



# Info Tabac

¿Le gusta respirar profundamente?

El editorial

Pues está de enhorabuena. La Ley de Medidas Sanitarias frente al Tabaquismo, en vigor desde el 1 de enero de 2006, ha multiplicado los espacios del humo del tabaco. Y lo que es más importante, si cabe, la aún reciente normativa ha contribuido a concienciar sobre los perjuicios del tabaco, tanto para los fumadores activos como para los pasivos. De ahí el extraordinario descenso del número de fumadores, cercano a 400.000 personas, durante el año pasado.

Paralelamente, el apoyo a la ley crece día a día: según una encuesta del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, siete de cada diez españoles la consideran un acierto. Es más, nueve de cada diez cree que ha contribuido a mejorar (o al menos no ha empeorado) el clima laboral. Claro que, al mismo tiempo, la mitad creen que los fumadores respetan poco o nada las nuevas normas de la ley.

Sí, hay aún muchas cuestiones pendientes, muchas de las cuales dependen de la buena voluntad y el entendimiento entre fumadores y no fumadores. En cualquier caso, tal y como hemos comprobado en la encuesta que publicamos sobre el cumplimiento de la ley, las administraciones públicas todavía tienen varias cuestiones pendientes.

- Informar y concienciar a la población en general (y a los menores en particular) de la magnitud de los riesgos que tiene para la salud el tabaquismo (y el tabaquismo pasivo).

- Obligar a que el etiquetado del tabaco detalle la presencia de 60 sustancias carcinógenas, además de otras igualmente tóxicas, en el humo derivado de su combustión.

- Financiar los tratamientos farmacológicos que puedan apoyar a los tratamientos psicológicos que ya existen para los exfumadores.

- Aumentar los impuestos sobre el tabaco. Está demostrado que una cajetilla cara es la mejor medida para desincentivar el consumo entre los más jóvenes.

- Potenciar los servicios de inspección. Nuestra encuesta señala un alto grado

## Programa de tratamiento de deshabituación tabáquica de AECC de La Rioja

La experiencia



La meta principal de la AECC, en la que trabajo, es la lucha contra cualquier cáncer. Para conseguir este objetivo, se esfuerza en disminuir la incidencia y mortalidad de dicha enfermedad. Hoy en día, existen suficientes evidencias científicas que demuestran la relación directa entre el tabaquismo y la aparición de diferentes tipos de cánceres. Por este motivo, la asociación lleva a cabo un programa de deshabituación tabáquica en el que se ayuda, a toda persona que así lo desee, a abandonar el consumo de tabaco. En La Rioja, comunidad en la que ejerzo, se lleva trabajando en este ámbito desde hace más de una década. Nuestro programa se caracteriza por ser un tratamiento multicomponente en el que, durante la fase de preparación, se realizan reducciones en el consumo y recomiendo, salvo en casos excepcionales, el apoyo farmacológico. La terapia consta de ocho sesiones semanales y tres sesiones a lo largo de los 12 primeros meses. Salvo que por características personales no esté indicado, la persona puede optar por realizar la terapia de manera individual o grupal.

A lo largo de estos diez años la demanda ha aumentado de manera significativa, sobre todo a partir de 2004. En estos tres últimos años, la media de fumadores que han acudido a terapia

de incumplimiento de la ley, sobre todo en el sector de la hostelería.

- Insistir en que las zonas de fumadores estén perfectamente aisladas de las de no fumadores. Es más, no deben ocupar más del 30% del espacio útil del establecimiento.

- Reconocer los efectos del tabaquismo pasivo como enfermedad profesional, sobre todo entre los trabajadores de la hostelería y el ocio.

Por cierto, quizás algunos de ustedes ya lo sepan, pero la OCU ha recurrido los decretos "de desarrollo" de la ley del tabaco aprobados por los gobiernos autonómicos de Madrid y Valencia, porque lejos de reforzar los derechos de los no fumadores, no hacen sino

en nuestra comunidad ha sido de 325 personas al año. Acuden solicitando apoyo psicológico más mujeres que hombres, siendo el consumo de éstas algo menor que el de los varones. La edad media en que se toma la decisión de intentar dejar de fumar en ambos sexos es de 40 años.

