



HOSPITAL  
DE SANTA MARIA



Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

# Info Tabac

El informe del experto en tabaquismo Número 20 / octubre 2010



La experiencia

## La prevención del tabaquismo entre los jóvenes

La adolescencia es el momento de la vida en el que se inician y modulan las pautas de comportamiento que se prolongarán durante la etapa adulta. Según datos de la OMS, entre 80.000 y 100.000 jóvenes en el mundo se hacen adictos al tabaco cada día, con una media de edad de inicio de 13 años. La prevalencia del consumo a estas edades se sitúa, en nuestro país, alrededor del 6,8%, y todo parece indicar que estos datos no están mejorando, sino que, muy al contrario, emerge una nueva cultura juvenil alrededor del tabaco.

**SUBTITULAR 1.- Los adultos abandonan el tabaco casi en la misma proporción en la que se incorporan los adolescentes**

En este contexto, un grupo de profesionales de enfermería decidimos investigar sobre la efectividad de las intervenciones educativas en el ámbito escolar para prevenir el consumo de tabaco, a pesar de que la bibliografía consultada atribuía, en general, una baja efectividad a este tipo de intervenciones. El proyecto se inició en el curso 2007-2008 y finalizará al inicio de este próximo curso 2010/2011.

El diseño corresponde a un ensayo clínico comunitario en el que participan 2.656 alumnos pertenecientes a todos los centros educativos del Camp de Tarragona (Tarragona y Reus incluidas) divididos en dos grupos: 15 institutos de educación secundaria obligatoria (IES), que configuran el grupo de intervención, y 14 IES que componen el grupo control.

La hipótesis central del estudio es que las intervenciones de educación sanitaria en relación con la adquisición del hábito del tabaco mediante un programa integrado en los centros de enseñanza secundaria obligatoria (ESO) y realizadas por profesionales de enfermería disminuirán la incidencia y la prevalencia del tabaquismo.

A lo largo de estos tres cursos académicos, hemos dedicado nuestros esfuerzos a ingeniar actividades de promoción y prevención del tabaco para los alumnos del grupo de intervención, y hemos impartido una actividad trimestral en cada curso de educación secundaria obligatoria.

Al inicio de cada curso lectivo se realiza la recogida de datos mediante un cuestionario y una medida de monóxido de carbono en el aire expirado que se repite a los diez días y sin previo aviso.

**SUBTITULAR 2.- Las actividades aisladas son inconexas en el tiempo, por lo que, para aumentar el impacto y**

**potenciar y promover las actitudes de resistencia al inicio del consumo de tabaco, hemos elaborado actividades con continuidad de trabajo con los adolescentes**

En el primer curso de la ESO construimos una máquina que simulaba un cigarrillo y trabajamos el efecto del tabaco en nuestro organismo, las enfermedades que produce, etc. La siguiente actividad fue un juego de rol en un escenario en el que se debatía la aplicabilidad de la nueva ley del tabaco entre un grupo de personas que frecuentaban un bar, sus dueños, amigos y familiares y la forma como éstos se posicionaban frente a la nueva normativa de espacios sin humo.

En segundo de ESO realizamos un vídeo con cinco historias extraídas de las series más famosas de la temporada televisiva del momento, en las que se usaba el cigarrillo de manera indiscriminada. Así, fomentamos el espíritu crítico, mostramos el efecto de la publicidad y analizamos el contexto de **dónde, cómo y por qué** la industria televisiva utiliza el tabaco.

El segundo taller que impartimos pretendía que los alumnos reflexionaran sobre los aspectos negativos que comporta el consumo de tabaco y los beneficios que obtienen los que no fuman o han dejado el tabaco. A tal efecto, organizamos un concurso de puntos de libro que coincidía con la Semana Mundial sin Tabaco. En él, debían plasmar o diseñar un lema con un objetivo: bien conseguir que las personas de su entorno familiar y social dejaran de fumar o bien felicitar a alguien por haberlo conseguido. Se organizó una jornada de entrega de premios con la asistencia de autoridades locales, profesores y familiares de los alumnos, en la que se premiaron los tres mejores puntos de libro de cada ciudad participante.

Todos los puntos de libro se colgaron en un *blog* creado a tal efecto para que los jóvenes pudieran votar. El mejor de cada ciudad se editó y se repartió masivamente el día 31 de mayo por las calles, igual que el póster, que se distribuyó uno para cada uno de los centros educativos participantes con los puntos de libro finalistas de cada clase.

En el curso de tercero de ESO creamos el grupo *Tab\_es* en Facebook y organizamos un taller interactivo: cada alumno debía adherirse al grupo y buscar imágenes, documentos, lemas, videoclips, etc. en la red para incorporarlos a Facebook. El grupo cuenta con más de 600 miembros y, actualmente, sigue activo; se utiliza como instrumento de comunicación para temas relacionados con el tabaco y en él se incorpora todo aquello que pensamos que puede ser de interés para los jóvenes.

