
Tratamiento psicológico del tabaquismo

ELISARDO BECOÑA

Universidad de Santiago de Compostela

Enviar correspondencia a: Elisardo Becoña. Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Psicología. Unidad de Tabaquismo. Campus Sur. 15782 Santiago de Compostela. E-mail: pcelisar@usc.es

RESUMEN

El tratamiento psicológico del tabaquismo es un tratamiento eficaz que se lleva aplicando desde hace 40 años para el tratamiento de las personas con dependencia de la nicotina. En esta revisión se analizan las técnicas principales que son eficaces o aquellas que más se utilizan en los últimos años, como son las técnicas aversivas; la técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán; la exposición a indicios, extinción y control de estímulos; estrategias de afrontamiento: entrenamiento en solución de problemas; los programas multicomponentes para dejar de fumar; estrategias de prevención de la recaída; y, el fumar controlado y la reducción de daños. Se analiza la eficacia del tratamiento psicológico, donde aparece claro que con el tratamiento psicológico, especialmente en el tratamiento especializado, se obtienen buenos resultados tanto a corto como a largo plazo. Finalmente, se presentan los últimos desarrollos que se han producido, como son el tratamiento de la comorbilidad, la necesidad de mejorar el modo de prevenir la recaída, y los tratamientos combinados. Todo ello nos indica que disponemos de tratamientos psicológicos eficaces pero que, tanto en éste como en otros tipos de tratamientos, hay que mejorar los mismos y difundirlos para el tratamiento de los fumadores.

Palabras clave: fumar, tratamiento, psicológico, eficacia, multicomponente.

ABSTRACT

The psychological treatment of smoking is an effective treatment that has been in the last 40 years for the treatment of people with nicotine dependence. In this review the main effective techniques are analyzed, like the aversive techniques; the nicotine fading technique; cue exposure, extinction and stimulus control; coping techniques: problem solving training; multicomponent programs to smoking cessation; relapse prevention strategies; and, controlled smoking and harm reduction. The effectiveness of the psychological treatment is analyzed. It appears clear that the psychological treatment, such as the specialized treatment in clinics, are effective, cost-effective, and with good results in abstinence at short and long term. Finally, the last developments in this area are presented, like the treatment of comorbidity, the need to improve the way of preventing the relapse, and the increase of combined treatments. Everything indicates that we have effective psychological treatments to nicotine dependence and, as other treatments, we need improve the same ones and to diffuse them for the treatment of the smokers.

Key words: smoking, treatment, psychological, effectiveness, multicomponent.

INTRODUCCIÓN

El consumo de cigarrillos constituye en la actualidad un grave problema de salud pública. Estamos hablando de la

primera causa evitable de morbi-mortalidad de los países desarrollados. De ahí que el interés por su control y su tratamiento haya sido, y sigue siendo, muy alto. La magnitud del problema, en cifras, es claro. En España

murieron prematuramente por consumir cigarrillos 55.613 personas en 1998 (Banegas, Díez, Rodríguez-Artalejo, González, Graciani y Villar, 2001). Aunque en los últimos años ha descendido la prevalencia del número de fumadores en España, todavía fuma el 34.4% de la población de 16 o más años (42.1% varones y 27.2% mujeres) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002).

El tratamiento psicológico ha sido el primer tratamiento efectivo disponible para tratar a los fumadores. Surge en los años 60, de la mano de las técnicas de modificación de conducta, y se expande en los años 70 (ej., Schmahl, Lichtenstein y Harris, 1972), hasta llegar al nivel de desarrollo y expansión actual, con técnicas tan conocidas y utilizadas como son las técnicas psicológicas conductuales, cognitivas, motivacionales y de prevención de la recaída (ver Abrams et al., 2003; Orleans y Slade, 1993; Schwartz, 1987; Niaura y Abrams, 2002). La relevancia y eficacia de estas técnicas de intervención y tratamiento con los fumadores es tal que hoy constituye la base del tratamiento psicológico de los fumadores, en los distintos tipos y formatos, e incluso en muchas ocasiones son un complemento imprescindible del tratamiento farmacológico para que éste funcione eficazmente. La evolución de estos últimos 40 años nos ha llevado a disponer hoy de varios tratamientos psicológicos de elección, que son los que obtienen los mejores niveles de eficacia (Fiore et al., 1996, 2000).

El modelo que subyace al tratamiento psicológico es que fumar es una conducta que se explica fundamentalmente, y en primer lugar, por los factores sociales de disponibilidad, accesibilidad y publicidad; en segundo lugar, por factores psicológicos de reforzamiento y procesos cognitivos; y, en tercer, y último lugar, por la dependencia fisiológica de la nicotina (Pomerleau y Pomerleau, 1984). Para el abandono de los cigarrillos y para mantenerse abstinentes a corto, medio y largo plazo, es necesario tener en cuenta todos estos factores.

A nivel práctico, son varios los abordajes existentes para que los fumadores dejen

de fumar, que se resumen en los siguientes tipos:

1. Convencer a los fumadores para que dejen de fumar por sí mismos (a través de mensajes en los medios de comunicación, campañas públicas informativas, restricción del consumo, incremento de precios, etc.).

2. Convencer a los fumadores para que dejen de fumar con consejo mínimo (médico, psicológico, farmacéutico, de enfermería, etc.).

3. Proporcionarle procedimientos de autoayuda de tipo psicológico (manuales, folletos, teléfono, etc.).

4. Sugerirle su médico (de atención primaria o atención especializada) que deje de fumar con ayuda farmacológica.

5. Acudir a un tratamiento especializado, especialmente los fumadores más dependientes, donde la elección será un tratamiento psicológico exclusivamente, o una combinación de un tratamiento psicológico y otro farmacológico.

6. Acudir a un tratamiento especializado para tratar la dependencia de la nicotina y la comorbilidad psiquiátrica y comportamental asociada (en aquellos casos donde ocurra esto) y donde el tratamiento será un tratamiento psicológico, un tratamiento psiquiátrico o una combinación de ambos.

El abordaje psicológico interviene en 5 de las 6 estrategias anteriores, y en muchos casos, el psicólogo clínico es el profesional mejor formado específicamente para ello, ya que es el que tiene los conocimientos técnicos especializados para llevar a cabo ese tipo específico de intervención o tratamiento. Sin embargo, en los últimos años, se aprecia la utilización descafeinada y, con mucha frecuencia, descontextualizada, de estrategias psicológicas (como ocurre por ejemplo, en el tratamiento especializado de fumadores, o en el caso de existencia de otros trastornos psicopatológicos asociados a la dependencia de la nicotina). También podemos encontrarnos con intervenciones sesgadas y mal utilizadas por el desconocimiento de algunos profesionales no psicólogos que uti-

lizan denominaciones que son inadmisibles desde la esfera psicológica. Un claro ejemplo lo podemos encontrar en España cuando en el campo médico se habla, y se dice que se actúa, bajo la denominación de "apoyo psicológico". El apoyo psicológico como técnica especializada solo podría llevarse a cabo por un psicólogo. En el mismo sentido, el apoyo médico sólo puede llevarse a cabo por el médico, el apoyo farmacéutico por el farmacéutico, etc.

En España, los primeros tratamientos para los fumadores comienzan a finales de los años 70, con los primeros tratamientos psicológicos aplicados a fumadores, que se van extendiendo paulatinamente en los años 80, donde ya nos encontramos con tratamientos bien sólo psicológicos (ej., Becoña, 1987a, 1987b), o una combinación de tratamiento psicológico y chicle de nicotina (Salvador et al., 1988). En los 80 y 90 se desarrollan mucho los tratamientos psicológicos. En los últimos años, empiezan a desarrollarse también los procedimientos farmacológicos, al comercializarse el parche de nicotina y el bupropión, utilizándose en muchos casos combinados con un tratamiento psicológico, dada la necesidad de abordar y manejar adecuadamente los aspectos esenciales del tratamiento de motivación para el cambio, problemas en la fase de abandono y prevención de la recaída. Al mismo tiempo se han desarrollado y perfeccionado distintos tratamientos psicológicos en nuestro medio, que al tiempo constituyen tratamientos de referencia tanto a nivel nacional como internacional.

TÉCNICAS DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Técnicas aversivas

Los procedimientos aversivos implican aparear fumar con un estímulo desagradable. El objetivo básico de la aversión es establecer una respuesta condicionada negativa

a los cigarrillos. De este modo los aspectos positivos de fumar (sabor, satisfacción, etc.) se convierten en negativos. Las técnicas aversivas pueden reducir el nivel de placer experimentado de fumar o incrementar el nivel de desagrado. Estos procedimientos pueden ser también efectivos para incrementar el compromiso de los fumadores para dejar de fumar a través del énfasis en los aspectos desagradables que produce fumar.

Fumar rápido

La técnica de fumar rápido se basa en los principios del condicionamiento aversivo, utilizando los propios cigarrillos como agente aversivo (Schmahl, Lichtenstein y Harris, 1972). En el formato estándar (Lichtenstein, Harris, Birchler, Wahl y Schmahl, 1973), los fumadores inhalan el humo de los cigarrillos de su marca preferida cada 6 segundos (se utiliza un metrónomo o aparato similar). En cada sesión se hacen tres ensayos de 15 minutos cada uno, con una pausa de 5 minutos de descanso entre ellos. Durante los ensayos el fumador debe prestar atención a los aspectos negativos de la situación que le va indicando el terapeuta. Los descansos entre ensayos se aprovechan para comentar los aspectos negativos de la experiencia y sugerirle asociaciones negativas acerca del hábito de fumar.