En el programa de deshabituación se trabaja, fundamentalmente, con grupos. Este tipo de terapia es mucho más eficiente que la individual, ya que en dos horas se puede trabajar con unas 15 personas. Este horario de tarde-noche permite que pacientes que sólo podrían acudir a la terapia a partir de las 20 horas puedan hacerlo. Asimismo, la terapeuta puede formar grupos dos o tres días a la semana.

Pero, además, las personas son conscientes, y así lo manifiestan, de que en grupo se consigue un refuerzo más que en la terapia individual, y es que no sólo existe una alianza entre el sujeto y el terapeuta, sino que, además, hay un compromiso con el resto de los compañeros, muchas veces más importante o motivacional que el que se tiene con el profesional. Así, lo que comienza siendo un objetivo individual se convierte en una meta común de unas personas que no se conocían y que se proponen conseguir un objetivo muy importante en sus vidas y, como ya sabemos, en muchos casos difícil de obtener. Con el paso de las semanas, el papel del psicólogo deja de ser tan importante y, aunque sea un rol necesario, no es el primordial. De hecho, en la última fase, denominada fase de mantenimiento, lo que hace cada persona a lo largo de la semana influye en cierta manera en el resto. El grupo, entendiendo como tal a los que desean dejar de fumar y al terapeuta, a medida que van avanzando las semanas, busca maneras para hacer frente a la abstinencia, se analizan las

restringirlos. Medidas como permitir fumar en las cafeterías de las empresas o eliminar la separación física y completa de las zonas de fumadores en restaurantes no se entienden sino desde la perspectiva de quienes anteponen sus intereses políticos particulares a la salud de los ciudadanos.

causas más frecuentes de recaídas y se piensa en estrategias de afrontamiento para prevenir las temidas caídas o recaídas y qué hacer en caso de que se produzcan. Esta fase se desarrolla durante las cuatro semanas siguientes al abandono y, una vez terminadas, se comienzan los seguimientos. El primero de ellos se convoca a los dos meses de abstinencia; aproximadamente el 76,63% de los componentes se mantienen sin fumar en esta sesión. En general, cuando se produce una recaída, el grupo se siente un poco frustrado y empieza a ser más consciente de la realidad del proceso de deshabituación con respecto al mantenimiento de la abstinencia. A los seis meses, se realiza la segunda sesión. Normalmente, la gente no se ha visto en ese periodo de tiempo, por lo que acuden impacientes por saber cómo están los demás. En este momento, han aumentado las recaídas y suelen mantenerse abstinentes alrededor del 56,74%. Las personas que recaen no suelen acudir, ya que se sienten avergonzadas y culpables por haber vuelto a fumar y, en todo caso, asisten a una sesión individual para trabajar o bien esa culpabilidad, o bien un nuevo reintento. Así, en las sesiones de seguimiento, los componentes suelen ser las personas que siguen siendo exfumadores. A los doce meses, coincidiendo con la última sesión, el número de recaídas es menor, siendo la tasa de éxito un 50,51%.

Existe una gran diferencia a la hora de realizar un tratamiento individual o grupal. Al principio, me invadió una sensación de inseguridad por trabajar con 15 personas en una misma sesión; pensaba que, si a veces resultaba difícil trabajar en terapia individual, sería más complicado hacerlo en grupo. Sin embargo, una vez que me decidí y empecé a trabajar con ellos, me di cuenta de lo que se puede llegar a disfrutar en esas dos horas semanales, viendo cómo se apoyan mutuamente y percibiendo cómo, poco a poco, se establecen lazos entre todos que hacen que esas primeras semanas sin tabaco sean más llevaderas y con un objetivo a corto plazo: que llegue el día de reunirse y contar cómo se ha superado otra semana más sin fumar.

