

Abordaje interdisciplinario del tabaquismo en la consulta odontológica: Aplicación de técnicas de intervención psicológicas

Interdisciplinary Approach to Smoking in Dental Practice: Psychological Intervention Techniques Application

Alejandro José Amaíz Flores DDS¹; Miguel Ángel Flores Barrios MSc²

1. Odontólogo General, Especialista en Odontología Operatoria y Estética
Universidad Central de Venezuela (U.C.V), con convalidación de títulos extranjeros en la
Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

Pasantía de Periodoncia en la Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

2. Psicólogo clínico, Universidad Central de Venezuela (U.C.V.),
con convalidación de título extranjero en la Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
MSc en Psicología Industrial y Organizacional de la Universidad Latina de Costa Rica, Costa Rica.

Autor para correspondencia: Dr. Alejandro José Amaíz Flores - alejandro.amaiz@gmail.com

Recibido: 14-V-2017

Aceptado: 23-V-2017

Publicado Online First: 30-V-2017

DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/ijds.v0i0.29115>

RESUMEN

Actualmente, en la comunidad odontológica existe confusión y duda sobre la extensión de la responsabilidad del profesional en la intervención y prevención del tabaquismo, lo cual se podría atribuir, en gran medida, al desconocimiento al respecto. Sin embargo, el odontólogo tiene el compromiso de participar activamente en esta adicción como parte del tratamiento bucodental. Por lo tanto, este artículo presenta una revisión actualizada de la literatura internacional relacionada con el tabaquismo desde la perspectiva de la consulta odontológica, enfocada al empleo de estrategias psicológicas para ofrecer un abordaje interdisciplinario, donde se enmarca el rol del odontólogo y su equipo de trabajo. De esta forma, la psicología de la salud ofrece diversas técnicas de intervención que resultan altamente efectivas para reducir o eliminar el tabaquismo, a saber: entrevista motivacional, exposición con prevención de respuesta, control de estímulos, entrenamiento en solución de problemas, terapia cognitivo-conductual, entrenamiento progresivo en reducción de la ansiedad y el estrés, entrenamiento en habilidades sociales, manejo de la ira y la agresividad, manejo de contingencias, autocontrol, técnicas de estimulación aversiva, técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán (RGINA), terapia de pareja y familiar para atender situaciones de conflictos en relaciones interpersonales y terapia grupal.

PALABRAS CLAVE

Tabaquismo; Odontología; Técnicas de intervención psicológicas; Interdisciplinariedad.

ABSTRACT

Currently, in the dental community there is confusion and doubt about the extent of professional responsibility in the intervention and prevention of smoking, which could be attributed, to a large extent, to lack of knowledge about it. However, the dentist is committed to actively participate in this addiction as part of oral treatment. Therefore, this article presents an updated review of the international literature related to smoking from the perspective of dental consultation, focused on the use of psychological strategies to offer an interdisciplinary approach, which frames the role of the dentist and his team. In this way, health psychology offers several intervention techniques that are highly effective in reducing or eliminating smoking, namely: motivational interviewing, response prevention, stimulus control, problem solving training, cognitive-behavioral, progressive training in anxiety and stress reduction, social skills training, anger management and aggressiveness, contingency management, self-control, aversive stimulation techniques, gradual reduction technique of nicotine and tar consumption (RGINA), couple and family therapy to deal with conflict situations in interpersonal relationships and group therapy.

KEYWORDS

Psychological intervention techniques; Dentistry; Smoking habits; Interdisciplinarity.

INTRODUCCIÓN

Los efectos adversos del tabaquismo sobre la salud han sido documentados durante años; actualmente existe evidencia suficiente para establecer una relación causal entre el tabaquismo y varias entidades, condiciones, enfermedades o discapacidades, a saber: cáncer, patología ocular, problemas del aparato reproductor, patología pulmonar, cardiopatías, patología ósea, padecimientos gástricos, enfermedades bucodentales, patología cutánea y afecciones del sistema nervioso, entre otras (1). No obstante, el cese del consumo de tabaco continúa con una progresión lenta y poco alentadora a nivel mundial (2). Por lo tanto, los profesionales de la salud, específicamente los odontólogos, deben destinar esfuerzos en ser eficaces en la reducción o erradicación del tabaquismo (3), siendo un recurso en gran medida inexplorado para proporcionar asesoramiento a los pacientes que consumen tabaco (4).

Sin embargo, generalmente dicho profesional no posee un conocimiento sólido sobre las

terapias psicológicas y farmacológicas que se pueden emplear para el tratamiento y prevención del tabaquismo en el ámbito odontológico (5). Asimismo, cabe destacar que alrededor de la mitad de las escuelas de odontología no contemplan esta temática en los pensum de estudios, además son pocos los programas de higiene y cuidado bucodental vigentes dirigidos a la intervención del tabaco en la consulta odontológica (6,7), lo cual representa un obstáculo importante a solucionar.

De esta forma, el objetivo de este artículo es realizar una revisión de la literatura con el fin de ofrecerle al odontólogo recursos efectivos para el abordaje interdisciplinario del tabaquismo en la población que asiste a la consulta odontológica. Asimismo, se pretende ofrecer una propuesta con los métodos y las técnicas de intervención psicológica que pueden aplicar los odontólogos en dichos pacientes para el cese del tabaquismo, logrando así una atención integral de los mismos, identificando también la necesidad de referencia en los casos en que se requiera la participación directa del profesional de salud mental. Además,

con este artículo se pretende fomentar el conocimiento en el gremio odontológico acerca del tabaquismo.

Por lo tanto, resulta importante resaltar el rol que desempeñan los odontólogos en la detección y la atención de los fumadores, así como la valiosa oportunidad que poseen de implementar métodos de asesoramiento y terapias farmacológica acordes a cada paciente, duplicando la probabilidad de que un fumador que desea abandonar el tabaco lo consiga (8). De esta forma, durante los últimos años ha crecido el reconocimiento del papel del equipo odontológico en el cese y la prevención del tabaquismo, con programas psicológicos destinados a tal fin (1,2).

El tabaquismo requiere un abordaje integral por parte de todos los integrantes del equipo que conforman los servicios de salud (9); donde, el odontólogo tiene la responsabilidad de participar e intervenir en esta adicción como parte del tratamiento bucodental, con el conocimiento básico sobre la utilidad de las estrategias de intervención psicológicas, todo ello en beneficio de la calidad de servicio y bienestar de los pacientes (10), justamente ahí radica la importancia de este artículo.

DESARROLLO

El tabaquismo se define como la intoxicación producida por el abuso del tabaco o cigarrillo, por lo cual no es adecuado usarlo para referirse simplemente al consumo de mismo; por lo cual, el tabaquismo representa un trastorno o estado patológico producido por un exceso de nicotina (11). Asimismo, se establece que el tabaquismo es una condición médica de carácter crónico y se le clasifica entre las enfermedades psiquiátricas (12); donde la ventaja de abordar al tabaquismo como una enfermedad crónica, estriba en que al asumir el problema como un comportamiento sintomático a largo plazo, permite entender de manera más clara las recaídas y el reinicio del tratamiento. Del

mismo modo, al definir al tabaquismo como un problema de salud pública en la perspectiva de los trastornos del comportamiento y a la luz de las evidencias disponibles, se conceptualiza como un proceso potencialmente prevenible, cuyo impacto en la sociedad puede ser modificado mediante acciones diversas y articuladas (1).

