

31/74

EL MEDICO, ANTE EL PROBLEMA DE LA DESINTOXICACION DEL TABACO

Doctores B. Luban Plozza * y A. Polaino-Lorente **

A) **Contraindicaciones del tabaco**

Absolutas:

- Bronquitis aguda y crónica.
- Angina de pecho.
- Miocarditis y pericarditis agudas, particularmente en el caso de perturbación del ritmo cardiaco.
- Infarto de miocardio reciente o isquemia crónica.
- Formas graves de hipertensión.
- Tromboangéctis obliterante, arteriosclerosis obliterante, enfermedad de Raynaud.
- Alteraciones de la vista en el sentido de una ambliopía tabáquica.

Relativas:

- Enfisema.
- Asma bronquial.

* Catedrático de Medicina Psicosomática de Locarno (Suiza), organizador de los encuentros Balint.

** Profesor encargado de la Cátedra de Psicología Médica de la Universidad de Córdoba (España).

Procesos pulmonares específicos.
Perturbaciones nerviosas del ritmo cardiaco.
Perturbaciones cardiacas del ritmo nervioso.
Gastritis agudas y crónicas.
Formas graves de distonía vegetativa.
Está reconocido universalmente que el tabaco está contraindicado en todos los casos de una intensa actividad deportiva, especialmente en el deporte de alta competición, como se admitió desde hace ya tiempo para el pilotaje de altura.

B) **Bases teóricas de un programa antitabáquico**

Los objetivos de un programa de este tipo podrían definirse de la siguiente forma (Jens Uwe Markens et Bernd Weidmann): suscitar una "actitud negativa" hacia la estima del tabaco y provocar una "actitud positiva" hacia la abstención del tabaco. El término "actitud", debe entenderse aquí en el sentido de Thurstone, es decir, "la disposición afectiva, positiva

o negativa hacia la estimación de un objeto psicológico”.

La ejecución de este programa presupone una correlación entre los elementos afectivos y activos, es decir, una modificación de la actitud desencadenada por un cambio en el comportamiento. La táctica del programa es como sigue:

1. Reducción de los motivos que incitan a fumar.

2. Refuerzo de los motivos que conducen a no fumar (“barrera” contra el tabaco).

Psicología del fumador

Antes de abordar las cuestiones de orden terapéutico acerca de la desintoxicación, es necesario observar —siquiera sea brevemente— los aspectos psicológicos del tabaco. Sería absurdo no considerar al tabaquismo como una práctica introducida entre las costumbres actuales y como la manifestación de un deseo de establecer contacto cuando el placer y el ansia de fumar están condicionados por implicaciones psicológicas profundas e incoercibles.

El fumador tiene con frecuencia sentimientos de culpabilidad por el hecho mismo de estar en guardia contra los efectos del tabaco. Si es así, entonces, ¿por qué fuma?

Los fumadores pueden subdividirse en cuatro grupos principales:

En los fumadores que *fuman por necesidad*, que “no pueden vivir” sin cigarrillos —se sienten mal cuando pasan veinte o treinta minutos sin fumar—, el encender un cigarrillo parece producirles una minieuforia. Esta euforia corresponde a una ligera embriaguez, en cierto modo paralela a la del alcohol. De aquí que hasta cierto punto se pueda hablar de “embriaguez seca”.

Pero, contrariamente al alcohol, el cigarrillo

es un estimulante complejo. Produce gozos sensoriales multifactoriales y estereoscópicos.

Entre los factores estimulantes producidos por el cigarrillo podemos mencionar los siguientes: una ligera sensación embriagadora, el olor agradable para el fumador, la posibilidad de tener ocupadas las manos, la succión y la aspiración, el gozo de la vista y una cierta adaptación social sin riesgo; en suma: todo el ceremonial del fumador.

En contraposición a estos “toxicómanos” (aproximadamente un 10 ó 20 por 100 del total) están los que *fuman por gusto* de tres a diez cigarrillos diarios. Estos no aspiran forzosamente el humo y pueden con muy poco esfuerzo dejar de fumar. Pueden reemplazar los cigarrillos en cualquier momento por otros productos, como bombones, “chewing gum”. El análisis testológico les manifiesta psicológicamente sanos, positivos, sin problemas, no presentando ninguna predisposición neurótica ni depresiva.

No están condicionados por el “stress”.