Natalia Oraí Tabernero  
Psicóloga  
AECC La Rioja

## ¡Sopla!

*Carta de una exfumadora*

¡Sopla! ¡Sopla!, me ordena la enfermera a voz en grito. Y yo voy y soplo, como si de ello dependiera mi vida. Acabo de cumplir 25 años como fumadora y me hago a la idea de que la espirometría es como soplar las velas de una inmensa tarta de despedida, recubierta por los beneficios que he ido aportando día a día, cajetilla a cajetilla, a las tabacaleras.

Como creo que mi contribución ya ha sido suficiente, me dispongo a decir adiós al cigarrillo, ese gran compañero de mi vida. No recuerdo un solo momento importante en el que no haya estado presente. Gracias a él, las amistades han sido más profundas, las noches más intensas, el sexo más placentero y más fácil el hecho de concentrarse para escribir unos párrafos en el ordenador. ¿O quizás era todo un espejismo? Los exfumadores que conozco no se ponen de acuerdo: algunos aún dan saltos de alegría, mientras que otros llevarán para siempre prendida en los ojos la nostalgia por la calada.

La nueva campaña de Tráfico incide en que cada uno hagamos nuestra cualquiera de las múltiples razones que hay para llevar el cinturón de seguridad. Algo parecido ocurre con los fumadores: hay mil y un motivos para dejarlo, pero sólo uno es el resorte definitivo. Este es el mío: ayer mi hija, que acaba de aprender a juntar letras, leyó en el paquete "Fumar puede ser causa de una muerte lenta y dolorosa". Y la angustia que reflejó su carita, con apenas seis años, es la razón que finalmente he hecho mía. Se acabó, adiós. Y que la fuerza (de voluntad) me acompañe.

**Montserrat Domínguez**  
Diario ADN, abril 2007

## Tabaco y Humor



Segundo premio del concurso "Tabac i salut", de ámbito internacional, organizado por la Facultat de Medicina de Lleida, Humoràlia, y la Unidad de Tabaquismo del Hospital de Santa María  
**Autor: Eduard Bosch / Catalunya**

## LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Preparar para el cambio de conductas adictivas

**William R. Miller**  
**Stephen Rollnick**  
(compiladores)

## La entrevista motivacional

Preparar para el cambio de conductas adictivas

*Crítica literaria*

La entrevista motivacional es una técnica que permite superar la ambivalencia y ayudar a los pacientes en su motivación hacia el cambio. El libro que aquí presentamos, especialmente conocido en el ámbito de las drogodependencias, ofrece los detalles de este instrumento privilegiado, que revisa no solamente los antecedentes conceptuales y las investigaciones que dieron lugar a la entrevista motivacional, sino que también proporciona una introducción práctica al qué,

cuándo, cómo y por qué de este método.

Libro de lectura recomendada muy especialmente para profesionales que trabajen con personas que tengan problemas con las adicciones, así como para estudiantes, asesores y terapeutas.

**William R. Miller**  
**Stephen Rollnick**  
Paidós, 1999

## Hombres versus mujeres: ni fumando nos parecemos

Investigación de actualidad

### Introducción

Por todos es conocido el problema de salud que comporta el hábito tabáquico. Sabemos que una parte muy importante de las muertes, enfermedades e invalideces evitables de nuestro país se atribuye al consumo de tabaco.

Pero a pesar del bombardeo informativo al que últimamente estamos sometidos a través de las campañas publicitarias y sanitarias que nos recuerdan los efectos nocivos de la nicotina, este hábito continúa vigente; desde el adolescente, adulto con recursos económicos o sin, hasta los profesionales del mundo sanitario. Incluso el tabaco ha conseguido "la igualdad entre sexos". Según el Instituto Municipal de Salud Pública de Barcelona, se observa que existe un aumento de la prevalencia de tabaquismo en las mujeres, con relación, sobre todo, a su incorporación al mundo laboral y universitario.

La mayoría de personas entramos en este "círculo vicioso". Pero existen otras que a pesar de probar la nicotina no experimentan una dependencia.

Existen, por tanto, rasgos diferenciales, característicos o propios de cada individuo que podrían ir ligados al sexo y que, por tanto, deberán tenerse en cuenta en el momento de elaborar una estrategia terapéutica determinada.