No obstante, conceptualizar al tabaquismo como un “hábito” supone abstraerse de otros componentes cruciales que le caracterizan, siendo una expresión políticamente aceptable que se ha empleado para sustituir a otra menos ofensiva o peyorativa, como “adicción”; lo cual, pretende brindarle un carácter inofensivo que desorienta, evade o evita hacer consciente al público de la realidad expresada por la relación directa entre mortalidad, discapacidad, enfermedad y tabaquismo (13). Por lo tanto, en la actualidad el tabaquismo se denomina como una enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas, siendo la nicotina, la sustancia responsable de la adicción, actuando sobre el sistema nervioso central y periférico del individuo, la cual se caracteriza por conductas compulsivas y repetitivas, donde el afectado no puede parar su consumo aun sabiendo el daño que le causa, convirtiéndose así en un problema de salud pública; en la mayoría de los casos, se observa el síndrome de abstinencia, en el cual aparecen síntomas de disconformidad cuando se disminuye o se cesa el consumo (8).

Epidemiológicamente, el tabaquismo es la causa más común de muerte prevenible; a nivel mundial, se reporta que la mitad de todos los fumadores habituales mueren por tal motivo, estadísticamente se calcula una tasa de muerte anual alrededor de 6 millones de personas en todo el planeta, de las cuales más de 5 millones son consumidores del producto (fumador activo) y más de 600 mil son no fumadores expuestos al humo de tabaco (fumador pasivo), donde dicho humo contiene más de 4000 productos químicos, siendo nocivos al menos 250 y más de 50 pueden causar

cáncer (8), pudiendo así generar el 75% de las muertes por cáncer oral o faríngeo (7).

En el siglo XX, el tabaco causó 100 millones de muertes (3), en países como Francia, según informes del año 2000, el 32% de los varones y el 25% de las mujeres, consumieron regularmente más de un cigarrillo al día, en comparación a datos del año 1991, donde la prevalencia del tabaquismo disminuyó un 11% (14). De esta forma, el tabaquismo representa una de las principales amenazas de salud pública mundial (3), toda vez que epidemiológicamente, alrededor del 80% de los mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios. No obstante, aunque el 70% de estos fumadores desean dejar de fumar en dichos países, sólo el 3% por año lo logran (8).

Por otra parte, resulta necesario conocer las razones o causas asociadas al inicio del consumo de tabaco para prevenir y actuar de manera eficaz y oportuna ante esta adicción; donde, su etiología está determinada no solo por las características inherentes a la nicotina, sino por variables personales y del entorno (15). Por lo tanto, la etiología del tabaquismo suele ser multifactorial (16), donde intervienen una serie de elementos, entre ellos: biológicos (predisposición genética), psicológicos (personalidad vulnerable), sociales (modelos identificatorios, presión social), económicos y políticos (8, 16).

Resulta importante destacar el factor biológico que ejerce la nicotina en el organismo, al crear una activación artificial con un aumento notable en los niveles de dopamina (neurotransmisor) en el núcleo acumbens del cerebro, el cual es considerado como un centro del placer, donde el aumento en la concentración de dopamina en esta zona cerebral, explica la estimulación para repetir conductas, con un gran impacto motivacional (1,17). Asimismo, una determinada variación genética en la subunidad del receptor de nicotina,

puede incrementar al doble las probabilidades de desarrollar dependencia al tabaco, con una mayor vulnerabilidad al desarrollo del cáncer de pulmón y enfermedad arterial periférica (18), donde dicha dependencia se puede expresar de acuerdo al ambiente en donde se desenvuelve el individuo y a las experiencias individuales específicas (19).

Asimismo, el factor social abarca el contexto de amistades en conjunción con la familia, el cual representa un desencadenante en el consumo de tabaco, particularmente en adolescentes y personas jóvenes, debido a que ambos entornos de interacción significan el marco de mayor influencia que reciben las personas a lo largo de su vida. En ambos espacios tiene lugar la evolución psico-emocional de los individuos y son modeladas la totalidad de los repertorios de conducta, incluyendo aquellos comportamientos relacionados a la preservación o afectación de la salud. Por lo tanto, se consideran determinantes importantes del consumo tabáquico: los patrones de consumo de tabaco por parte de familiares o amigos, vínculos familiares débiles, limitaciones en las habilidades sociales, red de apoyo poco establecida, tolerancia familiar al consumo, escasos ingresos económicos acompañados de un nivel académico inferior, limitado monitoreo en las actividades adolescentes y un alta influencia del entorno de las amistades con muy bajo control parental. Tal como se ha referido previamente, los factores socio-familiares suelen acompañar (aunque no se haya determinado aún una relación causal consistente) al consumo crónico de tabaco (20,21).

En este sentido, también se destacan los factores relacionados con la intención de fumar (la edad, el género, las actitudes y algunos patrones de utilización del tiempo libre), aunado a los factores relacionados con el consumo propiamente, tales como: la presión social, el modelaje recibido por parte de familiares, la práctica de deporte en el tiempo libre o la disponibilidad de dinero, siendo

elementos predisponentes que pueden incidir en la experimentación, el posterior consumo frecuente y la perpetuación del tabaquismo (22). El diferente perfil entre géneros, amplía el análisis y muestra que los factores que influyen tanto en los hombres como en las mujeres son distintos, lo que refuerza la necesidad de analizar estos dos grupos por separado, apuntando a que la variable sexo pudiese tener una carga explicativa diferenciadora (15). Asimismo, la ingesta de alcohol y otras sustancias (heroína, cocaína, cannabis, entre otras) es otra variable social asociada al consumo de tabaco, las cuales son actividades fuertemente relacionadas (23), donde diversos estudios demuestran que las tasas de prevalencia de tabaquismo en la población que abusa de estas sustancias suelen ser más elevadas que en la población general (70-80% de los usuarios de drogas son fumadores activos de tabaco); sin embargo, poseen igual oportunidad para cesar el tabaquismo; siendo importante modificar las opiniones retrógradas que sustentan que las personas con trastornos de farmacodependencia son incapaces de dejar al tabaco (24).