El tratamiento con la técnica de fumar rápido dura 2-3 semanas. En torno a las 6 sesiones los sujetos dejan de fumar (Becoña, 1985; 1987a; 1987b). La aplicación de la técnica de fumar rápido conlleva una serie de problemas. En el período previo a la aplicación de la técnica nos encontramos con dos problemas, fundamentalmente: se requiere un análisis médico en el que conste que el fumador tenga buena salud y que tenga normal el EEG, la función respiratoria y el test de gasometría arterial y que el fumador tenga menos de 40 años. Además, el terapeuta debe explicar el procedimiento al fumador adecuadamente y que éste adquiera las expectativas apropiadas respecto a la terapia. Durante las sesiones de tratamiento hay

que superar los problemas que se presentan inherentes a un procedimiento aversivo, tales como reacciones fisiológicas (taquicardia, vómitos, sudoración, malestar, mareos, etc), necesitándose un lugar apropiado para llevar a cabo la terapia. Si el sujeto deja de fumar bruscamente puede experimentar el síndrome de abstinencia de la nicotina.

Dentro de las sesiones de tratamiento, el terapeuta tiene que ser firme en la aplicación del tratamiento, insistiendo en los aspectos negativos que el fumar tiene en el organismo cuando el sujeto inhala el humo cada 6 segundos (Becoña, 1987a). Por lo que respecta a los problemas que surgen en el seguimiento con la técnica de fumar rápido, no aparecen sólo con ella sino que suelen ser comunes a los de otras técnicas.

Saciación

Con la saciación se pretende que los aspectos positivos del fumar (sabor, deleite, satisfacción, etc) se hagan aversivos: es decir, se persigue la pérdida del potencial reforzante de un reforzador positivo, que se hace disponible en una cantidad excesiva (Resnick, 1968).

Para conseguir que los aspectos positivos de fumar se hagan aversivos, se instruye al fumador para que incremente de forma exagerada el consumo de cigarrillos. Tiene que duplicar, triplicar o cuadruplicar el consumo de cigarrillos respecto a los que fumaba al comienzo del tratamiento (a nivel basal) durante un intervalo de tiempo especificado (ej., una semana), produciéndose en este caso malestar, dolores, vómitos, etc. Después de que el fumador lleva a cabo este proceso durante una o varias semanas, se le pide que abandone los cigarrillos. Como técnica aversiva tiene los mismos problemas que la técnica de fumar rápido. En concreto, es imprescindible un control médico exhaustivo de los fumadores.

La técnica de retener el humo

La técnica de retener el humo, o de saciación al sabor, fue aplicada por primera vez

por Tori (1978) en combinación con hipnosis y consejo de no fumar. La técnica de retener el humo parte de los principios que sustentan los procedimientos aversivos, utilizando el propio humo de los cigarrillos como estímulo aversivo. No obstante, esta técnica conlleva efectos menos desagradables que la técnica de fumar rápido. Además, su aplicación no acarrea riesgos colaterales y se consiguen tasas de abstinencia que se aproximan a la técnica de fumar rápido.

El tratamiento para dejar de fumar con esta técnica consta de 8-10 sesiones. Estas comprenden un promedio de 3 ensayos con 5-6 retenciones de humo por cada uno. En el proceso de retener el humo el fumador tiene que aguantar el humo del cigarrillo en la boca y garganta durante 30 segundos y, al mismo tiempo, seguir respirando por la nariz. Los descansos entre las retenciones de humo son también de 30 segundos y entre los ensayos de 5 minutos. Cuando la persona tiene el humo en la boca se le proporcionan instrucciones específicas sobre la experiencia. Para Tori (1978), el mecanismo que subyace a la técnica de retener el humo es la saciación. Por eso la denominó saciación al sabor.

En distintos estudios, los niveles de abstinencia conseguidos con esta técnica, especialmente en programas multicomponentes, son muy buenos, entre el 40% y el 50% al año de seguimiento (Becoña y Froján, 1988a; 1988b; Lando, 1989). En la mayoría de los estudios se ha combinado con otras técnicas, y en muchos casos en programas con escaso contacto terapéutico y con gran número de componentes, lo que ha producido niveles de eficacia bajas (Schwartz, 1987). Sin embargo, en otros estudios con pocos componentes los resultados han sido moderados o buenos (Becoña y Gómez-Durán, 1992a).

En España se han obtenido buenos resultados con esta técnica. Becoña y Froján (1988a, 1988b) han utilizado la técnica de retener el humo como elemento principal en un programa para dejar de fumar. El porcentaje de abstinencia al final del tratamiento, a los 6 meses y al año fueron del 90.90%, 54.54% y 27.27%, respectivamente. En otro estudio,

Becoña y Guillán (1988) combinando la técnica de retener el humo y la prevención de la recaída, lograron una abstinencia del 100% al final del tratamiento y del 66.6% a los 6 meses de seguimiento. De modo semejante, Álvarez-Soto y Becoña (1991), utilizando la técnica de retener el humo junto a otras técnicas, consiguieron una abstinencia del 87.5% al final del tratamiento, del 62.5% a los 6 meses y del 50% al año de seguimiento. Becoña (1989), con la inclusión de la técnica de retener el humo en un programa multicomponente, obtuvo un 33% de abstinencia a los 6 meses. Becoña y Gómez-Durán (1993) en una investigación con un paquete de tratamiento en el que se incluía dicha técnica, con el grupo de retener el humo, obtuvieron una eficacia del 33.33% a los 6 meses de seguimiento y del 11% a los 12 meses. Finalmente, en otro estudio que realizaron Becoña y García (1993), la eficacia del paquete de tratamiento, en el que la técnica de retener el humo se utilizó de forma masiva y espaciada, fue de 36% en el grupo con formato intensivo y del 25% para el grupo de retener el humo no intensivo, al año de seguimiento.

Limitaciones de las técnicas aversivas

A pesar de los buenos resultados que han obtenido algunas de las técnicas aversivas como las de fumar rápido, retener el humo o saciación, estos métodos son poco empleados en la actualidad en comparación con su aplicación en los años 70. Algunos clínicos e investigadores han expresado su preocupación acerca de los posibles efectos médicos, especialmente con respecto al potencial estresante de la técnica de fumar rápido. Horan et al. (1977) encontraron que la técnica de fumar rápido producía incremento en la tasa cardíaca, presión sanguínea y niveles de carboxihemoglobina. Lichtenstein y Glasgow (1977) proporcionaron recomendaciones para la criba y selección de sujetos. La mayoría de los investigadores y clínicos excluyen a las personas mayores y a aquellos fumadores con hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfer-

medad cardiovascular. Aunque la técnica de fumar rápido se ha usado de modo seguro con pacientes pulmonares y cardíacos bajo estrecha supervisión médica (ej., Hall et al., 1984), esto no ha sido lo que se ha hecho en la práctica común.

Lo desagradable de los procedimientos aversivos limita su interés para los fumadores y por quienes aplican los tratamientos. Más aún, una práctica conservadora recomienda un cribaje médico para las técnicas de saciación o fumar rápido, lo cual representa una carga y supone un coste a los participantes en el programa.

Aunque los procedimientos aversivos dan unos resultados al final del tratamiento excelentes, sin embargo, a largo plazo tienden a descender. Sin embargo, para el clínico las técnicas aversivas son un instrumento terapéutico más que puede ser útil en un momento determinado. De hecho, por ejemplo la Asociación de Psiquiatría Americana (American Psychiatric Association, 1996) recomienda la técnica de fumar rápido como un componente de la terapia para aquellos fumadores que deseen dejar de fumar con este procedimiento. Aunque hoy disponemos de técnicas psicológicas que obtienen los mismos resultados que con este tipo de técnicas, su utilización podría ser adecuada cuando: 1) el fumador no ha dejado de fumar con otra técnica de tratamiento, valora mucho conseguir la abstinencia del modo que sea y tiene un buen nivel motivacional; o, 2) cuando el fumador dispone de poco tiempo para dejar de fumar (ej., una semana) y tiene suficiente motivación para llevar a cabo un tratamiento intensivo diario (ver Becoña, 1987a).

La técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán

La técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán (RGINA) fue desarrollada por Foxx y Brown (1979). Estos autores parten del supuesto de que la nicotina es el factor responsable de la dependencia de los cigarrillos, y fumar lo consideran una conducta mantenida por factores fisiológicos

y psicológicos; por tanto, la técnica se orienta a ambos componentes. En el primer estudio realizado con esta técnica, Foxx y Brown (1979) pretendían obtener un porcentaje clínicamente significativo de abstinencia y que los sujetos, que no abandonaran el tabaco, fumasen cigarrillos con menor contenido de nicotina y alquitrán.

La técnica RGINA implica un proceso paulatino de reducción de nicotina y alquitrán mediante el cambio semanal de la marca de cigarrillos. La reducción semanal respecto a la línea base es del 30%, 60% y 90%. Además, el fumador tiene que cumplimentar los autorregistros y representar gráficamente el consumo de cigarrillos. Si no consigue dejar de fumar después del último cambio de marca, se procede a la reducción gradual de cigarrillos (Foxx y Axelroth, 1983).

Sin embargo, es necesario controlar adecuadamente el proceso de reducción de cigarrillos porque según se van reduciendo los cigarrillos, cada uno de los cigarrillos que queda puede llegar a ser más reforzante (Buceta y López, 1989). Los fumadores parece que alcanzan un nivel estable de nicotina en sangre que se corresponde con aproximadamente 10-12 cigarrillos (Russell, 1988). Los intentos para reducir la consumición más allá de esta cifra podría conducir a un síndrome de abstinencia que se prolongará por un período mayor que si se dejara bruscamente de fumar. La mayoría de los fumadores que continúan reduciendo gradualmente más allá de 10-12 cigarrillos por día normalmente vuelven a recuperar los niveles previos de consumo. Es más adecuado en este caso adoptar una reducción gradual de cigarrillos hasta un determinado punto (ej., 50% del consumo inicial de cigarrillos) seguido por dejar de fumar bruscamente.

