*en este momento podemos preguntar qué les aporta*). Como toda sustancia adictiva, al dejar de consumirla se pueden experimentar síntomas de abstinencia. No sabemos lo que le va a pasar a cada persona: cada una es diferente y cada intento también lo es. Puede que en un momento experimente mucha abstinencia y, años después, no tanta ... o al revés. En cualquier caso, **las tareas, las técnicas y los fármacos pueden ayudar con esos síntomas**, que son los de la hoja de ruta que se rellena cada día (así valoramos el proceso). La duración también es variable, con unas 12 semanas de media. En cualquier caso, debemos insistir en que es pasajero, el síndrome de abstinencia no dura siempre.

- **EL AUTOMATISMO:** todas las personas, en algún momento del día, realizamos conductas de manera inconsciente, sin pensarlas mucho, como resultado de hábitos o rutinas adquiridas por repetición: funcionamos con el “piloto automático”. Estas acciones no requieren de toda nuestra atención y podemos conducir, lavarnos los dientes o hacer la cama sin pensar en cómo lo estamos haciendo. Esto también pasa cuando se fuma, **la conducta de llevarse un cigarrillo a la boca para darle una calada se ha repetido tantas veces que el cerebro la reconoce como automática** y la persona se puede sorprender con un cigarro sin tener ni idea de cuándo lo encendió.

---

## ES IMPORTANTE CONOCER ESTE ASPECTO PARA TRABAJAR EN ROMPER ESTE AUTOMATISMO, PARA HACER MÁS CONSCIENTE EL CONSUMO.

---

Muchas de las tareas que propondremos tienen este objetivo, aunque no es necesario que avisemos previamente; al hacer las tareas nos lo contarán.

- **LO QUE PASA ANTES:** más allá de la sustancia, debemos centrarnos en la conducta, ya que **dejar de fumar es un cambio de conducta**. Fumar frecuentemente se asocia con objetos, situaciones, alimentos... esto tiene una explicación desde el **condicionamiento clásico de Pavlov**, que demostró cómo, a través de la repetición y asociación, perros que salivaban ante la presencia de comida empezaron a hacerlo también al oír sonidos específicos que habían sido previamente emparejados con la alimentación, como el tintineo de una campana. Este hallazgo supuso las bases del condicionamiento clásico, fundamental en las teorías del aprendizaje en los seres vivos.



*Inicialmente la campana es un estímulo neutro, no provoca respuesta en el perro, pero al mostrarla emparejada con la comida, se consigue que el sonido*



*provoque el mismo efecto que esta, haciendo que el perro salive al oír la campana, independientemente de que haya o no comida. ¿Se os ocurren algunas cosas que tengáis asociadas al tabaco, aunque “a priori” no tengan nada que ver? Por ejemplo, el café, el alcohol, la espera, el aburrimiento... Es frecuente que, al repetir durante muchos años la conducta, el cerebro lo asocie, “somos animales de costumbres”, además el tabaco tiene nicotina; de eso ya hemos hablado.*

*Es importante que cada uno sepa qué estímulos son estos en su caso, cuáles son sus “campanas”, para ver cómo puede trabajar cada circunstancia. Habrá algunas que podamos evitar (el café o la cerveza) dejando de exponernos durante una temporada, mientras que otras serán inevitables –ir a trabajar, enfadarnos o cualquiera que tenga que ver con el estado de ánimo– y habrá que buscar estrategias para soportar la presión.*

- **LO QUE PASA DESPUÉS:** la probabilidad de que una conducta se repita depende de sus **consecuencias**. Aquellas que se ven reforzadas tienen tendencia a repetirse –ya sea como refuerzo positivo o negativo (ver tabla siguiente)– y las que reciben un castigo tienen menor probabilidad de hacerlo: **el refuerzo es fundamental para el control de la conducta**.

El psicólogo **Skinner** desarrolló la teoría del **condicionamiento operante**. Es un aprendizaje asociativo relacionado con el desarrollo de nuevas conductas en función de sus consecuencias. Realizó diferentes experimentos explicando cómo pueden aprender los animales a través de las consecuencias de sus conductas, aumentando o manteniéndose si son reforzadas o disminuyendo si no lo son.

En la siguiente tabla tenemos explicadas, de manera muy esquemática, algunas de las conclusiones de estos experimentos:

CONDICIONAMIENTO	CONDUCTA	CONSECUENCIA	
<b>REFUERZO POSITIVO</b> (Recompensa)	Accionar una palanca	El animal obtiene comida	<b>AUMENTA LA CONDUCTA</b>
	Fumar	La persona mejora la concentración	
<b>REFUERZO NEGATIVO</b> (Evitar algo desagradable)	Accionar una palanca	Deja de recibir una descarga eléctrica	
	Fumar	La persona deja de estar irritable (desaparece el síntoma de abstinencia)	
<b>CASTIGO</b>	Accionar una palanca	Recibe una descarga eléctrica cada vez que acciona la palanca	<b>DISMINUYE LA CONDUCTA</b>
	Fumar	El castigo no siempre ocurre y, si llega, es después de un tiempo de consumo (en forma de enfermedades o discapacidad) por lo que, en muchos casos, no tiene impacto sobre la conducta	
<b>EXTINCIÓN</b>	Accionar una palanca	Deja de recibir comida	<b>DESAPARECE LA CONDUCTA</b>
	Fumar	Al fumar sin obtener refuerzo (en lugares incómodos o sin asociarlo a bebidas o comidas, por ejemplo) se rompe la asociación	

Si utilizamos el modelo para comprender la conducta de fumar, encontramos que, **al fumar o vapear, el refuerzo suele ser inmediato y seguro** (bien porque aporta placer, porque entretiene, porque elimina algún malestar o algún síntoma de abstinencia o por otros motivos). Sin embargo, **el castigo es incierto y, de producirse, lo hace a largo plazo**. La mayor parte de las enfermedades asociadas con el consumo de tabaco y nicotina se manifiestan tras años de consumo y no en todas las personas. En cuanto a la extinción, al asociar el consumo de tabaco a múltiples situaciones, es complicado suprimir todos los reforzadores, por lo que el proceso de **extinción** es gradual y, en muchos casos, la persona se agota. Además, puede darse el fenómeno de **“recuperación espontánea”**, de tal forma que, cuando la persona lleva semanas sin fumar y considera extinguida la conducta, aparecen nuevamente las ganas y las sensaciones asociadas al cigarrillo, experimentando un deseo intenso. Un ejemplo es lo que pasa a veces en las celebraciones, donde la gente se deja llevar y suele experimentar. Es importante tener claro que, **una vez dejemos de fumar, no hay que dar ni una calada, porque una sola puede despertar de nuevo estas asociaciones y los receptores nicotínicos del cerebro**. Tener esta información permite entender algunas sensaciones que pueden resultar desconcertantes durante el proceso de abandono del tabaco.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Es importante reservar unos minutos para **explicar las opciones** farmacológicas que tengan prescritas las personas del grupo: inicio, forma de uso, dosis diaria, principales efectos secundarios y detalles más relevantes. Aunque ya se haya tratado en la evaluación y se lo entreguemos en papel (en el cuaderno se habla de todas las opciones), conviene recordar lo principal (**Anexo 7**).

Cualquiera de las propuestas ayudará a aliviar el síndrome de abstinencia. En esta sesión dedicaremos más tiempo a las que van a usar inmediatamente (**bupropion, citisiniclina y/o vareniclina**).

Por gestión del tiempo, si hay personas que van a usar parches de nicotina, podemos explicarlos en la segunda sesión, ya que hasta entonces no los usarán.

En este momento, sí que conviene explicar cómo se usan los **chicles** y los **comprimidos**, la nicotina “de rescate”, e invitar a que hagan pruebas durante estos días de preparación para aprender cómo se usan y comprobar cómo la nicotina hace su efecto y palía las ganas de fumar (**Anexo 9**).

**Insistiremos en la importancia de utilizar el tratamiento farmacológico**, que en general se infrautiliza, durante todo el proceso, atendiendo a las diferentes posologías (2/3 meses para vareniclina y bupropion o 25 días para la citisina/citisiniclina).

Es frecuente que surjan dudas sobre la utilidad, sobre las diferencias entre fármacos y sobre por qué alguien usará uno u otro. Estas dudas deben resolverse y, en caso de no existir contraindicaciones, si la persona cambia de opinión y decide usar otro fármaco diferente al previsto, no hay problema: es mejor que esté satisfecha con la decisión; eso mejorará la adherencia.

---

**DEBEMOS RECORDAR QUE ANTE UNA INTOLERANCIA O ALGÚN PROBLEMA CON EL USO DE CUALQUIERA DE LOS FÁRMACOS SE PUEDEN DIRIGIR A NOSOTROS.**

---

## **TAREAS PARA CASA**

Además de las herramientas farmacológicas, contamos con otras que van a suponer **pequeños cambios de conducta**, que son igual de importantes y que nos ayudarán a estar mejor; entre ellas están las tareas.

Si alguien está indeciso, hacer las tareas le ayudará a avanzar en su proceso de cambio. Para las personas más motivadas, será útil poner en práctica herramientas para conseguir su objetivo, y para

quienes sean más reticentes, explicaremos que el cumplimiento de las tareas es un buen predictor de resultados; que al igual que el resto de herramientas, no es obligatorio utilizarlas, pero que hacerlo acerca al objetivo. Podemos recordar la ruta de montaña con la equipación adecuada.



