

TESIS DOCTORAL
FACULTAT DE MEDICINA I ODONTOLOGIA
DEPARTAMENT DE MEDICINA
UNIVERSITAT DE VALÈNCIA



**INFLUENCIA DE LA PROSOCIALIDAD APLICADA EN EL
TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN UNA CLÍNICA PRIVADA
DE VALENCIA**

Autora: Susana Calvo Pascual

DIRECTORES:

Dr. José R. Belda Ramírez

Dr. Manuel Martí-Vilar

Dr. J. Luis Prieto Andrés

Valencia, 2021



El **Dr. Manuel Martí-Vilar**, Psicólogo del departamento de Psicología Básica de la Universitat de València, el **Dr. José R. Belda Ramírez**, Médico Neumólogo del departamento de Medicina de la Universidad San Vicente Mártir de Valencia y el **Dr. J. Luis Prieto Andrés**, Médico Alergólogo del departamento de Medicina de la Universitat de València,

CERTIFICAN:

Que, la presente tesis doctoral que lleva por título “**Influencia de la Prosocialidad Aplicada en el tratamiento del tabaquismo en una clínica privada de Valencia**”, presentada por Dña. **Susana Calvo Pascual** para optar al grado de Doctor en Medicina, ha sido elaborada bajo su dirección y cumple los requisitos necesarios para su tramitación y posterior defensa pública delante del tribunal correspondiente, en la Universitat de València.

Por tanto, para que así conste y para los efectos oportunos, los directores y tutor firman este certificado en Valencia, julio 2021.

Fdo. Manuel Martí-Vilar

Director tesis doctoral

Fdo. José R. Belda Ramírez

Director tesis doctoral

Fdo. J. Luis Prieto Andrés

Tutor tesis doctoral

Dedicada a CARMEN MONZÓ SALAS y en ella a tantos pacientes afectos de Tabaquismo.



Carmen, de 70 años de edad, ha sido una paciente afecta de tabaquismo grave de 30 años de evolución, con 2 intentos de abandono y un periodo máximo de 6 meses de abstinencia. En su proceso de dejar de fumar solicitó ayuda profesionalmente durante dos años. Se inició el camino con el tratamiento conocido en nuestros días para el asesoramiento psicológico, con el afrontamiento Cognitivo Conductual y el tratamiento farmacológico, con una de las opciones de primera línea, los sustitutos de nicotina en forma de parches.

Se consiguió, por el equipo que lleva adelante el complejo tratamiento del tabaquismo, formado por los profesionales y el paciente, que Carmen dejase de fumar en dos periodos de 3 meses, separados por apenas dos semanas. Tras el segundo periodo de abstinencia tabáquica, un acontecimiento festivo y el ofrecimiento de volver a fumar por parte de terceros, fue lo que facilitó su recaída. Cumplió el prototipo de muchos fumadores: “por uno no pasa nada”, de tal manera que su cerebro volvió a recordar el placer de fumar, se multiplicaron los receptores nicotínicos en las áreas cerebrales correspondientes (Núcleo accumbens y área tegmental ventral del mesencéfalo). El paquete de tabaco formó parte de nuevo de su bolso.

Lo que sufrió esta paciente se llama recaída y forma parte del proceso de dejar de fumar. El tabaquismo se define como enfermedad **CRÓNICA**: que permanece en el tiempo y **RECIDIVANTE**, más tarde o más temprano se presenta de nuevo; por ello se debe disponer de herramientas psicológicas que ayuden a la descentralización del yo, a la dispersión del pensamiento para no caer en la primera dependencia que es la psicológica y poco después la física, ello hace de esta, una enfermedad **ADICTIVA**.

Carmen, finalmente no logró su principal objetivo de dejar de fumar porque la muerte se presentó inesperadamente durante la recaída.

AGRADECIMIENTOS

A Charito Vindel, que en paz descansa, amiga íntima que me ayudó al inicio del estudio para divulgar la información sobre la consulta antitabaco y al final para ir concluyendo el reclutamiento.

A Antonio Alcázar, que facilitó toda la logística inicial para poder llevar adelante la Consulta Interactiva Prosocial Aplicada (CIPA) y en todo momento su apoyo para continuar, incluso en momentos más difíciles.

A Robert Roche, como iniciador de la Prosocialidad Aplicada y fundador de LIPA (Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada) en la Universitat Autònoma de Barcelona.

A Pilar Escotorin, de la que he aprendido que era posible prosocializar la sanidad. Estando con ella se entiende con facilidad cómo prosocializar en todo momento y con cualquier persona.

A los directores: Dr. Belda, por enseñarme más sobre la estadística. Ha sido como acudir a clases particulares; con él he aprendido a pensar desde este campo de los números, aplicados a la enfermedad.

Al Dr. Martí-Vilar, por facilitar muy activamente el desarrollo de la tesis, comunicación y divulgación de los progresos, tanto en congresos como por escrito en capítulos de libro.

Al Dr. Prieto por ayudar a mantenerme en lo esencial, desde el punto de vista de la investigación.

A María Jesús Baeza, bibliotecaria del Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, por el servicio rápido y eficiente en la disposición de artículos.

A Antonio Castillo, por su apoyo concreto en facilitar el buen desarrollo del estudio.

A la asociación a la cual pertenezco: Movimiento de los Focolares, quien ha estado constantemente apoyando y manteniendo cualquier actividad relacionada con la tesis.

A los compañeros de la Clínica Chiva de Valencia, Dr. Borja, Dr. Ferrando, Dr. Tortajada y Dr. Doménech, que han puesto a disposición el espacio físico, los pacientes, la difusión y la paciencia en el último periodo, sobre todo para poder concluir con el reclutamiento.

Y también a mis maestros, profesores y grandes clínicos: el Dr. Ruiz Manzano, el Dr. Morera, el Dr. Rosell, la Dra. Prats, la Dra. Rivera, el Dr. Izquierdo, el Dr. Abad y el Dr. Monzó, con quienes me formé como especialista en Neumología en el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol de Badalona, Barcelona.

Mención especial a mi familia, que siempre ha facilitado y animado todo lo relacionado con mis estudios y gracias a ella he podido llegar a donde estoy.

Para concluir con nombres y apellidos, a mis colaboradores más estrechos y protagonistas de la primera parte de la tesis: José Martínez Alapont, Mercedes Gómez Arévalo, Miguel Casillas Galindo y Roberto Martín Muñoz.

Y seguiría un gran sinfin de tantos compañeros médicos y amigos que han aportado en mi carrera profesional y que he tenido el placer de conocer y compartir muchos momentos en hospitales de Madrid, Barcelona, Valencia y Girona.

Para finalizar y como colofón final, agradecer a los pacientes afectos de tabaquismo, actualmente tantos ex -fumadores: por su confianza, su trabajo personal y en equipo, por haber conseguido entre todos, vencer esta enfermedad en muchos y disfrutar ya del éxito.

ABREVIATURAS

ACHT:	Aire Contaminado por Humo de Tabaco
AEMPS:	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
ALAT:	Asociación Latinoamericana de Tórax
AngioTC:	Angiografía por Tomografía Computarizada
AR:	Artritis Reumatoide
ATS:	“American Thoracic Society”
BQ:	Bronquiectasias
C:	Grupo Cognitivo Conductual
CC:	Cigarrillo Convencional
CCA:	Corteza Cingulada Anterior
cCCP:	Cuestionario de Comunicación de Calidad Prosocial
CCP:	Comunicación de Calidad Prosocial
CIE:	Clasificación Internacional de Enfermedades
Cig/d:	Cigarrillos al día
Cig-e:	Cigarrillo electrónico
cIP:	Cuestionario del Inventario Prosocial
CIPA:	Consulta Interactiva Prosocial Aplicada
CMCT:	Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
CO:	Monóxido de Carbono
CoC:	Colillas de los Cigarrillos
COe:	Monóxido de Carbono en aire espirado
COHb:	Carboxi hemoglobina
COP:	Conferencia de las Partes
CPF:	Corteza Prefrontal
CPFE:	“Combined Pulmonary Fibrosis Emphysema”
Día D:	Día de abandono del tabaco
DLP:	Dislipemia
DM:	Diabetes Mellitus
DT:	Desviación Típica
ECC:	Estrategias Cognitivo Conductuales
EDADES:	Encuesta sobre alcohol, drogas y otras adicciones en España

ELA:	Esclerosis Lateral Amiotrófica
ENDS:	“Electronic Nicotine Delivery Systems”
EPI:	Enfermedad Pulmonar Intersticial
EPID:	Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa
EPOC:	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ERS:	“European Respiratory Society”
ETV:	Enfermedad Tromboembólica Venosa
FC:	Frecuencia Cardíaca
FDA:	“Food and Drug Administration”
FeNO:	Fracción Exhalada de Óxido Nítrico
FEV1:	Flujo espiratorio máximo en el primer segundo
FG:	“Focus Group”
FPI:	Fibrosis Pulmonar Idiopática
FTND:	“Fagerström Test Nicotine Dependence”
FVC:	Capacidad Vital Forzada
GC:	Glucocorticoides
GN-SBQ:	“Glover Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire”
HDAC:	Histona Deacetilasa
HF:	“High Frequency”
HNB:	“Heat not Burn”
HTA:	Hipertensión arterial
IA:	Índice Acumulado
IAM:	Infarto Agudo de Miocardio
IAP:	Investigación Acción Participativa
IMC:	Índice de Masa Corporal
InD:	Índice de Dureza
IP:	Inventario Prosocial
IPAF:	“Interstitial Pneumonia with Autoimmune Features”
IQOS:	“I Quit Ordinary Smoking”
LF:	“Low Frequency”
LIPA:	Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada
MPOWER:	“Monitor Protect Offer Warm Enforce Raise”
NAC:	Neumonía Adquirida en la Comunidad

NII:	Neumonía Intersticial Idiopática
NINE:	Neumonía Intersticial No Específica
NIU:	Neumonía Intersticial Usual
NO:	Monóxido de Nitrógeno
NPS:	Nódulo Pulmonar Solitario
ODS:	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONG:	Organización No Gubernamental
ONU:	Organización de las Naciones Unidas
OR:	“Odds Ratio”
P:	Grupo Prosocial
PBD:	Prueba Broncodilatadora
PILT:	“Prosocial Interactive Learning Teaching”
RHD:	Reducción Hasta Dejarlo
RMSSD:	“Root mean square of differences between adjacent RR intervals”
RNA:	Ácido Ribonucleico
SAHS:	Síndrome de Apneas Hipoapneas del Sueño
SDNN:	“Standard deviation of all RR intervals”
SEPAR:	Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica
SNA:	Sistema Nervioso Autónomo
SNC:	Sistema Nervioso Central
SNS:	Sistema Nacional de Salud
SPSS:	“Statistical Package for the Social Sciences”
TA:	Tensión Arterial
TAD:	Tensión Arterial Diastólica
TAS:	Tensión Arterial Sistólica
TBC:	Tuberculosis
TCAR:	Tomografía Computarizada de Alta Resolución
TCC:	Técnicas Cognitivo Conductuales
TCM:	Tabaquismo de Cuarta Mano
TMT:	Tratamiento Multicomponente del Tabaquismo
TSM:	Tabaquismo de Segunda Mano
TSN:	Terapia Sustitutiva con Nicotina

TTM:	Tabaquismo de Tercera Mano
UTP:	Unión Témporo Parietal
VAS:	Vía Aérea Superior
VFC:	Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca
VLf:	“Very Low Frequency”
VPP:	Visualización Participativa Prosocial

RESUMEN

Introducción. El tabaquismo es una enfermedad crónica, primera causa de muerte evitable en el mundo. El asesoramiento psicológico habitual son las Estrategias Cognitivo Conductuales. Se propone la Prosocialidad Aplicada como nuevo asesoramiento psicológico para dejar de fumar. La nicotina desequilibra el Sistema Nervioso Autónomo que detecta la Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca (VFC). El objetivo principal ha sido detectar adherencia a la Prosocialidad Aplicada y los objetivos secundarios, detectar la relación entre los dos asesoramientos psicológicos y los componentes de la VFC y el proceso de dejar de fumar.

Metodología. Estudio prospectivo, experimental y aleatorizado. Se ha dirigido a 111 fumadores, 54 excluidos (48.6%); 29 han recibido el asesoramiento Cognitivo Conductual y 28 el asesoramiento Prosocial. La intervención se ha realizado mediante dos cuestionarios: de la Comunicación de Calidad Prosocial (CCP) y del Inventario Prosocial (IP). El tratamiento farmacológico ha sido la vareniclina o la Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN). Se ha solicitado en cada visita el número de cigarrillos fumados diarios y los niveles del monóxido de carbono en aire espirado (COe). El análisis de la VFC se ha realizado mediante un instrumento que lleva incorporado un equipo sensor de los componentes de la VFC. El análisis estadístico se ha realizado mediante el programa SPSS versión 15.0. Se ha utilizado la prueba Chi cuadrado de Pearson, el coeficiente V de Cramer y para la comparación de las variables cuantitativas, la prueba t de Student. La significación estadística ha sido de $p < 0,05$.

Resultados. La edad media de la muestra ($n=57$) ha sido de 55,37 ($\pm 10,96$) años, el 63.2% han sido mujeres. El peso ha aumentado y la frecuencia cardíaca ha disminuido tras el abandono del tabaco. Las características tabáquicas han sido 17.91 ($\pm 7,04$) cig/d, Índice Acumulado 29.58 ($\pm 13,07$) años/paquete, el COe 26.74 ($\pm 17,24$) ppm, el Test de Fagerström: 6.14 ($\pm 2,07$), el Test de Glover-Nilsson: 20.06 ($\pm 6,74$) y la motivación: 7.21 ($\pm 2,16$). La vareniclina la ha recibido un 66.7% y la TSN un 12.3%. Se ha obtenido una $p = 0.001$ para el IP y no significativa para el cuestionario de CCP. Se confirma una adherencia a la Prosocialidad Aplicada del grupo Prosocial (82.1%) y del grupo Cognitivo Conductual (44.8%). La adherencia total ha sido de 63.2%. No se han objetivado diferencias significativas entre los asesoramientos psicológicos y la abstinencia tabáquica. La relación de los componentes de la VFC y la abstinencia tabáquica ha sido significativa con una OR de LF: 0.995, HF: 1.006 y de LF/HF: 1.354.

Conclusiones. La Prosocialidad Aplicada se puede usar en las consultas de tabaquismo. El cuestionario del IP es útil para el abandono del tabaco, no así el cuestionario de CCP. Ambos asesoramientos psicológicos se pueden utilizar indistintamente para el abandono del tabaco. Aquellas personas fumadoras con afectación de la VFC presentan más dificultad para dejar de fumar.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	6
ABREVIATURAS	8
RESUMEN	12
1. INTRODUCCIÓN	18
1.1 EL TABAQUISMO	19
1.1.1. La planta y sus orígenes. Modalidades de uso del tabaco	19
1.1.2. Enfermedad y no hábito	23
1.1.3. Epidemiología – Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco	25
1.1.4. Algunas enfermedades y sus particularidades	33
1.1.4.1. Enfermedad de Buerger	33
1.1.4.2. Enfermedades respiratorias	35
1.1.4.2.1. Asma y tabaco	36
1.1.4.2.2. Síndrome de Apneas Hipoapneas del Sueño (SAHS) y tabaco	38
1.1.4.2.3. Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa (EPID) y tabaco	39
1.1.5. Tabaquismo pasivo	41
1.1.5.1. Tabaquismo de 2ª mano – En presencia de fumadores	42
1.1.5.2. Tabaquismo de 3ª mano – Los niños que gatean	43
1.1.5.3. Tabaquismo de 4ª mano – Los océanos se resienten	43
1.1.6. Nuevas formas de fumar del s. XXI	44
1.1.6.1. Sistemas electrónicos de liberación de nicotina: Cig-e	45
1.1.6.2. Dispositivos de combustión parcial de tabaco: IQOS®	46
1.1.7. Tratamiento Integral del Tabaquismo	47
1.1.7.1. Consejo breve e Intervención mínima	47
1.1.7.2. Apoyo conductual	49
1.1.7.3. Tratamiento farmacológico	51
1.1.7.3.1. Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN)	52
1.1.7.3.2. Vareniclina	53
1.1.7.3.3. Bupropion	55
1.1.8. Otras alternativas no farmacológicas del tabaquismo	56
1.2. PROSOCIALIDAD APLICADA	58
1.2.1. Origen y definición	58
1.2.1.1. Regiones cerebrales, Prosocialidad y Empatía	60

1.2.1.2.	Prosocialidad y conductas adictivas	64
1.2.1.3.	Categorías de las acciones Prosociales.....	64
1.2.1.4.	Inventarios de acciones Prosociales	65
1.2.2.	Comunicación con Calidad Prosocial (CCP).....	67
1.2.3.	“Focus Group” Participativo desde un enfoque prosocial.....	71
1.2.3.1.	El método de Visualización Participativa Prosocial (VPP).....	72
1.2.3.2.	Metodología PILT (Prosocial Interactive Learning Teaching).....	73
1.2.4.	Aplicaciones en distintas áreas y proyectos en marcha	75
1.2.5.	Medidas de Prosocialidad.....	76
1.3.	VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDÍACA	78
1.3.1.	Herramienta útil en medicina	78
1.3.2.	Relación entre la Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca y el tabaquismo.....	79
2.	HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	81
2.1.	Planteamiento del problema y justificación del estudio.....	82
2.2.	Hipótesis	83
2.3.	Objetivos.....	84
3.	METODOLOGÍA.....	85
3.1.	Diseño del estudio y población a estudio	86
3.1.1.	Criterios de inclusión-exclusión	87
3.1.2.	Seguimiento metodológico de actuación.....	88
3.1.3.	Variables del estudio.....	90
3.2.	Consulta Interactiva Prosocial Aplicada.....	93
3.2.1.	Método PILT (Prosocial Interactive Learning Teaching)	94
3.2.2.	Organización de la CIPA.....	95
3.2.3.	Inventario de acciones prosociales para personas que quieren dejar de fumar	99
3.3.	Organización de la consulta monográfica de tabaquismo.....	108
3.4.	Análisis estadístico	111
4.	RESULTADOS	112
4.1.	Descripción de la población	113
4.2.	Análisis de las intervenciones realizadas	116
4.3.	Análisis de la adherencia a la Prosocialidad aplicada.....	121
4.4.	Relación entre la abstinencia tabáquica y los asesoramientos psicológicos.....	123
4.5.	Relación entre dependencia e intensidad de la adicción y la abstinencia tabáquica	124
5.	DISCUSIÓN	127

5.1. Características de la población	128
5.2. Valoración de las herramientas utilizadas en el estudio.....	129
5.3. Limitaciones del estudio	132
5.4. Necesidad de multiplicar las consultas de tabaquismo	134
5.5. Propuestas para estudios futuros	136
5.6. Otras consideraciones	137
5.6.1. El equipo transdisciplinar	137
5.6.2. La docencia.....	140
6. CONCLUSIONES.....	142
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	144
8. ANEXOS	159
Anexo 1. Algunos aditivos del tabaco	160
Anexo 2. Test de Fagerström	161
Anexo 3. Índice de dureza	162
Anexo 4. Test de motivación y Test de recompensa	163
Anexo 5. Cuestionario de Glover- Nilsson	164
Anexo 6. Aire Contaminado por Humo de Tabaco (ACHT)	165
Anexo 7. Categorías de las acciones Prosociales	166
Anexo 8. Hoja de información al paciente.....	167
Anexo 9. Consentimiento informado para el paciente.....	168
Anexo 10. Modelo de Comunicación de Calidad Prosocial adaptado.....	169
Anexo 12. Consentimiento informado de la Consulta Interactiva Prosocial Aplicada	171
Anexo 13. La prosocialidad aplicada. Información para el experto	172
Anexo 14. Tabla de categorías de las acciones prosociales	173
Anexo 15. Ejemplo de tabla de categorías de acciones prosociales.	174
Anexo 16. Ficha de registro y ficha de observación.....	175
Anexo 17. Desarrollo de las sesiones de la Consulta Interactiva Prosocial Aplicada	176
Anexo 18. Primera Visita. Consulta de tabaquismo	178
Anexo 19. Primeros días sin fumar	182
Anexo 20. Control del nerviosismo.....	183
Anexo 21. Información sobre Prosocialidad Aplicada para el paciente	184
Anexo 22. Información sobre Estrategias Cognitivo Conductuales para el paciente	185
Anexo 23. Segunda Visita. Consulta de Tabaquismo.....	186
Anexo 24. Síndrome de abstinencia	188

Anexo 25. Tercera Visita. Consulta de Tabaquismo	189
Anexo 26. Cuarta Visita. Consulta de Tabaquismo.....	191

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1 EL TABAQUISMO

1.1.1. La planta y sus orígenes. Modalidades de uso del tabaco

A. La planta y sus orígenes

La planta del tabaco inicia su recorrido con la prehistoria de América. Hace unos 6.000 años que los indios dejaron de ser nómadas y cazadores para cultivar la tierra y entre los productos se encontraban algunas especies de *Nicotiana* como la *Nicotiana Tabacum*, familia de las solanáceas que contiene 100 especies diferentes, con una altura que va de 0.5 a 3 metros. Es la especie que alcanzó la gran relevancia económica (1).

El inicio del uso del tabaco lo muestran unas vasijas mayas, encontradas en Guatemala y fechadas alrededor del año 1.000 (d.C.), en ellas se aprecian grabados de un indio fumando un rollo de hojas *Nicotiana* anudadas por una cuerda (2).

En los inicios del uso del tabaco se diversificaron distintas formas de consumo: masticado, bebido como zumo o jarabe, usado como cataplasma, en enemas, inhalado por la nariz (rapé), fumado, en forma de colirios y administrado de forma tópica sobre la piel.

La parte occidental del mundo conoció el tabaco a partir de 1492, cuando Cristóbal Colón llegó a América y recibió de los indígenas, entre otros muchos presentes, unas hojas secas que desprendían un olor especial.

Antes de que lo consiguiera el tomate, el maíz o la patata, el vegetal de la *Nicotiana tabacum* se exportó para cultivos locales a todos los continentes excepto a Oceanía, a finales del siglo XVI.

Esta nueva planta llamó la atención a muchas personas distintas entre sí, facilitó que reinas, monjes, Papas, historiadores, magistrados, escritores e incluso embajadores como Jean Nicot de Villemain, a cuyo honor hace la nomenclatura botánica del tabaco (embajador francés en Portugal), recibiesen con agrado tal planta, incluso cuando aún se pensaba en sus características como planta medicinal para la migraña, el estreñimiento, el asma, entre otras enfermedades (2).

Alguna sección de la sociedad, incluso reyes como Jaime I de Inglaterra, consideraba la nueva moda como: espectáculo abominable para la vista, ofensa odiosa para el olfato, costumbre dañina para el cerebro y peligrosa para los pulmones. Empieza, lo que se llamaría hoy: la primera campaña antitabaco en 1604. No obstante, es tanta la atracción y la aceptación de la población por el tabaco que se convierte en un negocio floreciente

dando lugar incluso en las colonias de aquella época, a utilizar el tabaco como moneda de cambio. El sucesor, el rey Carlos I con la misma idea que el padre, fue el primer promotor de leyes contra el tabaco, pero debido a la difícil situación económica, lo llevó a dar licencias para la apertura de tiendas de tabaco.

La peste bubónica o peste negra acaecida en Londres, 1665-1666, facilitó la extensión de fumar en pipa, ya que se decía que ayudaba a no enfermarse de la peste y se aconsejaba a todos los alumnos de prestigiosos colegios a llevarlo a cabo (3).

En 1761 se empiezan a describir casos de cáncer de nariz por uso de rapé (tabaco esnifado), y algún caso raro de cáncer de pulmón, pero coexisten con libros de medicina de la época que describen usos terapéuticos del tabaco.

Y el gran salto a la industria tabacalera lo da James Albert Bonsack que patentó a sus 21 años en 1880, un aparato capaz de reproducir 70.000 cigarrillos por cada carga. Dos años después, el alemán Robert Koch, descubre el bacilo de la tuberculosis y enseguida se da a conocer a la población general. Se informa que la vía de transmisión es a través del esputo, esta información facilitó que el tabaco de mascar fuese reduciéndose y desaparecieran las escupideras de los lugares públicos. Se explicaba que el mascar tabaco producía hiper salivación extraordinaria y por lo tanto el escupir era muy frecuente. Simplemente se cambió en muchos lugares la manera de consumir tabaco, los cigarrillos sobrepasaron al tabaco mascado. Las compañías tabacaleras lanzaron importantes y frenéticas campañas donde actores, deportistas y también mujeres, en el primer tercio del siglo XX (4) entraban en el escenario comercial y la población encontraba modelos a quienes seguir con un cigarrillo en la boca.

Se podrían definir algunos periodos en cuanto a la evolución de las características que va adquiriendo el tabaco, en función de la evolución de los distintos descubrimientos:

- Primer Período: desde mediados de s. XVI hasta el s. XVIII
 - Planta medicinal
 - Planta deleznable
- Segundo Período: ocupa el s. XVIII y la primera mitad del s. XIX
 - Fines placenteros y sociales
- Tercer Período: 1880. Invención de la máquina de hacer cigarrillos
 - Extensión por países con más alto nivel económico
- Cuarto Período: desde mediados del s. XX hasta la actualidad
 - Drogodependencia (nicotina) (5)
 - Primera causa de morbimortalidad (6)

B. Modalidades de uso del tabaco

En la actualidad el uso del tabaco aún se mantiene bastante diversificado, aunque prevalece el cigarrillo ante las demás formas. La preparación y su consumo son distintos según las culturas y las técnicas de realización regional. No se pueden hacer comparaciones de los riesgos asociados a las distintas modalidades de uso del tabaco, pues los estudios

epidemiológicos mayoritariamente se han realizado con cigarrillos. No obstante, sí se conocen efectos negativos con cada una de las formas de tabaco que se consumen (7).

Los aditivos que se añaden a los productos del tabaco hacen que estos sean más adictivos y más atractivos (8). Por ejemplo: el *amoníaco* favorece que la nicotina se absorba de forma más rápida y fácil por los pulmones, los *azúcares* hacen que sean más sabrosos y que el humo sea más fácil de inhalar sobre todo pensando en los que fuman por primera vez, el *mentol* refresca y adormece la garganta para reducir la irritación que causa el humo al fumar, el *ácido levulínico* insensibiliza las vías respiratorias superiores y ayuda a que la inhalación sea más profunda. Los aditivos saborizantes, como *regaliz* y *chocolate*, tras la combustión producen toxinas cancerígenas que son formaldehído, benzopireno y benceno (9). La *teobromina*, es un broncodilatador que ayuda a que las vías respiratorias se dilaten y favorezcan que fluya más el humo del tabaco, la *goma guar* (un extracto de plantas) con otros agregados ayudan a adherir y envolver el tabaco; este aditivo también produce formaldehído, benzopireno y benceno. Las compañías tabacaleras además añaden humectantes para alargar la vida útil de almacenamiento a los distintos productos del tabaco, como el *glicerol* y el *propilenglicol*; estas sustancias al quemarse generan otras que irritan las vías respiratorias y pueden producir cáncer (10). El *óxido de magnesio* hace que el humo sea más blanco y la *canela* reduce el olor del humo del tabaco (anexo 1). Estos son unos cuantos aditivos y algunas sustancias producto de la combustión, presentes en el humo del tabaco de las más de 4.000 sustancias que se conocen.

Una clasificación que se puede hacer del distinto uso del tabaco es la siguiente:

Sin combustión:

Estos productos de tabaco sin humo son altamente adictivos, su consumo es muy alto en EE.UU. y generan la cantidad de nicotina de tres o cuatro cigarrillos.

- Rapé: tabaco muy triturado mezclado con esencia de clavo o polvo de almendras para esnifar por fosas nasales o colocarlo entre encía y mejilla.
- Tabaco de mascar: se presenta en hojas secas, rollos o trenzados. Se produce una gran cantidad de saliva que se puede tragar y en muchas ocasiones se escupe.
- Snus: tabaco oral típico de Suecia, se coloca debajo del labio superior (a).



(a)



(b)

- Betel Quid o Gutkha: forma dominante de consumo de tabaco en India y Sudeste Asiático. Es una mezcla de tabaco, nuez de areca y otras especias envueltas en una hoja de betel (b). Se mastica y deja los dientes teñidos de rojo.

Con combustión:

- Cigarrillo: conocido mundialmente; además del tradicional, hay otras presentaciones:
 - Cigarrillos “light”. Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) se prohíbe la palabra “light” o “más suave”. Pese a ello, se continúa usando estas palabras y los consumidores siguen creyendo que es menos dañino que el tradicional; a ello ayudan las imágenes del cigarrillo y las características del empaquetado (11). El alquitrán como carcinógeno y la nicotina están presentes en la misma cantidad, en los cigarrillos tradicionales que en los llamados “light” y “ultralight” (12). Estos cigarrillos tienen un filtro con tantas porosidades (>65%) que favorecen una inhalación mayor de humo y por lo tanto de carcinógenos.
 - Cigarrillos de liar. Las absorciones medias de alquitrán son más altas que en los cigarrillos industriales (13).
 - Bidis. Cigarrillos pequeños, liados a mano en una hoja de tendú, típica de la India. Se le añaden aromas del país y normalmente sin filtro. Uso generalizado en el Sudeste Asiático.
 - Kreteks o cigarrillos de clavo. El clavo proporciona un aroma que puede encubrir las cualidades irritantes del humo del tabaco, permitiendo así la inhalación de grandes cantidades de humo (7). Su uso está extendido en Indonesia.
- Puro o cigarro: hojas secas y envueltas unas sobre otras. Tiene la particularidad que incluso sin encenderse se absorbe la nicotina y otras sustancias por el hecho de tenerlo en la boca, esto se debe a la naturaleza alcalina que tiene el cigarro.
- Pipa: se colocan grandes cantidades de tabaco en la pipa por lo que prácticamente es como si se fumaran varios cigarrillos juntos.
 - Pipas de agua: también se conocen como shisha, cachimba o narguile, entre otros nombres. Se utilizan desde hace muchos siglos, en parte porque el físico AbulFath, sugirió que el agua reducía los daños y por lo tanto era una forma segura de fumar (12). Esta falsa creencia sin pruebas, ha persistido hasta nuestros días. La pipa tiene un tazón donde se coloca el carbón o las brasas que arden sin llama, esta fuente de calor facilita la presencia de grandes cantidades de monóxido de carbono, también el alquitrán está presente durante la combustión del tabaco. Su uso mayoritario es en el Sudeste Asiático y Medio Oriente.

1.1.2. Enfermedad y no hábito

Fumador es aquella persona que fuma al menos un cigarrillo al día. Pese a parecer poca cantidad, el hecho de que se acumule con el tiempo, hace posible que se pueda llegar a desarrollar la enfermedad.

El tabaquismo es una enfermedad crónica, recidivante y adictiva.

- Crónica: porque permanece en el tiempo, es decir, existen periodos de abstinencia y de recaída y estos pueden sucederse repetidamente antes de alcanzar la abstinencia mantenida. Esta la consiguen principalmente aquellos pacientes que reciben tratamiento dirigido. Al considerar que se trata de una enfermedad crónica pone al profesional y al paciente en una actitud de alerta, es decir, de atención continua porque en caso que recidive, inmediatamente se puedan tomar las medidas necesarias: acudir al especialista y empezar de nuevo el tratamiento lo antes posible para no seguir empeorando.
- Adictiva, cumple la definición de adicción: enfermedad primaria que afecta al sistema nervioso central, presenta una necesidad imperiosa de volver a consumir una droga, para experimentar la recompensa que le produce, debido al grado elevado de dependencia. La adicción la genera la nicotina y es más intensa que la de cocaína, heroína o alcohol.

El tabaquismo es la primera causa de mortalidad prevenible en los países desarrollados (14). En el Código Internacional de Enfermedades (CIE-10) se le asigna el código: F17 que se traduce en: dependencia a la nicotina o trastorno conductual y mental por el uso de tabaco (15). Si no se especifica qué tipo de tabaco, se le otorga F17.200: trastorno por consumo de tabaco, grave, moderado o leve. Si se encuentra en el periodo de abstinencia de cigarrillos: F17.213, y si es el periodo de remisión por cigarrillos sería F17.211. Si se trata de un fumador pasivo: Z77.22 e incluso si se fuma en periodo prenatal: P96.81 (16). De tal manera que el CIE-10 contempla distintas situaciones de esta enfermedad, aún y así muchos profesionales no la consideran como tal y en consecuencia no la añaden a los diagnósticos de la historia clínica, como podrían ser otras enfermedades crónicas: la hipertensión arterial, la diabetes o la obesidad.

Esta enfermedad frecuentemente tiene inicio en la adolescencia y se establece en la juventud. El primer tipo de dependencia que se presenta es habitualmente la psicológica, y si se continúa el consumo, aparece la dependencia física.

Todavía gran parte de la población general y algunos profesionales hablan del tabaco como si se tratase de un hábito, deshabitación tabáquica, en cambio el hábito se da en los inicios del consumo, antes de alcanzar la dependencia física.

La habituación al tabaco es el consumo repetido de nicotina con deseo, pero no compulsivo, de fumar. Presenta una pequeña tendencia a aumentar la dosis de consumo,

con efectos que perjudican al individuo y al querer dejar la nicotina no presenta Sdm de abstinencia, puede dejar de fumar con facilidad.

Una vez instaurado el hábito, el fumador comienza a asociar una serie de estímulos ambientales, factores emocionales o eventos sociales que le conducen a la enfermedad del tabaquismo. Los síntomas que caracterizan la dependencia física corresponden al Sdm de abstinencia (ganas intensas de fumar o "craving", irritabilidad, ansiedad, falta de concentración, cansancio, cefalea, insomnio/somnolencia, estreñimiento, más apetito, tristeza/euforia); estos síntomas se presentan cuando ya está presente la dependencia física y se hace difícil evitar el consumo. En este momento ya se ha de solicitar ayuda profesional, si la persona no lo ha conseguido por sí misma.

Las consecuencias de esta enfermedad son múltiples, aquellas con gran relevancia son las alteraciones cardiovasculares, las respiratorias y las neoplásicas.

En la historia clínica del tabaquismo se ha de realizar una anamnesis dirigida para conocer los antecedentes de consumo de tabaco, la situación tabáquica actual, la fase de abandono en la que se encuentra el fumador: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento (17) y en función de esta poner a disposición el tratamiento con asesoramiento psicológico y tratamiento farmacológico.

Para estudiar la dependencia física se utiliza el Test de Fagerström para la dependencia a la nicotina, (18) (19), (FTND: de las siglas en inglés: Fagerström Test Nicotine Dependence), (anexo 2) y el índice de dureza (anexo 3) (se pregunta al paciente cuánto tiempo pasa desde que se despierta hasta que se fuma el primer cigarrillo y el número de cigarrillos fumados al día); se mide también cuánta es la motivación para dejar de fumar por medio de una escala visual analógica (anexo 4). Para estudiar la dependencia psíquica se realiza mediante el cuestionario que incluye la dependencia psicológica, gestual y social, Test de Glover Nilsson (20) (GN-SBQ: de las siglas en inglés: Glover Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire) (anexo 5). Seguidamente se recogen los motivos de fumar, si fuma porque le causa placer, como recompensa positiva o como recompensa negativa, es decir, para evitar la ansiedad, irritabilidad u otra sintomatología del Sdm de abstinencia. La pregunta sería: ¿qué le resulta más difícil: no experimentar el placer de fumar o experimentar el Sdm de abstinencia cuando no fuma? Para ello se les pasa el test de recompensa (anexo 4).

Se realiza la exploración física completa y se mide el monóxido de carbono en aire espirado (COe) que se mide en partes por millón (ppm).

Para conocer el grado de tabaquismo se utiliza el resultado del índice acumulado (IA) que se obtiene de la siguiente fórmula:

$$IA = \frac{\text{cigarrillos al día} \times \text{los años fumados}}{20} \text{ años/paq}$$

El IA y/o el resultado del COe, definen si el fumador padece un grado ligero, moderado, grave o muy grave (21): (tabla 1). El grado de tabaquismo ayuda a orientar el tratamiento.

Tabla1. Grados de tabaquismo. (Extraída de: Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso. Arch Bronconeumol. 2003;39(1):35–41).

Grados de tabaquismo	Años / paquete	COe
LEVE	< 5	<15
MODERADO	5-15	15-20
GRAVE	16-25	21-30
MUY GRAVE	>25	>30

COe: monóxido de carbono espirado.

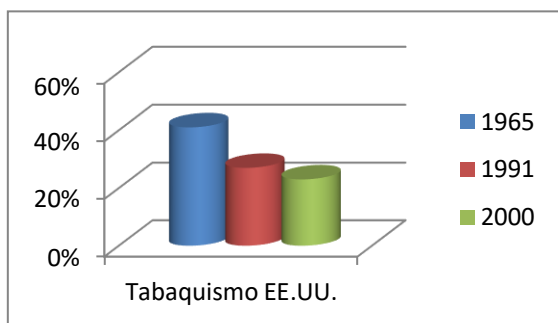
1.1.3. Epidemiología – Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco

A. Epidemiología

La epidemiología del tabaquismo es distinta según las culturas y los países, por eso las prevalencias cambian y también las tendencias. En el mundo globalizado del siglo XXI se acentúa, más en los últimos años, la rapidez y la difusión de la información y por lo tanto el conocimiento de la vida en otros lugares. La interconexión con tantos países da pie a cambios más rápidos con tendencias más generalizadas, también de mentalidad. Por ejemplo, la conciencia que fumar tiene graves consecuencias es conocida en todo el mundo, no obstante, es diferente la aplicación de medidas que puedan frenar las consecuencias del tabaquismo en los distintos países. En gran parte tiene una relación directa con el desarrollo del país, la mentalidad, la cultura y finalmente las herramientas que se habiliten para llevar a cabo el cese tabáquico.

En EE.UU. el tiempo del gran apogeo de fumar tabaco empezó a disminuir a partir de los años 60 dando lugar al siguiente descenso (2): (figura 1)

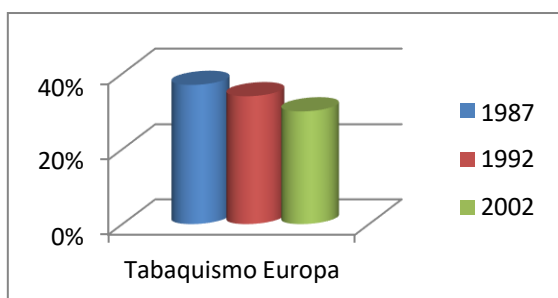
Figura1. Prevalencia de tabaquismo en EE.UU. (Extraído de: Carrión Valero F. Tabaquismo Tabaquisme. Una perspectiva desde la Comunidad Valenciana. 2ª Ed. 2006. 269 p.)



1965: 41%; 1991: 27%; 2000: 23%.

En Europa también hubo una disminución en años posteriores pero menos acusada (2): (figura 2).

Figura 2. Prevalencia de tabaquismo en Europa. (Extraído de: Carrión Valero F. Tabaquismo-Tabaquisme. Una perspectiva desde la Comunidad Valenciana. 2ª Ed. 2006. 269 p.)



1987: 37%; 1992: 34%; 2002: 30%.

El mayor consumo de tabaco se da predominantemente en áreas menos desarrolladas, en el grupo de parados respecto al grupo trabajador. Entre los estudiantes, estos se inician en el consumo de tabaco en edades más tempranas. La edad media de inicio es entre 16-17 años (22) (23). El consumo de cigarrillos aumenta con la edad (24) hasta los 65 años, para disminuir posteriormente al presentarse patologías relacionadas con el tabaco.

La prevalencia del tabaquismo en todo el mundo es mayor en el hombre que en la mujer. No obstante, la prevalencia en la mujer ha ido aumentando progresivamente con los años hasta empezar a disminuir lentamente en los últimos años (25).

Los niños y adolescentes son el grupo especialmente vulnerable a las campañas publicitarias. Los adolescentes que evitan fumar en esa edad tienen menos probabilidad de ser fumadores en la edad adulta (2). El grado de desarrollo del país influye en el patrón de comportamiento ante el inicio de fumar. En aquellas zonas donde el consumo está prohibido y muy controlado entre los adolescentes la prevalencia es muy baja (2). También se ha visto por múltiples encuestas que el conocer los perjuicios del tabaco por parte de los adolescentes, influye muy poco en la decisión de continuar fumando. Si en la sociedad se llegase a desnormalizar el consumo del tabaco (25) como ya se va haciendo con la aplicación de las leyes, sería más fácil la difusión de que el fumar no está de moda, así el fumar cada vez sería menos frecuente y menos aceptado.

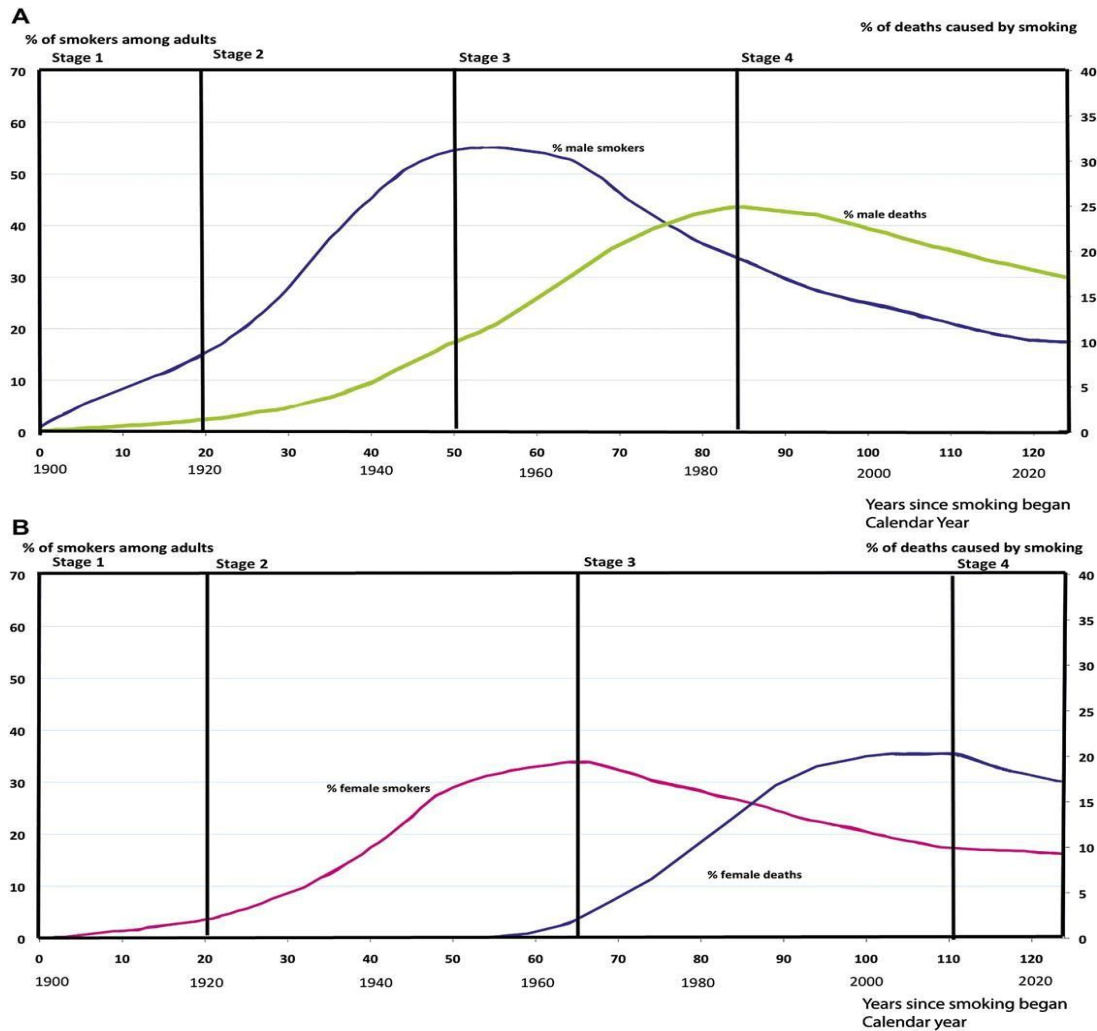
Se habla de pandemia del tabaco, una epidemia que afecta al mundo entero e incluso mantenida en el tiempo, un siglo de epidemia. En los años 80 Richard Peto ya mostró la distribución de la epidemia en el mundo, Alan López en 1994 publica un modelo estándar (26) como patrón de diseminación de la epidemia tabáquica, el comportamiento del tabaquismo y sus efectos sobre la mortalidad. Más adelante, tras años de observación, se rehace el modelo de la epidemia tabáquica y se publica en el 2012, sobre todo por el declinar más lento de la prevalencia del tabaquismo y el aumento de las muertes atribuidas al tabaco. También han observado el descenso de la prevalencia tabáquica en la mujer aún más lento y el incremento o incluso meseta en cuanto a las muertes atribuidas al mismo; el modelo se proyecta hasta el 2020 con perspectivas hasta el 2025 (26) (27) (28) (figura.3).

Las figuras que siguen a continuación son extrapolables a todo el mundo, no obstante, cada país ha de ajustar el patrón de la distribución de la prevalencia y las muertes atribuidas al tabaco según el propio entorno, ya que puede cambiar ligeramente.

Se proponen 4 fases. La fase I es el inicio de la epidemia, en los hombres va aumentando bastante rápido hasta alcanzar al final de la fase II, una prevalencia tabáquica de un 55% y luego progresivamente disminuye en la fase III, para continuar disminuyendo en la fase IV. Se esperaría que en el 2025 se alcanzasen prevalencias de alrededor de un 15% tanto en hombres como en mujeres, aunque parece que las mujeres lo alcanzarían con un ritmo más lento (28).

De las 4 fases que se proponen, España estuvo estancada durante bastantes años en la fase II en la que la prevalencia tabáquica continuó aumentando. Actualmente España se sitúa en la fase IV. En función del desarrollo de la sociedad, la influencia de la industria tabacalera y las propias características, un determinado país se hallará en una u otra fase.

Figura 3 (A, B) Datos de muertes atribuidas al tabaco, estimaciones indirectas en USA desde 1950 hasta el 2007, prevalencia de tabaquismo en adultos de USA desde 1965 hasta el 2010 y proyección hasta el 2025. Fases o estadios de la epidemia de tabaco separada en hombres (A) y mujeres (B). (Extraído de: Thun M, Peto R, Boreham J, Lopez AD. Stages of the cigarette epidemic on entering its second century. Tob Control. 2012;21(2):96–101).

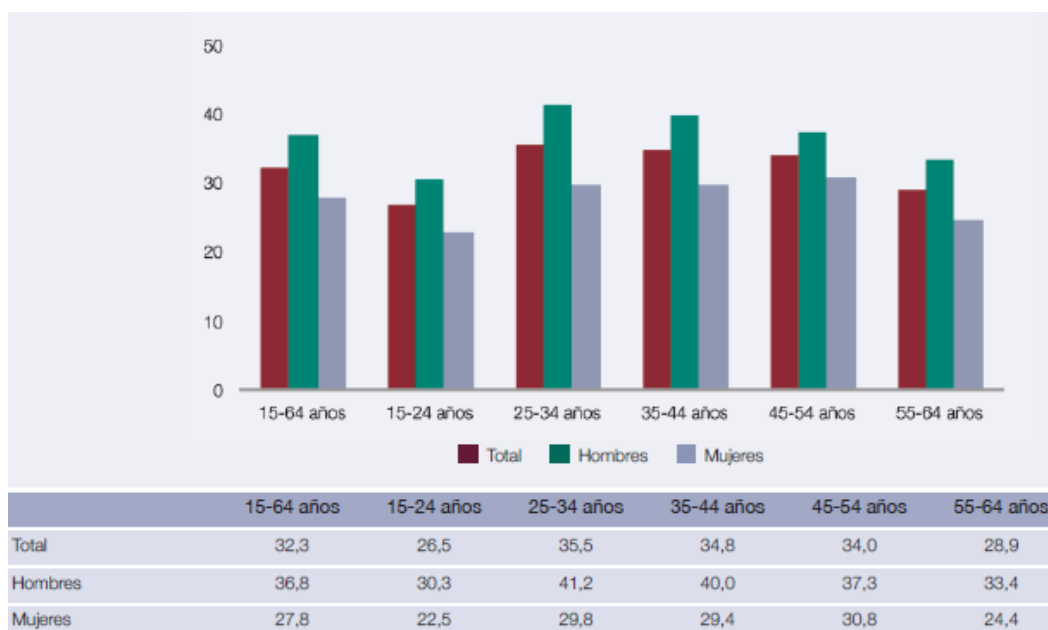


El modelo de la epidemia tabáquica según la encuesta sobre alcohol y drogas en España: encuesta EDADES (23) (29), datos recogidos hasta el 2017 y la última hasta 2019/2020, respectivamente está cambiando en España. En la encuesta anterior, del 2017, en los últimos años, el descenso que se esperaba no era tal. Se observaba un repunte en la prevalencia de tabaco, tanto en el hombre como en la mujer. La prevalencia total de consumo de tabaco era de 34%, equiparándose al 1997, lo que suponía un retroceso. Actualmente el dato ha descendido hasta un 32,3% (figura 4). Para los hombres la prevalencia en España actualmente es del 36.8% y para las mujeres de 27.8%. La mayor prevalencia en los hombres es para aquellos entre 25-34 años con un 41.2% y continúa la población entre 35-44 con un 40% y en las mujeres el tramo de población entre 45-54 años con un 30.8% es la de mayor prevalencia (29) (figura5).

Figura 4. Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 1997-2019/2020. (Extraído de: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 243 p.).



Figura 5. Prevalencia de consumo de tabaco diario en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2019/2020. (Extraído de: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 243 p.).



Respecto al tipo de cigarrillos, la mayoría de la población española consume cigarrillos de cajetilla (73.9%), muchos menos son los consumidores de cigarrillos de liar (17%) y en un porcentaje menor consumen ambos (9.1%). En cuanto hace referencia al consumo de cigarrillos electrónicos, el 10.5% de la población de 15 a 64 años (12% de los hombres y 8.9% de las mujeres), ha consumido cigarrillos electrónicos (con o sin nicotina) alguna vez en la vida. La mayor prevalencia del consumo de Cig-e se da en las edades comprendidas entre 15-24 años, a medida que aumenta la edad descende el consumo de este tipo de cigarrillos. En todos los tramos de edad la prevalencia de consumo de Cig-e es mayor en el hombre, excepto en el tramo de 45-54 años en el que las mujeres presentan un porcentaje mayor (8.6% en mujeres frente a 7.6% en hombres). En general se ha producido un aumento en el consumo de cigarrillos de liar y de cigarrillos electrónicos respecto a la encuesta del 2017 (29).

B. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT)

El día mundial del tabaco del 2019, el 31 de mayo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informaba de la situación en aquel momento, de la epidemia tabáquica: el tabaco mata a una persona cada 4 segundos, 8 millones de muertes al año en todo el mundo son causadas por el tabaco y 1 millón de muertes se deben a la exposición al humo del tabaco (30).

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) es el primer tratado negociado con intervención de la OMS. En el derecho internacional, un Convenio Marco está justificado por problemas que requieren una cooperación internacional para la formulación eficaz de políticas (27), estas son las que pueden ayudar para dar respuesta a la globalización de la epidemia de tabaquismo. Las Naciones Unidas (ONU) haciendo referencia a los 17 objetivos para el Desarrollo Sostenible (ODS), consideran el CMCT como una referencia, concretamente para alcanzar el objetivo de salud número tres: ODS 3: salud y bienestar (31).