Para Foxx y Axelroth (1983) la utilización de esta técnica tiene varias ventajas: 1) se consigue un nivel de abstinencia adecuado y proporciona una meta alternativa para aquellos que continúan fumando: reducir la ingestión de nicotina y alquitrán; 2) se tienen en cuenta los factores fisiológicos y psicológicos inherentes a la conducta de fumar;

3) detenta un alto grado de validez, pues contiene el mismo tipo de modelo persuasivo subyacente que otros tratamientos para dejar de fumar que obtienen buenos resultados; 4) como consecuencia de su no aversividad, se puede aplicar a todo tipo de fumadores y es menos probable que estos abandonen el tratamiento; 5) este método es fácil de usar y es inherente a su estructura un "mecanismo de éxito": la reducción de nicotina y alquitrán; 6) presenta las ventajas del tratamiento individual y de grupo.

Cuando se aplica esta técnica pueden aparecer varios problemas. La estandarización del contenido de nicotina de las marcas de tabaco que se venden en el estanco o en las máquinas expendedoras puede no ser similar a la distribución de nicotina de los fumadores. Los fumadores pueden compensar las reducciones de la nicotina cambiando la forma de inhalar, haciendo que la profundidad de las caladas sea mayor, más largas o más frecuentes y cubriendo con los dedos los agujeros que tiene el filtro para facilitar la combustión (Kozlowski, Pope y Lux, 1988). Sin embargo, hay estudios donde los sujetos han sido tratados con RGINA, en los cuales no se produce compensación nicotínica al cambiar de marca y, además, los sujetos fuman menos cigarrillos (ej., Scott, Prue, Dennier y King, 1986).

Las revisiones sobre esta técnica muestran su buena eficacia (ej., Becoña, 1987b; Becoña y Gómez-Durán, 1992b; Schwartz, 1987). Varias guías clínicas o guías de procedimientos la indican como uno de los tratamientos psicológicos eficaces, y por ello de elección (ej., USDHHS, 2000). Distintos estudios por nosotros realizados muestran un alto nivel de abstinencia (Becoña y Gómez-Durán, 1993; Becoña y García, 1993; Becoña y Lista, 1989; García y Becoña, 2000), dentro de programas multicomponentes, con niveles de abstinencia en torno al 50% al año de seguimiento.

Un aspecto de gran importancia, que se ha observado en los estudios que han utilizado esta técnica, es que si los sujetos que han dejado de fumar siguiendo este procedimiento recaen, lo suelen hacer en marcas con menor contenido de nicotina y alquitrán que

la que fumaban en la línea base (Becoña y Gómez-Durán, 1993). Además de esto, en un número muy importante de casos pasan a fumar menos cigarrillos que los que fumaban antes del tratamiento (ej., Becoña y Míguez, 1995).

Tanto por su eficacia, sobre todo dentro de un programa multicomponente, como por sus ventajas con respecto a otras técnicas, la carencia de efectos secundarios y la posibilidad de ser utilizada con cualquier tipo de fumador, esta técnica es una de las que más se está utilizando en el momento actual, resultando ser un elemento básico dentro de los programas multicomponentes.

Exposición a indicios, extinción y control de estímulos

Los fumadores, especialmente los que llevan muchos años fumando, se han expuesto a multitud de estímulos o señales ambientales que se han asociado con la conducta de fumar. La presencia de estos estímulos son los que desencadenan la conducta. Una vez que se deja de fumar, eventualmente la presencia de estos estímulos o el hecho de pensar en ellos podría provocar una respuesta condicionada de abstinencia (deseo y/o querencia de la droga). El trabajo de Abrams (1986) indica que el fenómeno de la reactividad condicionada a esas señales asociadas con la conducta de fumar pueden ser un importante predictor de la recaída.

Teóricamente, desde el punto de vista de la psicología del aprendizaje, si esas señales que gobiernan la conducta de fumar se debilitan o se extinguen, dejar de fumar sería mucho más fácil. De hecho, algunos autores (ej., Orleans, Rimer, Fleisher, Keintz, Telepchak y Robinson, 1989) indican que las técnicas cuyo objetivo es la extinción pueden ser prometedoras, utilizándolas como estrategias de preparación para dejar de fumar. Más recientemente, se ha sugerido que la exposición a indicios (*cue exposure*) podría ser un adecuado abordaje para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Sin embargo, los estudios experimentales, a lo largo

de los últimos años, no consiguen obtener resultados positivos (ej., Niaura et al., 1999) o consistentes en los fumadores. Quizás el que exista un amplio conjunto estimular, y específico para cada sujeto, pueda estar en no obtener mejores resultados de los que serían esperables desde una perspectiva teórica o en el laboratorio.

En algunos estudios se ha intentado reducir el número de señales asociadas con fumar antes de que el sujeto consiguiese la abstinencia. Para ello, se utiliza con mucha asiduidad la estrategia de control de estímulos, reduciendo el hábito tabáquico aplicando una restricción progresiva de las situaciones en las cuales está permitido fumar. El fumador sólo puede fumar a ciertas horas o en ciertas situaciones (ej., no fumar en el coche o si antes se fumaba el primer cigarrillo a las 9 de la mañana ahora no puede fumarlo a esa hora). Este proceso se podría terminar restringiendo la conducta de fumar sólo a un lugar concreto en el que se permitiese fumar, el cual sea poco atractivo (ej., garaje). Otro tipo de estrategia de control de estímulos es permitir fumar siguiendo una secuencia de tiempo determinado (ej., cada hora) (Lando, 1993; Schwartz, 1987).

Las técnicas de control de estímulos cuando se han utilizado aisladamente han obtenido resultados modestos. Incluso algunas veces cuando se ha combinado con otras técnicas en programas multicomponentes, la efectividad de esta técnica no ha sido posible determinarla (ej., Colletti, Supnick y Rizzo, 1982). No obstante, utilizada en tratamientos multicomponentes bien evaluados (ej., Becoña, 1993a) es una estrategia sumamente útil. Por ello suele formar parte de la mayoría de los programas multicomponentes actuales.

Estrategias de afrontamiento: entrenamiento en solución de problemas

Algunos estudios han investigado la eficacia del entrenamiento específico en estrategias de afrontamiento. Estas investigaciones han señalado que los individuos que afron-

tan activamente las tentaciones a fumar tienen más éxito en resistir las caídas. Los trabajos de Shiffman (ej., Shiffman, 1982) han sido especialmente influyentes en esta área. Shiffman ha encontrado que una combinación de respuestas de afrontamiento conductuales y cognitivas proporcionan una mayor protección para no volver a fumar en una situación de crisis.

Se han propuesto distintas estrategias de afrontamiento conductual, como la actividad o el ejercicio físico, relajación, abandonar la situación de riesgo, etc., y de tipo cognitivo como la revisión mental de los beneficios de dejar de fumar o las consecuencias negativas de continuar fumando y el ensayo mental de estrategias de afrontamiento para situaciones de alto riesgo (Lando, 1993). Pero en los últimos años una estrategia de afrontamiento esencial, y que constituye en sí misma un tratamiento eficaz para ayudar a las personas a dejar de fumar y a mantener la abstinencia es el entrenamiento en solución de problemas, como así aparece en las guías de referencia (USDHHS, 2000).

El entrenamiento en solución de problemas es un procedimiento por el que se entrena a las personas a reconocer sus problemas, buscar soluciones adecuadas a los mismos e implantar la mejor solución en la situación donde ocurre el problema (Becoña, 1993b; D'Zurilla, 1992). Este entrenamiento consta de cinco fases: 1) orientación general hacia el problema; 2) definición y formulación del problema; 3) generación de soluciones alternativas; 4) toma de decisiones; y, 5) puesta en práctica y verificación de la solución.

En el entrenamiento en solución de problemas, para pasar de una fase a otra, hay que superar previamente la anterior. Cuando no hay suficiente información en una fase concreta, se ha infravalorado o saltado una fase previa, se está en una fase de entrenamiento, o la solución elegida no resulta la adecuada, hay que volver a la fase o fases previas para que una vez haya sido realizada correctamente podamos continuar con las siguientes.

En los últimos años el entrenamiento en solución de problemas se ha constituido en

un elemento de muchos de los programas de tratamiento por su racionalidad, fácil de explicar al sujeto y la eficacia de su puesta en práctica. Es, además, una estrategia incluida en casi todos los programas de prevención de la recaída. Cuando se combina con un tratamiento estándar eficaz permite incrementar aún más su eficacia (ej., Becoña y Vázquez, 1997).

Los programas multicomponentes para dejar de fumar

Esta modalidad de tratamiento del tabaquismo, también conocida por paquete de tratamiento o tratamiento multimodal, data de principios de la década de los años 80 (Lichtenstein y Brown, 1980). Estos programas se llaman multicomponentes porque incluyen varias técnicas o componentes de intervención. En la actualidad, los programas psicológicos multicomponentes son los más utilizados en el tratamiento de los fumadores. Estos han abundado en los últimos años, pues, se confiaba en que la combinación de varios procedimientos simples fuera un instrumento poderoso para la modificación de la conducta de fumar. Además, cabría pensar que un programa de tratamiento con múltiples estrategias sería lo más adecuado para abordar la complejidad de la conducta de fumar. Esto permitiría mayor flexibilidad de las técnicas con respecto a las diferencias individuales. Sin embargo, el grado de complejidad del tratamiento multicomponente no es lo definitorio en un programa de estas características; incluso, ello puede influir negativamente en la eficacia (Lichtenstein y Glasgow, 1992).