El terapeuta debe transmitir la importancia de hacerlas, para lo que podemos utilizar un símil con cualquier aprendizaje. Por ejemplo, si alguien quiere aprender un idioma o a conducir un coche, necesitará hacer ejercicios, practicar y dedicar tiempo al estudio. De igual forma, aprender a vivir sin tabaco requiere dedicación y práctica.

---

**INSISTIR EN QUE PRACTICAR Y DARSE TIEMPO ES CLAVE PARA CONSOLIDAR LO APRENDIDO, YA QUE ES FRECUENTE QUE LAS PERSONAS QUIERAN LOGRAR AVANCES RÁPIDOS Y SE FRUSTREN SI LAS GANAS DE FUMAR SIGUEN APARECIENDO TRAS UNAS SEMANAS DE ABSTINENCIA.**

---

Las tareas están descritas en la página 29 del cuaderno. Resulta útil usarlo como guía para ir explicando cada una y que las personas puedan hacer anotaciones, en caso necesario.

Hay que detenerse en explicar cómo se rellena el **autorregistro** y por qué se debe hacer antes de cada cigarrillo. En el cuaderno hay suficientes para todos los días de la semana, animando a que los cumplimenten tantos días como sea posible; pero si hay personas a las que les resulta demasiado, será suficiente con que lo rellenen un día de trabajo y uno de descanso.

La tarea de **elegir un lugar en el que no se fumará** también merece una explicación detallada. Insistiremos en que se deje de fumar en el interior de los edificios, y en que esta medida, que parece muy

extrema, no es más que una práctica para lo que vendrá próximamente: dejar el consumo por completo.

Cumplimentar la tabla de la página 12 del cuaderno, donde hablamos de **motivos** para fumar o vapear y para dejar de hacerlo, también es una tarea útil en este momento del proceso; reflexionar sobre los motivos y plasmarlos en papel ayuda a tomar conciencia. Se puede hacer añadiendo cada día alguno o todos a la vez si están muy claros. Otra tarea que a muchas personas les resulta interesante es **calcular el dinero** que se han gastado hasta este momento en tabaco; se puede hacer con una sencilla tabla en la página 14.

---

**LAS CONCLUSIONES EXTRAÍDAS AL REALIZAR LAS TAREAS SE ANALIZARÁN EN LA SEGUNDA SESIÓN, DONDE VEREMOS QUÉ LE HAN APORTADO A CADA PERSONA, SI LE HAN SERVIDO O NO, LAS PRINCIPALES DIFICULTADES Y RETOS ENCONTRADOS...**

---

Al finalizar cada sesión, debemos dedicar unos minutos a resolver posibles dudas o consultas. Lo ideal es abordarlas en grupo; si alguna persona necesita una atención más personalizada, podemos atenderla al terminar la sesión o citarla en consulta.

## **CIERRE Y COMPROMISO**

Cerraremos el grupo **felicitando por la decisión y animando a realizar un compromiso**. En este momento, podemos leer juntos el contrato de la página 6 del cuaderno y firmarlo, si no lo hemos hecho antes.

Además, cada semana, lo renovaremos con un **compromiso verbal**, haciendo una ronda en voz alta: *“Me comprometo a venir, la semana que viene, con las tareas hechas”*.

En cualquier momento que surja, debemos transmitir que **ante la duda, lo más importante es asistir a la sesión**, incluso si se ha incumplido el compromiso, bien sea de hacer las tareas en este momento o de permanecer sin fumar más adelante.

---

**SOLO SI EL PACIENTE ACUDE, PODREMOS INTERVENIR.**

---

## Segunda sesión de preparación

Esta es, probablemente, la sesión más complicada del grupo. Al ser la sesión más próxima al día D, es frecuente que las personas que van a dejar de fumar o vapear, por la incertidumbre, traigan a la reunión sus dudas y preocupaciones. Es importante escucharlas y, en la medida de lo posible, reformularlas, ya que aparecerán falsas creencias, en la mayor parte de los casos fatalistas, respecto a los primeros días sin fumar.

### **LO QUE NO DEBE FALTAR**

**REPASO DE LAS TAREAS.**

**TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA.**

**PREPARANDO EL PRIMER DÍA SIN FUMAR.**

**TÉCNICAS: RELAJACIÓN Y DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO.**

**CIERRE Y COMPROMISO.**

## REPASO DE LAS TAREAS

En esta sesión, seguimos usando como apoyo el cuaderno rojo. Podemos usar las páginas 29 y 30 como recordatorio, mencionando las tareas y preguntando por cómo ha ido la semana, invitando al grupo a compartir sus experiencias.

Podemos **plantear preguntas abiertas sobre lo que han aportado las tareas**, cuáles han resultado más útiles, qué dificultades han encontrado a la hora de llevarlas a cabo.



Siempre que sea posible, dejaremos que sea el grupo quien genere alternativas ante las dificultades; los y las profesionales intervendrán para moderar.

Es frecuente que encontremos personas que no han realizado ninguna tarea. En caso de detectarlo antes de empezar la ronda de participación, es preferible dar la palabra a estas personas al final de la ronda. Es una manera de reforzar el cumplimiento de quienes sí las han hecho.

Qué temas queremos que salgan en este repaso de tareas:

- **Desautomatización:** al usar el autorregistro, lo deseable es que alguno de los cigarrillos no se haya fumado, ya sea porque había fumado hace poco tiempo, porque no tenía muchas ganas o porque cambió de actividad y ya no le apetecía. También puede ocurrir que haya personas que hayan fumado más durante esta semana, no todo el mundo reacciona igual. En este caso, no hay que dramatizar. Esta semana era de preparación con la premisa “Hacer las tareas y fumar de otra manera”. El objetivo no era fumar menos, así que no pasa nada.

En esta sesión observamos, a veces, **compensación** en el valor de la cooximetría: a pesar de haber fumado menos cigarrillos, el valor de monóxido de carbono es el mismo o incluso superior al de la

semana anterior. Esto es porque la persona ha realizado inhalaciones más profundas, largas o frecuentes, de manera inconsciente, intentando extraer de los cigarrillos que ha fumado la misma cantidad de nicotina que conseguía de los que fumaba antes.

- Al hablar de los lugares en los que no se ha fumado esta semana, **reforzaremos aquellos casos en los que el cambio de lugar hizo que las ganas fueran menos intensas**, que los cigarrillos aportaran menos. Es una manera de ir rompiendo las asociaciones de las que hablamos en la primera sesión.
- En cuanto al retraso del primer cigarrillo del día o del primer uso del cigarrillo electrónico, algunas personas habrán logrado posponerlo mucho más de 10 minutos. Este es un buen entrenamiento, tienen ya parte del camino andado para el día D; les animaremos a que compartan qué estrategias les han ayudado para lograrlo.



Podemos detenernos con aquellos que han tenido dificultades para retrasar el primer consumo del día y valorar en grupo qué podrían haber hecho de otra manera.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Hay que preguntar a las personas que ya están usando algún fármaco por su experiencia y valorar posibles reacciones adversas, efectos secundarios, ajustes de dosis o la necesidad de un cambio de medicación.

**Si se va a cambiar algún fármaco, hay que tener en cuenta qué día se dejará de fumar, ya que algunos requieren un mínimo de días para alcanzar el nivel adecuado.**

Es útil que todo el grupo tenga el mismo día D, ya que permite avanzar a un ritmo homogéneo. Sin embargo, hay que atender las posibles

dificultades y demandas de las personas integrantes y, si es necesario, hacer algunos ajustes, siempre siendo conscientes de que estos cambios pueden influir en el desarrollo del grupo. Si algunas personas dejan de fumar antes que otras será más difícil adaptar el contenido de cada sesión, ya que mientras unas estarán hablando de síntomas de abstinencia, otras seguirán preparando su intento, fumando y realizando tareas de desautomatización. **Una de las fortalezas del grupo es que avance a la vez.**

La instrucción sobre el uso de la terapia sustitutiva con nicotina puede ofrecerse en la primera sesión, aunque es preferible abordarla en la segunda, considerando que las personas que vayan a utilizar parches comenzarán su uso la noche previa al día D o el mismo día por la mañana. Igualmente explicaremos el modo de uso de los chicles, comprimidos y espray, tanto pautados como de rescate. Si alguna persona ya los ha utilizado, contrastaremos cómo lo ha hecho y si le han servido. Es importante dedicar tiempo a este aspecto, ya que uno de los motivos de su infrautilización son los síntomas gástricos desagradables que se producen por un mal uso.

En la página 19 y siguientes del cuaderno rojo, hay información básica sobre este tema; además, se puede completar con la del **Anexo 9**.

## SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA

La mayor parte de las personas conocerán uno o varios de los síntomas que componen el síndrome de abstinencia a la nicotina. Es importante que se hable de ellos registrándolos en la Hoja de ruta (**Anexo 8**) durante las sesiones y trasladando posteriormente los datos a APCantabria. Se explicará que la irritabilidad, la impaciencia, la dificultad de concentración, el estreñimiento o el aumento del apetito que pueden aparecer al dejar de fumar, no son más que síntomas relacionados con la falta de nicotina en el cuerpo y son pasajeros, irán desapareciendo. En la página 47 aparecen todos estos síntomas y algunas estrategias para manejarlos, además de utilizar los fármacos prescritos.