El objetivo del Convenio es proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco (32).

El CMCT lo estructura en 38 artículos, de los cuales los artículos del 6 al 14 hacen referencia a la demanda del tabaco y las medidas son:

- Medidas relacionadas con los precios e impuestos.
- Protección contra la exposición al humo de tabaco.
- Reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco.
- Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco.
- Educación, comunicación, formación y concienciación del público.
- Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.
- Reducción de la demanda relativa a la dependencia y al abandono del tabaco.

Inicialmente, en el año 2003, fue necesario que 40 países, también llamados Partes, firmaran el CMCT para que pudiera entrar en vigor. España firmó ese año y finalmente fue posible la entrada en vigor en el 2005. Actualmente cuenta con 182 Partes, que representan a más del 90% de la población mundial (figura 6).

Firmar o formar parte del CMCT implica un vínculo que compromete a aplicar en años sucesivos una serie de medidas, como las redactadas anteriormente y las escritas en el artículo 5 del CMCT (32), estas conllevan un compromiso político con repercusión en el propio país.

Para poder incidir más concretamente y conseguir mayor eficacia en el cumplimiento del CMCT, la OMS adoptó en el 2007 una serie de medidas que se resumen con el acrónimo en inglés: MPOWER (33) (cuadro 1). La OMS emite un resumen cada dos años sobre la evolución y el desarrollo de la aplicación de las medidas de MPOWER. En el 2019 se ponía la atención en la “O”: ofrecer ayuda para dejar el tabaco (34). Un tercio de la población mundial tiene acceso a servicios para dejar el tabaco, es la segunda medida más aplicada a nivel mundial. Alrededor de un 65% de la población mundial está protegida por al menos una medida MPOWER.

Cuadro 1. Medidas MPOWER, propuestas por la OMS, para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo.

Monitor	Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención
Protect	Proteger a la población del humo del tabaco
Offer	Ofrecer ayuda para dejar el tabaco
Warn	Advertir de los peligros del tabaco
Enforce	Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco
Raise	Aumentar los impuestos al tabaco

Figura 6. Partes o países que forman parte del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. (Extraído de la página web de la OMS sobre el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco).



Países que forman parte del CMCT Países que no forman parte del CMCT

Se realiza una conferencia de las partes cada dos años. La séptima reunión de la Conferencia de las Partes (COP7), se celebró en Nueva Delhi en noviembre del 2016. Uno de los temas tratados fue la previsión de crecimiento del mercado del tabaco para pipas de agua (35). En esta se puso en evidencia la falta de normativas que regulen el uso de tabaco en forma de pipas de agua. Se repasaron los artículos en los que se podían vincular las normativas, por ejemplo, en el artículo 8 sobre la calidad del aire contaminado en espacios cerrados. De hecho, a nivel mundial se centra la prevención y control a los cigarrillos y se pone poca atención al tabaco para pipas de agua (36). En el verano del 2020 aún se encuentran locales-restaurantes en Barcelona con espacio reducido donde se acude para fumar en pipa de agua y se ofrecen con una gran variedad de sabores: menta, manzana, kiwi, melón y fresa, entre otros.

La 8ª Conferencia de las Partes (COP8) fue en octubre del 2018 en Ginebra (Suiza). En la reunión se trabajó el protocolo para la eliminación del comercio ilícito del tabaco, la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y la aplicación de los artículos 9 y 10 sobre los productos del tabaco y su difusión para que se conozcan (37).

La próxima Conferencia de las Partes, la 9ª se realizará en noviembre del 2021 en La Haya (Países Bajos). En el 2020 se canceló por la pandemia causada por el SARS-CoV-2.

1.1.4. Algunas enfermedades y sus particularidades

El tabaco produce una amplia gama de patología en prácticamente la totalidad del organismo, desde la parte externa, lo que se ve, como la piel, los dedos, las uñas, el bigote o la caída del pelo, hasta las múltiples enfermedades causadas a su paso por el humo de tabaco, a nivel odontoestomatológico, digestivo, laríngeo, vías respiratorias, hasta alcanzar a través de la sangre cualquier órgano o sistema, incluido el sistema músculo-esquelético (38).

La nicotina es un alcaloide, sustancia nitrogenada, que se fija selectivamente a los receptores colinérgicos nicotínicos (agonista colinérgico) y alcanza el Sistema Nervioso Central (SNC) en 7 segundos, tras la primera inhalación del humo del tabaco. Un cigarrillo contiene 8-9 mg de nicotina, de los cuales cerca de 1 mg llega a la circulación sistémica por la amplia superficie alveolar y la extensa red capilar. La biodisponibilidad se puede incrementar hasta el triple según la intensidad de la aspiración y técnica del fumador (2). Dicha absorción es máxima por vía inhalada, lo que acrecienta la sensación placentera que desencadenará la adicción.

Se sabe que la exposición al tabaco necesita un tiempo de evolución entre 5-10 años para producir su efecto. No obstante, múltiples estudios han evidenciado también efectos inmediatos de la inhalación de nicotina, su pulverización en boca o su administración oral sobre el Sistema Nervioso Autónomo (SNA) (39) (40) y por lo tanto también sobre la Tensión Arterial (TA) y Frecuencia Cardíaca (FC) (41).

1.1.4.1. Enfermedad de Buerger

Las enfermedades cardiovasculares relacionadas con el tabaco son muy frecuentes y, por lo tanto, conocidas e incluyen: aterosclerosis, cardiopatía isquémica o enfermedad cardíaca coronaria, aneurisma de aorta, enfermedad cerebrovascular (ictus) y enfermedad vascular periférica (27).

La enfermedad vascular periférica habitualmente está relacionada con la aterosclerosis pero no siempre, sobre todo si se trata de una afectación vascular como consecuencia de una vasculitis. La tromboangitis obliterante o enfermedad de Buerger, es una enfermedad poco conocida, su prevalencia es muy baja, pero es útil pensar en ella, para los pocos casos que se presenten. Se trata de una enfermedad rara con una prevalencia en Europa de 12,5 casos/100.000 habitantes y en Asturias de 3.96 casos/100.000 habitantes (42). Los motivos para mencionar esta enfermedad son las graves consecuencias que genera, tanto a nivel físico como emocional; en múltiples ocasiones se llega a la amputación de miembros, extremidades inferiores mayoritariamente (43) (44).

La enfermedad de Buerger se describió por primera vez en 1879 por Félix von Winiwarter (45). Fue el caso de un paciente con isquemia crónica en miembro inferior que evolucionó a una gangrena y concluyó con la amputación. En 1908, Leo Buerger describió a nivel histopatológico el daño causado en los vasos sanguíneos de 11 casos con amputación de miembros inferiores (46) y dio el nombre a la enfermedad de Buerger.

Se trata de una enfermedad vascular segmentaria, inflamatoria y oclusiva que afecta a arterias, venas de mediano y pequeño calibre y nervios, predominantemente en extremidades inferiores. Se desconoce la etiología, pero se sabe su relación directa con el tabaco. Aparece en varones jóvenes entre 20-40 años y en menos casos en la mujer con una relación hombre/mujer: 7.5/1 (42). La clínica se presenta con claudicación intermitente, frialdad, dolor y parestesias en el miembro afecto, tromboflebitis migratoria superficial y ausencia de pulso periférico en el dorso del pie, tibial posterior e incluso poplíteo, según la región afecta. Si avanza la clínica y sobre todo en estadios posteriores se objetivan lesiones tróficas en la piel, úlceras y necrosis. Aunque es menos frecuente, también se puede presentar afectación en arterias mesentéricas, renales, cerebrales y pulmonares (47). La peor manifestación clínica es el dolor que puede ser incluso resistente al tratamiento opioide, sobre todo en estadios más avanzados. También el dolor está relacionado directamente con el tabaco por facilitar la lesión en los vasa-nervorum, los vasos sanguíneos que nutren a los nervios distales (48).

Los hallazgos en el laboratorio pueden ser: elevación de los reactantes de fase aguda, el perfil lipídico normal y alteración en los anticuerpos anticardiolipina y anticélulas endoteliales.

El diagnóstico se realiza habitualmente mediante una angiografía por Tomografía Computarizada (angioTC) o en algunos casos a través de arteriografía de extremidades inferiores o zona de sospecha afecta, en la que se observa una oclusión de los vasos sanguíneos; las imágenes apoyan a la clínica para orientar el diagnóstico. La confirmación del mismo lo daría la histopatología, pero no se suele hacer biopsia. Se observan los hallazgos histopatológicos en la amputación, si finalmente se ha requerido realizar: trombo oclusivo intraluminal con linfocitos, células gigantes, infiltrado inflamatorio de la túnica media y adventicia, con lámina elástica interna intacta. El diagnóstico diferencial se ha de hacer con la aterosclerosis, la enfermedad embólica, otras vasculitis como la enfermedad de Takayasu, la crioglobulinemia o la panarteritis nodosa, con enfermedades del tejido conectivo o con el síndrome antifosfolípido.

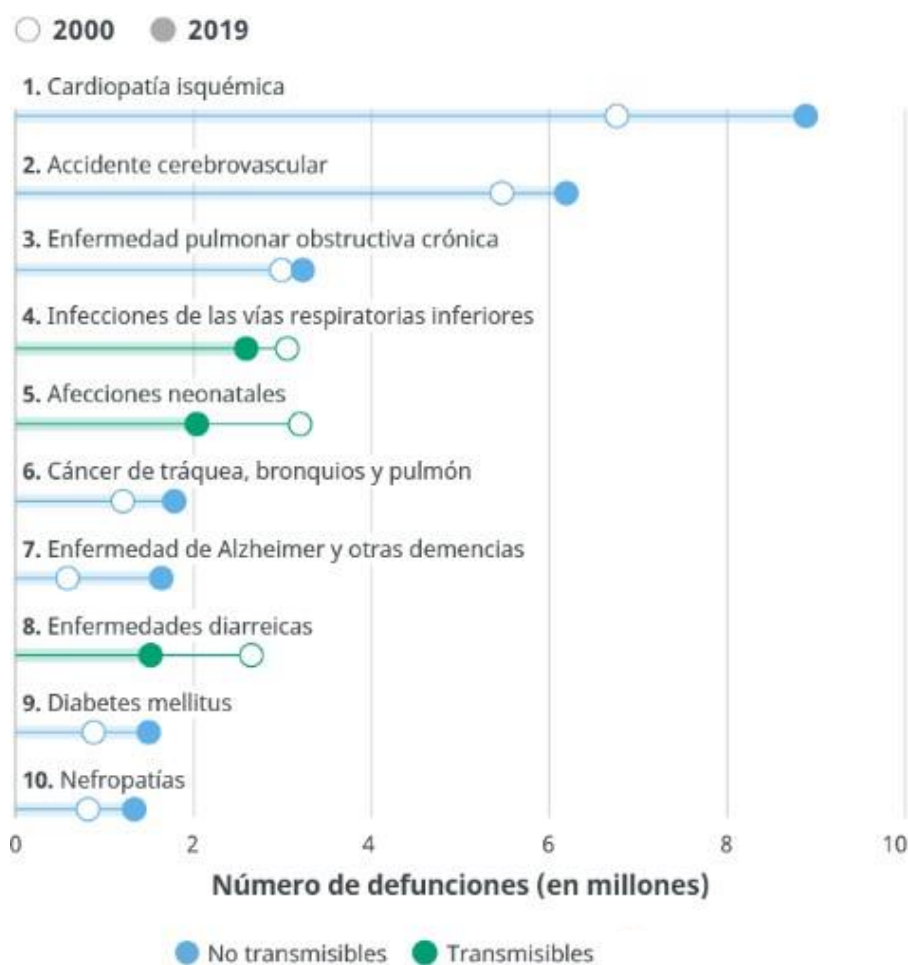
El tratamiento más importante es el cese tabáquico con vareniclina o bupropion, no con nicotina ya que empeoraría la enfermedad vascular. Además, se necesita tratamiento médico adicional con analgésicos, antiagregantes plaquetarios, fármacos vasoactivos como los antagonistas del calcio, antifosfodiesterasa-3 o prostanoides y, si no se consigue mitigar la clínica, se ha de proceder al tratamiento quirúrgico como es la simpatectomía en múltiples ocasiones. Esta produce una vasodilatación, una mejoría del dolor en reposo y de las lesiones isquémicas. La revascularización se lleva a cabo en menos ocasiones; no obstante recientes estudios con 13 y 39 pacientes en Irán y el Cairo, respectivamente, lo

proponen como un buen tratamiento endovascular para evitar perder el miembro inferior (43) (44). En estos estudios se ha visto que aquellos pacientes que continuaban fumando, en múltiples ocasiones se tenían que reintervenir. Finalmente, cuando ya todos los tratamientos para conservar el miembro han fallado se llega a la amputación del miembro afecto.

1.1.4.2. Enfermedades respiratorias

El humo del tabaco produce importantes cambios en las vías aéreas, como los que se producen en la mucosa bronquial con la pérdida de los cilios de su epitelio, lo que dificultará la expulsión del moco; se producen cambios también por la hiperplasia de las glándulas mucosas y por lo tanto más cantidad de moco en las vías respiratorias. El humo del tabaco provoca la activación y aumento de las células inflamatorias como los neutrófilos, macrófagos y linfocitos T, principalmente CD8+ o proteínas de la inmunidad como inmunoglobulinas A, G y E, también el humo del tabaco produce un aumento de eosinófilos en sangre periférica (27). El aumento de neutrófilos y secreción de proteinasas, junto a otros mecanismos, alteran la estructura parenquimatosa pulmonar. Parte de estos cambios y otros son los responsables de la aparición de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), tercera causa de muerte a nivel mundial detrás de la cardiopatía isquémica y el accidente cerebro vascular según datos de la OMS (49) (figura 7). Entre otras enfermedades, como se afirma en un metaanálisis que incluye 216 artículos (50), el tabaco también empeora el Asma, el Sdm de Apneas Hipoapneas del Sueño (SAHS) y las Enfermedades Pulmonares Intersticiales Difusas (EPID).

Figura 7. Las 10 Principales causas de muerte en 2019. (Extraído de: OMS. Las 10 principales causas de defunción. Organ Mund la Salud [Internet]. 2020; Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>).



1.1.4.2.1. Asma y tabaco

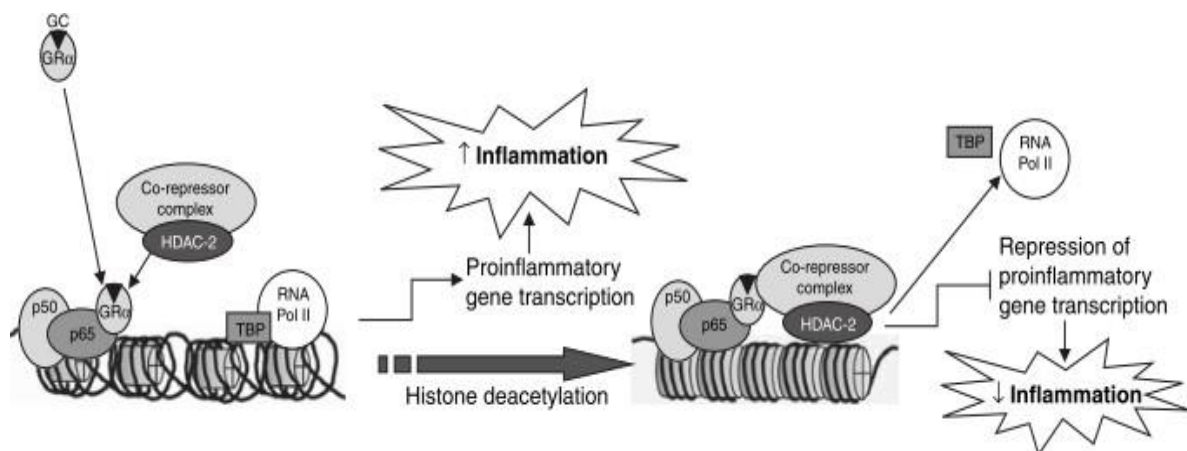
Múltiples estudios han confirmado la asociación entre asma y tabaco (51) (52). La prevalencia de fumadores en los pacientes con asma es igual a la de la población general; además la mitad de los pacientes con asma son fumadores o lo han sido (53). Estos pacientes han experimentado el empeoramiento de la clínica habitual, hasta llegar a episodios que les ha obligado a acudir a los servicios de urgencias (54), es decir, los pacientes que padecen las dos enfermedades (asma y tabaquismo) tienen más síntomas de asma, peor calidad de vida, mayor uso de la medicación de rescate y mayor número de exacerbaciones (55).

Los pacientes con asma y fumadores presentan un resultado en la Fracción Exhalada de Óxido Nítrico (FeNO) menor que los no fumadores; el motivo reside en que los cigarrillos contienen un gran número de radicales libres prooxidantes que generan una disminución en

la actividad del monóxido de nitrógeno (NO) (56). Esta situación clínicamente puede dificultar a la hora de tomar decisiones en función de los resultados del FeNO, para el diagnóstico y sobre todo para la respuesta del FeNO tras el tratamiento.

El manejo clínico es más complicado, en parte porque el tratamiento de fondo y de las exacerbaciones, son los corticoides inhalados y sistémicos, respectivamente. En los pacientes fumadores hay una peor respuesta a estos fármacos. Algunas explicaciones podrían ser el aumento del moco en la vía aérea que dificultaría la unión de los glucocorticoides (GC) a las células diana, otra explicación que se propone es que los GC reducen la transcripción de los genes inflamatorios debido a unas proteínas enzimáticas, las histonas deacetilasa 2 (HDAC-2). Los fumadores tienen una disminución de la actividad de las HDAC-2 en los macrófagos alveolares lo que favorece una mayor expresión génica de la inflamación y disminución de la sensibilidad a los GC (57) (figura 8). Estas dificultades en la sintomatología y el diagnóstico ante un paciente con asma grave que no acaba de mejorar obligan a preguntar por los antecedentes de tabaquismo.

Figura 8. Representación del mecanismo básico del receptor de los glucocorticoides ($GR\alpha$). Reprime la expresión impulsada por factores de transcripción de los genes proinflamatorios (transrepresión). HDAC= histona deacetilasa; RNA Pol II =RNA polimerasa II. (Extraído: Marwick JA et al. Overcoming reduced glucocorticoid sensitivity in airway disease: Molecular mechanisms and therapeutic approaches. *Drugs*. 2010;70(8):929–48).

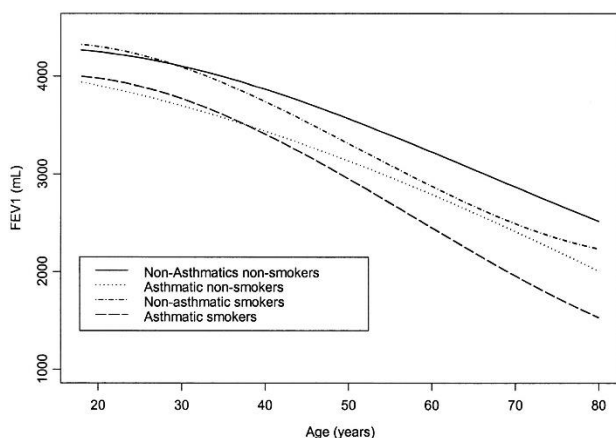


Los fumadores presentan una mayor hiperreactividad bronquial, empeoran la función pulmonar tanto por el aumento de los neutrófilos, que contribuyen a la mayor secreción mucosa, como por el remodelado en la vía aérea debido a la exposición continua al humo del tabaco, hay una mayor gravedad en la limitación crónica al flujo aéreo (58).

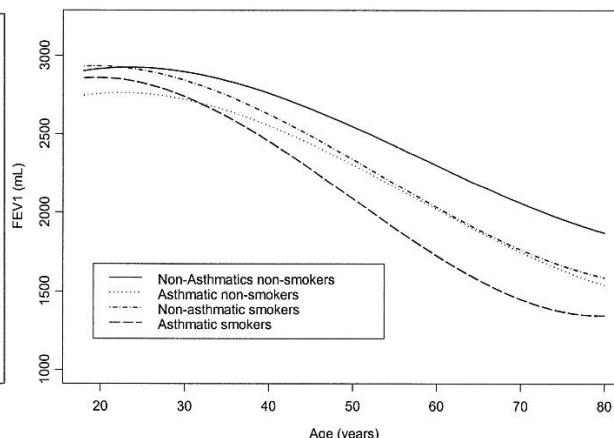
A continuación, se muestra la caída del flujo espirado en el primer segundo (FEV1) en hombres y mujeres en relación con asma y tabaquismo (59) (Figuras 9 y 10). Se suman varios factores que acentúan la caída del FEV1, la edad, el sexo, el asma y el tabaquismo.

Aun cuando el tabaco no parece que sea la causa del asma sí que puede anticipar la presentación de la misma y empeorar el pronóstico.

Figura 9 y 10. Caída del FEV1 en varones y mujeres relacionada con la edad y el tabaco según diferentes modelos lineales. (Extraído de: James AL, Palmer LJ, Kicic E et al. Decline in lung function in the Busselton Health Study: the effects of asthma and cigarette smoking. *Am J Respir CritCare Med* 2005; 171: 109-114).



(Figura 9: varones)



(Figura 10: mujeres)

En las mujeres a partir de los 70 años, a diferencia de los hombres, se enlentece la caída del FEV1, de manera más acentuada en las asmáticas fumadoras. En esta misma figura 10, se observa que, a partir de los 50 años, la caída del FEV1 es prácticamente igual en las fumadoras no asmáticas y en las asmáticas no fumadoras, podríamos por tanto afirmar que ser fumadora es lo mismo que ser asmática desde el punto de vista funcional respiratorio.

En los hombres, el deterioro inicial del FEV1 en los asmáticos no fumadores es similar al de los fumadores no asmáticos. No obstante, a partir de los 40 años aproximadamente, el deterioro del FEV1 es más acentuado en los asmáticos fumadores que en los asmáticos no fumadores. El inicio de la caída del FEV1 en cualquier modelo lineal de la mujer tiene forma más de meseta, mientras que en el hombre desde los 20 años el descenso ya es progresivo.

1.1.4.2.2. Síndrome de Apneas Hipoapneas del Sueño (SAHS) y tabaco

Los fumadores presentan un mayor número de apneas-hipoapneas que los no fumadores, con una relación del tipo dosis-respuesta (60). Una de las hipótesis es que la inhalación del humo del tabaco estimularía los receptores nerviosos de la vía aérea superior, disminuyendo la ventilación y causando las apneas (2). El tabaco provoca una estimulación y una respuesta inflamatoria efusiva en la vía aérea ocasionando cambios histológicos, esto

dificulta el paso del aire en la vía aérea superior, hecho que contribuye al aumento de eventos respiratorios durante la noche como los ronquidos, apneas e hipoapneas.

El tabaco es un factor de riesgo para el SAHS (60) (61) (62) aunque hay algún estudio que no lo corrobora (63), realizado en población de origen hindú. El tipo de tabaco que predomina es el de mascar sobre el cigarrillo convencional. Al no presentar un paso del humo del tabaco por la orofaringe se puede entender que la acción sea distinta, la producida por el producto del mascado, ya que este no es producto de combustión, se entremezcla con la saliva y en definitiva la acción en la Vía Aérea Superior (VAS) produce otros efectos. En un metaanálisis que estudia si el tabaco es un factor de riesgo independiente para presentar SAHS (64) concluyen que no, no obstante, añaden que el nivel de evidencia es muy bajo por lo que se han de considerar los hallazgos con precaución. Algunos de estos estudios más recientes (63) resaltan la falta de más evidencia para confirmar que sea el tabaco un factor de riesgo independiente para presentar SAHS.

La nicotina es un importante estimulante del sistema nervioso parasimpático y evita el colapso de la vía aérea. No obstante, con la presencia del Sdm de abstinencia, al reducir la dosis general de nicotina, se produce un efecto rebote favoreciendo así el cierre de la vía aérea; es decir, el progresivo descenso de la nicotina en sangre pasadas unas pocas horas de sueño, lleva a un aumento de las resistencias de la vía aérea superior, además del resultado del proceso inflamatorio de la misma causado por el tabaco (65). Hay quien ha postulado que dar tratamiento con nicotina mejoraría el cuadro, por ejemplo, con la masticación de chicles de nicotina en las horas previas al sueño, pero este efecto solo se mantendría en las primeras dos horas ya que la vida media de esta sustancia es corta (66). En cuanto hace referencia a la administración transdérmica de la nicotina, reduce de forma significativa la duración de las apneas y la profundidad de las desaturaciones de oxígeno, pero no disminuye de forma significativa el índice de apneas/hipoapneas (2).

1.1.4.2.3. Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa (EPID) y tabaco

La relación entre el tabaco y las alteraciones intersticiales aún se está estudiando, se sabe que entre el 8-10% de los fumadores tienen alguna alteración pulmonar intersticial asociada (67). Hay evidencias de que el tabaco puede tener un papel en la patogenia de las Enfermedades Pulmonares Intersticiales (EPI) que aún no está bien establecido (68), como son las alteraciones de la respuesta inmune, el estrés oxidativo y el envejecimiento celular prematuro.

Se considera al tabaco como causante de enfermedad en la Histiocitosis X o Granulomatosis de Células de Langerhans, en la Bronquiolitis Respiratoria con EPID y en la Neumonía Intersticial Descamativa. En otro grupo de EPID, el tabaco llegaría a precipitar sintomatología aguda de la propia enfermedad, como ocurre en la Neumonía Eosinófila aguda, en el Síndrome de hemorragia pulmonar, en el Síndrome de Goodpasture y en la hemosiderosis pulmonar idiopática.

Cabe mencionar también que otras enfermedades como la sarcoidosis y la Neumonitis por hipersensibilidad o Alveolitis Alérgica Extrínseca son menos prevalentes en fumadores

(69). Se hipotetiza que el tabaco puede suprimir la formación de anticuerpos específicos, disminuir el porcentaje de linfocitos CD4 mientras que aumenta los linfocitos CD8 y altera la función de los macrófagos, todo esto influye en la respuesta inmune celular. Pese a ello, no modifica el curso clínico de ninguna de las dos enfermedades (27).

Hay otro grupo de enfermedades que estadísticamente son más prevalentes en fumadores: la Fibrosis Pulmonar Idiopática, la Artritis Reumatoide (AR) asociada a Enfermedad Pulmonar Intersticial (EPI) y la Asbestosis. En esta última, tras estudios con animales se ha visto que el humo del tabaco altera el recorrido y aclaramiento de las fibras de amianto. Estas penetran en porciones pulmonares más distales hasta llegar al intersticio, lo que dificulta el aclaramiento de las mismas. En cuanto a la AR se ha visto que tanto el humo del tabaco aumenta el riesgo de presentar la enfermedad como una vez ya establecida, favorece el desarrollo de la EPI. Estudios realizados en gemelos confirman con claridad la asociación entre el tabaco y la AR (70) otros estudios con 336 pacientes (71) afectos de AR y EPI también han detectado la relación con el tabaco.

La Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) es la enfermedad con mayor prevalencia dentro de las EPID, 14 casos por cada 100.000 habitantes, con una incidencia entre 3-6 casos por 100.00 habitantes; en España es de 1.6 casos/100.000 habitantes/año (72).

A la afectación del intersticio pulmonar por la gran presencia de células circulantes en el sistema respiratorio debido a estas enfermedades, si además se le añade el Tabaquismo, la complejidad fisiopatológica es mucho mayor, de hecho, ya existen nuevas entidades con estas características, además de las conocidas y mencionadas anteriormente.

Una de las enfermedades aún en estudio y en la que el tabaco deja su huella es el Síndrome de fibrosis-enfisema, Combined Pulmonary Fibrosis and Emphysema (CPFE). Se producen lesiones intersticiales fibrosantes y enfisematosas, estas pueden aparecer de forma concomitante o como una afectación tras haberse detectado otra (73). En un estudio reciente (74) observacional y prospectivo con 1016 pacientes: 524 padecían Neumonía Intersticial Idiopática (NII), de los cuales 145 con Sdm Fibrosis-Enfisema (CPFE) y 492 con EPOC, se concluyó que el 70% de los que padecían NII eran fumadores. Los pacientes con el síndrome CPFE tienen un mayor riesgo de cáncer de pulmón y de hipertensión pulmonar, consecuentemente albergan un peor pronóstico.

Se van describiendo otras enfermedades asociadas a Neumonía Intersticial Idiopática y a enfermedades del tejido conectivo, como es la Neumonía Intersticial con características autoinmunes, más conocida en inglés con las siglas IPAF: Interstitial Pneumonia with Autoimmune Features. Este término se acuñó en el 2015 por las asociaciones respiratorias: Europea y Americana: (ERS) y (ATS) (75). Se trata de una entidad con formas indiferenciadas de las enfermedades del tejido conectivo que no acaban de cumplir los criterios para poderla definir como tal y se presenta asociada a una enfermedad pulmonar intersticial.

Para poder encuadrar la IPAF nosológicamente se han definido tres dominios:

- a) *el dominio clínico*, con características extratorácicas como: fenómeno de Raynaud, edema o úlceras digitales inexplicables, artritis inflamatoria o rigidez poliarticular matutina de más de una hora de duración.
- b) *el dominio serológico*, con positividad para anticuerpos antinucleares, anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado, anti Ro, anti La y Factor Reumatoide.
- c) *el dominio morfológico*, que hace referencia a los patrones histopatológicos y a las imágenes de la Tomografía Computarizada de alta resolución (TCAR), como la Neumonía Intersticial Usual (NIU), Neumonía Organizada, Neumonía Intersticial no específica (NINE) u otras.

Al tratarse de una entidad entre dos enfermedades con diferente tratamiento (antifibróticos para la FPI y corticoides y/o inmunomoduladores para las enfermedades del tejido conectivo) son necesarios estudios para poder entender mejor cual sería el tratamiento y sus indicaciones. Se ha visto (75) que aquellos pacientes que cumplen criterios para presentar neumonía intersticial con características autoinmunes (IPAF) tienen una historia de tabaquismo parecida a la FPI; por lo tanto, se puede prever un peor pronóstico.

Para conocer mejor la relación entre tabaquismo y EPID, se ha realizado una búsqueda bibliográfica desde las asociaciones respiratorias de América Latina y España (ALAT: Asociación Latinoamericana del Tórax y SEPAR: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica) (76), en la que se halla una evidencia moderada y recomendación fuerte para considerar el tabaquismo como un factor de riesgo para el desarrollo y/o modificador de la progresión de EPID.

1.1.5. Tabaquismo pasivo

Cuando se nombran las palabras: humo de tabaco, se piensa enseguida en cáncer y eso se debe a la frecuencia con la que el tabaco lo produce. Son más de 7.000 sustancias químicas que tiene el tabaco, de las cuales se conocen más de 4.000 que provocan daño en muchos órganos y de las cuales cerca de 70 se han identificado como carcinógenas. Desde la década de los 70 es conocido que el tabaquismo pasivo también causa enfermedades, pero no ha sido hasta la década de los ochenta cuando más estudios ponen en evidencia los grandes perjuicios ante el tabaco pasivo (77).

El aire contaminado por el humo de tabaco (ACHT) tiene cuatro orígenes: (78) (anexo 6)

- a) Los contaminantes emitidos por el cigarrillo en el momento de hacer la calada.
- b) El humo exhalado por el fumador.
- c) El humo emitido por el cigarrillo en su combustión espontánea.
- d) Los contaminantes que se difunden a través del papel del cigarrillo entre las caladas.

El humo que inhala el fumador en la inspiración profunda cuando da una calada al cigarrillo, junto al humo exhalado, forman parte de la corriente primaria o principal. De la

corriente secundaria o lateral forma parte el humo emitido por el cigarrillo en su combustión espontánea y los contaminantes que se difunden a través del papel del cigarrillo entre las caladas.

Es más nociva la corriente secundaria que la corriente principal, por la cantidad de sustancias tóxicas e irritantes que adquiere: como *cianhídrico*, *dióxido de azufre*, *amoníaco*, *formaldehído*. También se han detectado sustancias cancerígenas y mutágenas como *arsénico*, *romo*, *nitrosaminas*, *benzopirenos*, *cadmio*, este se halla en una concentración de seis veces superior en la corriente secundaria. *El alquitrán*, también carcinógeno, se halla en concentraciones de casi el doble y *el monóxido de carbono* (gas venenoso), que se une a la hemoglobina desplazando al oxígeno de la sangre, casi cinco veces más en la corriente secundaria; *la acroleína* que es ciliotóxica, y por lo tanto inhibe el aclaramiento pulmonar, se encuentra en una razón (corriente secundaria/corriente principal) entre 8-15 (2) (27) (78).

El tamaño de las partículas también es muy importante, es menor en la corriente secundaria, lo que facilita una mayor penetración en el sistema respiratorio. Las partículas alcanzan los alveolos con más rapidez albergándose más tiempo en el mismo y produciendo más daño.

El fumador activo recibe plenamente la influencia de la corriente principal y en parte también de la corriente secundaria. El fumador pasivo está expuesto mayoritariamente a la corriente secundaria y aunque en menor grado, también a la corriente primaria.

A medida que se produce la combustión del cigarrillo, se van almacenando las sustancias tóxicas en el último tercio del cigarrillo. Son sustancias acumuladas como resultado de los productos ya volatilizados; así el tamaño de la colilla influye con el contacto más o menos inmediato de las sustancias condensadas, como también influye el tipo de filtro, el tipo de papel, la duración de la calada y la intensidad o profundidad de la inspiración. Si además de estas características se suma la presencia de una enfermedad, como es la EPOC, esto favorece que la afectación sea mayor. Un paciente fumador con EPOC inhala profundamente el humo del cigarrillo y lo retiene más tiempo en el interior de sus pulmones. Además, los niveles de monóxido de carbono (CO) en el aire espirado de estos fumadores son más altos que en los fumadores sin EPOC (79).

1.1.5.1. Tabaquismo de 2ª mano – En presencia de fumadores

El tabaquismo de segunda mano (TSM) es la exposición directa al humo del tabaco en presencia de fumadores.

Se siguen haciendo estudios que afinan más sobre el daño que provoca el TSM. Se ha detectado una proporción de hasta el 80-90% de daño en aquellas personas expuestas de manera crónica al TSM, en comparación del 100% de afectación con la exposición directa de los fumadores activos (80) (81). Se han objetivado distintas alteraciones como cambios

en la secreción de la hormona tiroidea, disfunción endotelial, arteriosclerosis, Sdm coronario agudo (82). En un estudio en el que se ha analizado el aumento de los linfocitos en pacientes sanos no fumadores en un ambiente expuesto a TSM, se ha objetivado una asociación lineal entre los linfocitos y los niveles de cotinina, producto de la nicotina, sugiriendo que el aumento de los linfocitos es dosis dependiente de la exposición al TSM en no fumadores, expuestos durante al menos 1h en lugares de humo, bares y restaurantes (83).

1.1.5.2. Tabaquismo de 3ª mano – Los niños que gatean

Consiste en la presencia de gases, partículas y otros contaminantes residuales del humo del tabaco que persisten en las superficies (paredes, suelos, encimeras...) y en el polvo, después de que se ha fumado, pudiendo permanecer en el lugar durante incluso 6 meses después de dejar de fumar (84) (85).

Este concepto de tabaquismo de tercera mano (TTM), se acuñó por primera vez en el 2009 por Winickoff y otros autores en la revista *Pediatrics* (86). El artículo ponía en evidencia cómo los niños se contaminan con gran facilidad de las partículas tóxicas al jugar, gatear, tocar y llevarse a la boca todo lo que está por el suelo u otras superficies. Concluyen los autores que es necesario incorporar nuevas prácticas rutinarias en casa como la prohibición de fumar en la misma e incluir en el control campañas contra el tabaco, el tabaquismo de tercera mano como causante de daño para la salud. Estudios posteriores hablan también del riesgo de cáncer en edades tempranas por la presencia de *nitrosaminas* (84).

La sociedad aún desconoce esta forma de producir enfermedad y los adultos siguen fumando cuando no son vistos por los niños; este contaminante invisible seguirá haciendo daño hasta que los profesionales y la sociedad lo integren en la conciencia y rechacen de una manera tajante el humo del tabaco en cualquiera de sus formas.

1.1.5.3. Tabaquismo de 4ª mano – Los océanos se resienten

Las colillas de los cigarrillos (CoC) se ven en las calles, en las carreteras, en los parques, en las playas y finalmente una gran cantidad llegan al mar; concretamente más de 4.5 trillones de CoC se arrojan al medio ambiente (87).

Esta contaminación medioambiental por colillas del tabaco es lo que se denomina tabaquismo de cuarta mano (TCM).

La colilla del cigarrillo está formada por acetato de celulosa que es fotodegradable, no biodegradable y puede tardar en descomponerse por la luz del sol entre 8-12 años. No obstante, el problema no es tanto el tiempo que tarda en desaparecer sino la toxicidad que acumula. Las sustancias que tienen las CoC entre otras son: *pesticidas, metales, nicotina, alquitrán* y otros carcinógenos; estas se liberan al ambiente en contacto con el agua. Las colillas y todo lo que llega al mar es comida para la fauna marina. De hecho, el 85% de la basura acumulada en el mar no llega a las playas (88). Se han hecho varios estudios y se ha

visto como las colillas tanto con resto de tabaco adherido, como las colillas fumadas y las no fumadas provocan la muerte de caracoles marinos, de dafnias, vulgarmente llamadas: pulgas de agua (género de crustáceos planctónicos) y también causan la muerte de los embriones de peces que responden de la misma manera ante las CoC (89).

La organización no gubernamental (ONG) *Oceanic Society*, realiza múltiples campañas para la conservación de los océanos. En la realizada en el 2014 (87) sobre más de 13.000 millas de costa, para la recogida de basura, las CoC fueron las más abundantes con diferencia seguidas de los envoltorios plásticos.

También se ha observado como los pájaros han tenido que adaptarse al medio urbano y utilizan las colillas como fondo para la preparación del nido de sus polluelos; estos en cambio no salen beneficiados porque empeoran la respuesta inmunitaria.

Sería interesante formular estrategias que aunaran asociaciones para trabajar con el mismo fin, eliminar la basura del tabaco y otras basuras que minan el medio ambiente y empobrecen la calidad de vida de los seres que habitan los distintos ecosistemas.

1.1.6. Nuevas formas de fumar del s. XXI.

Desde los primeros tiempos del tabaco, por el año 1000, como se ha comentado previamente, han ido surgiendo distintas formas de fumar, según culturas, materiales o productos a disposición. Con la entrada al mercado de la industria tabacalera en 1880 por James Albert Bonsack, el punto de mira se dirige hacia el cliente y se centra en cómo favorecer el mercado del tabaco.

En España se ha mantenido mayoritariamente el tabaco de combustión: cigarrillo, cigarro, puro y pipa hasta prácticamente los últimos años, con la introducción de la pipa de agua de los países orientales.

En el s. XXI se lanzan al mercado mundial nuevas formas de fumar como son los cigarrillos electrónicos y los dispositivos de combustión parcial del tabaco. El objetivo fácil son los adolescentes como inicio del hábito y el otro objetivo son los jóvenes por la novedad que aportan. También se van introduciendo estos dispositivos nuevos para fumar, entre los adultos con afirmaciones, ya demostradas a día de hoy, que no son completamente certeras o que no compensan el riesgo, como es la aportación del menor daño a la salud o la oportunidad para dejar de fumar (90).

1.1.6.1. Sistemas electrónicos de liberación de nicotina: Cig-e

Los cigarrillos electrónicos (Cig-e) y otros sistemas electrónicos de administración de nicotina (ENDS: Electronic Nicotine Delivery Systems), son sistemas que liberan aerosol con sustancias que puede incluir nicotina.

El cigarrillo electrónico surgió en China en el 2003 extendiéndose rápidamente su uso por todo el mundo. Actualmente existen más de 460 marcas de las que destaca el JUUL[®] capaz de liberar altas dosis de nicotina.

Los Cig-e constan de:

- 1- Un cargador, que contiene un líquido, con o sin nicotina. Este líquido además contiene propilenglicol, glicerina vegetal y puede combinarse con cientos de saborizantes.
- 2- Una batería que al entrar en funcionamiento calienta el líquido. Las diferentes baterías son, en parte, las que han propiciado el paso de Cig-e de 1^a, 2^a y 3^a generación.
- 3- Un atomizador que transforma el líquido caliente en aerosol, vapor. Se habla de “vapear” y no de fumar, porque estrictamente no es humo lo que se inhala.

Existen múltiples estudios sobre los efectos de los Cig-e, algunos hablan de beneficio derivado de la disminución del consumo del Cigarrillo Convencional (CC) al introducir el Cig-e. La Sociedad Respiratoria Europea (ERS: European Respiratory Society), afirma con contundencia (91) que no hay suficiente evidencia científica que apoye el uso de los Cig-e y su capacidad para ayudar a dejar de fumar. También añade la aportación de varios experimentos en cultivos celulares y en animales que muestran cómo los Cig-e pueden tener múltiples efectos negativos, y, por lo tanto, no se puede descartar que existan en detrimento de la salud en humanos.

Entre las sustancias que llegan a la vía respiratoria tras el uso del Cig-e, se encuentran: *acetaldehídos, formaldehídos, acroleína, carbonilos* o incluso *bencenos*, ya reconocidos como carcinógenos humanos (92).

Las reiteradas exposiciones a acroleínas provenientes del calentamiento de *propilenglicol* y la *glicerina* causan inflamación crónica y disminución de las defensas con daño mediado por proteasas, lo que conllevaría al daño estructural, como el de la EPOC (93). El consumo de Cig-e se asocia a una mayor producción de síntomas bronquiales como la bronquitis crónica y la hiperreactividad bronquial. En un estudio reciente con 28771 pacientes en EE.UU., se concluyó que los vapeadores tenían ostensiblemente más aumento de sibilancias que los no vapeadores, y que no existía diferencia entre fumadores de CC y fumadores duales, (Cig-e y CC), en cuanto a la presencia de síntomas respiratorios (94). Existen también datos acerca de alteración cardiovascular causada por los Cig-e (95).

El Cig-e también produce estrés oxidativo como el cigarrillo convencional, ya que producen daño en la proliferación celular y el metabolismo. Se han detectado en el líquido

y en el aerosol metales (96) como *romo, níquel, plomo, manganeso, aluminio, estaño e hierro*, en ocasiones en cantidades superiores al CC. Es conocido el perjuicio de los metales para la salud; de hecho, se han retirado las tuberías y otros materiales de plomo.

A parte de las enfermedades conocidas, que pueden empeorar con el Cig-e, empiezan a aparecer nuevas enfermedades como la Enfermedad Pulmonar grave asociada a vapeo, (97), EVALI de las siglas en inglés (e-Cigarette or Vaping product use Associated Lung Injury). Se ha detectado inicialmente en Estados Unidos, concretamente en los estados de Wisconsin e Illinois en julio del 2019 (98). Se hablaba inicialmente de 53 casos y se han alcanzado a diagnosticar más de 2000 con 39 fallecidos. En España se ha abierto un registro de esta enfermedad para investigar y controlar rápidamente la difusión de la misma, si fuera necesario.

1.1.6.2. Dispositivos de combustión parcial de tabaco: IQOS®

La industria tabacalera irrumpió en el gran mercado con el lanzamiento del Cig-e, un nuevo dispositivo sobre el que alegaba: seguridad, bajo riesgo y reducción de daños. Se empieza a comercializar en Japón en el 2013 y luego la compañía tabacalera Philip Morris, en el 2014, lo lanza a más de 30 países; concretamente la marca IQOS® (I Quit Ordinary Smoking, lo que significa “dejo de fumar tabaco convencional”), en España se comercializa en el 2016.

Este nuevo dispositivo de combustión parcial de tabaco (Heat not Burn: HNB) funciona calentando el tabaco, pero sin quemarlo, alcanza temperaturas de 350-400°C sin llegar a los 1000°C de un cigarrillo convencional. De esta forma, no se produce pirolisis y el humo que se libera es portador de un menor número de sustancias tóxicas para el fumador activo y pasivo.

La mayor parte de las publicaciones que minimizan el riesgo para la salud al consumir IQOS® corresponden a estudios promovidos por las empresas tabacaleras. El gobierno japonés para los juegos olímpicos de Tokio 2020, solicitó realizar estudios para regular el tabaco de segunda mano (TSM) que incluyeran el humo del IQOS. Este estudio japonés (99), independiente de la industria tabacalera, detectó en el humo del IQOS una cantidad de nicotina muy parecida a la hallada en el CC y otras sustancias tóxicas (*nitrosaminas, monóxido de carbono*) en menor cantidad que en el CC. No obstante, pudieron demostrar la presencia de tóxicos en el humo de la corriente principal de tabaco de los IQOS. Otro estudio independiente de la industria tabacalera (100) ha encontrado un hidrocarburo policíclico aromático cancerígeno, el *acenafteno*, en una concentración más del doble de la que se encontró en el CC.

Con todo lo expuesto se puede reafirmar que, aunque se quiera demostrar que el daño es menor con los nuevos productos del mercado, los profesionales de la salud no pueden permitir ningún daño que pueda alterar la integridad del organismo y favorecer ningún inicio de enfermedad.

Otro intento para mantener el producto en el mercado, tanto el IQOS como el Cig-e, mencionado anteriormente, es la posibilidad de usarlos como herramientas para dejar de fumar. Incluso sociedades científicas han abalado su uso con este objetivo disponiendo de escasos estudios previos. La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) ante la situación tan irregular del uso de estas nuevas formas de fumar, en el 2019 publica una Declaración Oficial sobre los Cig-e y el IQOS® (101); en esta se analizan los distintos estudios sobre la eficacia como método de abandono del tabaco. Detectan múltiples déficits metodológicos, incluso en algún estudio pudieron certificar que los Cig-e fueron enviados de forma gratuita a domicilio, en tanto que los parches de nicotina debían ser comprados en farmacias. Los autores concluyen que no encuentran evidencia para sostener que los Cig-e y el IQOS ayudan a dejar de fumar. Es más, existen experiencias de que los fumadores de estas nuevas formas se convierten en fumadores duales, tanto los adultos que mantienen el cigarrillo convencional, como los jóvenes que se inician con las nuevas formas de tabaco siendo el CC un añadido posterior.

La OMS en la última reunión sobre prevención y tratamiento del tabaquismo, que hace referencia a la 8ª Conferencia de las partes (COP8) (102), consideró que los productos de tabaco calentados son productos de tabaco, por lo que están sujetos a las disposiciones del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT). Además, anunció y solicitó realizar un informe completo con científicos y expertos, independientes de la industria del tabaco, y las autoridades nacionales competentes, para su presentación en la novena reunión de la COP.

1.1.7. Tratamiento Integral del Tabaquismo

El tabaquismo es una enfermedad a la que aún no se asocia de manera inmediata un tratamiento farmacológico, tal vez sí el psicológico. En los informes médicos o en su mayoría, ya consta si el paciente es fumador o no, en algunos casos se detalla la cantidad fumada y en pocos se añade el diagnóstico de tabaquismo. En el apartado de tratamiento, en algunas ocasiones, se recomienda dejar de fumar. En el tratamiento de la hipertensión arterial o en la diabetes mellitus; en el apartado de tratamiento, aparte de aconsejar que se evite comer con sal o sin azúcares, se añaden los tratamientos farmacológicos: antihipertensivos, antidiabéticos orales e insulina si requiere; a nadie se le ocurriría pensar en una persona con tensión alta o azúcar alto en sangre, que no recibe tratamiento farmacológico.

1.1.7.1. Consejo breve e Intervención mínima

El consejo médico es el estímulo externo más importante para dejar de fumar y si lo realizan todos los profesionales sanitarios, con los que entra en contacto el paciente durante el año, el efecto es multiplicador. Sin apoyo profesional solo el 3-5% consiguen dejar de fumar (103).

Pero, ¿cómo dar el consejo o qué decir? Como se decía previamente en los informes médicos se escribe: “*dejar de fumar*”. Esta frase el paciente la oye todos los días por los familiares, amigos, profesionales y él mismo se la repite a diario: “hoy tengo que dejar de fumar”; pero si bastase solo con la intención, muchos ya lo habrían dejado y no es así.

El hecho de aconsejar diciendo: “debe usted dejar de fumar” y no dar ese consejo, tiene el mismo efecto; es un mensaje negativo, repetitivo, frustrante, fomenta el conflicto interior y la negación y hace que se perpetúe en el tiempo la misma situación.

El fumador activo que ya ha intentado dejar de fumar con planteamiento serio en al menos dos o más ocasiones, necesita un consejo más eficaz. Todos los pacientes son conscientes que tienen que dejar de fumar, pero no saben cómo o las decisiones que toman para dejarlo no son suficientemente eficaces.

Es necesario que el fumador sepa que puede recibir un apoyo conductual de calidad y que existen tratamientos farmacológicos con evidencia documentada de que es posible lograr el éxito. Para ello bastarían 30 segundos en muchas ocasiones para decirle al paciente cómo hacerlo para dejar de fumar y sobre todo dónde dirigirse, cuál es la consulta de tabaquismo más cercana a la que poder asistir. En definitiva, ofrecer ayuda es lo que aumenta el éxito.

Desde la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) se impulsa la prevención y tratamiento del tabaquismo. Por ello múltiples consultas de neumología abordan esta enfermedad de forma completa; se inicia con el asesoramiento psicológico e inmediatamente el tratamiento farmacológico para asegurar un mayor porcentaje de éxito. Otras sociedades científicas como la de familia y comunitaria, la de farmacia, cardiología, epidemiología y otras, también abordan la enfermedad ya que la epidemia es tan importante que es necesaria la implicación de todos los profesionales sanitarios, para lograr erradicarla.

Si el paciente aún no tiene claro si decidirse a dejar de fumar definitivamente, hay herramientas que ayudan a tomar esa decisión como la *Entrevista motivacional* (104).

Aparte del consejo breve, existe la *Intervención mínima*; esta debería hacerse reiteradamente por todos los profesionales (105) (106). Sigue el esquema de las 5 “A” y hace referencia a:

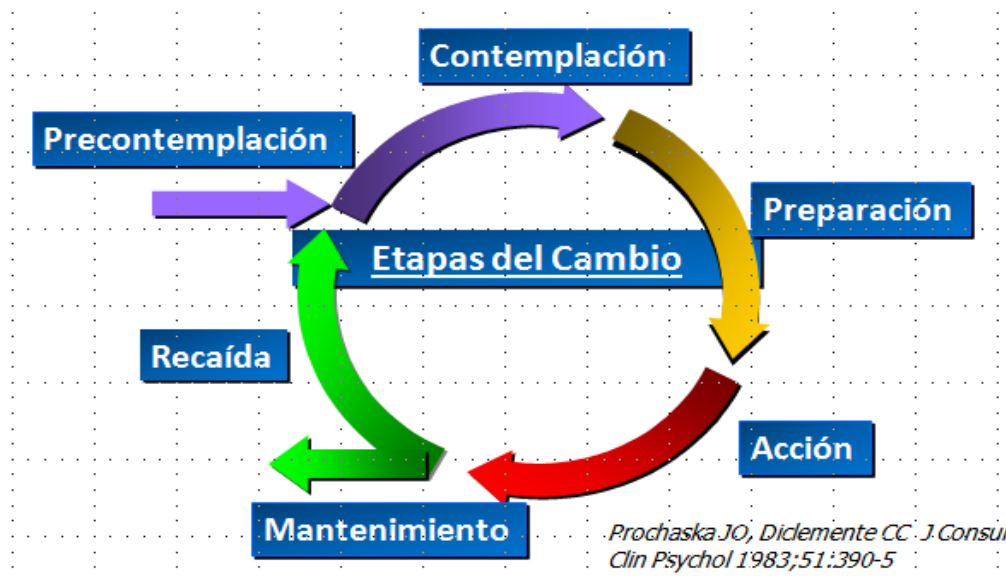
- *Averiguar*: identificar a los fumadores y documentar su historia de tabaquismo.
- *Aconsejar*: consejo breve y eficaz.
- *Apreciar*: la disposición para dejar de fumar.
- *Ayudar*: preparar un plan de tratamiento individualizado.
- *Acordar*: planificar el seguimiento.