Los programas psicológicos multicomponentes tienen tres fases: preparación para dejar de fumar, abandono de los cigarrillos y mantenimiento de la abstinencia (USDHHS, 1991) (ver Tabla 1). El objetivo principal en la fase de preparación es motivar al fumador y que adquiera el compromiso de dejar de fumar. Para ello se suelen utilizar los depósitos monetarios y los contratos de contingencias. El fumador puede firmar un contrato

(contrato de contingencia) y hace un depósito que irá recuperando según vaya cumpliendo lo pautado (ej., recupera el dinero contingentemente a su asistencia a las sesiones de tratamiento y seguimiento). También es recomendable revisar con el fumador las razones para dejar de fumar y los beneficios que obtendrá con el abandono de los cigarrillos. En esta fase el fumador también tiene que concienciarse y conocer lo más objetiva y exhaustivamente posible su conducta de fumar. Esto se puede conseguir registrando los cigarrillos que fuma y los antecedentes y consecuentes que siguen a esta conducta

(técnica de autorregistro), así como representando en una gráfica su consumo. En esta fase también se fija la fecha en que el fumador va a dejar de fumar (ej., cuarta sesión), recomendándose en muchos casos no colocarla más allá de tres semanas, tiempo en la mayoría de los casos más que suficiente para que el fumador se prepare para dejar de fumar. Igualmente es en esta fase cuando hay que prepararle para dejar de fumar, enseñándole estrategias de automanejo (ej., relajación, identificar los estímulos que elicitaban su conducta de fumar, programar conductas alternativas para dejar de fumar, etc.)

Tabla 1. Fases de un programa multicomponente

Fase	Elementos
<i>Preparación</i>	<p>Movilizar la motivación y el compromiso del cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> – Depósitos monetarios contingentes a la asistencia a las sesiones de tratamiento – Revisar las razones para dejar de fumar y los beneficios de abandonar los cigarrillos <p>Autoobservación: aumento de la concienciación y del conocimiento de la propia conducta</p> <p>Establecer el día en que va a dejar de fumar (de 1 a 3 semanas)</p> <p>Entrenarlo en técnicas de automanejo y autocontrol</p> <ul style="list-style-type: none"> – Utilización de autorregistros para identificar los estímulos que elicitaban la conducta de fumar – Identificar posibles conductas alternativas a la conducta de fumar – Entrenamiento en manejo del estrés: relajación o ejercicio
<i>Abandono</i>	<p>Estrategias aversivas</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fumar rápido – Retener el humo – Saciación – Sensibilización encubierta <p>Estrategias no aversivas</p> <ul style="list-style-type: none"> – Reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán – Contratos en los que conste el día de la fecha de abandono <p>Estrategias farmacológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> – Terapia sustitutiva de la nicotina (chicles y parches de nicotina)
<i>Mantenimiento</i>	<p>Sesiones de seguimiento o llamadas telefónicas</p> <p>Entrenamiento en estrategias de afrontamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> – Estrategias de automanejo para evitar los estímulos elicítadores de la conducta de fumar y en conductas alternativas (ej., tomar agua, hacer inspiraciones profundas) – Estrategias de afrontamiento cognitivo-conductual (anticipar situaciones de alto riesgo; planificar habilidades de afrontamiento) – Estrategias para evitar el síndrome de abstinencia: entrenar al sujeto en habilidades conductuales o seguir administrando terapia sustitutiva de la nicotina (chicles o parches) – Estrategias para manejar las caídas (ej., aprender de la caída) <p>Apoyo social</p> <ul style="list-style-type: none"> – Uso de ayuda mutua (entre los participantes del grupo de tratamiento) – Buscar el apoyo e implicación de personas próximas al fumador (esposa, amigos)
Adaptado de USDHHS (1991)	

En la fase de abandono se aplica una de las técnicas que ha demostrado ser eficaz en el abandono de los cigarrillos, como las que ya hemos descrito anteriormente. Podemos utilizar una técnica que es eficaz aplicada sola (ej., fumar rápido, retener el humo o la reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán) u otra que haya obtenido una eficacia adecuada cuando se ha utilizado en un programa multicomponente (ej., saciación, sensibilización encubierta, contrato con fecha fija para dejarlo).

Cuando el fumador ya dejó de fumar, entraríamos en otra fase, la de mantenimiento, también conocida como fase de prevención de la recaída (Marlatt y Gordon, 1985). Se considera como la fase orientada a mantener las ganancias del tratamiento a largo plazo. En esta fase se llevan a cabo sesiones de seguimiento, que se pueden realizar personalmente, por teléfono o por carta. También se puede entrenar a la persona en habilidades de afrontamiento para evitar los estímulos que elicitaban el deseo a fumar, aprender a identificar y manejar situaciones de alto riesgo, afrontar adecuadamente las caídas. Cuando la persona no tenga apoyo suficiente para mantenerse abstinentemente se puede entrenarle en cómo conseguirlo y a las personas más cercanas para que lo apoyen adecuadamente. También hay que indicar que la mayoría de los programas multicomponentes se podrían encuadrar en las técnicas de autocontrol (Becoña, 1993a).

Como conclusión, podemos afirmar que los programas multicomponentes son hoy el tratamiento de elección de tipo psicológico para tratar a un fumador de modo eficaz. Los más eficaces llegan al 50% al año de haber finalizado el tratamiento. Decenas de estudios apoyan estos resultados, como las revisiones de las distintas guías clínicas, como la Cochrane Collaboration (ej., Lancaster y Stead, 2003a; Stead y Lancaster, 2003). Más concretamente, en nuestro tratamiento multicomponente, el *Programa para dejar de fumar* (Becoña, 1993a), se compone de los elementos siguientes: 1) contrato de tratamiento; 2) autorregistro y representación gráfica del

consumo de cigarrillos; 3) información sobre el tabaco; 4) técnica de desvanecimiento: reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán; 5) técnica de control de estímulos; 6) actividades para no padecer los síntomas del síndrome de la abstinencia de la nicotina; 7) feedback fisiológico del consumo de cigarrillos (monóxido de carbono en el aire espirado); y, 8) estrategias de prevención de la recaída. La eficacia que hemos obtenido con este tratamiento psicológico conductual multicomponente ha oscilado en distintos estudios entre el 58% y el 85% al final del tratamiento y del 30% al 54% al año de seguimiento (Becoña y Gómez-Durán, 1993; Becoña y García, 1993; Becoña y Vázquez, 1997; García y Becoña, 2000). En formato de autoayuda los resultados son algo inferiores a los del formato clínico pero excelentes para este tipo de intervención (ej., Míguez, Vázquez y Becoña, 2002).

Estrategias de prevención de recaída

Los objetivos de la prevención de la recaída son prevenir la ocurrencia de caídas iniciales después de que un individuo haya llevado a cabo el programa y prevenir que un desliz finalice en una recaída (Marlatt y Gordon, 1985). Las técnicas de prevención de la recaída o mantenimiento son con frecuencia incluidas en los tratamientos multicomponentes (Míguez y Becoña, 1997). Estos componentes tienen la finalidad de reducir la recaída, prolongando el tratamiento más allá de la fecha elegida para dejar de fumar y/o proporcionar estrategias específicas de afrontamiento para fomentar la abstinencia continuada.

En la prevención de recaídas se pueden distinguir procedimientos generales y específicos de intervención (Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson, 1986). Las principales estrategias de intervención pueden clasificarse en tres categorías: 1) entrenamiento en destrezas (respuestas de afrontamiento con situaciones de alto riesgo, tanto cognitivas como comportamentales); 2) procedimientos de cogniciones alternativas; y, 3)

estrategias de intervención en el estilo de vida (ej., relajación y ejercicio físico). Entre las estrategias de intervención específicas las más habituales son el autorregistro, la observación directa, escalas de autoeficacia, descripciones de recaídas pasadas o fantasías de recaída, entrenamiento en relajación y procedimientos de manejo del estrés y la matriz de decisión (ver tabla 2).

Incluso en los programas multicomponentes más eficaces la mayoría de los participantes recaen en el período de un año posterior a la intervención. Ahora bien, no siempre los tratamientos de mantenimiento han mejorado significativamente los buenos resultados a largo plazo (Lichtenstein y Glasgow, 1992). Por ejemplo, las sesiones de apoyo al tratamiento, por lo general son poco eficaces, quizás porque ellas alargan el tratamiento original o porque se hacen demasiado tarde, cuando se ha producido la recaída (Lando, 1993).

En conjunto los resultados del entrenamiento en la prevención de la recaída son positivos (ej., Becoña y Vázquez, 1997), aunque a veces es más eficaz aplicar un tratamiento efectivo por sí mismo que añadir un procedimiento de prevención de la recaída a un procedimiento de bajo nivel de

eficacia. Lo cierto es que los procedimientos de prevención de la recaída son una parte de casi todos los tratamientos para dejar de fumar, tanto de tipo psicológico como farmacológico.

Manuales de autoayuda y de contacto mínimo

Se han desarrollado un gran número de manuales de autoayuda y de contacto mínimo a partir de los tratamientos psicológicos eficaces, que han mostrado también ser eficaces. Una revisión de estos puede verse en Míguez (2004).