## PREPARANDO EL PRIMER DÍA SIN FUMAR

Debemos reservar unos minutos de esta segunda sesión para hablar de cómo preparar el día D.

---

### NO HAY FÓRMULAS MÁGICAS, NI UNA ÚNICA MANERA DE AFRONTARLO, PERO SÍ QUE HAY ALGUNOS ASPECTOS QUE CONVIENE TENER PRESENTES.

---

**El día anterior** es importante deshacerse de todo el tabaco y productos similares (vapers o bolsas de nicotina) antes de irse a dormir. Algunas personas elegirán fumar en exceso, otras preferirán hacer una ceremonia de despedida y algunas simplemente lo tirarán a la basura. Si a alguien se le ocurre regalarlo, podemos analizar entre todos si es un buen regalo, o quizás es mejor desecharlo sin más. Si se tira en la basura de casa, mejor pasar el tabaco por el grifo y romperlo, para evitar tentaciones por la mañana.

Puede que alguien se muestre reticente a deshacerse del tabaco, considere que necesita tenerlo por si tiene una “urgencia”, por si “necesita” fumar y no puede comprarlo. Trataremos de desmontarlo ya que es muy sencillo encontrar un lugar donde comprar tabaco, incluso por la noche, y es mucho más probable caer ante un impulso de consumo o una situación de riesgo si tenemos tabaco encima que si tenemos que ir a buscarlo.

---

### NO TENER TABACO EN CASA ES UNA HERRAMIENTA MÁS DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.

---



*Por ejemplo, estamos en casa, llevamos una semana sin fumar, con algunos momentos de ganas intensas, pero vamos llevándolo más o menos bien. Nos llaman por teléfono y nos dan una mala noticia, o una muy*



*buena, cualquiera sirve. En ese momento no nos paramos a pensar, abrimos el cajón en el que tenemos ese cigarrillo para las emergencias y lo encendemos, como solemos hacer, para celebrar... o para acompañarnos en el duelo. Si el cajón está vacío, podemos pararnos a pensar un minuto y decidir si de verdad queremos fumar o no ese cigarrillo, podemos incluso vestirnos para ir a comprar tabaco y por el camino darle otra vuelta a la decisión. Finalmente, al entrar al estanco, quizás la estancuera a la que le contamos que íbamos a dejar de fumar nos de la enhorabuena por haber tomado la decisión y en ese momento decidamos comprar un paquete de chicles y volvernos a casa.*

Además de deshacernos del tabaco, tampoco necesitaremos a partir de ahora objetos relacionados con su consumo como encendedores, ceniceros o pitilleras.

Si en casa hay otras personas que fuman o vapean es de gran ayuda llegar a acuerdos para establecer **“zonas libres de humo y aerosoles”**, les pediremos que no dejen las cajetillas en cualquier sitio, que recojan sus colillas después de fumar y que no fumen en el interior de la casa. Si esto es imposible, tratar de delimitar en qué espacios de la casa se podrá consumir y en cuáles no. Esta medida, además de ayudar a quien está dejando de fumar, ayuda a quienes lo hacen, ya que se van rompiendo sus automatismos.

**Justo antes de irse a dormir es buen momento para repasar el listado de motivos para dejar de fumar y planificar el día siguiente.**

---

**EL PRIMER DÍA SIN TABACO ES UN DÍA IMPORTANTE, DEJAR DE FUMAR ES UNA DE LAS DECISIONES CON MÁS IMPACTO SOBRE LA SALUD QUE UNA PERSONA FUMADORA PUEDE TOMAR EN SU VIDA.**

---

Cada persona debe decidir cómo será ese día, si prefiere levantarse con poco tiempo para no dedicar ni un minuto al tema o elegir un día no laboral, para planificar una jornada de relax.

Ayuda pensar en positivo y ponerse un objetivo a corto plazo: *“Hoy no fumo, mañana ya lo decidiré”*. Es mucho más fácil afrontar así el día que pensar que no fumará nunca más en la vida. **Es fundamental recordar que no hay que ceder ni ante una sola calada.** El síndrome de abstinencia empieza en el momento que se deja de fumar por completo y puede durar una media de 12 semanas. Si se da alguna calada, la cuenta vuelve a empezar, no compensa volver a la casilla de salida.



El objetivo del grupo y de la terapia no es dejar de tener ganas de fumar, sino **aprender a controlarlas**, manejarlas sin que controlen nuestra vida. Podemos utilizar la **metáfora de la ola**, comparando las ganas de fumar con una ola del mar (página 39 del cuaderno).

Este primer día resultarán muy útiles todos los cambios de conducta practicados en la semana o semanas de preparación: variar el orden de las actividades de la mañana, cambiar el lugar de desayuno o de paseo, levantarse de la mesa nada más comer y lavarse los dientes o sustituir el café por otra bebida. **En el cuaderno rojo hay algunas estrategias que se pueden consultar, pero resultará muy útil pedirle al grupo que genere las suyas.**

---

**RECORDAR QUE LOS CAMBIOS EN ESTOS DÍAS NO SERÁN PARA SIEMPRE, ES SOLAMENTE UNA CONVALECENCIA, Y QUE POCO A POCO SE IRÁN RECUPERANDO LAS COSTUMBRES.**

---

Al final del día animaremos a las personas a que se refuercen e incluso se premien por haber conseguido permanecer un día sin fumar.

## TÉCNICAS: RELAJACIÓN Y DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO

En el cuaderno encontrarán algunas sugerencias para llevar mejor los primeros días sin fumar (página 38), así como técnicas para cambiar los pensamientos, como las **autoinstrucciones** o la **detención del pensamiento**. Conviene explicar estas técnicas, ya que si el terapeuta no se detiene en ellas es menos probable que se utilicen.



Para explicar la detención del pensamiento resulta útil llevar gomas elásticas, que se pueden colocar en la muñeca, y durante las primeras semanas sin fumar utilizarlas como recordatorio de su compromiso, además de usarlas para llamar su atención.

También encontramos en la página 44 unos **ejercicios de relajación** a través de la respiración que pueden ser de utilidad. Si hay tiempo durante la sesión, puede ser una muy buena forma de concluir cada día. Si no es posible, conviene explicar, al menos de manera sucinta, los ejercicios.

## CIERRE Y COMPROMISO

En todas las sesiones es importante la gestión del tiempo, pero en esta especialmente, al ser probablemente la más extensa. Debe dar tiempo a hacer una adecuada despedida.

---

**LOS TERAPEUTAS DEBEN CERRAR LA SESIÓN RECORDANDO QUE LA TAREA DE ESTA SEMANA ES DEJAR DE FUMAR Y MANTENERSE, NO HAY OTRA MÁS IMPORTANTE.**

---

Otras tareas que se pueden recomendar:

- **Guardar el dinero del tabaco que no se fuma** en una hucha (sirve un tarro de cristal) y pensar en qué harán con ello, por ejemplo, cuando lleven un mes sin fumar. Es algo que se puede compartir con el grupo y resulta gratificante.
- Introducir un poco más de **actividad física en la rutina**. Es un tema que se abordará más extensamente en el mantenimiento, pero conviene que no se deje de lado mucho tiempo para no coger peso.

Como cada sesión, al finalizar, cada persona debe pronunciar el alto su compromiso, **“Me comprometo a venir el próximo día y sin fumar”**.

## **Sesiones de mantenimiento**

Las sesiones de mantenimiento son **menos directivas**, los contenidos se van adaptando a cada grupo según van apareciendo situaciones o necesidades.

El cuaderno verde “Dejar de fumar es la mejor decisión de tu vida” recoge algunos de los temas más recurrentes, como son:

- **La importancia de focalizar el pensamiento en el cambio de conducta**, tratando de cambiar los pensamientos negativos y que no ayudan, como: *“Necesito fumar”*, por otros más útiles para conseguir permanecer abstinentes como: *“Las ganas de fumar desaparecen fume o no. Si consigo distraer mi atención pasarán”*.
- **Incorporación de rutinas saludables**, aprovechando el impulso para reducir el consumo de alcohol o mejorar la higiene del sueño.
- **Aumentar la actividad física**, proponiendo pequeños cambios que pueden tener mucho impacto, ¡cualquier cambio suma para mejorar la salud!

- **Mejoras en la alimentación**, con una serie de propuestas para comer mejor. Este es un tema importante que aparece con frecuencia en las sesiones de mantenimiento por la ganancia de peso al dejar de fumar.
- **Prevenir y superar obstáculos**, trabajando el afrontamiento de las situaciones de riesgo y las posibles caídas y recaídas.

---

**RECORDAR QUE LA CLAVE ESTÁ EN LA PRÁCTICA Y QUE LO IMPORTANTE ES TRABAJAR CADA DÍA POR PERMANECER SIN FUMAR.**

---

### **LO QUE NO DEBE FALTAR EN CADA SESIÓN DE MANTENIMIENTO**

**CONTROL DE SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA:** Repasar técnicas y uso de fármacos.

**PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y RECAÍDAS.**

**CIERRE Y COMPROMISO.**

Tras la primera semana sin fumar, preguntaremos qué tal ha ido, es probable que el primer día sin fumar no fuera tan catastrófico como esperaban.

