

El tabaquismo como una enfermedad adictiva crónica

F. J. AYESTA Y M. OTERO

La nicotina es el principal ingrediente psicoactivo que buscan los consumidores de tabaco. La eliminación de la nicotina de los diversos preparados del tabaco evita su consumo regular y repetitivo. De manera similar, la administración previa de un antagonista nicotínico hace que no se encuentre especial interés en el hecho de fumar. Por ello, los cigarrillos y las demás formas de consumir tabaco pueden ser considerados como *instrumentos* para la administración de nicotina.

Aunque no todos, la mayor parte de los consumidores regulares de nicotina —la mayor parte de los fumadores— son dependientes de la nicotina. Y en concreto casi la totalidad de quienes buscan ayuda para dejar de fumar son adictos a la nicotina o, en sentido más amplio, a determinadas labores de tabaco.

¿QUÉ ES UNA DEPENDENCIA?

Lo característico de toda dependencia —*trastorno conductual en el que está disminuido el control sobre el consumo de una determinada sustancia*— es la existencia de una necesidad o compulsión hacia la toma periódica o continuada de *esa* sustancia¹.

Hace varias décadas la OMS aconsejó la sustitución del término *adicción*, por el concepto más preciso y con menores connotaciones negativas, de *dependencia*. A pesar de esto, el término “adicción” (y “adicto”) está muy arraigado y frecuentemente se utiliza de forma más o menos equivalente al de dependencia.

Condicionamiento clásico y condicionamiento operante

Los deseos de consumir suelen ser habitualmente desencadenados por la presencia de estímulos, originalmente neutros, que por condicionamiento clásico —*pavloviano*— han adquirido “un valor añadido”, han

sido incentivados, habiendo sufrido lo que se denomina un proceso de *incitación predominante*.

Los estímulos asociados al consumo pueden ser *externos* (un cenicero, encender el ordenador, una persona, una película, una canción, un anuncio) o *internos* (sensación de frustración, tristeza, ira, soledad o estrés), no estando necesariamente relacionados con las propiedades farmacológicas de la sustancia; el conocimiento y la extinción de estas asociaciones tienen una *gran importancia* en el tratamiento de la dependencia y en la prevención de recaídas.

Para que la conducta de auto-administración se instaure es necesario que la sustancia consumida tenga propiedades reforzadoras. El concepto *reforzador* es el contrario del concepto *aversivo*. Se utiliza en psicología experimental para eludir el empleo de términos difícilmente objetivables como necesidad, deseo o compulsión².

Un estímulo es reforzador si su aplicación aumenta las posibilidades de que vuelva a ser aplicado; dado que es el individuo o el animal de experimentación quien aplica el estímulo, la conducta queda reforzada por sus consecuencias: es un *condicionamiento instrumental u operante*. Si no existe éste, no hay conducta de búsqueda y, consecuentemente, no existe dependencia ni trastorno adictivo alguno. La nicotina es la sustancia del tabaco que posee propiedades reforzadoras y la que, por tanto, es principalmente responsable de la dependencia al tabaco³.

Al igual que en otras adicciones, los efectos biológicos aislados de las sustancias consumidas —la nicotina en este caso— no son suficientes para generar una dependencia: en el desarrollo de ésta intervienen también las características de la persona y del entorno en el que se realiza el consumo. De esta manera, la nicotina como sustancia psicoactiva que es, puede ser utilizada para paliar o compensar determinados déficits personales (como afrontamiento de situaciones

generadoras de estrés o deficiencia de habilidades sociales, por ejemplo) o realizar determinadas funciones sociales (como incorporarse a determinado colectivo, aparentar ser mayor o independiente, etc.). Las funciones psicológicas y sociales atribuidas al tabaco pueden variar mucho según las personas y los ambientes: conocer qué aporta la sustancia adictiva —la nicotina en este caso— a cada persona en concreto es especialmente relevante de cara al tratamiento¹.

¿Cuándo se es dependiente?

En consecuencia, para que exista dependencia de una sustancia tiene que haber:

1. *una administración repetida*: los consumos puntuales no son dependencias, aunque pueden favorecer su génesis; evidentemente, el primer consumo antecede a todos los demás, pero además al ser una sustancia con propiedades reforzadoras, su administración aumenta las probabilidades de ser posteriormente administrada. En cualquier caso, toda dependencia implica un consumo repetido³.

2. *un consumo por encima del deseado*: no todo consumidor regular de una sustancia adictiva es dependiente; puede ser simplemente un consumidor regular (esto es más claro en el caso del alcohol). La dependencia implica dificultad en el control del consumo; por ello, no existe dependencia —o, al menos, no es externamente perceptible— mientras no existan dificultades en reducir o eliminar el consumo³.

El consumo suele ser al principio totalmente voluntario (si no se tienen en cuenta las presiones sociales). A medida que se instaura la dependencia, el consumo pasa a ser regular y el sujeto fracasa reiteradamente en el intento de cesar o reducirlo; la conducta prosigue pese a la aparición de efectos adversos y a la disminución de los efectos placenteros, que quizás en las primeras etapas era lo que la persona perseguía experimentar.

Una dependencia *no es un fenómeno todo o nada*, sino que es un síndrome que presenta diversos grados: se es más o menos dependiente en virtud de la mayor o menor dificultad para restringir el consumo; por ello, no siempre es fácil delimitar la frontera entre un consumo periódico, regular o frecuente y una dependencia³⁻⁵.

El grado de dependencia presenta una enorme variabilidad interindividual: en el caso del tabaco, al igual que en otras sustancias adictivas, hay personas que lo consumen con moderación o de forma ocasional o social, mientras que otras, en cambio, tras un período breve o largo de consumo se convierten en consumidores compulsivos, con una enorme dificultad para abandonar su consumo. El grado de dependencia puede variar también a lo largo de la historia personal de cada consumidor³⁻⁵.

NICOTINA Y DEPENDENCIA

Como se ha señalado el tabaquismo puede definirse propiamente como una nicotino-dependencia. Sin embargo, no todos los fumadores son dependientes de la nicotina: algunos son simples consumidores regulares de nicotina que pueden abandonar el consumo tabáquico con relativa facilidad, cuando lo deseen. En estas personas sí que podría hablarse de “hábito tabáquico”. Sin embargo, no es esto lo que ocurre a la mayor parte de los fumadores: poco después de intentar reducir o eliminar el consumo de tabaco, la mayoría de ellos vuelven a sus niveles habituales de consumo.

¿Qué grado de dependencia produce la nicotina?

El grado de dependencia que produce la nicotina es variable, dependiendo por una parte de la labor de tabaco que se consume y por otra de la relación que se establezca entre la persona y el tabaco.