En sentido opuesto a los que fuman por gusto encontramos a los *fumadores por hábito*, los *fumadores inveterados* (un 50 ó 60 por 100 de todos los fumadores), de humor inestable, depresivo, taciturnos. Fuman para interrumpir una *situación de “stress”*, porque padecen de un poco de angustia generalizada y de su propia ansiedad.

La causa psicógena parece encontrarse en una cierta especificidad personal, impotentes para sobreponerse a sus problemas. De este modo pueden llegar a ser *fumadores esclavizados (fumeurs à la chaîne)*. En estos casos existe una relación muy estrecha con la neurosis y con los problemas psicosomáticos.

Evidentemente, es muy posible que pertur-

EL MEDICO, ANTE EL PROBLEMA DE LA DESINTOXICACION DEL TABACO

baciones debidas únicamente a influencias exteriores del medio —especialmente el aburrimiento— les incite a fumar. Es conocido sobradamente el hecho de que los soldados durante las maniobras fuman tres veces más que en condiciones ordinarias porque deben permanecer con mucha frecuencia inactivos y en situaciones de espera.

En general, sucede lo mismo en aquellas personas que tienen la obligación de esperar y que matan el tiempo fumando. A este grupo pertenecen los *fumadores ocasionales* (alrededor de un 20 ó 30 por 100). El cigarrillo parece llenar aquí un cierto vacío.

C) Condiciones necesarias para la desintoxicación

Médicos y pacientes se han enfrentado a este problema muchas veces, y personalmente.

Un estudio muy cuidado de D. Horn, presentado en el Congreso Internacional sobre el Cáncer que tuvo lugar en Tokio en 1966, manifestaba la importancia del problema de la desintoxicación.

De cuarenta y ocho millones de fumadores existentes en Estados Unidos, veintiséis millones y medio intentaron, por lo menos una vez, dejar de fumar, y siete millones y medio de ellos estaban a punto de renunciar totalmente.

El problema no consiste en no fumar mucho de noche; todos conocen hoy los efectos nefastos del abuso del tabaco sobre el sistema cardiovascular, además del cáncer bronquial.

Cuando el fumador ha decidido firmemente dejar de fumar, el problema consiste en no abandonar esta resolución durante cada hora en los primeros días. Los frecuentes intentos infructuosos de abandonar los cigarrillos se asemeja a una partida de ping-pong. El éxito

de una cura de desintoxicación depende en primer lugar del propio enfermo. Si está verdaderamente decidido a dejar de fumar puede entonces esperarse el éxito.

La experiencia nos ha demostrado que una desintoxicación sólo tiene resultado *durante mucho tiempo en los fumadores por placer*, simples buscadores de estimulantes.

La deshabitación presenta dificultades para quienes fuman por necesidad o por hábito; bajo el efecto constante del "stress" procuran encontrar en el cigarrillo un tranquilizante derivado que les ayuda a remontar cualquier situación que sea un poco crítica. Por ello estos fumadores, condicionados por el "stress", quedan expuestos a reincidir, pues tienen necesidad del cigarrillo como si se tratase de un remedio. En este grupo es donde el número de recaídas es más elevado. Sucede además que, después de haber renunciado al placer del tabaco, estos fumadores sufren, al principio de la privación, una transformación psíquica (inestabilidad) tal que en ocasiones sus familiares más próximos les piden que vuelvan a fumar.

La decisión de dejar de fumar debe ser tomada con calma y convicción. Resulta absurdo llenar a los fumadores de buenos consejos o presentarles las amenazas que sobre ellos se ciernen como una espada de Damocles. Estos reproches son análogos a las señales de tráfico: "¡Atención! Desprendimiento de piedras", que en ocasiones encontramos en las carreteras de montaña y ante las cuales ningún conductor se detiene. Así como esta señal es un alivio para las autoridades, la prohibición de fumar también puede serlo para el médico.

Según C. Branovic, podemos establecer las siguientes *fases* en el curso de una *desintoxicación nicotínica*:

1. Actitud positiva del fumador al comenzar.
2. Toma de contacto y relación de confianza con el médico.
3. Información adecuada.
4. Condicionamiento emocional.
5. "Conversión" psicofísica.
6. Deshabitación nicotínica.
7. Afirmación de su propia voluntad.
8. Control de larga duración.