Fumar controlado y la reducción de daños

Fredericksen (1979) propuso la técnica de fumar controlado. La finalidad de la misma es que el fumador disminuya y permanezca en un número de cigarrillos inferior al que fumaba. Según Fredericksen (1979), el fumar está controlado por múltiples factores, pero el modo de fumar es individualizado. Los factores que están presentes en la dosis ingerida por el fumador son: 1) la sustancia (cigarrillos, pipas, puros, etc); 2) la cantidad

Tabla 2. Estrategias de prevención de la recaída

- Evitar situaciones de riesgo (especialmente durante las primeras semanas).
- Escape (abandonar la situación de riesgo).
- Distracción.
 - Estrategias cognitivas.
 - Imaginación (asociar fumar con consecuencias aversivas del tabaco).
 - Reestructuración cognitiva (cambio de percepción de la situación).
 - Autoinstrucciones (darse a uno mismo instrucciones para mantenerse abstinente).
 - Estrategias comportamentales.
 - Relajación.
 - Actividad física.
 - Comportamientos alternativos más adecuados (ej., beber un vaso de agua o de zumo, mascar chicle sin azúcar, dar un paseo, llamar a un amigo/a por teléfono, etc.).
 - Habilidades asertivas (rehusar cigarrillos, solicitar apoyo durante una crisis, etc.).
- Retrasar el deseo de fumar.
- Recordar caídas o recaídas que se hayan tenido en el pasado.

de nicotina, alquitrán, CO, etc; 3) la topografía de fumar (número de inhalaciones, intensidad y profundidad de las mismas, etc.).

La intervención para lograr el fumar controlado consta de cuatro fases. En la primera fase, de evaluación comprehensiva, se pretende un análisis de las variables relacionadas con la regulación (antecedentes, concomitantes y consecuentes de la conducta de fumar) y las relacionadas con el riesgo (la tasa, la sustancia y la topografía de fumar). En la segunda fase atañe al nivel individual. En ella se analiza la meta a conseguir, la abstinencia o la disminución. Si es la disminución, se estudia qué nivel es el adecuado y el modo de llegar a él. La tercera, fase de regulación, está relacionada con la regulación y el control de la conducta de fumar. El análisis funcional sirve para conocer qué variables mantienen la conducta y, consiguientemente, dónde intervenir para suprimir distintos cigarrillos y quedar con los que se desean. Y, en la cuarta, desarrollo de habilidades para regular la conducta, los autorregistros se utilizan en la evaluación y análisis funcional de la conducta de fumar para conocer cómo se fuma y los antecedentes, concomitantes y consecuentes de la conducta de fumar. A veces se utilizan medidas fisiológicas, especialmente para el adecuado conocimiento de la topografía de fumar, se le entrena en habilidades de afrontamiento general, como las encaminadas a afrontar el estrés, resistir la presión social, manejar la propia conducta, rehusar cigarrillos, entrenamiento en relajación, ejercicios, etc. También se enseña al fumador habilidades específicas para disminuir el consumo de cigarrillos, tales como el modelado, con la finalidad de cambiar de sustancia o marca, reducir la tasa de fumar o alterar la topografía de fumar.

La técnica de fumar controlado es útil para algunos fumadores, especialmente los que rechazan la abstinencia (Fredericksen, 1979), y para los fumadores que tienen que dejar de fumar pero no son capaces de hacerlo. Se ha observado que, en programas orientados a la abstinencia, siempre hay un porcentaje de sujetos que mantienen un nivel de consumo muy bajo respecto a la línea base (Becoña y

Froján, 1988b; Becoña y Lista, 1989; Glasgow, Morray y Lichtenstein, 1989).

Las desventajas de la técnica radican en que no se conoce el nivel "seguro" de fumar sin riesgos para la salud. Muchos fumadores elegirían esta técnica por comodidad, reduciendo la motivación de cara a la abstinencia. La compensación nicotínica sigue siendo un problema, al igual que cómo mantenerse en el nivel de consumo de cigarrillos conseguido en el tratamiento.

Un ejemplo paradigmático de lo expuesto bajo este epígrafe es el trabajo de Glasgow, Klesges, Klesges, Vasey y Gunnarson (1985). Cuarenta y ocho fumadores participaron en un programa para fumar de modo controlado. Recibieron un programa de tratamiento de 5 sesiones, con la meta de producir reducciones secuenciales del 50% en cada una de las tres conductas-objetivo: el contenido de nicotina, el número de cigarrillos consumidos por día y el porcentaje fumado de cada cigarrillo. Treinta meses después del tratamiento, el 9% estaban abstinentes; el 36% de los participantes mostraron alguna mejora, respecto a antes del tratamiento, en el contenido de nicotina, en el número de cigarrillos, en el porcentaje fumado de cada cigarrillo y en el nivel de monóxido de carbono espirado.

Más actualmente, en vez de hablarse de fumar controlado se habla más de reducción de daños o de minimización de riesgos (Hughes, Cummings y Hyland, 1999). Tanto en estos años, como aún más en los próximos, se irán ampliando este tipo de intervenciones, especialmente para los fumadores más dependientes de la nicotina, los que no consiguen dejar de fumar y, especialmente, para los que tienen enfermedades directamente relacionadas con el tabaco (ej., enfisema pulmonar) y en las que dejar de fumar es necesario para su supervivencia o para mejorar su calidad de vida. Entrenarlos en fumar menos, o que ingieran nicotina por otra vía (como la bucal o la piel), lleva a reducir riesgos, aunque ello no signifique que dejen de fumar o de que no sigan siendo dependientes de la nicotina.

EFICACIA DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TABAQUISMO

Hoy hay un acuerdo unánime de que las intervenciones que ayudan a las personas a dejar de fumar son el consejo mínimo sistemático, el tratamiento psicológico, el tratamiento farmacológico, procedimientos de menos intensidad en formato de autoayuda, bien sea en forma de manual, llamadas telefónicas, programa por correo, televisión, etc., los procedimientos clínicos intensivos y los programas comunitarios.

Cuando se revisa la eficacia de los tratamientos del tabaquismo desde los años 70 hasta el momento actual, queda claro la eficacia del mismo, especialmente del tratamiento psicológico. Desde monumentales revisiones como la de Schwartz (1987) hasta otras más actuales hechas en otros países, como las de Abrams et al. (2003), Fiore et al. (1996, 2000), Lando (1993), Lichtenstein y Glasgow (1992); Niaura y Abrams (2002), Schwartz (1987), Shiffman (1993), Shiffman et al. (1998), USDHHS (1988, 1991, 2000), etc., o en el nuestro (Becoña, 2000, 2003; Becoña y Vázquez, 1998; Froján y Becoña, 1999; Gil, 2003; Gil y Calero, 1994; Salvador, 1996; Secades y Fernández, 2001; etc.), el tratamiento psicológico aparece como un tratamiento de elección para el tratamiento de la adicción o la dependencia de la nicotina.

Por otra parte, existe actualmente un gran número de meta-análisis que evalúan la eficacia de los tratamientos con fumadores. Por ejemplo, el meta-análisis de Garrido et al. (1995), ha sido realizado por un autor de nuestro medio. Incluyó un total de 95 artículos con 223 intervenciones entre los años 1980 y 1992, extraídos fundamentalmente de la base de datos Medline. Los criterios de inclusión de los estudios fueron: trabajos empíricos sobre métodos para dejar de fumar, seguimiento mínimo de 6 meses, al menos 6 sujetos en tratamiento y el hecho de que la población tratada no tuviera riesgos añadidos. Las intervenciones se dividieron en las siguientes agrupaciones: autotratamientos, acupuntura, terapias de grupo,

tratamientos de psicología clínica (basadas en el aprendizaje), consejo médico, chicle de nicotina y/o medicamentos, hipnosis, terapia multimodal, y placebos. Incluyó sólo estudios con seguimientos de 6 o más meses, lo que facilita incrementar la robustez de las conclusiones que se obtienen en el mismo.

El resultado de este metaanálisis indica que los dos procedimientos más efectivos para dejar de fumar son los multimodales y los psicológicos que, además, fueron los únicos en los que se encontró un nivel de significación estadística considerando un intervalo de confianza del 95%. En este caso los programas multimodales o multicomponentes incluyen tanto los programas psicológicos multicomponentes como aquellos en los que se ha combinado dos o más técnicas y, por tanto, en algunos estudios también se ha combinado una o más técnicas psicológicas con otra farmacológica.

En su artículo concluyen que "las estimaciones puntuales ponderadas presentan a los tratamientos multimodales como a los tratamientos psicológicos como intervenciones de elección. Sobre todo teniendo en cuenta dos apreciaciones; la primera de carácter cuantitativo: no existen diferencias significativas entre ambos grupos; y la segunda de carácter cualitativo: muchos tratamientos multimodales suelen incluir intervenciones de psicología clínica" (p. 216).

En el metaanálisis de Sánchez, Olivares y Rosa (1998), analizaron la eficacia de las intervenciones psicológicas conductuales en España para la adicción al tabaco. Su meta-análisis incluye estudios de 1980 a 1996, donde encontraron 37 estudios con 1.979 sujetos. Sus resultados indican que los programas psicológicos multicomponentes son eficaces tanto a corto como a largo plazo. A su vez los programas psicológicos multicomponentes orientados al autocontrol resultaron ser los más eficaces.

En los últimos años se han publicado varias guías clínicas relacionadas específicamente con el tratamiento de los fumadores, y otras guías donde se incluyen aquellas técnicas psicológicas que han mostrado ser

eficaces para distintos trastornos. En la más reciente de Fiore et al. (2000), la Guía para la práctica clínica de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), los resultados indican que para el consejo en grupo se obtiene una OR=1.3 y en el consejo individual OR=1.7, a mayor tiempo de contacto mayor eficacia (OR=3.2 para 91-300 minutos, y OR=2.8 para más de 300 minutos), así como a mayor número de sesiones (OR=1.9 para 4-8 sesiones, y OR=2.3 para más de 8 sesiones). Dentro de las técnicas psicológicas muestran tener una OR superior a 1 las siguientes: reducción gradual de cigarrillos (OR=1.1), manejo del afecto negativo (OR=1.2), apoyo social durante el tratamiento (OR=1.3), apoyo social fuera del tratamiento (OR=1.5), entrenamiento en solución de problemas (OR=1.5), otros procedimientos aversivos (OR=1.7) y la técnica de fumar rápido (OR=2.0). La Guía clínica para el tratamiento de la dependencia de la nicotina de la American Psychiatric Association (1996) llega a resultados semejantes.