El objetivo de nuestro estudio es conocer estos rasgos característicos del paciente que solicita ayuda para dejar de fumar a la Unidad Terapéutica Especializada de Deshabituación del Tabaco del Hospital de Santa Maria de Lleida y determinar si estas características presentan diferencias estadísticamente significativas respecto al género y tendría que tenerse en cuenta la variable sexo para elaborar un plan terapéutico.

El estudio consta de una muestra de 230 pacientes —hombres y mujeres de edades comprendidas entre 40 y 58 años— que, por voluntad propia o derivados por profesionales de la salud, acuden a la Unidad de Tabaquismo, donde se aplica el siguiente proceso metodológico, a partir del cual se ha realizado una recogida de datos y mediante el programa estadístico SPSS v.12 se ha hecho la interpretación.

Los resultados obtenidos son los siguientes:

El perfil de paciente que consulta la Unidad Terapéutica de Deshabituación del Tabaco del Hospital de Santa Maria de Lleida es un hombre de entre 47-58 años y una mujer de entre 40-50 años. De ellos, los primeros se inician a una edad más temprana en el hábito tabáquico y hacen un consumo más elevado.

A pesar de que estos resultados son estadísticamente significativos, se observa que la tendencia en la prevalencia de tabaquismo en España presenta un

descenso en el caso de los hombres y un ascenso en el de las mujeres, por su incorporación en el mundo laboral y universitario y, por tanto, a su posición socioeconómica.

El principal motivo que les ha llevado a tomar la decisión de consultar una unidad terapéutica especializada, ya sea por voluntad propia o derivados por médicos de cabecera o médicos especialistas y, por tanto, abandonar el tabaco, es la presión social y familiar en el caso de las mujeres y en el caso de los hombres, mejorar la salud.

Antes de tomar esta decisión muestran que ha habido intentos previos de abandonar el hábito por propia voluntad, aun cuando observamos que los periodos de abstinencia (meses) son superiores en el caso de los hombres, pero la diferencia observada

niveles de CO desde el inicio del tratamiento hasta el mes, tanto en los hombres como en las mujeres, desciende por la disminución del consumo, lo que resulta estadísticamente significativo.

### Evolución de la disminución de los niveles de CO en función del sexo

En las sucesivas visitas, una vez iniciado el tratamiento, se observa una evolución de la sintomatología que sufren en el proceso de deshabituación.

Como hecho destacable, se observa que las mujeres sufren más esta clínica, con resultados estadísticamente significativos.

Tienen más insomnio, dolor de cabeza, cansancio, estreñimiento, están más irritables y deprimidas y mantienen las ganas de fumar.

En conclusión, podemos afirmar que el patrón de individuo que consulta a la Unidad Terapéutica de Deshabituación del Tabaco del Hospital de Santa Maria de Lleida es básicamente hombre de entre 47-58 años, que se inicia a una edad más temprana en el hábito tabáquico y hace un consumo más elevado.

Las mujeres que consultan lo hacen básicamente por voluntad propia, "empujadas" por presión sociofamiliar. Los hombres lo hacen derivados por profesionales de la salud para mejorar su calidad de vida.

No se ven diferencias significativas entre ambos sexos con respecto al nivel de ansiedad en periodos de abstinencia, ni de dependencia ni de motivación por el tratamiento, medidos en los diferentes tests administrados en la primera visita a la unidad.