D) Pronóstico

Para su pronóstico, las reacciones del fumador y el examen concreto de su caso son tan importantes como el conocimiento de los *síntomas de la deshabitación nicotínica*, a saber:

a) En el plano orgánico

1. Aumento de peso.
2. Efecto hipotensor sobre el sistema circulatorio.
3. Ocasionalmente constipados, sudores, trastornos del sueño.

b) En el plano subjetivo

1. Irritación pasajera.
2. Malestar, falta de concentración.

Se han dado diversas explicaciones en cuanto al hecho del aumento de peso. Debido al efecto farmacológico de la nicotina, la supresión de ésta modifica, sin duda alguna, el tono vegetativo, lo que se manifiesta, sobre todo, en forma de constipados y de aumento del apetito.

Según Schievelbein, la privación de nicotina se hace seguir de una fase reactiva ergotropa; otras interpretaciones sugieren una satisfacción oral de sustitución.

El peso puede ser regularizado por una dieta

adecuada (carne magra, etcétera). Los estados de hipotensión circulatoria pueden ser compensados con un tratamiento simpaticomimético, combinado eventualmente con una psicoterapia. Esta actúa igualmente sobre el psiquismo (gimnasias respiratorias, masajes en seco, ducha escocesa, etcétera).

E) Medios de tratamiento

Hasta 1960, el retrato robot del dirigente que llegaba a la cumbre del éxito se presentaba más o menos así: actividad exclusivamente profesional, obesidad, cigarrillos..., y el infarto de miocardio venía a confirmar la capacidad del hombre de negocios. Desde entonces, la imagen ha cambiado: se quiere ser deportista y estar en forma, se evita el tabaco y se preocupan en cierta medida por su salud. La deshabitación de la nicotina parece ser en este caso más fácil.

1. Deshabitación sin medicamentos

a) La voluntad como método:

En este caso se decide reducir progresivamente el uso del tabaco o bien cortarlo de raíz.

Ningún medicamento, por costoso que sea, puede reemplazar a la voluntad firme de no fumar jamás.

¡Ningún éxito sin voluntad! Se puede esperar algún resultado entre los *fumadores ocasionales*, parcialmente también en los que *fuman por placer*, pero jamás en los *fumadores inveterados*.

El paciente deberá alejar todos los objetos que son familiares a la costumbre de fumar —petaca, pipa, paquete de cigarrillos, encendedor, cenicero— para que cesen de atraer su atención.

EL MEDICO, ANTE EL PROBLEMA DE LA DESINTOXICACION DEL TABACO

A este método lo hemos llamado de *Tolstoi*, porque se recurre a él después de un acontecimiento determinante, tal y como Tolstoi lo narró brillantemente en sus obras.

b) Métodos de autocontrol:

Durante la fase de deshabitación, el fumador se impondrá restricciones cada vez más severas, venciendo el desco de fumar en las ocasiones más difíciles, por ejemplo, prolongando las horas de abstinencia, o disociando el consumo, de las circunstancias a las que antes estaba ligado (durante el trabajo, tras la comida, viendo la televisión).

c) Métodos auxiliares.

1. Sucedáneos. Se pueden encontrar sustitutos del tabaco en la acción de paladear bombones duros, "chewing gum", pastillas de menta, etcétera, y dedicándose a una ocupación que requiera el empleo de las dos manos.

Las posibilidades de éxito de estos métodos son siempre muy limitadas.

2. *Fisioterapia*. Toda actividad corporal crea una situación propicia para la deshabitación, sobre todo los ejercicios que hacen trabajar a los pulmones, como, por ejemplo, la gimnasia de tipo respiratorio. Sin embargo, las experiencias en este campo son todavía insuficientes, aunque los métodos Vita son cada día más numerosos.

En el caso de las mujeres embarazadas, que no consiguen dejar de fumar, a pesar de reconocer su necesidad, el tratamiento siguiente ha demostrado excelentes resultados: dos cigarrillos menos cada tres días, hasta llegar a un máximo de cinco al día. Telefonar cada día al médico para decirle si el método ha sido cuidadosamente cumplido.

d) Entrenamiento autógeno.

El papel que juega aquí el médico es menos importante, debido, sobre todo, al trabajo del grupo. Los resultados son buenos.

e) Hipnosis.

En general, parece que con cinco o diez sesiones se puede llegar a alcanzar el resultado. Sin embargo, existen virtuosos de la hipnosis que dicen alcanzarlo con sólo una "única" sesión.

f) Psicoterapia.