1. *Labor de tabaco consumida*. En los cigarros puros y los tabacos de pipa, que son de carácter alcalino, la nicotina se absorbe más por la cavidad orofaríngea sin necesidad de que el humo sea *tragado*; en cambio, en los cigarrillos, el humo —más ácido— tiene que ser inhalado, absorbiéndose la nicotina sobre todo en el pulmón. Esto tiene dos consecuencias:

a) *Toxicidad general*: en las preparaciones alcalinas, al absorberse mejor la nicotina, su acción irritante local sobre las mucosas es también mayor; por ello, en los fumadores de cigarros puros y pipas los niveles sanguíneos de nicotina son habitualmente menores. Esto explica que en ellos el tabaco produzca una mayor toxicidad local y menor toxicidad general que en los fumadores de cigarrillos.

b) *Adictividad*: la absorción a través de la vía pulmonar es muy rápida, porque al ser inhalada la nicotina llega a los alveolos pulmonares y de ahí pasa a la circulación pulmonar de donde rápidamente llega a la zona izquierda del corazón y de ahí al resto del organismo. De hecho, por vía inhalatoria la nicotina —y cualquier sustancia que resista la combustión— alcanza el cerebro más rápidamente incluso que por vía intravenosa: en unos 8-10 segundos frente a unos 12-15 segundos. Por un principio general farmacocinético, en igualdad de dosis, cuanto más rápida es la absorción de una sustancia, mayores son los niveles plasmáticos que se alcanzan y también más rápida es la caída de estos niveles (fig. 1). Por ello, con los cigarrillos se alcanzan picos de nicotemia mayores y más breves que los que se alcanzan con los puros y las pipas. Dado que la capacidad adic-

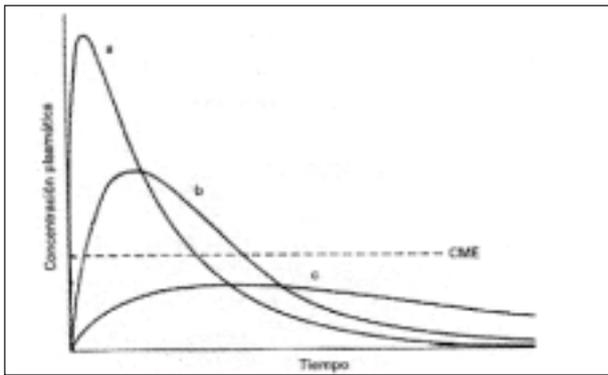


Fig. 1. Curso temporal de los niveles plasmáticos de una sustancia según la velocidad de absorción ($a > b > c$). La velocidad de absorción depende fundamentalmente de la vía de administración empleada y de la liposolubilidad del preparado consumido. Se observa que cuanto mayor sea la velocidad de absorción, los niveles plasmáticos que se alcanzan son mayores y se producen más rápidamente, lo que aumenta la adictividad (CME: concentración mínima eficaz).

tiva, las propiedades reforzadoras, dependen directamente de lo rápido que se produzcan sus acciones centrales y de lo intensas que éstas sean, la inhalación es un modo de administración de una sustancia particularmente adictivo. Esto explica porqué los cigarrillos son más adictivos que los cigarros puros y que el tabaco de pipa, y que a su vez éstos sean más adictivos que otras formas de consumir tabaco, como el mascar⁶.

2. *Relación fumador-tabaco.* Dado que la vía pulmonar produce efectos centrales discernibles en unos 10 segundos, cada calada produce un discreto reforzamiento. A 10 caladas por cigarrillo, un fumador de un paquete diario refuerza cada día unas 200 veces su hábito, lo que implica más de 70.000 estímulos asociables por año. El momento, lugar, situación, circunstancias y condiciones de preparación pueden quedar así íntimamente asociados con los efectos de la nicotina. Cada fumador tiene su propia historia y los diversos efectos psicoactivos de la nicotina pueden ser utilizados con diversos fines: afrontamiento de situaciones de estrés o incertidumbre, como recurso para *engañar* el hambre, como herramienta para relacionarse con otras personas, para buscar concentración en el trabajo, para aliviar el malestar ocasionado por la sintomatología de privación, etc. Conocer qué aporta el tabaco a cada fumador es una de las claves de la prevención de recaídas y por tanto una herramienta básica para realizar un tratamiento adecuado; si no se hace (lo cual frecuentemente ocurre cuando la gente abandona el tabaco por sí mismos), se está siempre en una situación más vulnerable y el riesgo de recaída es mucho más elevado⁶.

Aunque la intensidad de la dependencia puede variar, la nicotina se encuentra entre las sustancias más adictivas conocidas. Esto viene refrendado por los siguientes hechos:

- 1) Presentan alta adictividad en los modelos animales de auto-administración^{3,6}.
- 2) Quienes buscan tratamiento por su adicción a la heroína, cocaína o al alcohol afirman que, aunque fumar es para ellos una actividad menos placentera, dejar de fumar les resulta al menos tan difícil como abandonar su droga problema. Esto no quiere estrictamente decir que la nicotina sea más adictiva que estas otras sustancias: se considera que su adictividad es similar⁷.
- 3) Las estadísticas muestran que, tras levantarse, uno de cada seis fumadores enciende su primer cigarrillo antes de que transcurran 5 minutos, y la mitad antes de la media hora⁸.
- 4) Se considera que un 50% de los fumadores nunca ha permanecido 7 ó más días sin fumar en los últimos 5 años y un 30% no lo ha estado nunca⁹.
- 5) En general, el fumador muestra unos patrones típicos de comportamiento; a pesar de los deseos y de los intentos por abandonar el tabaco, sólo la mitad de aquellos que han sido fumadores regulares se convierten en exfumadores⁹.

Muchos grandes fumadores se comportan —inconscientemente— como si estuvieran intentando ajustar su concentración de nicotina dentro de límites relativamente estrechos. Cuando se les da cigarrillos con un elevado contenido de nicotina, ellos reducen el número fumado y alteran sus patrones habituales, alcanzando así concentraciones plasmáticas de nicotina sólo algo superiores a las que están acostumbrados. Cuando se les da cigarrillos con un contenido demasiado bajo de nicotina, ellos cambian sus patrones habituales o aumentan el número de cigarrillos fumados para evitar declinaciones en las concentraciones plasmáticas de nicotina, pero la regulación es menos precisa. Además, se observa cómo algunos fumadores incluso se levantan durante la noche para fumar un cigarrillo, lo que mejora el efecto de los bajos niveles de nicotina que podrían interrumpir el sueño. Si se mantiene artificialmente el nivel de nicotina por una infusión i.v. lenta, disminuye el número de cigarrillos fumados y el número de caladas^{1,3,6}.

Propiedades reforzadoras de la nicotina

Tanto los humanos como los animales de experimentación se auto-administran la nicotina intravenosa. En la actualidad no hay duda alguna sobre su potencial adictivo. Sus propiedades reforzadoras pueden ser debidas a:

1. Al igual que otras sustancias adictivas y la aplicación de estímulos novedosos y/o relevantes, la administración de nicotina aumenta la concentración de dopamina extracelular en el núcleo *accumbens*, lo que justifica sus acciones reforza-

doras primarias. Aunque esta acción reforzadora primaria es debida a la estimulación de los receptores nicotínicos, parte de las propiedades reforzadoras pueden ser debidas más bien, no a una activación, sino a una desensibilización de los receptores nicotínicos⁶.