La mayoría de los fumadores desde que inician el consumo de tabaco hasta que lo abandonan, entran en distintas fases definidas por Prochaska y DiClemente (107) (17) que son: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento (figura 11). Estas fases de abandono se clasifican en función de la motivación para dejar de fumar en un tiempo definido (108), con la intención de realizar un intento serio de abandono.

1. *Precontemplación*: es la fase en la que el fumador no se plantea dejar de fumar.
2. *Contemplación*: el fumador ve la posibilidad de dejar de fumar en 6 meses.
3. *Preparación*: piensa que en 1 mes se planteará dejar de fumar.
4. *Acción*: el fumador ya está dejando de fumar y lleva entre 0-6 meses.
5. *Mantenimiento*: ha dejado de fumar desde hace más de 6 meses.

En función de la fase en la que se encuentre el fumador se realiza una u otra intervención. La recaída no es una fase del abandono y tampoco se considera un fracaso, sino que forma parte del proceso de dejar de fumar; el porcentaje más alto de recaídas se da en los tres primeros meses y también para este momento se realizará una intervención específica.

Figura 11. Modelos de etapas de cambio. (Extraído de: la Versión actualizada de: Prochaska JO, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy*. 1982;19(3):276–88 y Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(3):390–5).



1.1.7.2. Apoyo conductual

Se inicia el apoyo conductual o el asesoramiento psicológico cuando el paciente ya ha decidido que sí quiere dejar de fumar y se encuentra en la fase de acción.

El tratamiento para el tabaquismo se realiza desde hace prácticamente 70 años. Fueron los médicos ingleses, hacia 1950, quienes iniciaron consultas específicas para dejar de fumar. Las técnicas psicológicas han ido evolucionando. En los años 60, se introdujo la

modificación de conducta inicialmente con técnicas aversivas, como retención de humo o fumar rápido (109). Más adelante, en los años 70, se practicaba otra técnica que se basaba en la reducción progresiva de nicotina y alquitrán mediante el cambio semanal de la marca de cigarrillos, reducción del número de cigarrillos, así como cambio en los hábitos asociados al consumo. A principios de los años 80 se dan a conocer los estudios de Prochaska y Diclemente (17); estos autores reconocen que dejar de fumar es un proceso dinámico y asocian a las técnicas psicológicas conductuales, las técnicas cognitivas. Las técnicas Cognitivo Conductuales resaltan las instrucciones para mantener la abstinencia y detención de pensamiento, se instruye al sujeto para que interrumpa el pensamiento y lo sustituya por otro agradable. La motivación es imprescindible para dejar de fumar.

En la guía de práctica clínica del tabaquismo publicada por Fiore et al, actualizada y publicada en el 2010 (110), se pueden ver los resultados de un metaanálisis que incluye 64 estudios, sobre la eficacia de intervenciones que usan varios tipos de asesoramiento y terapias conductuales. Este metaanálisis se realizó en el año 2000 y fue revisado posteriormente con nuevos estudios y la colaboración Cochrane, ya que existía una heterogeneidad considerable dentro de cada tipo de asesoramiento y terapia conductual; se concluyó que aquellos asesoramientos y terapias conductuales que más pueden ayudar a los profesionales como eficacia del estímulo y el apoyo como parte del tratamiento fueron:

- Asesoramiento práctico: resolución de situaciones de alto riesgo y formación en habilidades de afrontamiento.
- Apoyo social durante el tratamiento.

Actualmente, para el asesoramiento psicológico del tabaquismo se utilizan las Técnicas Cognitivo Conductuales (TCC). Los métodos cognitivos incluyen: identificación de desencadenantes y situaciones de riesgo y los métodos conductuales incluyen modelos de distracción, evitación y relajación y el desarrollo de estrategias de afrontamiento: evitar, afrontar o escapar.

Para realizar el tratamiento integral del tabaquismo se introducen los programas de *Tratamiento Multicomponente del Tabaquismo* (TMT). Son programas intensivos que utilizan integradamente todos los elementos de efectividad constatada, siendo particularmente eficaces por su alta intensidad y por combinar técnicas psicológicas y farmacológicas adaptadas a distintos tipos de fumadores (111).

Las características del TMT se detallan en el cuadro 2. Este tipo de tratamientos intensivos lo puede llevar a cabo cualquier profesional con los conocimientos y habilidades necesarias, requiriéndose además disponibilidad y tiempo; todas estas implicaciones son las requeridas para el tratamiento especializado del tabaquismo.

Cuadro 2. Principales características del Tratamiento Multicomponente. (Extraído de Barrueco M, Carreras J. Aplicación clínica del tratamiento multicomponente del tabaquismo. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. 2009. 151–178 p).

- Programa intensivo (múltiples sesiones, larga duración, realizado por diversos profesionales)
- Evaluación y asistencia personalizada: *face to face*
- Soporte social intratratamiento
- Entrenamiento de habilidades y de resolución de problemas.

1.1.7.3. Tratamiento farmacológico

El tratamiento multicomponente del tabaquismo (TMT) se realiza porque se ha objetivado que la combinación de asesoramiento (con todas las características descritas anteriormente) y medicación es más eficaz para dejar de fumar que la medicación o el asesoramiento solos (110), (ver tabla 2).

Tabla 2. Metaanálisis (2008): Eficacia y tasas de abstinencia estimadas de la combinación de asesoramiento y medicación frente a la medicación sola. (Extraída de la tabla 6.22 de Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008. Traducción al español: Guía de tratamiento del tabaquismo. Jiménez Ruiz CA, Jaén CR (Coord.). Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR. Mayo 2010. 278 p.).

Tratamiento	Número de grupos	Razón de posibilidades estimada (IC del 95%)	Tasa de abstinencia estimada (IC del 95%)
Medicación sola	8	1,0	21.7
Medicación más asesoramiento	39	1.4 (1.2-1.6)	27.6 (25.0-30.3)

A todo fumador que desee hacer un intento para de dejar de fumar se le debe ofrecer tratamiento farmacológico, salvo que exista contraindicación para el mismo.

Es fundamental realizar un correcto diagnóstico de las características de cada fumador tal y como se ha explicado en el apartado de Enfermedad y no hábito, para ofrecerle la mejor opción terapéutica.

Actualmente, en España, se dispone de tres fármacos de primera línea aprobados para el tratamiento de la cesación tabáquica (105): terapia sustitutiva con nicotina (TSN), bupropion y vareniclina. Otros fármacos como amitriptilina y clonidina se consideran tratamientos de segunda línea por sus importantes efectos secundarios, que limitan su uso.

1.1.7.3.1. Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN)

La Terapia Sustitutiva con Nicotina ha sido el primer fármaco aprobado para la cesación tabáquica y con el que se tiene mayor experiencia. Se presentan distintas formas de liberar nicotina con una cantidad suficiente como para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia, pero insuficiente como para crear dependencia (112).

Las distintas presentaciones tienen funciones concretas:

de acción sostenida:

- Parches de 24h o 16h al día.

de acción rápida:

- Chicles de 2mg y 4mg.
- Comprimidos de 1 mg y 2 mg.
- Spray bucal 1-2 puffs equivalentes a 1 cigarillo.

El uso recomendado de la TSN es iniciar los parches en el momento que se abandona el consumo de tabaco y se ajusta el requerimiento de las presentaciones de acción rápida según las características de cada paciente.

Una herramienta útil es la de usar la TSN en situaciones que se vea necesario iniciar el fármaco antes del día D o día de abandono (1-4 semanas antes). Otra indicación de uso de la TSN se da cuando un paciente en vez de decidir dejar de fumar de forma brusca prefiere hacerlo progresivamente, es lo que se llama *Método de Reducción hasta Dejarlo* (RHD); (113); en este caso se recomiendan las presentaciones de liberación rápida, sobre todo se usan los chicles, con una indicación muy precisa de cuándo aumentar y qué dosis, a medida que se disminuyen los cigarrillos.

En embarazadas, la indicación para la cesación tabáquica es el apoyo conductual, pero si no se logra se ha de considerar la TSN. Esta estaría relativamente contraindicada en las presentaciones del chicle o comprimidos. Cuando se valora el riesgo/beneficio en aquella mujer embarazada con alto grado de dependencia, es prioritario el abandono del tabaco, en ese caso está indicada la TSN.

La nicotina tiene efecto vasoconstrictor, pero es segura como tratamiento ante cardiopatía estable (114), en situaciones de angina inestable o afectación aguda de infarto de miocardio, los efectos de la TSN siempre son menores que continuar fumando (115).

La recomendación más indicada sería la prescripción de rápida reversibilidad como son los chicles. No obstante, si son necesarios también se incluirían los parches de nicotina con precaución y vigilancia.

1.1.7.3.2. Vareniclina

La vareniclina ha sido el primer fármaco diseñado específicamente para el tratamiento del tabaquismo. Es un agonista parcial de los receptores nicotínicos de acetilcolina (subunidades $\alpha 4\beta 2$). Por su acción agonista produce estimulación de los receptores, con lo que mejora el síndrome de abstinencia y el craving (ganas intensas de fumar). Por otra parte, su papel antagonista produce un bloqueo del receptor, disminuyendo la recompensa asociada al consumo de nicotina (105).

La vareniclina fue aprobada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) en enero 2007. Previamente, en el 2006 se registró por la Agencia del medicamento (EDA: Food and Drug Administration).

Este fármaco se presenta en forma de comprimidos de 0,5 mg y 1 mg. Se inicia con la menor dosis y se va aumentando progresivamente hasta 2mg al día, para facilitar la tolerancia. El tratamiento se completa en 12 semanas. Algún estudio ya ha experimentado la posibilidad de administrar hasta 3 mg al día de vareniclina (116); sobre todo se ha dirigido a los pacientes que no han conseguido el abandono con la dosis habitual. Se ha estudiado también la prolongación del tratamiento incluso hasta 12 meses (117), en los pacientes que no han presentado efectos secundarios y se ha logrado una buena respuesta al abandono total del tabaco.

No se han descrito interacciones farmacológicas, aunque sí se debe reducir la dosis en caso de insuficiencia renal grave. Presenta pocos efectos secundarios y estos generalmente son leves y autolimitados; más raramente es necesario reducir la dosis.

En un estudio de revisión, en forma de metaanálisis, realizado por la Cochrane que incluye 267 estudios con 101804 pacientes, se analizan los tratamientos para la cesación tabáquica (118). En este estudio se concluye que la vareniclina en monoterapia es el tratamiento más eficaz para el abandono del tabaco, superando a bupropion y TSN en monoterapia, y similar a TSN cuando esta se combina entre sí en las distintas formas de presentación.

La recomendación habitual para dejar de fumar con vareniclina se hace una semana después de empezar el tratamiento. El paciente percibe que no es tan agradable fumar como antes, ya no recibe tanta recompensa positiva y ve más fácil y accesible el abandono.

Un estudio ha abierto la posibilidad de recibir una dosis de carga con vareniclina 4 semanas antes de plantearse dejar de fumar (119). Esta posibilidad podría estar indicada en aquellos pacientes en un estado de ambivalencia, por un lado están motivados y por otro

encuentran múltiples razones para no estarlo. También se podría indicar a aquellas personas con enfermedad grave que el dejar de fumar es una decisión imperativa. Experimentarían en primera persona que su cuerpo y mente son capaces de enfrentarse a la nueva situación sin tabaco y lo aceptarían.

No se ha visto que la vareniclina produzca daño cardiovascular, por lo que también se puede administrar a fumadores con enfermedad cardiovascular estable (114).

Poco después del lanzamiento de la vareniclina al mercado, algunos estudios de casos aislados (120), en el 2007, pusieron de manifiesto la presencia de exacerbaciones de enfermedades psiquiátricas. En el mismo año, otro estudio (121) en el que se incluían 111 pacientes con enfermedades psiquiátricas no lo corroboró. Ante la situación de discrepancia entre este tipo de enfermedades y la vareniclina, la FDA añadió una advertencia en la ficha técnica del medicamento en el 2008, poniendo en evidencia la sintomatología psiquiátrica que se podría presentar con el uso de vareniclina; esta decisión ha hecho que muchos pacientes, incluso profesionales, no lo recomendasen aún sin tener patología psiquiátrica conocida.

Para poder asegurar que la vareniclina no es causa de exacerbación en enfermedades psiquiátricas, se realizó el estudio Eagles (122) en el 2016. Este estudio con 8144 pacientes evalúa seguridad y eficacia neuropsiquiátrica de vareniclina, bupropion y TSN frente a placebo, en pacientes con y sin diagnóstico psiquiátrico. Las conclusiones fueron las siguientes (123):

- Abandonar el tabaco no aumenta el riesgo de exacerbación de enfermedad psiquiátrica previamente controlada.
- El tratamiento farmacológico de primera línea del tabaquismo (vareniclina, bupropion y parches de nicotina) no se asocia a un mayor número de eventos adversos neuropsiquiátricos, ni aumenta el riesgo de ideación o conducta suicida en pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos.
- Bupropion y Vareniclina son fármacos eficaces para dejar de fumar en población psiquiátrica y no psiquiátrica.
- Vareniclina se convierte en el fármaco de primera elección con superioridad con respecto a bupropion y parches de nicotina.

Tras este estudio, de nuevo se ha modificado la ficha técnica de la vareniclina (124), aportando los estudios con pacientes afectados de enfermedad psiquiátrica y dando más seguridad en la decisión de tomar la medicación.

Este fármaco ha sido finalmente financiado por el Sistema Nacional de Salud (SNS) en enero 2020 con el nombre comercial de Champix®. Se han publicado múltiples estudios (12) (126) durante los años previos a la financiación, dado que la relación coste/beneficio del tratamiento para el tabaquismo era muy favorable, incluso mayor que para otras enfermedades como la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia, de las que no se podría pensar negar o no financiar el tratamiento. Los intentos para dejar de fumar se multiplican cuando se financia el tratamiento, lo que facilita que un mayor número de

fumadores dejen de serlo. Navarra, como Comunidad Autónoma, pionera ha ido experimentando los beneficios desde 1995 (127) ya que el sistema de salud autonómico lo introdujo en su cartera de servicios para toda la población.

1.1.7.3.3. Bupropion

El bupropion fue la primera medicación no nicotínica que fue eficaz para dejar de fumar. Aprobada por la FDA en 1997 y en España en el 2000 con el nombre comercial Zyntabac®. El bupropion es un antidepresivo atípico y actúa bloqueando la recaptación neuronal de dopamina y noradrenalina. Además, bloquea los receptores nicotínicos acetilcolinérgicos, mejorando los síntomas del Sdm de abstinencia.

Aunque es un fármaco de primera línea para dejar de fumar, su uso se ha visto limitado por el riesgo de interacciones con múltiples fármacos, por su metabolismo hepático a través del citocromo P450 y por el riesgo de efectos secundarios importantes en ciertos grupos de pacientes (105).

Una ventaja sobre los otros fármacos para dejar de fumar es una menor ganancia de peso (128), por lo que es una alternativa en aquellas fumadoras, predominantemente mujeres, en las que sea un problema e incluso un impedimento el ganar peso para dejar de fumar.

Se presenta en forma de comprimidos de 150 mg, dosis inicial hasta llegar a los 300 mg al día. El tiempo total de tratamiento suelen ser 8 semanas, pero con posibilidad de alargarlo hasta 12 semanas. Se puede administrar en combinación con TSN en aquellos pacientes con mayor dependencia al tabaco.

El bupropion es un tratamiento seguro en pacientes con enfermedad cardiovascular (114); no obstante, se ha de valorar los efectos secundarios debido a otras enfermedades de base que tenga el paciente, para evitar incompatibilidades del tratamiento.

Este fármaco también ha sido financiado por el SNS en enero del 2020 con el mismo nombre comercial con el que se lanzó al mercado, Zyntabac®.

Sorprende que se haya tardado tanto en llegar a financiar el tratamiento de la enfermedad del tabaquismo, veinte años después de iniciar el s. XXI, cuando existen estudios del siglo pasado documentando el daño para la salud. Las leyes, aunque contemplan desde sus inicios la salud y progresivamente han ido siendo más específicas para evitar las consecuencias que pueda causar esta droga, no han sido suficientes hasta ahora, para minimizar de una manera eficaz y generalizada esta enfermedad. De hecho, la mera definición de enfermedad conlleva un tratamiento y sólo con la financiación pública se puede llegar a todos los enfermos graves y menos graves (129).

1.1.8. Otras alternativas no farmacológicas del tabaquismo

El Yoga es una técnica milenaria, de origen indio muy presente en los países orientales que permite cultivar la condición física, psíquica y espiritual. En los últimos años se ha dado una expansión de la práctica de esta técnica y ha llegado hasta ser propuesta como terapia complementaria para dejar de fumar (130).

Varios estudios confirman el efecto beneficioso del yoga frente al estrés y la ansiedad (131). Dado que el dejar de fumar provoca ansiedad, por la presencia del síndrome de abstinencia, se podría aventurar que pudiera aportar algún beneficio al fumador.

El estudio realizado en la Universidad de Brown, en Rhode Island, (EE.UU.) (130), se dirige a fumadores con una población final de 227 individuos. Se divide a los participantes en dos grupos, uno recibe clases de yoga y el otro, clases de bienestar, como grupo control. Ambos grupos acuden a las sesiones dos veces por semana, durante 1 hora, además también reciben otra sesión (1h semanal) de terapia de grupo con estrategias Cognitivo Conductuales. Los autores concluyen que el Yoga parece ayudar a algunos fumadores a dejar de fumar, sobre todo aquellos fumadores leves, y que la efectividad aumenta cuanto más frecuentes son las clases y los programas son más duraderos.

Otra técnica de origen ancestral, de veinticinco siglos de antigüedad, es la que en occidente se llama *Mindfulness* su origen está en el budismo. La palabra inglesa no tiene una traducción en castellano, viene de la palabra *Sati, Sati*, en la lengua Pali, versión popular hablada en sánscrito, región donde vivió Buda (132).

En el 2003 Jonh Kabat-Zinn introdujo el mindfulness en occidente (133), en la Universidad de Massachusetts, con la intención de incluirla en psicología y medicina. De hecho, se puede decir que la psicología contemporánea, ha adoptado el mindfulness como una técnica para incrementar la consciencia, y para responder más habilidosamente a los procesos mentales, que contribuyen al desarrollo de trastornos psicopatológicos, y a otro tipo de problemas del comportamiento (134).

Una definición resumida de mindfulness por Kabat-Zinn es: prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar. Algunos componentes que se le atribuyen son: centrarse en el momento presente, apertura a la experiencia y a los hechos, aceptación radical, elección de las experiencias y renuncia al control de los pensamientos, emociones (135).

Con estas características también se ha propuesto el mindfulness como ayuda para el abandono del tabaco. En un estudio aleatorizado (n=88), un grupo recibió entrenamiento en mindfulness y el otro grupo el tratamiento estándar de la sociedad americana de pulmón (136). Recibían el tratamiento semanalmente durante 4 semanas, hora y media por sesión.

Se objetivó que el mindfulness disminuía la cantidad de cigarrillos fumados y por lo tanto los autores concluyen que se puede utilizar como ayuda para dejar de fumar. Otro estudio, aún más actual (137), analiza la relación del mindfulness en combinación con una aplicación en el móvil y el cese tabáquico. No consiguieron disminuir las tasas de abstinencia, pero sí reducir la asociación entre el sdm de abstinencia y el fumar un cigarrillo.

Más alternativas se han postulado también como soporte para disminuir el consumo de tabaco, entre las que se encuentran los micronutrientes (138). En un estudio de 107 pacientes, aleatorizado y controlado con placebo, un grupo recibió minerales y vitaminas y otro grupo cápsulas placebo. Los autores concluyeron que con pocos efectos secundarios y de una manera asequible económicamente, se obtenía un resultado aceptable para reducir el consumo de tabaco. No obstante, aseguran que son necesarios otros estudios y así esclarecer mejor la investigación.

1.2.PROSOCIALIDAD APLICADA

1.2.1. Origen y definición

A. Origen de la Prosocialidad

Los inicios de la Prosocialidad se remontan a 1908, por McDougal, quien argumenta que los comportamientos Prosociales son el resultado de tiernas emociones creadas por el instinto parental (139). No obstante, no es hasta 1964 cuando los científicos empiezan a estudiar los comportamientos Prosociales a partir de un caso infructuoso, el de Catherine “Kitty” Genovese. Esta chica a la edad de veintinueve años fue brutalmente asesinada ante la indiferencia de sus vecinos en Brooklyn, Nueva York, el 13 de marzo de 1964.

El estudio de la Prosocialidad se fue desarrollando desde distintas perspectivas: procesos biológicos, motivacionales, cognitivos, afectivos, procesos sociales implicados. También muchos autores se han interesado en analizar cuándo la gente ayuda a los demás y por qué, qué motivaciones les conducen a realizar una ayuda (140). Según la literatura científica, algunos factores que influyen en la conducta prosocial y que responden al por qué ayudar a otras personas son: el reconocimiento de que existe una emergencia, la identidad de la víctima, los peligros potenciales que encierra la acción, tener o no tener prisa, los estados de ánimo.

Múltiples estudios básicos con ratones, sobre todo, pero también con monos y posteriormente en humanos, han analizado la acción de las hormonas como la oxitocina, la vasopresina, la testosterona, los receptores de los estrógenos y la serotonina en relación con la conducta prosocial (141). En algunos casos es considerada la conducta prosocial como antisocial (142), incluso como inhibición de la agresividad. Así, una conducta es menos agresiva al reducir la testosterona y al aumentar la serotonina, entre otras modulaciones de las hormonas sexuales.

Se ha observado que pacientes afectados de una variante de demencia frontotemporal presentan una conducta anormal, con déficit en la cognición social y alteración en el reconocimiento de las emociones; en algún estudio se ha comprobado que se corrige al administrar oxitocina intranasal (143). También en aquellas personas con trastorno del espectro autista al recibir oxitocina intranasal se ha objetivado un aumento en la confianza, en la generosidad y en las interacciones de cooperación (144). Aún faltan estudios que puedan fortalecer y avanzar en esta perspectiva, no obstante, se vislumbra una tendencia prosocial ante la presencia mayor o menor de determinadas hormonas.

La Prosocialidad surge dentro de la psicología como antónimo de la conducta antisocial. Esta entidad estudia y demuestra los factores y beneficios que las acciones de ayuda,

solidaridad, del dar y compartir, entre muchas otras, tienen para todas las personas, grupos, sociedades que se implican en ellas como autores o receptores (145).

En la década de los 70 el concepto de Prosocialidad fue muy estudiado sobre todo orientado a los niños y jóvenes en edad escolar (146), por los beneficios que aporta en su desarrollo personal e interpersonal; todavía a día de hoy se sigue avanzando en este campo (147): Prosocialidad y adolescencia. El concepto de Prosocialidad ha ayudado también a comprender y ser más operativos en la mejora de la calidad de vida y en las relaciones entre los adultos, incluyendo la relación médico-paciente. En este caso existe una asimetría en el dominio de los recursos y de poder, por lo que se solicita asumir más responsabilidad la persona que la posee y a iniciar prosocialmente a ceder poder, a ceder recursos y a compartir (148).

Algunos estudiosos de la Prosocialidad han querido dar un enfoque, no tanto sobre las motivaciones que subyacen a los comportamientos prosociales, sino en favorecer y estimular para que se realicen y aumenten en calidad y frecuencia tales comportamientos. Con este objetivo nace el Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada (LIPA) en 1984, en la Universitat Autònoma de Barcelona.

B. Definición de Prosocialidad

El concepto de Prosocialidad ha ido evolucionando a lo largo de los años; el que ha sido más consensuado y se acepta actualmente sobre los comportamientos prosociales, es el que los define como: conducta prosocial referida a acciones voluntarias emprendidas para beneficiar al otro, como compartir, dar, cuidar, consolar y ayudar (149). En este contexto algunos autores (150) hablan de tendencia prosocial e incluyen como acciones prosociales: una acción anónima, una acción reforzada por la aprobación de las personas que observan el acto y una acción altruista, considerada como tal aquella motivación interna y gratuita para ayudar a los demás.

La acción de ayudar en algunas ocasiones podría tener una connotación de inferioridad o de dependencia por parte del que la recibe (139). Desde el punto de vista teórico este matiz no supone ningún impedimento, pero no es así cuando se quiere aplicar los comportamientos prosociales a nivel práctico, es decir, realizar una intervención prosocial en un contexto específico. En este último caso se ha de considerar la aceptación y satisfacción del receptor para considerarla prosocial, según algunos autores (151).

El equipo LIPA acuña un término en el que el receptor es el elemento central de la acción prosocial, da una nueva definición de Prosocialidad. En este caso quedan definidos los comportamientos prosociales como: aquellos que, sin la búsqueda de recompensas extrínsecas o materiales, favorecen a otras personas o grupos según el criterio de estos, o metas sociales objetivamente positivas, aumentando la probabilidad de generar una reciprocidad positiva de calidad y solidaria en las relaciones interpersonales o sociales

consecuentes, salvaguardando la identidad, creatividad e iniciativa de los individuos o grupos implicados (151), y, por lo tanto, de los receptores y autores de la acción prosocial.

Para el equipo LIPA (152), la Prosocialidad habita en el terreno del “otro”, se produce un descentramiento del propio espacio psíquico y no es importante qué motivaciones tenía la persona para ayudar. El foco está puesto, no en el que realiza la acción, sino en el comportamiento final, a fin de que este sea realmente efectivo, que el receptor de la ayuda esté satisfecho y que esta ayuda haya sido gratuita. Se podría sintetizar la acción prosocial como “aquella que efectivamente beneficia al otro, tal y como éste desea ser beneficiado”; es decir, teniendo en cuenta sus circunstancias, necesidades, su identidad y su cultura (153).

Cabe considerar que no toda ayuda es prosocial, al menos desde la óptica que incluye al receptor en su definición de prosocialidad. Por ejemplo, si un empleado le lleva un café a un compañero y este lo toma con gusto, hasta ahí es prosocial; si el compañero adquiere una actitud en la que cada día le pide que le lleve el café, cuando no presenta ningún impedimento para hacerlo él mismo, deja de ser prosocial porque se ha formado un vínculo de dependencia; o por ejemplo, si el emisor, con buena intención, realiza una acción de consolar, que el receptor no percibe como ayuda, en realidad lo daña según su circunstancia actual, tampoco se considera prosocial; podría estar dentro del altruismo porque parte de una motivación intrínseca para hacer el bien a los demás y es gratuita, pero no estaría dentro de la prosocialidad que incluye el receptor en su concepto.

Cuando la acción es prosocial es operadora de transformación social (145) ya que provoca círculos concéntricos de positividad en el entorno. La prosocialidad aplicada tiende a generar más prosocialidad, produce beneficios seguros al receptor y este a su vez se puede convertir en autor hacia otras personas. Así la frecuencia social de comportamientos prosociales produciría un efecto multiplicador. Estaríamos frente a una mejora de calidad de las relaciones sociales.

Varios autores han hallado que la Prosocialidad es predictora de la satisfacción de la vida (154), entendiéndose esta como aumento en la autoestima, las acciones positivas en el día a día y la apariencia física. El comportamiento prosocial podría ser un factor adicional que puede ayudar a las personas a disfrutar de su vida a diario, ya que se produce una mejora subjetiva de bienestar, tanto en el receptor como en el autor de la acción prosocial.

1.2.1.1. Regiones cerebrales, Prosocialidad y Empatía

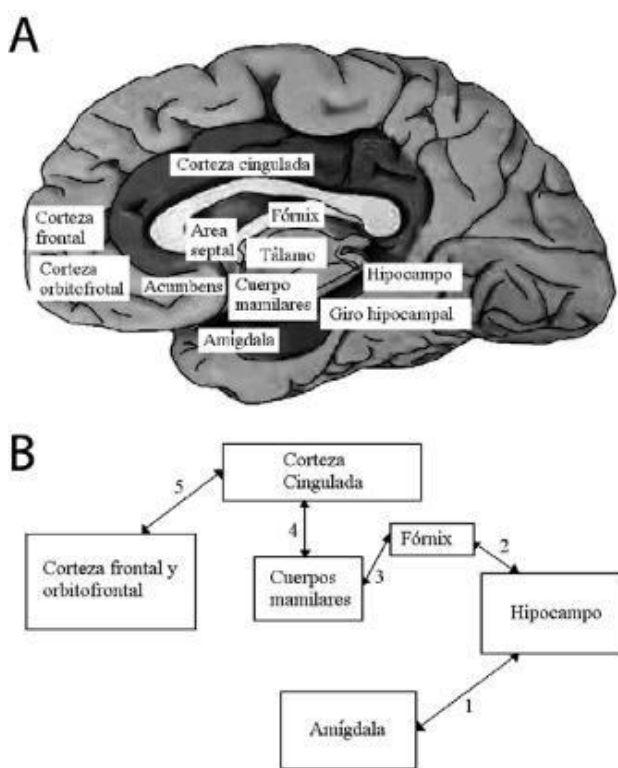
A. Regiones cerebrales y Prosocialidad

Las estructuras cerebrales ayudan a situar anatómicamente cualquier acción, pensamiento o emoción, ya que cada una de estas tres situaciones está presente en la Prosocialidad. En estudios recientes se ha objetivado que los procesos cognitivos, afectivos y culturales (155)

están relacionados con este tipo de conducta, de hecho, los autores concluyen que la conducta prosocial es un fenómeno multidimensional.

A nivel cerebral se halla el sistema límbico (figura 12), que se ocupa de las emociones, de los sentimientos y de la memoria y es decisivo para la supervivencia del individuo. Además, es un grupo interconectado de las estructuras corticales y subcorticales, dedicado a vincular los estados de la emoción visceral con la cognición y el comportamiento (156). Algunas funciones del sistema límbico se pueden apreciar en el cuadro 3.

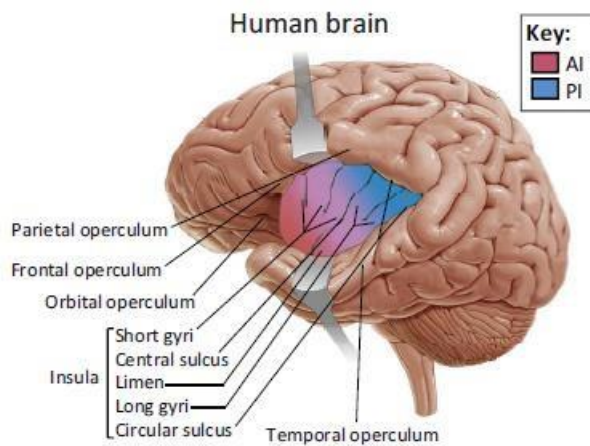
Figura 12. Sistema límbico. A: anatomía del sistema límbico. B: flujo de señales entre las estructuras del sistema límbico que regulan las emociones. (Extraído de: López Mejía ID, Valdovinos de Yahya A, Méndez-Díaz M, Mendoza-Fernández V. El Sistema Límbico y las Emociones: Empatía en Humanos y Primates Limbic System and Emotions: Empathy in Humans and Primates. *Psicol Iberoam.* 2009;17(2):3-5).



Las estructuras de la corteza frontal junto con el sistema límbico, procesan los estímulos emocionales y los integran a funciones cerebrales complejas, las cuales incluyen: decisiones racionales, expresión e interpretación de conductas sociales e incluso la generación de juicios morales, entendiéndose estos últimos como los actos mentales que afirman o niegan el valor moral frente a una situación o comportamiento (157).

Otra estructura cerebral a considerar desde el punto de vista de la Prosocialidad es la ínsula, una parte de la corteza cerebral situada en la profundidad de la cisura de Silvio, en el lugar en el que se unen los lóbulos temporal, parietal y frontal (figura 13). Es el centro de conexión entre el sistema límbico y el neo córtex.

Figura 13. Anatomía de la ínsula. (Imagen extraída de: Namkung, Ho Kim, Sun Hong, Sawa, Akira. The Insula: An Underestimated Brain Area in Clinical Neuroscience, Psychiatry, and Neurology. Trends in Neuroscience. 40, 200–207, 2017).



(AI: parte anterior de la Ínsula, PI: parte posterior de la Ínsula)

Cuadro 3. Descripción de las funciones del sistema límbico con énfasis en regiones como el hipotálamo, la amígdala y la formación hipocámpica. (Extraído de Sebastián J, Torres S, Jair W, Córdoba D, Zúñiga LF, Alberto C, et al. Correlación funcional del sistema límbico con la emoción, el aprendizaje y la memoria. Morfolia. 2015;7(2):29–44).

RESPONSABILIDADES DEL SISTEMA LÍMBICO	
Funciones metabólicas	Funciones de supervivencia
<ul style="list-style-type: none"> Regulación térmica Funciones vegetativas Funciones reproductivas 	<ul style="list-style-type: none"> Emociones y sentimientos Ira y odio Miedo Pasión y tristeza Memoria
HIPOTÁLAMO	AMÍGDALA
Homeostasis del organismo en el desarrollo neuroendocrino y control autónomo.	Se encarga de las emociones y conductas.
FORMACIÓN HIPOCÁMPICA	
Esta formación, permite el desarrollo de la memoria.	

Las principales regiones cerebrales relacionadas con la conducta prosocial son: la corteza, Ínsula Anterior (IA) del hemisferio izquierdo, la amígdala, la unión Temporoparietal (UTP), la Corteza Cingulada Anterior (CCA) y la Corteza Prefrontal (CPF) dorsolateral, así como el núcleo en el tronco encefálico de Edinger-Westphal (158). Varios estudios han comprobado la distinta actividad en estas regiones cerebrales; aumenta la actividad cuando se realizan acciones prosociales en las zonas citadas y disminuye cuando se dan respuestas focalizadas en beneficio propio (159).

Las respuestas agresivas estarían fuera de toda acción prosocial, a menos que estas queden inhibidas y de eso, en parte, se encarga la amígdala ya que es sensible a influencias hormonales (hormonas sexuales, oxitocina...). Sus conexiones bidireccionales con la corteza frontal permiten, tanto que las reacciones emocionales afecten la actividad cognitiva, como que esta (pensamientos, auto-diálogo...) pueda inhibir la actividad amigdalina, facilitando de esta manera la expresión de la conducta prosocial (160). Cabe añadir que el sistema endocrino es un regulador de segunda intención (141), pues las acciones hormonales son más lentas y duraderas que las del sistema nervioso. Por tanto, son una gran aportación para las acciones prosociales.

B. Empatía y Prosocialidad

La empatía es la capacidad para experimentar de forma vicaria (160), es decir, por observación, los estados emocionales de otros. Tiene dos componentes: uno cognitivo, muy relacionado con la capacidad para abstraer los procesos mentales de otras personas, (empatía cognitiva) y otro componente que sería el emocional (empatía emocional), que sería la reacción ante el estado emocional de otra persona (161). Una imagen podría ser: “ponerse en el lugar del otro”, tanto desde el punto de vista cognitivo como emocional.

La empatía es una condición básica para generar conductas y actitudes prosociales y es fundamental en el desarrollo infantil. Entre los 14-18 meses los niños son capaces de realizar acciones prosociales moldeadas por los adultos (162).

Para desarrollar la empatía se debe entrenar la “escucha activa”, escucharse a sí mismo y escuchar a los demás. Además, aparece como respuesta universal e involuntaria, pero esta no se daría si la persona no conociera lo que está sintiendo la otra persona.

Dos procesos automáticos que dependen de la representación interna de uno mismo y del otro son la empatía y la imitación. La corteza temporal superior y la corteza frontal inferior son áreas críticas para la representación de la acción y están conectadas al sistema límbico a través de la ínsula, la cual desempeña un papel fundamental al constituir una vía de transmisión crítica entre la representación de la acción y la emoción (161) (163). El núcleo del tronco encefálico Edinger-Westpal, se encarga del control de la dilatación pupilar, no solo ante respuesta a la luz sino también como respuesta empática. En el reconocimiento de las emociones ajenas (164), por ejemplo, se ha observado que se contraía la pupila de manera significativa ante la presencia de imágenes de caras tristes.

La empatía funciona como un mecanismo modelador y regulador de la conducta prosocial (140) (165), pues es el principal motivador de los comportamientos prosociales.

1.2.1.2. Prosocialidad y conductas adictivas

Las conductas adictivas se pueden ir generando ya tan precozmente como a los 10 años y hasta los 19 años, inicialmente. Es en esta franja de edad en la que los adolescentes son más vulnerables para probar cualquier tipo de sustancias (166). En esta fase de la adolescencia, la corteza frontal cerebral, responsable de la toma de decisiones complejas, está aún en desarrollo, mientras que las áreas cerebrales responsables del proceso de los sentimientos, se hallan en un estadio más avanzado de madurez (167). Por lo tanto, la curiosidad y la presión social empujan al adolescente al consumo de sustancias adictivas, como el tabaco, el alcohol, la marihuana e incluso actos adictivos como son los juegos de azar. Pero, además, se puede decir, que justo es la fase en la que se brinda la oportunidad de realizar la prevención adecuada a los adolescentes.

La conducta prosociales generadora de acciones positivas, de una mejoría en las relaciones interpersonales en el entorno, además propicia resultados favorables en el área de la salud (168). Varios estudios confirman que en el periodo de la adolescencia es crucial la formación y acción en prosocialidad (169). Los adolescentes que frecuentemente actúan de manera prosocial, son más participativos en la escuela y en la realización de actividades extraescolares, que refuerzan su tendencia prosocial e identidad propia (170). Altos niveles de conducta prosocial ayudan a conformar un estilo de vida mucho más saludable en la adolescencia, hecho que repercute en la juventud con una reducción en la probabilidad de caer en el abuso de sustancias adictivas.

Esparza-Reig, con una muestra de 258 adultos jóvenes universitarios valencianos (171), ha podido comprobar que la conducta prosocial actúa como factor protector, frente a los problemas de adicción al juego.

Los estudios sobre Prosocialidad y conductas adictivas se centran más en adolescentes y jóvenes por lo que no existe apenas evidencia sobre la prosocialidad y el tabaquismo en adultos mayores.

1.2.1.3. Categorías de las acciones Prosociales

Los seres humanos son extraordinariamente prosociales (172), los sentimientos positivos promueven y recompensan el comportamiento prosocial a lo largo del tiempo. Así, podríamos hablar de *optimización prosocial*, es decir, mejorar lo que ya existe, entrenarlo y si se requiere, aprenderlo. En definitiva, las acciones prosociales son comportamientos humanos comunes y accesibles que se pueden ejecutar en cualquier tiempo y espacio interpersonal (173).

El Dr. Robert Roche, psicólogo, director y fundador de LIPA, en 1995 propone diversas categorías de acciones prosociales (151), entre las cuales recoge aquellas que la mayoría de la bibliografía especializada considera, (cuadro 4, las cinco primeras) y añade otras nuevas (cuadro 4, las cinco últimas); cada una con una definición operativa acotada (anexo 7).

Cuadro 4. Categorías de las acciones prosociales.

Categorías de las acciones Prosociales

- 1- Ayuda física
- 2- Servicio físico
- 3- Dar y compartir
- 4- Ayuda verbal
- 5- Consuelo verbal
- 6- Confirmación y valorización positiva del otro
- 7- Escucha profunda
- 8- Empatía
- 9- Solidaridad
- 10- Presencia positiva y unidad

La Prosocialidad se ejerce llevando a cabo las diez acciones prosociales, es decir concretando de manera operativa comportamientos para cada una de las categorías, estos han de ser observables, medibles y cuantificables. En la última actualización (173) han quedado unidas las dos primeras categorías: ayuda y servicio físico y se ha completado la segunda con: cuidado a personas.

1.2.1.4. Inventarios de acciones Prosociales

Para profundizar aún más en las categorías de las acciones prosociales y poder disponer de un plan de acción efectivo, se han desarrollado los inventarios de acciones prosociales. Se trata de una herramienta de trabajo que se define como: una lista de comportamientos prosociales operativos que son más deseables y posibles en un contexto o ámbito determinado, elaborado por un investigador, en base al criterio de todas las personas implicadas en el citado ámbito (174). Por ejemplo, en el campo de la educación, serían estudiantes o docentes que desarrollen qué comportamientos son operativos en su contexto; si fuese en el campo de la salud, serían los sanitarios o pacientes, quienes son expertos en ese campo y pueden desarrollar las acciones dirigidas al objetivo consensuado.

Se abre un gran abanico de posibilidades de acciones prosociales que se pueden realizar en un contexto y no son replicables a otros contextos.

La metodología de los inventarios prosociales ha demostrado ser una herramienta útil para el diseño de planes de optimización prosocial dirigidos a cualquier ámbito, donde caben desde comunidades de vecinos, clubes deportivos hasta la vía pública, cárceles o incluso discotecas (174).

Para poder desarrollar el inventario de acciones prosociales se requiere la presencia de un facilitador experimentado, capaz de custodiar aspectos como la autoestima de las personas y del grupo, esto facilita un clima positivo que favorece el trabajo en equipo. El facilitador debe ayudar a aclarar las ideas para conseguir el fin, y para obtener un instrumento que sea útil y evite las interpretaciones inadecuadas.

Procedimiento estándar para la elaboración de un inventario de acciones prosociales (145)
(ver ejemplo, tabla 3)

- 1) Un inventario estándar debería recoger entre 40-70 comportamientos distribuidos en las 10 categorías de las acciones prosociales, es decir, cada categoría tendría entre 4-7 ítems.
- 2) Disponer de una pequeña muestra representativa de personas implicadas en el ámbito que se quiere trabajar.
- 3) Cada persona recibe un guion sobre las 10 categorías y su definición y escriben uno o dos comportamientos correspondientes a cada categoría, para ello responden a la pregunta: ¿qué te gustaría que otros hicieran por ti o qué estarías tú dispuesto a hacer por otros?
- 4) El facilitador recoge todos los comportamientos en una lista acumulativa y depura la lista con un máximo de 7 comportamientos por categoría, mantiene los más distintos entre sí y evita las repeticiones.
- 5) El facilitador convierte la lista en un cuestionario en el cual añade dos columnas a la derecha de la lista, encabezadas con los títulos: *deseable* y *factible*. Cada ítem tendrá que ser evaluado de 0-4.
- 6) El facilitador someterá el cuestionario a una población numéricamente mayor en el ámbito que se esté trabajando.
- 7) Según los resultados, el facilitador seleccionará el inventario prosocial final tratando de integrar aquellos ítems que hayan tenido mayor puntuación.

Tabla 3. Ejemplo de Inventario Prosocial en la relación entre el personal sanitario y los usuarios.

(Extraído de: Escotorín P, Roche R. Cómo y por qué prosocializar la atención sanitaria: reflexiones, desafíos y propuestas. Conclusiones del proyecto Europeo CHANGE. 2011. 170 p.)

Categoría	Ítems	Deseable	Factible
1- Ayuda física	Dejar que se apoye un paciente para que pueda caminar.		
	Ayudar a llevar a alguien al baño.		
2- Servicio físico	Recoger las cosas que se le han caído al suelo a un enfermo.		
	Empujar la silla de ruedas a un enfermo.		
3- Dar (o compartir)	Donar revistas o libros personales a los usuarios.		
	Compartir experiencias vitales con los usuarios.		
4- Ayuda verbal	Orientar a alguien para llegar a una habitación.		
	Explicar el diagnóstico o posología de los medicamentos detalladamente a los pacientes.		
5- Consuelo verbal	Interesarse por el motivo de tristeza ajena.		
	Tranquilizar a una familia de un enfermo que está grave.		
6- Confirmación y valoración positiva del otro	Evitar que un paciente se infravalore a sí mismo.		
	Alabar la eficacia de las actuaciones de los usuarios.		
7- Escucha profunda	Dejar de lado la actividad que se está haciendo para escuchar a un usuario.		
	Mirar a la persona que te está hablando.		
8- Empatía	Preocuparse por los problemas de los usuarios.		
	Interesarse por el estado de los familiares de los pacientes.		
9- Solidaridad	Defender a un usuario que esté en situación de inferioridad.		
	Quedarse con alguien en la habitación cuando esta persona no puede salir.		
10- Presencia positiva y unidad	Preguntar a los usuarios si necesitan alguna cosa sin esperar a que te lo pidan.		
	Compartir experiencias con los usuarios y procurar un ambiente amigable.		

Los comportamientos prosociales no son aquellos que forman parte del trabajo, sino acciones que se hacen gratuitamente para beneficiar o ayudar a otros, sin esperar nada material a cambio y sin estar obligados a hacerlos.

1.2.2. Comunicación con Calidad Prosocial (CCP)

Un proceso comunicativo puede ser eficiente, satisfactorio y además prosocial. La Comunicación de Calidad Prosocial (CCP) entiende la comunicación como un proceso de interacción entre personas que se relacionan, incluso en situación de conflicto y en que al menos, una de ellas, hace el ejercicio consciente y voluntario de estima por el otro, en tanto interlocutor con la misma dignidad (175).

El objetivo de la CCP no es el consenso entre dos personas, sino el de visualizar y comprender desde la perspectiva del otro. Es un discurso intencionado, con especial atención en:

- Los factores previos a la comunicación.
- Los contenidos tratados en la comunicación.
- La conducción del proceso comunicativo.
- Elementos meta comunicativos.
- Factores posteriores al acto comunicativo.

Este modelo de CCP ha sido experimentado como facilitador de autodiagnóstico del propio estilo comunicativo, en el ámbito de la pareja y la familia (176) (177) (178); posteriormente se han ampliado las definiciones y se han adecuado a otros contextos.

A continuación, se presenta una lista de chequeo de 17 ítems (179) (figura 14). Cada factor o ítem dispone de una definición operativa que permite optimizar cada variable con determinados comportamientos y actitudes. Para comprender mejor el modelo se insertan preguntas dirigidas que facilitan la respuesta orientada a lo que se quiere evaluar:

1. Disponibilidad como receptor.

¿Estoy siempre disponible? ¿Suelo interrumpir momentáneamente mis actividades para atender positivamente a quien me dirige la palabra?

2. Oportunidad como iniciador.

¿Soy oportuno? ¿Tengo en cuenta si el otro tiene tiempo o no, si el momento y el lugar, incluso el humor es oportuno antes de hablarle?

3. Vacío de uno mismo.

“Vacío de mí mismo para acoger totalmente al otro”. ¿Siente el interlocutor que sus intervenciones merecen toda mi atención?

4. Vivir el presente con plenitud.

¿Vivo bien el momento presente? ¿Saco a relucir situaciones “del ayer” o “del mañana” para discutir sobre “el ahora”?

5. Empatía, reciprocidad y unidad.

¿Me percibo como una persona empática? Cuando me hablan, ¿suelo dar señales de respuesta verbal y no verbal para que el otro sienta que estoy comprendiendo plenamente?

6. Confirmación de la dignidad del otro.

¿Me ocupo de confirmar a mis interlocutores? Cuando me hablan de algo positivo, ¿suelo sonreír para acoger lo que se me dice? ¿Miro a los ojos a mi interlocutor?

7. Valoración positiva del otro.

¿Valoro positivamente a mis interlocutores? ¿Reconozco los esfuerzos y capacidades del otro? ¿Valoro positivamente el trabajo de mis colegas incluso delante de terceros?

8. Escucha de calidad.

¿Escucho con calidad? ¿Lo miro a los ojos y oriento mi cuerpo dirigido hacia él o ella? ¿Ratifico verbalmente o con gestos que estoy escuchando?

9. Emisión de calidad.

¿Digo lo justo en el momento preciso? ¿Cuándo hablo rápido estoy atento, a que el otro logre seguir la idea?

10. Aceptación de lo “negativo”.

¿Soy capaz de asumir, aceptar rasgos que considero negativos del otro y acepto aquello que el otro ve de negativo en mí, sin que interfiera en la comunicación?

11. Resolución de conflictos desde una perspectiva positiva.

¿Transmito reconocimiento humano de su dignidad a mi adversario eliminando mis propios estereotipos?

12. Elaboración compartida de las decisiones.

Antes de discutir un tema complejo con mis compañeros ¿me preocupo de fijar reglas claras y consensuadas de interacción?

13. Información suficiente, no excesiva, pertinente, relevante y frecuente.

¿Me recriminan los demás que no comparto todo lo que me pasa, o que lo hago de manera demasiado sintética o demasiado extensa?

14. Apertura y revelación asertiva de las emociones positivas y negativas.

¿Comunico frecuentemente mis emociones positivas? ¿Revelo cautamente y en los momentos adecuados mis quejas?

15. Verificación y control del proceso comunicativo.

Frente a un tema polémico me pregunto ¿qué he entendido yo? o ¿Qué quisiste decir tú? ¿Estamos entendiendo lo mismo cuando usamos esta palabra?

16. Explicitación prosocial de las reglas.

¿Prefieres siempre tomar tú las decisiones o te gusta decidir con los demás? El desafío no es explicitar las reglas, sino explicitarlas prosocialmente.

17. Cultivar un objetivo empático concreto.

¿Me ocupo de proporcionar, al menos, retroalimentación específica, en el tiempo, a mis amigos, familiares, colegas, que les indique el interés existente en sus temas personales?

Figura 14. Cuestionario de Comunicación de Calidad Prosocial. (Extraído de: Escotorin P. Comunicación con Calidad Prosocial en comunidades educativas. En: Prosocialidad nuevos desafíos. Métodos y pautas para la optimización creativa del entorno. 2010:51–72).

		CUESTIONARIO sobre la CALIDAD de la COMUNICACIÓN									
Modos	Factores Influyentes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Previos a la comunicación	1. Disponibilidad como receptor.										
	2. Oportunidad como iniciador.										
Durante el proceso	3. Vacío de uno mismo.										
	4. Vivir el presente con plenitud.										
	5. Empatía, reciprocidad y unidad.										
	6. Confirmación de la dignidad del otro.										
	7. Valoración positiva del otro.										
	8. Escucha de calidad.										
	9. Emisión de calidad.										
	10. Aceptación de lo "negativo".										
	11. Resolución de conflictos desde una perspectiva positiva.										
	12. Elaboración compartida de las decisiones										
Contenidos	13. Información suficiente, no excesiva, pertinente, relevante y frecuente.										
	14. Apertura y revelación asertiva de las emociones positivas y negativas.										
Metacomunicación	15. Verificación y control del proceso comunicativo.										
	16. Explicitación prosocial de las reglas.										
Posterior al acto comunicativo	17. Cultivar un objetivo empático concreto.										

Lo central en este proceso comunicativo es tener una gran motivación al cambio, capacidad de autocrítica y perseverancia ya que ningún cambio es automático. Es muy útil realizar por primera vez el autodiagnóstico pensando en un ambiente conocido, familiar o de amigos donde uno no se siente amenazado o cumpliendo un rol. En el ambiente de trabajo pueden surgir muchas variables complejas: de poder, conflictos latentes, intereses

económicos... Al realizar el autodiagnóstico se identifican los propios puntos débiles y fuertes.