Con la psicoterapia se obtienen los mejores resultados cuando se aplica el método ad hoc, pudiendo ser aplicada por un especialista no psiquiatra (que puede apoyarse, por ejemplo, en un grupo Balint). Sin embargo, se recurre raramente a ella. Su aplicación exige algunas condiciones:

1. El terapeuta deberá conocer la personalidad del fumador.

2. La psicoterapia debe estar precedida de un conocimiento aproximativo de lo motivacional.

Para cumplir con estas dos condiciones hemos adoptado, en común con Pöldinger, una fórmula que debe satisfacer al interesado y que puede servir también para fines estadísticos.

No existe receta alguna para la psicoterapia. La discusión de los diversos problemas con el paciente debe llegar hasta el fondo de la situación. El objetivo a conseguir es convencer al fumador, en tanto que *paciente activo*, para que renuncie por sí mismo al tabaco.

3. *Trabajo en grupo*. Deberá, en esta *lucha* común, promover el espíritu de solidaridad y compañerismo. Cuando se trabaja en común con la familia es preciso que ésta sea infor-

mada previamente sobre la finalidad y el sentido de esta empresa.

El paciente que reincida no deberá ser tachado de débil de carácter, sino más bien como enfermo. Los resultados más favorables se obtienen cuando el conjunto participa simultáneamente en el tratamiento ("suerte compartida"). Jost, al hablar de las "funciones del sanador", aconseja reunir las condiciones de capacidad de confianza y autoridad.

2. *Desintoxicación medicamentosa*

Para combatir la intoxicación por la nicotina (y su deshabitación), los remedios no pueden tener más que un papel accesorio. La ayuda de la psicoterapia constituye aquí todavía la principal terapia. Las combinaciones a que se pueden someter los medicamentos son muy variables, en relación con su combinación o no, con la psicoterapia usada y el tipo concreto de ésta. Así lo confirma, por ejemplo, el efecto relativamente satisfactorio del empleo de placebos.

Dos categorías de productos antinicotínicos o antitabáquicos pueden ser usados como tratamiento medicamentoso: *los productos a base de lovelina y los productos sin lovelina*.

El efecto farmacológico de la lovelina, introducida en 1936 en este género de tratamiento, resulta todavía de dudosa eficacia, incluso en lo que respecta a la acción puramente subjetiva de los diferentes medicamentos. Esta sustancia modifica ligeramente el sentido del gusto, por lo que el cigarrillo no debiera producir en lo sucesivo ningún placer.

La lovelina está emparentada con el alcaloide de la nicotina, a la que se asemeja en algún sentido desde el punto de vista farmacológico. Su uso representa en cualquier caso sólo un tratamiento sustitutivo. Por otra parte,

tomada durante un tiempo prolongado suele tener un efecto acumulativo que puede llegar a hacer repugnante el gusto por la nicotina. Se habla en este caso del *síndrome lovelina-nicotina*. El fumador tratado con este producto tiene la sensación de recibir la dosis de nicotina acostumbrada. De este modo la ausencia de la nicotina no se percibe, y la antigua y constante necesidad de la nicotina desaparece. La ventaja más importante de esta terapéutica reside en el hecho de que no conduce a la habituación como ocurría con la nicotina.

Si se continúa fumando durante este tratamiento puede producirse, según la constitución y el estado general del sujeto, un efecto de hastío que se manifiesta en vértigos, náuseas y crisis de sudoración; en definitiva, todos los síntomas similares a los producidos en el primer momento de fumar.

Esta propiedad es de este modo aprovechada para cesar de fumar, gracias a esta aversión (A. Bridel).

Para un tratamiento de choque en diez días se recomiendan preparados como Lobidane, Bantron (primer día: 5 x 2 comprimidos; segundo día: 4 x 2 comprimidos; tercer día: 3 x 2 comprimidos, etcétera).

Se administra también la lovelina por vía subcutánea (una ampolla de 10 miligramos por la mañana y otra por la noche). Pero los efectos secundarios son enojosos (¿por el aumento de la serotonina?). Para neutralizar el efecto sensorial existen sustancias que recuerdan el gusto del tabaco, como el jugo de regaliz, y se recomienda también enjuagar la boca con productos como el nitrato de plata, etcétera. Inhalaciones con agua salina han sido introducidas en Rheinfelden, por ejemplo (Kummer).