2. Los fumadores que reciben alrededor de 1,5 mg de nicotina intravenosa manifiestan que los efectos son placenteros y en escalas ideadas para medir los efectos euforizantes de otras sustancias muestran puntuaciones elevadas, aunque no tanto como la morfina y la anfetamina, por ejemplo⁶.
3. Por otra parte, en fumadores crónicos fumar produce un alivio inmediato de la sintomatología de abstinencia nicotínica, sea ésta sutil o florida. Este factor puede ejercer también una notable influencia reforzadora del tipo denominado reforzamiento negativo, ya que libera de una situación desagradable. Si bien en bastantes personas este factor carece de importancia, en algunas otras puede tener una considerable importancia y la presencia de síntomas de abstinencia nicotínica, algunos de los cuales duran bastante, pueden contribuir a la dificultad del abandono del hábito tabáquico. La reversión de síntomas de abstinencia (especialmente detectable al levantarse por la mañana tras el periodo nocturno de privación) puede también contribuir a varios de los efectos *positivos* que los fumadores suelen atribuir al tabaco como ayuda a *despejarse* y a concentrarse, relajación, mejora de la atención, sobre todo al realizar tareas repetitivas¹⁰.
4. Muchos de los efectos de la nicotina (o de algún otro compuesto del tabaco) pueden actuar como reforzadores. Éstos incluyen la activación y facilitación de la memoria o de la atención, la disminución de la irritabilidad o del estrés, la modulación del estado anímico, así como la capacidad de alterar el apetito y suprimir el aumento de peso. No obstante, estos efectos pueden ser incidentales a la acción reforzadora primaria⁶.
5. La adictividad de la nicotina depende de la cantidad y de la vía por la que se consuma. Como ha sido descrito, la vía inhalatoria es la forma de administración de nicotina más adictiva: da lugar a unos efectos centrales relativamente intensos con una estrecha conexión temporal con el hecho de fumar, lo cual es la situación ideal para un reforzamiento conductual. La alcalinización de los cigarrillos (añadiéndole amoníaco, por ejemplo) facilita la biodisponibilidad de la nicotina —que es una base débil con pK_a de 8,5— haciéndola más adictiva a igualdad de dosis⁶.
6. Por otro lado, como ya se ha señalado, un ánimo deprimido (trastorno distímico o afectivo) se asocia con la dependencia nicotínica, pero no se sabe si la depresión predispone a empezar a fumar o si se desarrolla durante el curso de la dependencia nico-

tínica. La depresión aumenta significativamente durante la abstinencia nicotínica y es citada como una de las razones para las recaídas¹¹.

7. Algunos de los reforzadores del fumar y de los estímulos que fomentan la conducta fumadora (encontrarse con los amigos, relajación tras las comidas, por ejemplo) no tienen nada que ver con las propiedades farmacológicas de la nicotina. Al igual que en otras dependencias, diversos factores ambientales que actúan como estímulos asociados a la sustancia y la presión social influyen notablemente en la iniciación, patrones de consumo, intentos de dejarlo y recaídas^{1,3}.

¿ES EL TABAQUISMO UNA ENFERMEDAD?

Una dependencia es un trastorno psiquiátrico perfectamente definido. Como tal, todas las personas dependientes de una sustancia pueden ser diagnosticadas como enfermas o, al menos, como padecedoras de un trastorno psiquiátrico.

Indudablemente, la gravedad de los diversos trastornos psiquiátricos varía notablemente: no es lo mismo padecer esquizofrenia o anorexia nerviosa que padecer onicofagia o una fobia específica, como la aracnofobia. En el caso de las adicciones ocurre lo mismo: no conlleva a las mismas consecuencias —ni para los pacientes, ni para quienes les rodean— ser fumador que ser heroinómano o alcohólico. Sin embargo, tan trastorno adictivo es uno como otro; como ya se ha señalado los ex-heroinómanos, ex-cocainómanos y ex-alcohólicos refieren que dejar de fumar les costó al menos tanto como dejar su droga problema.

Por ello todo fumador dependiente puede ser considerado propiamente como un *adicto*. Sin embargo, esta palabra —aparte de su significado de dependiente— tiene también otras connotaciones sociales peyorativas (muchos mayores en el caso del término *drogadicto*). Estas connotaciones hacen que el uso público no matizado de estos términos por parte de los profesionales pueda restar credibilidad a éstos, ya que si bien el concepto de dependencia es extrapolable en todas las adicciones, las variables connotaciones sociales que acompañan a los términos *adicto* y *drogadicto* no siempre lo son.

Los fumadores que no son dependientes del tabaco, no pueden ser considerados “enfermos”: son simplemente consumidores regulares con una conducta de riesgo. De hecho, presentan la misma conducta de riesgo que los fumadores dependientes, pero —a diferencia de éstos— podrían dejarla más fácilmente si quisieran. En un país en el que fuma regularmente un 30-40% de la población, una notable parte de los fumadores no es dependiente o tiene un grado de dependencia muy bajo.

Las adicciones son enfermedades que no se ajustan adecuadamente al concepto habitual de *enfermedad* de la población, población de las que los profesionales

sanitarios somos parte. A diferencia de otras enfermedades, las adicciones requieren *ineludiblemente* la participación activa del paciente en el proceso terapéutico. En este sentido son unas enfermedades peculiares: así, por ejemplo, nadie puede ser “curado” de una adicción contra su voluntad; de la misma manera, no basta con “abandonarse” en las manos de un profesional competente.

Una adicción es un trastorno conductual adquirido —aprendido— y su tratamiento implica un cambio de conducta, cambio de conducta que debe realizarlo el propio paciente. La ayuda del terapeuta, y la de los fármacos y herramientas psicológicas que éste le pueda suministrar, es simplemente eso, una ayuda que sirve —o no— para facilitar que el paciente cambie de conducta, pero es éste quien ha de cambiar la conducta y quien ha de realizar los esfuerzos que para ello sean necesarios. Precisamente por esto, una de las misiones de todo terapeuta es reforzar la motivación para el cambio.

CONSECUENCIAS DE CONSIDERAR EL TABAQUISMO UN TRASTORNO ADICTIVO

Ser consciente de que el tabaquismo es una enfermedad adictiva tiene unas especiales implicaciones terapéuticas; esto es especialmente relevante cara a las expectativas que los terapeutas pueden tener de los pacientes, así como a las expectativas de éstos respecto al proceso terapéutico, que en ocasiones es necesario modificar antes de comenzar éste^{12, 13}.