Explicaremos que este **no es un proceso lineal**, en el que cada día estarán un poco mejor, sino un proceso con algunos baches. Puede ser que para algunas personas la mejora sea constante y continua, pero es más frecuente que a unos días buenos les sigan otros regulares y algunos malos, que tras varias semanas sin fumar y con apenas síntomas aparezca la tristeza o estén más irritables. **Tendremos que recordar en varios momentos del tratamiento que el síndrome de abstinencia no son solamente ganas de fumar**, son unos cuantos síntomas y todos ellos se pueden paliar con un poco de

nicotina. Esta medida, la de usar nicotina las primeras semanas, ya no será tan útil semanas después, es solo para las primeras semanas tras el día D.

Invitaremos a todos los miembros del grupo a explicar **que tal ha ido su semana**, cuáles han sido sus mejores y sus peores momentos y qué estrategias les han servido. Si dejamos que sea el propio grupo quien decida quien habla, es probable que haya personas que no participen en ninguna reunión por lo que seremos directivos dándo la palabra por turnos y controlando los tiempos.



Podemos preguntarles si están guardando el dinero que no gastan en tabaco y qué premio se van a dar cuando pase un mes, hablar de este tema suele crear buen ambiente en un grupo.

En **todas las sesiones de mantenimiento** debe aparecer:

- **Mención al tratamiento farmacológico:** a cómo lo están tomando, posibles efectos secundarios y posibles refuerzos. Es muy frecuente que recomendemos la terapia sustitutiva de rescate y sean reticentes a utilizarla, pero que, si alguien del grupo la ha utilizado y le sirve, arrastre a alguno más. Esta es una de las grandezas del grupo, que puede funcionar al revés, haciendo que una experiencia negativa arrastre a varias personas; es importante estar atentos para evitarlo. **Debemos abordar también qué pasará cuando dejen el tratamiento.** Algunas personas es probable que focalicen el éxito en la pastilla o en el parche. Debemos insistir en la importancia de trabajar el cambio de conducta, de reforzar el pensamiento dirigido al cambio y hacia la decisión de no fumar, de no dar ni una calada.
- **Situaciones de riesgo y posibles respuestas a ellas.** Trabajaremos en grupo cada escena, buscando soluciones alterativas al consumo. Esta es una actividad muy enriquecedora en grupo y pueden aparecer opciones realmente interesantes.

- **Importancia de no dar ni una calada, de no hacer pruebas ni excepciones.** Explicar que los receptores nicotínicos se van “durmiendo” cuando van pasando días sin fumar y una sola calada actúa como “despertador”. Esos receptores siempre estarán ahí y el riesgo de activarlos existe; de hecho, después de unos años dormidos puede que un día abran un ojo para mirar a ver si hay alguien por ahí que quiera hacerles caso. Esta recomendación incluye cualquiera de los nuevos productos de consumo de tabaco y nicotina.
- **Beneficios percibidos por cada persona.** Como ya se ha mencionado, podemos ir anotando en una ficha los beneficios de cada grupo, no es necesario identificarlos con cada persona porque muchos de los que aparecerán serán generales y servirán para todos. Es posible que haya personas que no noten beneficios o incluso que tengan algunos síntomas desagradables como puede ser un aumento de la tos (signo de que los cilios están creciendo de nuevo y haciendo su función) o el sangrado en las encías (el tabaco enmasca la inflamación y es frecuente que al recuperar el riego sanguíneo tras dejar de fumar aparezca el sangrado, signo de que está mejorando la circulación).

---

**INSISTIREMOS EN QUE COMPLETAR EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PAUTADO DUPLICA LAS POSIBILIDADES DE ÉXITO, YA QUE ES MUY FRECUENTE QUE SE ABANDONE ANTES DE TIEMPO.**

---

También sabemos que las conductas saludables se interrelacionan, de tal forma que mantener hábitos saludables en cuanto a alimentación y ejercicio físico influye en las tasas de abandono, como también lo hace evitar situaciones de riesgo o la identificación de comportamientos alternativos al consumo de tabaco.

Dejaremos unos minutos para cerrar, felicitando al grupo en cada sesión y deteniéndonos en cada persona para recoger su compromiso: ***“Me comprometo a venir el próximo día y sin fumar”.***

## El seguimiento

El seguimiento después de las sesiones en grupo es **fundamental para reforzar la abstinencia**, prevenir recaídas y controlar el tratamiento farmacológico, en el caso de que haya sido prescrito.

Este seguimiento podrá ser **presencial o telefónico**, adecuándose a las necesidades de cada paciente. Si se están utilizando fármacos, el profesional sanitario de referencia programará las visitas en función del cambio o supresión de dosis. En cada paciente, se realizará al menos un contacto a los **3 meses** de la abstinencia, otro a los **6 meses** y otro **al año**, registrando el resultado en APCantabria.

---

**SE PODRÁN REALIZAR INTERVENCIONES DE REFUERZO OPORTUNISTA SI LA PERSONA ACUDE A CONSULTA POR OTRO MOTIVO.**

---

### **LO QUE NO DEBE FALTAR EN LOS CONTACTOS DE SEGUIMIENTO:**

**FELICITAR POR MANTENER LA ABSTINENCIA.**

**CONTROL DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.**

**PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.**

**RENOVAR EL COMPROMISO.**

Una buena forma de comenzar una visita o llamada de seguimiento es **felicitando a la persona por la abstinencia**. Podemos pedirle que nos relate los beneficios percibidos y sumar otros que conozcamos como la mejora en el drenaje bronquial tras unos meses sin fumar o la reducción del riesgo de infarto.



En caso de que haya fumado debemos dedicarle unos minutos a averiguar qué ha pasado, no con el objetivo de culpabilizar o hacer sentir mal, si no para reconducir la situación y evitar que vuelva a ocurrir.

**La recaída es normal y frecuente**, si se trabaja sobre los motivos y las alternativas puede servir para futuros intentos.

Tras un consumo es importante plantear cuestiones como: qué estaba haciendo en el momento, cómo consiguió el tabaco o qué podía haber hecho en lugar de fumar. Se trata de hacer preguntas abiertas para que sea la persona la que llegue a sus conclusiones y busque alternativas de afrontamiento para poner en práctica en el futuro.

Al haber fumado es frecuente que la persona abandone el intento, a veces ocurre poco a poco, fumando de vez en cuando, ante una clara fantasía de control y en otras ocasiones se vuelve a fumar con la misma intensidad que antes de dejarlo. En cualquier caso, debemos recordar al paciente que estaremos ahí en el futuro, para realizar otro intento, que dejar de fumar es una carrera de fondo y es muy frecuente tener que realizar varios intentos antes de conseguir la abstinencia definitiva.

En función del fármaco que esté utilizando es posible que en este momento el tratamiento ya haya finalizado. **Nos interesaremos por los síntomas de abstinencia y por las estrategias puestas en marcha para paliarlos.** Si sigue con muchos síntomas podemos continuar un tiempo con la nicotina de rescate. Cuando la persona se vaya encontrando mejor, más fuerte, es momento de dejar también estas formas puntuales de nicotina.

**Si a los seis meses de abstinencia alguien continua usando chicles de nicotina, es momento de planificar cómo va a dejarlos.** No es algo muy frecuente, pero podemos encontrar personas que se enganchan a estas formas de uso puntual de nicotina, sobre todo a los chicles. Se

trata de poner en marcha algunas de las herramientas de cambio de conducta que ha utilizado para dejar de fumar, incluso puede utilizar chicles sin azúcar y sustituir así los de nicotina.

---

**EN NINGÚN CASO UTILIZAREMOS COMO HERRAMIENTA PARA DEJAR LA TERAPIA SUSTITUTIVA CUALQUIERA DE LOS NUEVOS PRODUCTOS COMERCIALIZADOS DESDE LA INDUSTRIA TABAQUERA.**

---



Preguntaremos por posibles situaciones de riesgo para **trabajar afrontamientos y prevenir fantasías de control**.

Por ejemplo, alguien puede pensar que irá a una boda y fumará un par de cigarrillos en la fiesta, para continuar después sin fumar.

Recordaremos la naturaleza de la adicción y una de sus características, la falta de control.

Trabajaremos las posibles alternativas al consumo en la situación elegida, para tener herramientas y que las ganas de fumar no pillen al paciente desprevenido.

Al final de cada encuentro podemos **seguir renovando el compromiso**, al menos durante el primer año. De igual forma, debemos recordar que tanto durante el primer año, como después, la persona puede acudir a visitas de seguimiento solicitando una consulta (además del seguimiento oportunista que es deseable en cualquier caso).

## SI PERMANECE SIN FUMAR

- Felicitar.
- Evaluar fin de tratamiento 2-3 meses o continuarlo dos semanas más si es preciso.
- Provocar que verbalice beneficios: ¿qué tal estás?, ¿qué beneficios has notado?
- Prevenir fantasías de control (por uno no pasa nada, uno de vez en cuando).
- Prevenir situaciones de riesgo (fiestas, alcohol, estados de ánimo extremos...)
- Preguntar síntomas de abstinencia (el síndrome de abstinencia puede durar una media de 12 semanas, no todos los síntomas, pero algunos pueden ser resistentes).
- Ofrecer sesiones de apoyo individual si lo precisa.

## SI HA FUMADO

- Normalizar y evitar sentimientos de culpa *"No pasa nada, es muy frecuente necesitar varios intentos"*.
- Transmitir que dejar de fumar es un proceso.
- Intentar que la recaída sirva como experiencia para un futuro intento, extrayendo conclusiones y promoviendo alternativas.
- Felicitar por el esfuerzo realizado.