Se ha demostrado en el transcurso de todos los proyectos desarrollados desde la prosocialidad aplicada (152), que la promoción de una CCP a través de espacios formativos y con metodología especializada, incide directamente en la satisfacción, éxito o ajuste de las relaciones interpersonales y dentro de las organizaciones.

1.2.3. “Focus Group” Participativo desde un enfoque prosocial

“Focus Group” (FG) se traduce al castellano como “Grupo Focal”; no obstante, en el presente trabajo se usará el término en inglés “Focus Group”.

El FG es una técnica que se aplica por el investigador, que tiene como objetivo recopilar información sobre un tema específico a través de un debate participativo entre los participantes, reunidos en un lugar concreto y durante un cierto período de tiempo (180). La investigación que se realiza en el FG utiliza explícitamente la interacción como parte de su metodología (181). También se destaca el FG como una estrategia apropiada de investigación que tiene como objetivo entender las experiencias de grupo y la transformación de la realidad (182).

La Universidad Católica de Valparaíso (Chile) y el equipo LIPA han trabajado juntos en el proyecto SPRING (183) sobre “Responsabilidad Social a través de intervenciones prosociales para generar oportunidades equitativas”. En este proyecto han puesto en práctica el FG participativo desde un enfoque prosocial. En el mismo se incluye un modelo de investigación orientado al cambio, no “de los otros” sino “con los otros” (184). Es la *Investigación Acción Participativa (IAP)*, metodología básica de la prosocialidad aplicada.

La IAP se define como forma de investigación colectiva, auto-reflexiva y colaborativa de los miembros de un grupo comprometido e interesado en un tema que les afecta. Con un propósito, que es acción (cambio) e investigación (comprensión del fenómeno) al mismo tiempo (183) (185), para la IAP el investigador es experto en la parte metodológica y los sujetos son expertos en su contexto; se eliminan ambos roles, de investigador y de sujetos, ya que se concibe el proceso de investigación como un encuentro entre expertos a la par.

Un FG puede constituir un espacio creativo de producción de conocimiento; está a cargo de dos especialistas: un facilitador que genera diálogo, hace las preguntas y genera un clima prosocial y además un asistente especializado. El asistente y el facilitador son un equipo compacto que trabaja previamente y posteriormente a las sesiones del FG. Ambos mantienen una relación horizontal, recíproca y de flujo circular de información con todos los participantes. Para evitar la asimetría entre el facilitador y el asistente, ya que a veces son docente - estudiante o médico - paciente, se puede aplicar la *metodología PILT*:

“Prosocial Interactive Learning Teaching” (Enseñanza-aprendizaje prosocial interactiva) (apartado 1.2.3.2).

Ejemplo de fases de un FG:

- Selección e invitación de participantes:
 - Personas con capacidad crítica, analítica y expertos en el tema que se va a tratar. Aunque hay una selección previa, la participación es necesariamente voluntaria.
 - La invitación ha de ser atractiva, personalizada y clara. Por ejemplo: “te invitamos a participar en una sesión de diálogo en la que tu opinión ayudará a elaborar un proyecto de impacto social”.
- Preparación del espacio:
 - La elección del lugar no es un tema secundario. El facilitador y el asistente preparan el lugar del trabajo con anticipación, comprobando la acústica, la luz, música ambiental, preparan una pequeña merienda con bebidas, dulce y salado. Dejan las sillas dispuestas de manera circular o alrededor de una mesa redonda, facilitan materiales accesibles para todos y paneles grandes para la metodología de trabajo.

Como todo FG se debe estructurar sobre la base de preguntas y respuestas y para ello se puede recurrir al método de: *Visualización Participativa Prosocial*.

1.2.3.1. El método de Visualización Participativa Prosocial (VPP)

Trabajar en equipo requiere siempre un coste personal adicional, dado que las personas son distintas, con sensibilidades diferentes, frecuentemente hay una implicación mayor o menor por parte de cada uno de los participantes; en algunas ocasiones, puede ser complicado si además hay temas que impliquen a todos con opiniones dispares.

En muchas ocasiones, y cada vez más, se pone el acento en la opinión y aportación de cada una de las personas que forman parte del equipo, para llevar adelante cualquier proyecto común con el conocimiento de todos. Con el objetivo de poner juntas y considerar todas las opiniones, es muy útil que una persona experimentada en gestión de grupos facilite el proceso; esto es lo que ha llevado a la búsqueda de metodologías que aporten herramientas para cubrir esta necesidad.

El “Método de Facilitación” con metodologías simples de visualización y participación es una mezcla de técnicas de planificación, de dinámicas de grupo y dirección de discusiones; se incluye también en la psicología social, la sociología, administración y organización de empresas (186). Además, este método didáctico es utilizado por universidades, profesionales del campo de la educación, ONG, etc.

El método fue elaborado y perfeccionado en Alemania hacia los años 70 (187) para satisfacer las necesidades de una empresa consultora que buscaba solución a las

dificultades con sus clientes. Este método mejora la participación de todos los asistentes y aporta ventajas evidentes, ya que las decisiones no son impuestas sino construidas con el colectivo, lo que favorece una implementación eficaz de las decisiones y se aumenta el grado de aceptación.

El aporte de la facilitación es que el intercambio comunicativo no es solo auditivo, sino que se representa visualmente y la discusión se hace por escrito. Se parte de un gran papel en blanco y tarjetas de diferentes tamaños y colores (187). Todos los participantes tienen la misma cantidad de tarjetas y las mismas reglas y todas las ideas se visualizan. El facilitador ayuda a visualizar y ordenar los contenidos expresados en las distintas tarjetas, de acuerdo con lo que los demás consideren relevante.

En LIPA se emplea el modelo de Facilitación desde hace más de 10 años. Al poner en práctica este método han constatado los beneficios prosociales que comporta en sí mismo y se han implementado aportes de la prosocialidad y de la CCP; por este motivo se le denomina: *Visualización Participativa Prosocial (VPP)* (187).

En la VPP, como variación de la facilitación, el moderador o facilitador aplica los factores del modelo de la CCP en el intercambio comunicativo, canaliza las energías del grupo hacia la unidad, conservando y respetando las diferencias, puede gestionar los conflictos de manera positiva, beneficia la comprensión recíproca y empodera a los participantes en las propias opiniones a través de paráfrasis.

Este modelo de la VPP es una alternativa y una aportación más a otros métodos de gestión de grupos existentes como Metaplan (188) (189) u otros métodos cualitativos con el mismo objetivo.

1.2.3.2. Metodología PILT (Prosocial Interactive Learning Teaching)

Para facilitar un diálogo horizontal, prosocial entre profesores y alumnos surgió la metodología PILT, de las siglas en inglés: “Prosocial Interactive Learning Teaching”, en castellano se traduce como: “enseñanza-aprendizaje prosocial interactiva”. Pronto se vio la posibilidad de transferir esta metodología a otros contextos para constituir un modo de operativizar las relaciones entre individuos, con el fin de llevar adelante un proyecto común (190). El método se implementa con la aplicación de la CCP.

En definitiva, para poder presentar las distintas sesiones en un FG es muy útil que los asignados o responsables de la conducción de las sesiones se conozcan previamente y lleguen ya cohesionados desde el punto de vista del trabajo en equipo, de relación interpersonal, de disposición de herramientas previamente experimentadas y acordadas, todo ello favorecerá el clima positivo y una andadura eficaz y exitosa para todos los participantes.

Principios básicos para la aplicación de PILT:

- Es necesario preparar a conciencia las sesiones y evaluaciones posteriores.

- El equipo que llevará a cabo las sesiones debe estar formado por al menos dos instructores.
- La relación entre ambos instructores debe ser óptima. Si no es así, es necesario utilizar el proceso para optimizarla.
- Al principio es necesario establecer un líder de los dos, que será el investigador principal y distribuir consecuentemente los temas a tratar y el tiempo aproximado de las intervenciones.
- Es conveniente desarrollar una combinación adecuada entre la planificación y la improvisación en función de la audiencia.
- Cuando se explica el método de Comunicación de Calidad Prosocial, sirve mostrar la práctica mientras se expone la teoría, es decir: escuchar, mantener contacto visual con el otro instructor, la toma conjunta de decisiones, etc.
- Complementar las ideas del otro, asegurándose de que ha acabado de expresar su idea.
- Quien escucha ha de mantener contacto visual con el orador en un 70 %.
- Nunca se han de dar afirmaciones directas, se ha de ser proactivo teniendo en cuenta la perspectiva de los “otros”.
- Ser consciente de auto- examinarsen los factores de calidad de la comunicación.
- Los instructores deben impregnar su estilo discursivo de los factores del modelo de CCP.
- Las intervenciones deben caracterizarse por la espontaneidad controlada.
- Antes de interrumpir al compañero con el que se realiza el PILT, es necesario introducir la interrupción con mensajes anunciadores o con signos no verbales.
- Usar variedad de ejemplos derivados de la interacción entre ambos o con el grupo e intentar no usar ejemplos reiterativos.
- Utilizar la meta-comunicación frecuentemente para hablar de cómo se está aplicando la calidad de la comunicación.

Algunos beneficios de PILT (187) son que reduce las relaciones de poder, aumenta las relaciones horizontales y la colaboración con los colegas, disminuye el monopolio de un único líder, aumenta la creatividad en el diseño de los programas, da dinamicidad a la sesión y ayuda al contraste de significados.

1.2.4. Aplicaciones en distintas áreas y proyectos en marcha

A. Aplicaciones en distintas áreas

La prosocialidad aplicada o la optimización prosocial que nace de la Universitat Autònoma de Barcelona, ha alcanzado múltiples ámbitos de actuación: educativo, penitenciario, sanitario, político, social, organizacional y empresarial. En todas las intervenciones se ha utilizado la Investigación Acción Participativa (IAP) y las metodologías de la VPP, como aporte metodológico de la Prosocialidad en facilitación de grupos.

Otros campos que se han estudiado bajo este mismo prisma como trabajos de final de máster, de grado y de licenciaturas son: redes sociales, ética y filosofía, deporte, salud (disfunciones tiroideas) y logopedia (152).

Incluso se puede pensar en la ecología desde la Prosocialidad (191). Las relaciones humanas en el proceso y actuación para la preservación del planeta son básicas, pues los seres humanos, son los máximos responsables de la preservación y optimización de todos los ecosistemas. Para conseguir retos importantes, como evitar la continua destrucción del cambio climático, se necesita una coordinación y cooperación entre las personas, es decir relaciones interpersonales que conlleven vínculos positivos, para facilitar el avance prosocial en los supuestos ecológicos.

B. Proyectos en marcha

Los proyectos europeos que actualmente están en marcha desde LIPA (192) en asociación con otras instituciones son:

- *Eco-IN* 2019-2022 Italia, España, Lituania, Rumania y Bélgica

El propósito del proyecto ECO-IN es la mejora de las políticas y prácticas de educación inclusiva, desde la escuela primaria hasta la secundaria inferior, a través de la participación activa de todos los principales interesados en educación. Se trabaja para combatir la segregación y la radicalización.

- *PATH* 2019-2021 Chequia, Italia y España.

PATH es un proyecto que se aplica en escuelas de educación primaria e infantil. Se está probando un programa educativo, para prevenir las adicciones desde edades tempranas.

- *FEEL* 2019-2020 Chequia, Bulgaria, España e Italia.

FEEL es un proyecto que propone un modelo de formación innovador en el territorio, con didáctica participativa. Ofrece conocimientos, habilidades y herramientas para profesionales del ámbito sanitario y policial; trabajan directamente con mujeres que viven en situación de violencia machista.

Existen otros muchos proyectos ya finalizados que ayudan a sacar conclusiones sobre temas muy variados como: niños y niñas a los que la vida les ha colocado en situación de

ser testigo de violencia doméstica, acciones dirigidas a personas con necesidades educativas especiales, cuidadores domiciliarios de personas mayores, personas con discapacidad visual.

Dado que no hay ámbito humano que no pueda ser optimizado en su Calidad Prosocial, se puede pensar, que progresivamente se irán alcanzando aún más campos que favorecerán un tejido social, rico en las relaciones interpersonales. Éstas estimularán el desarrollo humano en todas sus vertientes de una manera equitativa y accesible a todas las personas.

1.2.5. Medidas de Prosocialidad

El estudio y la búsqueda de los métodos de evaluación de la Conducta Prosocial es relativamente nuevo, de este siglo XXI.

Distintos estudios se han realizado para medir la prosocialidad, diez han sido recogidos recientemente en un metaanálisis (162), estudios comprendidos desde el año 2000 hasta el 2016. El objetivo ha sido conocer la eficacia de la promoción de la Conducta Prosocial. La población que se ha estudiado han sido niños y niñas, chicos y chicas entre 8-18 años, con una $n= 3020$. El resultado que se ha obtenido es una eficacia moderada en la promoción de la prosocialidad. Analizando los límites del estudio resaltan una heterogeneidad en cuanto a estrategias para abordar la prosocialidad, diversidad en los instrumentos utilizados, el no haber realizado subgrupos de edad en la población, aparte de la dificultad para abordar distintos contextos sociales y culturales.

El Dr. Manuel Martí-Vilar, profesor de Psicología y otros autores, han publicado una revisión sistemática, que incluye el año 1900 y hasta el 2017. En esta revisión exhaustiva han hallado 16 instrumentos de medida, distintas escalas o cuestionarios para medir la prosocialidad (193). La mayoría de escalas analizadas se han dirigido a niños, adolescentes y jóvenes. Algunas áreas distintas tratadas para medir la Conducta Prosocial, han sido la seguridad vial, personas con discapacidades; en este caso existen algunas escalas, pero se necesitan otras más para poder medir cómo van evolucionando, por ejemplo, las personas afectas de autismo. Sobre la rehabilitación en la prisión hay múltiples trabajos, pero aún falta encontrar algún instrumento para evaluar la implementación de los distintos programas. También se añaden a la carencia de instrumentos de medida, aquellos dirigidos a gente mayor, no obstante, existen proyectos y actividades que promueven la comunicación y la Conducta Prosocial, mejorando así la calidad de vida de este grupo de población (145).

Para medir los constructos prosociales se puede actuar desde una visión más general o más dirigida y existen diferencias entre la Conducta Prosocial global y la practicada en situaciones específicas (194). En un estudio que ha analizado los parámetros psicométricos de una escala para evaluar la prosocialidad en adultos ($n= 2574$), los resultados fueron muy

satisfactorios (195) en cuanto a los análisis de fiabilidad y validez. No obstante, al presentar los 16 ítems con una característica muy generalizada, por ejemplo: me complace ayudar a mis amigos o colegas en sus actividades, trato de ayudar a los demás, soy empático con aquellos que lo necesitan, trato de consolar a las personas que están tristes; se dirigen a contextos sociales distintos con diferentes motivaciones, sin concretar necesariamente el tipo de grupo al que va dirigido. En cambio, cuando se propone una conducta prosocial específica, se puede estudiar en grupos concretos, cómo resulta en la familia, con los amigos, con gente extraña (150).

Un estudio reciente realizado en Argentina con 492 adolescentes (195), analiza una escala de 30 ítems, basados en su mayoría, en las categorías de acciones prosociales que propuso el Dr. Robert Roche (151). Este estudio ha objetivado que la escala analizada posee diferentes evidencias de validez y fiabilidad, y, por lo tanto, podría utilizarse para evaluar los comportamientos de ayuda en adolescentes escolarizados.

Hay que seguir trabajando en prosocialidad para darla a conocer y para ir entendiendo las escalas que sirven en los distintos grupos de la población, según las características que los aúna.

1.3. VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDÍACA

1.3.1. Herramienta útil en medicina

La Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca (VFC) se define como la variación que ocurre en el intervalo de tiempo entre latidos consecutivos (197). Se conoce desde los años 60 que la VFC es un marcador cuantitativo del balance autonómico o Sistema Nervioso Autónomo. Wolf y colaboradores en 1977 encontraron la asociación entre la disminución de la VFC y el alto riesgo de mortalidad tras el infarto (198). En 1989, Arai y colaboradores estudiaron el comportamiento de la VFC durante la actividad física. Los deportistas tienen una mayor VFC que las personas sedentarias (199). En un artículo de revisión del 2011 se afirma que la VFC baja en situación de estrés, se puede utilizar también para el diagnóstico de neuropatía diabética y como valor pronóstico de pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM), asociado al riesgo cardiovascular y la muerte súbita (200). Estudios más recientes confirman la utilidad de la VFC en la estratificación del riesgo de presentar una sepsis (201).

Así pues, la VFC se usa como herramienta en Medicina para evaluar la respuesta del sistema nervioso autónomo en relación con algún acontecimiento, que directa o indirectamente produzca cambios cardiovasculares. Se pone en evidencia una alerta fisiológica que si se controla podría evitar consecuencias deletéreas.

La estimulación simpática produce taquicardia y disminuye la VFC. La estimulación parasimpática provoca la liberación de acetilcolina produciendo bradicardia y aumentando la VFC (197).

¿Cómo se evalúa la Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca?

Para poder estudiar qué ocurre en el tramo entre latido y latido cardíaco, es decir, la VFC se utilizan varios métodos (197).

- *Métodos en el dominio del tiempo.* Considera el tiempo entre latido y latido (R-R), para ello utiliza la estadística que se basa en promedios y desviaciones estándar.
 - *SDNN* en milisegundos (ms): Desviación estándar de todos los intervalos R-R.
 - *SDANN* (ms): Desviación estándar de los promedios de intervalos R-R de segmentos de 5 minutos, de un registro total.
 - *Índice SDNN* (ms): Promedios de las desviaciones estándar de los intervalos R-R de segmentos de 5 minutos, de un registro total.

- *RMSSD* (ms): Raíz cuadrada del promedio de la suma de las diferencias al cuadrado, entre intervalos R-R adyacentes.
 - *NN50*: Número de diferencias entre intervalos R-R adyacentes, mayores de 50 ms.
 - *pNN50* (%): Porcentaje total de las diferencias entre los intervalos R-R adyacentes, mayores de 50 ms.
- *Métodos en el dominio de la frecuencia.* Cuando el fenómeno a estudio es periódico, como es el caso del intervalo R-R, se puede analizar en función de la frecuencia. Se asume que es un fenómeno ondulatorio y por ello se utilizan herramientas matemáticas que estudian las ondas. El tacograma es un gráfico que muestra el comportamiento de la frecuencia cardíaca en el tiempo; este se asemeja a una onda compleja y para estudiarla se requiere el análisis espectral. Los componentes espectrales del tacograma son los siguientes:
- *LF (Low Frequency)* (ms²): componente de baja frecuencia que se ha asociado con la modulación del sistema nervioso simpático y parasimpático.
 - *HF (High Frequency)* (ms²): componente de alta frecuencia que se asocia más específicamente con el sistema nervioso parasimpático.
 - *VLF (Very Low Frequency)* (ms²): componente de muy baja frecuencia, queda menos definida la relación con el Sistema Nervioso Autónomo.
 - *LF/HF*: relación reflejo de modulaciones del sistema nervioso simpático.

Estos componentes de la VFC normalmente se miden en valores absolutos (ms), pero también pueden medirse en *unidades normalizadas* que representan el valor relativo de cada componente, en proporción a la potencia total.

1.3.2. Relación entre la Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca y el tabaquismo

Se conoce, por estudios de los años 90, que el fumar causa disminución transitoria y crónica en el control vagal, por lo que se asocia con una reducción de la Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca (VFC) (39).

La nicotina es un estimulador del sistema nervioso autónomo, concretamente aumenta el tono simpático y su dependencia reduce la VFC. Existen estudios para conocer la relación entre la VFC y la intensidad del tabaquismo (41). También se conoce que el Tabaco de Segunda Mano (TSM), y en general la exposición al humo del tabaco ambiental, provoca una disminución de la VFC (202) (203).

Muchas personas fumadoras presentan taquicardia, otras no y de hecho, aunque la conciencia sobre los peligros que acarrea el fumar se conocen sobradamente, en muchas ocasiones se hace caso omiso, incluso padeciendo ya enfermedades crónicas graves de cualquier tipo: respiratorias, cardiovasculares, oncológicas. En gran parte, el no poder dejar de fumar solos, es decir, sin ayuda, es debido a la dependencia física y psíquica producida por el tabaco. Esta no permite basarse en la única alternativa que repetidamente usan estos pacientes y su entorno se lo repite una y otra vez: falta la voluntad de querer dejar de fumar. Por este motivo y encarecidamente, se hace necesaria la ayuda del profesional para abordar esta enfermedad en su conjunto.

Un dato más que puede contribuir a poner en evidencia las consecuencias del tabaquismo, por ejemplo, las cardiovasculares, es la medición de la VFC. El poder mostrar la diferencia de los resultados entre fumadores o en contacto con el humo del tabaco y no fumadores o sin contacto con el humo del tabaco, podría ser un incentivo añadido que refuerce el proceso de dejar de fumar.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1. Planteamiento del problema y justificación del estudio

Desde la década de los 50 del siglo pasado, existe como enfermedad el tabaquismo, pero aún en la actualidad hay profesionales con bata blanca que fuman y pacientes con enfermedades graves que desconocen que existe la posibilidad real de dejar de fumar. En múltiples ocasiones los médicos u otros profesionales sanitarios, se les recomienda a estos pacientes: “dejar de fumar”, sin orientaciones concretas de derivación a una consulta específica, en la que es posible dedicar tiempo y recursos para conseguir el éxito.

Muchos de los pacientes afectos de tabaquismo tienen muy baja la autoestima porque ya han intentado dejar de fumar en repetidas ocasiones y no lo han conseguido. Además, el entorno familiar y social no confía en él o en ella, justamente por no haber logrado el objetivo propuesto de abandonar definitivamente el tabaco. Es necesaria la ayuda profesional que sustente el proceso de dejar de fumar.

En el mundo, sigue muriendo hoy gente cada cuatro segundos por las consecuencias deletéreas del tabaco. Aunque se está trabajando desde la OMS y otras entidades, además de tantos países implicados, con propuestas de cambio en las distintas políticas, aún no es suficiente. Son necesarios más profesionales y todos aquellos sanitarios que entran en contacto con cualquier fumador, deberían ayudar a orientar el tratamiento de esta devastadora enfermedad.

Las enfermedades causadas por el tabaco también aparecen incluso tras 20 años de haber iniciado el hábito, que poco después se convierte en enfermedad. Dado que la población tiene una mayor esperanza de vida, se espera que en los próximos años haya una creciente carga asistencial por las enfermedades crónicas y muchas de ellas originadas por el tabaco.

Por lo tanto, se hace patente el interés de acelerar la aplicación y divulgación del tratamiento del tabaquismo.

El tratamiento del tabaquismo requiere inicialmente una ayuda psicológica, para cubrir la dependencia psíquica. Esta se mantiene de manera constante durante todo el programa de tratamiento e inmediatamente los pacientes reciben tratamiento farmacológico, para cubrir la dependencia física.

Los elementos principales para el asesoramiento psicológico son: empatía, incremento de la motivación, de la auto-eficacia y de la auto-estima, estos están incluidos en la Conducta Prosocial. La prosocialidad aplicada es una herramienta nueva que se quiere proponer para

la enfermedad en cuestión, como asesoramiento psicológico para dejar de fumar, y así disponer de otra alternativa para hacer frente al tabaquismo.

Hasta la actualidad, se han aplicado las Estrategias Cognitivo Conductuales (ECC) en las consultas monográficas de tabaquismo, pero parece conveniente testar la eficacia de la aplicación de la Conducta Prosocial, pues esta se basa en comportamientos que benefician al otro y que tienen en cuenta sus circunstancias, necesidades, identidad y cultura. El tiempo transcurrido para mantener la abstinencia lo empeñaría en acciones dirigidas hacia los demás y no solo comportamientos hacia sí mismo, que son los que se aplican principalmente en las ECC.

La Prosocialidad y la adicción al tabaco es un campo aún no explorado fuera de la adolescencia y adultos jóvenes. La Prosocialidad se puede enfocar, desde el punto de vista de la enfermedad del tabaquismo, como tratamiento específico, en forma de asesoramiento psicológico en adultos.

Toda información útil que se pueda facilitar al paciente que ha decidido dejar de fumar es necesario no descartarla, ya que es posible ofrecerle recursos para que pueda entender, integrar y asimilar el porqué de la dificultad de dejar de fumar. El individuo debe saber que esta dificultad no se explica únicamente por motivos sociales, personales y de dependencia, sino que está ligada también a una disfunción de su Sistema Nervioso Autónomo, relacionado con la Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca.

2.2. Hipótesis

Considerando que:

- El tratamiento del tabaquismo requiere cambios comportamentales, sobre todo durante el periodo del Sdm de abstinencia y que, en muchas ocasiones, es motivo de conflictos con la pareja, los hijos y los amigos.
- La Comunicación de Calidad Prosocial (CCP) trabaja el pensamiento, ocupa el tiempo en una actividad muy habitual, como es la comunicación entre personas cercanas y mejora las relaciones interpersonales.
- El síndrome de abstinencia dura entre 3-5 minutos de media y es más frecuente durante las primeras semanas, para ir disminuyendo posteriormente en frecuencia e intensidad.
- Durante los minutos que dura el síndrome de abstinencia es importante hacer algo con las manos, que distraiga el pensamiento y elimine el automatismo que el fumador tiene de llevar la mano a la boca.
- La Prosocialidad es predictora de la satisfacción de la vida.
- El conocer cómo responde en el propio organismo el Sistema Nervioso Autónomo, puede ayudar a entender la gravedad de la dependencia al tabaco.

Se plantea la siguiente hipótesis de trabajo:

Puede hipotetizarse que el modelo prosocial podría aplicarse en la consulta de tabaquismo, entrenando la Comunicación de Calidad Prosocial e implementando acciones prosociales en el día a día del fumador. Además, parece razonable esperar que la implicación del fumador en el tratamiento de su enfermedad, mejore tras conocer que la adicción al tabaco modifica la Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca.

2.3. Objetivos

OBJETIVO PRINCIPAL:

1. Detectar adherencia a la prosocialidad aplicada como asesoramiento psicológico para dejar de fumar.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

1. Detectar si hay diferencias significativas entre los dos asesoramientos psicológicos (asesoramiento Cognitivo Conductual y asesoramiento Prosocial) y el proceso de dejar de fumar.
2. Determinar si existe una relación entre la dificultad para dejar de fumar en los pacientes con mayor intensidad del tabaquismo y mayor dependencia de la nicotina y la disminución de la Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca.

3. METODOLOGÍA

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño del estudio y población a estudio

Se ha diseñado un estudio prospectivo, experimental y aleatorizado en el que la intervención ha sido de tipo conductual y se ha completado con la intervención farmacológica, como se realiza habitualmente en las consultas de tabaquismo.

La población a estudio ha estado integrada por los individuos de la ciudad de Valencia, que han acudido libremente a la consulta monográfica de tabaquismo de la Clínica Chiva, clínica privada con distintas especialidades, entre ellas Neumología.

Dado que en el ámbito privado no existen muchas posibilidades de acudir a una consulta monográfica de tabaquismo, se ha dado la posibilidad a otros neumólogos, que trabajan en la medicina privada, para que pudiesen derivar a los pacientes a la Clínica Chiva e incluirlos en el estudio, lo mismo se ha hecho con otras especialidades de otras clínicas privadas como Cardiología, Otorrinolaringología y Cirugía Torácica.

Todos los participantes se han asignado de manera aleatoria a uno de los siguientes dos grupos de asesoramiento psicológicos:

- Grupo P, a los que se les ha asignado el asesoramiento psicológico nuevo (Prosocialidad Aplicada).
- Grupo C, a los que se les ha asignado el asesoramiento psicológico estándar (Cognitivo Conductual).

Cálculo del tamaño muestral

No se pretende saber si un tratamiento es mejor que el otro, sino que la gente que llega a la clínica cumple las condiciones para adherirse al nuevo tratamiento (la Prosocialidad Aplicada) y **cumple** que al menos lo hace en la misma proporción que el tratamiento estándar (Estrategias Cognitivo Conductuales, ECC).

Según la práctica clínica habitual de la consulta monográfica de tabaquismo, de los pacientes que llegan a la clínica, aproximadamente un 50% adhieren al tratamiento estándar. Se realiza esta asunción, que es un dato empírico, dado que no se han hallado estudios sobre la adherencia a las ECC, en los pacientes que acuden a la consulta de tabaquismo. Se quiere comprobar que con el nuevo ocurre lo mismo, es decir, que al menos un 50% adhieren a la Prosocialidad Aplicada.

Para ello la población de estudio serían las personas que llegasen a la clínica durante un periodo de tiempo determinado (al menos un año), dispuestas a hacerse el tratamiento, se supone N.

Se sabe, empíricamente, que con el tratamiento estándar un 50% adhieren.

Entonces se propone el siguiente contraste:

H0: No hay ni mayoría ni minoría (50% en cada tratamiento), $p_0 = 0.5$

H1: Existe al menos un 50% que adhiere al nuevo tratamiento, es decir, la mitad o más de la mitad adhiere, luego $p_0 > 0.5$

Siendo p_0 el valor considerado en la hipótesis nula como el verdadero valor de p en la población.

En estos casos, cuando el tamaño de la población es conocido, el cálculo del tamaño muestral es de la siguiente forma:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

N = Total de la población (suponemos una población de 100)

Z2 = 1.962 (El nivel de confianza o seguridad (1- α), suponiendo que los datos se comportan como una normal)

p = proporción esperada (en este caso 50% = 0.5); q = 1 - p (en este caso 1-0.5 = 0.5)

d = precisión (en este caso consideramos un 3%).

Haciendo estos cálculos para la población supuesta de 100, el tamaño muestral debe ser de 91 sujetos.

3.1.1. Criterios de inclusión-exclusión

Los criterios de inclusión han sido:

1. Personas mayores de 18 años
2. Personas fumadoras
3. Personas motivadas para dejar de fumar.

El único criterio de exclusión ha sido:

Personas menores de 18 años

El periodo de reclutamiento ha durado desde noviembre del 2017 hasta mayo del 2019 con un total de 111 pacientes incluidos en el estudio, hombres y mujeres. Las edades han

oscilado entre los 34 y los 89 años. Para la parte del estudio de la Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca (VFC) se ha seleccionado una población de 2874 individuos sanos, con edades comprendidas entre 34 y 75 años.

3.1.2. Seguimiento metodológico de actuación

A todas las personas que cumplieran los criterios de inclusión y han acudido a la consulta monográfica de tabaquismo, se les ha propuesto la participación en el estudio. Aquellas que han aceptado participar de forma voluntaria, se les ha facilitado la información detallada del mismo (anexo 8) y seguidamente se les ha solicitado el consentimiento informado (anexo 9) por escrito. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación en Humanos con el número de procedimiento: H1528195910994 de la Universitat de València.

A todos los sujetos se les ha realizado el diagnóstico de tabaquismo según el Manual SEPAR de procedimientos: Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica diaria (105).

Para la detección objetiva del grado de tabaquismo se ha medido el monóxido de carbono (CO) con un cooxímetro (piCO simple, Smokerlyzer®) según normativa SEPAR y los niveles de cotinina en orina. Los niveles de CO se han recogido en todas las visitas. Los niveles de cotinina se han obtenido en la segunda y en la cuarta visita, si han conseguido el abandono tabáquico. En aquellos pacientes que han dejado de fumar al menos durante 2 meses, este resultado ha servido para valorar el grado de abstinencia y, por lo tanto, la tendencia del porcentaje de éxito para dejar de fumar.

El asesoramiento psicológico estándar, aplicado al grupo C, se ha basado en la terapia Cognitivo Conductual según el Manual SEPAR.

Los fumadores del grupo P han recibido un entrenamiento para aplicar la Conducta Prosocial según el equipo LIPA (Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada) de la Universitat Autònoma de Barcelona.

La Conducta Prosocial incluye 2 actuaciones repetidas en las distintas visitas basadas en:

- 1- la Comunicación de Calidad Prosocial (CCP)
- 2- los comportamientos prosociales.

La CCP es un discurso intencionado, con especial atención a los factores previos a la producción de este, a los contenidos tratados, a la conducción del proceso mismo, a elementos metacomunicativos y a factores posteriores al acto comunicativo; no sólo con el objetivo del consenso, sino también con el de visualizar y comprender desde la perspectiva del otro.

Se ha partido del modelo de CCP con 17 ítems (figura 14) y se ha adaptado al paciente fumador, para ello se han utilizado 14 ítems, (anexo 10) tras asesoramiento de LIPA. Este cuestionario se ha pasado de forma autoadministrada en cada visita, excepto en la primera que lo ha pasado el especialista para asegurarse de que se entendían bien todos los ítems. Todos los pacientes, independientemente del asesoramiento psicológico al que habían sido asignados aleatoriamente, han respondido al cuestionario en la primera visita. También en las sucesivas lo han contestado los pacientes del grupo P y en la última se ha pasado de nuevo a los pacientes del grupo C.

Los comportamientos prosociales se definen como aquellos comportamientos que, sin la búsqueda de recompensa extrínseca o material, favorecen a la otra persona según su criterio, aumentando la probabilidad de generar una reciprocidad de calidad en las relaciones interpersonales consecuentes, salvaguardando la identidad, creatividad e iniciativa del individuo (151). Los comportamientos a medir, desde el punto de vista de la prosocialidad aplicada, se han extraído de un cuestionario (Inventario de acciones Prosociales), elaborado en una consulta específica: la Consulta Interactiva Prosocial Aplicada (CIPA) (apartado 3.2).

Las técnicas que se han utilizado para detectar si hay diferencias significativas entre los dos asesoramientos psicológicos y el proceso de dejar de fumar, han sido los cuestionarios específicos para medir la prosocialidad aplicada: el cuestionario de la Comunicación de Calidad Prosocial (CCP) adaptado y el cuestionario diseñado con el Inventario Prosocial (IP). Además, se ha registrado el número de cigarrillos al día y se han determinado los niveles de monóxido de carbono en aire espirado en partes por millón (ppm), en cada una de las visitas.

Para estudiar la Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca (VFC), que se define como la variación que ocurre en el intervalo de tiempo entre latidos consecutivos, se han estudiado los cambios fisiológicos, según la VFC, a más de la mitad de los sujetos del estudio. Los resultados se han comparado con una población de referencia (204), un grupo de sujetos sanos ($n = 2874$). Estos individuos no sufrían enfermedades de base, pero un 12.9 % de los mismos eran fumadores, mientras que el 87.1% restante eran no fumadores (23.8% ex-fumadores y 63.3% nunca fumadores). El registro para evaluar la VFC en la presente investigación, se ha realizado en la primera visita y en la cuarta visita (al cabo de unos tres meses de la primera) se ha repetido solo en aquellos pacientes que habían dejado de fumar.

Para evaluar la VFC se han utilizado los métodos en el dominio de la frecuencia (análisis espectral de distintas ondas): LF (Low Frequency), HF (High Frequency) y la relación LF/HF. Los métodos en el dominio del tiempo evalúan la variabilidad por medio de promedios y desviaciones estándar; son los más conocidos y los más simples de realizar, pero tienen menos ventajas y se requieren registros de larga duración, por lo que los métodos en el dominio de la frecuencia (también llamados componentes espectrales), son los que se han analizado en el presente estudio. Estas medidas se han realizado con un equipo sensor de la VFC (“Polar H10 Heart Rate Sensor”) capaz de registrar directamente los valores de los componentes LF, HF y LF/HF.

Para el tratamiento farmacológico, se han administrado aquellos fármacos de primera línea como la vareniclina. Se les ha recomendado el pack de inicio 4 semanas y el pack de continuación 8 semanas; es la presentación más económica dado que el tratamiento aún no estaba financiado por la Sanidad Pública ni privada en el momento del estudio. El tratamiento con parches de nicotina se ha aplicado según la normativa establecida por la SEPAR (105) y, en caso de que el paciente prefiriese utilizar la terapia de sustitución con nicotina solo con chicles, se ha aplicado el método de Reducción Hasta Dejarlo (RHD) (113), principalmente en aquellos pacientes que estaban fumando menos de 15 cigarrillos al día. Otro uso para la administración de los chicles, comprimidos de nicotina o spray bucal (tres presentaciones de nicotina de liberación rápida), ha sido como tratamiento combinado bien sea con vareniclina o parches de nicotina.

Se ha estudiado también el grado de afectación funcional respiratoria con una espirometría forzada con prueba broncodilatadora, siguiendo la normativa SEPAR. El espirómetro utilizado ha sido el equipo: Datospir Touch (Sibelmed®). También se ha valorado la afectación radiológica con una radiografía simple de tórax en ambas posiciones: pósterior anterior y lateral.

3.1.3. Variables del estudio

Las variables del estudio han sido 74, algunas de las cuales se repiten en sucesivas visitas, según el tipo de visita que sea (primera, segunda, tercera o cuarta) y si corresponde al grupo Prosocial (P) o Cognitivo Conductual (C).

1. Grupo P o grupo C
2. Edad (años)
3. Sexo (Hombre/Mujer)
4. Enfermedades de base (Sí / No)
5. Enfermedades respiratorias (Sí / No)
6. Tipo de enfermedad respiratoria
 - * TBCp * EPOC * Enfisema
 - * Asma *Asma infantil *BQ
 - * EPID * NAC *Neumotórax
 - * SAHS * NPS * ≥ 2 enfermedades respiratorias

(TBCp: Tuberculosis pulmonar, EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, BQ: bronquiectasias, EPID: Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa, NAC: Neumonía Adquirida en la Comunidad, SAHS: Sdm de Apneas-Hipoapneas del Sueño, NPS: Nódulo Pulmonar Solitario)

7. Enfermedades cardiovasculares (Sí / No)
8. Tipo de enfermedad cardiovascular

- * HTA * C. Isquémica * Ictus
- * Arritmia * DM * DLP
- *Obesidad *ETV * ≥ 2 enfermedades cardiovasculares

(C. Isquémica: Cardiopatía isquémica, DM: diabetes mellitus, DLP: dislipemia, ETV: Enfermedad Tromboembólica Venosa.).

9. Enfermedades neoplásicas (Sí / No)

10. Tipo de enfermedad neoplásica:

- * Ca. mama
- * Ca. renal (Ca: carcinoma)

11. Enfermedades psiquiátricas (Sí / No)

12. Tipo de enfermedad psiquiátrica

- * Depresión * Trastorno psicótico
- * Trastorno bipolar * Trastorno de ansiedad

13. Nº de cigarrillos al día (visita 1)

14. “ “ “ (visita 2)

15. “ “ “ (visita 3)

16. “ “ “ (visita 4)

17. Índice Acumulado en años/paquete (número total)

18. Grado de tabaquismo según el Índice Acumulado en años/paquete (leve y moderado, grave o muy grave)

19. Intentos previos de abandono del tabaco (≥ 5 se le ha asignado el nº 5)

20. Grado de dependencia física a la nicotina con el Test de Fagerström (anexo 2) (número total)

21. Grado de dependencia física a la nicotina con el Test de Fagerström (según grado: dependencia muy baja, baja y moderada, dependencia alta o dependencia muy alta)

22. Índice de dureza, se extrae de dos preguntas del Test de Fagerström (anexo 3) (número total)

23. Grado del Índice de dureza (según grado: dependencia baja y moderada o dependencia alta)

24. Grado de motivación por medio de una escala visual analógica (anexo 3)

25. Grado de dependencia psicosocial y conductual a la nicotina con el Test de Glover - Nilsson (anexo 4) (número total)

26. Grado de dependencia psicosocial y conductual a la nicotina con el Test de Glover - Nilsson (según grado: dependencia leve, moderada, fuerte o muy fuerte)

27. Test de recompensa positiva, negativa o ambas (anexo 5)
28. CO exhalado (visita 1)
29. “ “ (visita 2)
30. “ “ (visita 3)
31. “ “ (visita 4)
32. Grado de tabaquismo según el CO exhalado: leve y moderado, grave o muy grave.
33. Cotinina en orina (visita 2)
34. “ “ (visita 4 si la abstinencia es al menos de 2 meses)
35. Saturación de oxígeno (visita 1)
36. “ “ (visita 4)
37. Frecuencia cardíaca (visita 1)
38. “ “ (visita 4)
39. Tensión arterial sistólica (visita 1)
40. “ “ “ (visita 4)
41. Tensión arterial diastólica (visita 1)
42. “ “ “ (visita 4)
43. Peso (Kg) (visita 1)
44. “ (visita 4)
45. Talla (cm)
46. IMC (visita 1)
47. “ (visita 4)
48. FEV1 (volumen espiratorio forzado en el primer segundo) post prueba broncodilatadora (%)
49. FEV1 post prueba broncodilatadora en mL
50. FEV1/FVC post prueba broncodilatadora
51. Hallazgos patológicos en la Radiografía de Tórax (Sí/ No)
52. Análisis de la VFC: LF (ms) (visita 1)
53. “ “ : LF (ms) (visita 4 si el individuo presentaba abstinencia de al menos 2 meses)
54. Análisis de la VFC: HF (ms) (visita 1)

55. “ “: HF (ms) (visita 4 si el individuo presentaba abstinencia de al menos 2 meses)
56. Análisis de la VFC: LF/HF (visita 1)
57. “ “ : LF/HF (visita 4 si el individuo presentaba abstinencia de al menos 2 meses)
58. Cuestionario del Inventario Prosocial (IP) (visita 1) grupo P y grupo C
59. “ “ “ (visita 2) “
60. “ “ “ (visita 3) “
61. “ “ “ (visita 4) grupo P y grupo C
62. Cuestionario de la Comunicación de Calidad Prosocial (CCP) (visita 1) gP y gC.
63. “ “ “ “ (visita 2) “
64. “ “ “ “ (visita 3) “
65. “ “ “ “ (visita 4) gP y gC.
66. Tratamiento farmacológico:
 * Vareniclina * TSN parches * TSN acc. ráp.
 * Vareniclina+TSNacc. ráp * TSN parches+TSNacc. Ráp * Solo psicológico
- (TSN: terapia sustitutiva con nicotina, TSN acc rápida hace referencia a los chicles, comprimidos con nicotina o spray bucal de nicotina).
67. Síndrome de abstinencia (visita 2 en caso de abandono)
68. “ “ (visita 3 “ “)
69. “ “ (visita 4 “ “)
70. Tiempo de abstinencia (a partir de 4 semanas).
71. Abstinencia (Sí/ No) (a partir de 4 semanas).
72. Adherencia al cuestionario de CCP.
73. Adherencia al cuestionario de IP.
74. Adherencia total.

3.2. Consulta Interactiva Prosocial Aplicada

La prosocialidad aplicada al campo del tabaquismo aún no se conoce, por lo tanto, para poder disponer de una herramienta, en forma de cuestionario, ha sido necesario realizar una consulta a los expertos en el tema, en este caso a los pacientes afectos de tabaquismo.

El objetivo de la consulta ha sido hacer una propuesta para realizar o incrementar los comportamientos prosociales por parte de los fumadores. El nombre que se le ha dado a esta consulta es: Consulta Interactiva Prosocial Aplicada (CIPA).

Esta Consulta Interactiva Prosocial Aplicada se ha realizado en el marco de un “Focus Group” (FG) participativo con enfoque prosocial (apartado 1.2.3). Para ello se ha invitado a participar en sesiones de diálogo a un grupo reducido de personas que ha representado al colectivo de interés. La función ha sido generar conocimiento desde la propia experiencia personal en relación con el tabaco. Se han utilizado distintas metodologías, según el FG. Los resultados de la CIPA se han incorporado en la consulta habitual de tabaquismo.

Para obtener la muestra representativa se han seleccionado a siete personas de la consulta monográfica de tabaquismo de la Clínica Chiva de Valencia, a las que se les ha presentado la propuesta de participar en la CIPA (anexo 11). Finalmente, las que han respondido positivamente han sido 4: un hombre y una mujer ex – fumadores y 2 hombres fumadores en proceso de dejar de fumar; a los cuatro se les ha solicitado consentimiento informado (anexo 12).

3.2.1. Método PILT (Prosocial Interactive Learning Teaching)

Antes de iniciar la CIPA y dado que se trata de la relación médico-paciente, para evitar que existiera asimetría a la hora de trabajar juntos (el experto investigador-médico y los expertos-pacientes), se ha aplicado el método PILT (Prosocial Interactive Learning Teaching), cuya traducción al castellano es: “enseñanza-aprendizaje prosocial interactiva”.

Este método ha ayudado a que, previamente a la CIPA, se formase un equipo entre el investigador principal, que ha sido el facilitador y un asistente, que ha formado parte de la muestra representativa que participa en la CIPA. Ambos han sido los que han llevado adelante la consulta, siguiendo los principios básicos para la aplicación de PILT (apartado 1.2.3.2).

Las personas que han formado el equipo han sido una mujer, la investigadora - médica experta en Prosocialidad Aplicada, que ha ejercido el rol de facilitadora y un hombre, fumador en proceso de dejar de fumar, que ha ejercido el rol de asistente.

Se han dedicado 2 sesiones previas a la CIPA para el entrenamiento de la Prosocialidad Aplicada por parte del asistente y para la cohesión como grupo: facilitadora-asistente. Se ha confeccionado y facilitado al asistente el siguiente paquete de información:

- a) La Prosocialidad Aplicada (anexo 13), aparte de otros textos sobre prosocialidad operadora de transformación social e importancia y beneficios de la prosocialidad.
- b) Las 10 categorías de acciones prosociales y cómo desarrollarlas concretamente (anexos 7, 14 y 15).

- c) Cuestionario de Comunicación de Calidad Prosocial (anexo 10), con las preguntas que ayudan a la comprensión del mismo.
- d) Información sobre el método PILT.
- e) Información sobre el “Focus Group”.

Primera sesión:

- Se ha iniciado dando a conocer la prosocialidad y trabajando en las 10 categorías de acciones prosociales. Para ello la sesión se ha convertido, en parte, en un laboratorio en el que se ha querido profundizar y entender, plantear y realizar acciones prosociales, según la tabla de acciones prosociales, que se ha recibido en los adjuntos de información.
- También se ha dado a conocer el método PILT y se ha realizado el autodiagnóstico de Comunicación de Calidad Prosocial.
- Hasta la siguiente reunión se ha acordado seguir trabajando la tabla de categorías de acciones prosociales y estudiar toda la información recibida

Segunda sesión:

- Se ha expuesto el trabajo realizado y la experiencia adquirida.
- Se ha leído conjuntamente las preguntas dirigidas a cada uno de los ítems de la CCP (apartado 1.2.2) y los principios básicos para la aplicación de PILT (apartado 1.2.3.2) ya que ambos (facilitadora y asistente) son los protagonistas para favorecer el buen desarrollo de la CIPA.
- Se han preparado las sesiones de la CIPA repartiéndose los temas de exposición-presentación y se han acordado las evaluaciones posteriores por medio de fichas de registro para los co-investigadores de la CIPA y fichas de observación para la facilitadora y el asistente (anexo 16).

3.2.2. Organización de la CIPA

Los 5 participantes de la CIPA sólo se conocían previamente desde el punto de vista médico-paciente.

La facilitadora y el asistente han acudido al lugar de las sesiones con anterioridad para la preparación adecuada de la sala y del material requerido.

Material requerido para la CIPA en el marco de un “Focus Group”:

- Panel de visualización
- Tarjetas de colores
- Rotuladores gruesos

- Adhesivos
- Sillas + mesa redonda
- Sala adecuada con luz y buen sonido
- Bebidas, máquina de café y todo lo necesario para una pausa de café con dulce y salado.

Cada participante ha recibido como material de trabajo:

- Una carpeta con el material de formación (definición de Prosocialidad y de las 10 categorías de las acciones prosociales, el cuestionario de CCP: ítems y preguntas) y las fichas de registro que han ido rellenando en cada una de las sesiones.
- Diario de campo y bolígrafo.

En el diario de campo se han registrado los laboratorios personales de la manera más útil para cada uno, en forma de esquema, dibujos, notas. Una manera de continuar generando conocimiento para luego poner en común.

La CIPA se ha dividido en 4 sesiones (anexo 17):

- Dos iniciales en febrero del 2017, para ir conociendo y aplicando la Prosocialidad en el ámbito personal, con la intención de aplicarla posteriormente a nivel temático para el tabaquismo.
- Las otras dos sesiones se han realizado en marzo y en junio del 2017, dejando tiempo considerable para realizar un trabajo de campo. El objetivo del trabajo de campo ha sido ampliar el análisis de los distintos resultados con una muestra mayor.

PRIMERA SESIÓN:

Esta se ha caracterizado por la realización de la dinámica visual de grupo; es decir, se ha llevado a cabo la Visualización Participativa Prosocial (VPP): método de facilitación de grupos en el que se ha implementado la Prosocialidad Aplicada (apartado 1.2.3.1).

Los participantes han tenido que responder a la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las dificultades que experimento cuando quiero dejar de fumar?

La facilitadora no ha discutido ni analizado los puntos de vista, según la metodología de la VPP.

En la primera etapa se ha tratado solo de visualizar las ideas de todos, para comprender qué piensa cada uno de los participantes.

Se han dado una serie de normas:

- Cada tarjeta es valiosa, pues representa la opinión de una persona.

- Las acciones han de ser lo más concretas y observables posible.

Instrucciones:

- Escribir tres tarjetas, por una sola cara, con letra clara que sea visible desde la distancia.
- Una sola idea por tarjeta, una sola acción por tarjeta.
- Cada tarjeta puede tener una palabra o una frase larga, pero con un máximo de tres líneas.
- Si es una idea que tiene dos acciones, se han de completar dos tarjetas separadas.
- Se dispone de cinco minutos para redactar las ideas

Al finalizar los 5 minutos se ha preguntado si todos habían acabado. Si faltaba alguien, se ha esperado sin presionar.

Las palabras o frases que se han obtenido respondiendo a la pregunta: ¿Cuáles son las dificultades que experimento cuando quiero dejar de fumar? han sido:

- Desconsuelo
- Falta de concentración
- Conducta y comportamiento diferente
- El estado de ansiedad
- ¿Qué hago con mis manos?
- Ansiedad
- Justificación posible
- Desenganche mental
- El estar pensando en el cigarro 1º de la mañana
- Nervios
- Que me tranquiliza si estoy nervioso
- Cambio del tabaco por chicles

Una vez todos han acabado, la facilitadora ha informado que, de las tres tarjetas eligieran solo dos que considerasen más prioritarias, dejando las otras apartadas, pero sin perderse. Ha mezclado todas las tarjetas y ha ido leyendo una a una, las ha ido colocando en el panel por filas, según expresasen la misma idea u otra distinta.

Terminadas las categorías, el grupo ha buscado títulos para cada categoría, una idea, una palabra que resumiese el contenido de la fila.

Las palabras que han hecho referencia a las categorías han sido:

Estado _____ Clave _____ Excusa _____

Seguidamente la facilitadora ha hecho la siguiente pregunta: ¿Qué dificultades me parecen las más prioritarias o necesarias de optimizar, desarrollar, mejorar o trabajar?

Para responder, la facilitadora ha dado un número concreto de adhesivos, en función de las categorías y divididas estas por dos. En este caso las categorías han sido 8, por lo que se

han entregado 4 adhesivos a cada participante. Cada uno ha valorado la prioridad de la dificultad y ha colocado los adhesivos, sin ponerlos todos en la misma fila.

Terminado el proceso, la facilitadora ha contado los adhesivos que hay por fila con la intención de marcar la prioridad: 1, 2 y 3. En este caso no ha habido prioridad porque se ha producido un empate, las tres respuestas más votadas para optimizar, desarrollar, mejorar o trabajar han sido:

Ansiedad Desenganche mental Justificación posible

Se ha leído en conjunto el resultado (figura 15) y se ha opinado brevemente.