Es un trastorno crónico

La figura 2 muestra un anuncio en el que se ofrece la posibilidad de dejar de fumar en una hora. Esto por definición es imposible. Una decisión se puede tomar en un segundo o menos, pero conseguir los cambios necesarios de conducta (extinguir asociaciones, crear



Figura 2. Ejemplo de anuncio engañoso —con promesas claramente irrealizables— para dejar de fumar aparecido en la revista de la Organización Médica Colegial.

nuevos mecanismos de afrontamiento, reemplazar mecanismos sustitutivos de déficits...) es un proceso bastante más largo. Es un proceso de deconstrucción y de aprendizaje, que —cuando hay una dependencia instaurada— lleva meses y, en ocasiones, más tiempo.

Por ello, la eficacia de los tratamientos siempre se mide con la tasa de abstinencia que se obtiene tras pasar, al menos, un año desde el inicio del tratamiento. Si bien, en ocasiones, se publican resultados con seis meses o menos, éstos propiamente no suelen ser considerados como muestra de la eficacia del tratamiento¹⁴⁻¹⁹.

Aunque en la actualidad los tratamientos farmacológicos se aplican solamente durante dos o tres meses (periodo en el que han demostrado eficacia), esto no quiere decir que el proceso terapéutico no pueda y deba ser continuado con el fin de evitar las recaídas. Las causas de recaídas suelen ser distintas al principio y al final del tratamiento. Al principio, predominan los estímulos condicionados —internos y externos— y la posible presencia de sintomatología de abstinencia. Pasados unos meses, adquieren más relieve la sensación de poder controlar el consumo y la carencia o insuficiencia de los mecanismos de afrontamiento desarrollados¹⁸.

¿Cuándo deja un fumador de ser dependiente? No se sabe. Siempre que se ha sido dependiente, queda una mayor vulnerabilidad a la recaída. Esto no implica que no se adquiera un cierto control a medida que pasa el tiempo y que los estímulos no vayan perdiendo su fuerza asociativa, cosa que efectivamente ocurre: a medida que pasa el tiempo los deseos de fumar son menos frecuentes, menos intensos y más controlables. Esto no debe ser entendido como una carta libre para el consumo, ya que la principal causa de recaída tras varios años de abstinencia suele ser el probar un cigarrillo, bien sea en circunstancias festivas o en presencia de estados de ánimo negativos a los que anteriormente estaba asociada la conducta de fumar.

Las recaídas son parte del proceso

Si una persona puede dejar de fumar sin especiales esfuerzos, claramente esa persona no era dependiente de la nicotina: es simplemente un consumidor regular. De la misma manera, si una persona deja de fumar al primer intento, muy probablemente pueda concluirse que esa persona no era dependiente o, al menos, no muy dependiente.

El propio concepto de dependencia implica la recaída: si no hubiera recaídas, no se podría hablar de dependencias. Por eso, la recaída no debe ser vista como un fracaso en el proceso terapéutico: no tiene por qué ser un fracaso ni del terapeuta ni del paciente. La recaída es una parte integrante del proceso de dejar de fumar, a través de la cual se puede adquirir mayor experiencia sobre estímulos insospechados (o sospechados o conocidos) que precipitan el consumo, sobre la

ausencia de habilidades de abordaje y manejo de situaciones, sobre sus cogniciones desadaptativas o ideas irracionales y sobre su propia debilidad respecto a la sustancia problema, el tabaco en este caso¹⁸.

Hay pacientes cuyo objetivo prioritario al comienzo del tratamiento es controlar el consumo directamente. Sin embargo, la experiencia muestra que en el proceso de dejar de fumar es mucho más eficaz e importante adquirir control sobre las situaciones y decisiones que, consciente o automáticamente, conducen al consumo. Así debe ser mostrado a los pacientes.

Aunque una recaída sea una parte del proceso de abandono del tabaco, esto no quiere decir que no exista responsabilidad alguna en la recaída bien del terapeuta o bien del paciente. Hay pacientes que recaen por simple falta de motivación; a muchos de ellos la recaída no les aporta experiencia alguna. Hay pacientes que recaen porque su terapeuta no fue capaz de orientarle a la hora de sustituir los potenciales beneficios que la nicotina le aportaba: así, por ejemplo, hay quien deriva la ansiedad de la nicotina a la comida (y engorda sobremanera) o hay quien simplemente se la traga (hasta que estalla); hay quien simplemente reprime sus deseos idealizando el consumo de tabaco (y cayendo cuando se harta), hay quien se le aplica terapia farmacológica sin haber estudiado mínimamente qué estímulos están asociados con el consumo¹⁸.

Estímulos precipitantes del consumo

Lo característico de una adicción no es que existan deseos más o menos irrefrenables de consumir una sustancia; éstos pueden existir siendo fruto de un gusto o de un capricho. Lo característico de una adicción es que estos deseos por consumir vienen precipitados por unos estímulos originalmente neutros a los que posteriormente fue asociado el consumo.

Por eso y como se ha señalado en el apartado anterior, una de las claves del tratamiento de toda adicción es el conocimiento, reconocimiento y afrontamiento de estos estímulos. Hay muchas personas que esto lo adquieren sin necesidad de ayuda profesional; otros en cambio, necesitan ayuda para este proceso.

Los estímulos asociados al consumo pueden ser múltiples: descolgar un teléfono, tomar un café, entrar en el coche, acostar a los niños, subir en el telesilla, charlar con los amigos, salir a cenar, salir de copas, estar con premura de tiempo, estar enfadado, estar solo o aburrido, tener algo que celebrar, etc.

Lo importante en estos estímulos asociados es conocerlos y saber reconocerlos. Simplemente reconocerlos puede disminuir la intensidad de las urgencias que ocasionan. Hablar con el paciente sobre qué hacer cuando éstos se produzcan o se vayan a producir ayuda a enfrentarse a ellos. No hay una forma unívoca de enfrentarse a un estímulo: cada persona debe desarrollar aquellos recursos que le sean más convenientes.

Así, por ejemplo, si fumar está asociado a descolgar el teléfono, una persona puede descolgar con la otra mano, coger un bolígrafo, meterse la mano en el bolsillo, ir a hablar a una habitación en la que nunca se ha fumado, comer un chicle o un caramelo o, en el peor de los casos, recortar la conversación.

El análisis funcional de la conducta mediante auto-registro, el tests de Russell (o su versión ampliada, RAM) y la escala de confianza de Bauer y Lichtenstein son útiles para que el paciente adquiera un cierto conocimiento de qué estímulos están asociados a su conducta de fumar. En cualquier caso, es imposible precisar de antemano todos los posibles estímulos que una persona concreta ha ido asociando a la conducta de fumar a lo largo de los años: muchos de ellos se harán manifiestos una vez que se haya empezado a dejar de fumar.