A su vez, una de las guías de referencia en el campo médico, la Cochrane Collaboration, y concretamente el Grupo de Adicción al Tabaco, ha realizado varias revisiones sobre tipos de tratamientos de fumadores, entre los que incluye distintos tratamientos psicológicos. El análisis de las revisiones de los distintos tratamientos psicológicos, hechos

mediante la técnica del metaanálisis, y expresados los resultados de las comparaciones en términos de odds ratio (OR), respecto a un grupo de control, los mostramos en la tabla 3 para los tratamientos psicológicos efectivos. En el informe de Surgeon General de 2000 (USDHHS, 2000), los resultados son semejantes a los anteriores (ver tabla 4).

Finalmente destacamos el Task Force sobre promoción y difusión de tratamientos psicológicos de la American Psychological Association. En su último informe, de 1998 (Chambless, Baker, Baucom et al., 1998), que sigue vigente actualmente (Chambless y Ollendick, 2001), en donde diferencia entre tratamientos bien establecidos (aquellos que cumplen todos los criterios metodológicos y científicos para estar seguros de que el tratamiento psicológico es eficaz) y tratamientos probablemente eficaces (aquellos que aún habiendo mostrado que son eficaces no reúnen todos los estrictos criterios de evaluación de la eficacia que exige esta evaluación), para el tratamiento de la adicción a la nicotina serían tratamientos bien establecidos la "terapia cognitiva-conductual multicomponente con prevención de la recaída para dejar de fumar", y para los tratamientos probablemente eficaces la "reducción de cigarrillos programada junto a terapia de conducta multicomponente para dejar de fumar".

Tabla 3. Tratamientos psicológicos eficaces en la Cochrane Collaboration, en odds ratio (OR)

Autor	Tratamiento	OR
Lancaster y Stead (2003a)	Consejo/terapia conductual individual	1.62
Stead y Lancaster (2003)	Terapia conductual en grupo	2.19
Hajek y Stead (2003)	Terapia aversiva para dejar de fumar	1.98
Rigotti et al. (2003)	Intervenciones conductuales con pacientes hospitalizados (al menos 1 mes de intervención)	1.82
Lancaster y Setead (2003b)	Intervenciones de autoayuda	
	– Materiales no personalizados	1.24
	– Materiales personalizados	1.80

Tabla 4. Intervenciones eficaces para el manejo de la adicción a la nicotina del Informe del Surgeon General (2000)

<i>Tipo de intervención</i>	<i>La intervención es</i>
1. Manuales de autoayuda	Eficaz
2. Intervenciones clínicas mínimas	Eficaz
3. Intervenciones clínicas intensivas (Psicológicas)	
– Entrenamiento en solución de problemas	Eficaz
– Fumar rápido	Eficaz
– Otras técnicas aversivas	Eficaz
– Desvanecimiento de nicotina (reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán)	Eficaz
– Apoyo social	Eficaz
4. Intervenciones farmacológicas	
– Chicle de nicotina	Eficaz
– Parche de nicotina	Eficaz
– Inhalador de nicotina	Eficaz
– Spray nasal de nicotina	Eficaz
– Bupropión	Eficaz
– Nortriptilina	Eficaz
– Clonidina	Eficaz
5. Programas de salud pública a gran escala	
– Programas basados en los medios de comunicación	Difícil de evaluar su eficacia en los programas de salud pública
– Programas en el lugar de trabajo	
– Programas comunitarios	
– Programas a nivel de todo un estado (en EEUU)	

Fuente: USDHHS (2000).

ÚLTIMOS DESARROLLOS EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TABAQUISMO

El tratamiento de la comorbilidad

En los últimos años ha quedado claro que hay una importante relación entre fumar cigarrillos y tener un porcentaje mayor de trastornos psicopatológicos (Becoña, 2003b). La incidencia del consumo de tabaco en las personas que padecen algún trastorno mental es, en EEUU, del 60%, cuando en la población sólo fuma el 25% (Leonard *et al.*, 2001). Actualmente en EEUU se calcula que del

total de fumadores existentes, un 30% tiene algún tipo de trastorno mental. En ese país se calcula que el porcentaje de personas con trastornos mentales es mayor que el 12% (American Psychiatric Association, 2000).

Leonard *et al.* (2001) consideran cuatro tipos principales de trastornos: esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión y otros (trastorno por estrés postraumático, trastorno de pánico, ansiedad y trastorno por déficit de atención con hiperactividad). Para él los fumadores utilizan el tabaco como una forma de automedicación.

Hughes *et al.* (1986) fue una de las primeras personas en encontrar relación entre

ansiedad y fumar. En su estudio realizado con pacientes psiquiátricos, encontraron que en la mayoría de los trastornos las personas que los padecían fumaban significativamente más que en la población normal. Así el porcentaje de fumadores por trastornos era: esquizofrenia: 88%; manía: 70%; depresión mayor: 49%; trastorno de ansiedad: 47%; trastorno de personalidad: 46%; y, trastornos de ajuste: 45%. Esto implica para muchos trastornos que la prevalencia de fumadores en ellos es el doble o el triple que en la población general. Posteriormente Breslau *et al.* (1991) confirmó en una muestra representativa de la población general la clara relación entre trastornos de ansiedad y la severidad de la dependencia de la nicotina. A partir de aquí distintos estudios siguen encontrando esta relación. A continuación expondremos los más relevantes y recientes sobre esta cuestión.

Johnson *et al.* (2000) han evaluado en una muestra representativa de los jóvenes del estado de Nueva York (N=688) el consumo de tabaco y los distintos trastornos mentales que tenían, tanto cuando tenían 16 años, como posteriormente cuando tenían 22 años. En su análisis diferenciaron, de los que fumaban, dos grupos: los que fumaban de 1 a 19 cigarrillos y los que fumaban 20 o más cigarrillos. No encuentran que los trastornos de ansiedad durante la adolescencia estén asociados con fumar cigarrillos en la adultez. Si encuentran relación entre fumar 20 o más cigarrillos/día durante la adolescencia y padecer luego distintos trastornos de ansiedad en la adultez temprana. Así, analizado en odds ratio, encuentran que de fumar menos de un paquete o un paquete o más en la adolescencia se relaciona con los siguientes trastornos de ansiedad en la adultez: agorafobia (odds ratio: 6.79; esto es, si hay una persona con agorafobia que fuma de 1 a 19 cigarrillos/día hay 6.79 personas que fuman 20 o más cigarrillos/día); trastorno de ansiedad generalizada (odds ratio: 5.53), trastorno de pánico (odds ratio: 15.58), no encontrándose relación para el trastorno de ansiedad social (odds ratio: 0.44). Todo esto

les lleva a concluir que ser un fumador duro durante la adolescencia está asociado con el incremento en el riesgo de padecer un trastorno de ansiedad en la vida adulta. Por el contrario, el estudio sugiere que los adolescentes con trastornos de ansiedad no tienen un riesgo elevado para convertirse en fumadores crónicos durante su adultez joven. Sin embargo esta relación no está tan clara en otros estudios (ej., Patton *et al.*, 1998).

De confirmarse en otros estudios los resultados de Johnson *et al.* (2000) habría que incluir en los programas preventivos, y en las campañas educativas sobre el tabaco, la necesidad de que las personas no comenzasen a fumar para así evitar, y prevenir, padecer posteriormente también trastornos de ansiedad. Con ello no solo disminuiríamos la comorbilidad, sino también la nueva psicopatología que aparecerá si la persona comienza a fumar tempranamente.

En la misma línea que el estudio anterior, Farrell *et al.* (1998) han analizado en tres encuestas realizadas en el Reino Unido la relación que existe entre el abuso de sustancias, donde se incluye el tabaco, con la comorbilidad psiquiátrica asociada. Las muestras fueron de la población general, de instituciones psiquiátricas y de personas que no tienen techo, sin hogar, los conocidos en lengua inglesa como *homeless*. En todos los casos son muestras representativas. A los sujetos les aplicaron expertos entrevistas estructuradas que permitían llegar a diagnósticos clínicos.

Respecto al tabaco, encuentran que en la muestra de la población general, donde se realizaron las encuestas en la casa de cada persona, fumaba un 31% de ellos, que subía a un 74% en las personas institucionalizadas y era de un 70% en las personas sin hogar. Considerando a los fumadores duros, que serían aquellos que fumaban 20 o más cigarrillos diariamente, había un 12%, 50% y 34%, respectivamente, en cada una de las tres muestras anteriores. Al analizar la relación entre fumar y los distintos trastornos, la relación es clara. Si en la población general fumaba el 31% subía a no menos del 70%

para trastornos esquizofrénicos, psicóticos o neuróticos. Claramente este estudio, como otros, indica la estrecha relación que existe entre fumar y distintos trastornos, bien sean psicóticos, de ansiedad (trastorno de pánico en este estudio) y trastornos de ansiedad.