El editorial

## Turismo y tabaquismo

Son muchos los motivos que el fumador alega cuando deja de fumar. La salud, hasta el momento, ha sido el principal. Pero ahora asistimos al creciente aumento del factor económico como motor del cambio. Al dejar de fumar un paquete al día, el fumador valora, como nunca lo había hecho, el ahorro, el dinero del que dispone y que no ha quemado. Muchos de ellos, ahora y al volver de las vacaciones, han hecho los siguientes cálculos:

- Siete días en Ibiza, vuelo y hotel: un mes y medio sin fumar.
- Siete días en Madeira, vuelo y hotel: tres meses sin fumar.
- Nueve días en La Habana, avión y hotel o nueve días en la República Dominicana o nueve días en la Riviera Maya: 5 meses sin fumar.
- Cinco años sin fumar: 5.772 € ahorrados.
- Diez años: 11.543 € ahorrados.

¿Crisis? ¿Qué crisis?

Redacción

Finalmente, con la colaboración de la Asociación de Pacientes Laringectomizados de Tarragona, impartimos un taller vivencial con dos pacientes que han padecido un cáncer de laringe y con otro que ha sufrido un cáncer de pulmón. La experiencia ha sido ciertamente impactante y las muestras se pueden observar en Facebook, puesto que los alumnos utilizan esta vía para expresar sus opiniones y comunicarse con las enfermeras que llevan a cabo el proyecto.

Los resultados de los que disponemos en estos momentos son preliminares, y queda una medida final en el primer trimestre del curso 2010/2011, aunque podemos avanzar hacia dónde, qué y cómo trabajar en el futuro:

- Seguir dirigiendo los esfuerzos educativos a los alumnos, aunque la estrategia debe encaminarse hacia la incorporación de las familias y de toda la comunidad educativa.
- Ofertar la deshabituación a temprana edad "cuanto antes mejor".
- Potenciar la figura de la enfermera de Salud y Escuela para integrar actividades preventivas, de seguimiento y de deshabituación del tabaco.
- Continuar el seguimiento de estos jóvenes para investigar la existencia del efecto a lo largo del tiempo.

Estudio financiado por el Instituto de Salud Carlos III (expediente PI070937), con el apoyo del Instituto de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol (IDIAP) y el Institut Català de la Salut (ICS).

**Empar Valdivieso**

Unidad de Apoyo a la Investigación  
Camp de Tarragona  
Adjunta de dirección ABS Bonavista

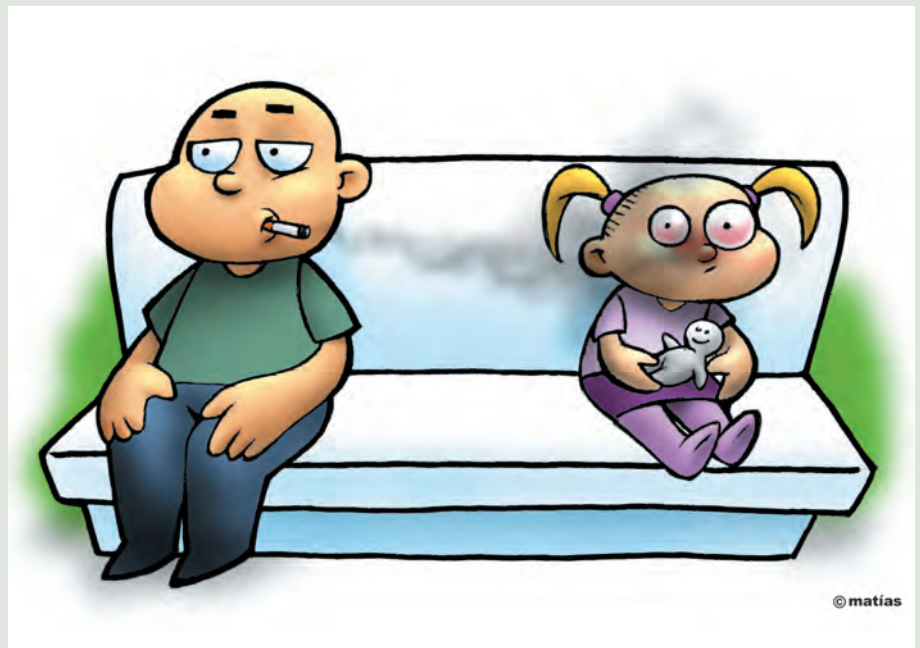
## "Mindfulness y psicoterapia"

**M**indfulness y psicoterapia aborda y entrelaza los que quizá sean los dos medios más importantes de la psicología contemporánea: el "descubrimiento" de que la terapia es un proceso de transformación a través de la relación y la "presentación" en el ámbito clínico de la "atención plena" o *mindfulness*.