Igualmente, existe la correlación existente entre el tabaquismo y la salud mental; evidencia de ello es que en grupos mixtos (mujeres y hombres) que consumen tabaco, los síntomas ansiosos-depresivos suelen presentar una alta incidencia (25). Asimismo, estudios han reportado que aunque empíricamente existan argumentos no concluyentes sobre la relación causal (directa/positiva) entre determinantes psicológicos y el consumo de tabaco, se ha podido constatar cómo la dependencia crónica a dicha sustancia (más de 10 años) ocasiona sintomatología física, lo cual desencadena percepciones negativas sobre la calidad de vida, al igual que preocupaciones recurrentes sobre el bienestar físico (26). Por lo tanto, el consumo de tabaco y la vulnerabilidad psicológica que es propia de los episodios o síntomas depresivos, son reseñados de forma cada vez más frecuente en estudios transversales

que se han realizado en América Latina, específicamente en México. En ocasiones, las personas que presentan comorbilidad ansioso-depresiva (mixta) racionalizan el consumo, debido a que consideran que de esa forma logran mitigar el estado de distonía afectiva (27).

Resulta importante señalar, que la adicción al tabaco es un proceso, desde su inicio hasta su consolidación, donde convertirse en fumador empieza antes de que el individuo experimente con el tabaco, de hecho inicia cuando cognitivamente existe una predisposición a fumar (28); por lo cual resulta indispensable que el profesional que actúa para controlar o eliminar su consumo conozca cada una de las etapas o fases de este proceso, a saber: precontemplación, contemplación, iniciación, experimentación, consumo regular, mantenimiento y abandono; cabe destacar que dicho proceso no es de dirección única, dado que puede retroceder y comenzar de nuevo. De acuerdo a lo anterior, la iniciación y el mantenimiento del tabaquismo son situaciones complejas, en las cuales también participan variables de carácter nacional, determinadas por la legislación vigente y la publicidad permitida en cada país, donde se destacan promociones en: vallas, revistas, patrocinio de espectáculos y eventos deportivos o de personajes fumadores que aparecen en el cine o la televisión (23). De hecho, múltiples estudios señalan a la publicidad del tabaco como responsable de alentar a los individuos a que empiecen a fumar (28). Por ende, se debe plantear una estrategia educacional, para fomentar la promoción de estilos de vida saludables (16).

En la actualidad, la mayoría de los odontólogos, independientemente de su país de origen, tienen una actitud positiva para participar activamente en el control y motivación de sus pacientes para cesar el consumo de tabaco (5). No obstante, en la comunidad odontológica existe confusión y duda sobre la extensión de la responsabilidad del profesional y su equipo de trabajo en la intervención del

tabaquismo, lo cual se podría atribuir al inadecuado conocimiento para realizar la intervención y la falta de confianza en sus capacidades para ayudar a sus pacientes y ofrecer consejería de prevención (29). Sin embargo, los odontólogos no deben adoptar una actitud pasiva e indiferente ante esta adicción, debido a que se encuentran obligados a velar por el bienestar e integridad de sus pacientes, por lo que en todo momento tienen que intervenir ante el tabaquismo, por un compromiso ético y moral. Además, los odontólogos pueden generar una gran diferencia en el tratamiento del tabaquismo, debido a varias variables: 1) la posibilidad de observar con regularidad a los pacientes fumadores, 2) reconocen e identifican el efecto y las manifestaciones del tabaco sobre la salud bucodental y 3) tienen la oportunidad de motivar al paciente, intervenir psicológicamente y/o medicarlo (30).

Estadísticamente, más de la mitad de los fumadores adultos y casi tres cuartos de los adolescentes realizan su control odontológico una vez al año, donde más del 40% de dichos odontólogos no preguntan rutinariamente sobre el uso del tabaco; de igual manera, el 60% de los profesionales no interviene en el cese o reducción progresiva del tabaco en sus pacientes fumadores (7). De esta forma, sólo el 35% de los odontólogos le proporcionan consejos a sus pacientes fumadores en la visita anual (1), siendo cifras bajas y poco representativas para esta adicción. Asimismo, Warnakulasuriya, en el 2002, realizó un estudio donde los resultados sugieren que los odontólogos no les comunican adecuadamente a sus pacientes la importancia de dejar de fumar, existiendo la viabilidad y pertinencia dentro de sus prácticas odontológicas (31).

Por lo tanto, el desafío consiste en capacitar e incentivar al equipo odontológico para desempeñar un papel eficaz en la creación de comunidades y personas libres de tabaco, a través de la participación activa en la acción comunitaria,

política y en el asesoramiento de los pacientes (32), con énfasis en la prevención en niños y adolescentes, con mensajes positivos antitabaco, apoyo profesional y el suministro de información acerca de los efectos dañinos del tabaco en el organismo (7). Además, se sugiere que todos los pacientes sean consultados acerca de su relación con el tabaco, con el objetivo de determinar su condición de fumador, fumador pasivo, ex-fumador o no fumador, lo cual permite emitir recomendaciones adaptadas para cada caso, brindar ayuda práctica y planificar estrategias futuras (10).

De esta forma, la Academia Americana de Periodontología establece que la terapia de cesación tabáquica se debe incluir entre los parámetros del cuidado periodontal como parte del tratamiento; de hecho, se ha reportado alrededor del 41% de abandono del cigarrillo alcanzado por los consejos dados por los periodoncistas (6); por otra parte, el reporte de salud bucal en América también anima a los odontólogos a ser más activos en la cesación tabáquica, incorporando terapias farmacológicas y técnicas psicológicas en el tratamiento bucodental (33), donde la combinación de las mismas, resulta más eficaz que los tratamientos aplicados de forma individual (34).

No obstante, la adopción de este tipo de actividades o prácticas ha sido lenta, siendo necesario desarrollar nuevos métodos para alentar la adopción, implementación y mantenimiento de las intervenciones ante el tabaco en la atención odontológica (4); donde, los principales obstáculos que impiden la participación activa del odontólogo en esta terapéutica son: el desconocimiento o ignorancia al respecto, la falta de tiempo durante las consultas y la poca remuneración en términos del procedimiento. Sin embargo, cabe destacar que las consultas para dejar de fumar no debe ser un aspecto adicional a la consulta odontológica, por lo cual se debe planificar para tal fin y otorgarle el tiempo que se estipule necesario a cada cita para garantizar un porcentaje mayor de

éxito (5). Además, el mayor obstáculo a solventar por parte del propio personal de salud es dejar de fumar en caso de que lo hiciera, siendo un acto simbólico y ejemplificante, lo cual aumenta el interés del profesional en proporcionar apoyo y crear conciencia a sus pacientes fumadores (24).

De acuerdo a lo anterior, el tabaquismo puede ser difícil de tratar por las propiedades inherentes a la sustancia adictiva (nicotina) y a los múltiples factores que actúan simultáneamente sobre el fumador; por lo cual, el abordaje y el tratamiento debe ser holístico y enfocado a una enfermedad adictiva crónica vulnerable a recidivas (6), donde la nicotina afecta las emociones y la química del cerebro, causando efectos mentales y emocionales que inciden negativamente en la cesación, a saber: depresión, tristeza o aflicción, sentimiento de pérdida, frustración, impaciencia, enojo, ansiedad, irritabilidad, problemas de concentración, intranquilidad o aburrimiento. De esta forma, la dependencia emocional hace difícil dejar el consumo de tabaco; sin embargo, los síntomas físicos y los cambios emocionales se van superando progresivamente con el tiempo. Además, existe una amplia gama de servicios de orientación, educación y apoyo, materiales de autoayuda, terapias y programas específicos para superar dichos síntomas (35).