Reducción de mecanismos de afrontamiento y sustitución de conductas

Una de las características de todas las sustancias adictivas es su capacidad de reducir el número de mecanismos de afrontamiento a la realidad. Así, mientras que una persona no dependiente dispone de variados recursos —algunos de ellos peregrinos— para enfrentarse a una situación de estrés (contar hasta cien, respirar profundamente, poner la música muy alta, pegar un grito, salir a dar un paseo, estrujar un oso de peluche, etc.), quien es dependiente habitualmente sólo recurre a su sustancia. En el caso del alcohol, ante cualquier situación generadora de estrés (o de incertidumbre o soledad, según sea el caso), quien es alcohólico acudirá al alcohol. En el caso del tabaco, los fumadores acuden a la nicotina. Acostumbrados a lo largo de los años a enfrentarse así al estrés (o a cualquier otro estado de ánimo negativo), han ido perdiendo u olvidando recursos que en el pasado utilizaban ante esas situaciones².

Por este motivo, es especialmente relevante conocer qué aporta la conducta de fumar a cada fumador. Si esto no se realiza, es muy probable que el paciente desarrolle: 1) carencias o vacíos, que pueden acabar precipitando la recaída; o 2) mecanismos alternativos deficientes, que a la larga también pueden dar lugar a recaídas².

1. Quien usa el tabaco como herramienta de afrontamiento de estados de ánimo negativos, ineludiblemente debe desarrollar mecanismos alternativos para enfrentarse a los mismos, ya que es evidente que estos no van a desaparecer por el mero hecho de dejar de fumar. Cuando no se desarrollan mecanismos alternativos, se puede aguantar un cierto tiempo (más o menos prolongado), pero al final casi siempre acaba llegando una situación que desborda la ausencia de los muros de contención. Puede ser útil preguntar a los pacientes por recursos utilizados en el pasado o por los recursos que

utilizan cuando están en situaciones en las que no fuman (ante sus niños pequeños, por ejemplo).

2. Cuando el tema del desarrollo de estrategias alternativas no es abordado en la consulta, es posible que los pacientes desarrollen mecanismos de afrontamiento que produzcan beneficios a corto plazo, pero que pueden resultar perjudiciales a medio-largo plazo. Ejemplos de esto son: utilizar la comida para enfrentarse a las situaciones de nerviosismo (a la larga acaba siendo devastador), renunciar a salir con los amigos (puede ser útil sólo temporalmente), no buscar placeres alternativos en aquellas personas que consideran que el fumar es su único placer (origina una sensación de frustración o de vacío notable). Por este motivo conviene indagar en las estrategias que los pacientes desarrollan, a pesar de que estén contentos con ellas.

Los tests citados anteriormente (Russell, RAM, Baer y Lichtenstein), así como el Glover-Nilsson también sirven para analizar básicamente qué aporta o sustituye la nicotina y/o la conducta de fumar.

Utilización de los recursos existentes para el cambio

La figura 3 muestra el perfil de problemas de dos mujeres cocainómanas, una médico y otra adolescente embarazada. En relación a la dependencia a la cocaína la médico presenta una dependencia mayor que la adolescente (7 frente a 5.5). Esto podría hacer pensar que resultaría más fácil salir de la dependencia cocaínica a la adolescente que a la médico, pero cualquier persona que haya trabajado en drogodependencias sabe que no es así: la médico tiene mucho mejor pronóstico que la adolescente. Esto es así porque el pronóstico no depende sólo del grado de adicción aislado, sino también y fundamentalmente de los recursos que la persona tenga para enfrentarse a la adicción, de la estabilidad psicológica, de las habilidades personales y de los apo-

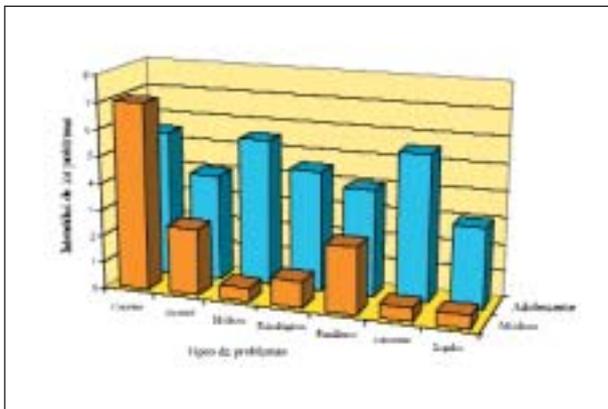


Figura 3. Perfil de problemas de dos mujeres cocainómanas, una médico y otra adolescente embarazada. La médico, a pesar de presentar una mayor dependencia cocaínica, tiene mucho mejor pronóstico en su adicción.

yos sociales de los que disponga para abordar el cambio de conducta.

Lo mismo ocurre en el caso del tabaquismo. Es importante el grado de dependencia, pero más aún lo son los recursos de los que dispone el paciente. Por ello, una persona depresiva, con problemas de alcohol, en una situación laboral o afectiva inestable o con todo su microambiente en contra tiene más dificultad en conseguir la cesación tabáquica. Aún así, ésta no es imposible.

Por ello, una de las misiones del terapeuta es indagar y descubrir la amplia gama de recursos de los que toda persona dispone con el fin de que cada paciente concreto pueda apoyarse en ellos para realizar el cambio de conducta. En los ejemplos puestos anteriormente resalta el efecto nocivo de las carencias; en la actividad profesional habitual tendrá mayor relevancia buscar los recursos y factores motivadores de cada persona. Estos pueden ser muy variados: hay quien sólo cambia por alguno de sus hijos, otros por una apuesta, otros han realizado esfuerzos (que habitualmente consideraríamos sobrehumanos) en otros campos, hay quienes aguantan situaciones “insoportables” o están acostumbrados a resistir otro tipo de impulsos. En el fondo se trata de averiguar los puntos fuertes de la manera de ser y actuar de la persona².

El análisis de los recursos existentes para el cambio se realiza con el conocimiento personal del paciente, con los diversos tests que analizan el estado de ánimo (Goldberg, BDI, STAI, estrés percibido), así como con otros tests destinados, p. ej. conocer los factores pronósticos o si el *locus* de control es interno o externo.

Importancia de la reestructuración cognitiva

La mayor parte de quienes intentan dejar de fumar se muestran ambivalentes respecto a su consumo. Esto es bastante lógico: dejar de fumar suele ser habitualmente una decisión basada en argumentos de razón y a la hora de las decisiones, en los humanos hay muchos otros factores que influyen, además de los argumentos puramente racionales.

La ambivalencia —un querer sin querer— de los fumadores puede tener muchas manifestaciones: desde “me gustaría fumar sólo uno cada día” hasta “simplemente le enciendo los cigarrillos a mi marido”. En cualquier caso, suele presentar dos características relevantes:

1. Por una parte, la ambivalencia se manifiesta más cuanto menor es la motivación para el cambio. Especialmente relevante para el tema de este capítulo, es el hecho de que frecuentemente la motivación disminuye tras las primeras 4-6 semanas de tratamiento, cuando dejar de fumar sigue costando más o menos y los apoyos externos disminuyen al acostumbrarse al nuevo rol de no fumador del paciente.