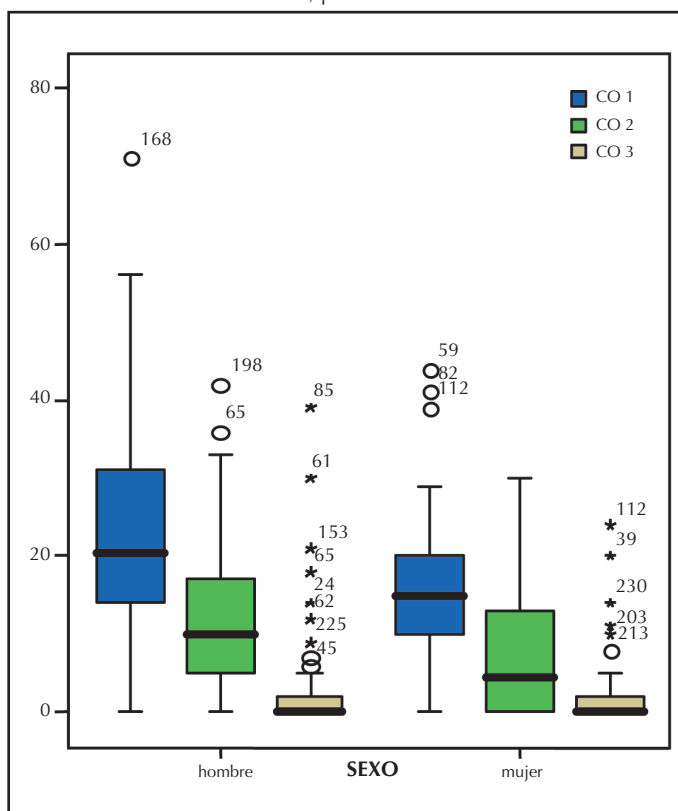
Se observa que aun cuando los niveles de CO en el primer mes de tratamiento, tanto en los hombres como en las mujeres, disminuyen como resultado de la disminución del consumo de tabaco, son las mujeres, sin embargo, las que sufren más intensamente la sintomatología en este periodo de abstinencia. Presentan más insomnio, dolor de cabeza, están más ansiosas e irritables, tienen más

hambre y conservan las ganas de fumar.

Por tanto, aun cuando el abordaje terapéutico se realiza de forma personalizada, en el momento de diseñar materiales clínicos y terapéuticos se debería contemplar la diferencia entre los sexos, ya que a pesar de que los hombres se inician en este hábito más pronto y hacen un consumo más elevado, son las mujeres las que acusan más la clínica derivada de la abstinencia.

**Alba Vila Vilamú**  
Médico

Departamento de Medicina  
de la Universidad de Lleida  
Trabajo de investigación,  
convocatoria 2007



no es significativamente estadística.

Durante el transcurso de la primera visita, aparte de la entrevista clínica se les administran diferentes tests: Fagerström, Richmond, Etter y Stai R. Se observa que los hombres son más dependientes, tienen un nivel de motivación más alto para el tratamiento y, por tanto, de abandono del hábito, y las mujeres presentan un nivel de ansiedad superior, como carácter personal. Aun así, estos resultados no tienen relevancia clínica, puesto que no resultan estadísticamente significativos.

También se les realiza una cooximetría para determinar el nivel de CO en aire espirado, que se repite a la primera, segunda y tercera semana de inicio del plan terapéutico. Observamos que los



## Patología otorrinolaringológica asociada al tabaquismo

*Nuestro experto opina*



Todos conocemos la relación que existe entre el tabaquismo y enfermedades graves, como los tumores de pulmón, los problemas cardiológicos, digestivos, tumores de las vías urinarias, impotencia, alteraciones circulatorias periféricas severas y otras de menor importancia, aunque no menor frecuencia.

Intentaremos conocer hoy otros problemas relacionados con el uso y abuso del tabaco en las vías aerodigestivas superiores (boca, faringe, laringe...), es decir, el área que tratamos los otorrinolaringólogos.

Socialmente, los efectos nocivos comienzan a aflorar entre los 35-65 años: el gasto farmacológico, medicosanitario habitual es brutal y el sexo femenino está aumentando la incidencia de patología asociada tres veces más que en los años 70, dado que se incrementa el número de fumadoras y, sencillamente, el problema se agrava porque para el fumador es muy difícil dejar de fumar.

Consideramos fumador a aquella persona que consume de forma habitual "cualquier cantidad de tabaco" y gran fumador al que pasa de 20 cigarrillos por día.

A finales de la década de los 90, en los Estados Unidos, diversas asociaciones denuncian a las tabaquerías. En España, es en el 2001 cuando la Asociación Española de Laringectomizados inicia una demanda contra tabacalera. Lo anterior nos hace suponer que todos (incluso los fumadores) ya empezamos a considerar al tabaco como una sustancia peligrosa que "realmente" causa un grave perjuicio a la salud y enfermedades científicamente comprobadas.