El libro comienza explicando el concepto de *mindfulness* y su relevancia para la práctica de la salud mental. Luego revisa el importante papel desempeñado por las relaciones para conseguir un resultado terapéutico positivo y discute el modo en que los principios de la *mindfulness* mejoran la presencia terapéutica.

Combinando teoría, datos empíricos y conocimientos clínicos, los diferentes autores examinan las implicaciones de la *mindfulness* para abordajes terapéuticos como el conductual, el psicodinámico o la terapia familiar-sistémica. Todos coinciden en la importancia de la *mindfulness* para complementar las técnicas habituales y mejorar los resultados cultivando la empatía y fortaleciendo la conexión entre terapeuta y cliente.

Edición a cargo de  
Steven F. Hick y Thomas Bien



## Carta de un paciente

### No te hecho de menos

**T**engo 23 años y soy asmático. Cuando era adolescente, aun sabiendo que no podía fumar por mis problemas respiratorios, empecé a tontear con el tabaco. Fumaba algún cigarrillo esporádicamente, cenando o cuando salía de fiesta con mis amigos. Imagino que todos los fumadores empezamos igual (la presión social, unas supuestas rebeldía y madurez, un intento de parecernos a los duros y guapos personajes del cine y un largo etcétera de sobras comentado). Iban pasando los meses y de aquel cigarrillo esporádico en ocasiones muy especiales pasé a comprarme un paquete los fines de semana, después empecé a fumar algún pitillo al salir de clase y, poco a poco, el cigarrillo esporádico se convirtió en casi dos paquetes diarios. Fumaba constantemente. El paquete de Lucky y el Zippo eran mis inseparables "amigos", el cigarrillo, una extensión más de mi cuerpo.

En un principio, mi vida no se vio demasiado alterada, solamente mi ropa y mi boca olían a tabaco. Pero a medida que pasaban los meses la cosa cambió. Primero fueron las escaleras, me costaba subirlas como antes, así que opté por usar siempre el ascensor. Después fue correr, mi corazón palpitaba más fuerte y me costaba más, así que dejé de hacerlo. Después llegaron la tos y los constantes resfriados, más y más largos que de costumbre, un daño colateral, pensé, y seguí fumando. Poco a poco vi que me costaba respirar, pero a base de inhaladores para el asma lo fui tanteando durante tres años e ignoré las constantes advertencias de mi médico.

Hace unos meses, la situación llegó a un extremo insostenible. Tenía que usar cuatro

inhaladores distintos a lo largo del día. Me daba miedo salir de casa sin ellos. Al final, me ahogaba hasta por andar. La sensación de ahogo es tremendamente estremecedora, os lo juro. En ese momento me di cuenta de que tenía 23 años y mi vida parecía más la de una persona anciana. Fue entonces cuando tomé la decisión más importante de mi vida: dejar el tabaco. Tuve la suerte de contar con el apoyo de mi familia, mi pareja y mis amigos y, por encima de todo, de recibir la ayuda de un especialista. Fue difícil, no lo voy a negar, porque estaré mintiéndoo, pero finalmente lo dejé.

Ahora hace casi tres meses que no fumo y mi vida ha dado un giro de 180 grados. Desde entonces nunca me ha vuelto a faltar el aire, los sentidos del olfato y del gusto han reaparecido, puedo correr, subir escaleras y andar horas y horas sin cansarme. Asimismo, he dejado de usar inhaladores (que llevan muchísima cortisona) y, por tanto, he adelgazado dos tallas, a la vez que me he planteado andar, como mínimo, una hora al día (que es el tiempo que perdía fumando), lo que es, sin lugar a dudas, un buen y barato ejercicio físico.

Es posible que muchos fumadores de mi edad no hayan llegado a estar tan mal como lo estuve yo, pero seguro que a lo largo de los años les pasará algo parecido. Tanto si estáis pensando en dejarlo, como si ya lo estáis haciendo, sólo quiero deciros una cosa: los fumadores podíamos vivir sin un cigarrillo en la mano y os prometo que, aunque sea duro y difícil, todos podremos volver a hacerlo.

Albert



## Los trastornos mentales y el tabaco. Una relación compleja

Recientemente se celebró un seminario en Barcelona con el objetivo de revisar el conocimiento actual de la relación entre el consumo de tabaco y la enfermedad mental. Durante las diferentes intervenciones se comprobó que, a pesar de la evidencias científicas que demuestran la robustez de la relación, seguimos sabiendo poco acerca de cómo conseguir una actuación adecuada que permita reducir el consumo de tabaco entre los ciudadanos que padecen trastornos mentales y, en especial, de cómo incitar a los profesionales a motivar y ayudar a los pacientes psiquiátricos a dejar de fumar.