Entre los preparados que no contienen lovelina están adquiriendo hoy gran importancia

EL MEDICO, ANTE EL PROBLEMA DE LA DESINTOXICACION DEL TABACO

los psicotropos. Es el caso de los antidepresivos de la serie de las imipraminas. Los psicotropos de acción sedativa son valiosos para apaciguar el estado nervioso de los pacientes durante la fase de deshabitación.

Mientras que los neurolépticos y tranquilizantes ejercen un efecto calmante, los timolépticos (como se llama hoy día a los timoanalepticos) tienen una acción que va desde la general antidepresión a la estimulación psíquica, ocupando entre los psicotropos, por ello, una posición especial.

Estos preparados están muy aconsejados en aquellos casos de deshabitación recomendada por una afección *somática* grave, como en el caso de los fumadores *inveterados y esclavizados*. Para *combatir los estados depresivos* en fumadores sometidos al "stress" y dependientes excesivamente de la nicotina, el tratamiento con Tofranil, por ejemplo, se ha revelado muy eficazmente en algunos de nuestros pacientes.

Instaurar un tratamiento en una clínica con una breve cura de semisueño parece muy favorable. Para que ello sea una solución definitiva es necesario un largo período de observaciones posteriores. Sin embargo, nuestras catamnesias se basan como mínimo en un período de observación de dos años, lo que después de todo debería permitir alguna conclusión. Después de dos años, un deshabitado está en un estado semejante al del no fumador, con respecto al peligro del infarto, según los estudios de Framingham (Halhuber).

Hemos podido constatar un efecto análogo con el empleo de otros derivados de las imipraminas, sobre todo con el anafranil, administrado en la forma de gota a gota. Después de estas aplicaciones, numerosos pacientes declaran espontáneamente no tener ya ninguna gana de fumar.

3. *Desintoxicación en clínica*

Las *clínicas de desintoxicación* surgieron en primer lugar en Estocolmo (Ejrup), y más tarde en los Estados Unidos. Con este propósito se habla de clínicas S.O.S. ("Save our smoking", "Stamp our smoking", "Stop our smoking", Hepper, Carr, Anderson y otros). Se trata, por lo general, de una cura de cinco días a la semana, durante tres semanas consecutivas, repetida en tres ocasiones. Aparte de éstas, algunos otros intentos de curas de desintoxicación han sido realizados en establecimientos no especializados.

En todo caso, se ha podido observar que el "*clima beneficioso*" de la estancia en la clínica tenía, por lo general, una influencia favorable sobre el proceso de deshabitación.

La situación, en lo que concierne a la asistencia y a la readaptación psicósomática de los pacientes decididos a curarse, puede compararse al ambiente de la "Montaña mágica", de un pequeño establecimiento de cura, descrita por Branovic:

a) La deshabitación presenta relativamente pocos problemas en individuos de una cierta edad, de carácter cultivado, preocupado por su capacidad de trabajo, perteneciente a una profesión liberal u ocupando un puesto de dirigente, y habiendo tenido la dramática experiencia de un infarto de miocardio (Halhuber). Encontramos en estos enfermos una actitud positiva y resuelta para la deshabitación.

b) Una información racional produce mayor comprensión e interés. Los pacientes se muestran más favorablemente dispuestos a estudiar durante su cura una documentación abundante. Fácilmente llegan a exponer sus puntos de vista en la discusión, y en las conversaciones dentro del grupo; por otra parte, son capaces

de asimilar una argumentación médica o epidemiológica.

c) La "conversión" se opera en el curso de tres o cuatro semanas de cura en un clima de relativa tranquilidad: las obligaciones profesionales, sociales y familiares desaparecen. Todo ello libera energías en provecho de la deshabituación (= travail sportif ou "application d'un plan de succédanés").