Por lo tanto, las directrices sobre el tratamiento de la dependencia del tabaco publicadas por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de Norteamérica, proporcionan métodos prácticos para el personal odontológico. Igualmente, las medidas MPOWER, establecidas por la Organización Mundial de la Salud, comprenden una serie de actividades dirigidas a tal fin (considerando sus siglas en inglés): Monitor, vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención; Protect, proteger a la población del humo de 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 (8). Asimismo, el método de las 5 A's es una guía para que todos los profesionales de la salud promuevan que sus pacientes fumadores abandonen la adicción, a saber: Averigüe (Identificar y documentar el estatus de uso de productos de tabaco en cada paciente), Aconseje dejar de fumar, Apoye la motivación, Ayude en el intento (ofrecer tratamientos oportunos a los fumadores) y Arregle o agende una próxima cita (36-38).

De esta forma, dentro de la intervención para el abandono del tabaco el odontólogo debe brindar consejos cortos, serios, personalizados y rutinarios (34), considerando que las pautas para ofrecer recomendaciones en la consulta odontológica, son: 1) Preguntarle al paciente o al representante del mismo, si es fumador, 2) Aconsejarle dejar de fumar, en forma clara y concisa, y 3) Si el paciente desea dejar de fumar, deberá ser tratado por el mismo profesional entrenado al respecto o deberá ser referido a un servicio de cesación (39). Por lo tanto, los odontólogos deben interrogar a todos sus pacientes sobre el consumo de tabaco, haciendo énfasis en el tiempo de duración con la adicción y en el promedio de cigarrillos fumados al día. Además, se debe valorar el grado de motivación que posee el paciente para abandonar la adicción; donde, la motivación para dejar de fumar puede variar considerablemente y ser modificada de manera notable de acuerdo a las circunstancias, especialmente si el fumador recibe la información adecuada de su médico u odontólogo (40).

Por otra parte, la Secretaría de Salud y la Administración de Alimentos y Fármacos de Estados Unidos (FDA) aprobó varios productos farmacológicos para la cesación tabáquica, dentro de la Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN), a saber: chicles o goma de mascar, parches, spray nasal, inhaladores, tabletas sublinguales y orales. Además, también incluyó medicamentos de segunda línea, como: el nortiptiline y el clonidine.

Igualmente, dentro de esta terapia también se puede indicar: vareniclina, medicamentos antidepresivos (el bupropión), antagonistas opioides, bloqueadores de los receptores endocannabinoides e inmunomoduladores (34). Asimismo, resulta importante destacar que el cigarrillo electrónico como método alternativo para dejar de fumar debe ser reconsiderado; diversas organizaciones, como la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, sugieren regular el cigarrillo electrónico (41), debido a que este dificulta el cese total y favorece la bidireccionalidad en el consumo entre el cigarrillo convencional y el electrónico (consumo dual), por lo cual no se puede considerar como un coadyuvante inocuo hasta que no se consolide evidencia consistente que lo corrobore, aunado a una regulación que garantice su calidad, eficacia y seguridad (42).

Independientemente del tratamiento de cesación empleado, son diversos los factores que pueden determinar la recaída y la reincidencia en el consumo de tabaco. De esta forma, se puede intervenir con estrategias para afrontar las posibles situaciones de riesgo y controlar los cambios emocionales, aunque existen algunos factores, como los sociodemográficos, que son difícilmente modificables. Alrededor del 50-75% de los fumadores que han seguido un programa de tratamiento recaen al año; por lo tanto, las reincidencias son parte del proceso de dejar de fumar y son pocos los que se logran mantener abstinentes al cabo de un año. En consecuencia la recaída va a ser un condicionante importante para lograr disminuir significativamente la prevalencia de fumadores; donde se ha observado que es más factible dejar de fumar y permanecer abstinentes si el fumador cuenta con una buena red de soporte social general y terapia psicológica de contención (43); lo cual, reafirma la necesidad de que se realice un tratamiento sistémico que integre la acción profesional desde diversas perspectivas, entre ellas la odontológica (mejora funcional y

estética bucodental), la psicológica (técnicas psicoterapéuticas) y la psiquiátrica (psicofármacos estabilizadores del humor), para que así se pueda incrementar significativamente el éxito de las políticas desplegadas para la promoción de la salud (27).

En el marco de un abordaje interdisciplinario del tabaquismo, es menester afirmar que los tratamientos psicológicos constituyen un recurso de intervención de especial relevancia para atender debidamente la adicción a la nicotina, a través del despliegue de estrategias profesionales como los procedimientos de la entrevista motivacional, el modelo de los estadios de cambio, la prevención de recaídas y los numerosos programas multicomponentes, donde resulta importante considerar todas las conductas, desencadenantes psicosociales, historia de vida y factores facilitadores en el contexto, para así desarrollar un abordaje global (24).

La psicología de la salud, se encuentra muy vinculada con el tabaquismo y ciertos trastornos asociados a la ansiedad, depresión y el abuso de sustancias; por lo tanto, la comorbilidad psicopatológica representa un aporte de gran importancia en términos de diseñar modelos tanto predictivos como de prevención que permitan en los próximos años delinear tratamientos más eficaces, en virtud de que claramente la concurrencia de sintomatología psicológica y consumo de tabaco, son aspectos que se refuerzan negativamente entre sí, ocasionando un compromiso mayor de los niveles de bienestar o salud de las personas (44).

Algunos de los mecanismos asistenciales de los que dispone la ciencia psicológica, para desplegar ante los casos de personas que presentan consumo de tabaco, en un esquema de atención profesional conjunta con los odontólogos, se enmarcan en el enfoque de la psicología de la salud, para lo cual Becoña (2004) y Oblitas (2010) plantean el siguiente esquema de abordaje (45,46):

- Necesidad de tratamiento: se requiere formular al examinado una entrevista motivacional que permita constatar el grado de compromiso que tiene la persona con su proceso de cambio, al igual que los recursos tanto individuales como sociales que dispone para lograrlo.
- Valoración y estudio funcional: implica profundizar en un examen minucioso sobre las diferentes áreas en donde potencialmente se requiere realizar una intervención, integrando los ámbitos psicológicos, familiar-social, profesional-laboral y de salud.
- Intervención: supone delinear un plan de trabajo ajustado a las necesidades del sujeto y con base a una serie de fases progresivas en las cuales se implementarán una serie de técnicas previamente validadas, las cuales tienen como propósito desintoxicar o mantener; generar deshabituación psicológica (interrumpir la conducta de consumo); normalizar el nuevo estilo de vida a través de nuevos comportamientos que sustituyan la conducta adictiva; prevenir recaídas mediante programas consecuentes a corto, mediano y largo plazo; culminando en un esquema de reducir daños en los casos en que sea requerido.
- Mantenimiento: implica dar soporte a la persona luego de que le sea otorgado el alta del tratamiento para valorar periódicamente los progresos y garantizar la preservación de los objetivos alcanzados.