Históricamente, es en 1761 cuando se describe por primera vez la asociación tumor nasal y tabaco aspirado. En 1792 también se relaciona el cáncer de labio con los fumadores de pipa y el cáncer de boca en los masticadores de tabaco (cowboys...).

Definimos hoy al tabaco como un carcinógeno, que es la sustancia capaz de inducir el crecimiento de un tumor.

En el área de la ORL, los tumores de boca, faringe o laringe se relacionan con el tabaquismo en la mayoría de los casos. El riesgo relativo, entre los fumadores, de padecer alguno de estos tumores se incrementa de 12 a 68 veces más que en un no fumador. Los pacientes que han sufrido un cáncer de laringe eran fumadores en un 97% de los casos, los que lo superaron están, en su mayor parte, laringectomizados, mutilados de la voz, y han tenido que aprender otros sistemas de comunicación para relacionarse con los demás.

También está muy claro que cuantos más paquetes se consuman, mayor es la probabilidad de ser diagnosticado de un tumor ORL en estadio avanzado, que lógicamente tiene peor índice de curación, y en los grandes fumadores la existencia de otro tumor (segundo tumor primario) en otras zonas se presenta en más del 50% de los casos.

Cuando se consume un cigarrillo, entran en juego más de 30 carcinógenos directos y, a su vez, multitud de sustancias lesivas, que pueden afectar a los bronquios alterando las membranas y permitiendo un incremento en la absorción de las sustancias potencialmente malignas. Si tenemos en cuenta que el gran fumador es también bebedor de alcohol, el sinergismo de ambos elementos elevará

aún más el riesgo relativo de padecer una de estas patologías comentadas.

Existen otros factores, como las gasolinas, productos químicos etc., que se asocian a tumores y otras enfermedades del área ORL, pero sólo entre el 1,3 y el 5% de los casos. Para el resto, es decir, el 95-98% de los que padezcan enfermedad ORL, el factor principal seguirá siendo el tabaco.

Cada vez, fumar está menos de moda, no sale en las películas ni en la tele. Existe una jurisprudencia en contra, cada vez estamos más inmersos en la era de la comunicación. Ya no vale el "no lo sabía". Tenemos multitud de distracciones a nuestro alcance y conocemos y sabemos que el tabaquismo produce o puede producir enfermedades que están científicamente comprobadas. Si añadimos, además, que los gastos sanitarios son brutales y estamos socialmente sensibilizados, podremos empezar a pensar que esto del tabaquismo es una soberana tontería.

Por otra parte, debemos recordar que fumar sigue siendo un acto voluntario añadido a nuestra propia cultura y que las sustancias que se queman actúan como una droga produciendo una dependencia física y psíquica. El camino aún sigue siendo largo y tortuoso, pero seguro que es posible.

**Dr. Javier Galindo**  
Jefe del Servicio de  
Otorrinolaringología  
Hospital de Santa María / Lleida

## Influencia de la sintomatología depresiva en la efectividad de los tratamientos para dejar de fumar

*Investigación de actualidad*

Diversos estudios relacionan la sintomatología depresiva con la adquisición y el mantenimiento de la conducta de fumar, y otros muestran que dicha sintomatología predice mayores índices de recaída y abandono en los tratamientos para dejar de fumar. Este estudio examinó la relación entre los niveles previos de sintomatología depresiva y las tasas de abstinencia del tabaco tras la administración de un tratamiento psicológico o psicofarmacológico para dejar de fumar. Mediante el Inventario para la Depresión de Beck II (BDI-II), se evaluó la sintomatología depresiva de 71 fumadores antes de que recibieran terapia cognitivo-conductual con parches de nicotina ( $n = 32$ ) o sin parches de nicotina ( $n = 19$ ), o parches de nicotina con

una intervención cognitivo-conductual poco intensiva ( $n = 20$ ). La abstinencia continuada fue evaluada por autoinforme en el postratamiento y al mes. Un análisis de regresión logística reveló que el sexo y el tipo de tratamiento, pero no la depresión, predecían de forma estadísticamente significativa la abstinencia en el pretratamiento y en el seguimiento al mes, aunque en este último momento de evaluación la depresión casi alcanzaba el nivel de significación estadística ( $p < ,076$ ). Las mujeres y los que reciben terapia cognitivo-conductual con parches de nicotina es más probable que dejen de fumar tras el tratamiento que los varones y los que reciben terapia cognitivo-conductual sola o parches de

nicotina con una intervención psicológica poco intensiva. Sin embargo, el nivel de sintomatología depresiva de los fumadores no parece afectar a los resultados de estos tratamientos.