Más específicamente, Breslau y Klein (1999) han analizado la relación entre fumar y ataques de pánico. Utilizaron para ello dos muestras distintas, la *Epidemiological Study of Young Adults in southeast Michigan*, formada por 1.007 personas de 21 a 30 años, a los que entrevistaron en los años 1989, 1990, 1992 y 1994, y la *National Comorbidity Survey Tobacco Supplement*, formada por 4.411 personas, de 15 a 54 años, en este caso representativa de las personas de Estados Unidos. En ambas muestras se evaluó el trastorno de pánico y los ataques de pánico siguiendo los criterios del DSM-III-R. Los resultados de este estudio muestran consistentemente una clara asociación entre fumar y ataques de pánico, siendo similar la asociación entre ataque de pánico y el consumo diario de cigarrillos en hombres (OR = 3.13) y mujeres (OR = 2.61). La relación entre ser fumador diario y tener ataques de pánico, donde la odds ratio, en una y otra muestra es de 3.0 y 1.9. Igualmente, como se sabe, el tener una enfermedad pulmonar incrementa de modo significativo los ataques de pánico, especialmente en la muestra donde se ha hecho un seguimiento de varios años, donde la odds ratio llega a ser tan alta como de 7.7; en el otro estudio, el de la población general es de 1.5. Y, cuando las personas fuman y tienen enfermedad pulmonar la relación es más clara con los ataques de pánico, ya que la odds ratio de la primera muestra es de 8.1 y en la segunda, la representativa de todo el país, de 4.3, lo que muestra claramente la asociación que hay entre fumar y ataques de pánico.

Una relación muy clara es la que ha surgido en los últimos años entre fumar y depresión, relación que se ha comprobado tanto en muestras clínicas como comunitarias, en estudios en distintos grupos de edad, en casos clínicos, etc. Por ejemplo, en el estu-

dio de Becoña, Vázquez, Fuentes y Lorenzo (1999), con una muestra representativa de la población gallega, se encontró una clara relación entre fumar y mayor sintomatología depresiva. Lo mismo que ocurre en adultos ocurre en adolescentes (Becoña y Vázquez, 1999).

Se encuentran relaciones claras entre fumar y una historia de depresión mayor, trastorno de depresión mayor y sintomatología depresiva (Glassman et al., 2001; Gurrea y Pinet, 2004; Vázquez y Becoña, 1999a, 1999b). También se ha encontrado relación entre depresión y los procesos de inicio, mantenimiento de la dependencia de la nicotina, así como para dejar de fumar y recaída (Becoña y Vázquez, 1999). Por ejemplo, entre los adolescentes que fuman, tienen mayor estado de ánimo deprimido que los que no fuman. Los fumadores deprimidos o con historia de depresión mayor tienen una dependencia de la nicotina más alta (Vázquez y Becoña, 1999a). La relación de la depresión con no dejar de fumar o con la recaída es clara (Vázquez y Becoña, 1999a), siendo la sintomatología depresiva la variable predictiva más importante que explicaba la recaída. Por ello dejan con mayor dificultad de fumar. Y, en ocasiones, dejar de fumar en personas con historia previa de depresión mayor o con sintomatología depresiva les provoca un cuadro de depresión mayor (ej., Vázquez y Becoña, 1999b).

Es relevante indicar que, dado que la prevalencia de la depresión es mayor en mujeres que en varones, debemos tener un especial cuidado en evaluar la misma en mujeres, ya que es en ellas donde más probabilidad hay de que les resulte más difícil dejar de fumar, como ya se empieza a encontrar en nuestro medio, aunque por suerte acuden a tratamiento antes que los varones.

La relación entre fumar y alcoholismo es clara. Del 80 al 90% de los alcohólicos fuman. Este es un fenómeno importante, dado que del 5 al 10% de la población, dependiendo de distintos estudios, muestras y zonas del país, tiene problemas de dependencia del alcohol. Por ello, los alcohólicos constituyen

un importante grupo en el que es importante que dejen tanto de beber como de fumar. Además, hoy sabemos que la mortalidad por enfermedades relacionadas con el tabaco es la primera causa de muerte en alcohólicos (Hurt et al., 1996) y no las enfermedades clásicamente asociadas al alcoholismo (ej., cirrosis hepática).

Lo cierto es que los que dejan de beber se encuentra que tienen una alta dependencia de la nicotina y grandes dificultades para dejar de fumar. Pero dejar de beber y fumar se asocia a una mayor abstinencia de ambas sustancias a largo plazo (Breslau, Peterson, Schultz, Andreski y Chilcoat, 1996), o al menos un mejor resultado para el tratamiento de la dependencia del alcohol (Nieva, Gual, Ortega y Mondón, 2004). Parece ser que una historia de depresión mayor es la principal barrera para dejar de fumar una vez que se ha dejado de beber (Covey, 1999). Por todo ello, es necesario implantar tratamientos para dejar de fumar en los tratamientos para alcohólicos, tanto por la necesidad de reducir su morbi-mortalidad como porque si dejan de beber y de fumar se incrementa la probabilidad de una mayor abstinencia. Sin embargo, éste es un campo nuevo que está en sus inicios.

La prevalencia del consumo de tabaco en la esquizofrenia es dos o tres veces mayor que la que existe en la población. Los esquizofrénicos utilizan la nicotina para modular los efectos secundarios de los antipsicóticos, igual que hacen con la cafeína (Martínez, Gurpegui, Díaz y de León, 2004). Fumando se les incrementa la dopamina en el núcleo *acumbens* y en el córtex prefrontal. Con la nicotina alivian una parte de sus síntomas psiquiátricos (McCharge et al., 2002). Al fumar, precisan una mayor cantidad de medicación neuroléptica, con lo que se les incrementan los efectos secundarios de la misma a corto y a largo plazo. Esto se debe a que la nicotina altera el metabolismo de los fármacos antipsicóticos (Lyon, 1999).

Los resultados que se obtienen en el tratamiento para dejar de fumar con los esquizofrénicos son bajos (Addington et al., 1998).

Toda una serie de barreras de la enfermedad esquizofrénica como las de la concomitante dependencia de la nicotina, hacen más difícil que estas personas dejen de fumar (McCharge et al., 2002). Por ello, una estrategia que en muchas ocasiones hay que considerar como la idónea es que reduzcan el consumo (Becoña y Vázquez, 1998), dada la dificultad que muchos tienen en poder dejar de fumar o en que mantengan la abstinencia una vez que lo han conseguido.

Un problema añadido para estos pacientes son sus dificultades en poder fumar, al restringirse cada vez más los lugares donde se puede fumar y, a la inversa, cómo controlar, restringir o prohibir que fumen en lugares de internamiento (ej., un hospital) en donde no se puede fumar. Lo cierto es que cuando se han puesto medidas de control en estos centros los problemas han sido mucho menores de los previstos, especialmente si se ha utilizado con ellos terapia sustitutiva de la nicotina.

A pesar de todo lo dicho sobre la relación entre fumar y esquizofrenia, disponemos de escasos estudios en relación con el tratamiento. Por nuestra experiencia clínica, el motivo fundamental de ello es el escaso éxito que se consigue en la abstinencia del tabaco, motivado probablemente por el valor funcional que la nicotina tiene para la regulación de una parte de la sintomatología que produce la esquizofrenia. Dado que al reducirse el número de fumadores de la población son más los esquizofrénicos que acuden a tratamiento para dejar de fumar, como nos ocurre a nosotros, es necesario desarrollar estrategias para que puedan dejar de fumar efectivamente, junto a la necesidad de saber hacerlo efectivamente.

Todo lo anterior sugiere que se abre un campo nuevo de tratamiento en personas con otros trastornos clínicos de gran importancia y prevalencia. En muchas ocasiones son los propios pacientes los que solicitan tratamiento para dejar de fumar; en otros casos puede aparecer un trastorno psiquiátrico al dejar de fumar. Pero el tratamiento no es nada fácil ni se obtienen los resultados

que obtenemos con personas fumadoras sin estos trastornos. Por ello, este es uno de los campos de mayor interés en el momento presente.

La necesidad de mejorar el modo de prevenir la recaída

Como cualquier conducta adictiva, la recaída suele ser habitual en muchas ocasiones al proceso de dejar de fumar. De ahí que controlar la misma es una parte esencial del tratamiento. Más y más se han ido introduciendo los procedimientos de prevención de la recaída como una parte más del tratamiento, tanto en los tratamientos psicológicos como en los farmacológicos. Pero aún así, no va a ser fácil conseguir mejorar los resultados, por la dificultad de hacerle frente a las causas que llevan a la recaída.

Sabemos por qué las personas recaen. Por ejemplo, en nuestro medio, las tres causas principales por las que los fumadores recaen son las siguientes: 1) los estados emocionales negativos de la persona (explican el 40% de las recaídas), 2) las presiones sociales a fumar (20%) y, 3) la mejora de los estados emocionales negativos en situaciones interpersonales (17%) (Becoña y Vázquez, 1998). Conocer estas causas es lo primero que tenemos que saber para hacerle frente y procurar evitarlas. Pero en la práctica ello es difícil. Como ejemplo, el manejo de los estados emocionales negativos de los fumadores es complejo, ya que se pueden dar en cualquier momento posterior al abandono del tratamiento. Lo ideal sería una intervención dentro del tratamiento, pero no siempre es posible, o el alargar las sesiones lleva a perder fumadores y, con ello, no conseguir el primer objetivo de que dejen de fumar. De modo semejante, controlar la presión social y buscar otras alternativas para mejorar los estados emocionales positivos en situaciones interpersonales en vez de fumar es difícil, teniendo que ser medidas legislativas y de concienciación social las que nos permitirían un adecuado abordaje de ello.