2. Por otro lado, la ambivalencia tiende a racionalizarse. Dado que la decisión de dejar de fumar se basa en motivos primariamente racionales, cualquier intención de volver a fumar también suele buscar este mismo tipo de argumentos, justificaciones y/o engaños, con el fin —consciente o inconsciente— de evitar una disonancia cognitiva.

Por este motivo, es especialmente relevante —sobre todo, pasadas las primeras semanas de abstinencia— ayudar a los pacientes a percibir cuáles son sus posibles ideas erróneas, irracionales o desadaptativas, ayudarles a comprender dónde tienen una percepción distorsionada de la realidad del consumo o de la abstinencia².

Parte de la reestructuración cognitiva es identificar situaciones de riesgo, así como descubrir también aquellas decisiones irrelevantes o “minidecisiones” que pueden conducir a ellas².

Otro aspecto es valorar adecuadamente el consumo, con la gratificación inmediata que produce, y no realizar un análisis *neurótico* de sus ventajas. Unido a esto se encuentra el (re)descubrimiento de otras actividades gratificantes (si no existieran).

Un tercer aspecto es el que hace relación a las “ganas” de fumar (si no deberían desaparecer en una semana, si implican que va todo mal, si en ocasiones son irresistibles, etc.), las expectativas respecto al tratamiento (el terapeuta, la medicación o la psicoterapia lo soluciona todo) o las influencias de las experiencias pasadas (desesperanza aprendida, por ejemplo)².

Indudablemente los aspectos más importantes de este apartado se relacionan con la percepción de consumo controlado y el efecto de violación de la abstinencia.

El consumo controlado suele ser el sueño de casi todas las personas dependientes, también el tabaquismo. Por otro lado, la experiencia muestra que la presencia de una dependencia previa impide la posibilidad de un consumo controlado en la inmensa mayoría de los casos. Otro caso es si no existía dependencia previa, sino simplemente un consumo regular. Es una de las principales causas de recaídas tras varios meses de abstinencia. Muy frecuentemente quien por primera vez lleva varios meses —o un año exacto o más— realiza un consumo con la intención —a menudo, inconsciente— de comprobar que ya se está “por encima” del tabaco. Aunque puede prevenirse informando de este hecho a los pacientes cuando empiezan a adquirir un cierto control sobre el consumo, hay que tener en cuenta que es muy humano no escarmentar en cabeza ajena, quedando la abstinencia definitiva para un intento posterior en el que el escarmiento en cabeza propia prevenga de esta creencia desadaptativa.

El efecto de violación de la abstinencia consiste en la valoración que el paciente lleva a cabo sobre las circunstancias de su vuelta al consumo después de un tiempo de abstinencia, junto con las respuestas emocionales asociadas. Por una parte tiene un componente

de atribución personal —subjetiva— de la responsabilidad y otro de reacción afectiva que ocasiona. Es el responsable del paso de la caída (*slip*) a la recaída (*relapse*). Junto a la idea de que no tienen porqué darse deseos irresistibles si se evitan las circunstancias resistibles, los pacientes deben tener claro que 1) es muy importante evitar los consumos puntuales (caídas); y 2) una caída no implica una recaída.

Este es el arte más difícil en el tratamiento de toda dependencia y sobre el que no es posible dar recetas sencillas: cómo disminuir al máximo la posibilidad de que existan consumos puntuales (que efectivamente son grandes predictores de recaídas) y, simultáneamente, cómo relativizar su potencial influencia en la recaída. Es prácticamente imposible realizar ambas cosas a la vez: por eso es un arte.

El diagnóstico de creencias o expectativas erróneas se realiza escuchando al paciente e interrogándole sobre las más frecuentes, teniendo en cuenta que las ambivalencias rara vez pueden ser descubiertas en las preguntas cerradas.

Resumen de consecuencias

La figura 4a muestra de una manera simplificada y reduccionista —pero gráfica— el proceso y evolución del alcoholismo en una persona: 1) al principio, el alcohol no ocupa un lugar central, sino uno entre tanto otros; 2) posteriormente, por diversas circunstancias, pasa a adquirir un papel más central; 3) el papel no es sólo más central, sino también cada vez más importante; 4) simultáneamente, otro tipo de actividades o intereses van siendo desplazados o eliminados; 5) a la par van cambiando las relaciones de la persona con lo que y con quienes le rodean; 6) con el paso del tiempo sólo permanecen los elementos más básicos de supervivencia (las relaciones afectivas y las laborales); cuando se rompe alguno de estos últimos es cuando los alcohólicos suelen pedir ayuda. Este proceso no es rápido; habitualmente lleva bastantes años.

Cuando se intenta que una persona deje el alcohol (fig. 4b) lo importante no es sólo que no consuma, que sí que es importante. Lo que la persona alcohólica tiene

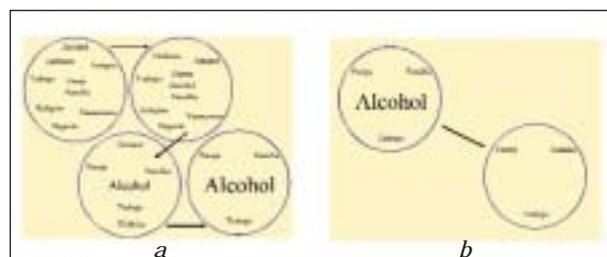


Figura 4. Evolución esquemática del alcoholismo con el desplazamiento y sustitución de actividades que conlleva: a) El proceso dura varios años; b) El tratamiento requiere algo más que dejar de consumir alcohol y requiere también tiempo.

que hacer es reestructurar su vida, sus relaciones, sus actividades y sus aficiones; tiene que buscar entre sus recursos disponibles para intentar suplir lo que alcohol había estado paliando o intentar enfrentarse a lo que el alcohol había estado cubriendo. Lógicamente, este proceso no se da en unos pocos días; es un proceso largo, de meses y años. Por otra parte, en este proceso los fármacos (sea acamprosato, naltrexona, disulfiram o cualquier otro) son, por el momento, de una eficacia muy, muy limitada.

En el caso del tabaco, la reducción en el ciclo de relaciones o intereses vitales no es tan llamativa como en el alcohol. Sin embargo, sí que se da un proceso similar, sobre todo a la hora de reducción de mecanismos de enfrentamiento a la realidad y por poder cubrir determinados déficits. Por ello, cuando realmente se ha instaurado una dependencia —que se manifiesta claramente en que el fumador carece de recursos para dejarlo tras repetidos intentos— el tratamiento del fumador debe realizarse teniendo en cuenta este enfoque: es crónico, se han de estructurar maneras de percibir, pensar, ser y actuar, y se ha de analizar lo que el tabaco aporta concretamente a esa persona. En este proceso, la función de los fármacos —muy útiles, por otra parte, para el tratamiento del tabaquismo— es muy limitada.