**Laura Romero,**  
Francisco José Estupiña,  
Andrés Hausmann, Zalao Gómez Torres,  
María Paz García-Vera y Jesús Sanz.

Unidad de Psicología Clínica y de la Salud  
Universidad Complutense de Madrid  
Campus de Somosagua, 28223 Madrid  
clinica@psi.ucm.es

## La ansiedad como causa de recaída en el proceso de deshabituación tabáquica

*Investigación de actualidad*

### Introducción

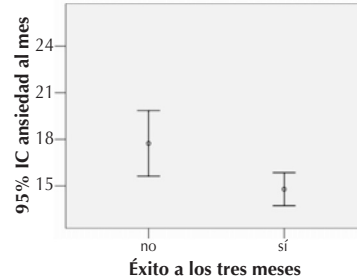
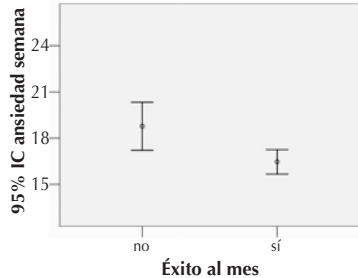
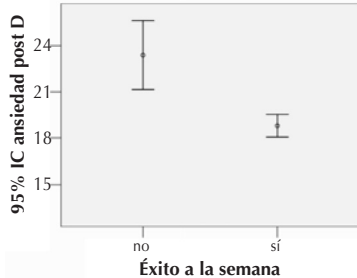
Analizar la ansiedad a lo largo del proceso de dejar de fumar y determinar su influencia en la recaída.

### Materiales y métodos

Estudio prospectivo, analítico y longitudinal. Pacientes atendidos en una Unidad de Tabaquismo. Tratamiento multicomponente.

### Variables a estudio

Edad, sexo, nº cigarrillos/día, nivel CO, test de Fagerström. La ansiedad se midió con el cuestionario STAI-E/R y la abstinencia con CO  $\leq 10$  ppm. Para establecer el valor pronóstico de la ansiedad como posible factor de recaída, se analizó la relación entre la abstinencia en tres puntos de corte: semana, mes y tres meses, y el nivel de ansiedad en la determinación inmediatamente anterior: post-D, semana y mes.



### Resultados

Edad media, 43,1 años (DE: 10,5); consumo cigarrillos/día, 26,2 (DE: 10,9), y test de Fagerström, 6,3 (DE: 2,2). La población en la que se analizó la ansiedad y la abstinencia fueron: 906 individuos en la sesión post-D, 853 la primera semana, 619 al mes y 425 a los tres meses. Los pacientes que recaen presentan más ansiedad que los que permanecen abstinentes en los tres momentos analizados ( $p < 0,0001$ ;  $p = 0,018$ ;  $p = 0,014$ ) (ver gráficas).

### Autores

**Isabel Nerín,** Asunción Beamonte, Adriana Jiménez-Muro, Adriana Marqueta, Pilar Novella, Pilar Gargallo

Unidad de Tabaquismo  
Departamento de Medicina y Psiquiatría  
Facultad de Medicina de Zaragoza  
Domingo Miral, s/n.  
50009 Zaragoza  
[tabaquis@unizar.es](mailto:tabaquis@unizar.es)

### CONCLUSIONES

**La ansiedad, aun siendo decreciente a lo largo del proceso de deshabituación, puede actuar como desencadenante de la recaída en las primeras semanas.**