Esta dinámica visual de grupo ha ayudado a conocerse entre todos y a trabajar ya sobre el tema del tabaquismo.

Figura 15. Panel de Visualización Participativa Prosocial



SEGUNDA SESIÓN:

Se ha ido avanzando y profundizando sobre la prosocialidad aplicada. En esta sesión se ha introducido la CCP, se ha iniciado la explicación y la práctica de la realización de comportamientos prosociales concretos, que los mismos fumadores desarrollarán; es decir, el Inventario Prosocial.

El objetivo final de esta práctica, (el trabajo sobre la Prosocialidad Aplicada), es el de desviar el pensamiento del cigarrillo y ponerlo en una acción que implique a otra persona. Este hecho obliga a invertir más tiempo para asegurarse de que la acción es en beneficio del otro, con una respuesta positiva por parte del receptor.

TERCERA Y CUARTA SESIÓN:

Se trabajan los inventarios prosociales dirigidos a los fumadores y en proceso de abandono para fortalecer la abstinencia. En sucesivos momentos se reajustan los comportamientos según los resultados obtenidos, hasta desarrollar un cuestionario final. Este ha sido el resultado tras el análisis de una muestra inicial de 42 fumadores y fumadoras y otra muestra final de 45 fumadores y fumadoras.

3.2.3. Inventario de acciones prosociales para personas que quieren dejar de fumar.

Fases del Inventario de acciones prosociales

Fase 0:

Cada participante ha ido trabajando las categorías de las acciones prosociales a nivel personal; como instrumento han utilizado el anexo 14. Finalizada esta primera parte de laboratorio personal, juntos han analizado cada categoría en las distintas opciones: con un desconocido, con las amistades, con un familiar, en el trabajo o en la vecindad.

Fase 1:

Tras el trabajo previo de la tabla personal y compartida con todos, se han ido haciendo propuestas de comportamientos prosociales dirigidos a fumadores, evaluados como deseables y factibles. Se ha elaborado la 1ª versión del Inventario Prosocial (IP) con 31 comportamientos en total: tres comportamientos para nueve categorías y para la categoría de dar y compartir, se han propuesto 4 comportamientos (tabla 4). Se ha convertido cada uno de ellos en evaluables de 0 a 10 para presentarlos a personas fumadoras y luego extraer aquellos comportamientos que han tenido mayor puntuación.

Fase 2:

Los 5 participantes de la CIPA han pasado la 1ª versión del IP a una muestra total de 42 personas fumadoras, 24 mujeres y 18 hombres. Se han analizado todos los comportamientos dando la puntuación total de los 42 IP, los resultados se pueden ver en la tabla 5.

El valor máximo que se podría haber alcanzado en los comportamientos podría haber sido 420 puntos, si se le asigna el valor de 10 puntos, las restantes puntuaciones quedarían:

378_____9 puntos

336_____8 puntos

294_____7 puntos

252_____6 puntos

210_____5 puntos

El valor más alto obtenido ha sido de 374 en la categoría de Consuelo verbal: *hablar con mi amigo apenado, que necesita compañía, porque ha fallecido su padre*. Y la menor puntuación ha sido de 160 en la categoría de ayuda física: *acompañar a mi suegra a la pedicura o a la peluquería*.

Ante estos resultados, se ha decidido eliminar todos aquellos ítems que han obtenido una puntuación por debajo de 6 puntos, lo que ha supuesto eliminar 6 comportamientos. Algunos se han modificado y otros se han incorporado nuevos. La 2ª versión del IP es la que se muestra en la tabla 6. Se ha añadido un cuarto en la categoría de empatía, con lo que se completó un total de 32 comportamientos que se pasarán a una nueva muestra de fumadores, para evaluar los nuevos comportamientos de acciones prosociales.

Algunas personas de las entrevistadas con la 1ª versión del IP explicaban que no se encontraban en una u otra situación, por lo que la recomendación para la 2ª versión del IP ha sido ajustar la situación al ámbito personal. Por ejemplo, si no se dispone de coche para acompañar a su familiar, pensar en el transporte público; si ya no se trabaja porque está jubilado, el hablar con un compañero de trabajo puede sustituirse por un vecino.

Fase 3:

En esta ocasión el tamaño de la segunda muestra, a la que los participantes de la CIPA ha dirigido la 2ª versión, ha sido de 45 personas fumadoras (24 mujeres y 21 hombres). Los resultados se pueden ver en la tabla 7. El valor más alto podría haber sido de 450 puntos al que se le ha asignado el valor de 10, con lo que los demás valores quedarían:

405_____9 puntos

360_____8 puntos

315_____7 puntos

270_____6 puntos

225_____5 puntos

A los comportamientos que algún sujeto no ha evaluado, se le ha asignado el valor de 5. La puntuación, en esta segunda versión, en general ha sido bastante parecida a la previa. La media en la 2ª versión ha sido de 7.33 sobre 10 y la de la 1ª versión de 7.18 puntos sobre 10. Se decidió eliminar todos aquellos comportamientos que habían resultado menores de 7 puntos; de esta manera han quedado eliminados 11. El resultado final, en esta fase, ha sido de 21 comportamientos.

Para que sea más fácil responder a cada uno de los comportamientos prosociales, las afirmaciones se han convertido en formato pregunta. En el redactado se ha ajustado mejor el texto, se ha revisado cada uno de los comportamientos y modificado cuando ha sido necesario, para que sea más prosocial. Además se ha ampliado la opción de respuesta; por

ejemplo, en la categoría de servicio físico: *ofrecerme a llevar a mi hermana al médico en coche*, se ha cambiado por: *¿me ofrezco a acompañar a un familiar o amigo al médico?* Con este ejercicio se han eliminado dos comportamientos más; uno se ha podido incluir en otro comportamiento parecido (de la categoría de empatía):

Dejar de fumar en el coche para no molestar a los que van contigo.

Dejar de fumar en la cocina porque a mis hijos les molesta.

Se cambiaron por:

¿Dejo de fumar en el coche o en otro lugar, como la parada del autobús, para no molestar a los que van o están conmigo?

Y el otro comportamiento de la categoría consuelo verbal, por consenso ha quedado eliminado, ya que se trataba de una situación bastante particular:

Hacer ver a mi amiga que los problemas que le plantea su hijo son comunes en la adolescencia.

La versión definitiva del Inventario Prosocial para personas que quieren dejar de fumar, ha sido el resultado de evaluaciones sucesivas con un tamaño muestral total de 92 sujetos. El cuestionario final está integrada por 19 comportamientos (ver tabla 8) que se evalúan mediante una escala de Likert con cinco opciones de respuesta del 5 al 1: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca, respectivamente.

Tabla 4. Inventario prosocial para personas fumadoras que quieren dejar de fumar (versión 1)

Solicitamos su colaboración para que evalúe cada uno de los comportamientos de esta lista del 0 al 10. 0: mínimo valor, 10: máximo valor. Si lo desea puede añadir algún comportamiento en la categoría que usted quiera siempre y cuando sea deseable, factible y lo pueda cotejar con el entrevistador.

Muchas gracias por su colaboración.

CATEGORÍA	COMPORTAMIENTO PROSOCIAL													
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1. AYUDA FÍSICA	Ayudar a mis hijos a recoger su habitación.													
	Colaborar con mi mujer o mi marido en el mantenimiento de la casa.													
	Acompañar a mi suegra a la pedicura o a la peluquería.													
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
2.SERVICIO FÍSICO	Cambiar un grifo o mover un mueble en el hogar cuando sea necesario.													
	Pelar nueces a mi hijo para que no lo tenga que hacer él.													
	Ofrecerme a llevar a mi hermana al médico en coche.													

		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.DAR Y COMPARTIR	Compartir mi tiempo jugando con mis familiares a algún juego que nos guste todos.											
	Hacerle una manzanilla que le gusta a mi mujer, antes de acostarse.											
	Enseñar a mi hijo como cocinar lentejas mientras las preparamos juntos para el día siguiente.											
	Dar un beso o un abrazo a mi pareja.											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.AYUDA VERBAL	Explicar una receta de cocina a mi marido que es un cocinero novel.											
	Explicar detenidamente cómo llegar a un destino determinado.											
	Explicar a un compañero o a una persona mayor el funcionamiento de las nuevas tecnologías.											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.CONSUERO VERBAL	Hacer ver a mi amiga que los problemas que le plantea su hijo son comunes en la adolescencia.											
	Hablar con mi amigo apenado, que necesita compañía, porque ha fallecido su padre.											
	Ayudar a un amigo o familiar a ver el lado positivo del problema que está viviendo.											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.CONFIRMACIÓN Y VALORIZACIÓN POSITIVA DEL OTRO	Llamar a mi madre para preguntarle cómo le ha ido el día.											
	Felicitar a mi hijo por el buen resultado que ha sacado en el examen tan difícil que tenía.											
	Agradecer a un compañero un trabajo particular que nos ha beneficiado a todos											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.ESCUCHA PROFUNDA	Escuchar a un familiar recién diagnosticado de una enfermedad que puede ser preocupante.											
	Dedicar la media hora del tiempo libre que tengo en el trabajo para escuchar la problemática que me quiere contar un compañero, un alumno, un paciente, etc.											
	Dar la oportunidad a una persona mayor que tengo cerca, de que me cuente historias del pasado.											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.EMPATIA	Preguntar a un miembro de la familia cómo se ha resuelto la situación que le preocupaba.											
	Conversar específicamente con un compañero de trabajo un tema de su interés.											
	Dejar de fumar en la cocina porque a mis hijos les molesta.											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. SOLIDARIDAD	Dedicar dos horas a la semana de mi tiempo en hacer compañía a una persona sola que lo necesita.											
	Colaborar de forma virtual con una asociación para ofrecer mis conocimientos a quien lo necesite.											
	Destinar el importe del tabaco al banco de alimentos.											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. PRESENCIA POS. Y UNIDAD	Después de comer ponerse a quitar la mesa.											
	Ir a comprar flores semanalmente para favorecer un buen ambiente en el hogar.											
	Proponer ir al cine el domingo por la tarde a mi madre que es mayor											

Tabla 5. Inventario prosocial para personas fumadoras que quieren dejar de fumar (versión 1)
Puntuación. Cada comportamiento se valora del 0 al 10 y se suman todos los comportamientos de cada cuestionario para obtener el total de cada uno.

CATEGORÍA	COMPORTAMIENTOPROSOCIAL	Puntuación
1. AYUDA FÍSICA	Ayudar a mis hijos a recoger su habitación.	215
	Colaborar con mi mujer o mi marido en el mantenimiento de la casa.	311
	Acompañar a mi suegra a la pedicura o a la peluquería.	160
		Puntuación
2.SERVICIO FÍSICO	Cambiar un grifo o mover un mueble en el hogar cuando sea necesario.	317
	Pelar nueces a mi hijo para que no lo tenga que hacer él.	176
	Ofrecerme a llevar a mi hermana al médico en coche.	304
		Puntuación
3.DAR Y COMPARTIR	Compartir mi tiempo jugando con mis familiares a algún juego que nos guste todos.	301
	Hacerle una manzanilla que le gusta a mi mujer, antes de acostarse.	292
	Enseñar a mi hijo como cocinar lentejas mientras las preparamos juntos para el día siguiente.	284
	Dar un beso o un abrazo a mi pareja.	350
		Puntuación
4.AYUDA VERBAL	Explicar una receta de cocina a mi marido que es un cocinero novel.	288
	Explicar detenidamente cómo llegar a un destino determinado.	323
	Explicar a un compañero o a una persona mayor el funcionamiento de las nuevas tecnologías.	337
		Puntuación
5.CONSUELO VERBAL	Hacer ver a mi amiga que los problemas que le plantea su hijo son comunes en la adolescencia.	316
	Hablar con mi amigo apenado, que necesita compañía, porque ha fallecido su padre.	374
	Ayudar a un amigo o familiar a ver el lado positivo del problema que está viviendo.	361
		Puntuación
6.CONFIRMACIÓN Y VALORIZACIÓN POSITIVA DEL OTRO	Llamar a mi madre para preguntarle cómo le ha ido el día.	330
	Felicitar a mi hijo por el buen resultado que ha sacado en el examen tan difícil que tenía.	342
	Agradecer a un compañero un trabajo particular que nos ha beneficiado a todos	367
		Puntuación
7.ESCUCHA PROFUNDA	Escuchar a un familiar recién diagnosticado de una enfermedad que puede ser preocupante.	363
	Dedicar la media hora del tiempo libre que tengo en el trabajo para escuchar la problemática que me quiere contar un compañero, un alumno, un paciente, etc.	350
	Dar la oportunidad a una persona mayor que tengo cerca, de que me cuente historias del pasado.	341
		Puntuación
8.EMPATIA	Preguntar a un miembro de la familia cómo se ha resuelto la situación que le preocupaba.	364
	Conversar específicamente con un compañero de trabajo un tema de su interés.	316
	Dejar de fumar en la cocina porque a mis hijos les molesta.	328
		Puntuación
9. SOLIDARIDAD	Dedicar dos horas a la semana de mi tiempo a hacer compañía a una persona sola que lo necesita.	265
	Colaborar de forma virtual con una asociación para ofrecer mis conocimientos a quien lo necesite.	234
	Destinar el importe del tabaco al banco de alimentos.	221
		Puntuación
10.PRESENCIA POS. Y UNIDAD	Después de comer ponerse a quitar la mesa.	338
	Ir a comprar flores semanalmente para favorecer un buen ambiente en el hogar.	205
	Proponer ir al cine el domingo por la tarde a mi madre que es mayor	279

Tabla 6. Inventario prosocial para personas fumadoras que quieren dejar de fumar (versión 2)

Solicitamos su colaboración para que evalúe cada uno de los comportamientos de esta lista del 0 al 10; 0: mínimo valor, 10: máximo valor, poniéndose en el lugar que se le solicita.

Si lo desea puede añadir algún comportamiento en la categoría que usted quiera siempre y cuando sea deseable y factible, y lo pueda cotejar con el entrevistador.

Por favor evalúe todos los comportamientos.

Muchas gracias por su colaboración.

CATEGORÍA	COMPORTAMIENTO PROSOCIAL	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. AYUDA FÍSICA	Ayudar a mi hijo o mi sobrino a hacer los deberes cuando lo necesite.											
	Colaborar con mi mujer o mi marido en el mantenimiento de la casa.											
	Ayudar a mi vecina a subir el carrito de la compra											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.SERVICIO FÍSICO	Cambiar un grifo o mover un mueble en el hogar cuando sea necesario.											
	Sacar el perro, regar las plantas o recoger el correo de alguien cercano que se ha ido de viaje.											
	Ofrecerme a llevar a mi hermana al médico en coche.											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.DAR Y COMPARTIR	Compartir mi tiempo jugando con mis familiares a algún juego que nos guste a todos.											
	Hacerle una manzanilla que le gusta a mi mujer, antes de acostarse.											
	Enseñar a mi hijo como cocinar lentejas mientras las preparamos juntos para el día siguiente.											
	Dar un beso o un abrazo a mi pareja.											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.AYUDA VERBAL	Explicar una receta de cocina a mi marido que es un cocinero novel.											
	Explicar detenidamente cómo llegar a un destino determinado.											
	Explicar a un compañero o a una persona mayor el funcionamiento de las nuevas tecnologías.											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.CONSUERO VERBAL	Hacer ver a mi amiga que los problemas que le plantea su hijo son comunes en la adolescencia.											
	Hablar con mi amigo apenado, que necesita compañía, porque ha fallecido su padre.											
	Ayudar a un amigo o familiar a ver el lado positivo del problema que está viviendo.											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.CONFIRMACIÓN Y VALORIZACIÓN POSITIVA DEL OTRO	Llamar a mi madre para preguntarle cómo le ha ido el día.											
	Felicitar a mi hijo por el buen resultado que ha sacado en el examen tan difícil que tenía.											
	Agradecer a un compañero un trabajo particular que nos ha beneficiado a todos											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.ESCUCHA PROFUNDA	Escuchar a un familiar recién diagnosticado de una enfermedad que puede ser preocupante.											
	Dedicar la media hora del tiempo libre que tengo en el trabajo para escuchar la problemática que me quiere contara un compañero, un alumno, un paciente, etc.											
	Dar la oportunidad a una persona mayor que tengo cerca, de que me cuente historias del pasado.											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8. EMPATÍA	Preguntar a un miembro de la familia cómo se ha resuelto la situación que le preocupaba.													
	Dejar de fumar en el coche para no molestar a los que van contigo.													
	Conversar específicamente con un compañero de trabajo un tema de su interés.													
	Dejar de fumar en la cocina porque a mis hijos les molesta.													
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
9. SOLIDARIDAD	Dedicar dos horas a la semana de mi tiempo a hacer compañía a una persona sola que lo necesita.													
	Colaborar con una asociación u ONG para ofrecer mis conocimientos.													
	Ahorrar el importe del tabaco para destinarlo a un viaje o una cena con la persona que tú elijas.													
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
10. PRESENCIA POS. Y UNIDAD	Después de comer ponerse a quitar la mesa.													
	Regalar flores a tu pareja para armonizar el ambiente familiar.													
	Proponer ir al cine el domingo por la tarde a mi madre que es mayor													

Tabla 7. Inventario prosocial para personas fumadoras que quieren dejar de fumar (versión 2).
Puntuación

Cada comportamiento se valora del 0 al 10 y se suman todos los comportamientos de cada cuestionario para obtener el total de cada uno.

CATEGORÍA	COMPORTAMIENTO PROSOCIAL	Puntuación
1. AYUDA FÍSICA	Ayudar a mi hijo o sobrino a hacer los deberes cuando lo necesite.	302
	Colaborar con mi mujer o mi marido en el mantenimiento de la casa.	325
	Ayudar a mi vecina a subir el carrito de la compra.	291
		Puntuación
2.SERVICIO FÍSICO	Cambiar un grifo o mover un mueble en el hogar cuando sea necesario.	311
	Sacar el perro, regar las plantas o recoger el correo de alguien cercano que se ha ido de viaje.	294
	Ofrecerme a llevar a mi hermana al médico en coche.	347
		Puntuación
3.DAR Y COMPARTIR	Compartir mi tiempo jugando con mis familiares a algún juego que nos guste a todos.	337
	Hacerle una manzanilla que le gusta a mi mujer, antes de acostarse.	278
	Enseñar a mi hijo como cocinar lentejas mientras las preparamos juntos para el día siguiente.	312
	Dar un beso o un abrazo a mi pareja.	363
		Puntuación
4.AYUDA VERBAL	Explicar una receta de cocina a mi marido que es un cocinero novel.	301
	Explicar detenidamente cómo llegar a un destino determinado.	342
	Explicar a un compañero o a una persona mayor el funcionamiento de las nuevas tecnologías.	318
		Puntuación
5.CONSUERO VERBAL	Hacer ver a mi amiga que los problemas que le plantea su hijo son comunes en la adolescencia.	337
	Hablar con mi amigo apenado, que necesita compañía, porque ha fallecido su padre.	375
	Ayudar a un amigo o familiar a ver el lado positivo del problema que está viviendo.	371
		Puntuación
6.CONFIRMACIÓN Y VALORIZACIÓN POSITIVA DEL OTRO	Llamar a mi madre para preguntarle cómo le ha ido el día.	314
	Felicitar a mi hijo por el buen resultado que ha sacado en el examen tan difícil que tenía.	359
	Agradecer a un compañero un trabajo particular que nos ha beneficiado a todos	378
		Puntuación
7.ESCUCHA PROFUNDA	Escuchar a un familiar recién diagnosticado de una enfermedad que puede ser preocupante.	375
	Dedicar la media hora del tiempo libre que tengo en el trabajo para escuchar la problemática que me quiere contar un compañero, un alumno, un paciente, etc.	324
	Dar la oportunidad a una persona mayor que tengo cerca, de que me cuente historias del pasado.	323
		Puntuación
8.EMPATIA	Preguntar a un miembro de la familia cómo se ha resuelto la situación que le preocupaba.	378
	Dejar de fumar en el coche para no molestar a los que van contigo.	350
	Conversar específicamente con un compañero de trabajo un tema de su interés.	337
	Dejar de fumar en la cocina porque a mis hijos les molesta.	357
		Puntuación
9. SOLIDARIDAD	Dedicar dos horas a la semana de mi tiempo a hacer compañía a una persona sola que lo necesita.	311
	Colaborar con una asociación u ONG para ofrecer mis conocimientos.	289
	Ahorrar el importe del tabaco para destinarlo a un viaje o una cena con la persona que tu elijas.	343
		Puntuación
10. PRESENCIA POS. Y UNIDAD	Después de comer ponerse a quitar la mesa.	349
	Regalar flores a tu pareja para armonizar el ambiente familiar.	269
	Proponer ir al cine el domingo por la tarde a mi madre que es mayor	303

Tabla 8: Inventario prosocial definitivo para personas que quieren dejar de fumar.

Responda 5: siempre, 4: casi siempre, 3: a veces, 2: casi nunca, 1: nunca, según se identifique con los siguientes comportamientos.

CATEGORÍA	COMPORTAMIENTO PROSOCIAL	5	4	3	2	1
1. AYUDA FÍSICA	1. ¿Ayudo a mi vecina/no a subir el carrito de la compra o a abrir el contenedor de la basura?					
2. SERVICIO FÍSICO	2. ¿Me ofrezco a acompañar a un familiar o amigo al médico?					
3. DAR Y COMPARTIR	3. ¿Comparto mi tiempo jugando con mis familiares o amigos a algún juego que nos guste a todos?					
	4. ¿Doy un beso o un abrazo a mi pareja o amigo/a?					
4. AYUDA VERBAL	5. ¿Explico detenidamente cómo llegar a un destino determinado?					
	6. ¿Explico a un compañero o a una persona mayor cómo se resuelven las dudas que me plantea?					
5. CONSUELO VERBAL	7. ¿Hablo con mi amigo/apenado, que necesita compañía, porque ha fallecido su padre o ha recibido una noticia negativa?					
	8. ¿Ayudo a un amigo o familiar a ver el lado positivo del problema que está viviendo?					
6. CONFIRMACIÓN Y VALOR. POSIT.	9. ¿Llamo a mi madre, a un familiar o amigo cercano y mayor para preguntarle cómo le ha ido el día?					
	10. ¿Felicitó a mi hijo, sobrino o amigo por el buen resultado que ha sacado en el examen o en la situación tan difícil que tenía?					
	11. ¿Agradezco a un compañero o vecino un trabajo particular que nos ha beneficiado a todos?					
7. ESCUCHA PROFUNDA	12. ¿Escucho a un familiar o amigo recién diagnosticado de una enfermedad o afecto por algo que puede ser preocupante?					
	13. ¿Dedico media hora de mi tiempo libre para escuchar la problemática que me quiere contar un compañero o vecino?					
	14. ¿Doy la oportunidad a una persona mayor que tengo cerca, de que me cuente historias del pasado?					
8. EMPATIA	15. ¿Pregunto a un miembro de la familia o amigo cómo se ha resuelto la situación que le preocupaba?					
	16. ¿Dejo de fumar en el coche o en otro lugar, como la parada del autobús, para no molestar a los que van o están conmigo?					
	17. ¿Converso específicamente con un compañero de trabajo o vecino de un tema de su interés?					
9. SOLIDARIDAD	18. ¿Ahorro el importe del tabaco para destinarlo a un viaje o una cena con una persona cercana que sé que le hará ilusión?					
10. PRESENCIA POSIT. Y UNIDAD	19. ¿Después de comer en vez de fumar, me pongo a quitar la mesa?					

3.3. Organización de la consulta monográfica de tabaquismo.

Sucesión de visitas

Para que las consultas sean más ágiles, se han preparado unas plantillas básicas desde la primera hasta la última visita, ajustando luego la información en función de cada paciente.

PRIMERA VISITA (anexo 18)

Se ha iniciado la visita con la explicación del estudio y facilitado información sobre el mismo; también se ha dado el consentimiento informado para que firmase el paciente en caso de estar de acuerdo. Se le ha asignado un código de manera aleatoria que lo ha identificado en las visitas sucesivas.

Como en cualquier consulta médica, en la primera visita se ha realizado la historia clínica y la exploración física. Además de una anamnesis general, se ha solicitado información específica de la enfermedad del tabaquismo: intentos previos de abandono, tiempo máximo sin fumar, método utilizado y motivos de recaída.

Se han pasado inicialmente los siguientes test de tabaquismo:

- Test de Fagerström
- Índice de dureza
- Motivación
- Test de Recompensa

En la exploración física se ha incluido la tensión arterial, además de la frecuencia cardíaca, la saturación de oxígeno en sangre (medida en un dedo de la mano), peso y talla, el monóxido de carbono (CO) en partes por millón en aire espirado. Además, se han recogido los datos de la Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca: LF, HF, LF/HF con una correa que rodea el tórax a nivel submamario.

Se han pasado por primera vez los cuestionarios:

- Cuestionario de la Comunicación de Calidad Prosocial, que tiene su origen en la LIPA. Se les ha recomendado pensar en una persona cercana, familiar o amiga.
- Cuestionario del Inventario Prosocial, obtenido por un grupo de expertos en el tema del tabaquismo. Se les ha explicado que, en el caso de no darse una situación concreta, debían ajustarla al máximo a su situación personal.

Se les han dado las recomendaciones de inicio de la consulta de tabaquismo, a través de información visual y para llevar a casa: la ruleta de ahorro, sustancias que contiene el cigarrillo, primeros días sin fumar (anexo 19), control del nerviosismo (anexo 20).

En el apartado de tratamiento, se ha iniciado el asesoramiento psicológico según se haya clasificado en un grupo o en otro. Los individuos pertenecientes al grupo Prosocial: Prosocialidad Aplicada (anexo 21), concretamente se les ha asesorado sobre las categorías de las acciones prosociales, con el Inventario Prosocial. A los sujetos pertenecientes al grupo C, se les ha asesorado en las Estrategias Cognitivo Conductuales (anexo 22); concretamente: romper impulsividad y automatismo, superar las barreras para dejar de fumar y disociar.

Para el tratamiento farmacológico se ha acordado con el paciente cuál elegir, si vareniclina en comprimidos o Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN), habitualmente en la presentación de parches. Dependiendo de la presentación y de la evolución clínica, el tratamiento se ha completado con chicles, comprimidos o spray bucal de nicotina.

Se ha concluido la visita solicitando una analítica específica de orina con los valores de cotinina y una analítica general en sangre. Se le ha citado para revisión en 3 semanas.

SEGUNDA VISITA (anexo 23)

Se ha recogido la información que el paciente ya ha trabajado respondiendo al test o cuestionarios entregados en la visita previa:

- Test de Glover- Nilsson
- Cuestionarios de la Comunicación de Calidad Prosocial y del Inventario Prosocial, si es del grupo P.

Se ha preguntado por el número de cigarrillos y, en caso de no fumar, se han podido obtener los primeros resultados del Sdm de abstinencia. Los resultados se han ido añadiendo a la hoja personalizada (anexo 24) para poder comparar y comentar con el paciente cómo va avanzando en las sucesivas visitas.

Si ha iniciado el tratamiento farmacológico, se ha recogido “el día D” (día de abandono del tabaco) y los efectos secundarios del fármaco, si los ha presentado.

En la exploración física se ha recogido el valor del monóxido de Carbono (CO).

Seguidamente, se han revisado los análisis de sangre y de orina, para disponer de los niveles de cotinina cuando todavía fumaba y los demás valores sanguíneos.

La parte del asesoramiento psicológico referida al tratamiento se ha realizado de la siguiente manera: si el paciente correspondía al grupo P, se ha continuado el entrenamiento con los primeros ítems de la CCP y si era del grupo C con las primeras estrategias de afrontamiento.

Posteriormente se han dado las pautas para mantener el tratamiento farmacológico.

Se ha concluido la visita solicitando una espirometría con prueba broncodilatadora (PBD) y una radiografía de tórax pósterior anterior y lateral. Se le ha dado cita en 4 semanas.

TERCERA VISITA (anexo 25)

En todas las visitas se ha recogido el número de cigarrillos y, cuando resultaba ser cero, se ha procedido a preguntar por el Sdm de abstinencia.

En el caso de los pacientes del grupo P, se han recogido los cuestionarios de la CCP y del IP.

En cada consulta se ha preguntado por los efectos secundarios del fármaco. En contadas ocasiones se ha presentado intolerancia al fármaco lo que ha obligado a ajustar la dosis.

Tras la exploración física, se ha determinado el CO exhalado ya que también actúa como factor motivador o refuerzo positivo.

Se han recogido los resultados de las pruebas complementarias solicitadas: de la espirometría con PBD y de la radiografía de tórax.

Para el asesoramiento psicológico, en los pacientes del grupo P se ha continuado con los ítems de la CCP y en los pacientes del grupo C con las estrategias de afrontamiento.

Se ha repasado el tratamiento farmacológico haciendo los ajustes oportunos.

Se ha concluido la visita solicitando los niveles de cotinina en orina, si ya habían transcurrido al menos dos meses desde el inicio de la abstinencia. Los pacientes fueron citados para la siguiente visita al cabo de un mes.

CUARTA VISITA (anexo 26)

Se ha procedido inicialmente como en la visita anterior, y en el apartado de exploración física, se han recogido los mismos valores que en la primera visita: tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, peso, monóxido de carbono y los valores de la Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca (LF, HF, LF/HF); este último, en aquellos pacientes que habían dejado de fumar al menos durante 2 meses.

En caso de disponer del resultado de cotinina tras haber dejado de fumar también se ha recogido.

En el asesoramiento psicológico de los pacientes del grupo Prosocial se han repasado las categorías prosociales del IP y en los del grupo C se ha entrenado la parte de Detención del pensamiento - Distracción – Entrenamiento en autocontrol.

El tratamiento farmacológico probablemente ya se ha finalizado o está a punto de concluir. Se adapta a la evolución de cada paciente.

En esta visita, los cuestionarios de la CCP y del IP se han recogido tanto en los pacientes del grupo P como en los del grupo C.

Se les ha informado que el estudio ha concluido, pero se continúa la consulta de tabaquismo y se les cita de nuevo en 4 semanas.

3.4. Análisis estadístico

En primer lugar, se ha realizado un análisis descriptivo de las variables cualitativas mediante frecuencias absolutas y relativas. Las variables cuantitativas han sido descritas mediante estadísticos de tendencia central y dispersión (media y desviación típica: DT).

Tras el análisis descriptivo, se ha procedido al análisis inferencial. La comparación entre 2 variables cualitativas se ha realizado mediante la prueba Chi cuadrado de Pearson, aplicando además, el coeficiente V de Cramer; se ha considerado que existe relación positiva entre variables con un resultado $> 0,3$ (valor considerado en estadística como una correlación significativa). La comparación entre 2 medias se ha realizado mediante el test T de Student. Para las muestras con tamaño muestral más reducido, se ha utilizado el Test t no paramétrico de los rangos de Wilcoxon.

La regresión logística se ha utilizado para relacionar variables cuantitativas con un factor, variable cualitativa dicotómica.

La significación estadística aplicada en todos los estudios ha sido de $\alpha=0,05$, siendo significativo un valor de $P < \alpha$. Todos los análisis se han realizado con el software estadístico SPSS, (versión 15.0, SPSS Inc., Chicago, USA).

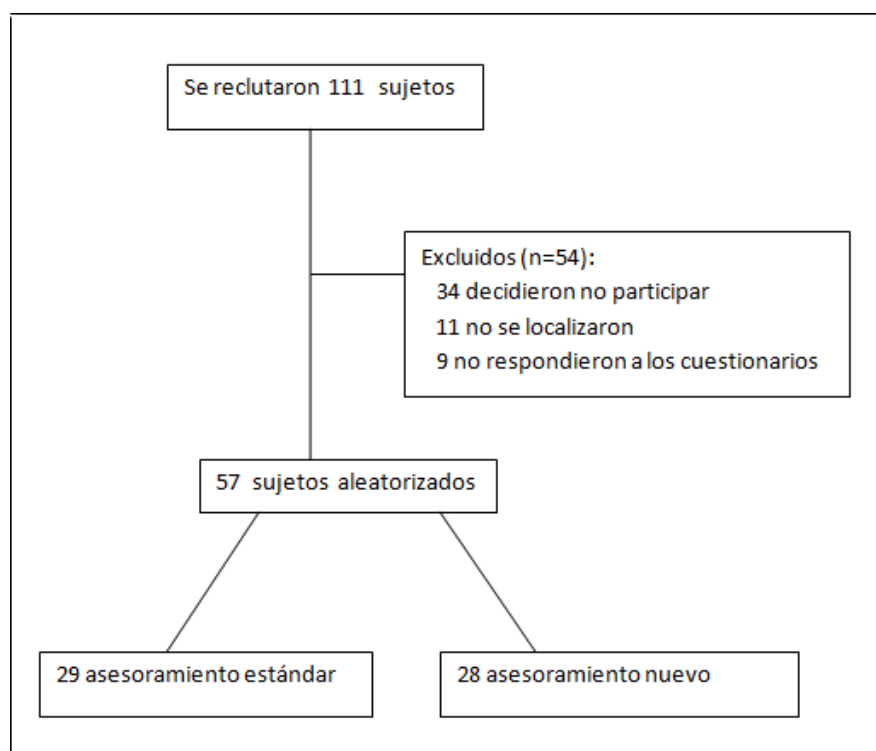
4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1. Descripción de la población

La población inicial a estudio ha sido integrada por 111 pacientes de la ciudad de Valencia, que han acudido voluntariamente a la consulta monográfica de tabaquismo de la Clínica Chiva. De la muestra inicial, 34 decidieron no volver a la segunda visita, 11 no volvieron a la consulta ni se pudo contactar con ellos y 9 no respondieron a los cuestionarios. Así, el porcentaje de casos perdidos ha sido del 48.6% y la población finalmente estudiada ha estado formada por 57 sujetos (figura 16).

Figura 16. Diagrama de flujo de los pacientes a estudio.



La edad media de la muestra ha sido de 55.37 años \pm 10.96 (Desviación Típica) con edades comprendidas entre los 34 y los 89 años, con un 63.2% de mujeres. Un 91.22% han presentado enfermedades de base; el 42.1% han referido enfermedades respiratorias: el 14% EPOC, el 10.5% dos o más enfermedades como: enfisema más bronquiectasias, EPOC más SAHS y el 5.3% han presentado NAC. Las enfermedades cardiovasculares han afectado al 56.1%, de los cuales el 26.3% han presentado dos o más enfermedades:

cardiopatía isquémica más HTA, DLP más obesidad, ictus más HTA. Un 10.5% de los pacientes presentaron obesidad, y con el mismo porcentaje dislipemia, un 5.3% HTA y un 3.5% arritmia cardíaca. Las enfermedades neoplásicas se han hallado en un 3.5% que ha incluido al carcinoma de mama y renal. Finalmente, las enfermedades psiquiátricas se han presentado en un 42.1%, la mayoría en forma de depresión (24.6%) y trastorno de ansiedad (15.8%).

Prácticamente dos terceras partes, un 63.3%, no presentaban alteraciones destacables en la radiografía de tórax, ni en la espirometría forzada.

Las constantes vitales registradas en la primera y cuarta visita se muestran en la tabla 9. Destaca la normalidad de todas ellas en la primera visita, a excepción del IMC, cuya media ya es de sobrepeso. El peso en la cuarta visita ha aumentado en 4 Kg respecto a la primera visita con un valor significativo, como también lo refleja el IMC. La FC disminuye en la cuarta visita también con valor significativo. Estos resultados muestran que el dejar de fumar produce un aumento de peso y mejoría en la FC.

Tabla 9. Constantes vitales registradas en la primera y cuarta visita (n=57): expresadas en medias \pm desviación típica.

	Primera visita	Cuarta visita	p
Sat. (%)	97.11 (\pm 1.10)	97.18 (\pm 1.21)	0.624
FC (latidos por minuto)	75.18 (\pm 9.67)	71.48 (\pm 10.38)	0.022*
TAS (mmHg)	131.25 (\pm 18.50)	129.73 (\pm 15.16)	0.534
TAD (mmHg)	74.40 (\pm 10.79)	75.93 (\pm 11.45)	0.074
Peso (Kg)	73.70 (\pm 19.49)	77.08 (\pm 21.72)	0.000*
IMC (Kg/m ²)	26.70 (\pm 6.30)	27.97 (\pm 6.71)	0.000*

Nota: Sat.: Saturación de oxígeno. FC: Frecuencia cardíaca. TAS: Tensión Arterial Sistólica. TAD: Tensión arterial diastólica. IMC: índice de masa corporal. *: diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Los resultados del estudio de la intensidad del tabaquismo, la dependencia física y psíquica y otros valores relacionados con la historia del fumador, como intentos de abandono y motivación, se muestran en las tablas 10 y 11. El perfil del fumador que se ha detectado en la población a estudio es: una mujer de 55 años con una dependencia física alta y psicológica moderada, con una motivación notable para dejar de fumar y un test de recompensa prevalentemente mixto: por un lado negativo (fuma para evitar el sdm de abstinencia como ansiedad, irritabilidad y nerviosismo) y, por otro lado positivo (fuma porque le produce placer). El grado de tabaquismo es muy grave y ha realizado dos intentos serios para dejar de fumar.

Tabla 10. Características tabáquicas de los fumadores en la primera visita (n=57)

	Media	D.T.
Cig/d	17.91	7.04
Índice acumulado	29.58	13.07
Intentos de abandono	2.05	0.89
Test de Fagerström	6.14	2.07
Índice de dureza	3.25	1.34
Test de GloberNilsson	20.06	6.74
Motivación	7.21	2.16
COe (ppm)	26.74	17.24
Cotina en orina (ng/mL)	9250.03	15974.72

Nota: DT: Desviación típica. Cig/d: cigarrillos al día, COe: monóxido de carbono en aire espirado medido en partes por millón (ppm).

Tabla 11. Test de recompensa (n=57)

	Porcentaje
Recompensa negativa	33.3
Recompensa positiva	26.3
Ambas	40.4
Total	100.0

El tipo de tabaco que se ha consumido por la mayoría ha sido cigarrillos tradicionales, a excepción de 4 pacientes (7%) que aparte del cigarrillo tradicional han añadido otras modalidades. Se distribuyen de la siguiente manera: 2 mujeres han consumido cigarrillos electrónicos, 1 varón ha sido fumador de puros y otro ha consumido cigarrillos de liar.

Al analizar las características del tabaquismo y la edad por grupos: grupo P: Prosocial y grupo C: Cognitivo Conductual (ver tabla 12) y realizar una comparación de medias con el Test T de Student para muestras independientes, se ha observado que no hay diferencias significativas entre ambos grupos. Tampoco ha habido diferencias significativas en cuanto hace referencia al sexo y las diferentes enfermedades analizadas (ver tabla 13). Para la comparación de medias de estas variables cualitativas se ha utilizado las tablas de contingencia y el estadístico de la chi-cuadrado. Dado que no hay diferencias entre ambos grupos se han podido realizar los distintos estudios comparativos para las variables de interés.

Tabla 12. Descripción y comparación de medias (\pm desviación típica) de edad y características tabáquicas entre el grupo Cognitivo Conductual (n=29) y el grupo Prosocial (n= 28).

	Cognitivo-Conductual	Prosocial	p
Edad	56.21 (\pm 12.70)	54.50 (\pm 8.97)	0.562
Cig/d	16.97 (\pm 8.46)	18.89 (\pm 5.17)	0.306
Índice acumulado	28.76 (\pm 12.73)	30.43 (\pm 13.60)	0.634
Intentos de abandono	2.00 (\pm 0.75)	2.11 (\pm 1.03)	0.655
Test de Fagerström	5.96 (\pm 2.45)	6.32 (\pm 1.63)	0.525
Índice de dureza	3.10 (\pm 1.54)	3.39 (\pm 1.10)	0.420
Motivación	6.82 (\pm 2.37)	7.61 (\pm 1.89)	0.176
CO exhalado	24.14 (\pm 18.80)	29.43 (\pm 15.34)	0.250

Nota: Cig/d: Cigarrillos al día. CO: monóxido de carbono.

Tabla 13. Descripción y comparación de porcentajes referentes al sexo y a enfermedades entre el grupo Cognitivo Conductual (n=29) y el grupo Prosocial (n= 28).

	Cognitivo-Conductual	Prosocial	p
Sexo mujer	65.5%	60.7%	0.707
Enfermedad de base	86.2%	96.4%	0.173
Enf. Respiratorias	44.8%	39.3%	0.672
Enf. Cardiovasculares	62.1%	50.0%	0.359
Enf. Neoplásicas	3.4%	3.6%	0.980
Enf. Psiquiátricas	37.9%	46.4%	0.516

Nota: Enf: Enfermedades.

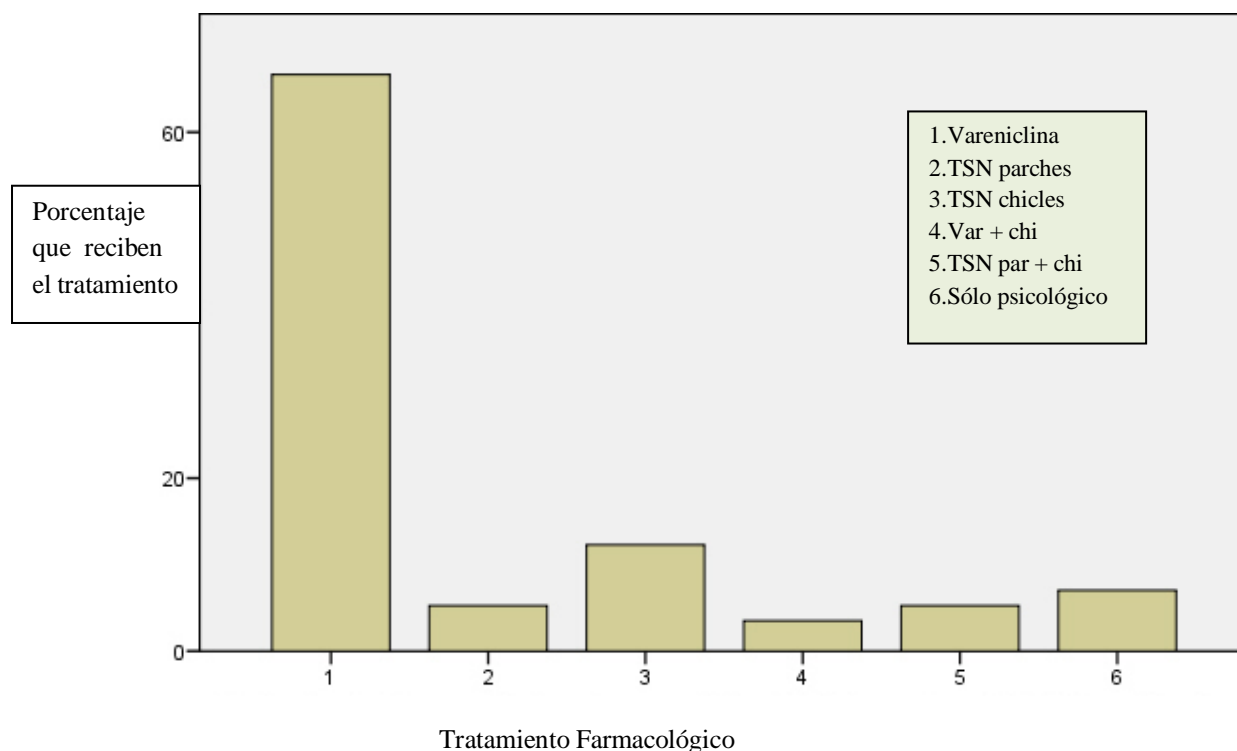
4.2. Análisis de las intervenciones realizadas

En este apartado se muestran los resultados que analizan los tratamientos farmacológicos utilizados y la abstinencia tabáquica que se ha obtenido con los mismos. Por otro lado, se analiza la VFC, los resultados según la primera y la cuarta visita. Finalmente se evalúan los cuestionarios dirigidos a estudiar el asesoramiento prosocial y si han tenido éxito en su aplicación.

Respecto al tratamiento farmacológico, tal y como se ve en el gráfico de barras (figura 17), la mayoría (66.7%) han recibido o se les ha aconsejado, tratamiento con vareniclina. El segundo en prioridad, pero muy distante del primero, ha sido la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) de acción rápida, con chicles de 2 mg o 4 mg, según el requerimiento del paciente, con un 12.3%. Algunos en vez de chicles, por problemas de masticación, han preferido comprimidos de nicotina de 1 mg o 2 mg y otros pacientes, menos, el spray bucal de nicotina, 2 pulverizaciones en cada ocasión que equivale a un cigarrillo (1 mg por cada

pulverización). La TSN en forma de parches, la ha recibido solo un 5.3%. Los tratamientos combinados también se han considerado, aunque los porcentajes han sido bajos: la TSN con parches más chicles, comprimidos o spray bucal (la tres modalidades son presentaciones de acción rápida de la nicotina), los han recibido el 5.3 % y la vareniclina más TSN en forma de acción rápida también un 3.5%. Todos los pacientes han recibido tratamiento completo con asesoramiento psicológico y farmacológico a excepción de aquellos que prefirieron solo el asesoramiento psicológico, un 7%.

Figura 17: Distintas opciones de tratamiento del tabaquismo.



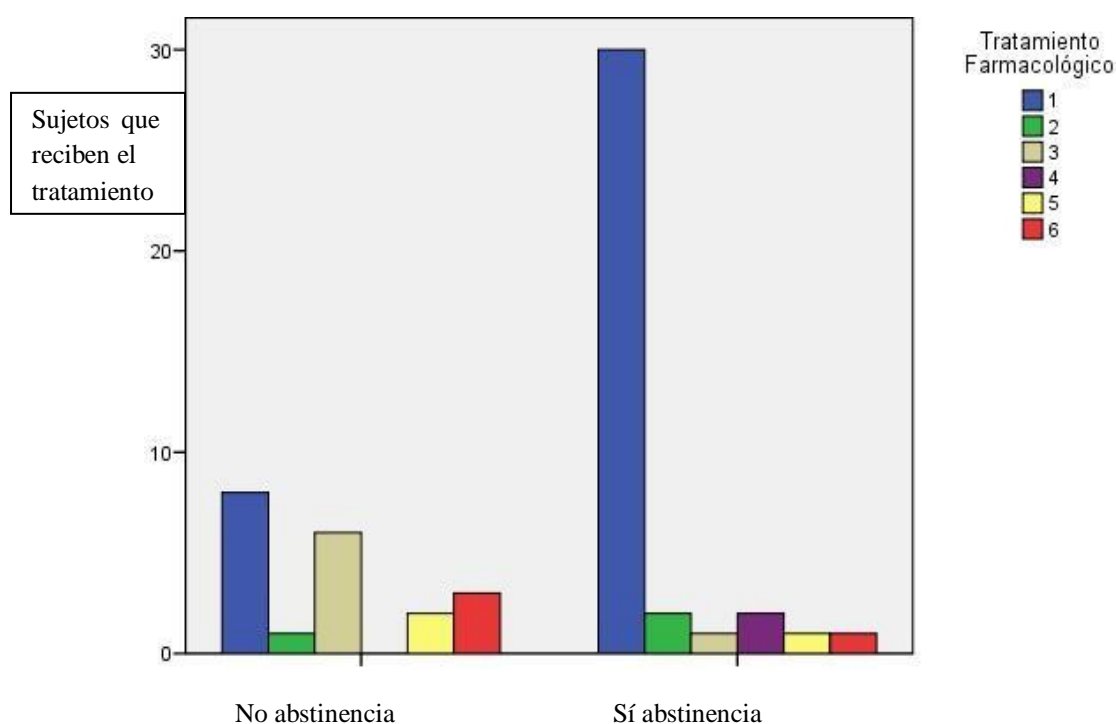
Nota: TSN: terapia sustitutiva con nicotina. Var + chi: vareniclina y chicles. TSN par + chi: Terapia sustitutiva con nicotina: parches y chicles.

También se ha estudiado la respuesta al tratamiento en relación al tiempo de abstinencia, aunque el objetivo del estudio no era analizar el éxito para dejar de fumar. Se ha considerado abstinencia tabáquica a partir de 1 mes de abandono del tabaco y se han alcanzado hasta 6 meses de abstinencia, mientras ha durado el estudio; con una media de 6 semanas. En esta abstinencia se ha incluido el fumador de puros y el fumador de cigarrillos de liar, a parte del tradicional. Se ha logrado una abstinencia de 64.9%.

Se ha comprobado que existe relación entre la abstinencia tabáquica y el tratamiento utilizado. El resultado del coeficiente V de Cramer ha sido de 0.53, este resultado muestra que hay relación entre las dos variables y tras el análisis de la chi cuadrado se ha

confirmado una significación de $p=0.006$. La vareniclina ha sido el tratamiento que ha utilizado la mayoría, 78.9%, los que han conseguido la abstinencia y 21.1% los que no la han conseguido (ver figura 18). El tratamiento con TSN en forma de chicles, ha ayudado a alcanzar la abstinencia a un 2.7%. De las personas que decidieron recibir solo asesoramiento psicológico, también el 2.7% logró la abstinencia. Hace referencia únicamente a un sujeto con la particularidad de que cuando ha acudido a la visita hacía una semana que ya no fumaba.

Figura 18. Relación entre la abstinencia tabáquica y el tratamiento tabáquico administrado (n=57).



Nota: La leyenda localizada a la derecha hace referencia al tratamiento tabáquico: 1: vareniclina, 2: Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN) en forma de parches, 3: TSN en forma de chicles u otra forma de acción rápida, 4: Vareniclina + TSN de acción rápida, 5: TSN en parches + TSN de acción rápida, 6: solo asesoramiento psicológico.

Los resultados de la Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca (VFC), de la primera visita, se pueden observar en la tabla 14. Por problemas técnicos diversos, la determinación de la VFC en la primera visita solo ha podido obtenerse en 36 pacientes. Esta proporción ha disminuido incluso más en la última visita, hasta un número de 19, debido predominantemente al requerimiento de la abstinencia de tabaco durante al menos 2 meses.

Tabla 14. Características descriptivas de la Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca en la primera visita del estudio (n= 36) y la población de referencia (n=2874), expresadas con la media \pm desviación típica.

	Primera visita	Población referencia
LF	318.59 (\pm 369.12)	447.35 (\pm 524.67)
HF	257.19 (\pm 357.07)	423.87 (\pm 582.67)
LF/HF	2.36 (\pm 3.22)	1.88 (\pm 2.42)

Nota: LF: Low Frequency. HF: High Frequency.

Las medias obtenidas de la primera visita se han querido comparar con una población sana de referencia (n=2874) (203). En esta población de referencia el 87% corresponde a no fumadores, esto podría explicar algunas diferencias en los resultados al compararlos con la muestra del estudio que es fumadora. Así se ha objetivado un aumento en el componente HF, que hace referencia al sistema nervioso autónomo (SNA), concretamente al sistema parasimpático, este se encuentra aumentado en los no fumadores. El componente LF tendría que estar disminuido en los no fumadores a diferencia de los fumadores, en la población de referencia se ha visto aumentado respecto a la del estudio, la diferencia la podría explicar el distinto valor de la n. La relación LF/HF está disminuida en la población de referencia frente a la población del estudio, indica que es menor la función del SNA a cargo del sistema simpático predominantemente, como se sabe que ocurre en los no fumadores cuando se compara con los fumadores.

Tabla 15. Características descriptivas y comparación de medias de la Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca en la primera y cuarta visita del estudio (n=19), expresadas con la media \pm desviación típica.