ERRORES DERIVADOS DE NO ASUMIR EL TABAQUISMO COMO UN TRASTORNO ADICTIVO

Aunque se realicen tratamientos basados en ópticas reduccionistas, en el tabaquismo siempre pueden obtenerse resultados positivos. Los resultados serán peores —sobre todo a la larga— pero seguirán siendo “vendibles”. Lo mismo ocurre en otros campos de la medicina: una anorexia nerviosa puede ser tratada por un endocrinólogo, pero se obtendrán mejores resultados si se emplean recursos no meramente endocrinológicos. Los siguientes apartados intentan reflejar conductas o posturas que traslucen la falta de asunción del paradigma adictivo en el tratamiento del tabaquismo. Consecuentemente la eficacia de los resultados, sobre todo cuando éstos son analizados a largo plazo, se ve reducida.

Desconocimiento de lo que es una adicción

“Conmigo dejan de fumar el 90%”: Esta frase suele ser más bien oída en boca de personas que, para el tratamiento del tabaquismo, utilizan exclusivamente herramientas o técnicas cuya eficacia aún no ha sido contrastada por un sistema de evaluación científico. Denota el desconocimiento más absoluto de lo que es el tabaquismo y su tratamiento, una total falta de espíritu crítico frente al propio método, así como la ausencia de la más mínima lectura sobre el tema.

“Si los primeros dos meses va bien, el resto es ya problema —o culpa— del paciente”: Frase, exteriorizada o no, más frecuente en profesionales sanitarios. Junto con una posible sobrevaloración del tratamiento farmacológico y una real infravaloración de otros factores, denota la ausencia de conocimiento asimilado de que el tabaquismo es un problema crónico, y de que el tratamiento va fundamentalmente encaminado a prevenir las recaídas a largo plazo, aunque para ello —obviamente— hay que prevenir anteriormente las recaídas a corto plazo. Es también frecuente, para consuelo de los profesionales sanitarios, que los pacientes se atribuyan exclusivamente las recaídas que se producen después de finalizar el tratamiento farmacológico, pero esto no es cierto: pueden ser responsabilidad primordial del paciente o del terapeuta o de ninguno de los dos.

“Quien realmente quiere dejar de fumar, lo consigue”: Implica desconocer los mecanismos básicos de una adicción y pensar que, en el fondo, fumar no pasa de ser un hábito más o menos arraigado. Indudablemente, para dejar de fumar es imprescindible querer dejar de fumar, pero —además de esto— hay que saber cómo, hay que conocerse mínimamente y hay que utilizar (y quizá desarrollar) algunos recursos o habilidades que se han podido ir perdiendo en los últimos años. Que algunas personas consigan esto sin especial ayuda o sin un grado excepcional de dificultad, no quiere decir que lo mismo haya de ocurrir a todos los demás.

Visto un fumador, vistos todos

“Si yo dejé de fumar, cualquiera puede hacerlo”: Frase que cualquier profesional sanitario ha oído en variadas ocasiones —o incluso la ha dicho—, pero que simplemente refleja, bien una sobredimensión de los propios problemas personales, bien una falta de percepción notable de lo que una dependencia puede llegar a aportar a una persona. Si en todas las enfermedades es cierto que no hay enfermedades sino enfermos, esto es especialmente pertinente en el caso de las adicciones.

“Con un Fagerström de dos, no tiene por qué tener problemas para dejar de fumar”: El test de Fagerström es una herramienta muy útil para todos los profesionales de este campo que, además, suele ser predictivo de las posibilidades de cesación tabáquica. Sin embargo, hay determinadas adicciones que se escapan al Fagerström, y se puede ser perfectamente dependiente del tabaco con un Fagerström de 0, 1 ó 2 puntos. Es más, no consta —más bien lo contrario— que a estas personas les seas más fácil abandonar el tabaco que a aquellos otros con Fagerström de 8, 9 ó 10. La cuestión está en que entre aquellos con puntuaciones bajas en el Fagerström se encuentran mezclados: 1) quienes no son dependientes o lo son muy poco; y por ello tienen muy buen pronóstico; y 2) quienes son notablemente dependientes, pero de una manera distinta a la detectada por el Fagerström, y cuyas tasas de éxito no son

mayores que las personas con altas puntuaciones en el Fagerström.

“Si no lo ha dejado en cinco intentos, ya no lo dejará nunca”: Más que cada dependencia es distinta, habría que decir que cada persona es distinta. Es cierto que se ha descrito que, tras repetidos intentos fallidos de abandono, disminuyen las posibilidades de éxito, pero esto no quiere decir que desaparezcan; es más, en muchas aumentan. Los intentos fallidos de abandono con sus respectivas recaídas dotan —o pueden dotar— al paciente de un mejor conocimiento de su adicción y de sus circunstancias personales al respecto, mejor conocimiento que puede resultar estratégicamente útil cara a la obtención de la abstinencia en el próximo intento. Por ello, ni 5 ni 10 ni más intentos previos son una contraindicación para uno nuevo: son un acicate para un estudio renovado del paciente y para intentar realizar un tratamiento más intensivo.

Sobrevaloración del mono

“Si no hay síntomas de abstinencia, no hay problemas”: Los ensayos clínicos muestran que sorprendentemente las tasas de abstinencia a largo plazo no se correlacionan con la intensidad de los síntomas de abstinencia. Al igual que en el caso de la cocaína y en las adicciones sexuales, se puede ser *irreductiblemente* dependiente —con gran cantidad de “fracasos” acumulados— y no presentar ningún síntoma de abstinencia. Y viceversa, puede no encontrarse dificultad alguna para el abandono del tabaco, aun en presencia de una sintomatología de abstinencia florida.

“Después de dos semanas, ya no va a poder estar pasándolo mal”: Implica asumir que los fumadores lo pasan mal exclusivamente por presentar sintomatología de abstinencia. Hay múltiples motivos por los que una persona puede encontrarse mal: por tener más ganas de fumar de lo que esperan (falsas expectativas), por dificultades con el afrontamiento de situaciones que anteriormente se realizaban con el cigarrillo (percepción de mayor estrés, por ejemplo), por estar en fase de pérdida o duelo tras un primer período animado de lucha, por estar desarrollando sintomatología depresiva, por agobio de nuevos problemas que se presentan (como mayor apetito, estreñimiento o sequedad de boca), por la aparición de reacciones adversas al tratamiento no siempre detectadas como tales (mareos, vértigos...), etc. Por otra parte, conviene tener presente que, además, determinados síntomas de abstinencia pueden persistir más de dos semanas.

Sobrevaloración de la importancia de los fármacos

“Si el tratamiento anterior falló, es que se usaron mal los fármacos”: No necesariamente. Tratamientos

absolutamente adecuados pueden fallar; es más, habitualmente fallan. La cuestión está en buscar la causa de las recaídas, que pocas veces tiene que ver con el uso de los fármacos. Antes de cambiar de tratamiento farmacológico, debe valorarse si éste se usó adecuadamente e intentar determinar cuáles fueron los determinantes más probables de la recaída. Que hayan fallado los fármacos no es lo más frecuente.