d) La hidroterapia y los movimientos distraen, hacen olvidar los efectos de la desintoxicación, estimulan y tranquilizan a la vez. Para el médico es importante no suscitar sentimientos de culpabilidad en los pacientes reincidentes. Estas curas se componen de varias fases, durante las cuales entre médico y paciente deben desarrollarse estrechas relaciones de confianza. Como complemento, habrá que reforzar, a través de cursos e informaciones, tratando de alcanzar el lado afectivo del paciente. El paciente se dará cuenta que no es rentable, económicamente hablando, gastar tiempo y dinero para poner en peligro su corazón y su salud, si al mismo tiempo su tabaquismo anula todas estas medidas positivas. Se enseñará al padre de familia que más de un 50 por 100 de los hijos de los fumadores usan del tabaco desatendiendo las múltiples recomendaciones y prohibiciones que se les prodiga. Los jefes de empresa, para los que el rendimiento es cosa importante, desearán acrecentar su capacidad de trabajo, mantener su competitividad, manifestar su perseverancia y dinamismo. No se insistirá suficientemente en el hecho de que las tentativas de curación están destinadas a fracasar en aquellos pacientes a los que les falta la voluntad. Durante la primera fase se percibe especialmente la inestabilidad del sujeto que le hace sentir la dolorosa experiencia de la batalla existente

entre su razón, su voluntad y su fuerza por resistir.

Los motivos pertinentes que pueden invocarse en cada caso, en favor del tabaco, deben reemplazarse totalmente por motivos igualmente válidos contra el tabaco.

Observemos a este propósito los métodos empleados por la Clínica Höhenried (Halhuber-Lepper): Desde 1969 se da a los fumadores, a su entrada en el establecimiento, una *carta del fumador*, en la que deben anotar cada día el número de cigarrillos consumidos, poco más o menos, según la fórmula "Marcha del tratamiento", que al final de este trabajo reproducimos.

Hemos podido constatar que el consumo de cigarrillos crecía notoriamente durante el "week-end": los pacientes lo explicaban a través del aburrimiento, la tentación resentida cuando recibían nuevas visitas inquietantes llegadas a la casa.

Una juiciosa ergoterapia y una psicoterapia de grupo habría bastado para eliminar estas motivaciones, pero este plan no ha podido ser realizado, por razones debidas al modo de organización del trabajo.

En los asegurados sociales de Höhenried, sólo la amenaza de un mal grave ha llegado a obtener la renuncia *total* a la nicotina. Para la *limitación* del número de cigarrillos consumidos han sido suficientes otras motivaciones menos imperiosas; la limitación fue aceptada por todos los pacientes sin excepción.

4. *Deshabituación según un programa ambulatorio de cinco días*

El programa de cinco días, practicado al principio en clínicas, cada día se hace más frecuente su aplicación en forma ambulatoria (en los Estados Unidos fue introducido por Marc Forland en 1964).

EL MEDICO, ANTE EL PROBLEMA DE LA DESINTOXICACION DEL TABACO

Este programa se dirige sobre todo a la inteligencia y a la voluntad del paciente. ¿Existen criterios psicológicos para el conocimiento de este grupo? ¿Atrae este método a los inquietos y a los hipocondriacos?

Todavía no estamos en condiciones de responder a estas cuestiones por falta de un análisis sistemático. Las discusiones no han aportado aún más que la conclusión respecto de los sucedáneos capaces de satisfacer el nerviosismo en el período de desintoxicación.

Enseñar a cualquiera a vivir sin fumar no tiene por fin privarle únicamente de alguna cosa, sino descubrir en él un punto positivo. Werner, Woeber y Simm hablan de un plan de cinco días en sujetos, de los cuales ellos han recogido 1.250 observaciones. Se ha intentado combatir el hábito del tabaco desde una base tan extensa como posible: información, tratamiento en grupos y el estudio de las actitudes individuales. El consumo de frutas, los ejercicios respiratorios y la hidroterapia consiguen un cambio y previenen los efectos simultáneos a la desintoxicación. Los éxitos inmediatos (abstinencia total) llegan incluso al 80 o al 90 por 100. Se afirma que tras uno o dos años, de 230 casos estudiados, de un 50 a un 60 por 100 no habían vuelto a fumar más, datos que no podemos poner en duda, cuando lo afirman Schwartz y Wakefield. (El 20 por 100 de aciertos, después de más de un año, se deben a Schwartz y Wakefield.) La liga *Leben und Gesundheit* (Vida y Salud) ha puesto sus mejores esfuerzos al servicio de este plan ("In 5 Tagem vom Rauchen befreit"), incluso en Suiza. Hasta aquí han sido organizados por nosotros 24 cursos, reuniendo hasta cinco mil participantes.

Se pueden confiar funciones de guía y de jefe de grupo no oficial a los fumadores que

repite la cura, porque les era preciso un complemento de información ("Fritsche").