	Primera visita	Cuarta visita	P
LF	283.95.36 (\pm 353.99)	329.00 (\pm 472.11)	0.697
HF	288.37 (\pm 353.71)	258.47 (\pm 288.84)	0.717
LF/HF	2.45 (\pm 4.20)	1.65 (\pm 1.26)	0.398

Nota: LF: Low Frequency. HF: High Frequency.

Los resultados en la cuarta visita han mostrado solo un cambio a favor del proceso de dejar de fumar, la relación LF/HF, ha disminuido en los no fumadores como era de esperar. No obstante, al realizar el análisis de las variables con la comparación de medias apareadas (tabla 15), no se ha obtenido significación estadística para ninguna de las variables; la que se refiere a la relación LF/HF ha alcanzado un resultado más favorable. Una explicación podría ser el tamaño muestral.

Las herramientas para estudiar la Prosocialidad Aplicada han sido dos cuestionarios: el cuestionario de Comunicación de Calidad Prosocial (cCCP) y el cuestionario del Inventario Prosocial (cIP). Los resultados se muestran en las tablas 16 y 17.

Tablas 16. Comparación de medias de los cuestionarios de la prosocialidad aplicada del grupo Prosocial (n=28). Primera y tercera visita. Se expresa como la media \pm desviación típica.

	1V-Prosocial	3V- Prosocial	p
cCCP	52.89 (\pm 6.46)	54.61 (\pm 6.75)	0.120
cIP	74.00 (\pm 7.76)	79.40 (\pm 7.80)	0.001

Nota: cCCP: cuestionario de la Comunicación de Calidad Prosocial. cIP: cuestionario del Inventario Prosocial. 1V: primera visita. 3V: tercera visita.

Tabla 17. Comparación de medias de los cuestionarios de la prosocialidad aplicada del grupo Prosocial (n=28) y del grupo Cognitivo Conductual (n=29), primera y cuarta visita. Se expresa como la media \pm desviación típica.

	1V- Prosocial	4V- Prosocial	p	1V- Cog-Cond	4V- Cog-Cond	p
cCCP	52.89 (\pm 6.46)	54.39 (\pm 7.36)	0.224	52.72 (\pm 8.96)	53.93 (\pm 8.37)	0.340
cIP	74.00 (\pm 7.76)	77.17 (\pm 10.16)	0.329	75.17 (\pm 9.86)	75.24 (\pm 10.42)	0.959

Nota: cCCP: cuestionario de la Comunicación de Calidad Prosocial. cIP: cuestionario del Inventario Prosocial. 1V: primera visita, 4V: cuarta visita. Cog-Cond: grupo Cognitivo Conductual.

Como se puede ver en las tablas 16 y 17, tras hacer la distinción entre el grupo que ha recibido el asesoramiento en Prosocialidad Aplicada y el grupo que ha recibido el asesoramiento Cognitivo Conductual, las diferencias en las medias del cCCP, han sido prácticamente inapreciables entre grupos y entre visitas del mismo grupo. Se ha realizado el análisis estadístico para comparar medias apareadas con el Test de los rangos de Wilcoxon y se ha observado que no hay diferencias significativas. Esto explicaría que el cCCP no ha servido en las condiciones que se ha realizado el estudio.

En la primera visita se han dedicado 45 minutos, dentro de la cual se llevaba a cabo el entrenamiento para la CCP y en las tres siguientes 15 minutos en cada una, también se entrenaba la CCP. El tiempo que ha transcurrido entre la primera y la cuarta visita ha sido como mínimo de 3 meses. Los análisis estadísticos indican que el tiempo entre visitas, y el tiempo total del estudio, con un mínimo de 3 meses, e incluso se puede asumir que el tiempo de la misma visita, no han sido suficiente para conseguir un cambio significativo, como consecuencia de realizar un entrenamiento adecuado de la CCP.

Los resultados del cuestionario del Inventario Prosocial (cIP) sí que han sido más favorables. Como se aprecia en las tablas 16 y 17, hay diferencias entre el grupo Prosocial y el grupo Cognitivo Conductual. En este último grupo la media no se ha modificado, es la misma tanto en la primera como en la cuarta visita (se ha mantenido en 75). Aunque no ha habido diferencias significativas entre la primera y la cuarta visita en ninguno de los dos

grupos, las modificaciones han sido más grandes en el grupo Prosocial, pero sin alcanzar la significación estadística.

Si se continúa observando las mismas tablas se puede decir que al realizar el análisis estadístico entre la primera y la tercera visita en el grupo Prosocial, se ha obtenido una diferencia significativa ($p=0.001$). La media de los resultados del cIP de la cuarta visita ha descendido (de 79 a 77), podría explicar que no es necesario implicar más tiempo extra para las acciones prosociales. El hecho que no vuelve a la media inicial de 74, se podría interpretar que de algún modo ha incorporado las acciones prosociales en su día a día, se ha producido un cambio de comportamiento en su sistema, que muy probablemente, incida en su entorno más cercano.

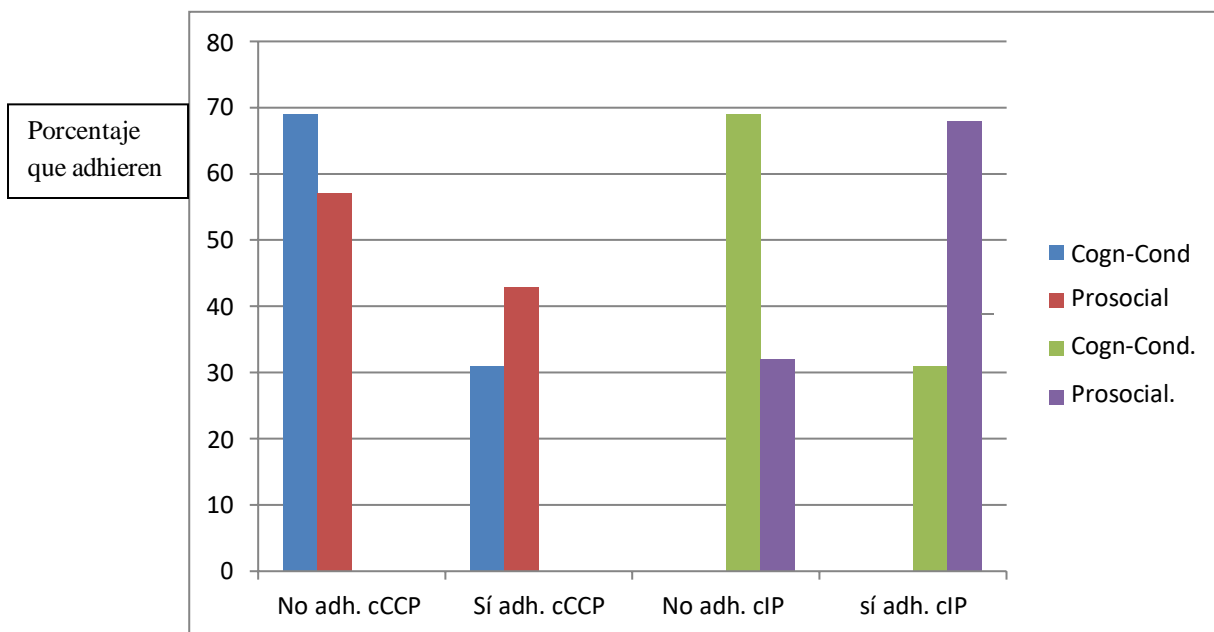
4.3. Análisis de la adherencia a la Prosocialidad aplicada

Para detectar adherencia a la prosocialidad aplicada como asesoramiento psicológico para dejar de fumar, se han estudiado tres variables, una para cada uno de los dos cuestionarios y la adherencia total que quiere decir, adherencia a uno u otro cuestionario de manera indiferente.

Para poder conocer si existe o no adherencia, se ha recurrido al análisis estadístico entre las medias de las respuestas de los cuestionarios. Dado que se ha producido un cambio significativo en las respuestas del cIP entre la primera visita (resultado del cuestionario: 74) y la tercera visita (resultado del cuestionario: 79) (ver tabla 16), tras un aumento de 5 puntos, cinco es el valor que se ha considerado para definir y decidir si hay adherencia o no a los distintos cuestionarios: cCCP y cIP.

Los porcentajes de adherencia que se han obtenido de los cuestionarios: cCCP y cIP en cada uno de los grupos: Cognitivo Conductual y Prosocial se observan en la figura 19.

Fig. 19. Adherencia al cuestionario de Comunicación de Calidad Prosocial y al cuestionario del Inventario Prosocial de los grupos Cognitivo Conductual y Prosocial (n=57).



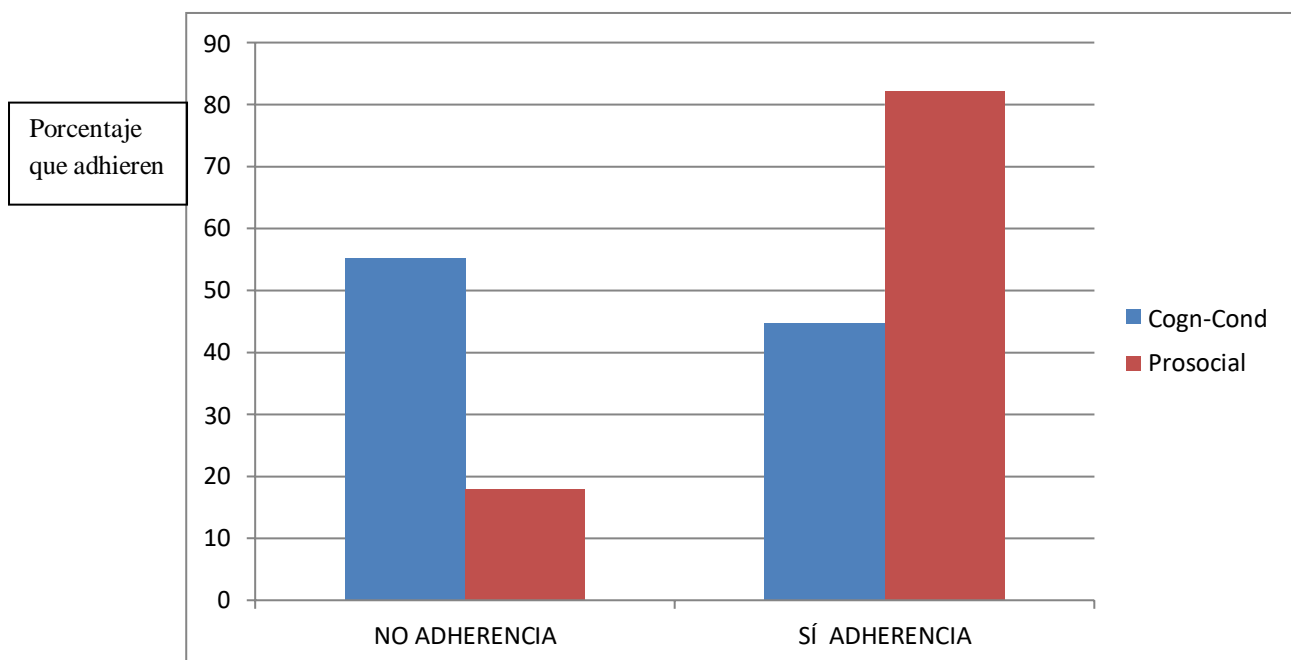
Nota: En el eje de ordenadas se muestran los grupos Cogn-Cond: Cognitivo Conductual y Prosocial y el porcentaje que adhieren, y en el eje de abscisas la adherencia a los cuestionarios: adh: adherencia, cCCP: cuestionario de comunicación de Calidad Prosocial, cIP: cuestionario del Inventario Prosocial.

En el cuestionario de CCP se ha observado adherencia de un porcentaje considerable, en el grupo Prosocial (42.9%), y un porcentaje menor (31%) que adhiere en el grupo Cognitivo Conductual. Se ha analizado si existe relación entre la adherencia al cCCP y el asesoramiento psicológico recibido; el coeficiente V de Cramer muestra que sí, ya que ha sido de 0.35, no obstante, al aplicar la chi-cuadrado indica que no ha sido significativo ($P = 0.41$). Eso querría decir que, aunque sí se obtienen los resultados esperados, en cuanto a que aquellos fumadores que han recibido entrenamiento para la Prosocialidad Aplicada, adhieren más, no lo han hecho de manera significativa con el cuestionario de CCP.

Observando los resultados de adherencia del cuestionario del Inventario Prosocial, el porcentaje que ha adherido del grupo Prosocial es de 67.9% y del grupo Cognitivo Conductual el 31%. Al realizar los análisis estadísticos también se ha observado relación entre las variables ya que el coeficiente V de Cramer es de 0.36 y con el análisis de la chi-cuadrado, en este caso, sí se ha obtenido un resultado significativo, $P=0.008$.

La adherencia total a la prosocialidad aplicada, se ha definido como aquella adherencia que se da en uno de los dos cuestionarios: cCCP o cIP. Los resultados se pueden observar en la figura 20.

Fig. 20. Adherencia total de los grupos Cognitivo Conductual y Prosocial (n=57).



Nota: En el eje de ordenadas se muestran los grupos Cogn-Cond: Cognitivo Conductual y Prosocial y el porcentaje que adhieren y en el eje de abscisas la adherencia total a la prosocialidad aplicada.

Si se observa el grupo Prosocial, se ve que ha obtenido una adherencia del 82.1% y el grupo Cognitivo Conductual ha adherido con un 44.8%. En cuanto a la adherencia de toda la muestra ha sido de 63.2%. El análisis estadístico muestra que hay relación, aunque muy débil, entre las variables, con el coeficiente V de Cramer de 0.38 y con una significación estadística de $P=0.006$. Esto explicaría que más de la mitad de la muestra adhiere a la prosocialidad aplicada al tabaquismo.

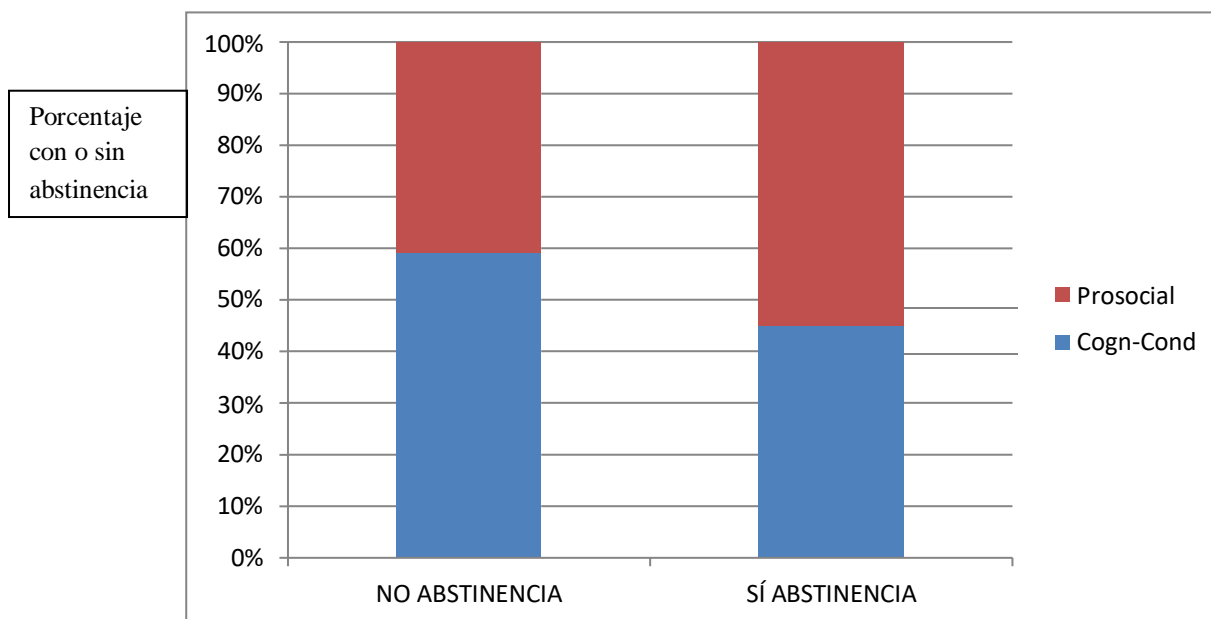
4.4. Relación entre la abstinencia tabáquica y los asesoramientos psicológicos

En la presente investigación, la abstinencia tabáquica se considera a partir de 1 mes de abandono del tabaco, hasta 6 meses con una media de 6 semanas. Dado que no es un tiempo de abstinencia muy prolongado, porque no era el objetivo principal del estudio, se podría considerar en este caso la abstinencia dentro del proceso de dejar de fumar.

Retomando los cálculos de abstinencia realizados en los apartados anteriores, el 64.9% de la muestra (n=57), ha presentado abstinencia. Cuando se ha realizado el estudio por grupos, se ha obtenido que en el grupo Cognitivo Conductual la abstinencia tabáquica ha sido de

58.6% y en el grupo Prosocial, de 71.4% (figura 21). Al aplicar el análisis estadístico, se ha objetivado que no hay relación entre variables ya que el coeficiente V de Cramer ha sido de 0.13 y no existe significación estadística (P=0.40). Este resultado explicaría que es indiferente recibir el asesoramiento Cognitivo Conductual o el asesoramiento Prosocial para dejar de fumar.

Figura 21. Relación entre la abstinencia tabáquica y el asesoramiento psicológico (n=57).



Nota: En el eje de abscisas se encuentra la abstinencia tabáquica y en el eje de ordenadas se muestran los grupos Cogn-Cond: Cognitivo Conductual y Prosocial y los porcentajes con o sin abstinencia.

4.5. Relación entre dependencia e intensidad de la adicción y la abstinencia tabáquica

La intensidad del tabaquismo se ha medido con las variables del Índice Acumulado (IA) y el monóxido de carbono exhalado en la primera visita (COe). El número de cigarrillos que fuma el paciente al día queda incluido en el IA, ya que su valor se extrae de la siguiente fórmula:

$$IA = \frac{\text{cigarrillos al día} \times \text{los años fumados}}{20} \text{ años/paq}$$

La dependencia física se estudia con el Test de Fagerström (FTND) y el Índice de Dureza (InD) y la dependencia psíquica con el Test de Glover-Nilsson (GNSBQ).

Para el estudio estadístico se ha relacionado la intensidad y la dependencia del tabaquismo con la abstinencia tabáquica. Dado que la abstinencia tabáquica es una variable dicotómica y las variables de intensidad y dependencia se miden según el grado de afectación menor o mayor, para este cálculo se han considerado cada una de las variables también cualitativas: IA y CO (ver tabla 1), Test de Fagerström (anexo 2), Índice de dureza (anexo 3) y Test de Glover –Nilsson (anexo 4). Se han realizado las tablas de contingencia y se ha aplicado el estadístico de la chi-cuadrado con el coeficiente V de Cramer (tabla 18).

Tabla 18. Relación entre el grado de intensidad y dependencia del tabaquismo y la abstinencia tabáquica.

	Abstinencia tabáquica	
	Co. V Cramer	p
IA	0.124	0.507
COe	0.258	0.050
FTND	0.130	0.494
InD	0.046	0.763
GNSBQ	0.123	1.000

Nota: IA: índice acumulado, COe: monóxido de carbono exhalado, FTND: Test de Fagerström, InD: índice de dureza, GNSBQ: Test de Glover-Nilsson. Co.: Coeficiente.

Los distintos análisis estadísticos han mostrado que no existe relación entre la intensidad y la dependencia al tabaco con la abstinencia tabáquica. El COe ha presentado el coeficiente V de Cramer más alto, acercándose, pero sin llegar a poderse considerar que haya relación con la abstinencia tabáquica. No obstante, se puede decir que estos resultados sugieren que es indiferente tener más o menos dependencia o un grado mayor o menor de tabaquismo para dejar de fumar.

Para conocer si la intensidad del tabaquismo (IA o COe) y la dependencia (FNTD, InD, GNSBQ) se relacionan con la Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca (LF, HF y la relación entre ambos LF/HF) en el momento inicial o basal, se han realizado los estudios para comparar medias con el Test T de Student para muestras relacionadas y el coeficiente de correlación de Pearson. Solo hubo una relación significativa entre el IA y tanto el HF ($r=-0.428$; $p=0.001$) como el LF ($r=-0.309$; $p=0.021$) con una correlación negativa en el coeficiente para ambas, lo que indicaría que a más tabaco mayor reducción de los componentes de la VFC.

Por último, se ha realizado el análisis estadístico para valorar si los distintos componentes de la VFC, como expresión del balance del sistema nervioso autónomo (SNA), se relacionan con la abstinencia tabáquica (ver tabla 19). Para ello se ha utilizado la regresión logística. Se ha obtenido significación estadística en todos los componentes, indicando que el estado del SNA se relaciona con el resultado de abstinencia tabáquica. Así, los sujetos

con un mayor HF o LF/HF tienen más posibilidades de dejar de fumar ($OR > 1$ o tener riesgo, en este caso de presentar abstinencia tabáquica) y los sujetos con mayor LF tienen menos posibilidades de dejar de fumar ($OR < 1$, efecto protector de dejar el tabaco que en este caso es perjudicial dado que se refiere a no presentar abstinencia).

Tabla 19. Relación entre los componentes de la Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca y la abstinencia tabáquica.

	Abstinencia tabáquica			IC 95% Para OR	
	E.T.	p	OR	Inferior	Superior
LF	0.002	0.012*	0.995	0.992	0.999
HF	0.002	0.011*	1.006	1.001	1.011
LF/HF	0.154	0.049*	1.354	1.001	1.831

Nota: LF: Low Frequency, HF: High Frequency. OR: Odds Ratio, E.T.: error típico. IC: intervalo de confianza.

Los distintos resultados han mostrado que aquellos pacientes con más dependencia a la nicotina y mayor intensidad del tabaquismo, consiguen igualmente dejar de fumar, pero cuando se considera el efecto de la VFC como respuesta del SNA, aquellos sujetos con menor alteración (niveles más altos de HF) tienen más posibilidades de dejar de fumar, a diferencia de los que tienen mayor alteración (niveles más altos de LF), lo que quiere decir, disminución de la VFC de base y por lo tanto menos posibilidades de dejar de fumar.

5. DISCUSIÓN

5. DISCUSIÓN

5.1. Características de la población

En la presente investigación, dos tercios de la población que ha acudido a la consulta de tabaquismo han sido mujeres. Esto confirma los hallazgos de otros estudios (205) (122). Hay diferencias en las características de esta enfermedad respecto al sexo. La mujer tiene factores importantes que facilitan el seguir fumando, como son el estado de ánimo, el apoyo social y el peso. Las diferencias entre el hombre y la mujer en la conducta relacionada con la nicotina, en parte se pueden atribuir a la diferencia en los patrones de expresión de los receptores de acetilcolina nicotínicos (206). Se han encontrado niveles más altos de receptores nicotínicos cerebrales en los ratones hembra a diferencia de los ratones macho (207). Las hormonas también juegan un papel en el metabolismo de la nicotina. Los estrógenos aumentan los niveles de dopamina y el metabolismo de la nicotina, además de estimular el eje hipotálamo-hipofisario adrenal, favoreciendo un intenso estrés en el Sdm de abstinencia (206). Pese a todos estos factores y otros no hay diferencias de sexo en cuanto a los resultados de las tasas de abstinencia (208).

Estados de ánimo negativos son una barrera para el abandono del tabaco con mayor relevancia en mujeres. Se ha visto una tendencia a presentar síntomas depresivos durante el abandono del tabaco (209). En el estudio que se presenta, un 31.9% de la población ha presentado depresión, lo que también se ha reportado en la Unidad Especializada de Tabaquismo de Madrid y en el Centro de Dependencia a la Nicotina de la Clínica Mayo (Rochester, Minnesota (210) (211). En estos mismos estudios se ha objetivado la presencia de enfermedades asociadas al tabaquismo como una constante en estos enfermos, como ocurre también en la presente investigación.

Las neoplasias de mama (212) y renal, de los pacientes a estudio, indica la relación que existe, de manera más o menos directa, con el tabaquismo. Estos y otros, como páncreas, pulmón y cérvix, han aumentado la prevalencia en los últimos años (213) (214).

Respecto a las características tabáquicas, coinciden los resultados que se presentan con los que se hallan en múltiples estudios (210) (122). Pacientes con alta dependencia a la nicotina y un grado de tabaquismo grave son los que acuden a la consulta para dejar de fumar.

5.2. Valoración de las herramientas utilizadas en el estudio

El hallazgo más importante, que corresponde al objetivo principal de esta investigación, es la adherencia a la prosocialidad aplicada, como asesoramiento psicológico para dejar de fumar. Este resultado es original porque hasta la actualidad no se conocía la posibilidad de introducir la prosocialidad aplicada a una consulta de tabaquismo. Se han introducido dos metodologías: la Comunicación de Calidad Prosocial (CCP) y los comportamientos prosociales. De las dos metodologías, solo una (los comportamientos prosociales) ha resultado útil. En cambio, la CCP no se ha mostrado útil, al menos en las condiciones que se ha realizado el estudio. El porcentaje que adhiere del grupo Cognitivo Conductual, aún sin haber recibido entrenamiento prosocial, se podría atribuir al hecho de estar en presencia del profesional el cual realiza una intervención, quien tiene la intención de ayudar al paciente a dejar de fumar, esta situación puede influir positivamente en las respuestas del cuestionario.

La CCP ya es conocida en la sanidad (145); pero hasta ahora se ha orientado principalmente a ponerla en práctica los operadores sanitarios, es decir optimizar la Comunicación con Calidad Prosocial de médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, con la intención de modificar o influir en su sistema familiar, de pareja, de amigos, con los pacientes y también en su sistema laboral. Incluso recientemente se ha publicado un libro sobre herramientas personales y profesionales para atender a la mujer víctima de violencia machista (215). En esta publicación se describe cómo se trabaja con cada ítem de la CCP con una inversión considerable de tiempo y de implicación del profesional que se está introduciendo en la CCP.

En el estudio que se presenta en la actual investigación, es el propio paciente que lo ha de poner en práctica y aunque se realiza un entrenamiento dirigido por un profesional experto en Prosocialidad, los estudios objetivan que no es suficiente. Para que tuviera mayor repercusión y aplicación sería necesario disponer de más tiempo en la consulta de tabaquismo.

Cada persona se comunica con otra según su esquema propio adquirido a lo largo del tiempo. Con el cCCP se propone una nueva manera de comunicar, basada en la prosocialidad, y, por lo tanto, en beneficio de otra persona, según su criterio y sin espera de recompensas. Para lograr comunicar con estas características de forma eficiente, o más eficiente si la persona ya se comunica de esta manera, se requieren procesos de motivación al cambio y para ello el factor más importante es el tiempo.

La consecuencia que se obtiene al aplicar la CCP es una mejoría en la calidad de las relaciones; es decir, en el tejido social o familiar más cercano. Esto implicaría vivir en un clima más tranquilo y sosegado en lugar de la crispación que se puede generar por los síntomas del síndrome de abstinencia. Además, durante el día, la figura del cigarrillo se introduce espontáneamente en el pensamiento del fumador que está dejando de fumar y es necesario eliminarla. Este hecho progresivamente va disminuyendo con el paso del tiempo, pero se puede mantener de manera más o menos intensa durante los tres primeros meses;

luego, aun de vez en cuando, puede aparecer de nuevo la figura del cigarrillo o incluso situaciones placenteras de la persona fumando u otras composiciones mentales que invitan a fumar durante un tiempo más o menos prolongado, en función de cada fumador y fumadora.

La idea inicial del estudio para introducirla CCP como herramienta de uso en la consulta de tabaquismo, era conseguir al menos dos metas:

- Empoderar al paciente en confianza con las personas más cercanas.
- Entretener el pensamiento en la Comunicación de Calidad Prosocial. Las acciones comunicativas cubren aproximadamente un 80% de toda la nuestra interacción con otras personas (215).

En el Sdm de abstinencia, el síntoma “ganas intensas de fumar”, (el craving), puede ser de tal magnitud que haga fumar de nuevo al fumador. El estudio ayuda a entender que lo primero que se necesita para desviar el pensamiento del acto de fumar, es una acción concreta que obliga a un cambio de pensamiento; ésta se puede realizar en cualquier momento en el que se presente el Sdm de abstinencia. Para poner en práctica la CCP tiene que darse la situación de que el paciente se encuentre con una persona y tenga una conversación. Además, el comunicar se basa más en un proceso del intelecto no en una acción física y esto podría explicar también por qué la CCP no sirve tanto en las primeras consultas de tabaquismo, en las que el fumador tiene que enfrentarse de manera rápida, repetida y frecuente con el Sdm de abstinencia.

Los comportamientos prosociales que se han obtenido del Inventario Prosocial (IP) para personas que quieren dejar de fumar, sí que han ayudado en el proceso de abandono del tabaco. El realizar un servicio físico, hacer una llamada a un familiar o amigo, consolar a alguien u otra de las acciones propuestas, implican tiempo, acción física y ocupación del pensamiento en beneficio de la otra persona y en beneficio propio, es decir, del fumador. Los resultados favorables que se han obtenido al comparar la primera y la tercera visita se podrían explicar por la necesidad de los pacientes a recibir el asesoramiento psicológico principalmente en las tres primeras visitas. En la cuarta visita, en cambio, el paciente puede hacer ya 2 meses que ha dejado de fumar y aunque aún necesita refuerzo a nivel psicológico, progresivamente se va afianzando el nuevo estilo de vida sin tabaco y no requiere insistir en las acciones prosociales.

Todas son ventajas para ir alejando el cigarrillo del día a día y mejorando las relaciones más próximas. Existen estudios relacionados con los comportamientos prosociales. En algunos se ha visto cómo favorecen ante el fracaso escolar (216). Se ha elaborado un Inventario Prosocial por los mismos adolescentes con acciones prosociales en la escuela, en la calle, en casa y con los amigos. También se han aplicado los Inventarios Prosociales en el campo de la gerontología, en personal sanitario y entre compañeros de trabajo (145). Un objetivo secundario del presente estudio se refería a los asesoramientos psicológicos y su relación con el proceso de dejar de fumar. El estudio pone de relieve que tanto el

asesoramiento Cognitivo Conductual, que es el que se utiliza habitualmente, como el asesoramiento Prosocial, la nueva propuesta, son igualmente útiles para el abandono del tabaco. Este resultado amplía las posibilidades de tratamiento; es decir, se obtiene otra herramienta que se puede usar para el asesoramiento psicológico. Incluso se puede pensar en combinar ambos asesoramientos. Los dos se basan en cambios comportamentales, el Cognitivo Conductual sobre todo hace hincapié en acciones más individuales, aunque no exclusivamente, mientras que el Prosocial se basa en comportamientos que implican a otras personas.

Teniendo en cuenta las distintas personalidades de los pacientes (es decir, los rasgos característicos de cada fumador) este puede desarrollar más aquel asesoramiento psicológico con el que se sienta más cómodo, para avanzar en el complejo proceso de dejar de fumar. También es importante considerar que, en presencia de una determinada personalidad, existe la posibilidad de introducir cambios (217); por ello, se puede proponer algo nuevo y complementario que abarque la jornada completa. Por ejemplo, una persona más introvertida puede preferir ir al cine o salir a correr sola, sin compañía alguna. Esta acción no implica a ninguna otra persona y no sería Prosocial pero sí podría ser Cognitivo Conductual. En otro momento, puede llamar por teléfono a un familiar o realizar un servicio a un vecino; de esta manera se acentuarían más unas u otras acciones según la exigencia de cada fumador.

Los objetivos secundarios del presente estudio hacían referencia a dos aspectos diferentes. El primer objetivo secundario introduce la dependencia y la intensidad del tabaquismo en relación con la abstinencia tabáquica. Los resultados son parecidos a los de otros estudios (210) (218) y confirman la ausencia de relación, en el sentido de que es indiferente el grado de afectación tabáquica para obtener la abstinencia. El tratamiento del tabaquismo se aplica en función del grado de intensidad y de dependencia tabáquica, a más intensidad y/o dependencia, más tratamiento, por lo tanto, no sorprende que aplicando el tratamiento ajustado a la necesidad del paciente, el resultado sea igualmente exitoso, tanto para aquellas personas que fuman menos (por ejemplo: 10 cigarrillos al día), como para aquellas que fuman más (por ejemplo: paquete y medio diario). El segundo objetivo secundario se refería a la Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca, otra de las herramientas que se ha querido introducir en la consulta de tabaquismo. Diferentes estudios han encontrado que esta se correlacionaba con el tabaquismo (219) (220) (39), pero cuando se ha analizado la relación entre la VFC y la abstinencia tabáquica se ha objetivado que cuanto mayor es la afectación del Sistema Nervioso Autónomo, mayor es la dificultad para dejar de fumar. Los resultados, del presente estudio confirman lo que ya se conoce en la literatura científica. Los fumadores tienen un menor predominio parasimpático (HF) comparado con no fumadores que es menor cuanto más fuman. El componente LF hace referencia al sistema nervioso simpático predominantemente y también parasimpático, en este caso la alteración es mayor, tiene un valor más alto cuanto más se fuma. El hecho de que la correlación para el LF también haya salido negativa, podría explicarse por la modulación doble, tanto simpática como parasimpática. Es cierto que el tiempo de seguimiento del estudio es corto y sería interesante conocer si al final del programa de tabaquismo, se consigue igualmente dejar de fumar.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el estudio, se puede afirmar que algunos pacientes con mayor dependencia de la nicotina y mayor intensidad del tabaquismo, no consiguen dejar de fumar como consecuencia de la VFC disminuida, en respuesta al Sistema Nervioso Autónomo. Como los resultados del OR son muy cercanos a 1 los valores obtenidos se han de interpretar como una asociación débil, por lo que el resultado se tendría que confirmar mediante estudios con un mayor número de pacientes ya que no se conocen otros estudios al respecto.

5.3. Limitaciones del estudio

A. Justificación del tamaño muestral

Con el cálculo que se hizo en un principio de $n=91$ pacientes, (considerando el reclutamiento en un año) se obtuvo que la potencia del test era de un 95%. Con la muestra de 57 pacientes que completaron el estudio, (tiempo de reclutamiento: año y medio, dirigido a 111 pacientes y con una pérdida de 54 pacientes) se ha obtenido que la potencia del test es de un 82%, aun consistente para alcanzar resultados favorables. Dicha potencia se ha calculado con el programa G*Power para un alpha de 0.05 y un tamaño del efecto de 0.38 (que es la medida de asociación obtenida con Cramer). A pesar de no haber alcanzado el tamaño de muestra calculado inicialmente, el porcentaje de adhesión a la intervención psicológica nueva, no ha sido del 50% (que se establecía como magnitud de la diferencia en el cálculo del tamaño muestral), sino que ha alcanzado el 82.1% en el grupo Prosocial y un 44.8% en el Cognitivo Conductual; en la muestra total ($n=57$) es de 63.2%. Se observa el fenómeno (adhesión) mucho más frecuente que lo que se había previsto y se obtiene significación estadística con menos pacientes. Calcular la primera “n” es complicado al no disponer de estudios ni conocer la dispersión de los datos a priori.

B. Otras limitaciones del estudio

Respecto al segundo objetivo secundario que evalúa la VFC, no se han obtenido todos los resultados esperables, por ejemplo, el no haber realizado el análisis de la VFC a un número mayor de pacientes, tanto antes como después de dejar de fumar, ha dificultado obtener mayor consistencia en los resultados. Por otro lado, el disponer solo de datos al inicio y al final del abandono del tabaco, no se obtiene información sobre el proceso de dejar de fumar, es decir, sobre cómo iba mejorando la VFC progresivamente en las sucesivas visitas.

El tiempo de duración del estudio con las primeras 4 visitas, en parte también ha sido una limitación porque deja sin conocer la respuesta sobre la abstinencia a los 3 meses, de varios pacientes, principalmente de aquellos que han iniciado más tarde el abandono del tabaco. Aunque no era un objetivo del estudio, sí es un dato interesante conocer.

El tiempo empleado en las visitas ha resultado demasiado breve. Solo la primera tenía una duración más larga, de 45 min, para poder dar toda la información necesaria: sobre el estudio, con el consentimiento informado, el tratamiento del tabaco, tanto el asesoramiento psicológico como el tratamiento farmacológico. El paciente acudía a esta primera visita con una carga considerable de ansiedad ya que había tomado una decisión muy importante en su vida (dejar de fumar para siempre, y no estar seguro de poder lograrlo). Esta situación ya acumula una cantidad de estrés que dificulta el poder retener toda la información que se le quiere transmitir. Por ello, además del tiempo, se presenta como una limitación el entregar demasiada información en la primera visita. Las demás visitas han sido de 15 minutos, que han resultado insuficientes para aplicar la CCP.

Los pacientes que han acudido únicamente a la primera visita representan otra limitación del estudio, ya que privan de conocer el efecto del asesoramiento nuevo a un porcentaje de la población. Este es un hallazgo que han corroborado diferentes estudios. En la consulta de tabaquismo de una de las áreas de Barcelona, un 25% de los pacientes no acudieron ni a la primera visita (221), tras haberla solicitado, y un estudio realizado en el Hospital Universitario de Albacete, confirmó que un 49.6% abandonaron el tratamiento sin acudir a la segunda consulta (222). En el presente estudio un 48.6% de los pacientes no acudió a las sucesivas visitas. Sería oportuno analizar los factores que influyen en este fracaso. En el estudio previamente citado del Hospital Universitario de Albacete han analizado algunos, concretamente las comorbilidades en una muestra de 1484 pacientes. Ninguna de las comorbilidades testadas parecía influir, exceptuando la cardiopatía isquémica. Se han considerado como posibles causas para no acudir a las siguientes visitas, las derivaciones solicitadas por los profesionales de pacientes con enfermedades graves, sin claro convencimiento por el paciente mismo o por influencia de los familiares; en otras ocasiones por el precio del tratamiento farmacológico y otros factores que aún se desconocen.

La asignación a cada tipo de asesoramiento psicológico se ha realizado aleatoriamente. No obstante, ha permitido entrever que algunos pacientes son más reticentes a realizar uno u otro tipo de asesoramiento psicológico; pese a ello, la mayoría de los pacientes se han implicado concienzudamente para poder realizar correctamente el estudio.

A algunos pacientes les ha costado más entender la relación de la prosocialidad con el tabaco y esto se ha resuelto poniendo en práctica los comportamientos prosociales y explicando con más detalle los efectos de la aplicación de la prosocialidad. También se ha dado la situación de no entender a fondo la prosocialidad; es decir, quedarse con la idea de que es una ayuda que se hace a alguien independientemente del beneficio propio, lo que está fuera de la prosocialidad. Se ha dado el caso de una mujer que refería estar todo el día pendiente de los demás y por la noche necesitar tiempo para ella misma; justo era el momento que dedicaba a fumar. La prosocialidad aplicada incluye la satisfacción de la vida (154) pues si las acciones son realmente prosociales, el beneficio es para el actor y para el receptor. Otra situación era la de un hombre con características más introspectivas que, para evitar las relaciones sociales, de vez en cuando salía del entorno social y se fumaba un cigarrillo. En estos casos estaría más indicado un cambio de comportamiento Cognitivo Conductual que no incluyera la Prosocialidad o al menos en algunos momentos puntuales.

Los instrumentos que se han utilizado para analizar el asesoramiento nuevo, los cuestionarios, son ampliamente conocidos en el campo de la prosocialidad aplicada, tanto la CCP como los Inventarios Prosociales (IP). Respecto a la fiabilidad y validez de los instrumentos cabe decir que, haciendo referencia a la validez, en su apartado de contenido, el IP lo cumple ampliamente porque ha sido evaluado por distintas muestras. Es un instrumento sensible porque detecta cambios y también un cuestionario factible, comprobado por las mismas muestras citadas. En cuanto a la fiabilidad, hubiese sido necesario analizarla con una muestra mucho mayor y con distintas versiones de los cuestionarios para objetivar que miden de manera constante. No se ha realizado porque no era objetivo del estudio y por no disponer de las características requeridas para evaluarla. No existen estudios específicos que analicen instrumentos de medida sobre tabaquismo y prosocialidad, pero sí algunos que lo hacen de una manera más genérica, basada en las acciones prosociales, usadas en el cuestionario proporcionado para el estudio (195) (196).

5.4. Necesidad de multiplicar las consultas de tabaquismo

El tabaquismo es una enfermedad que avanza de manera muy rápida, muchas personas están afectadas y dado que está presente en el mundo entero se habla de pandemia desde el siglo pasado (223). Ante esta situación, varios países han elaborado programas orientados a disminuir el porcentaje de prevalencia del tabaquismo. Por ejemplo, China se ha propuesto alcanzar una reducción de hasta un 20% en el año 2030, cuando en el año 2015 presentaba una prevalencia del 27.7% (224). Desde la OMS también se promueven desafíos como es una Europa libre del uso de tabaco (225). Múltiples estudios focalizan los objetivos en examinar las estrategias que pueden frenar esta pandemia (226), como es al inicio del tabaquismo.

En España se han promulgado dos leyes específicas de tabaco: la *ley 28/2005* (227): medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco y la *ley 42/2010* (228). Esta modifica la ley del 2005 y se enfoca en gran parte al tabaco de segunda mano, pensando concretamente en menores y en trabajadores de la hostelería; se pretende avanzar en los espacios abiertos y cerrados libres de humo de tabaco. Tras la implementación de esta segunda ley se realizan estudios y análisis que ayudan a entender cuánto se ha podido avanzar en la cesación tabáquica y en la salud de los fumadores activos y pasivos, y cuánto falta por desarrollar, teniendo ya herramientas que ayudan a ir concretando cada vez más las estrategias, para progresar en la erradicación de la enfermedad (229) (230).

Las leyes dirigidas al tabaquismo no han sido suficientes y se ha producido en los últimos años un aumento en la prevalencia del consumo de tabaco en España, como ya se ha dicho en apartados anteriores. La prevalencia actual es de un 32% (29), y la previa del 2017

igualaba a la alcanzada en 1997 (23); este retroceso, que ha mejorado en los últimos tres años, ha sido un estímulo para tomar nuevas medidas.

Los expertos, ante la situación previamente citada, propusieron 5 recomendaciones para el control del tabaquismo (231):

1. Incrementar el precio del tabaco. Se ha visto que por cada 10% que aumenta el precio del tabaco, se reducen las ventas en torno a un 4%.
2. Vigilar y controlar el cumplimiento de la actual ley estatal del control del tabaquismo.
3. Extender la regulación del consumo de tabaco a otros lugares públicos.
4. Implantar el empaquetado genérico. Esta decisión ha supuesto una pérdida de atracción para los jóvenes y han caído las ventas en países que ya lo han implantado (232), como Australia; otros países que también han utilizado el empaquetado genérico han sido Francia, Reino Unido, Irlanda, Noruega, Nueva Zelanda, Hungría y Eslovenia.
5. Facilitar el abandono del consumo de tabaco a los fumadores.

La aplicación de estas medidas y la financiación del tratamiento del tabaquismo en España podrían frenar esta epidemia. El apoyo financiero de los tratamientos farmacológicos, por parte de los sistemas públicos de salud, son las medidas más efectivas de todas, llegando a incrementar la tasa de abandono en un 338% (233).

El presente estudio aporta alguna información acerca de la 5ª recomendación de los expertos para el control del tabaquismo. Aunque no era el objetivo del estudio, se ha obtenido una abstinencia de 64.9% al cabo de 4-24 semanas de inicio del programa. En un metaanálisis con 27647 pacientes (234), se obtuvo una abstinencia a los 3 meses de poco menos del 40%. Un estudio realizado en consultas específicas de tabaquismo alcanzó una abstinencia de 44.7% (205). Incluso se lograron alcanzar valores más altos de abstinencia, que llegaron hasta un 58.5% a los 6 meses (210) e incluso hasta el 62.2% al cabo del mismo periodo (218).

Otras consultas como unidades ambulatorias o consultas hospitalarias de tabaquismo obtienen unas tasas de abstinencia del 26.6% en visitas sucesivas y de un 25.6% a los seis meses, respectivamente (221) (208). Así, se podría decir que la tasa de abstinencia, tras tratamiento farmacológico y asesoramiento psicológico, oscila entre el 25 y el 62%, según el tipo de consulta y la intensidad del programa que se aplique en cada una de ellas.

Estos resultados indican que aún se alcanzan tasas de abstinencias bajas; de los pacientes que acuden a la consulta, solo 1 de cada 4 consigue el éxito en bastantes ocasiones. Un estudio europeo en el que se analiza la evolución entre el 2012 y el 2017, respecto a los cambios en las metodologías, tratamientos farmacológicos y otras formas para dejar de fumar (235), objetiva una disminución en el uso de medicamentos y en general de asistencia profesional. Por otro lado, se objetiva un aumento en el uso de los cigarrillos electrónicos con la intención de dejar de fumar. Estos y otros estudios, además de la

práctica habitual, reflejan que todavía hay mucho por hacer. Convendría seguir aumentando las consultas de tabaquismo y concienciando a los pacientes de que es posible conseguir el éxito para dejar de fumar, con la ayuda de los profesionales dedicados al abandono del tabaco. Las consultas de tabaquismo no se pueden abordar solo desde los profesionales de Atención Primaria; aún llegan demasiados pacientes fumadores a los hospitales y los estudios indican (221) (236) que el porcentaje de intervención en cesación tabáquica en atención primaria es claramente insuficiente.

5.5. Propuestas para estudios futuros

La actual investigación aporta luz sobre posibles estudios futuros. Tras conocer que la prosocialidad aplicada influye en el proceso para dejar de fumar, se podría realizar un estudio multicéntrico donde el tamaño muestral sea mucho mayor y en el que previamente se analicen las características psicométricas de los cuestionarios. Se podría iniciar con un estudio piloto en el que se introducirían como novedad las Estrategias Cognitivo Conductuales Prosociales (ECCP); es decir, una combinación de ambos asesoramientos: (Cognitivo Conductual y Prosocial) para ampliar las herramientas de tratamiento y ajustar los comportamientos a los requerimientos del paciente.

Otra investigación se podría basar en el tiempo, es decir, ampliar el estudio a un mínimo de 7 visitas con un tiempo mayor en cada una de ellas. En las primeras visitas sería útil poner de relieve la entrevista motivacional, pues esta no solo ayuda a motivar al paciente sino también a fortalecer la motivación con la que acude a la consulta (237).

La Prosocialidad se puede introducir de manera más práctica y con mayor implicación, basándose en un laboratorio de acciones prosociales, en el que el paciente decide qué acciones hacer tras un entrenamiento previo. Así dispone de más posibilidades para entender y aplicar con más soltura la prosocialidad.

La comunicación de Calidad Prosocial se podría introducir en visitas sucesivas, como complemento para mejorar la comunicación en su entorno más cercano y le ayudaría a entrar más en la vertiente prosocial.

Otros estudios que se pueden plantear, tras la revisión de múltiples artículos y conocida la situación de los hospitales, donde aún algunos pacientes salen de la habitación para mantener la adicción, sería proponer un estudio multicéntrico en el que se analice la urgente necesidad de iniciar o aumentar las consultas monográficas de tabaquismo en los hospitales, tanto para los usuarios principalmente, como para los sanitarios. En un estudio argentino sobre los trabajadores del área de la salud (238), se obtuvo una prevalencia global de consumo de tabaco del 22.02%, y la exposición al humo de tabaco alcanzaba al 34.5%. La población con mayor prevalencia de consumo de tabaco resultó ser el personal administrativo. En un estudio español (239) la mayor prevalencia en profesionales de la

salud se observaba en auxiliares de enfermería. No obstante, la prevalencia en este colectivo era más baja que la observada en la población general española, lo que probablemente se explicaría por el contacto con personas que padecen las consecuencias de la enfermedad del tabaquismo.

5.6. Otras consideraciones

El tabaquismo se puede asociar con infinidad de temáticas, pero un punto importante a considerar es el equipo que trata al paciente. Como se ha ido desarrollando a lo largo de este estudio, no basta que un profesional aborde el tema, sino que es necesario un equipo con unas características concretas. Además, pensando en las generaciones futuras, es muy necesaria la formación reglada. Con los medios actuales se dispone de toda la información al alcance, pero se requiere que un experto la organice y ayude a poner en evidencia lo relevante y lo aplicable.

5.6.1. El equipo transdisciplinar

El trabajo en equipo es el que resulta más eficaz ante la complejidad de las situaciones médicas y de otra índole. El tabaquismo, al ser una enfermedad que implica a la práctica totalidad del organismo humano, no sólo desde el punto de vista de los distintos órganos, también se ha de considerar desde la atención primaria, secundaria, que incluye al hospital y terciaria, en la que están presentes los tratamientos paliativos; incluso en estas condiciones aún hay pacientes que padecen la enfermedad del tabaquismo. También desde el punto de vista de la medicina preventiva, los fármacos y por lo tanto las farmacias comunitarias, están implicadas en esta enfermedad.

Se habla de los equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios, Roxana Pizarro en 1984 (240) los definía así:

- El equipo multidisciplinar es aquel que está formado por un grupo de profesionales de diferentes disciplinas, donde uno de ellos es el responsable del trabajo que se lleva a cabo.
- El equipo interdisciplinar, está constituido por un grupo de profesionales, donde el trabajo es compartido, la responsabilidad es de todos y cada uno tiene un campo de acción definido.

La interdisciplinariedad existe porque al mismo tiempo que la Ciencia ha sido dividida en varias disciplinas (puntos de demarcación), estas están ligadas mediante puntos de articulación entre disciplinas: Interdisciplinariedad (241). Esta definición ya se daba en 1975 y no es hasta los últimos años cuando se aplica con el surgir cada vez más de equipos

interdisciplinarios para las distintas enfermedades; por ejemplo, para la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), algunos profesionales que forman parte del equipo interdisciplinar son: el neurólogo, el neumólogo, el fisioterapeuta, el digestólogo, el nutricionista, el enfermero, el trabajador social y el psicólogo. Todos trabajan desde su campo de acción conociendo los de los demás para ejercer mejor su disciplina.

En el caso del tabaquismo también existe un equipo interdisciplinario del que forman parte el neumólogo, el psicólogo, el enfermero y el farmacéutico.

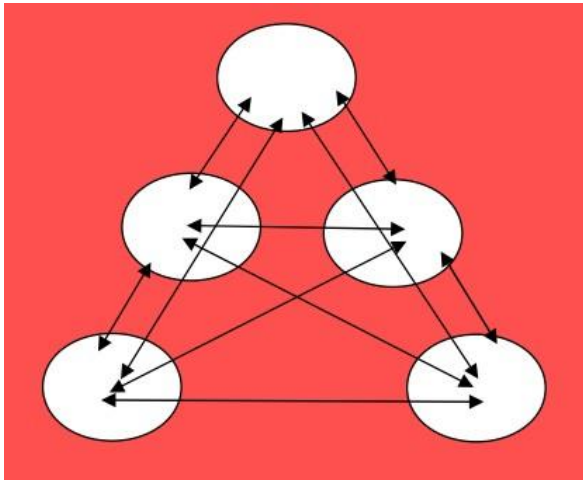
Posteriormente surge otro concepto, la ciencia avanza, la sociedad es más compleja. Investigadores de las Ciencias Médicas lo introducen de la siguiente manera (242): Las investigaciones que analizan los problemas en su totalidad, pero vistos desde diferentes disciplinas, no logran responder a la realidad integradora que sólo puede observarse y descubrirse bajo nuevas formas de percepciones y valoraciones, como el tratamiento interdisciplinario y la transferencia de métodos de una disciplina a otra. Pero en múltiples ocasiones conducen a la aparición de disciplinas nuevas. Lo transdisciplinario rebasa los límites de lo interdisciplinario.