## Situaciones frecuentes en consulta

No existe una única forma correcta de responder a estas situaciones. A continuación, se presentan algunas sugerencias y enfoques posibles para abordarlas de manera efectiva.

- **ALGÚN PACIENTE FALTA A UNA SESIÓN DEL GRUPO**

Tanto si ya nos avisó como si no, es recomendable contactar por teléfono para valorar conjuntamente si es conveniente tener una consulta individual o esperar a la próxima reunión de grupo. Conviene recordar el compromiso de asistencia.

- **ALGUIEN EN EL GRUPO NOS PREGUNTA SI FUMAMOS U OTROS ASPECTOS PERSONALES**

La vida del terapeuta o sus conductas, ya sean saludables o no, no son asuntos relevantes para el desarrollo del grupo. Podemos responder si eso nos hace sentir cómodos y consideramos que aporta al proceso grupal, pero si preferimos no hacerlo podemos devolver la pregunta, *¿Por qué quieres saberlo?*

- **SI UN TERAPEUTA FUMA, ¿PUEDE HACER GRUPOS PARA DEJAR DE FUMAR?**

Por supuesto que sí, puede y debe intervenir sobre el consumo de tabaco y nicotina de sus pacientes y si quiere hacer grupos, puede hacerlo sin problema.

Lo que suele ocurrir cuando un profesional sanitario fuma es que interviene menos que uno que no fuma; en muchos casos, el proceso de disonancia que genera hacer recomendaciones que no está asumiendo, hace que decida no intervenir.

**Los profesionales sanitarios que fuman no deben hacerlo ni dentro del centro de salud ni en sus alrededores.** Además de estar prohibido por la ley 28/2005, es importante recordar que su conducta influye en los pacientes, ya que ejercen un **rol modélico** en el cuidado de la salud.

Fumar en estos espacios no solo reduce la credibilidad del mensaje sanitario, sino que también puede disminuir la motivación de quienes intentan dejar de fumar.

- **¿QUÉ PASA CUANDO ALGUIEN SIGUE VINIENDO A LAS REUNIONES Y NO DEJA DE FUMAR?**

Cada caso probablemente será diferente. Es fundamental tener en cuenta el objetivo del grupo: DEJAR DE FUMAR. Si la persona sigue viniendo mientras trabaja para conseguir el objetivo, no habrá ningún problema. Si la persona asiste al grupo, pero no sigue las pautas o no realiza las tareas, podemos proponerle una cita individual para abordar la situación y ofrecer apoyo.

La presencia en el grupo de una persona que no está cumpliendo con las normas puede generar malestar o desmotivación entre quienes sí las siguen. En ese caso, corresponde al terapeuta intervenir, invitando a la persona a continuar el tratamiento en un espacio individual, donde sea posible atender sus necesidades de forma más personalizada y respetuosa con el ritmo del grupo.

- **SE PLANTEA LA REDUCCIÓN COMO SOLUCIÓN, “SERÁ MEJOR FUMAR 4 QUE 20”**

Fumar pocos cigarrillos no es una buena estrategia para mejorar la salud (tan solo un cigarrillo al día aumenta significativamente el riesgo de infarto, enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular), además de resultar, habitualmente, muy complicado para una persona dependiente a la nicotina.

Quien fuma 20 cigarrillos al día suele ver la idea de fumar solo 4 como un escenario deseable: podrá conservar “los que realmente le producen placer” y prescindir de los demás, aquellos que considera accesorios o innecesarios. Sin embargo, en la práctica, esta reducción suele provocar síntomas de abstinencia, lo que dificulta mantenerla en el tiempo. Es común que la persona fume menos durante algunos días o meses, pero finalmente retome su patrón habitual de consumo.

Se puede plantear la reducción como paso previo a la cesación para aquellas personas que no quieren dejarlo de golpe. Si se hace, es importante planificar el intento, trabajar los cambios de conducta y establecer un día D en que se dejará de fumar completamente. Además, se realizará en consulta individual, ya que no se ajusta al ritmo del grupo.

- **ALGUIEN DA 10 DE COOXIMETRÍA E INSISTE EN QUE NO HA FUMADO**

En primer lugar, explicamos la interpretación de la cooximetría y los posibles falsos positivos (**Anexo 3**), por ejemplo, una fuga en una caldera puede hacer que alguien de un valor alto por presencia de monóxido de carbono, por lo que debemos considerarlo.

Incluso teniendo evidencias de que alguien ha fumado, como puede ser el olor a tabaco, **confrontar no es una buena estrategia para conseguir el cambio de conducta**. Cuando una persona insiste en que no ha fumado, de poco sirve discutir sobre si es cierto o no, por lo que continuaremos con la reunión del grupo con normalidad.

- **EL PRIMER DÍA DEL GRUPO, EN LA PREPARACIÓN, ALGUIEN PLANTEA QUE TIENE UNA BODA EN SEIS MESES Y CREE QUE FUMARÁ**

Es común que las personas anticipen dificultades y se planteen situaciones en las que no tienen claro como afrontarán la vida sin tabaco. Durante las primeras sesiones del grupo, lo ideal es enfocarse en el trabajo del presente, en el día a día y en el proceso de desaprender a fumar. No se trata de ignorar estas inquietudes, sino de posponer esas conversaciones para un futuro cercano, cuando el grupo esté más preparado para abordarlas.

- **PREFIERO IR REDUCIENDO NICOTINA CON EL VAPER QUE USAR PARCHES DE NICOTINA**

Actualmente, **no existe evidencia científica suficiente que respalde la utilización de los vaper como herramienta eficaz para dejar de fumar**. Además, estos productos no están exentos de

riesgos, habiéndose identificado una clara relación con diversas patologías.

Muchas personas que recurren a los vapores como estrategia para dejar de fumar no logran eliminar su dependencia a la nicotina. En algunos casos sustituyen completamente los cigarrillos por el vapeo, pero con mayor frecuencia mantienen un consumo dual, alternando el uso de cigarrillos electrónicos y tabaco tradicional, lo que prolonga la exposición y los riesgos asociados a la nicotina.

**Los parches, chicles, comprimidos y spray de nicotina son productos avalados por la ciencia como apoyo en la cesación tabáquica.**

- **ES MÁS SANO EL TABACO DE LIAR, ES MÁS NATURAL**

La cantidad de sustancias tóxicas que tiene el tabaco es la misma, sean cigarrillos tradicionales o de liar. Algunos estudios han encontrado mayores niveles de monóxido de carbono espirado en los fumadores de tabaco de liar, posiblemente relacionado con la frecuencia e intensidad de las caladas o con la presión a la que se introduce el tabaco en el cigarro. Por ello, aunque el número de cigarrillos al día pueda cambiar, no parece haber diferencias importantes en los patrones de consumo y adicción respecto a los cigarrillos convencionales. Además, si bien los fumadores de tabaco de liar tienen la percepción de que podrían dejar de fumar fácilmente, se ha observado menor intención de abandono y número de intentos en este grupo que en los fumadores de cigarrillos convencionales.

- **Anexo 1.** Calendario de sesiones.
- **Anexo 2.** Cartel de captación.
- **Anexo 3.** Manejo del cooxímetro.
- **Anexo 4.** Diploma.
- **Anexo 5.** Cuestionario de satisfacción.
- **Anexo 6.** Nuevos productos de consumo de tabaco y nicotina.
- **Anexo 7.** Tratamiento farmacológico.
- **Anexo 8.** Hoja de ruta.
- **Anexo 9.** Terapia sustitutiva con nicotina.

## Anexo 1: Calendario de sesiones

### ¡ENHORABUENA POR TU DECISIÓN!

Dejar de fumar es, probablemente, la decisión más importante y con más impacto que puede tomar quien fuma para cuidar su salud.

Te proponemos un programa en grupo, orientado a la resolución de dificultades en el proceso de dejar de fumar, al afrontamiento de situaciones de riesgo y a la prevención de recaídas, además de proporcionar apoyo a lo largo de toda la intervención.

### CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD:

- El grupo se desarrollará en el centro de salud \_\_\_\_\_.
- El horario de las sesiones grupales será de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.
- Se requiere un compromiso de asistencia y puntualidad. Es fundamental asistir a todas las reuniones del grupo.
- Si tienes alguna duda o necesitas atención individual, puedes solicitar una consulta en el teléfono \_\_\_\_\_.

### FECHA DE LAS REUNIONES

1ª Sesión de preparación	
2ª Sesión de preparación	
<b>DÍA D: DÍA PARA DEJAR DE FUMAR (no hay reunión)</b>	
3ª Sesión de mantenimiento	
4ª Sesión de mantenimiento	
5ª Sesión de mantenimiento	

# ¿TE APUNTAS A DEJAR DE FUMAR EN GRUPO?

**No pierdes nada por intentarlo**



**Pide  
información  
¡Queremos ayudarte!**

---

**Fecha de comienzo:**

---

## Anexo 3: Manejo del cooxímetro

El cooxímetro es un monitor que permite medir el contenido de monóxido de carbono (CO) en el aire espirado.

Cuando se inhala, el CO compite con éxito con el oxígeno en la sangre para formar carboxihemoglobina (COHb) y esto produce una disminución del oxígeno que se fija a la hemoglobina y, por lo tanto, de su aporte al organismo.

Mediante la cooximetría se mide la cantidad de monóxido de carbono en el aliento, que es una manera indirecta y no invasiva de medir el nivel de carboxihemoglobina en sangre (% COHb).