“Habrá que subir la dosis”: La mejor manera de obtener mayores tasas de abstinencia —tras una recaída o previamente a ella— no es incrementar las dosis de fármaco. Si éste se ha utilizado en las dosis adecuadas —las que muestran efectivas los diversos metaanálisis— lo más eficaz, y con notable diferencia, es incrementar los recursos psicológicos. Por otra parte, hay recaídas que se producen por “tonterías” (comprobación de control, por ejemplo) y que pueden requerir simplemente el mismo tratamiento que la vez anterior.

Minusvaloración de los efectos psicosociales

“Si ha recaído, no debía estar muy motivado”: Como decían los clásicos, la motivación es condición necesaria para dejar de fumar, pero no es condición suficiente. Una recaída no implica falta de motivación, aunque puede ser causa de ella. Por el mismo motivo, una serie de recaídas tampoco tienen por qué implicar falta de motivación. Es más, la presencia de renovados intentos y de recaídas sistemáticas orienta más bien a un problema estructural y no de motivación.

“Con estas pastillas no va a tener ningún problema para dejar de fumar”: Los fármacos actualmente disponibles en el mercado duplican las tasas de éxito de las diversas intervenciones para dejar de fumar que se puedan realizar. Sin embargo, los fármacos *per se* no son causantes del éxito. Dejar de fumar —como se ha señalado reiteradamente a lo largo de este capítulo— implica un *cambio de conducta* y, aunque los fármacos facilitan claramente este cambio, esto no implica que su dispensación y empleo elimine todo tipo de problemas y dificultades al respecto.

El terapeuta como sanador y no como entrenador

“Si hace lo que le digo, dejará de fumar”: Aunque esta frase puede ser utilizada para motivar a personas con un *locus* de control extremadamente externo, es errónea en su planteamiento. Es mucho más real —aunque quizá también más desmoralizante— decir: “Ya me gustaría a mí saber decirle exactamente todo lo que debería hacer, pero eso es imposible. Cogemos una serie de reglas generales y las intentaremos individualizar lo más posible para su caso concreto. Si además de acertar,

conseguimos aumentar su motivación en el grado que lo necesite es probable que lo deje”.

“*Culpa mía no es*”: Al fin y al cabo, es el paciente el que tiene que cambiar su conducta. Si no consigue hacerlo, en cierto sentido es un fracaso suyo. Por un lado, como se ha señalado, una recaída no tiene por qué ser un fracaso, sino que es primordialmente una fase del proceso de abandono. Por otro lado cabe señalar que, puestos a buscar “culpables”, el terapeuta siempre puede ser responsabilizado: porque no supo motivar adecuadamente, porque no insistió suficientemente en las ideas desadaptativas que convenía cambiar, porque no facilitó al paciente de las habilidades necesarias para reconocer las situaciones de riesgo y/o enfrentarse a ellas, porque no facilitó al paciente la búsqueda de apoyos externos que le pudieran servir, porque quizá no corroboró adecuadamente si se estaba tomando el tratamiento adecuadamente, etc.

En las adicciones el terapeuta no actúa propiamente como sanador, sino más bien actúa como lo puede hacer el entrenador de un deportista de élite o el preparador de unas oposiciones: estos últimos son quienes hacen los esfuerzos y quienes son los últimos responsables de la gloria, pero los respectivos entrenadores o preparadores son también parcialmente responsables de la gloria y de los fracasos. En ocasiones, los únicos responsables de los fracasos.

CONCLUSIONES

La mayor parte de los fumadores son dependientes de la nicotina o, en un sentido más amplio, de la labor de tabaco que consumen. Por ello, cualquier intento de cesación tabáquica requiere fundamentalmente un abordaje del tabaquismo como una adicción.

Considerar el tabaquismo como una adicción implica ser consciente de que es un proceso crónico del que forman parte las recaídas. También implica valorar la importancia que tienen los diversos estímulos —internos y externos— que a lo largo de los años han ido asociándose al consumo, así como reconocer el posible valor adaptativo que para cada fumador tiene su conducta y de qué herramientas dispone para conseguir el cambio de conducta.

Gran parte de los fracasos en cesación tabáquica, más que de un uso inadecuado de la medicación, derivan de la falta de profundización práctica en el componente adictivo del tabaquismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Altman J, Everitt BJ, Glautier S, Markou A, Nutt D, Oretti R, Phillips GD, Robbins TW: The biological, social and clinical basis of drug addiction: commentary and debate. *Psychopharmacology*, 1996; 125:285-345.
2. Becoña E, Vázquez FL: *Tratamiento del tabaquismo*, Dykinson SL, 1998.
3. Ayesta FJ, Camí J: Farmacodependencias. En: Flórez J (ed), *Farmacología humana*, Masson, 4.ªed. 2003, pp: 595-621.
4. Gardner EL: Brain reward mechanisms. En: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG (eds.): *Substance abuse: a comprehensive textbook*, Williams & Wilkins (Baltimore), 1997, pp: 51-85.
5. Gold MS, Herkow MJ: Tobacco smoking and nicotine dependence: biological basis for pharmacotherapy from nicotine to treatments that prevent relapse. *J Addictive Dis* 1998; 17:7-21.
6. Watkins SS, Koob GF, Markou A: Neural mechanisms underlying nicotine addiction: acute positive reinforcement and withdrawal. *Nicotine Tob Res* 2000; 2:19:37
7. Siqueland L, Crits-Christoph P. Current developments in psychosocial treatments of alcohol and substance abuse. *Curr Psychiatry Rep*, 1999; 1:179-184.
8. Melichar JK, Daghli MR, Nutt DJ: Addiction and withdrawal—current views. *Curr Opin Pharmacol* 2001; 1:84-90.
9. Balfour D y cols.: *Nicotine addiction in Britain*, Royal College of Physicians of London, 2000.
10. Frishman WH, Ky T, Ismail A: Tobacco smoking, nicotine, and nicotine and non-nicotine replacement therapies. *Heart Dis* 2001; 3:365-77.
11. Otero M, Cortijo C: El tabaquismo como adicción. *Cardiovasc Risk Factors* 2003; 4: en prensa.
12. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A: Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ* 2000; 321:355-8.
13. West R, McNeill and Raw M: Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55:987-999.
14. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ y cols.: *Treating tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. 2000.
15. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G: Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; CD000146.
16. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T: Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; CD000031.
17. Hughes J y cols.: *Guía clínica para el tratamiento de la dependencia de nicotina de la Asociación Psiquiátrica Americana*, Ars Médica, 2001.
18. Shalev U, Grimm JW, Shaham Y: Neurobiology of relapse to heroin and cocaine seeking: a review. *Pharmacol Rev* 2002; 54:1-42.
19. Jiménez-Ruiz CA, Ayesta FJ, Planchuelo MA y cols.: Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo sobre el tratamiento del tabaquismo. *Prev Tab* 2001; 3:78-85.