En esto que se ha dado en llamar *prevención primaria* (es decir, desintoxicación practicada en los casos en que no puede constatar-se ningún perjuicio orgánico producido por el tabaco), los métodos tradicionales no tienen, por así decir, ninguna posibilidad de éxito cualquiera que sea el grado de habituación. Se obtiene aproximadamente un 10 por 100 de curaciones durante la prevención primaria, contra un 90 por 100 (Halhuber) conseguido en la *prevención secundaria*, practicada sólo en los casos en que ha sido descubierta una lesión cualquiera.

Durante el período de prevención —primario y secundario—, la forma en que el médico aborda al paciente, deseoso o no de desintoxicarse, es siempre decisiva. Es cierto que el tratamiento, sea el que sea, se hará más difícil si el médico fuma en presencia de su paciente, jugando el comportamiento del médico, a este respecto, un gran papel.

Para el médico se trata también aquí de un "entrenamiento de orden social", es decir, de un entrenamiento que debería ayudarle para llegar al fondo de los problemas sociales cotidianos (ver Ferber).

A partir de Corell, las instrucciones programadas podían penetrar en los estratos psíquicos profundos, dirigiendo el comportamiento e influyendo sobre la voluntad. Un "slogan" ha sido divulgado: "Der Tod fährt Lungenzug" (juego de palabras: Zug = tren; Lungenzug = inhalar humo).

En Munich (I. C. Brengelmann y colaboradores) se ocupan en la actualidad de establecer un autocontrol en relación con una posible *terapia a distancia*. Esta podría ser llevada a cabo por medio de radio, televisión o "cassettes" y atender grupos grandes y pequeños:

EL MEDICO, ANTE EL PROBLEMA DE LA DESINTOXICACION DEL TABACO

parece que los pacientes consideran muy importante poder recibir instrucciones por teléfono.

Incluso si los resultados de una cura de desintoxicación en los fumadores inveterados y esclavizados parecen no ser más que modestos por el momento, los signos son, sin embargo, muy alentadores.

Los problemas que encontramos aquí son análogos a los hallados en el alcoholismo, las toxicomanías y la obesidad.

Cuando se abusa simultáneamente del alcohol y de la nicotina, se debe tratar, en primer lugar, los desórdenes causados por estos excesos.

F) Régimen del fumador

Se pueden hacer algunas proposiciones a la gran masa consumidora de cigarrillos que, si están conformes en ello, pueden atenuar un poco el peligro en que incurren. Estos pequeños consejos prácticos son, de alguna manera, un "régimen para fumadores":

— Sobre todo no inhalar profundamente, fumar al aire libre.

— Fumar cigarrillos con filtro y abstenerse de los que no tengan filtro.

— Fumar cigarrillos con poco índice nicotínico.

— No volver a encender un cigarrillo apagado.

— No fumar los cigarrillos nada más que hasta la mitad, o, en todo caso, hasta los dos tercios (ésta es la única proposición que aprueba la industria del tabaco).

— Reemplazar de cuando en cuando el cigarrillo por la pipa o el puro.

Para los adolescentes:

— No caer en los excesos de la competición ("a ver quién fuma más") y no esclavizarse

con el tabaco. No tragarse el humo del puro o de la pipa. No aspirar profundamente. Y mejor todavía: no comenzar aún a fumar.

MARCHA DEL TRATAMIENTO

Comienzo del tratamiento (fecha exacta)

Día 1*	Día 16
Día 2	Día 17
Día 3	Día 18
Día 4	Día 19
Día 5	Día 20
Día 6	Día 21
Día 7	Día 22
Día 8	Día 23
Día 9	Día 24
Día 10	Día 25
Día 11	Día 26
Día 12	Día 27
Día 13	Día 28
Día 14	Día 29
Día 15	Día 30

Fecha en la que ha dejado definitivamente de fumar

CAMBIOS CONSTATADOS

- ¿Apetito?
- ¿Digestión?
- ¿Respiración? ¿Tos?
- ¿Memoria?
- ¿Sentido del gusto y del olfato?
- ¿Sueño?

Subrayar el concepto correspondiente

OBSERVACIONES

* Anotar cada noche, exactamente, las cantidades consumidas (cigarrillos, puros o pipas fumadas completamente ó sólo la mitad).