Múltiples estudios han demostrado que los mejores programas para superar la dependencia psicológica, social y gestual del tabaco incluyen orientación individual (presencial/telefónica) y/o en grupo (fumadores anónimos); con un promedio de 8 citas presenciales o reforzamiento y apoyo telefónico con un mínimo de 6 llamadas por semana (34), donde existe una relación estrecha entre la frecuencia, el tiempo de duración de la orientación (intensidad) y la tasa de éxito, en la cual mientras más intenso sea el programa, mayor es la probabilidad de éxito. Por lo tanto, se sugiere

un plan de acción que comprenda: citas de al menos 15 o 30 minutos, con una cantidad mínima de cuatro sesiones y una duración mínima de dos semanas (15 días) (35).

A continuación se presentan una serie de técnicas de abordaje terapéutico que han demostrado alta efectividad según el trabajo desarrollado por Becoña y Oblitas, en la intervención del consumo de tabaco, bajo el enfoque de la psicología de la salud. Las mismas pueden ser empleadas por profesionales debidamente entrenados por un psicólogo o desplegadas directamente por este último en coordinación con el odontólogo y su equipo (asistentes, técnicos dentales, personal auxiliar, entre otros), a saber (45-47):

- Entrevista motivacional: tiene como objetivo la formulación de preguntas destinadas a reforzar la participación activa del consultante en su proceso de cambio alentando un nivel alto de motivación. Es importante el refuerzo positivo constante en virtud de que en la mayoría de los casos las personas para abandonar el tabaquismo suelen tardar en hacerlo y quienes lo hacen tienen una alta tasa de deserción. El proceso de entrevista se centra en la aparente falta de incentivos que refieren las personas, en este sentido se recomiendan llevar a cabo los siguientes pasos para incrementar la efectividad del procedimiento: brindar información (Psicoeducación); eliminación de obstáculos o agentes disruptivos; ofrecer diversas alternativas de elección que le permitan al sujeto disminuir el patrón de conducta adictiva; incentivar la empatía; dar feedback constante; aclarar objetivos y ofrecer acompañamiento / asistencia activa.
- Exposición con prevención de la respuesta: implica que la persona sea confrontada (expuesta) ante el estímulo que desencadena la adicción (en este caso el cigarrillo o tabaco), con el propósito de que la concurrencia de las claves o señales ambientales que progresivamente se han ido

condicionando (asociando) durante el tiempo con el desencadenante adictivo, faciliten la toma de conciencia sobre las consecuencias desagradables o incómodas que ha generado a nivel de sensaciones físicas, impacto familiar-social, gasto económico, entre otros. Esta exposición se debe realizar en vivo (presencial), acompañada por el profesional, hasta que la persona se encuentre preparada para realizarlo solo (autoexposición).

- Control de estímulos: restricción en el acceso que tiene la persona a los lugares en donde existe una mayor probabilidad de que ocurra la conducta de consumo (bares, pasillos solitarios, jardín abierto) o los horarios de mayor riesgo (descanso laboral, tiempo atascado en el tráfico). Es importante brindar un entrenamiento a la persona para que ésta pueda establecer diferentes alternativas a los hábitos previos o que pueda estar acompañada en los momentos de mayor posibilidad de incurrir en la conducta de consumo. En conjunto con las pautas restrictivas, el individuo debe ser capaz de generalizar dicho proceso de control a diferentes contextos, permitiendo así que se logren evitar las recaídas.
- Entrenamiento en solución de problemas: el objetivo de esta técnica es desarrollar en las personas las capacidades para encontrar soluciones idóneas a las problemáticas que enfrentan, llegando a implementarlas de forma satisfactoria a partir de las situaciones que se generan. El proceso se centra en cinco etapas: guía sobre el problema; definir y plantear el problema; generar formas alternativas de solución; toma de decisiones y despliegue / valoración de resultados. La evolución de una etapa a otra implica haber satisfecho la anterior, resultando indispensable la mayor cantidad de información que sea posible aportar para comprender los factores involucrados y así fortalecer el componente racional que también caracteriza a esta técnica.
- Terapia cognitivo-conductual: el paradigma de esta aproximación terapéutica se centra en comprender que toda alteración o síntoma que atenta contra la estabilidad de la salud de un individuo proviene de una estructura cognitiva (redes de cogniciones) caracterizadas por la distorsión al igual que errores en la forma de simbolizar mentalmente las experiencias vividas. Así pues, el trabajo se centra en lograr la modificación de los pensamientos y las creencias irracionales del sujeto, subordinado a un estricto esquema de autocontrol (restringir comportamiento desadaptativos). Para lograr lo anterior se utilizan actividades como: el diálogo socrático; reinterpretación; tareas para la casa de registro conductual; relajación progresivas, entre otras.
- Entrenamiento progresivo en reducción de la ansiedad y el estrés: la premisa es alterar las percepciones que tienen los individuos sobre lo que consideran como amenazas potenciales a los estímulos desencadenantes (agente estresor o ansiógeno), adicionalmente a ello, se procura hacer cambios en el estilo de vida de la persona, procurando reducir la frecuencia de ocurrencia y magnitud con la cual se ven afectados por los estímulos estresores o ansiógenos, mediante estrategias de afrontamiento más efectivas que puedan inhibir o sustituir las respuestas que anteriormente suponían algún grado de incapacidad.
- Entrenamiento en habilidades sociales: en ocasiones las personas que presentan algún tipo de adicción, podrían requerir más habilidades sociales que las empleadas por la población promedio para afrontar las situaciones de conflicto interpersonal que refuerzan el patrón de consumo. Las mejoras en las competencias sociales constituyen una forma, no solamente de generar mayor armonía en la interacción social, sino que también involucra el control que cada persona posee sobre su balance emocional sin tener que recurrir a la sustancia de la cual sufre

dependencia. Se le considera un importante recurso para prevenir recaídas y generar redes de apoyo óptimas.