- Un equipo transdisciplinar es la reunión de un número determinado de personas, procedentes de diferentes profesiones, en la cual los temas a tratar (así como las decisiones que se van a tomar) trascienden, se extienden o comunican, traspasando las disciplinas y produciendo consecuencias sobre el objetivo común que se pretende alcanzar (243).

La transdisciplinariedad es un "proceso según el cual los límites de las disciplinas individuales se trascienden para tratar problemas desde perspectivas múltiples, con vista a generar conocimiento emergente". Así lo define Basarab Nicolescu en el manifiesto de la transdisciplinariedad que escribió en 1994 en París (244).

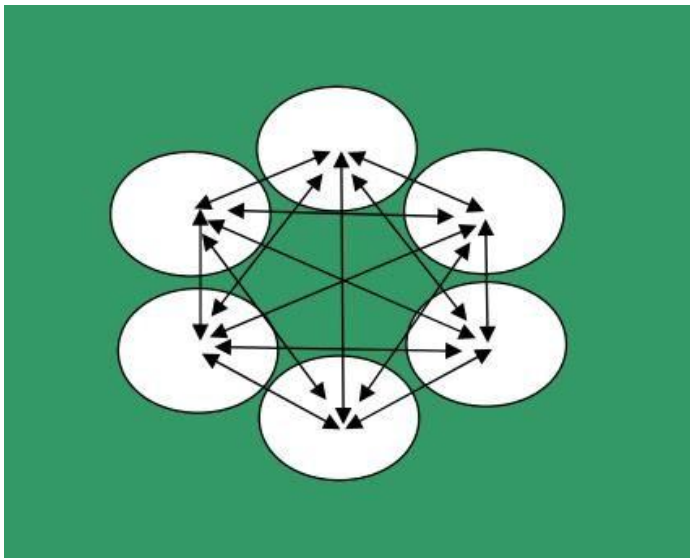
Las diferentes estructuras de cada uno de los distintos equipos la muestra Lourdes Romero, Licenciada en Psicología por la Universitat de València (243).

Figura 24: Equipo multidisciplinar. (Extraído de: Romero L. El enfoque multi o pluri, inter y transdisciplinario en la Animación Sociocultural. Entrevista a los expertos. Quadernsanimacio.net [Internet]. 2013;17:1–11)



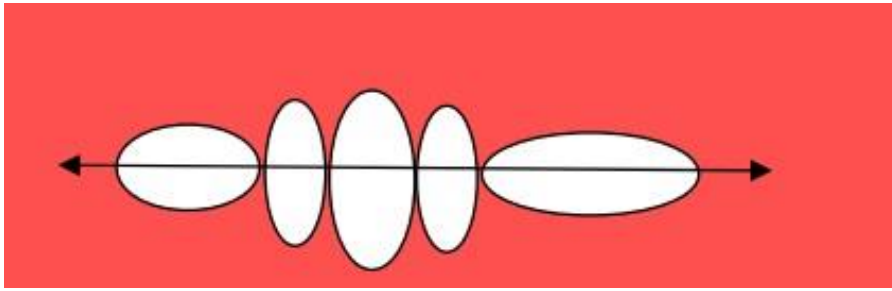
La aportación entre las disciplinas es una contribución hermética, impenetrable, cerrada. Su estructura es *piramidal*, en la cual se puede percibir una connotación de desigualdad entre las disciplinas. Unas se superponen sobre otras.

Figura 25: Equipo interdisciplinar. (Extraído de: Romero L. El enfoque multi o pluri, inter y transdisciplinario en la Animación Sociocultural. Entrevista a los expertos. Quadernsanimacio.net [Internet]. 2013;17:1–11).



La interdisciplinariedad se muestra como un movimiento de traslado, lo que añade al encuentro entre las disciplinas el permiso de pasar o llevar técnicas, métodos, formas de hacer, etc. desde un lugar a otro entre o en medio de las disciplinas. Tiene una estructura *circular* en la que las disciplinas tienen una relación de igualdad desde la equidad profesional.

Figura 26: Equipo transdisciplinar. (Romero L. El enfoque multi o pluri , inter y transdisciplinario en la Animación Sociocultural. Entrevista a los expertos. Quadernsanimacio.net [Internet]. 2013;17:1–11)



La transdisciplinariedad se descubre como un movimiento trascendente de estados en constante traslado y desarrollo al otro lado y a través de las disciplinas. Este enfoque enriquece el trabajo en equipo porque las disciplinas añaden sus conocimientos haciendo explícitamente partícipe al actor, ejecutor de la disciplina (cada profesional que conforma el equipo) desde una óptica global, incluyendo su ser, haber y existir, además de su saber. La estructura interna es *pseudovermiforme*. Cambiante, por un lado, en función del lugar y la implicación que cada profesional asuma en cada situación y toma de decisión, por otro lado, tiene una característica inmutable: siempre está conectada (por la proximidad de los cuerpos disciplinarios o por el movimiento de traspaso).

Como se puede observar, el equipo transdisciplinar es el más completo, el que aporta no solo de su saber sino de su ser y desde una perspectiva global. Probablemente, hoy en día, sea el modelo a seguir, ya que en muchas ocasiones se presentan dudas, dificultades, procesos complejos para resolver. En dicha encrucijada, solo poniéndose los profesionales juntos, teniendo todos el mismo punto de mira, en este caso el tabaquismo en un determinado paciente y aportando desde su persona, como ser integral, que lleva implícita la profesión pero también su ser biológico, social y espiritual, la aportación será mayor, más completa, enriquecida y ajustada a las necesidades del paciente, centro y receptor principal de toda acción.

Así, en un equipo transdisciplinar en el que la administrativa, la enfermera gestora de casos, el neumólogo, el farmacéutico, el auxiliar, el psicólogo, el paciente (experto en su enfermedad) y siguiendo con cada uno de los profesionales que forman parte del equipo, dan aquello que consideran más oportuno a la hora de tomar una decisión, por ejemplo en cuanto a la distribución de las visitas, los fármacos, los tiempos a dedicar, las herramientas para usar, etc. Todo esto aporta un beneficio, una satisfacción y el éxito de abandono del tabaco tiene más garantías de poderse alcanzar.

5.6.2. La docencia

La formación es básica para el conocimiento y para avanzar en cualquier campo del saber que luego se concreta en la vida cotidiana. Las universidades son un punto clave de ese saber y todo lo que pasa por esta institución tiene una importancia capital.

Desde el punto de vista de la Medicina a lo largo de los siglos han ido surgiendo nuevas enfermedades que se han ido introduciendo en las facultades y esto ha permitido conocerlas, tratarlas, prevenirlas y ponerlas al alcance de la sociedad para tomar conciencia de las mismas. El tabaquismo es una enfermedad que se conoce desde el siglo pasado, pero no se comienza a introducir en las universidades hasta prácticamente 30 años después. Hasta ahora, los neumólogos u otros especialistas, introducían el tabaquismo en horas extra de la asignatura de medicina respiratoria, a expensas de acortar tiempo a otras enfermedades. Este año pasado, en el 2020, se ha publicado, desde las distintas sociedades de la Comunidad Latino americana y de la Península Ibérica, un documento de consenso sobre la docencia del tabaquismo en las facultades de Medicina (245).

Solo adjudicándole un tiempo y un espacio en la Facultad de Medicina es posible reconocer el tabaquismo como una enfermedad crónica susceptible de intervención por parte del profesional sanitario. Sería deseable que también se pudiera introducir en las demás facultades relacionadas con la salud como Fisioterapia, Enfermería, Odontología, Logopedia, Ciencias del Deporte, Psicología y tantas otras que de alguna manera pueden incidir para desnormalizar el acto de fumar. Muchos hablan todavía de hábito cuando se trata de una verdadera enfermedad.

6. CONCLUSIONES

6. CONCLUSIONES

1. La prosocialidad aplicada se puede utilizar como una nueva herramienta para el asesoramiento psicológico en la consulta de tabaquismo, principalmente en las tres primeras visitas.
2. Los cuestionarios obtenidos de la elaboración de los Inventarios Prosociales para personas que quieren dejar de fumar, son un instrumento de medida útil para el abandono del tabaco.
3. La Comunicación de Calidad Prosocial (CCP) no se puede implementar en consultas de tabaquismo con una duración de 45 minutos en la primera visita y de 15 minutos en las sucesivas, con un total de cuatro visitas, al no producirse un cambio significativo tras entrenamiento adecuado dirigido.
4. El asesoramiento psicológico con la prosocialidad aplicada consigue unas tasas de abstinencia de un 64.9% entre las semanas 4-24 en el proceso de dejar de fumar.
5. Se pueden utilizar indistintamente el asesoramiento psicológico con la Prosocialidad Aplicada y el asesoramiento psicológico Cognitivo Conductual en el proceso de dejar de fumar.
6. El grado de dependencia a la nicotina y la intensidad del tabaquismo no influyen en la abstinencia tabáquica.
7. En los pacientes más dependientes de la nicotina y con mayor intensidad del tabaquismo, la Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca disminuida se asocia, aunque débilmente, con una mayor dificultad para dejar de fumar.

7. REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Slade J, Bolliger CT, Fagerström K (eds.). Historical Notes on Tobacco. The Tobacco Epidemic. *Prog Resp Res Basel*. 1997;28:1–11.
2. Carrión Valero F (ed.). *Tabaquismo- Tabaquisme. Una perspectiva desde la Comunidad Valenciana*. 2ª Ed. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2006. 269 p.
3. Mackay J, Eriksen M. *The Tobacco Atlas*. 1ª Ed. Suiza. Organización Mundial de la Salud; 2002. 109 p.
4. Jiménez Ruiz CA. Tabaco y mujer. *Arch Bronconeumol*. 1996;32(5):242–50.
5. *Smoking and Health: A report of the Advisory Committee of Surgeon General of Public Health Service*. Washington. Vol. 1113, Public Health Service Publication; 1964. 387 p.
6. Doll R, Bradford-Hill A. Smoking and carcinoma of the lung preliminary report. *Br Med J*. 1950;2(4682):739–48.
7. *Tabaco: mortífero en todas sus formas*. Organización Mundial de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. 54 p.
8. *Aditivos de los productos de tabaco. Aspectos Esenciales*. [Internet]. *Compaing for Tobacco-Free Kidds*; p. 12–3. Available from: global.tobaccofreekids.org
9. German Cancer Research Center (Ed.). *Additives in Tobacco Products: Contribution of Carob Bean Extract, Cellulose Fibre, Guar Gum, Liquorice, Menthol, Prune Juice Concentrate and Vanillin to Attractiveness, Addictiveness and Toxicity of Tobacco Smoking*. Heidelberg, Germany [Internet]. German Cancer Research Center. 2012. 31 p. Available from: <http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle>.
10. Kenhuis AS, Hernandez LG, Talhout R. *Tobacco additives. Information for Professionals*. [Internet]. National Institute for Public Health and the Environment, (RIVM). 64 p. Available from: <http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle>.
11. Green AC, Fong GT, Borland R, Quah ACK, Seo HG, Kim Y, et al. The importance of the belief that “light” cigarettes are smoother in misperceptions of the harmfulness of “light” cigarettes in the Republic of Korea: A nationally representative cohort study *Health behavior, health promotion and society*. *BMC Public Health* [Internet]. 2015;15(1):1–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2472-0>
12. Hecht SS, Murphy SE, Carmella SG, Li S, Jensen J, Le C, et al. Similar uptake of lung carcinogens by smokers of regular, light, and ultralight cigarettes. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2005;14(3):693–8.
13. Darrall KG, Figgins JA. *Roll-your-own smoke yields: theoretical and practical aspects*. 1998;168–75.
14. Carrión Valero F. El tabaquismo, la principal enfermedad de los países desarrollados. *Rev Cuba Salud P*. 2008;34(4):31–4.
15. Sartorius N, Haghiri H, Mokhber N, Azarpazhooh MR, Haghghi MB, Radmard M, et al. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. IACAPAP E-textb child Adolesc Ment Heal. 2013;55(1993):135–9.
16. *Clasificación Internacional de Enfermedades - 10ª Revisión. Modificación Clínica*. 2ª Ed. Madrid. Enero 2018. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Internet]. 1472 p. Available from: <http://publicacionesoficiales.boe.es>
17. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(3):390–5.
18. Fagerström KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence a review of the FTND. *J Behav Med*. 1989;12:159–82.

19. Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO. ¿Hacemos bien el test de Fagerström? *Prev Tab.* 2003;5:161–2.
20. Glover ED, Nilsson F, Westin A, Glover PN et al. Developmental history of the Glover-Nilsson smoking behavioral questionnaire. *Am J Heal Behav.* 2005;29(5):443–55.
21. Ferrero MB, Reina SS, Moreno JA. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo . Documento de consenso. 2003;35–41.
22. Conselleria de Sanitat i Consum. Diagnóstico de Salud Escolar en el área de l’Alicantí. València. Cons Sanit i Consum. Cons Sanit i Consum. 1994;119.
23. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 1995-2017. [Internet]. 2017. 137 p. Available from: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf
24. Pascual Lledó JF, Viejo Bañuelos JL, Gallo Marín F, de Abajo Cucurull C, Pueyo Bastida A. Tabaquismo escolar . Estudio epidemiológico transversal en una población de 4.281 escolares. *Arch Bronconeumol* [Internet]. 1996;32(2):69–75. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0300-2896\(15\)30813-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0300-2896(15)30813-9)
25. Villalbí J, Suelves J, Martínez C, Valverde A, Cabezas C, Fernández E. El control del tabaquismo en España: situación actual y prioridades. *Rev Esp Salud Pública.* 2019;93:1–16.
26. López AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control.* 1994;3:242–7.
27. Jiménez-ruiz, Carlos A, Fagerström K (Eds.). *Tratado de Tabaquismo.* 3ª ed. Madrid. Aula Médica, S.L. 2011. 550 p.
28. Thun M, Peto R, Boreham J, Lopez AD. Stages of the cigarette epidemic on entering its second century. *Tob Control.* 2012;21(2):96–101.
29. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España (EDADES), 1995-2019/2020. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 243 p. [internet] https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf
30. OMS. No dejes que el tabaco te quite la respiración. Elige salud no tabaco. 31 de Mayo Día Mundial Sin Tabaco. Organización Mundial de la Salud. 2019. 11 p.
31. OMS. Estrategia mundial para acelerar el control del tabaco. 2019; Available from: <http://apps.who.int/iris>.
32. OMS. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. *Organ Mund la Salud.* 2003;155–6.
33. OMS. MPOWER un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. OMS [Internet].2008;39. Available from: <http://www.who.int/tobacco/mpower/package/es/>
34. OMS. Informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2019. Ofrecer ayuda para dejar el tabaco. Resumen. Ginebra, Suiza; OMS. 2019. 7 p.
35. OMS. Control y prevención de productos de tabaco para pipas de agua. 2016;FCTC/COP/6:1–10.
36. Jawad M, El Kadi L, Mugharbil S, Nakkash R. Waterpipe tobacco smoking legislation and policy enactment: A global analysis. *Tob Control.* 2015;24:i60–5.
37. Informe de la octava reunión de la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el control del Tabaco. Ginebra, Suiza. [Internet]. Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. 106 p. Available from: http://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/additional_documents/es

38. Puthuchery Z, Kordi M, Rawal J, Eleftheriou KI, Payne J, Montgomery HE. The Relationship between Lower Limb Bone and Muscle in Military Recruits, Response to Physical Training, and Influence of Smoking Status. *Sci Rep.* 2015;5:1–6.
39. Hayano J, Yamada M, Sakakibara Y, Fujinami T, Yokoyama K, Watanabe Y, et al. Short- and long-term effects of cigarette smoking on heart rate variability. *Am J Cardiol.* 1990;65(1):84–8.
40. Sjoberg N, Saint DA. A single 4 mg dose of nicotine decreases heart rate variability in healthy nonsmokers: Implications for smoking cessation programs. *Nicotine Tob Res.* 2011;13(5):369–72.
41. Calvo Pascual S, Peris Cardell R, Belda Ramírez J. Pulverized oral Nicotine Equivalent to one Cigarette reduces Parasympathomimetic Neurovegetative tone and increases the physical Dependence in Smokers. *Ann Pulmonol.* 2021;
42. Pruneda L, García E, Margolles M. Enfermedades Raras en Asturias. *Fed Española Enfermedades Raras* [Internet].2011;213. Available from: www.obsaludasturias.com
43. Modagheh M-HS, Hafezi S. Endovascular Treatment of Thromboangiitis Obliterans (Buerger’s Disease). *Vasc Endovascular Surg* [Internet]. 2018 Feb [cited 2019Sep16];52(2):124–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29237360>
44. Ghoneim B, Karmota A, Abuhadema A, Shaker A, Abdelmawla H, Nasser M, et al. Management of Buerger’s Disease in Endovascular Era. *Int J Angiol.* 2019 Apr 19;28:173–81.
45. Quirós AYC, Ramírez JM, Juárez RJ. Enfermedad De Buerger. *Rev Clínica Esc Med UCR-HSJD.* 2011;2(5).
46. Buerger L. Thrombo-angiitis obliterans: A study of the vascular lesions leading to presenile spontaneous gangrene. *Am J Med.* 1952;13(5):526–32.
47. Kobayashi M, Kurose K, Kobata T, Hida K, Sakamoto S, Matsubara J. Ischemic intestinal involvement in a patient with Buerger disease: Case report and literature review. *J Vasc Surg.* 2003;38(1):170–4.
48. Fazeli B, Farzadnia M, Taheri H. Vaso-nervorumitis: Responsible for pain in Buerger’s disease? *Int Med Case Rep J.* 2019;12:119–23.
49. OMS. Las 10 principales causas de defunción. *Organ Mund la Salud* [Internet]. 2020; Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
50. Jayes L, Haslam PL, Gratziau C, Powell P et al. SmokeHaz: Systematic Reviews and Meta-analyses of the Effects of Smoking on Respiratory Health. *Chest.* 2016;150(1):164–79.
51. McLeish AC, Zvolensky MJ. Asthma and cigarette smoking: a review of the empirical literature. *J Asthma.* 2010;47(4):345–61.
52. Bakakos P, Kostikas K, Loukides S. Smoking asthma phenotype: diagnostic and management challenges. *Curr Opin Pulm Med.* 2016;22(1):53–8.
53. Fueyo A, Ruiz MA, Ancochea J, Guilera M, Badia X. Asthma control in Spain. Do season and treatment pattern matter? The ESCASE study. *Respir Med.* 2007;101(5):919–24.
54. Silverman RA, Boudreaux ED, Woodruff PG, Clark S, Camargo C. Cigarette Smoking Among Asthmatic Adults Presenting to 64 Emergency Departments. *Chest.* 2003;123(5):1472–9.
55. Patel S, Tsai CL, Boudreaux ED, Kilgannon J, Sullivan A, Blumenthal D, Camargo C. Multicenter study of cigarette smoking among patients presenting to the emergency department with acute asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol.*

- 2009;103(2):121–7.
56. Martínez Moragón E. La comorbilidad en el Asma. Clínicas Respiratorias SEPAR. Monografía 1. Soc Española Neumol y Cir Torac SEPAR. 2015;118.
 57. Marwick JA, Adcock IM, Chung KF. Overcoming reduced glucocorticoid sensitivity in airway disease: Molecular mechanisms and therapeutic approaches. *Drugs*. 2010;70(8):929–48.
 58. Ten Brinke A. Risk factors associated with irreversible airflow limitation in asthma. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2008;8(1):63–9.
 59. James AL, Palmer LJ, Kick E, Maxwell PS, Lagan SE, Ryan GF, et al. Decline in lung function in the Busselton health study: The effects of asthma and cigarette smoking. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;171(2):109–14.
 60. Wetter DW, Young TB, Bidwell TR, Badr MS PM. Smoking as a Risk Factor for Sleep-Disordered Breathing. *Arch Intern Med*. 1994;154:2219–24.
 61. Punjabi NM. The epidemiology of adult obstructive sleep apnea. *Proc Am Thorac Soc*. 2008;5(2):136–43.
 62. Kashyap R, Hock LM, Bowman TJ. Higher prevalence of smoking in patients diagnosed as having obstructive sleep apnea. *Sleep Breath*. 2001;5(4):167–72.
 63. Choudhury A, Routray D, Swain S, Das AK. Prevalence and risk factors of people at-risk of obstructive sleep apnea in a rural community of Odisha, India: a community based cross-sectional study. *Sleep Med [Internet]*. 2019;58:42–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.03.014>
 64. Taveira KVM, Kuntze MM, Berretta F, de Souza BDM, Godolfim LR, Demathe T, et al. Association between obstructive sleep apnea and alcohol, caffeine and tobacco: A meta-analysis. *J Oral Rehabil*. 2018;45(11):890–902.
 65. Van der Vaart H, Postma DS, Timens W, Hylkema MN, Willemse BWM, Boezen HM, et al. Acute effects of cigarette smoking on inflammation in healthy intermittent smokers. *Respir Res*. 2005;6:1–11.
 66. Gothe B, Strohl KP, Levin S, Cherniack N. Nicotine: a different approach to treatment of obstructive sleep apnea. *Chest*. 1985;87(1):11–7.
 67. Washko GR, Hunninghake GM, Fernandez IE, Nishino M, Okajima Y, Yamashiro Y, et al. Lung Volumes and Emphysema in Smokers with Interstitial Lung Abnormalities. *N Engl J Med [Internet]*. 2011;364(10):897–906. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3624763/pdf/nihms412728.pdf>
 68. Albacar N, Faner R, Sellarés J. Tabaco y alteraciones intersticiales: ¿una asociación plausible? *Arch Bronconeumol*. 2020;56(7):422–3.
 69. Patel RR, Ryu JH, Vassallo R. Cigarette smoking and diffuse lung disease. *Drugs*. 2008;68(11):1511–27.
 70. Silman AJ, Newman J, MacGregor AJ. Cigarette smoking increases the risk of rheumatoid arthritis: Results from a nationwide study of disease-discordant twins. *Arthritis Rheum*. 1996;39(5):732–5.
 71. Saag KG, Kolluri S, Koehnke RK, Georgou TA, Rachow JW, Hunninghake GW, et al. Rheumatoid arthritis lung disease: Determinants of radiographic and physiologic abnormalities. *Arthritis Rheum*. 1996;39(10):1711–9.
 72. Álvarez Sala JL, Casan Clarà P, Rodríguez de Castro F et al. *Neumología Clínica*. 2016. 883 p.
 73. Ancochea J, Xaubet A, Agüero R (eds.). *Fibrosis pulmonar idiopática*. Journal of Chemical Information and Modeling. 2016. 295 p.
 74. Ogata-Suetsugu S, Hamada N, Tsuda T, Takata S, Kitasato Y, Inoue N, et al. Characteristics of tobacco-related lung diseases in Fukuoka Prefecture, Japan: A prospective, multi-institutional, observational study. *Respir Investig [Internet]*.

- 2019;(xxxx). Available from:<https://doi.org/10.1016/j.resinv.2019.10.002><https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2212534519300735>
75. Fernandes L, Nasser M, Ahmad K, Cottin V. Interstitial Pneumonia With Autoimmune Features (IPAF). *Front Med.* 2019;6(September):1–10.
 76. Jiménez-Ruiz CA, Zabert G, Buljubasich D, De Granda-Orive JI, Buendía I, Luhnig S et al. Preguntas y respuestas relacionadas con tabaquismo en pacientes con EPID. Aplicación de metodología con formato PICO. *Arch Bronconeumol.* 2020;56(7):435–40.
 77. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 2006. 727 p.
 78. Banegas J, Estapé J, González J, López V, Pardell H, Salvador T. Exposición involuntaria al humo ambiental de tabaco: revisión actualizada y posibilidades de actuación. *Semergen.* 1999;25:702–11.
 79. Jiménez-Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Altet Gómez N, Lorza Blasco JJ, Signes-Costa Miñana J, Solano Reina S, et al. Tratamiento del tabaquismo en fumadores con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. *Arch Bronconeumol.* 2013;49(8):354–63.
 80. Barnoya J, Glantz SA. Cardiovascular effects of secondhand smoke: Nearly as large as smoking. *Circulation.* 2005;111(20):2684–98.
 81. Metsios GS, Flouris AD, Jamurtas AZ, Carrillo AE, Kouretas D, Germenis AE, et al. Brief report: A brief exposure to moderate passive smoke increases metabolism and thyroid hormone secretion. *J Clin Endocrinol Metab.* 2007;92(1):208–11.
 82. Pell JP, Haw S, Cobbe S, Newby DE, Pell ACH, Fischbacher C, et al. Secondhand smoke exposure and survival following acute coronary syndrome: prospective cohort study of 1261 consecutive admissions among never-smokers. *Public Heal Room [Internet].* 2009;305. Available from:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19684191/>
 83. Dinas PC, Metsios GS, Jamurtas AZ, Tzatzarakis MN, Wallace Hayes A, Koutedakis Y, et al. Acute effects of second-hand smoke on complete blood count. *Int J Environ Health Res.* 2014;24(1):56–62.
 84. Ramírez N, Özel MZ, Lewis AC, Marcé RM, Borrull F, Hamilton JF. Exposure to nitrosamines in thirdhand tobacco smoke increases cancer risk in non-smokers. *EnvironInt[Internet].* 2014;71:139–47. Available from:<http://dx.doi.org/10.1016/j.envint.2014.06.012>
 85. de Granda-Orive JI, Jiménez-Ruiz CA, Solano-Reina S. Posicionamiento de la Organización Mundial de la Salud. Impacto del tabaco en el medio ambiente: cultivo, curado, manufactura, transporte y tabaquismo de tercera y cuarta mano. *Arch Bronconeumol.* 2018;54(7):357–8.
 86. Winickoff JP, Friebely J, E.tanski S, Sherrod C, E.matt G, Hovell MF, et al. Beliefs about the health effects of “thirdhand” smoke and home smoking bans. *Pediatrics.* 2009;123(1).
 87. De Granda-Orive JI, López-Yepes L, Girón-Matute W, De Granda-Beltrán AM, Solano-Reina S, Jiménez-Ruiz CA et al. Contaminación medioambiental por colillas del tabaco: el tabaco de cuarta mano. *Prevención del tabaquismo.* 2016;18(1):25–31.
 88. Basuras en el mar [Internet]. Greenpeace. 2005. 7p. Available from:<http://www.greenpeace.org/espana/Global/espana/report/contaminacion/basura>

- s-en-el-mar.pdf
89. Lee W, Lee CC. Developmental toxicity of cigarette butts - An underdeveloped issue. *Ecotoxicol Environ Saf* [Internet]. 2015;113(2014):362–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecoenv.2014.12.018>
 90. Llambí L, Rodríguez D, Parodi C, Soto E. Cigarrillo electrónico y otros sistemas electrónicos de liberación de nicotina: revisión de evidencias sobre un tema controversial. *Rev Medica Del Uruguay*. 2020;36(1):59–73.
 91. Bals R, Boyd J, Esposito S, Foronjy R, Hiemstra PS, Jiménez-Ruiz CA, et al. Electronic cigarettes: A task force report from the European Respiratory Society. *Eur Respir J* [Internet]. 2019;53(2):1–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1183/13993003.01151-2018>
 92. Lorza Blasco JJ. Formas emergentes en el consumo de nicotina. *Arch Bronconeumol*. 2019;55(2):71–2.
 93. Moretto N, Volpi G, Pastore F, Facchinetti F. Acrolein effects in pulmonary cells: Relevance to chronic obstructive pulmonary disease. *Ann N Y Acad Sci*. 2012;1259(1):39–46.
 94. Li D, Sundar IK, McIntosh S, Ossip DJ, Goniewicz ML, O'Connor RJ, et al. Association of smoking and electronic cigarette use with wheezing and related respiratory symptoms in adults: Cross-sectional results from the Population Assessment of Tobacco and Health (PATH) study, wave 2. *Tob Control*. 2020;29(2):140–7.
 95. Riesco J. Los e-cigarrillos y otras nuevas formas de fumar también son un factor de riesgo para desarrollar EPOC y asma. Nota prensa. 2019;
 96. Olmedo P, Goessler W, Tanda S, Grau-Perez M, Jarmul S, Aherrera A, et al. Metal concentrations in e-cigarette liquid and aerosol samples: The contribution of metallic coils. *Environ Health Perspect*. 2018;126(2).
 97. Jiménez-Ruiz CA, Garcia Rueda M, Signes-Costa Miñana J. Severe Lung Disease Associated with Vaping: A First Warning TT - Enfermedad pulmonar grave asociada a vapeo: primer aviso. *Arch Bronconeumol* [Internet]. 2020;56(11):691–2. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2019.11.025>
 98. Layden JE, Ghinai I, Pray I, Kimball A, Layer M, Tenforde MW, et al. Pulmonary illness related to e-cigarette use in Illinois and Wisconsin - Final report. *N Engl J Med*. 2020;382(10):903–16.
 99. Bekki K, Inaba Y, Uchiyama S, Kunugita N. Comparison of Chemicals in Mainstream Smoke in Heat-not-burn Tobacco and Combustion Cigarettes. *J UOEH*. 2017;39(3):201–7.
 100. Auer R, Concha-Lozano N, Jacot-Sadowski I, Cornuz J, Berthet A. Heat-not-burn tobacco cigarettes: Smoke by any other name. *JAMA Intern Med*. 2017;177(7):1050–2.
 101. Signes-Costa J, de Granda-Orive JI, Ramos Pinedo Á, Camarasa Escrig A, de Higes Martínez E, Rábade Castedo C, et al. Declaración Oficial de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) sobre cigarrillos electrónicos e IQOS®. *Arch Bronconeumol*. 2019;55(11):581–6.
 102. FCTC/COP8(22) Productos de tabaco novedosos y emergentes. Ginebra, Suiza. Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco; 2018. 3 p.
 103. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*. 2004;99(1):29–38.
 104. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. Guilford Press. 2002;776–7.

105. De Higes EB, Perera L (Coord.). Manual Separ de procedimientos: Manejo diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en la práctica clínica diaria. 2015. 102 p.
106. Aveyard P, Begh R, Parsons A, West R. Brief opportunistic smoking cessation interventions: A systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*. 2012;107(6):1066–73.
107. Prochaska JO, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy*. 1982;19(3):276–88.
108. Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García F, Dominguez Grandal JL, Diaz-Maroto J, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso. *Arch Bronconeumol*. 2003;39(1):35–41.
109. Carrasco JC. Técnicas de modificación de conducta. Técnicas aversivas. 1998. 361–378 p.
110. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008. Traducción al español: Guía de tratamiento del tabaquismo. Jiménez Ruiz CA, Jaén CR (Coord.). Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR. Mayo 2010. 278 p.).
111. Barrueco M, Carreras J. Aplicación clínica del tratamiento multicomponente del tabaquismo [Internet]. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. 2009. 151–178p.
Available from: https://issuu.com/separ/docs/manual_tabaquismo_4_edici_n.
112. Jiménez-Ruiz CA. Terapia sustitutiva con nicotina. Aspectos prácticos. *Rev Clínica Española*. 1998;198(3):181–5.
113. Baena A, Nerín I, Fagerström K, Alonso de la Iglesia B, Ortiz Marrón H, Saltó Cerezuela E, et al. Manejo clínico de los fumadores en proceso de reducción hasta dejarlo. Protocolo clínico. *Prev Tab*. 2006;8(1):48–54.
114. Benowitz NL, Pipe A, West R, Hays JT, Tonstad S, McRae T, et al. Cardiovascular safety of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2018;178(5):622–31.
115. Joseph AM, Norman SM, Ferry LH, Prochazka A V., Westman EC, Steele BG, et al. The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease. *N Engl J Med*. 1996;335(24):1792–8.
116. Jiménez-Ruiz CA, Barrios M, Peña S, Cicero A, Mayayo M, Cristóbal M, et al. Increasing the dose of varenicline in patients who do not respond to the standard dose. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2013;88(12):1443–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.08.015>
117. Tonstad S, Tønnesen P, Hajek P, Williams KE, Billing CB, Reeves KR. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: A randomized controlled trial. *J Am Med Assoc*. 2006;296(1):64–71.
118. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: An overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013(5).
119. Hajek P, McRobbie HJ, Myers KE, Stapleton J, Dhanji A-R. Use of Varenicline for 4 Weeks Before Quitting Smoking. *Arch Intern Med*. 2011;171(8):770–7.
120. Freedman R. Exacerbation of schizophrenia by varenicline. *Am J Psychiatry*. 2007;164(8):1269.
121. Stapleton JA, Watson L, Spirling LI, Smith R, Milbrandt A, Ratcliffe M, et al. Varenicline in the routine treatment of tobacco dependence: A pre-post comparison with nicotine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness.

- Addiction. 2007;103(1):146–54.
122. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, Aubin LS, Mcrae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet*. 2016;6736(16).
 123. Takashi Nakagata, Kosuke Fukao, Hiroyuki Kobayashi, et al. The Effects of Transdermal Nicotine Patches on the Cardiorespiratory and Lactate Responses During Exercise from Light to Moderate Intensity: Implications for Exercise Prescription during Smoking Cessation. *Medicina (B Aires)*. 2019;55(348).
 124. Centro de Información Médico-Farmacéutica. Ficha Técnica del Champix. 2016. 25 p.
 125. Jiménez-Ruiz CA, Antonio J, Miranda R, Ramos Á, Barrueco M. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo . Propuestas de financiación. *Arch Bronconeumol [Internet]*.2008;44(4):213–9. Available from:<http://dx.doi.org/10.1157/13119541>
 126. van den Brand FA, Nagelhout GE, Reda AA, Winkens B, Evers SMAA, Kotz D, et al. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017. 61 p.
 127. Azagra MJ, Echaury M, Pérez-Jarauta MJ, Marín P. Financiación pública de los fármacos para dejar de fumar: utilización y coste en Navarra (1995-2007). *Gac Sanit*. 2010;24(5):428–30.
 128. Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, Niaura R, Gonzales D, Durcan MJ, et al. Article Sustained-Release Bupropion for Pharmacologic Relapse Prevention after Smoking Cessation. *J Am Med Assoc*. 2001;135:423–34.
 129. Review S, Design S. Article in Press Article in Press. *GEF Bull Biosci*. 2010;1(1):1–6.
 130. Bock BC, Dunsiger SI, Rosen RK, Thind H, Jennings E, Fava JL, et al. Yoga as a Complementary Therapy for Smoking Cessation: Results From BreathEasy, a Randomized Clinical Trial. *Nicotine Tob Res*. 2018;1517–23.
 131. Li AW, Goldsmith CAW. The Effects of Yoga on Anxiety and Stress. 2012;17(1):21–35.
 132. Mañas I. Mindfulness (Atención Plena): La Meditación en Psicología Clínica. *Gac Psicol*. 2009;50:13–29.
 133. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clin Psychol Sci Pract*. 2003;10(2):144–56.
 134. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clin Psychol Sci Pract*. 2004;10:230–41.
 135. Vallejo MA. Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*. 2006;27:92–9.
 136. Brewer JA, Mallik S, Babuscio TA, Nich C, Johnson HE, Deleone CM, et al. Mindfulness training for smoking cessation: Results from a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend [Internet]*. 2011;119(1–2):72–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.05.027>
 137. Garrison KA, Pal P, O'Malley SS, Pittman BP, Gueorguieva R, Rojiani R, et al. Craving to Quit: A Randomized Controlled Trial of Smartphone App-Based Mindfulness Training for Smoking Cessation. *Nicotine Tob Res*. 2020;22(3):324–31.
 138. Reihana PK, Blampied NM, Rucklidge JJ. Novel Mineral–Vitamin Treatment for Reduction in Cigarette Smoking: A Fully Blinded Randomized Placebo-Controlled Trial. *Nicotine Tob Res*. 2018;1496–505.
 139. Penner LA, Dovidio JF, Pilavin JA, Schroeder DA. Prosocial Behavior: multilevel

- perspectives. *Annu Rev Psychol.* 2005;56:365–92.
140. Martí-Vilar M, Lorente S. Instrumentos para medir la conducta prosocial y la empatía. En: *Razonamiento moral y prosocialidad Fundamentos básicos.* 2010.
 141. Suay Lerma F, Martí- Vilar M, López-Tarín S. Bases hormonales de la conducta prosocial: una revisión de la literatura. *Anu Psicol la Soc Valencia Psicol.* 2016;16(1):189–210.
 142. Batson CD, Powell AA. Altruism and Prosocial Behavior. In: *Handbook of Psychology.* 2003. p. 21.
 143. Jesso S, Morlog D, Ross S, Pell MD, Pasternak SH, Mitchell DGV, et al. The effects of oxytocin on social cognition and behaviour in frontotemporal dementia. *Brain.* 2011;134(9):2493–501.
 144. Andari E, Duhamel JR, Zalla T, Herbrecht E, Leboyer M, Sirigu A. Promoting social behavior with oxytocin in high-functioning autism spectrum disorders. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2010;107(9):4389–94.
 145. Escotorin P, Roche R. Cómo y por qué prosocializar la atención sanitaria: reflexiones, desafíos y propuestas. Conclusiones del proyecto Europeo CHANGE. 2011. 170 p.
 146. Eisenberg N, Mussen P. The roots of prosocial behavior in children. 1989. 195 p.
 147. Park S, Shin J. The influence of anonymous peers on prosocial behavior. *PLoS One.* 2017;12(10):1–21.
 148. Juárez MP. La relación médico paciente y su dimensión pedagógica: Hacia un diálogo prosocial. In: *Prosocialidad Nuevos Desafíos Métodos y pautas para la optimización creativa del entorno.* 2010. p. 183–90.
 149. Caprara GV, Alessandri G, Eisenberg N. Prosociality: The contribution of traits, values, and self-efficacy beliefs. *J Pers Soc Psychol.* 2012;102(6):1289–303.
 150. Mesurado B, Guerra P, De Sanctis F, Rodríguez LM. Validation of the Spanish version of the Prosocial Behavior toward Different Targets Scale [Internet]. *International Social Work.* 2019. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0020872819858738>
 151. Roche R. *Psicología y Educación para la Prosocialidad.* Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. 1995.
 152. Roche R, Escorin P, Cirera M, et al. Red - LIPA Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada.[Internet]. Available from: <https://lipa-net.org/2020/08/10/nueva-base-de-datos-sobre-prosocialidad/>
 153. Escotorin P, Cirera M. Nuevos desafíos para la optimización prosocial. En: *Prosocialidad nuevos desafíos Métodos y pautas para la optimización creativa del entorno.* 2010. p. 9–20.
 154. Zuffianò A, Martí-Vilar M, López-Pérez B. Prosociality and Life Satisfaction: A Daily-Diary Investigation among Spanish University Students. *Pers Individ Dif* [Internet]. 2017;0–14. Available from: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>
 155. Martí-Vilar M, Serrano-Pastor L, Sala FG. Emotional, cultural and cognitive variables of prosocial behaviour. *Curr Psychol.* 2019;38(4):912–9.
 156. Sebastian J, Torres S, Jair W, Córdoba D, Zúñiga LF, Alberto C, et al. Correlación funcional del sistema límbico con la emoción, el aprendizaje y la memoria. *Morfología.* 2015;7(2):29–44.
 157. López Mejía ID, Valdovinos de Yahya A, Méndez-Díaz M, Mendoza-Fernández V. El Sistema Límbico y las Emociones: Empatía en Humanos y Primates *Limbic System and Emotions: Empathy in Humans and Primates.* *Psicol Iberoam.* 2009;17(2):3–5.

158. Suay F, Martí-Vilar M, López Tarín S. Conducta Prosocial: Regiones Cerebrales Implicadas. En: Juicio moral y democracia: Retos desde la ética y la filosofía política. 2018. p. 433–49.
159. Zanon M, Novembre G, Zangrando N, Chittaro L, Silani G. Brain activity and prosocial behavior in a simulated life-threatening situation. *Neuroimage*. 2014;98:134–46.
160. Suay F, Martí-Vilar M, López Tarín S. Conducta prosocial: regiones cerebrales implicadas. In: Richart A, et al (Eds) Juicio moral y democracia: Retos desde la ética y la filosofía política Granada: Comares. 2018. p. 433–49.
161. Moya Albiol L, Herrero Sebastián N, Bernal Santacreu MC. Bases neuronales de la empatía. *Rev Neurol*. 2010;50(02):89.
162. Mesurado B, Guerra P, Richaus MC, Rodríguez L. Effectiveness of Prosocial Behavior Interventions: A Meta-analysis. In: *Psychiatry and Neuroscience Update*. 2019. p. 259–71.
163. Carr L, Iacoboni M, Dubeau MC, et al. Neural mechanisms of empathy in humans: A relay from neural systems for imitation to limbic areas. *Soc Neurosci Key Readings*. 2013;100(9):143–52.
164. Harrison NA, Singer T, Rotshtein P, Dolan RJ, Critchley HD. Pupillary contagion: central mechanisms engaged in sadness processing. 2006;5–17.
165. Rodríguez LM, Martí-vilar M, Esparza-Reig J, Mesurado B. Empathy as a predictor of prosocial behavior and the perceived seriousness of delinquent acts: a cross-cultural comparison of Argentina and Spain Empathy as a predictor of prosocial behavior and the perceived seriousness of delinquent acts: a cross-cult. *Ethics Behav*[Internet].2019;00(00):1–11.Available from:<https://doi.org/10.1080/10508422.2019.1705159>
166. World Health Organization. Adolescent Health in the South-East Asia Region, WHO, 2020.*WorldHealthOrgan*[Internet].2020;Available from:<https://www.who.int/southeastasia/health-topics/adolescent-health>
167. Mat Hassan N, Abdul Aziz A, Husain R, Daud N, Juhari SN. Association of prosocial behavior with ever smoking and alcohol drinking among school-going adolescents.*Heliyon*[Internet].2020;6(7):e04530.Available from:<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04530>
168. Caprara GV, Barbaranelli C, Pastorelli C. Prosocial behavior and aggression in childhood and pre-adolescence. *Am Psychol Assoc*. :187–203.
169. Carlo G, Crockett LJ, Wilkinson JL, Beal SJ. The Longitudinal Relationships Between Rural Adolescents' Prosocial Behaviors and Young Adult Substance Use. *J Youth Adolesc*. 2011;40(9):1192–202.
170. Barber BL, Eccles JS, Stone MR. Whatever happened to the Jock, the Brain, and the Princess? Young adult pathways linked to adolescent activity involvement and social identity. *J Adolesc Res*. 2001;16(5):429–55.
171. Esparza-Reig J. La conducta prosocial como factor protector de los problemas de adicción al juego en universitarios. *Rev Digit Investig en Docencia Univ*. 2020;14(1):e1197.
172. Aknin LB, van de Vondervoort JW, Hamlin JK. Positive Feeling Rewards and Promote Prosocial Behavior. *Curr Opin Psychol*. 2018;20:55–9.
173. Roche Olivar R, Escotorin Soza P. El model PROT i la responsabilitat social universitària: prosocialitat i transferència del coneixement a la pràctica. *Anu Psicol la Soc Valencia Psicol*. 2019;19(2):109–32.
174. Roche R, Cirera M, Escotorin P. Los inventarios prosociales: un instrumento colectivo de consenso. En: *Prosocialidad nuevos desafíos. Métodos y pautas para la*

- optimización creativa del entorno. 2010:73–8.
175. Escotorin P. Comunicación con calidad prosocial en comunidades educativas. En: *Prosocialidad nuevos desafíos Métodos y pautas para la optimización creativa del entorno*. 2010:51–72.
 176. Roche R, Arozarena E. Algunas dimensiones de la comunicación de calidad en la pareja. En: *Actas de las IX Jornadas Españolas de Terapia Familiar*. 1988. 425–445 p.
 177. Marronquín H. Diseño y elaboración de un cuestionario de comunicación de calidad en la pareja. Barcelona: UAB. 2002.
 178. Roche R. *Psicología de la Pareja y de la Familia. Análisis y Optimización*. 2ª Ed. Bellaterra: Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona. 2006.
 179. Escotorin P. Comunicación interpersonal de calidad prosocial: hacia una definición del concepto y síntesis teórica actualizada del modelo aplicable a diadas en contextos organizacionales. Tesina de doctorado en Psicología de la Comunicación, Universidad Autónoma de Barcelona. 2008.
 180. Dall’agnol CM, Müller de Magalhaes AM, de Mattos Mano GC, Olschowsky A, Pacheco da Silva F. A noção de tarefa nos grupos focais. 2012;33(1):186–90.
 181. Traynor M. Focus group research. *Nurs Stand*. 2015;29(37):44–8.
 182. Dal Forno Kinalski D, Cardoso de Paula C, de Mello Padoim SM, et al. Focus group on qualitative research: experience report. 2017;70(2):424–9.
 183. Escotorin P, Brundelius M, Izquierdo C. Proyecto europeo " SPRING ": investigación, participación y acción prosocial. Estrategias, instrumentos y materiales para el diagnóstico y formación de docentes en prosocialidad aplicada. 2016. 118 p.
 184. Reason P, Bradbury H. *The sage handbook of action research: Participative inquiry and practice*. 2008. 752 p.
 185. Hughes I. Action Research in Healthcare. En: *The Sage Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice*. 2008. p. 381–93.
 186. Klebert K, Schrader E, Straub W. *Winning Group Results*. Germany: Windmühle Verlar GmbH. 2000.
 187. Brundelius M, Escotorin P. El método de Visualización Participativa Prosocial de reuniones. In: *Prosocialidad nuevos desafíos Métodos y pautas para la optimización creativa del entorno*. 2010. p. 133–44.
 188. Gonzalez A, Madoz C, Saadi F, Hughes D. VI Congreso de Tecnología en Educación y Educación en Tecnología. En: *Estrategias de virtualización para la moderación grupal basados en la técnica Metaplan*. 2011. p. 9.
 189. Nendaz MR, Junod AF, Vu NV, Bordage G. Eliciting and displaying diagnostic reasoning during educational rounds in internal medicine: who learns from whom? *Assoc Am Med Coll*. 1998;73(10):54–6.
 190. Roche R, Cirera M, Escotorin P. Prosocial Interactive Learning Teaching (PILT). In: *Relaciones Prosociales en Comunidades Educativas Algunas conclusiones del proyecto europeo MOST*. 2014. p. 184.
 191. Roche R. Relaciones (prosociales) sostenibles. *Ciutat Nov*. 2020;182:50–2.
 192. Roche R, Escotorin P, Cirera M, et al. Red - LIPA Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada. Proyectos en marcha. [Internet]. Available from: <https://lipa-net.org/proyectos-2/>
 193. Martí-Vilar M, Corell-García L, Merino-Soto C. Prosociality assessment tool. *Revista de Psicología (Perú)*. 2019;37(1):349–77.
 194. Martí-vilar M, Merino-soto C RL. Measurement Invariance of the Prosocial Behavior Scale in Three Hispanic Countries (Argentina, Spain, and Perú). *Front*

- Psychol. 2020;(January):1–14.
195. Caprara GV, Steca P, Zelli A, Capanna C. A new scale for measuring adults' prosocialness. *Eur J Psychol Assess.* 2005;21(2):77–89.
 196. Balabanian C, Lemos V. Desarrollo y Estudio Psicométrico de una Escala para Evaluar Conducta Prosocial en Adolescentes. *Rev Iberoam Diagnostico y Eval Psicol.* 2018;3(48):177–88.
 197. Gallo JA, Farbiarz J, Álvarez DL. Análisis espectral de la frecuencia cardíaca. *Iatreia.* 1999;12(2):61–71.
 198. Wolf MM, Varigos GA, Hunt D, Sloman JG. Sinus arrhythmia in acute myocardial infarction. *Med J Aust [Internet].* 1978 Jul 15 [cited 2019 Aug 5];2(2):52–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/713911>
 199. Arai Y, Saul JP, Albrecht P et al. Modulation of cardiac autonomic activity during and immediately after exercise. *Am J Physiol Circ Physiol.* 2017;256(1):H132–41.
 200. Karim N, Hasan JA, Ali SS. Heart Rate Variability – a review. *J Basic Appl Sci.* 2011;7(1):71–7.
 201. Chiew CJ, Wang H, Ong MEH, Wong TH, Koh ZX, Liu N, et al. Serial Heart Rate Variability Measures for Risk Prediction of Septic Patients in the Emergency Department. *AMIA. Annu Symp proceedings AMIA Symp.* 2019;2019(December 2018):285–94.
 202. Unosson J, Blomberg A, Sadtröm T, et al. Exposure to wood smoke increases arterial stiffness and decreases heart rate variability in humans. *Part Fibre Toxicol.* 2013;10(1):1–8.
 203. Arden C, Eatough D, Gold D, et al. Acute exposure to environmental tobacco smoke and heart rate variability. *Environ Health Perspect.* 2001;109(7):711–6.
 204. Dantas ME, Dias da Silva VJ, Martins I, et al. Reference values for short-term resting-state heart rate variability in healthy adults: Results from the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health—ELSA-Brasil study. *Psychophysiology [Internet].* 2018 Jun [cited 2019 Jul 23];55(6):e13052. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/psyp.13052>
 205. Jiménez-Ruiz CA, Pascual-Lledó JF, Cícero-Guerrero A, Cristóbal-Fernández M, Mayayo-Ulibarri M, Villar-Laguna C. Effectiveness and safety of varenicline and nicotine replacement therapy among mental health patients: A retrospective cohort study. *Pulmonology [Internet].* 2018;24(1):10–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppnen.2017.10.008>
 206. Park SJ, Yi B, Lee HS, Oh WY, Na HK, Lee M, et al. To quit or not: Vulnerability of women to smoking tobacco. *J Environ Sci Heal - Part C Environ Carcinog Ecotoxicol Rev [Internet].* 2016;34(1):33–56. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/10590501.2015.1131539>
 207. Koylu E, Demirgören S, London ED, Pögun S. Sex difference in up-regulation of nicotinic acetylcholine receptors in rat brain. *Life Sci.* 1997;61(12):185–90.
 208. Pavón-Fernández MJ, Royuela Vicente A, Flórez Martín S. Diferencia de género en pacientes que acuden a una consulta hospitalaria de deshabituación tabáquica. *Prevención del tabaquismo.* 2020;22(2):68–75.
 209. De Hígués EB. La Perspectiva De Género en el Tabaquismo [Internet]. XIV Symposium internacional sobre prevención y tratamiento del tabaquismo. 2019. Available from: www.symposiumprevencionetabaquismo2019.com
 210. Jiménez Ruiz CA, Mayayo Ulibarri M, Cicero Guerrero A, Amor Besada N, Ruiz Martín JJ, Cristóbal Fernández M, et al. Resultados asistenciales de una unidad especializada en tabaquismo. *Arch Bronconeumol.* 2009;45(11):540–4.
 211. Croghan IT, Ebbert JO, Hurt RD, Hays JT, Dale LC, Schroeder DR. Gender

- differences among smokers receiving interventions for tobacco dependence in a medical setting. *Addict Behav.* 2009;34(1):61–7.
212. Peña García Y, Maceo González M, Ávila Céspedes D, Utria Velázquez L, Más López Y. Factores de riesgo para padecer cáncer de mama en la población femenina. *Rev Finlay.* 2017;7(4):283–9.
 213. Thun MJ, Heath CW. Changes in mortality from smoking in two American cancer society prospective studies since 1959. *Prev Med (Baltim).* 1997;26(4):422–6.
 214. Fernández A, Córdova P, Badenier O, Esguep A. Epidemiological characterization of oral cancer. Literature review. *J Oral Res.* 2015;4(2):137–45.
 215. Escotorin P (Ed.). *Conectar con mirada prosocial. Herramientas personales y profesionales para el personal que atiende a mujeres sobrevivientes de violencia machista.* 2020. 207 p.
 216. Escotorin P, Roche I, Delvalle R. *Relaciones Prosociales en Comunidades Educativas. Algunas conclusiones del proyecto europeo MOST.* 2014. 184 p.
 217. Alzueta M. *Personalidad: Estabilidad, consistencia y cambio.* [Internet]. Instituto Ananda. Psicología- Psicoterapia. Pambplora 2016. Available from: <http://institutoananda.es/mischel-allport-pervin-pelechano-personalidad-estabilidad-consistencia-y-cambio/>
 218. Nerín I, Novella P, Beamonte A, Gargallo P, Jiménez-Muro A, Marqueta A. Resultados del tratamiento del tabaquismo en una unidad especializada. *Arch Bronconeumol.* 2007;43(12):669–73.
 219. Karakaya O, Barutcu I, Kaya D, Esen AM, Saglam M, Melek M, et al. Acute effect of cigarette smoking on heart rate variability. *Angiology.* 2007;58(5):620–4.
 220. Murgia F, Melotti R, Foco L, Gögele M, Meraviglia V, Motta B, et al. Effects of smoking status, history and intensity on heart rate variability in the general population: The CHRIS study. *PLoS One.* 2019;
 221. Rodero Fernandez P, Tamareu Lorente S, Padró Casas C, Gómez Iglesias JM. Experiencia en una unidad ambulatoria de deshabitación tabáquica. *Prevención del tabaquismo.* 2020;22(2):58–67.
 222. Godoy Mayoral R, Callejas González FJ, Cruz Ruiz J, Genovés Crespo M, Tárraga López PJ, Tornero Molina AI. Diferencias entre los fumadores que no inician el tratamiento y los que sí lo inician. *Prevención del tabaquismo.* 2018;20(2):54–9.
 223. Suárez Lugo CN. El tabaquismo y la Pandemia del Coronavirus en Cuba. *Infodir* [Internet] 2021 [citado 5 Ene 2021] [Internet]. 2021; Available from: <http://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/847>
 224. Goodchild M, Zheng R. Tobacco control and Healthy China 2030. *Tob Control.* 2019;28(4):409–13.
 225. World Health Organization. *World Health Organization - Regional Office for Europe. Roadmap of actions to strengthen implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in the European Region 2015–2025: making tobacco a thing of the past,* 2015. World Heal Organ. 2015;
 226. Palali A, van Ours JC. The impact of tobacco control policies on smoking initiation in eleven European countries. *Eur J Heal Econ* [Internet]. 2019;20(9):1287–301. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01090-x>
 227. Jefatura del Estado. *Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.* *Boletín Of del Estado.* 2005;309:42241–50.
 228. Juan Carlos I Rey De España. *Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.* *Boletín Of del Estado* [Internet]. 2010;1–7. Available

- from: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-20138-consolidado.pdf>
229. Frazer K, Callinan JE, McHugh J, van Baarsel S, Clarke A, Doherty K, et al. Legislative smoking bans for reducing harms from secondhand smoke exposure , smoking prevalence and tobacco consumption (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2(CD005992):165.
 230. Jiménez Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Altet Gómez N, Costa-Miñana JS, Lorza Blasco JJ, Ruiz Manzano J, et al. Impact of legislation on passive smoking in Spain. *Respiration*. 2014;87(3):190–5.
 231. Rábade Castedo C, de Granda-Orive JI, González-Barcada FJ. Incremento de la prevalencia del tabaquismo: ¿causas y actuación? *Arch Bronconeumol*. 2019;55(11):557–8.
 232. Magnusson RS. The association between tobacco plain packaging and Quitline calls. *Med J Aust*. 2014;200(6):314–5.
 233. Signes-Costa J, García Rueda M, Jiménez-Ruiz CA. Financiación de los tratamientos para ayudar a dejar de fumar: ¿para cuándo? *Arch Bronconeumol*. 2020;56(5):273–4.
 234. Rosen LJ, Galili T, Kott J, Goodman M, Freedman LS. Diminishing benefit of smoking cessation medications during the first year: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Addiction*. 2018;113(5):805–16.
 235. Filippidis FT, Laverty AA, Mons U, Jimenez-Ruiz C, Vardavas CI. Changes in smoking cessation assistance in the European Union between 2012 and 2017: Pharmacotherapy versus counselling versus e-cigarettes. *Tob Control*. 2019;28(1):95–100.
 236. García Roy A, Tejada de los Santos L, Urdín Muñoz R, Arratta Linares R, Moneo Hernández I. Posibilidades de intervención sobre el tabaquismo de las gestantes desde atención primaria. *Prevención del tabaquismo*. 2019;21(2):48–58.
 237. Moore P, Pavié J, Véjar V, Corvalán MP. Consejería y Entrevista Motivacional para reducir el consumo de tabaco. *Rev Chil enfermedades Respir*. 2017;33(3):193–200.
 238. Lértula ME, Abal JF, Cortés AD, Romero LD, Delgado SB, Alonso Wolowich R, et al. Prevalencia de consumo y exposición de tabaco en trabajadores del área de la salud. *Prevención del tabaquismo*. 2019;21(3):97–109.
 239. López Charry CV, Hernández Pérez JM. Prevalencia de consumo de tabaco entre los profesionales de salud de tres áreas de hospitalización. *Prevención del tabaquismo*. 2020;22(2):81–2.
 240. Roxana P. Los Equipos Interdisciplinarios. *Cupula*. 1984;8(17):11–8.
 241. Almendares J. Interdisciplinariedad y Trabajo en Equipo. *Rev Centroam Ciencias la Salud 2 CSUCA*. 1975;
 242. Pérez Matos NE, Setién Quesada E. La interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad en las ciencias: una mirada a la teoría bibliológico-informativa. *Acimed*. 2008;18(4):1–19.
 243. Romero L. El enfoque multi o pluri , inter y transdisciplinario en la Animación Sociocultural. Entrevista a los expertos. *Quadernsanimacio.net* [Internet]. 2013;17:1–11. Available from: <http://quadernsanimacio.net>
 244. Nicolescu B. Traducido al español por Norma Núñez-Dentin GD. La transdisciplinariedad. Manifiesto. Ediciones Du Rocher. *Briefings in bioinformatics*. 1996. 125 p.
 245. Jiménez-Ruiz CA, Chatkin JM, Morais A, Zabert G, Rosa P, Gea J, et al. Documento de consenso sobre la docencia del tabaquismo en las facultades de Medicina. *Arch Bronconeumol*. 2020;56(12):806–11.