Sabemos que la prevalencia del consumo de tabaco en personas con trastornos mentales es entre dos y cuatro veces superior que en la población general, que fuma más cigarrillos, presenta síntomas de abstinencia de mayor intensidad y en la que el riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con el tabaco y de morir a causa de ellas es muy superior.

Además, se calcula que los enfermos mentales mueren, de media, hasta 25 años antes que la población general y que las causas relacionadas con el tabaco son las más frecuentes. Sin embargo, debe señalarse que otros elementos, como el alto consumo de alcohol y otras drogas, el escaso cuidado del estado físico y la mala alimentación de este tipo de pacientes aumenta, si cabe, el riesgo de mayor morbimortalidad.

Sabemos bien que, además, los pacientes psiquiátricos que fuman consumen otras drogas con mayor frecuencia, tienen un peor cumplimiento del tratamiento y su funcionamiento psicosocial es también peor. Asimismo, el riesgo de cometer suicidio es también claramente mayor, no sólo en la población general, sino en los pacientes psiquiátricos que no han fumado nunca o que han dejado ya de fumar. Podría concluirse que existe una fuerte asociación entre el consumo de tabaco y el trastorno mental, hasta el punto de poder considerar el tabaco como un marcador de presencia de enfermedad mental y de gravedad de la misma.

Un motivo de preocupación bien sabido es cómo conseguir frenar el inicio del consumo de tabaco entre los adolescentes.

También en este segmento de población conocemos que la precocidad del inicio del

consumo de tabaco es un marcador de riesgo de aparición posterior de trastorno mental. Los jóvenes que presentan trastornos depresivos, déficit de atención e hiperactividad, alteraciones de conducta y consumo de otras drogas, especialmente el cannabis, inician antes el consumo.

Las causas que explican dicha realidad son diversas y, hasta la fecha, meras hipótesis. No hay duda, sin embargo, de que la existencia de factores neurobiológicos, psicológicos y sociales que intervienen en la asociación y los datos epidemiológicos, genéticos, de neuroimagen y clínicos sugieren que las características de los trastornos psiquiátricos predisponen al inicio y al mantenimiento del tabaquismo. La hipótesis de la automedicación, la posible vulnerabilidad compartida, así como el papel de determinantes sociales supone, en ciertas enfermedades, un gran riesgo de exclusión social con aislamiento, bajos ingresos y el uso de tabaco como forma de combatir el aburrimiento.

Durante mucho tiempo, la actitud de los profesionales sanitarios ante la promoción de la cesación tabáquica en pacientes psiquiátricos se caracterizaba por lo que podría llamarse nihilismo terapéutico.

Con frecuencia, el consumo no se registraba en los historiales médicos y no se ofertaba ayuda para dejar de fumar bajo los tópicos de falta de interés de los pacientes, riesgo de empeoramiento del trastorno mental en el intento de dejar de fumar e imposibilidad de abandonar el consumo. Aun en un momento histórico, en el que en el mundo occidental se están produciendo cambios legislativos de defensa de la salud con fuertes medidas restrictivas del consumo de tabaco en espacios públicos —entre ellos los centros de salud—, se permite fumar en las unidades psiquiátricas con el argumento de que es inconveniente prohibir fumar a pacientes en situación de crisis. Son muchos los profesionales que dudan de dicha inconveniencia y la realidad es que cada vez son más las unidades que han optado voluntariamente por declararse espacios libres de humo y han desarrollado programas de intervención terapéutica para sus pacientes.

Hay evidencias suficientes que demuestran que una alta proporción de los pacientes con trastornos mentales quieren dejar de fumar y que, si reciben la atención adecuada, eso no supone ningún riesgo para su evolución.

Hay estudios que han demostrado que pacientes con comorbilidad tabaquismo y trastorno mental dejan de fumar en una proporción cercana a los de la población general, exceptuando algunos trastornos como el bipolar o los trastornos psicóticos, con resultados algo peores. Se sabe, también, que el riesgo de recaída es mayor.