Los resultados de la medida se expresan en partes por millón (ppm) de CO en aire espirado.

La cooximetría es una técnica objetiva, sencilla y muy útil para motivar a las personas en su proceso de cesación, ya que aporta un valor inmediato y la persona puede observar rápidamente como desaparece el monóxido del aire que exhala.

Es muy útil realizar una cooximetría cuando la persona está fumando y compararla con los valores cuando ya no fuma (la vida media de eliminación del CO es corta, normalizándose a las 48-72 horas de no consumir).

A continuación, se muestran las instrucciones de uso del cooxímetro New piCO TouchScreen. En los centros de salud de Cantabria, además de este, hay otros modelos, como el Newmicro + TouchScreen o el NewpiCO Baby TouchScreen, todos ellos de la marca Smokerlyzer®, con un funcionamiento muy similar.

## CÓMO REALIZAR LA PRUEBA




Presione el botón para encender el aparato.

Utilizando este mismo botón puede apagarlo tras su utilización. También se apagará tras dos minutos en reposo.



Cuando aparezca este símbolo en pantalla presione sobre él para comenzar la prueba de aliento.

Si desea cancelar la prueba, pulse .



Como indica la flecha, es momento de coger aire.

Recuerde a la persona que deberá mantenerlo durante 15 segundos.




La cuenta regresiva aparecerá en la pantalla, mostrando los segundos restantes.



Cuando aparezca la flecha hacia fuera (sonarán 3 pitidos en los últimos 3 segundos de la cuenta atrás) es momento de soplar por la boquilla desechable lentamente hasta vaciar los pulmones.



Aparecerán en pantalla las ppm y la estimación en % COHb equivalente.

Para realizar una nueva medición pulse  y repita el proceso.

Retire la pieza de plástico (pieza-D) entre las pruebas para purgar el sensor con aire fresco.

## FACTORES QUE INFLUYEN EN LA MEDIDA DEL MONÓXIDO DE CARBONO

Las concentraciones de CO en el aire espirado se ven influidas por:

- El consumo de tabaco y/ o productos susceptibles de liberación de nicotina.
- La inhalación del humo, el número de caladas o la profundidad de las mismas.
- El tiempo transcurrido desde la inhalación del último cigarrillo hasta la realización de la prueba.
- El efecto de otras exposiciones ambientales, como pueden ser los gases de automóviles, la mala combustión de calderas o la inhalación de humo ambiental de tabaco.
- La forma de soplar de la persona al realizar la prueba.
- La actividad física disminuye la vida media del CO y el sueño la incrementa.
- En pacientes con intolerancia a la lactosa los valores de la cooximetría podrían ser más elevados.

Ante una cooximetría que no coincide con la cesación que declara la persona, hay que descartar la posible exposición a fuentes de monóxido de carbono.

## INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Aunque habrá que tener en cuenta las diferencias individuales, puede servir como orientación la siguiente pauta:

- De 1 a 4 ppm: persona no fumadora.
- De 5 a 6 ppm: persona no fumadora expuesta (que vive en una ciudad con contaminación o respira humo ambiental de tabaco) o persona fumadora de pocos cigarrillos.
- De 7 a 9 ppm: persona fumadora que no ha fumado durante unas horas o persona no fumadora expuesta.
- A partir de 10: persona fumadora.

## TIPOS DE BOQUILLAS

Los dos tipos de boquilla se solicitarán en el pedido al almacén de la Gerencia de Atención Primaria.



Adaptador boquilla reutilizable D-flow: 191024  
Debe cambiarse de manera frecuente, en función de su uso. Como mínimo cada vez que se calibra el aparato.



Boquilla control cooxímetro: 191023  
Desechar tras cada uso individual.

## MANTENIMIENTO Y CALIBRADO

Limpiar con un paño húmedo con detergente o desinfectante, aclarar y secar. No se puede esterilizar.

El calibrado se realiza en el Servicio de Drogodependencias de la Consejería de Salud cada 6 meses, o más a menudo si el uso es frecuente o el aparato realiza mediciones erróneas. Se envía por valija.

Espacio destinado a poner el nombre y los apellidos

# Dejar de fumar es LA MEJOR DECISION DE TU VIDA

## ¡¡ENHORABUENA POR CONSEGUIRLO!!



## Anexo 5: Cuestionario de satisfacción

Fecha de cumplimentación: \_\_\_\_\_

Por favor, conteste la siguientes preguntas:

Hombre  Mujer  Ha dejado de fumar: Si  No

Edad:

15 a 24  25 a 34  35 a 44  45 a 54  55 a 64  65 o más

¿Cree que el taller le ha ayudado a dejar de fumar? Si  No

Valore de 0 a 10 su grado de satisfacción global con el grupo: \_\_\_\_\_

Valore de 1 a 5 (siendo 1 poco y 5 mucho) lo que le han ayudado los siguientes aspectos del taller para dejar de fumar:

	1	2	3	4	5
La información expuesta en las sesiones					
El horario y la duración del grupo					
Las habilidades o técnicas explicadas					
Los fármacos utilizados					
El material recibido					
Las llamadas telefónicas de seguimiento					
El grupo					
Los/as terapeutas					
Usted mismo					
Indique cualquier otro comentario o sugerencia:					

## Anexo 6: Nuevos productos de consumo de tabaco y nicotina

Bajo este nombre encontramos una serie de productos que han aparecido en el mercado en los últimos 20 años, como maniobra de las empresas tabacaleras para mantener el consumo. Es una estrategia clásica que ya se utilizó en el siglo XX, con la colocación de filtros en los cigarrillos o la aparición del tabaco light, medidas que, a priori, suponían un consumo de “menos riesgo” y que, a la larga, produjeron un aumento del consumo al reducirse la percepción del riesgo.

CIGARRILLO ELECTRÓNICO/VAPER	PRODUCTOS DE TABACO CALENTADO	BOLSA DE NICOTINA
<b>QUÉ ES</b>		
<p>Dispositivo electrónico que <b>calienta un líquido</b> hasta transformarlo en un aerosol que se inhala.</p> <p>Los hay <b>recargables</b> (rellenando el depósito), con <b>cartuchos o cápsulas</b> intercambiables (el aparato se carga en la red eléctrica y las cápsulas se van reponiendo) y <b>desechables</b> (con una media de 600 a 800 caladas y hasta con 30 000).</p> <p>El líquido contiene una mezcla de sustancias químicas entre las que encontramos glicerina, propilenglicol, saborizantes de uso alimenticio y metales pesados.</p> <p>Utilizan los sabores como reclamo para captar consumidores.</p>	<p>Dispositivo electrónico que <b>calienta tabaco</b> procesado (en cigarrillos o en polvo) sin llegar a temperaturas de combustión.</p> <p>Además del tabaco, contienen otros aditivos, como glicerina y propilenglicol.</p> <p>Es frecuente identificarlo por el nombre de la marca más vendida en España: IQOS.</p>	<p>Producto para <b>uso oral</b>, sin tabaco, compuesto por nicotina, mezclada con fibras vegetales y presentada en sobres monodosis.</p> <p>Se consume colocándose en la encía, <b>no se fuma</b>.</p> <p>Contiene saborizantes y edulcorantes utilizados como reclamo para captar consumidores.</p>

CIGARRILLO ELECTRÓNICO/VAPER	PRODUCTOS DE TABACO CALENTADO	BOLSA DE NICOTINA
<b>PRESENCIA DE NICOTINA</b>		
<p>Existen líquidos con y sin nicotina. En algunos líquidos sin nicotina se han detectado pequeñas cantidades de esta.</p>	<p>Contienen nicotina, la del tabaco.</p>	<p>Contienen nicotina sintética o natural.</p>
<b>DÓNDE SE COMERCIALIZA</b>		
<p>Está permitida su venta en multitud de establecimientos (desde estancos y tiendas especializadas hasta perfumerías o quioscos) y en máquinas expendedoras.</p>	<p>Los cigarrillos/barritas se compran en el estanco. El dispositivo se puede comprar en tiendas especializadas, en estancos, en grandes superficies y online.</p>	<p>Se venden en estancos.</p>
<b>TOXICIDAD</b>		
<p>A pesar de no tener suficientes evidencias en cuanto a la toxicidad de estos productos, cada vez hay más pruebas de que no son inocuos.</p> <p>Tienen nicotina (a excepción de los cigarrillos electrónicos sin nicotina), aromatizantes y otros aditivos potencialmente dañinos.</p> <p>Entre las consecuencias de su consumo se encuentran: la adicción y las recaídas en la cesación, las propias del consumo de nicotina, como son el aumento de la frecuencia cardiaca y la presión arterial y algunas específicas como son la EVALI (enfermedad pulmonar asociada al uso de vaper).</p>		
<b>UTILIDAD EN CESACIÓN</b>		
<p>Ninguno de estos productos ha demostrado, mediante estudios independientes y sin conflicto de intereses, que sirvan para dejar de fumar.</p>		

## Anexo 7: Tratamiento farmacológico

Para garantizar el mantenimiento de la abstinencia y aumentar la eficacia de estos tratamientos **deben utilizarse junto con apoyo cognitivo conductual**, dentro de un programa de cesación.