- Manejo de la ira y la agresividad: se han reportado casos de personas con problemas de adicción al cigarro o tabaco, cuyo manejo emocional ante las situaciones de su vida cotidiana es poco competente, incluso a veces asociado a una reacción explosiva, producto de la fase de tratamiento en la que se encuentra (por ejemplo, la abstinencia), dichas situaciones de ira o agresividad descontrolada pueden conducir a un agravamiento de las condiciones de convivencia familiar, al igual que acentuar la dependencia como mecanismo de compensación/evasión, lo que se presume también incidirá en el proceso de recidiva. Es por ello que las herramientas para la modulación emocional como la inoculación del estrés, juego de roles, entrenamiento en asertividad-relajación, reestructuración cognitiva resultan útiles bajo este esquema.
- Manejo de contingencias: el consumo de sustancias adictivas, como el tabaco, se genera a partir de un complejo proceso de reforzamiento positivo (estado eufórico, placer, reducción de ansiedad) y reforzamiento negativo (evitar los efectos adversos de la abstinencia), lo cual reafirma la premisa de que la adicción se encuentra basada en pautas de condicionamiento conductual (aprendizaje). Con base en estos planteamientos, se postula que la cesación tabáquica se encuentra supeditada a modificación activa de estos principios, principalmente sustituyendo las conductas desadaptativas por otras adaptadas (que no supongan consumo de cigarrillo). Lo anterior implica la implementación de estímulos aversivos, reforzar comportamientos alternos, extinción (ausencia de reforzamiento o castigo) y ciertas modalidades de castigo positivo o negativo. La medida de mayor aplicación en este paradigma son los contratos de contingencias, que son una integración de los elementos mencionados a modo de agenda de trabajo.
- Autocontrol: promueve que la persona adquiera un conocimiento pleno sobre su conducta problema (adicción al cigarrillo), siendo capaz de reconocerla / afrontarla a través de diversas técnicas de restricción conductual -reestructuración cognitiva que impidan la ejecución del accionar adictivo; a través de un entrenamiento progresivo que le procuren al sujeto alcanzar metas a largo plazo. Para lograr el autocontrol se procura la utilización de protocolos de autorregistros, modificación en los estímulos discriminativos, pautas de autorreforzamiento. El éxito de estos programas dependen en gran medida una evaluación conductual idónea del objetivo, adaptando así los procedimientos de modificación en función de los avances paulatinos que se vayan produciendo, al igual que las metas intermedias que se hayan consolidadas.
- Técnicas de estimulación aversiva: dicho procedimiento supone la presentación simultánea de un estímulo desagradable (imágenes radiológicas de pulmones con cáncer metastásico) ante la conducta de fumar. La meta del proceso aversivo es que se produzca una respuesta condicionada ante el consumo de cigarrillo; mediante este recurso, se pretenda lograr que el individuo reinterprete los aspectos que antes se consideraban satisfactorios (sabor, olor), convirtiéndose en negativos. En definitiva, se logran disminuir los grados de placer que la persona asocia al fumar, incrementando la percepción de desagrado que se experimenta al tener una conducta de consumo.
- Técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán (RGINA): parte de la premisa de que la nicotina es el principal desencadenante de la dependencia al hábito tabáquico, toda vez que el comportamiento de fumar es mantenido fundamentalmente en virtud de los factores fisiológicos-psicológicos vinculados a los efectos de la sustancia sobre el organismo. La RGINA hace referencia a un proceso gradual de disminución de la ingesta de nicotina-alquitrán

a través de una modificación semanal del rango de consumo; toda vez que la reducción es una cuota fija de 30% con relación a la línea base alcanzada previamente. En complemento la persona fumadora debe actualizar diariamente los autorregistros de seguimiento, preferiblemente, graficando también el progreso en la baja de consumo. La efectividad de este procedimiento depende de un monitoreo riguroso, formulación de metas (línea base) realistas y control de las contingencias (número de cigarrillos consumidos); por lo cual amerita una personalización al caso abordado.

- Terapia de pareja y familiar para atender situaciones de conflictos en las relaciones interpersonales: cualquier conducta adictiva tiene un efecto directo en el entorno familiar-social, al igual que de pareja del individuo; el tabaquismo no es la excepción. Todo ello en virtud de que las personas más cercanas al sujeto se convierten en “fumadores pasivos”, siendo todos afectados por el comportamiento adictivo de la persona. Cuando la exposición al hábito tabáquico del sujeto es prolongada, los miembros del entorno cercano podrían apreciar o ser víctimas del desapego, deterioro de las habilidades físicas, o inconvenientes de convivencia marital. La intervención familiar o de pareja se centra en favorecer la comunicación recíproca, aumentar el intercambio de refuerzos positivos en el seno familiar que propendan a la cesación tabáquica y desplegar un proceso sostenido enfocado en la solución de problemas. El abordaje de terapia familiar se centra en brindar entrenamiento a los miembros más cercanos del núcleo para que administren los estímulos (control de contingencias) promoviendo contratos o acuerdos que prevengan el consumo, al igual que las recaídas, también se sugiere proporcionar recursos en comunicación asertiva, autoobservación del comportamiento, adecuación de expectativas, reinterpretación de atribuciones valorativas y reestructuración cognitiva de los pensamientos que promueven

estados afectivos negativos (egodistónicos).

- Terapia grupal: alternativa terapéutica, ampliamente utilizada en el tratamiento de adicciones, que complementa a la asistencia individual (los paradigmas o técnicas de intervención son similares) y cuyo objetivo principal es que en un formato que involucra un conjunto de personas con características experienciales parecidas entre sí, los participantes puedan comparar su propio marco de vivencias con el de los otros, ampliando la perspectiva de valoración del sistema de recompensas (éxito/fracaso). Lo anterior debe tener lugar en un contexto de alta contención, receptividad y respeto, en el que cada uno de los individuos debe ir desarrollando a través del aprendizaje propio y observacional (social) con sus compañeros nuevas formas de abordar y superar sistémicamente su adicción al cigarrillo, mejorando así su salud y estilo de vida.

CONCLUSIÓN

En la actualidad, el tabaquismo se debe entender como una enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas, siendo la nicotina, la sustancia responsable de la adicción, convirtiéndolo en un problema de salud pública mundial, constituyendo así una de las principales causas de comorbilidad.

La etiología multifactorial del consumo de tabaco refiere el aval para que se diseñen protocolos asistenciales conjuntos entre los profesionales de la salud. Justamente ahí, radica el rol preponderante del odontólogo en el abordaje e intervención del tabaquismo, entendiendo la odontología como una disciplina que tiene una gran oportunidad para apoyar las iniciativas de prevención y promoción de bienestar, que suponen la reducción gradual o el cese total del consumo de tabaco, a través de la incorporación de técnicas de intervención psicológicas, que podrían significar una importante contribución a la atención integral de los pacientes; siendo también valioso que el

equipo odontológico tenga conocimiento sobre cuáles casos ameritan ser referidos de forma oportuna con un psicólogo o psiquiatra para evaluar debidamente la progresión de determinadas señales de alerta o alteraciones, redundando así en una prestación de servicio más efectivo.

De esta forma, la psicología de la salud ofrece diversas técnicas de intervención que resultan altamente efectivas para reducir o eliminar el tabaquismo, a saber: entrevista motivacional, exposición con prevención de respuesta, control de estímulos, entrenamiento en solución de problemas, terapiacognitivo-conductual, entrenamiento progresivo en reducción de la ansiedad y el estrés, entrenamiento en habilidades sociales, manejo de la ira y la agresividad, manejo de contingencias, autocontrol, técnicas de estimulación aversiva, técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán (RGINA), terapia de pareja y familiar para atender situaciones de conflictos en relaciones interpersonales y terapia grupal.