Todas las guías clínicas de tratamiento de la dependencia tabáquica insisten en la importancia de ofrecer tratamiento a todos los fumadores con trastornos psiquiátricos. Hay dudas acerca de si deben seguirse algunas medidas específicas, como un tratamiento a medida, o si con las medidas habituales es suficiente. En cualquier caso, deben tenerse en cuenta algunas consideraciones, como son:

1. El momento adecuado para iniciar la intervención. En condiciones normales, es aconsejable el tratamiento secuencial, es decir, primero estabilizar la situación psiquiátrica para luego seguir con el tratamiento de cesación. Sin embargo, las complicaciones orgánicas pueden obligar a adelantar la intervención. En el caso de la comorbilidad alcohol/tabaco, hay estudios que avalan la posibilidad de un tratamiento simultáneo.
2. La evolución del trastorno psiquiátrico durante la intervención. En depresiones recurrentes existe un mayor riesgo de recidiva.
3. Las interacciones farmacológicas existentes entre el humo del tabaco y los psicofármacos, que obligan a ajustes cuando se deja de fumar porque afectan a la farmacocinética de los medicamentos.
4. Los tratamientos deben ser intensivos y se debe combinar el tratamiento farmacológico con las intervenciones psicoterapéuticas.
5. En casos complejos y por la escasa respuesta al tratamiento, pueden contemplarse objetivos intermedios, como la reducción del consumo con la utilización de sustitutos de nicotina, aunque hay que tener en cuenta el carácter temporal de la medida.
6. Dado el riesgo de recaída, es aconsejable hacer un seguimiento a largo plazo.

Ya como conclusión, solamente insistir en que los profesionales de la salud debemos asumir que uno de los retos más importantes para todos nuestros pacientes que fuman es motivarles y ofrecerles ayuda para dejarlo. No hay razones que justifiquen la exclusión de los pacientes psiquiátricos de dicho objetivo.

## Mitos y verdades acerca de la prohibición del consumo de tabaco en el mundo de la restauración

*Sobre el consumo de tabaco y los locales de hostelería*

Mucho se sabe y mucho se ha dicho ya acerca de los efectos perjudiciales del tabaco, así que no haremos aquí y ahora una extensa explicación. Las evidencias científicas, sanitarias y sociales son un buen testimonio de ello.

Aun así, en España todavía hay, anualmente, entre 55.000 y 60.000 muertes atribuibles a esta sustancia (contra las 8.500 atribuibles al alcohol).

De estas muertes, 3.200 son debidas al tabaco pasivo. Este es, por ahora, el gran reto que tenemos delante. La exposición al humo del tabaco es acumulativa: cuantas más horas de exposición, más riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la sustancia. Se estima que en España se registran 1.000 víctimas anuales sólo entre los trabajadores del sector de la hostelería.

Así pues, no es de extrañar el interés de las autoridades sanitarias en poner solución al problema. Las normas, prohibiciones y regulaciones son de difícil aceptación, pero la sociedad está llena de ellas, unas cómodas y otras incómodas, pero con la única finalidad del bien común. Nuestros padres explicaban que antes se podía escupir en muchos locales (en la barbería, en el bar, etc.) dentro de unos recipientes preparados para este fin. Ahora nos parecería del todo antihigiénico, e incluso asqueroso. A nuestros nietos les parecerá imposible que en los bares y restaurantes se pudiera fumar. La reciente Ley 28/2005 se atrevió con unas normas bastante valientes, como prohibir totalmente la publicidad y promoción de los productos derivados del tabaco. Prohibió, también, fumar en espacios de más de cien metros cuadrados y dejó a voluntad de los propietarios de bares y restaurantes la decisión de dejar fumar o no en los espacios de menor tamaño. La próxima ley también lo prohibirá, ya que el derecho de los trabajadores, en primer lugar, y de los clientes, después, a no respirar un humo con un elevado potencial contaminante prevalece sobre los intereses económicos.

Durante este período de aplicación de la ley y de las temidas restricciones, se han publicado múltiples trabajos científicos que demuestran su acierto. Los ingresos hospitalarios por cáncer se han reducido entre un 8% y un 40%.

Asimismo, los ingresos hospitalarios por infarto agudo de miocardio han decrecido un 17%. Otro estudio sobre los síntomas respiratorios y la exposición al humo ambiental del tabaco en una cohorte de trabajadores de bares, restaurantes, pubs y discotecas de cinco comunidades autónomas (de octubre a diciembre de 2005, antes de la aplicación de la ley, y de octubre a diciembre de 2006, después de la ley) ha demostrado que los trabajadores no fumadores de establecimientos con prohibición total de fumar gozaron de una mejora de su salud respiratoria. Se observó una reducción significativa del 98,1% de los síntomas respiratorios estudiados, mientras que no se apreciaron cambios significativos entre los trabajadores de establecimientos donde se permitía fumar, tanto en zonas habilitadas como en todo el local.

Los argumentos sanitarios son bastante contundentes. Pero, entonces, ¿por qué se sigue cuestionando el tema? Son varios los argumentos dados por la industria de la hostelería: por ejemplo, que en Irlanda se habrían perdido el 24% de los bares (de 6.896 a 5.211) y el 8% de los restaurantes (de 4.279 a 3.908).