Los fármacos aquí mencionados **requieren prescripción** y **están financiados** por el Sistema Nacional de Salud siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

- Se financia un intento por persona y año.
- Se realiza la prescripción para un envase (que equivale a 1 mes de tratamiento) que se renovará en las citas de mantenimiento o de seguimiento del programa de cesación.
- Prescripción financiada un máximo de 12 semanas.
- Requisitos que deben cumplir los pacientes:
  - Estar incluidos en el programa de cesación tabáquica (individual o en grupo).
  - Tener registrado al menos un intento, para dejar de fumar, en los últimos 12 meses.
  - Fumar  $\geq 10$  cigarrillos/día.
  - Tener una puntuación en el test de Fagerström  $\geq 7$  (abreviado  $\geq 4$ ).

**Si existe abandono** del tratamiento o recaída, se debe **cerrar la prescripción/indicación en APCantabria** para evitar confusiones y duplicidades.

En el cuaderno rojo, Aprendiendo a Vivir Sin Tabaco, encontramos instrucciones sobre cómo usar cada fármaco y los principales efectos secundarios. En este documento se incluye información adicional sobre contraindicaciones o precauciones, dirigida a los profesionales.

**Ante cualquier duda, se debe consultar la ficha técnica.**

---

**ES FUNDAMENTAL INSISTIR EN QUE DEJAR DE FUMAR ES UN CAMBIO DE CONDUCTA Y QUE PARA GARANTIZAR LA ABSTINENCIA NO SUELE RESULTAR SUFICIENTE TOMAR UN FÁRMACO.**

---

## BUPROPIÓN SR

### PRESENTACIONES

Comprimidos de 150 mg.

### DOSIS / DURACIÓN

Se debe comenzar el tratamiento entre 7 y 14 días antes de dejar de fumar, con un comprimido de 150 mg por la mañana.

Para la mayoría de las personas, la dosis de 150 mg/día será suficiente durante todo el tratamiento, lo que disminuye la posibilidad de efectos adversos, especialmente insomnio.

En algunos casos (alta dependencia, antecedentes de depresión) se puede aumentar la dosis a 300 mg/día, en dos tomas de 150 mg con un intervalo mínimo de 8 horas.

### EFFECTOS ADVERSOS

Se mencionan los más frecuentes:

- Insomnio.
- Cefalea.
- Sequedad de boca y alteraciones del sentido del gusto.
- Reacciones cutáneas/hipersensibilidad.
- Si aparecen con 150 mg dos veces al día, reducir la dosis a un comprimido al día suele ser suficiente para reducirlos.
- Aumento de la presión arterial.

### CONTRAINDICACIONES

- Hipersensibilidad al producto.
- Trastorno convulsivo actual o antecedentes.
- Tumor del sistema nervioso central.
- Cirrosis hepática grave.
- Deshabitación brusca de alcohol o retirada de benzodiazepinas.
- Diagnóstico actual o previo de anorexia-bulimia.
- Uso de IMAO en los 14 días previos.
- Historia de trastorno bipolar.
- Infancia, adolescencia, embarazo y lactancia.

### PRECAUCIONES

- En insuficiencia hepática leve-moderada, insuficiencia renal y personas ancianas, la dosis recomendada es de 150 mg/día.
- No debe usarse si el umbral convulsivo está disminuido (tratamiento con medicación que baja el umbral de convulsiones, uso abusivo de alcohol, historia de traumatismo craneal, diabetes tratada con hipoglucemiantes o insulina, uso de estimulantes o productos anorexígenos), salvo que exista una causa clínica justificada donde el beneficio de dejar de fumar supere el riesgo de convulsiones. En estos casos, la dosis será 150 mg/día.
- Interacciones con otros medicamentos.

## VARENICLINA

### PRESENTACIONES

Comprimidos de 0,5 y de 1 mg.

Podemos encontrar dos tipos de envase:

- Envase de inicio: se divide en cuatro semanas, la primera con comprimidos de 0,5 mg y las siguientes con comprimidos de 1 mg.
- Envase de mantenimiento: todos los comprimidos son iguales (existen envases de 1 mg y de 0,5 mg).

### DOSIS / DURACIÓN

- Días 1º al 3º: 0,5 mg una vez al día (por la mañana).
- Días 4º al 7º: 0,5 mg dos veces al día (una por la mañana y otra por la tarde).
- Entre el 7º y el 15º se elige día para dejar de fumar.
- Desde el día 8º hasta fin de tratamiento: 1 mg dos veces al día.

La duración del tratamiento es de 12 semanas. Se reducirá la toma gradualmente para evitar los síntomas de abstinencia.

Los comprimidos deben tragarse enteros con un vaso grande de agua y preferiblemente con el estómago lleno para reducir las náuseas.

Se puede prolongar la duración del tratamiento hasta seis meses, aunque los tres meses adicionales no estarán financiados.

### EFFECTOS ADVERSOS

Se mencionan los más frecuentes:

- Náuseas y vómitos.
- Cefalea.
- Insomnio y sueños anormales.
- Estreñimiento y flatulencia.

Si aparecen efectos secundarios, puede reducirse la dosis de forma temporal o permanente a 0,5 mg dos veces al día o a 1 mg por la mañana.

### CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad al producto o excipientes.

### PRECAUCIONES

- No existen interacciones clínicamente significativas.
- No se recomienda su uso en menores de 18 años.
- No usar en embarazo ni lactancia.
- En insuficiencia renal grave, disminuir dosis a 1 mg/día (iniciar dosis con 0,5 mg una vez al día durante los tres primeros días y evitar durante este tiempo el uso de cimetidina).
- No existe experiencia clínica en pacientes con epilepsia, ni en otras afecciones que pueden disminuir el umbral convulsivo.

**PRESENTACIONES**

Comprimidos de 1,5 mg, envase de 100.

**DOSIS / DURACIÓN**

La duración total del tratamiento es de 25 días, aunque está en estudio ampliarla.

- Días 1° al 3°: 1 comprimido cada 2 horas. Máximo 6 al día.
- Días 4° al 12°: 1 cada 2,5 horas. Máximo 5 al día.
- Días 13° al 16°: 1 cada 3 horas. Máximo 4 al día.
- Días 17° al 20°: 1 cada 5 horas. Máximo 3 al día.
- Días 21° al 25°: 1-2 comprimidos al día.

Se deja de fumar el quinto día de tratamiento. Continuar fumando durante el tratamiento puede empeorar las reacciones adversas.

**EFECTOS ADVERSOS**

Los más frecuentes son los trastornos gastrointestinales.

También pueden aparecer con frecuencia:

- Aumento del apetito.
- Ansiedad.
- Mareos.
- Trastornos del sueño.
- Cefaleas.
- Taquicardia.
- Hipertensión.
- Erupción cutánea.
- Mialgia.
- Fatiga.

**CONTRAINDICACIONES**

Se considera un fármaco seguro, aunque existe una falta de datos concluyentes en pacientes que padecen afecciones cardíacas o trastornos psiquiátricos concomitantes.

- Antecedentes de infarto de miocardio o accidente cerebrovascular reciente (4 semanas).
- Arritmias con relevancia clínica.
- Embarazo y lactancia.

## PRECAUCIONES

- Cardiopatía isquémica.
- Insuficiencia cardíaca e hipertensión.
- Feocromocitoma.
- Aterosclerosis y otras vasculopatías periféricas.
- Úlcera gástrica y duodenal, enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- Hipertiroidismo.
- Diabetes.
- Esquizofrenia.
- Evitar su uso con medicamentos antituberculosos.
- No hay experiencia clínica en personas con insuficiencia renal o hepática, en mayores de 65 años o menores de 18 años, por lo que no está recomendado su uso en dicha población.
- Se desconoce si puede reducir la eficacia de los anticonceptivos hormonales sistémicos, por lo que se debe añadir un método barrera.

## Anexo 8: Hoja de ruta

Rellene esta hoja con sus datos en cada sesión y devuélvasela al responsable del grupo.

### Nombre:

	Valoración	1 <sup>a</sup> sesión	2 <sup>a</sup> sesión	3 <sup>a</sup> sesión	4 <sup>a</sup> sesión	5 <sup>a</sup> sesión		
Nº cigarrillos <sup>1</sup>								
Cooximetría								
Caída/recaída	_____							
Peso								
Tensión arterial								

Tratamiento farmacológico <sup>2</sup>								
	Valoración	1 <sup>a</sup> sesión	2 <sup>a</sup> sesión	3 <sup>a</sup> sesión	4 <sup>a</sup> sesión	5 <sup>a</sup> sesión		
Bupropion								
Citisina/ citisiniclina								
Vareniclina								
Parches (nicotina)								
Chicles (nicotina)								
Comprimidos (nicotina)								
Espray (nicotina)								

<sup>1</sup>En esta fila se registra el consumo de cualquier producto de tabaco o nicotina (cigarrillos, puros, tabaco calentado, vaper).

<sup>2</sup>El objetivo de este registro es recoger información útil para el abordaje, como puede ser: si se toma o no el fármaco, posibles cambios de dosis, efectos secundarios, o cualquier otro aspecto que se considere de interés.

Puntúa los síntomas de abstinencia de 0 (nada) a 10 (muy intenso).

	Valoración	1ª sesión	2ª sesión	3ª sesión	4ª sesión	5ª sesión		
Ganas de fumar								
Nerviosismo								
Impaciencia								
Irritabilidad								
Ansiedad								
Dificultad de concentración								
Estreñimiento								
Cansancio								
Trastornos del sueño								
Aumento del apetito								
Irritación de garganta								
Tristeza								
<b>TOTAL</b>								

### OBSERVACIONES

## Anexo 9: Terapia sustitutiva con nicotina

Es recomendable utilizar estos fármacos junto con apoyo cognitivo-conductual, dentro de un programa de cesación, tanto para aumentar su eficacia como para garantizar el mantenimiento de la abstinencia.