La comprensión del ser humano como ente biopsicosocioespiritual, amerita que se conciba la labor asistencial, como una vía de interacción de diversas disciplinas que conjuntamente conviven para generar un beneficio coadyuvante en la remisión de todo aquello que afecta el bienestar de las personas, razón por la cual se destacan los factores convergentes entre la odontología y la psicología como áreas de conocimiento aplicado al servicio de la sociedad, específicamente en la disminución o cese del consumo de tabaco.

RECOMENDACIONES

Con el fin de contribuir activamente en la reducción y el control del consumo de tabaco se sugiere que los profesionales de la salud, incluyendo a los odontólogos, lleven a cabo las siguientes pautas de acción (48):

- Alentar y apoyar con sus propios modelos de conducta, evitando el consumo y promoviendo una cultura sin tabaco.
- Evaluar y abordar las pautas del consumo de tabaco, las actitudes y el comportamiento antitabáquico de los pacientes, mediante cuestionarios y la introducción de políticas apropiadas.
- Disponer que esté prohibido fumar en las clínicas o consultorios, alentando la misma conducta entre sus propios miembros de trabajo.
- Incluir la lucha antitabáquica en eventos de índole educativo, tales como: congresos, talleres y conferencias en el área odontológica.
- aconsejar a sus pacientes acerca de los daños ocasionados por el consumo de tabaco y los riesgos de la exposición al humo del mismo; promoviendo el desarrollo de programas interdisciplinarios, en los cuales se le asesorará sobre cómo dejar de fumar, realizando un seguimiento apropiado de cada caso.
- Influir en las instituciones de salud y los centros de educación para que se incluya la lucha antitabáquica en los currículos de estudio de los profesionales de la salud, mediante la educación permanente y otros mecanismos de formación. Específicamente, se sugiere reforzar el estudio del tabaquismo en las facultades de odontología a nivel de pregrado y/o postgrado, haciendo hincapié en: la enseñanza de los efectos biológicos producidos por el uso de tabaco, la historia del tabaco y los aspectos socio-culturales asociados a su uso, la prevención, el tratamiento del tabaquismo y el desarrollo de habilidades clínicas para el manejo de pacientes con esta condición; asimismo, se sugiere también incorporar estos temas en los estudios de asistentes o higienistas dentales (5,49).
- Participar activamente en el Día Mundial sin Tabaco, celebrado el 31 de mayo de cada año.
- Participar en las actividades de la lucha antitabáquica organizadas por las redes profesionales de salud.

- Apoyar las campañas que promuevan los lugares públicos sin humo de tabaco.
- Establecer contactos y redes profesionales con otras disciplinas (psicología, medicina, enfermería, trabajo social, educadores, entre otros) que permitan integrar diversos enfoques en los campos del conocimiento para incrementar el efecto multiplicador de la acción preventiva o remedial del tabaquismo.

REFERENCIAS

1. Medina-Mora, M. Tabaquismo en México: cómo evitar 60,000 muertes prematuras cada año. Ciudad de México: Editorial Cromocolor; 2010.
2. García, S., E. Chimenos, y J. López. 2004. "Actitud del odontólogo ante el hábito tabáquico". Catálogo de la Biblioteca Complutense de Madrid. Archivos de Odontoestomatología 20 (8): 532-548.
3. Federación Dental Internacional. FDI. El desafío de las enfermedades bucodentales, una llamada a la acción global. Atlas de salud bucodental. (2da Ed.). Brighton: Myriad Editions; 2015.
4. Gordon, J., E. Lichtenstein, H. Severson, and J. Andrews. 2006. "Tobacco cessation in dental settings: research findings and future directions". Drug and Alcohol Review 25: 27-37.
5. Villarroel, M., A. Bascones-Martínez, E. Pérez, y D. Lauritano. 2009. "Conocimiento y actitud del odontólogo frente al manejo del tabaquismo: estudio comparativo entre España, Italia y Venezuela". Avances en Odontología 25 (4): 209-213.
6. Giménez, X., R. Fermín, J. Martínez, y C. Yibrin. 2013. "Propuesta del Centro de Cesación Tabáquica de la Facultad de Odontología UCV". [Electronic version]. Acta Odontológica Venezolana 51 (1). Available from: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/>
7. Tomar, S. 2001. "Dentistry's role in tobacco control". [Electronic version]. The Journal of the American Dental Association 132 (1): 30-35.
8. Organización Mundial de la Salud. 2015. Informe sobre la epidemia mundial de tabaquismo. Ginebra: Ediciones de la OMS. Recuperado el 20 de abril de 2017 del sitio web: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181425/1/WHO_NMH_PND_15.5_spa.pdf?ua=1&ua=1
9. World Health Organization-WHO. Reducing risk, promoting healthy life. Geneve: The World Health Report 2002; 2002.
10. Ascanio, S., C. Barrenechea, M. De León, T. García, E. Gómez, y G. González. Manual nacional de abordaje del tabaquismo: en el primer nivel de atención. Uruguay: Ediciones del Ministerio de Salud Pública. [Electronic version]. Recuperado el 13 de abril del 2015 en sitio web: <http://www.comepa.com.uy/escuela/pluginfile>
11. Diccionario de la Real Academia española. [Electronic version]. Recuperado el 18 de abril de 2017 del sitio web: <http://dle.rae.es/?id=YrUXWdA>
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV [Internet]. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994. Available from: <http://www.psychiatryonline.com/DSMPDF/dsm-iv.pdf>
13. Fonseca, F. y M. Orozco-Levi. 2012. "No al hábito, sí a la 'adicción. Análisis crítico de un eufemismo asociado al tabaco". Medicina Clínica 138 (11): 489-492.
14. Becquart, L., B. Picavet, y F. Lebargya. 2005. "Epidemiología del tabaquismo. Ayudas para interrumpir el consumo de tabaco". EMC - Tratado de Medicina 9 (2): 1-13.
15. Marqueta, A., I. Nerín, A. Jiménez-Muro, P. Gargallo, y A. Beamonte. 2013. "Factores predictores de éxito según género en el