La realidad es que antes de la entrada en vigor de la ley que prohibía fumar en los bares irlandeses las ventas de alcohol cayeron un 15% entre 2001 y marzo de 2004.

Los datos de la Central Statistics Office revelaron que los beneficios de los bares cayeron un 3,8% durante los primeros nueve meses de la ley, pero subieron un 2,3% entre septiembre y noviembre del 2004. En este mismo país, el primer año de la ley los ingresos cayeron un 1% respecto a los tres años anteriores. Los hosteleros aseguraban que los ingresos se reducirían en un 24% desde el primer año. Otro estudio realizado en 38 locales, antes y después de la ley, demostró que la contratación de personal creció un 11%.

En España, la asociación Unión de Consumidores de Galicia refiere que los locales públicos que decidieron prohibir totalmente el consumo de tabaco en su interior registraron beneficios económicos. Además, los locales de comida rápida —muchos de ellos han apostado abiertamente por declararse espacios sin humo— han aumentado su facturación en un 3% al año después de la ley. Hay otros datos de peso: el 68% de la población es partidario de que se prohíba totalmente fumar en espacios de ocio y restauración,

el 32% dice que iría más a estos sitios si se aplicara la prohibición, mientras que el 16% afirma que sus visitas a bares y restaurantes disminuirían si se tomara esta medida.

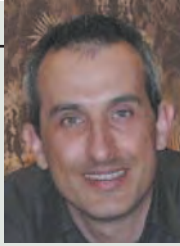
Una cosa sí es cierta, siempre cerrarán bares y restaurantes, como también cerrarán talleres mecánicos, gestorías, zapaterías o cualquier otro negocio de atención al público.

En un establecimiento en el que se trata bien a la gente, donde se come calidad y a un precio razonable, el hecho de que se permita fumar o no seguramente afectará poco a su economía y a su futuro como negocio.

Una cosa son los datos contrastados y la otra, muy diferente, la psicosis de caos y de ruina que se quiere transmitir. No puede ser que los intereses de unos prevalezcan sobre la salud de todos. Habría que recordar una célebre frase de Sir George Young, diputado conservador y ministro de Sanidad de Inglaterra que, ya en 1979, decía que la solución al problema del tabaquismo no se encontraría en los laboratorios de investigación ni en los quirófanos de los hospitales, sino en los parlamentos de las naciones democráticas.

Los argumentos aportados tanto por la industria del tabaco como por la hostelería son fruto, muchas veces, del miedo a lo desconocido y del propósito de generar confusión entre la gente.

En 1990, un artículo en el periódico *Abc* contaba que los atascos de tráfico aumentarían seriamente por la prohibición de fumar en los transportes públicos, ya que los fumadores no tomarían ni el metro ni el autobús y se lanzarían a las calles con sus coches. Dejemos que los que entienden del tema tomen las decisiones correctas, las que tienen que ver con el bien común y la voluntad de la mayoría.



## Impulsividad y tabaco

El tabaquismo es un grave problema de salud que representa el factor de riesgo evitable de muerte prematura más elevado en los países desarrollados.

Es causa importante de patología cardíaca, vascular, pulmonar y de gran variedad de cánceres. Se estima que cerca de ocho millones de personas morirán por enfermedades relacionadas con el tabaco en 2020, en comparación con los tres millones de muertes de 1996. En vista de las transformaciones demográficas y epidemiológicas y de las tendencias actuales en los países en desarrollo, la pérdida de salud debida al consumo de tabaco crecerá aún más, a menos que las intervenciones eficaces y políticas consigan reducir el tabaquismo entre los hombres y evitar el aumento entre las mujeres y en los países en desarrollo.

Recientes revisiones de la literatura científica ponen en evidencia la base conceptual para creer que una intervención neuropsicológica del tratamiento del tabaquismo puede generar un avance importante en el tratamiento del abandono del hábito de fumar. Generalmente, una intervención en las funciones ejecutivas y, específicamente, en la **impulsividad**, puede conllevar mejores resultados terapéuticos.

Es decir, si somos capaces de seleccionar, mediante una evaluación psicométrica, los instrumentos y las pruebas neurocognitivas mejores para detectar la impulsividad de nuestros pacientes, podremos actuar, posteriormente, diseñando un modelo de intervención para los rasgos diferenciales vinculados a resultados negativos. La intervención irá asociada a un control de los aspectos biológicos (polimorfismos genéticos asociados) y sociales, y se aplicará el tratamiento farmacológico estándar en una Unidad de Tabaquismo.