8. ANEXOS

8. ANEXOS

Anexo 1. Algunos aditivos del tabaco

10 aditivos para un tabaco + atractivo + adictivo



Amoníaco



Theobromina



Azúcares



Goma guar



Mentol



Humectantes



Ácidolevulínico



Óxido de magnesio



Chocolate



regaliz



Canela

Anexo 2. Test de Fagerström

(Extraído de: Fagerström KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence a review of the FTND. J Behav Med. 1989;12:159–82).

TEST DE FAGERSTRÖM

¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma primer cigarrillo?

≤ 5 min. _____ 3

6-30 min. _____ 2

31-60 min. _____ 1

> 60 min. _____ 0

¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido?

Sí _____ 1

No _____ 0

¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?

El primero de la mañana _____ 1

Cualquier otro _____ 0

¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

≤ 10 _____ 0

11-20 _____ 1

21-30 _____ 2

≥ 31 _____ 3

¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?

Sí _____ 1

No _____ 0

¿Fuma usted aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?

Sí _____ 1

No _____ 0

0-1: dep. Muy Baja / 2-3: dep. Baja / 4-5: dep. Moderada / 6- 7 dep. Alta / 8-10: dep. Muy Alta

Anexo 3. Índice de dureza

ÍNDICE DE DUREZA

¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma primer cigarrillo?

≤ 5 min. _____ 3

6-30 min. _____ 2

31-60 min. _____ 1

> 60 min. _____ 0

¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

≤ 10 _____ 0

11-20 _____ 1

21-30 _____ 2

≥ 31 _____ 3

Dependencia

baja: 0-2

Moderada: 3-4

Alta : 5-6

Anexo 4. Test de Motivación y Test de Recompensa

TEST DE MOTIVACIÓN:

ESCALA VISUAL ANALÓGICA DE LA MOTIVACIÓN

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ausencia Total

Máxima Motivación

TEST DE RECOMPENSA

Cuando intenta dejar de fumar ¿Cuál de estas situaciones le resulta más difícil?

1. Padecer de forma continua síntomas como ansiedad, irritabilidad, nerviosismo. ¿fuma para evitar alguno de los síntomas mencionados?
2. No poder consumir un cigarrillo en aquellos momentos en los que más le apetecía, ¿fuma por placer?
3. Ambas

Respuesta 1

Respuesta 2

Respuesta 3

Recompensa negativa

Recompensa positiva

Ambas

Anexo 5. Cuestionario de Glover- Nilsson

(Extraído de: Glover ED, Nilsson F, Westin Å, Glover PN, Laflin MT, Persson B. Developmental history of the Glover-Nilsson smoking behavioral questionnaire. Am J Health Behav. 2005;29 (5):443–55).

TEST DE GLOVER-NILSSON

Seleccione la respuesta haciendo un círculo en el número que mejor refleje su comportamiento:

0 = nada en absoluto 1 = algo 2 = moderadamente 3 = mucho 4 = muchísimo

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Mi hábito de fumar es muy importante para mí | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual de fumar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Seleccione la respuesta haciendo un círculo en el número que mejor refleje su comportamiento:

0 = nunca 1 = raramente 2 = a veces 3 = a menudo 4 = siempre
--

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 3. ¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. ¿Se recompensa a sí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Cuando no tiene tabaco, ¿le resulta difícil concentrarse y realizar cualquier tarea? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Cuando se halla en un lugar en el que está prohibido fumar, ¿juega con su cigarrillo o paquete de tabaco? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. ¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, sofá, habitación, coche o la bebida (alcohol, café, etc.)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. ¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos...) y los chupa para relajarse del estrés, tensión, frustración, etc? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. ¿Parte de su placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Cuando está solo en un restaurante, parada de autobús, etc, ¿se siente más seguro, a salvo o más confiado, con un cigarrillo en las manos? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Dependencia Psicológica	0-11: leve
	12-22: moderada
	23-33: fuerte
	> 33: muy fuerte

Anexo 6. Aire Contaminado por Humo de Tabaco (ACHT)

1. Contaminantes emitidos por el cigarrillo en el momento de hacer la calada

2. Humo exhalado por el fumador



3. Humo emitido por el cigarrillo en su combustión espontánea

4. Contaminantes que se difunden a través del papel del cigarrillo entre las caladas



Anexo 7. Categorías de las acciones Prosociales

(Extraído de: Roche R. Psicología y Educación para la Prosocialidad. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. 1995).

1. **Ayuda física:** Conducta no verbal que procura asistencia a otras personas para cumplir un determinado objetivo, y que cuenta con la aprobación de las mismas.
2. **Servicio físico:** Conducta que elimina la necesidad a los receptores de la acción de intervenir físicamente en el cumplimiento de una tarea o cometido, y que concluye con la aprobación o satisfacción de éstos.
3. **Dar y compartir:** Entregar objetos, alimentos o posesiones a otros perdiendo su propiedad o uso.
4. **Ayuda verbal:** Explicación o instrucción verbal o compartir ideas o experiencias vitales, que son útiles y deseables para otras personas o grupos en la consecución de un objetivo.
5. **Consuelo verbal:** Expresiones verbales para reducir tristeza de personas apenadas o en apuros y aumentar su ánimo.
6. **Confirmación y valorización positiva del otro:** Expresiones verbales para confirmar el valor de otras personas o aumentar la autoestima de las mismas, incluso ante terceros. (Interpretar positivamente conductas de otros, disculpar, interceder, mediante palabras de simpatía, alabanza o elogio).
7. **Escucha profunda:** Conductas meta verbales y actitudes de atención que expresan acogida paciente pero activamente orientada a los contenidos expresados por el interlocutor en una conversación.
8. **Empatía:** Conductas verbales que, partiendo de un vaciado voluntario de contenidos propios, expresan comprensión cognitiva de los pensamientos del interlocutor o emoción de estar experimentando sentimientos similares a los de éste.
9. **Solidaridad:** Conductas físicas o verbales que expresan aceptación voluntaria de compartir las consecuencias, especialmente penosas, de la condición, estatus, situación o fortuna desgraciadas de otras personas, grupos o países.
10. **Presencia positiva y unidad:** Presencia personal que expresa actitudes de proximidad psicológica, atención, escucha profunda, empatía, disponibilidad para el servicio, la ayuda y la solidaridad para con otras personas y que contribuye al clima psicológico de bienestar, paz, concordia, reciprocidad y unidad en un grupo o reunión de dos o más personas.

INFLUENCIA DE LA PROSOCIALIDAD APLICADA EN EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN UNA CLÍNICA PRIVADA DE VALENCIA.

Distinguido Sr./Sra., se le está invitando a participar en un estudio de investigación. Antes de decidir si quiere participar o no, es importante que comprenda por qué se va a realizar esta investigación, y qué le supondrá a usted participar en la misma.

Por favor, tómese todo el tiempo que considere necesario para leer esta información y discútala, con familiares, con el médico encargado del estudio o con su médico habitual, si lo prefiere. Si desea más información, o hay algo que no está claro, por favor, pregúntenos.

- El objetivo del estudio es objetivar como el asesoramiento psicológico nuevo: conducta prosocial, (aquellos comportamientos que sin la búsqueda de recompensa, favorecen a otras personas) se puede aplicar como método alternativo a la terapia psicológica estándar: Cognitivo-Conductual, hace referencia a comportamientos dirigidos sobre todo hacia la propia persona.
- La Prosocialidad se ha aplicado mucho en la educación y en la relación de pareja y desde los últimos años se ha iniciado en la atención sanitaria.
- Todos los participantes en el estudio se distribuirán de forma aleatoria en uno de los dos grupos de asesoramiento psicológico y se completará con el tratamiento farmacológico correspondiente.
- Si usted desea participar en el estudio, es necesario que obtengamos un registro de unos 4 minutos de duración de su frecuencia cardiaca. Esto se realiza por medio de un equipo parecido y más sencillo que el electrocardiograma. Este procedimiento volverá a realizarlo hacia los 3 meses tras dejar de fumar.
- Se le solicitará un análisis de orina, una radiografía de tórax y una espirometría (prueba de soplar). Se le medirá la tensión arterial, la saturación de oxígeno, el monóxido de carbono en aire espirado, el peso y la talla.
- Las visitas se realizarán cada mes aproximadamente a lo largo de unos 3-4 meses, posteriormente continuará la consulta de tabaquismo.

El conocimiento de los datos obtenidos de este y otros estudios es muy importante para poder ofrecer a los sujetos fumadores una mejor opción para conseguir el éxito de dejar de fumar y conocer su estado de salud.

El participar en este estudio no modifica en nada la actuación habitual en el programa al que ha acudido. Se le garantiza la absoluta confidencialidad de los datos recogidos y usted podrá revocar este permiso cuando lo considere oportuno.

El equipo de investigación de este estudio, le agradece su buena voluntad para participar en el mismo.

Si necesita mayor información, contacte con la Dra. Susana Calvo; teléfono: 662950476

Muchas gracias.

Valencia, 2019

Anexo 9. Consentimiento informado para el paciente

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO DEL ESTUDIO

INFLUENCIA DE LA PROSOCIALIDAD APLICADA EN EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN UNA CLÍNICA PRIVADA DE VALENCIA.

Yo, _____

He leído la hoja de información del estudio que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Doy mi consentimiento, tras haber sido informado por el médico Dr/Dra _____ a que los datos que se recojan de mi historia clínica sean utilizados para este proyecto de investigación.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio:

- 1.- Cuando quiera.
- 2.- Sin tener que dar explicaciones.
- 3.- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Y presto libremente mi conformidad para participar en este estudio.

Así mismo se me ha informado de que no se realizará en el manejo de mi enfermedad ningún tipo de procedimiento terapéutico diferente al normalmente empleado.

.....
Fecha y firma del participante

.....
Fecha y firma del investigador

Los datos de su historia clínica serán custodiados en los términos previstos en la Ley 14/2007, de 3 de julio, y en el Real Decreto 1716/2011, de 18 de noviembre.

Anexo 10. Modelo de Comunicación de Calidad Prosocial adaptado

COMUNICACIÓN DE CALIDAD PROSOCIAL (CCP)

Código:

Fecha:

¿Cómo es o cómo percibo mi comunicación con la persona que tengo más cerca? Leo cada aspecto y doy una puntuación del 1 al 5 siendo **5: SIEMPRE / 4: CASI SIEMPRE / 3: A VECES / 2: CASI NUNCA / 1: NUNCA**

	Factores / Actitudes y comportamientos	5	4	3	2	1
Previo Comun	1. Apertura y disponibilidad cuando soy receptor ¿Dejo la actividad que estoy haciendo para atender a mi familiar o amigo?					
	2. Oportunidad cuando soy iniciador ¿Me doy cuenta que el estado de ánimo de mi familiar o amigo es el adecuado para poderle decir lo que había pensado?					
Proceso Comun.	3. Vacío de uno mismo ¿Logro vaciarme de mis otras ocupaciones y preocupaciones para atender 100% a mi familiar o amigo?					
	4. Vivir el presente con plenitud ¿Me concentro plenamente en el momento presente de la atención de mi familiar o amigo sin pensar en episodios anteriores o futuros?					
	5. Empatía, reciprocidad y unidad. ¿Logro ponerme en el lugar de mi familiar o amigo? ¿Le devuelvo retroalimentación parafraseando lo que me ha dicho? ¿Me intereso por conocer y entender su punto de vista?					
	6. Confirmación de la dignidad del otro ¿Reconozco que mi familiar o amigo puede aportarme algo incluso cuando pensamos de forma distinta sobre un tema en concreto?					
	7. Evaluación positiva de los comportamientos del otro ¿Valoro positivamente algún aspecto, comentario, comportamiento de mi familiar o amigo?					
	8. Escucha de calidad ¿Mantengo una postura de acogida con orientación del cuerpo dirigida hacia mi familiar o amigo mirándolo la mayor parte del tiempo a los ojos?					
	9. Emisión de calidad ¿Mantengo un tono e intensidad de voz adecuada según el criterio de mi familiar o amigo con una expresión de confianza y seguridad?					
	10. Aceptación de lo que es percibido como negativo ¿Soy capaz de aceptar actitudes o conductas negativas de mi familiar o amigo sin que interfieran en nuestra comunicación?					
Conten.	11. Información suficiente, apropiada, no excesiva, frecuente ¿Selecciono la cantidad suficiente de información transmitida según los criterios y el contexto en el que se encuentra mi familiar o amigo?					
	12. Apertura a revelar emociones ¿Expreso frecuentemente mis sentimientos positivos o de manera confiada y no repetitiva los sentimientos negativos a mi familiar o amigo?					
Meta- Comun.	13. Control del proceso comunicativo ¿Con frecuencia intervengo para clarificar lo que me está contando mi familiar o amigo?					
Post- Comun.	14. Cultivar un objetivo empático concreto ¿Me intereso por los temas que hemos tratado dándole continuidad en otro momento distinto de la conversación mantenida?					

CONSULTA INTERACTIVA PROSOCIAL APLICADA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE TRABAJO PARA LA CONSULTA DE TABAQUISMO

Distinguido Sr./Sra., se le está invitando a participar en sesiones de diálogo con otros participantes, para generar conocimiento desde la propia experiencia personal en relación con el tabaco, y ser motivo de ayuda al médico especialista para que lo pueda incorporar en su consulta habitual de tabaquismo.

Antes de decidir si quiere participar o no, es importante que comprenda por qué se va a realizar esta consulta, y qué le supondrá a usted participar en la misma.

Por favor, tómese todo el tiempo que considere necesario para leer esta información y discútala, con familiares, con el profesional encargado del estudio y con quien considere oportuno. Si desea más información, o hay algo que no está claro, por favor, póngaselo.

- El objetivo de la consulta es poner en común los comportamientos habituales de la persona fumadora o ex – fumadora y hacer una propuesta para realizar comportamientos prosociales, es decir mejorar una conducta prosocial. La conducta prosocial son aquellos comportamientos que sin la búsqueda de recompensa propia, favorecen a otras personas según su criterio. La Prosocialidad se ha aplicado mucho en la educación y en la relación de pareja y desde los últimos años se ha iniciado en la atención sanitaria.
- Esta consulta se realiza con la intención de obtener una herramienta de trabajo para el estudio que se realizará el curso que viene sobre tabaquismo.
- Todos los participantes en la consulta asistirán a cuatro sesiones en las que aportarán su experiencia, propuesta y conocimiento sobre el tabaquismo y la Prosocialidad. Para conocer mejor en qué consiste y cómo se aplica la prosocialidad se les facilitará material informativo y se llevarán a cabo distintas dinámicas.
- Si usted desea participar en la consulta, es necesario que acuda a las sesiones según la agenda que se le asigna y trabaje de forma activa poniendo en práctica los conocimientos que van surgiendo en las distintas sesiones.

Los conocimientos que se adquirirán en las distintas sesiones de cada uno de los participantes es muy importante para poder ofrecer a los sujetos fumadores una mejor opción para conseguir el éxito de dejar de fumar.

Se le garantiza la absoluta confidencialidad de los datos recogidos y usted podrá revocar este permiso cuando lo considere oportuno.

La investigadora principal de esta consulta, le agradece su buena voluntad para participar en la misma.

Si necesita mayor información, contacte con la Neumóloga Susana Calvo teléfono: 662950476

Muchas gracias.

Valencia, 2017

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSULTA INTERACTIVA PROSOCIAL APLICADA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE TRABAJO PARA LA CONSULTA DE TABAQUISMO

Yo, _____

He leído la hoja de información de la Consulta Interactiva Prosocial Aplicada (CIPA) que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre la CIPA.

He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.

He recibido suficiente información sobre la CIPA.

Doy mi consentimiento, tras haber sido informado por la médica Dra. Susana Calvo Pascual a que los datos que se recojan de esta consulta sean utilizados para este proyecto de investigación.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme de la CIPA:

- 1.- Cuando quiera.
- 2.- Sin tener que dar explicaciones.
- 3.- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Y presto libremente mi conformidad para participar en esta consulta interactiva prosocial aplicada.

.....
Fecha y firma del participante: co-investigador

.....
Fecha y firma del co-investigador principal

Anexo 13. La prosocialidad aplicada. Información para el experto

(Información extraída de Escotorín P; Roche, R. (Comp.) Cómo y por qué prosocializar la atención sanitaria: reflexiones, desafíos y propuestas. Conclusiones del proyecto Europeo CHANGE. 2011. 170 p.).

A. Origen del Concepto Prosocial

Los primeros antecedentes del estudio de la Prosocialidad se originan en 1908 por Mc.Dougal quien argumentaba que los comportamientos prosociales son el resultado de “tiernas emociones” creadas por el instinto parental. Sin embargo, los científicos se interesaron por los comportamientos prosociales en 1964 a partir del caso de Catherine, una joven brutalmente asesinada ante la indiferencia de sus vecinos. Desde la década de los 70, ha sido muy estudiado el concepto prosocial en niños y jóvenes en edad escolar.

La Prosocialidad es un concepto surgido, básicamente, de la psicología como un antónimo del concepto “antisocial”.

B. Definición de prosocialidad aplicada

Aquellos comportamientos que sin la búsqueda de recompensas favorecen:

- a otras personas o grupos,
- a metas sociales previamente establecidas.

Estos comportamientos dan lugar a una reciprocidad positiva en las relaciones interpersonales o sociales, manteniendo la identidad e iniciativa de las personas implicadas.

El equipo LIPA (Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada) de la UAB se dedica al estudio de los comportamientos prosociales. Para este equipo la satisfacción del receptor es criterio básico y funcional de toda acción prosocial.

C. Aplicación de la Prosocialidad (acto prosocial)

No existe persona que no haya realizado o recibido alguna vez una acción prosocial, se trata de comportamientos habituales en el día a día. Un sanitario que se pone en el lugar del paciente, que le observa con interés y que hace algo excepcional más allá de su “deber”, o “rol”, está incorporando elementos de prosocialidad.

D. Importancia y Beneficios de la Prosocialidad

La frecuencia social de comportamientos prosociales produciría un efecto multiplicador, aunque no siempre se perciban los efectos positivos de manera inmediata como ocurre en la violencia. Los receptores que reciben los beneficios generados por la prosocialidad se convierten a su vez, en autores hacia otras personas y situaciones, y así sucesivamente. Estaríamos frente a una mejora de la calidad de las relaciones sociales.

Actualmente la psicología está descubriendo cómo la persona que actúa prosocialmente obtiene beneficios psíquicos como son: de descentramiento del propio espacio psíquico, de capacidad empática, de autoestima a través de percepción de logro, todo esto al constatar los beneficios que reporta a los receptores.

Anexo 14. Tabla de categorías de las acciones prosociales

	Desconocido	Amistades	Familiar	Trabajo	Vecindad
1. Ayuda física					
2. Servicio físico					
3. Dar y compartir					
4. Ayuda verbal					
5. Consuelo verbal					

	Desconocido	Amistades	Familiar	Trabajo	Vecindad
6. Confirmación y valorización +					
7. Escucha profunda					
8. Empatía					
9. Solidaridad					
10. Presencia + y Unid					

Escoger dos categorías diferentes para cada persona: desconocido, amigo, familiar, trabajo y vecindad. De tal manera de poner en total un ejemplo de cada categoría. De todas se recomienda hacer 5 acciones.

Anexo 15. Ejemplo de tabla de categorías de acciones prosociales.

Ejemplos extraídos del libro: Roche, R. (Comp). Prosocialidad, nuevos desafíos: *métodos y pautas para la optimización creativa del entorno*. Buenos Aires: Ciudad Nueva.

	Desconocido	Amistades	Familiar	Trabajo	Vecindad
1. Ayuda física	Ayudar a bajar maletas en una estación.	Ayudar a hacer la mudanza a un amigo.	Ayudar a mi hermano a ordenar su habitación.	Ayudar a un compañero a descargar un camión con los productos de su sección.	Ayudar a mi vecino a subir el carrito con el bebé.
2. Servicio físico	Pedir información en la estación de Sants para facilitar los horarios de trenes a turistas extranjeros.	Lavar el coche a una amiga cuando ella tiene cosas que hacer.	Matricular a mi prima a un curso mientras ella trabaja.	Atender a un cliente mientras una compañera saluda a unos amigos suyos.	Hacer la compra a una vecina de cierta edad.
3. Dar y compartir	Donar sangre.	Dar una camiseta mía a una amiga.	Dejar a mi hermano que utilice mi computadora.	Dar mi merienda a un compañero de trabajo.	Dar información teórica a una vecina para que haga un trabajo en clase.
4. Ayuda verbal	Indicar a alguien cómo llegar a la Plaza Cívica.	Decirle a una amiga que hable con otra persona para mejorar su relación.	Enseñar a mi madre a enviar un mensaje por móvil.	Motivar a una compañera para que no deje los estudios.	Indicar a un vecino el piso en que vive otro vecino.
5. Consuelo verbal	Consolar a alguien cuando ha perdido un tren y llega tarde a su destino.	Dar ánimos a un amigo con la "enfermedad del beso".	Consolar a mi hermano cuando se queja de su trabajo.	Dar ánimos a mi compañera cuando me explica lo agotada que está siendo madre, trabajadora y cuidadora del hogar.	Consolar a mi vecina mayor aquejada de dolor físico.

	Desconocido	Amistades	Familiar	Trabajo	Vecindad
6. Confirmación y valorización +	Admirar la actitud de una señora en el tren y decirselo.	Elogiar un rasgo de personalidad de un amigo.	Elogiar la actitud de mis padres con respecto a la educación de sus hijos.	Alabar el trabajo de una compañera.	Elogiar la actitud de mi vecina por tirar la papalera.
7. Escucha profunda	Conversar con un vagabundo.	Escuchar a una amiga cuando me explica la situación en su trabajo.	Escuchar a mi padre cuando me explica la situación socio-económica-política de su tierra natal.	Escuchar a mi compañera preocupada porque no cuadra la caja de la jornada laboral.	Escuchar las quejas de mi vecino cuando los nietos se portan mal.
8. Empatía	Escuchar y entender los problemas que me explica una camarera.	Escuchar y comprender a mi amiga cuando se queja del comportamiento de sus compañeros de piso.	Entender y escuchar a mi madre cuando se queja de que está harta de limpiar la casa. Proponerle que un día, por lo menos, se dedique a descansar.	Escuchar y comprender a mi compañera cuando el jefe le ha llamado la atención.	Escuchar y comprender las quejas de mi vecino cuando alguien se deja la puerta del ascensor abierta y tiene que subir andando por las escaleras.
9. Solidaridad	Dar mi bocadillo a una persona que pide dinero o comida en el metro.	Invitar a una amiga a una noche de fiesta para que pueda salir cuando le han echado del trabajo.	Ayudar a limpiar la casa.	Pedir el mismo menú que mi compañera que está haciendo dieta para que le resulte más fácil pasar el ansia de comer.	Subir las escaleras para cerrar la puerta del ascensor y que pueda así subir en ascensor mi vecino mayor.
10. Presencia + y Unid	En mi grupo de trabajo de la facultad, voy a ir resaltando lo positivo del trabajo o contribución de cada uno.	En la próxima reunión de amigos estaré muy consciente para cuidar de que nadie quede al margen y que pueda explicar lo suyo.	Animar a mi hermano para que cambie de trabajo, ayudar a buscarlo, alabar sus aptitudes.	Hablar con dos compañeras para que entre todas promovamos una fiesta a una nueva compañera para que se sienta integrada.	En la próxima reunión de vecinos voy a expresar lo bien que me siento y sobre todo pediré que se acabe de escuchar bien a quien a veces se le interrumpe.

Anexo 16. Ficha de registro y ficha de observación

Para los co-investigadores.

Ficha de registro.	Fecha:
¿Qué he pensado? _____	
¿Qué he sentido? _____	
¿Qué he aprendido del grupo? _____	
¿Qué he aportado yo al grupo? _____	

Para el facilitador y el asistente

Ficha de observación.	Fecha:
Observaciones:	
¿Qué me ha llamado la atención del grupo? _____	
¿Podemos mejorar algo para que aumente la calidad de las relaciones? _____	

Anexo 17. Desarrollo de las sesiones de la Consulta Interactiva Prosocial Aplicada

1ª Sesión: **Viernes 10 febrero 2017**

- 17:30h. Llegada y acogida
- 17:40h Presentación general e individual
- 18:00h Dinámica visual de grupo (VPP)
- Ficha registro. Ficha observación
- 19:00h CAFÉ – DESCANSO
- 19:15h Prosocialidad: concepto, las 10 categorías de acciones prosociales
- 19:45h Trabajo individual de la tabla de las 10 categorías
- 20:00 Diario de campo
- 20:15h Despedida e invitación a la siguiente sesión.

2ª Sesión: **Viernes 17 febrero 2017**

- 17:30h Llegada y acogida
- 17:40h Rejilla de las categorías de acciones prosociales (Ps)
- 18:00h Presentación de la CCP
- 18:20h Autodiagnóstico y puesta en común por parejas
- 18:40h Presentación del Inventario Prosocial
- Ficha registro. Ficha observación
- 19:00h CAFÉ – DESCANSO
- 19:15h Acciones Ps dirigidas al fumador para cumplimentar la tabla
- 19:45h Cuestionario: Deseable-Factible
- 20:00h Colocación en el panel los comportamientos finales
- Invitación a que cada uno pase el cuestionario a 10 fumadores
- 20:15h Diario de campo y comentarios
- 20:20h Despedida

3ª Sesión: **Miércoles 29 marzo 2017**

- 17:30h Llegada y acogida
- 17:40h Diario de campo
- 17:50h Presentación de los cuestionarios
- Puesta en común de la experiencia
- 18:30 Medias de los cuestionarios
- Ficha registro. Ficha observación
- 19:00h CAFÉ – DESCANSO
- 19:15h Nuevas propuestas
- Invitación a que cada uno pase el cuestionario al menos a 5 fumadores
- 20:00h Diario de campo
- 20:15h Despedida

4ª Sesión: **Miércoles 21 Junio 2017**

- 17:30h Llegada y acogida
- 17:40h Diario de campo
- 17:50h Presentación de los cuestionarios
- Puesta en común de la experiencia
- 18:20 Medias de los cuestionarios actuales
- Se añaden las medias de los cuestionarios previos
- Ficha registro. Ficha observación
- 19:00h CAFÉ – DESCANSO
- 19:15h Nuevas propuestas
- 19:45h Auto diagnóstico de la CCP
- 19:55h Puesta en común de la experiencia completa
- 20:15h Agradecimiento y despedida

Anexo 18. Primera Visita. Consulta de tabaquismo

CONSULTA DE TABAQUISMO _____ 1ª Visita

Explicación del estudio: Hoja de información al paciente y consentimiento informado.

Código:

Varón/Mujer de años, sin alergias medicamentosas conocidas que acude para dejar de fumar derivado/a del

ANTECEDENTES PERSONALES:

Fisiológicos: hace ejercicio de forma regular

Laboral:

Hábito enólico:

Farmacológicos:

Vive con

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padres fumadores

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

Psiquiátricos.

Neumológicos.

Otros:

IQ:

Hª TABÁQUICA

Consumo:

Inicio:

Exposición tabáquica aproximada: a/paq.

Intentos previos de abandono:

Tiempo máximo sin fumar:

Método utilizado:

Motivos de recaída:

Entorno: en el domicilio todos fuman, todos mis amigos son fumadores, los compañeros de trabajo fuman.

Motivación actual:

Dificultades para dejarlo:

Alguien más de su entorno está dejando de fumar:

Test de Fageström. Dependencia física:

Índice de dureza:

Motivación:

Test de Recompensa:

ENFERMEDAD ACTUAL: Refiere disnea grado , presenta tos durante al menos tres meses y por un período mínimo de dos años.

EXPLORACIÓN FÍSICA: TA: mmHg, Sat. O2: %, FC: x' FR: x'

CO: ppm COHb:%

Peso:Kg, Talla:cm, IMC:

Hidratación de piel:

Conjuntivas:

Mucosa orofaríngea:

Dientes:

Uñas:

Pulsos periféricos pedios:

AR:

AC:

VFC:LF:HF:FC:

cCCP:

cIP:

DIAGNÓSTICO:

FUMADOR EN FASE DE PREPARACIÓN

DEPENDENCIA FÍSICA ALTA/MODERADA A LA NICOTINA

CONSEJOS PARA EL PACIENTE:

1. HASTA LLEGAR AL DÍA DE ABANDONO:
 - Disminuir el nº de cigarrillos al día con aquellos menos imprescindibles.
 - Alejar el paquete de cigarrillos.
 - Distanciar unos minutos el consumo del cigarrillo
 - Definir el lugar exterior de la casa o con ventana, como único donde poder fumar.
 - Eliminar todos los ceniceros excepto uno.
 - Observar en los lugares que ha estado fumando el color de las paredes, del techo, el olor de las cortinas.
2. HAGA EL CÁLCULO APROXIMADO DE LO QUE SE GASTA EN CIGARRILLOS EN UN MES
3. RELLENE LA HOJA DE REGISTRO DE CIGARRILLOS
4. CADA VEZ QUE SE PONGA UN CIGARRILLO EN LA BOCA SE PREGUNTE: ¿REALMENTE ME LO QUIERO FUMAR? Y CUENTE HASTA 5 ANTES DE FUMARLO.
5. FIJEUN DÍA CONCRETO, SIGNIFICATIVO PARA DEJARDE FUMAR ENTRE 2 SEMANAS.
6. REPASELA SIGUIENTEINFORMACIÓN VERBAL Y ESCRITA
 - Ruleta de ahorro.
 - Sustancias que contiene el cigarrillo
 - Riesgos del consumo de tabaco y beneficios de su abandono.
 - Guía para dejar de fumar.
 - Primeros días sin fumar
 - Control del peso.
 - Control del nerviosismo.
7. RELLENE LOS SIGUIENTES CUESIONARIOS:
 - Cuestionario de Glover-Nilson
 - Cuestionario de la Comunicación de Calidad Prosocial
 - Cuestionario del Inventario Prosocial

TRATAMIENTO:

Asesoramiento Psicológico. Presentar el plan que le ha tocado: Ps o ECC

PS: Trabajar las categorías PS con el Inventario PS.

ECC: Romper impulsividad y automatismo. Superar las barreras

CHAMPIXPACK DE INICIO 4 Semanas:

0.5 mg tras el desayuno y con un vaso lleno de agua los días 1-3

0.5 mg tras el desayuno y la merienda de la tarde con un vaso lleno de agua los días 4-7

Abandono del tabaco

1 mg tras el desayuno y la merienda de la tarde con un vaso lleno de agua desde el día 8 hasta completar 12 semanas.

TSN - NICORETTE PARCHES

21 mg/24h de 1 - 4 semanas

14 mg/24h de 5- 8 semanas

7 mg/24h de 9-12 semanas.

CHICLES (menta o fresa) o Comprimidos para chupar SEGÚN PAUTA de ____ cig.

4 mg /2h chicle, 2 mg/2h comprimido si fuma 1 paq/d o fuma el primer cigarrillo antes de 30 min tras levantarse. Durante 3 meses.

IR REDUCIENDO A LAS 4-8 SEMANAS

2 mg /2h chicle, 1 mg/2h comprimido si fuma menos de 1 paq/d o fuma el primer cigarrillo pasados los 30 min tras levantarse por la mañana. Durante 2 meses.

IR REDUCIENDO A LAS 4-8 SEMANAS

Chicle: Masticar lentamente hasta que aparezca el sabor del chicle, en este momento debe colocarse el chicle en la mejilla. El mascado y colocación en mejilla debe realizarlo de forma lenta e intermitentemente.

Comprimido: Dejar que la pastilla se disuelva en la boca, no tragar ni masticar.

Evitar comer o beber bebidas ácidas (café, zumos, bebidas no alcohólicas) excepto agua, 15 min antes y durante el uso del chicle.

PLAN:

Solicito Analítica: Hg, Coag, Bioquímica (ác. Úrico, Glu, Col, Col-LDL, Col-HDL, Col-VLDL) con niveles de Cotinina en Orina: recoger el primer chorro de la primera orina de la mañana.

ASEGURARSE DE QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Revisión en 3 semanas

PRIMEROS DÍAS SIN FUMAR

PARA EMPEZAR BIEN EL DÍA

- ❖ Levántese un poco antes y haga ejercicio: calentamiento, estiramientos.
- ❖ Acabe la ducha con agua templada.
- ❖ Frótese intensamente con la toalla al secarse.
- ❖ Salga tras un buen desayuno y arreglado/da de casa.

ROMPA LA RUTINA DIARIA

- ❖ Lo que pueda hacer andando no lo haga en coche: redescubra sus pulmones.
- ❖ Observe el mejor rendimiento ante el esfuerzo cotidiano en el ejercicio físico y en el deporte.
- ❖ Disfrute del día a día sin la contaminación del humo del tabaco en su cuerpo y a su alrededor.

EN SU TIEMPO LIBRE

- ❖ Escoja actividades y lugares libre de humo del tabaco.
- ❖ Aproveche para hacer esas cosas que siempre le han gustado y que hasta ahora ha ido posponiendo.
- ❖ Recupere o mejore sus aficiones favoritas: cine, jardinería, música, canto, pintura, bordado, costura, bricolaje, archivos, etc.
- ❖ Practique algún deporte o dedique tiempo a la relajación

POR LA NOCHE

- ❖ Haga balance del día y seleccione dos aspectos positivos para Vd.
- ❖ Registre las ventajas que va acumulando desde que no fuma.
- ❖ Prepárese un descanso recuperador con un baño relajante.
- ❖ Tómese un vaso de leche descremada o alguna infusión (tila, manzanilla, valeriana).

PARA EL CONTROL DEL NERVIOSISMO

- Salga de la situación de “colapso”, cambie de ambiente, váyase a caminar, hable con una persona de confianza que le transmita tranquilidad.
- Recuerde las ventajas y evalúe los motivos por los que deja de fumar.
- Coja un chicle sin azúcar, si procede.
- Observe cómo transcurren 30 segundos del reloj.
- Mientras camina coja todo el aire que pueda por la nariz, retenga durante 5 segundos para obtener RELAJACIÓN, expúlselo con la máxima tranquilidad.
- Piense en algo saludable y agradable para usted y/o su familia mientras hace respiraciones profundas.
- No desperdicie todo ese tiempo, mientras llena y vacía los pulmones, siendo consciente de ello. Es un tiempo decisivo para su tratamiento.
- Haga algún estiramiento y aumente las respiraciones sobre todo expulsando el aire de forma mantenida durante 5-10 segundos.
- Se dé la enhorabuena una vez superado el tiempo de nerviosismo y cuénteselo a alguien de confianza.

INFORMACIÓN DE LA PROSOCIALIDAD APLICADA

Definición: Aquellos comportamientos que, sin la búsqueda de recompensas extrínsecas o materiales, favorecen a otras personas según el criterio de estos, aumentando la probabilidad de generar una reciprocidad positiva de calidad, manteniendo la identidad, creatividad e iniciativa de los individuos.

No existe persona que no haya realizado o recibido alguna vez una acción prosocial. Se trata de comportamientos habituales en el día a día, fáciles de aprender y de aplicar.

Ejemplo: Una persona que en su trabajo se pone en el lugar del compañero o del jefe, que le observa con interés y que hace algo excepcional más allá de su “deber”, o “rol”, está incorporando elementos de prosocialidad.

Queremos aplicar la prosocialidad al tabaquismo y así adquirir un modo de hacer más constante en el que el pensamiento en vez de estar centrado en el “yo necesito un cigarrillo” se centra en la persona que tengo más cercana dándose cuenta del beneficio que le puede generar con una acción concreta.

Se conocen los beneficios psíquicos que aporta la prosocialidad como:

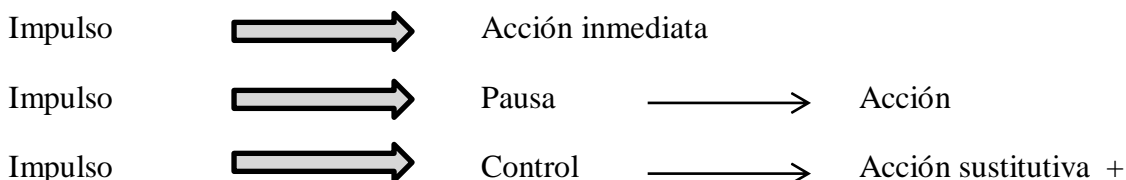
- conectar mejor con las personas
- conquistar los propios pensamientos
- aumenta la flexibilidad y apertura al cambio
- previene de los trastornos bio-psico-sociales
- aumenta la capacidad empática
- aumenta la autoestima a través de percepción de logro al constatar los beneficios que aporta a los receptores.

Anexo 22. Información sobre Estrategias Cognitivo Conductuales para el paciente

Desarrollo de habilidades y resolución de problemas

- Métodos cognitivos: identificar los desencadenantes y las situaciones de riesgo
- Métodos conductuales: Distracción, evitación y relajación

A) Romper con la impulsividad y el automatismo - Hacer consciente el acto de fumar



B) Superar las barreras para dejar de fumar:

1. La **ambivalencia**: expectativas y comportamientos favorables a la recaída.
 - a. Minimizar la motivación de fumar: cambiar la recompensa de fumar
 - b. Maximizar la motivación para abstenerse: impulsar una barrera al consumo
2. El **Sdm de abstinencia**: discomfort, cambios en la sensibilidad
 - c. Conocer el Sdm de abstinencia y su corta duración.

C) DISOCIAR: sustituir todos los condicionantes que facilitan un pensamiento a favor de fumar, el café, el sofá, los amigos, ... por otros distintos que estimulan el cambio, la vida sin tabaco.

D) **Soporte Conductual** intensivo durante la abstinencia Programa diario, aficiones, ejercicio físico

E) Desarrollo de estrategias de **enfrentamiento**: Reconocer – Evitar – Afrontar

- a. Anticipar los posibles desafíos en el trabajo o en la vida personal.
- b. Desarrollar un plan para sustituir el tabaco ante situaciones de estrés.
- c. Limitar o abstenerse del consumo de alcohol en las primeras etapas.
- d. Limitar el contacto prolongado con fumadores y solicitar que no fumen en su presencia.
- e. Disponer de sustitutos orales como chicles, caramelos sin azúcar, agua mineral, zanahorias.
- f. Anticipar las rutinas y tener preparado un plan alternativo
- g. Ante las ganas intensas de fumar:
 - Detención del pensamiento
 - Técnicas de distracción
 - Entrenamiento en autocontrol

Anexo 23. Segunda Visita. Consulta de Tabaquismo

CONSULTA DE TABAQUISMO _____ 2ª Visita

Código:

Registro funcional de cigarrillos:

Test de Glover-Nilsson:

cCCP:

cIP:

Consumo: cig/d.

Abstinencia Completa, desde el día D:

Continua tras un período de tiempo (15-20 días):

Puntual, recaída pero no fuma desde esta semana: se cambia el día D.

GANAS INTENSAS DE FUMAR (CRAVING):

Cuántos al día y duración:

Vivencia personal y riesgos para la recaída:

Estímulos externos sensoriales que intensifican el craving:

Sdm. Abstinencia:

Día D:

Efectos secundarios del fármaco escogido: Insomnio precoz debido al fármaco, si es un insomnio tardío es por el Sdm de abstinencia

EXPLORACIÓN FÍSICA: CO: ppm COHb: %

EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA:

Hg: Coag: BQ:

Niveles de Cotinina en orina:

DIAGNÓSTICO:

DEPENDENCIA PSICOSOCIAL FUERTE/MODERADA

FUMADOR EN FASE DE ACCIÓN CON ABSTINENCIA COMPLETA

TRATAMIENTO:

Asesoramiento Psicológico:

PS: Repasar las categorías con el Inventario PS. Explicar 1-7 ítems cCCP

ECC: Soporte conductual. Inicio de las estrategias de afrontamiento

CHAMPIX: 1 mg tras el desayuno y la merienda de la tarde con un vaso lleno de agua des del día de Abandono hasta completar las 12 semanas ().

TSN NICORETTE PARCHES

21 mg/24hde 1 - 4 semanas

14 mg/24hde 5- 8 semanas

7 mg/24h de 9-12 semanas.

CHICLES : Continuar con la pauta de RHD como se ha indicado.

PLAN:

Repasar la información ya entregada

Entregar:

Control del Sdm abstinencia

Cuestionario de la Comunicación de Calidad Prosocial

Cuestionario del Inventario Prosocial

Solicito Rx. de Tórax y Espirometría.

Revisión en 4 semanas

Anexo 24. Síndrome de abstinencia

SÍNDROME DE ABSTINENCIA de _____

Puntuar los síntomas del 0 al 4 según lo siguiente:

- 0 → no existe
- 1 → leve
- 2 → moderado
- 3 → mucho
- 4 → muchísimo

Edad: años

IA: añ/paq.

Día de Abandono:

Trat.to:

n ° Visita	2ª Vis.	3ª Vis.	4ª Vis.	5ª Vis.	6ª Vis.	7ª Vis.
FECHA						
Ganas de fumar						
Irritabilidad						
Ansiedad						
Falta de concentración						
Cansancio						
Cefalea						
Insomnio/somnolencia						
Estreñimiento						
Más apetito						
Tristeza/Euforia						
TOTAL						

CO ppm						
---------------	--	--	--	--	--	--

Anexo 25. Tercera Visita. Consulta de Tabaquismo

CONSULTA DE TABAQUISMO _____ 3ª Visita

Código:

cCCP:

cIP:

Consumo: cig/d.

Abstinencia Completa, desde el día D:

Continua tras un período de tiempo (15-20 días):

Puntual, recaída pero no fuma desde esta semana: se cambia el día D:

GANAS INTENSAS DE FUMAR (CRAVING):

Cuántos al día y duración:

Vivencia personal y riesgos para la recaída:

Estímulos externos sensoriales que intensifican el craving:

Sdm. Abstinencia:

Día D:

Efectos secundarios del fármaco escogido: Insomnio precoz debido al fármaco, si es un insomnio tardío es por el sdm de abstinencia:

EXPLORACIÓN FÍSICA: CO: ppm COHb:%

EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA:

Rx. Tórax ():

Espirometría: Curva buena:

Post: FVC: (%), FEV1: (%), FEV1/FVC:%, FEF 25-75%: (%).Edad pulmonar:

Espirometría normal con PBD (+) mL, no significativa (%):

DIAGNÓSTICO:

FUMADOR EN FASE DE ACCIÓN CON ABSTINENCIA COMPLETA

TRATAMIENTO:

Asesoramiento Psicológico:

PS: Repasar las categorías con el Inventario PS. Explicar 8-14 ítems cCCP

ECC: Continuación con las estrategias de afrontamiento

CHAMPIX: 1 mg tras el desayuno y la merienda de la tarde con un vaso lleno de agua des del día de Abandono hasta completar las 12 semanas.

TSN - NICORETTE PARCHES

21 mg/24h de 1 - 4 semanas

14 mg/24h de 5- 8 semanas

7 mg/24h de 9-12 semanas.

CHICLES: Continuar con la pauta de RHD como se ha indicado.

PLAN:

Repasar la información ya entregada

Entregar:

- Cuestionario de la Comunicación de Calidad Prosocial autoadministrado
- Cuestionario del Inventario Prosocial autoadministrado.

Solicito niveles de Cotinina en orina si han pasado al menos 2 meses del día D.

Revisión en 1 mes.

Anexo 26. Cuarta Visita. Consulta de Tabaquismo

CONSULTA DE TABAQUISMO _____ 4^a Visita

Código:

cCCP:

cIP:

Abstinencia Completa, desde el día D:

Continua trasun período de tiempo (15-20 días):

Puntual, recaída pero no fuma desde esta semana: se cambia el día D:

GANAS INTENSAS DE FUMAR (CRAVING):

Cuántos al día y duración:

Vivencia personal y riesgos para la recaída:

Estímulos externos sensoriales que intensifican el craving:

Sdm. Abstinencia:

Consumo: cig/d

Día D:

Efectos secundarios del fármaco escogido: Insomnio precoz debido al fármaco, si es un insomnio tardío es por el sdm de abstinencia:

EXPLORACIÓN FÍSICA:CO: ppm, COHb: %

TA: Sat:%, FC: x':

Peso: Kg

Si ha dejado de fumar: VFC:LF: HF:FC:

EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA:

Niveles de Cotinina si ha dejado de fumar:

DIAGNÓSTICO:

FUMADOR EN FASE DE ACCIÓN CON ABSTINENCIA COMPLETA

TRATAMIENTO:

Asesoramiento Psicológico:

PS: Repasar las categorías con el Inventario PS.

ECC: Detención del pensamiento - Distracción – Entrenamiento en autocontrol.

CHAMPIX: se concluye el tratamiento el día: _____ completando las 12 semanas.

TSN -NICORETTE PARCHES

21 mg/24hde 1 - 4 semanas

14 mg/24hde 5- 8 semanas

7 mg/24h de 9-12 semanas.

CHICLES: Continuar con la pauta de reducción de chicles como se ha indicado.

PLAN:

Repasar la información ya entregada:

FIN DE ESTUDIO, CONTINÚA CON EL PROGRAMA DE TABAQUISMO

Revisión en 1 mes