- tratamiento del tabaquismo”. *Gaceta Sanitaria* 27 (1): 26-31.
16. Pinilla-Vásquez, C., y A. Angarita-Fonseca. 2012. “Conocimientos y actitudes asociadas al inicio del hábito de fumar durante la vida universitaria”. *Hacia la Promoción de la Salud* 17 (2): 25-39.
 17. National Institute of Drug Abuse-NIDA. 2003. “Facts on Drugs: Marijuana. NIDA for Teens”. [Electronic version]. Recuperado el 22 de abril de 2017 del sitio web: http://teens.drugabuse.gov/facts/facts_mj1.php
 18. National Institute of Drug Abuse-NIDA. Tobacco and Nicotine Research. An Update from the National Institute on Drug Abuse. Rockville: US Department of Health and Human Services; 2008.
 19. National Institute of Drug Abuse-NIDA. Monitoring the Future: National Results on Adolescent Drug Use: Overview of Key Findings 2007. Rockville: US Department of Health and Human Services; 2007.
 20. Nuño, B., J. Álvarez, A. Velázquez, y A. Tapia. 2008. “Comparación del ambiente familiar y el tipo de consumo de tabaco en adolescentes mexicanos de nivel medio superior”. [Versión electrónica]. *Salud Mental* 31: 361-369.
 21. Romero, M., J. Santander, M. Hitschfeld, M. Labbe, y V. Zamora. 2009. “Consumo de tabaco y alcohol entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile”. [Versión electrónica]. *Revista Médica de Chile* 137: 361-368.
 22. Nebot, M., Z. Tomás, C. Ariza, S. Valmayor, y A. Muddea. 2002. “Factores asociados con la intención de fumar y el inicio del hábito tabáquico en escolares: resultados del estudio ESFA en Barcelona”. *Gaceta Sanitaria* 16 (2): 131-8.
 23. Caballero-Hidalgo, A., B. González, J. Pinilla, y P. Barberb. 2005. “Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes”. *Gaceta Sanitaria* 19 (6): 440-447.
 24. Roig, P., E. Sabater, T. Borrás, M. Sesnilo, y C. Pinet. 2005. “El Tabaquismo en pacientes con otras drogodependencias”. [Versión electrónica]. *Revista de Toxicomanías* 43: 29-36.
 25. Rojas, G., J. Gaete, I. González, M. Ortega, A. Figueroa, R. Fritsch, y R. Araya. 2003. “Tabaquismo y salud mental”. *Revista Médica de Chile* 131: 873-880.
 26. Rodríguez, A., N. Martínez, F. Juárez, E. López, S. Carreño, y M. Medina. 2008. “Relación entre el consumo de tabaco, salud mental y malestares físicos en hombres trabajadores de una empresa textil mexicana”. [Versión electrónica]. *Salud Mental* 31: 291-297.
 27. Moreno, A. y M. Medina-Mora. 2008. “Tabaquismo y depresión”. [Versión electrónica]. *Salud Mental* 31: 409-415.
 28. Pierce, J., M. García, E. Saltó, A. Schiaffino, y E. Fernández. 2002. “La publicidad del tabaco, ¿incrementa el hábito de fumar entre los adolescentes? Datos desde California.” *Gaceta Sanitaria* 16 (2): 69-76.
 29. Hussain, A., A. Nawaz, and M. Al-Moneef. 2006. “Attitudes of General Dentists about Smoking Cessation and Prevention in Child and Adolescent Patients in Riyadh, Saudi Arabia”. *The Journal of Contemporary Dental Practice* 7 (1): 1-9.
 30. Brotwell, DJ. 2001. “Should the use of smoking cessation product be promoted by dental offices? An evidence-based report”. *Journal of Canadian Dental Association* 67 (3): 149-155.
 31. Warnakulasuriva, S. 2002. “Effectiveness of tobacco counseling in the dental office”. [Electronic version]. *Journal of Dental Education* 66 (9): 1079-1087.
 32. Jonson, N. 2004. “The role of the dental team in tobacco cessation”. *European Journal of Dental Education* 8 (4): 18-24.

33. Johnson, H. 2000. "Cigarette Smoking and the periodontal patient". *Periodontal Journal*, 75 (2): 196-209.
34. Fiore, M., W. Bailey, S. Cohen, S. Dorfman, M. Goldstein, E. Gritz, y R. Mecklenburg. Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline. Rockville: US Department of Health and Human Services; 2000.
35. La Sociedad Americana contra el Cáncer. Guía para dejar de fumar. [Electronic version]. Documento recuperado el 15 de marzo de 2017 del sitio web: <https://www.cancer.org/es/saludable/mantengase-alejado-del-tabaco/guia-para-dejar-de-fumar/como-obtener-ayuda-con-la-parte-mental-de-la-adiccion-al-tabaco.html>
36. Fiore, M., C. Jaen, T. Baker, W. Bailey, N. Benowitz, and S. Curry. 2008. "Treating tobacco use and dependence: 2008 update US Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary". [Electronic version]. *Respiratory care* 53 (9): 1217-1222.
37. Gordon, J.; J. Andrews, K. Crews, T. Payne, and H. Severson. 2007. "The 5A's vs 3A's plus proactive quitline referral in private practice dental offices: preliminary results". *Tobacco control* 16 (4): 285-288.
38. Schroeder, S. 2005. "What to Do With a Patient Who Smokes". [Electronic version]. *Journal of the American Medical Association* 294 (4): 482-487.
39. John, S. 2003. "Tobacco Control Strategy Planning Companion Guide Nr. 2". American Cancer Society: 1-12.
40. West, R. 2004. "Drugs and musical performance. Musical excellence: Strategies and techniques to enhance performance", 271-290.
41. Jiménez, C., S. Solano, J. De Granda, J. Signes-Costa, E. De Higes, A. Riesco, N. Altet, J. Lorza, M. Barrueco, y P. De Lucas. 2014. "El cigarrillo electrónico. Declaración Oficial de la Sociedad Española de Pneumología y Cirugía Torácica (SEPAR), Seguridad y Regulación del Cigarrillo Electrónico". *Archivos de Bronconeumología* 50 (8): 362-367.
42. Fernández, J., R. Dalmau, y E. Saltó. 2015. "El cardiólogo ante el cigarrillo electrónico". [Versión electrónica]. *Revista Española de Cardiología* 68 (4): 286-289.
43. Quesada, M., J. Carreras, y L. Sánchez. 2002. "Recaída en el abandono del consumo de tabaco: una revisión". *Adicciones* 14 (1): 65-78.
44. Becoña, E., y M. Míguez. 2004. "Consumo de tabaco y psicopatología asociada". [Versión electrónica]. *Psicooncología* 1 (1): 99-112.
45. Becoña, E. Tabaco: Adicciones. Madrid: Delegación del Gobierno de España para el Plan Nacional sobre Drogas; 2004.
46. Oblitas, L., y E. Becoña. Psicología de la Salud y Calidad de Vida (3era. Ed.). D.F., México: Cengage Learning; 2010.
47. Caballo, V., I. Salazar, y J. Carrobbles. Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. Madrid: Ediciones Pirámide; 2011.
48. Organización Mundial de la Salud. Código de prácticas de los profesionales de la Salud y Control del Tabaco. [Electronic version]. Ginebra: Ediciones de la OMS; 2004.
49. Ramseier, C., A. Christen, J. McGowan, B. McCartan, L. Minenna, K. Ohm, y C. Walter. 2006. "Tobacco use prevention and cessation in dental and dental hygiene undergraduate education". *Oral Health and Preventive Dentistry* 4 (1): 49-60.



Attribution (BY-NC) - (BY) You must give appropriate credit, provide a link to the license, and indicate if changes were made. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggest the licensor endorses you or your use. (NC) You may not use the material for commercial purposes.