Una revisión de la literatura sobre la dependencia al tabaco —definida como un prototipo de trastorno adictivo que manifiesta características como la tolerancia, la retirada y el uso, a pesar de los altos costes personales (Baker et

al. 2004)— muestra que la impulsividad, que se manifiesta en la búsqueda de sensaciones, en un bajo control comportamental y en trastornos de control impulsivo, ha sido tradicionalmente un concepto etiológico central en muchos modelos teóricos de uso de sustancias y, más específicamente, de consumo de cigarrillos.

Además, varios estudios demuestran que los síntomas de trastorno de déficit de atención/hiperactividad (TDAH) que se han asociado con un aumento de la impulsividad están relacionados con el consumo de tabaco en adolescentes y adultos jóvenes.

En resumen, existe una clara evidencia de que los fumadores tienen más dificultades para controlar los impulsos que los no fumadores.

Sin embargo, debe distinguirse un conjunto heterogéneo de componentes de orden inferior comprendidos en el concepto de impulsividad. Una propuesta que se concretó posteriormente y que consideraba la impulsividad como un concepto multifacético e identificaba cuatro componentes independientes asociados con los comportamientos impulsivos, que sirvieron de base para la creación de la llamada Escala de Conducta Impulsiva (UPPS), traducida y validada al castellano. Las cuatro facetas de la impulsividad medida por la UPPS son: (a) la urgencia, que se define como la tendencia a experimentar fuertes impulsos, con frecuencia en condiciones de efecto negativo; (b) la premeditación, definida como la tendencia a pensar y reflexionar sobre las consecuencias de un acto antes de participar en él; (c) la perseverancia, definida como la capacidad de mantener centrada la atención en una tarea que puede ser aburrida o difícil; (d) la búsqueda de sensaciones, que se define como la tendencia a disfrutar y llevar a cabo actividades emocionantes, y la apertura de nuevas experiencias. Varios estudios basados en este trabajo de Whiteside y Lynam sobre la impulsividad han establecido una relación entre ciertos aspectos de ésta y algunos estados psicopatológicos. Un estudio ha revelado que los síntomas bulímicos (comportamientos purgativos,

como el vómito) están más positivamente relacionados con la urgencia y menos con la premeditación y la perseverancia. Otro estudio ha demostrado, en una muestra de estudiantes de pregrado, que la falta de premeditación y la búsqueda de sensaciones están asociadas a conductas anormales (problemas de conducta, consumo excesivo de alcohol y consumo de marihuana y otros tóxicos). Otro estudio sugiere que la urgencia y la búsqueda de sensaciones son los rasgos de comportamiento impulsivo vinculados más fuertemente al abuso del alcohol. Otro ejemplo es un estudio que demuestra que la falta de premeditación es la dimensión más consistente de la impulsividad asociada a comportamientos de externalización (trastorno antisocial de la personalidad, psicopatía y una variedad de actos delictivos) y que la búsqueda de sensaciones es un predictor significativo de la participación en actos delictivos, el consumo de drogas y alcohol y el comportamiento sexual de riesgo.

En definitiva, existe una base teórica para postular que una intervención neuropsicológica puede generar un avance en el tratamiento del abandono del hábito de fumar.

Además, dentro de este ámbito psicológico, el control de la impulsividad aparece como el hecho más relevante para provocar mejores resultados. Si somos capaces de seleccionar, mediante una evaluación psicométrica, los instrumentos y las pruebas neurocognitivas mejores para detectar los pacientes que presentan impulsividad y en qué aspectos de ésta se diferencian, podremos, posteriormente, intervenirles neuropsicológicamente para que abandonen la dependencia al tabaco. El programa de intervención se basará en diferentes enfoques y no está decidido definitivamente porque existen avances que prometen resultados en neurorrehabilitación en un futuro próximo. Todo ello mediante el control de los aspectos biológicos y sociales del problema y la aplicación del tratamiento farmacológico estándar en la UT.

Jaume L. Celma Merola  
Psicólogo clínico (Phesto)  
Hospital Santa Maria de Lleida

# Calendario de congresos, cursos y jornadas

## Benidorm / Del 4 al 6 de noviembre de 2010

### XI Escuela de Otoño Socidrogalcohol

Organiza: Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, las Toxicomanías y otras Dependencias (Socidrogalcohol)  
Patrocinan: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y Consejería de Sanidad de la Generalitat Valenciana  
Objetivo: ofrecer un punto de encuentro común donde intercambiar experiencias y conocimientos, pero sobre todo donde compartir la avidez por seguir aprendiendo.