La terapia sustitutiva con nicotina (TSN) es un producto sanitario usado para reemplazar la nicotina que recibe el cuerpo mediante cualquier forma de consumo, ya sea fumando tabaco, productos de tabaco calentado, vapeando o utilizando nuevas formas de consumo. Su objetivo es disminuir los síntomas de abstinencia durante el proceso de cesación, administrando nicotina sin los componentes perjudiciales.

Existen varias formas de administrar nicotina en un proceso de cesación: una de absorción a través de la piel (parches) y tres de absorción por la mucosa de la boca (chicles, comprimidos y espray). Todas ellas son útiles y ayudan con los síntomas de abstinencia.

Cualquiera de las presentaciones de terapia sustitutiva con nicotina se puede combinar o alternar con el resto. La combinación de parches más una forma de dispensación rápida (chicles, comprimidos o espray) es más eficaz que una forma sola.

Estos productos no están financiados y no precisan receta para su dispensación.

PARCHES	CHICLES	COMPRIMIDOS	ESPRAY
<b>PRESENTACIONES</b>			
<p>- De 16 horas: 10 y 15 mg.</p> <p>- De 24 horas: 7, 14 y 21 mg.</p>	2 y 4 mg.	1; 1,5; 2 y 4 mg.	Cada aplicación es de 1 mg.
<b>DOSIS</b>			
<p>Un parche al día durante 8 semanas.</p> <p>Usar los de 24 horas en caso de trabajo a turnos o consumo por la noche.</p> <p>Si hay insomnio, usar los de 16 horas.</p> <p>Se puede recomendar utilizar un parche la noche previa al día D, sobre todo en personas que fuman nada más levantarse.</p>	<p>Se pueden usar como rescate, para momentos puntuales de ganas intensas o con una pauta fija, como tratamiento de base (por ejemplo, 1 chicle por hora).</p> <p>Disminuir el consumo gradualmente.</p> <p>Dosis máxima recomendada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chicles de 2mg: hasta 25 piezas al día.</li> <li>- Chicles de 4mg: hasta 15 piezas al día.</li> <li>- Comprimidos: hasta 60mg al día.</li> </ul>	<p>Las primeras semanas realizar una o dos pulverizaciones cuando tenga ganas de fumar.</p> <p>A partir de la semana 7 ir reduciendo el uso de manera gradual hasta dejarlo.</p> <p>Dosis máxima recomendada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 pulverizaciones por aplicación.</li> <li>- 4 pulverizaciones por hora.</li> <li>- 64 pulverizaciones por día.</li> <li>- No usar más de 6 meses.</li> </ul>	
<p>En personas con alta dependencia o con importante síndrome de abstinencia se pueden combinar los parches con cualquiera de las formas de uso de nicotina.</p>			

PARCHES	CHICLES	COMPRIMIDOS	ESPRAY
<b>INSTRUCCIONES</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocarlos y retirarlos por la mañana.</li> <li>- Utilizar sobre piel sana y sin vello, preferiblemente por encima de la cintura.</li> <li>- En mujeres, no aplicar sobre el pecho o nalgas.</li> <li>- Cambiar el lugar de colocación cada día para evitar irritación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Masticar o chupar hasta percibir un sabor «picante».</li> <li>- Colocar el chicle o comprimido en la encía para que la nicotina se absorba.</li> <li>- No tragar la saliva cuando pica, dejar unos segundos en la boca.</li> <li>- Cuando disminuya el sabor, volver a masticar.</li> <li>- Evitar consumir café, bebidas ácidas o refrescos mientras se usan ya que interfieren con la absorción.</li> <li>- En 30 minutos habrá liberado toda la nicotina.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pulverizar en el interior de la boca, evitando los labios.</li> <li>- No inhalar mientras se aplica para evitar la entrada de la pulverización en la garganta (absorción oral como chicles o comprimidos).</li> </ul>
<b>EFFECTOS SECUNDARIOS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Irritación de la piel.</li> <li>- Insomnio y pesadillas.</li> <li>- Cefaleas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Molestias en la boca o garganta.</li> <li>- Trastornos digestivos si no se emplean de forma correcta, es decir, si se traga la saliva antes de tiempo.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipo.</li> <li>- Irritación en la boca y garganta.</li> <li>- Alteración del gusto.</li> </ul>
<b>CONTRAINDICACIONES</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dermatitis generalizada.</li> <li>- Enfermedad cardiovascular aguda o inestable.</li> <li>- Úlcera gastroduodenal activa.</li> </ul>			
<b>PRECAUCIONES</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Embarazo y lactancia.</li> <li>- No recomendado su uso en niños, puede ser utilizado en adolescentes (de 12 a 17 años) bajo control médico.</li> <li>- Utilizar con precaución en: hipertensión no controlada, feocromocitoma, hipertiroidismo, insuficiencia hepática o renal grave.</li> <li>- Insuficiencia cardíaca avanzada.</li> </ul>			

1. Dirección General de Salud Pública y Participación, Consejería de Salud, Gobierno de las Islas Baleares. Guía de intervención grupal para el tratamiento del tabaquismo. Palma: Govern de les Illes Balears; 2017. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1040/tabaquisme-guia-grupa-l-es.pdf>
2. Fernández Arias, Ignacio Gabino, García-Vera, María Paz, & Sanz, Jesús. (2014). Cuanta más psicología, mejor: eficacia para dejar de fumar de la terapia cognitiva conductual intensiva y de los parches de nicotina combinados con terapia cognitiva conductual intensiva y menos intensiva. Primer premio de la XX edición del Premio de Psicología Aplicada "Rafael Burgaleta" 2013. *Clínica y Salud*, 25(1), 1-10
3. Fierro A, Alfaro M. Educación para la salud grupal. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2013;6(1):75-86. Disponible en: [https://fapap.es/files/639-892-RUTA/FAPAP1\\_2013\\_11.pdf](https://fapap.es/files/639-892-RUTA/FAPAP1_2013_11.pdf)
4. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services; 2000.
5. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Ayudar a dejar de fumar: Propuesta de intervención educativa grupal. Pamplona: Gobierno de Navarra; 2020. Disponible en: [https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/739B6C29-A767-45BD-A86F-BFC9324AD919/475141/PROTOCOLODEJARDEFUMARGRUPAL\\_FARMACOS\\_DEF.pdf](https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/739B6C29-A767-45BD-A86F-BFC9324AD919/475141/PROTOCOLODEJARDEFUMARGRUPAL_FARMACOS_DEF.pdf)
6. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ*. 2000 Aug 5;321(7257):355-8. doi: 10.1136/bmj.321.7257.355. PMID: 10926597; PMCID: PMC1118332.
7. Mersha AG, Bryant J, Rahman T, McGuffog R, Maddox R, Kennedy M. What are the effective components of group-based treatment programs for smoking cessation? A systematic review and meta-analysis. *Nicotine Tob Res*. 2023 Aug 19;25(9):1525-37. doi: 10.1093/ntr/ntad068.

8. Consejería de Sanidad, Gobierno de Cantabria. Manual de abordaje del tabaquismo en Atención Primaria. Santander: Gobierno de Cantabria; 2010. Disponible en: <https://saludcantabria.es/formaci%C3%B3n-en-adicciones>
9. National Institute on Drug Abuse (NIDA). ¿En qué consisten los tratamientos para la dependencia del tabaco? [Internet]. Bethesda (MD): NIDA; 2025 Ene 30. Disponible en: <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/hay-tratamientos-eficaces-para-la-adiccion-al-tabaco>
10. Ochoa-Prieto JA, Aurrecochea-Corral R, Llanderas-López P, Aparicio-García S. Tratamiento grupal multicomponente para dejar de fumar en atención primaria. Resultados de 5 años de intervención en un centro de salud. SEMERGEN. 2010;36(7):377-85. doi: 10.1016/j.semerg.2010.01.004.
11. Olano E, Veiga S, Esteban A, Matilla B, Otero M. El tratamiento grupal del tabaquismo. Trastornos Adictivos. 2007 Mar;9(1):14-20. doi: 10.1016/S1575-0973(07)75626-X.
12. Servicio Cántabro de Salud. Indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos para cesación tabáquica por parte de enfermería en el ámbito público de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Santander: Servicio Cántabro de Salud; 2019. Disponible en: [https://www.scalud.es/documentos/20117/437226/Protocolo\\_cesacion\\_tabaco\\_indicacion\\_enfermeria\\_validado.pdf](https://www.scalud.es/documentos/20117/437226/Protocolo_cesacion_tabaco_indicacion_enfermeria_validado.pdf)
13. Tobacco Use and Dependence Guideline Panel. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services; 2008 May. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>
14. US Public Health Service. Guía de tratamiento del tabaquismo. Barcelona: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica; 2010. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK47493/>
15. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax. 2000 Dec;55(12):987-99. doi: 10.1136/thorax.55.12.987. PMID: 11083883; PMCID: PMC1745657.
16. West R, Shahab L. The role of psychological interventions in smoking cessation: A review of recent randomized controlled trials. Tob Control. 2016;25(5):635-40.
17. World Health Organization (WHO). WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. Geneva: WHO; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