## Índice

¿Le gusta respirar profundamente? / <i>El editorial</i> Programa de tratamiento de deshabituación... / <i>La experiencia</i>	1
¡Sopla! / <i>Carta de una exfumadora</i> Concurso dibujo La entrevista motivacional / <i>Crítica literaria</i>	2
Hombres versus mujeres... / <i>Investigación de actualidad</i>	3
Patología otorrinolaringológica... / <i>Nuestro experto opina</i>	4
Influencias de la sintomatología depresiva... / La ansiedad como causa de recaída en el proceso... / <i>Investigación de actualidad</i>	5
VII Congreso Nacional de Prevención... / Contacto y suscripción gratuita	6

## VII Congreso Nacional de Prevención y Tratamiento de Tabaquismo

Del 25 al 27 de octubre de 2007



Jueves, 25 de octubre de 2007

09.00 h. Entrega de documentación.

09.30 h. TALLERES

Entrevista motivacional 1/2  
El Mentoring, una herramienta para dejar de fumar.  
Ideas erróneas en el proceso de dejar de fumar.  
Tabaco y obesidad.

11.30 h. PAUSA-CAFÉ

12.00 h. TALLERES

Entrevista motivacional 2/2.  
Ideas para integrar la perspectiva de género en las  
intervenciones de prevención y atención al tabaquismo.  
Habilidades diagnósticas básicas.  
Habilidades en intervenciones breves en el tabaquismo.  
Reducción del consumo del tabaco como paso previo  
a la cesación.

14.00 h. ALMUERZO

16.30 h. MESAS PARALELAS

- *Futuro de la formación en tabaquismo*  
- *El papel de las religiones en la salud y el control del  
tabaquismo*  
- *Género y tabaco: Documentos para la acción*

18.30 h. PAUSA-CAFÉ

19.00 h. INAUGURACIÓN OFICIAL DEL CONGRESO

19.30 h. CONFERENCIA INAUGURAL

- *Transformación de los conflictos desde la Filosofía  
para la Paz*

20.30 h. VINO DE HONOR

Viernes, 26 de octubre de 2007

09.00 h. MESAS PARALELAS

- *Tabaquismo pasivo: impacto y medición*  
- *Impulsividad y fenómenos adictivos*  
- *Ética y derechos humanos*  
- *El papel de la sociedad civil organizada*

10.30 h. PAUSA-CAFÉ

11.00 h. PLENARIO

- *Políticas de control del tabaquismo*

12.30 h. PLENARIO

- *Actualización en tratamiento del tabaquismo: ¿Qué  
aporta Vareniclina?*

14.00 h. ALMUERZO

16.00 h. MESAS PARALELAS

- *Patologías respiratorias asociadas al tabaquismo*  
- *Cómo mejorar la eficacia diagnóstica y terapéutica*  
- *Tabaquismo y atención primaria*  
- *Prevención de los daños del tabaquismo en el feto,  
el recién nacido y el niño*

17.30 h. PAUSA-CAFÉ

17.45 h. PLENARIO

- *Terapia sustitutiva con nicotina*

19.00 h. COMUNICACIONES ORALES Y PÓSTERS

ASAMBLEA GENERAL CNPT

REUNIONES GRUPOS

Sábado, 27 de octubre de 2007

09.00 h. COMUNICACIONES ORALES Y PÓSTERS

10.30 h. MESAS PARALELAS

- *Tabaquismo y otros productos fumables*  
- *Emociones y tabaquismo*  
- *Prevención del tabaquismo en adolescentes*  
- *Herramientas al servicio del control del tabaquismo*

12.00 h. PAUSA-CAFÉ

12.30 h. PLENARIO

- *Género y tabaco. Conocer y hacer visible*

14.00 h. CLAUSURA

14.30 h. ALMUERZO

**Lugar:** Auditori i Palau de Congressos de Castelló  
(Valencia)

**Contacto:** Comité Nacional para la Prevención del  
Tabaquismo

**Teléfono:** 941 29 18 70 **Fax:** 941 29 18 71

**Web:** <http://www.cnpt2007.org>

## Edita



HOSPITAL  
DE SANTA MARIA



Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut



## Colaboran

Nicotinell®  
NICOTINA