Lugar de celebración: Benidorm, Alicante (Hotel Meliá Benidorm, av. Dr. Severo Ochoa, 1)

Teléfono de información: 93 210 38 54

E-mail: [socidrogalcohol@socidrogalcohol.org](mailto:socidrogalcohol@socidrogalcohol.org)

Más información en: <http://www.socidrogalcohol.org/escuela>

## Madrid / 23 y 24 de noviembre

### V Simposio Internacional sobre Prevención y Tratamiento del Tabaquismo

Organiza: Dirección General de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid

Fecha límite de inscripción: 15 de octubre de 2010

Lugar: Madrid (salón de actos del Hospital Clínico San Carlos, c/ Profesor Martín Lagos, s/n)

Teléfono de la Secretaría Técnica: 91 662 46 50

E-mail: [info@mastercongresos.com](mailto:info@mastercongresos.com)

Más información en: [www.symposiumprevenciontabaquismo2010.com](http://www.symposiumprevenciontabaquismo2010.com)

## Madrid / De diciembre de 2010 a noviembre de 2011

### Experto profesional en el trabajo en equipo en dispositivos residenciales: la metodología de la comunidad terapéutica

Organiza: Fundación UNED

Objetivo: ofrecer una visión global de la historia y situación de las comunidades terapéuticas con los procedimientos de trabajo y las metodologías que se utilizan actualmente en las mismas.

Destinatarios: licenciados y diplomados preferentemente en Psicología, Pedagogía, Educación Social, Ciencias Sociales y cualquier otra titulación que permita trabajar en un centro residencial, incluidos los módulos superiores de FP. Se admitirán alumnos que no cuenten con estas titulaciones, siempre y cuando estén contratados por la entidad gestora de un centro residencial y formen parte del equipo de éste. Mínimo de 18 meses de experiencia.

Lugar de celebración: Madrid (UNED, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, c/ Obispo Trejo, s/n)

Teléfono de información: 91 386 72 75

Más información en: [http://apliweb.uned.es/guia-cursos-eduper/guia\\_curso.asp?id=16553&curso=2011](http://apliweb.uned.es/guia-cursos-eduper/guia_curso.asp?id=16553&curso=2011)

## Madrid / Del 7 al 9 de abril de 2011

### 38a Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol

Organiza: Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, las Toxicomanías y otras Dependencias (Socidrogalcohol)

Patrocina: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Lugar de celebración: Madrid (Palacio de Congresos de Madrid, paseo de la Castellana, 99)

Teléfono de la Secretaría Técnica: 960 91 45 45. Teléfono de la Secretaría Científica: 98 510 35 53

E-mail: [comite.organizador@socidrogalcohol2011.org](mailto:comite.organizador@socidrogalcohol2011.org)

Más información en: [www.socidrogalcohol2011.org](http://www.socidrogalcohol2011.org)

## Barcelona / Del 5 al 8 de octubre de 2011

### II Congreso Internacional de Patología Dual: Conductas Adictivas y otros Trastornos Mentales

Organiza: Sociedad Española de Patología Dual (SEPD)

Colaboran: Asociación Mundial de Psiquiatría, Ministerio de Sanidad y Política Social, Generalitat de Catalunya, National Institute on Drug Abuse (NIDA)

Objetivo: ofrecer una plataforma en la que los profesionales de las adicciones y de la salud mental, junto con los principales líderes de opinión en este campo, actualicen y compartan conocimientos y desarrollos.

Lugar: Barcelona (Hotel Barceló Sants, pl. dels Països Catalans, s/n)

Teléfono de información: 91 361 26 00

E-mail: [secretariat@cipd2011.com](mailto:secretariat@cipd2011.com)

Más información en: [www.patologiadual.es/cipd2011](http://www.patologiadual.es/cipd2011)

## Humor que habla por sí solo



Tel. 973 72 72 22  
Suscripción gratuita en: [tabac@gss.scs.es](mailto:tabac@gss.scs.es)

Gestió de Serveis Sanitaris / Hospital de Santa Maria  
Av. Alcalde Rovira Roure, 44 - 25198 LLEIDA

Info Tabac

## Índice

- 01 *La experiencia*  
Prevención del tabaquismo entre los jóvenes
- 01 *El editorial*  
Turismo y tabaquismo
- 02 *Crítica literaria*  
"Mindfulness y psicoterapia"
- 02 *Tabaco y humor*
- 02 *Carta de un paciente*  
No te hecho de menos
- 03 *Firma invitada*  
Los trastornos mentales y el tabaco.  
Una relación compleja
- 04 *Nuestro experto opina*  
Mitos y verdades acerca de la prohibición del consumo de tabaco en el mundo de la restauración
- 04 *Estudio de actualidad*  
Impulsividad y tabaco
- 06 *La actualidad de la formación*  
Calendario de congresos, cursos y jornadas  
El consejo  
Humor que habla por sí solo

## El consejo

El hombre sabio cambia de opinión; solamente el necio persiste en su testarudez.

Petrarca

## Edita



HOSPITAL  
DE SANTA MARIA



Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut



## Colaboran



Universitat de Lleida