En una línea semejante, conocemos un amplio número de variables predictivas que explican por qué unos dejan de fumar más fácilmente aunque otros, como ser hombre, tener más edad, tener un mayor nivel de estudios, tener un buen nivel socioeconómico u ocupacional, informar de buena salud en general, consumir pocos cigarrillos antes del tratamiento, tener baja dependencia de la nicotina, haber fumado pocos años, haber hecho varios intentos para dejar de fumar o haber dejado de fumar durante largos períodos de tiempo, estar rodeado de pocos fumadores en su ambiente social, estar motivado para dejarlo, tener niveles elevados de autoeficacia, tener niveles bajos de estrés ambiental, no tener preocupaciones por ganar peso, entre las más importantes (ej., Moreno y Herrero, 2000; Fiore et al., 2000; Vázquez y Becoña, 1998b). Por contra, tener un patrón de consumo de cigarrillos elevado, experimentar un elevado estrés, una baja confianza en mantenerse abstinentes (autoeficacia), un menor número de intentos previos en dejar de fumar, bajo apoyo social, mayor consumo de alcohol, mayor sintomatología depresiva y aumento de peso (Becoña, 1994; Curry y McGrade, 1994; Fiore et al., 2000; Míguez y Becoña, 1997) se asocian a la recaída.

En los próximos años será necesario prestar más atención a este aspecto. Las intervenciones específicas orientadas a la prevención de la recaída suelen mostrar resultados positivos (ej., Becoña y Vázquez, 1997), pero no son espectaculares (ej., Stevens et al., 1993) o, incluso, en ocasiones, algún estudio no encuentra diferencias con el tratamiento normal (Curry y McBride, 1994). Pero es imprescindible seguir avanzando en esta línea y, siempre, incluir estrategias de prevención de recaída dentro del tratamiento.

Tratamientos combinados: psicológicos con farmacológicos y farmacológicos con psicológicos

Dada la eficacia y utilidad del tratamiento psicológico, y la necesidad de utilizarlo en

todo tipo de tratamiento de fumadores, desde la aparición del tratamiento farmacológico ha sido habitual utilizar éste combinado con tratamiento psicológico (ej., Salvador et al., 1988). En los últimos años esta tendencia se ha ampliado (Hatsukami y Mooney, 1999; Herrero y García, 2004; Shiffman, Mason y Henningfield, 1998). Sin embargo, en España la utilización de tratamientos combinados no siempre se ha hecho adecuadamente, especialmente cuando es el médico el que dice que aplica todo y no tiene formación para hacer lo que dice que hace. El tratamiento psicológico especializado es un tratamiento técnico para el que hay que tener formación, como la que recibe un psicólogo a lo largo de muchos años, que no se puede transmitir en una conferencia, cursillo o curso. La evidencia actual en España indica, por ejemplo, que la terapia sustitutiva de la nicotina no mejora en un tratamiento clínico la eficacia de un tratamiento psicológico, siendo la misma menos eficaz que el tratamiento psicológico cuando se utiliza sola (Secades et al., 1999).

A esta utilización inadecuada que se aprecia en ocasiones ha contribuido en parte la gran presión ejercida por los laboratorios farmacéuticos en España, con la oferta de productos farmacológicos para los fumadores, que han producido una inflación de publicaciones, revistas, artículos, etc., en una línea más comercial que científica. Este tipo de campañas ha llevado a una confusión dentro del campo médico, de los medios de comunicación y del propio sistema sanitario, al indicar que "siempre" hay que utilizar tratamiento psicológico (a veces bajo la rúbrica errónea y ambigua de apoyo psicológico) con el farmacológico, lo cual puede ser cierto cuando se lleva a cabo tratamiento farmacológico, por sus deficiencias, pero que no siempre es necesario aplicar cuando se aplica sólo tratamiento psicológico obviando que el tratamiento psicológico tiene que aplicarlo un psicólogo. Su eficacia muestra que su sola utilización es suficiente en la mayoría de los casos.

La evidencia empírica sobre la combinación de tratamientos psicológicos y farmacológicos nos indica que:

a) En el tratamiento farmacológico es imprescindible añadir algún tipo de consejo o tratamiento psicológico para tener adecuados niveles de eficacia (Fiore et al., 2000).

b) Un tratamiento psicológico efectivo obtiene buenos resultados sin necesidad de añadir ningún tipo de tratamiento farmacológico (Lancaster y Stead, 2003a; Stead y Lancaster, 2003).

c) Desde una perspectiva clínica viene bien conocer ambos tipos de tratamiento y cada profesional optimizar al máximo su específica intervención para obtener el mejor resultado posible (Abrams et al., 2003; Herrero y Moreno, 2004).

Realizar mejores diseños de investigación y buenos estudios nos permitiría conocer si podemos mejorar los niveles de eficacia actuales con la combinación de ambos tipos de tratamiento.

Finalmente, tenemos que reconocer, que una importante barrera a la mayor implantación del tratamiento psicológico es el deseo de los fumadores de dejar de fumar con el mínimo esfuerzo. Esto se ve reforzado por la publicidad de que con una pastilla se pueden dejar de fumar sin ningún esfuerzo. En la práctica esto no es del todo cierto y luego vienen las frustraciones, especialmente cuando el fumador se autoaplica el tratamiento farmacológico por sí mismo. Un artículo reciente publicado en la revista JAMA (Pierce y Gilpin, 2002) indica como en el estado de California la terapia sustitutiva de nicotina utilizada por parte de los fumadores, por su cuenta, es ya totalmente inefectiva. Es uno de los efectos de la utilización inadecuada de procedimientos terapéuticos fuera de dicho contexto terapéutico.

Nos corresponde a todos educar también a los fumadores sobre los mejores tratamientos que les pueden ayudar a dejar de fumar. Disponemos, por suerte, de distintas alternativas terapéuticas eficaces y podemos ayudarles a dejar de fumar.

CONCLUSIÓN

Hoy disponemos de una gran cantidad de información sobre la eficacia de los distintos tratamientos para dejar de fumar. Este es un hecho positivo para hacerle frente a una epidemia como es la tabáquica, que es responsable de más de 56.000 muertes prematuras en España cada año. Y, también, podemos afirmar que disponemos de tratamientos efectivos para ayudar a nuestros fumadores a dejar de fumar. Los tratamientos psicológicos, tanto sean aplicados en un formato clínico intensivo, en formato de autoayuda, o en programas comunitarios, son un abordaje terapéutico que permite ayudar a muchos fumadores a dejar de fumar, no siendo solo eficaces sino también eficientes.

Desde hace casi 50 años el tratamiento psicológico específico para los fumadores, utilizando técnicas conductuales y cognitivas efectivas, ha venido utilizándose eficientemente para tratar a los fumadores, especialmente en contextos clínicos desde sus inicios, en grupos de tratamiento estructurados, y en otros abordajes, donde destacan los comunitarios (ej., manuales de autoayuda) desde hace varias décadas, especialmente en los países más desarrollados. En nuestro país, aunque de modo más lento, el tratamiento psicológico se viene aplicando de modo efectivo desde principios de los años 80 hasta el momento presente, existiendo una amplia experiencia en dicho tratamiento por un gran número de psicólogos a lo largo de toda la geografía nacional.

La eficacia del tratamiento psicológico es clara, como hemos podido ir analizando, siguiendo las distintas fuentes hoy utilizadas en la literatura científica, como son las revisiones, los meta-análisis, las guías clínicas, las guías de organismos internacionales, nacionales o de evaluación, etc. También hay que indicar que, aunque la eficacia del tratamiento psicológico es clara y evidente, en los últimos años, con el surgimiento de tratamientos farmacológicos efectivos, que hace unos años o unas décadas no existían, se está creando la falsa sensación en

los medios de comunicación, en distintos medios sanitarios, y en el contexto social, de que con el tratamiento farmacológico se puede solventar el problema de la adicción a la nicotina. El tratamiento farmacológico es una ayuda, es un tipo de tratamiento, pero no es la solución al problema en muchos casos. El componente psicológico es esencial en este problema, los problemas de comorbilidad asociados a la adicción o dependencia de la nicotina son frecuentes en los fumadores que acuden a tratamiento, y en muchos casos sin tratamiento psicológico, sea solo o combinado con otro farmacológico, va a ser difícil o imposible que la persona deje de fumar.

Dado que los aspectos motivacionales son determinantes para que las personas acudan a tratamiento y se les motive para participar en el mismo, y donde los psicólogos hemos desarrollado técnicas específicas para ello (ej., la entrevista motivacional y las técnicas motivacionales), como para que dejen de fumar (con las distintas técnicas psicológicas efectivas), como para que no recaigan una vez que han dejado de fumar (para la que se han desarrollado las técnicas psicológicas específicas de prevención de la recaída), es claro el papel determinante de las técnicas de tratamiento psicológico para las fases por las que tiene que pasar el fumador para dejar de fumar: concienciación y motivación para el cambio, tratamiento y abandono del tabaco y prevención de la recaída. De ahí que el tratamiento psicológico es una de las elecciones esenciales para el tratamiento de los fumadores y lo que explica en gran medida la alta eficacia que obtiene con sus intervenciones terapéuticas.

Como hemos indicado en otro lugar (Becoña, 2003a), el tratamiento psicológico, por todo lo expuesto hasta aquí, no solo es muy efectivo sino que también es eficiente. En muchos casos es el tratamiento de elección, especialmente cuando los fumadores tienen una alta dependencia de la nicotina o acuden a un tratamiento especializado para dejar de fumar. En nuestra consideración, los motivos o barreras, actualmente existentes

para que no haya una mayor difusión del tratamiento psicológico en España, son cinco:

1. La situación de la psicología clínica en España dentro del sistema sanitario.
2. La no publicitación sistemática de los tratamientos psicológicos efectivos para los distintos trastornos en los que ha mostrado ser eficaz la psicología, tanto referido a la adicción a la nicotina como a otros trastornos.
3. La publicitación, a veces sesgada, de la eficacia de la terapia farmacológica para cualquier tipo de trastorno, omitiendo tratamientos eficaces alternativos y la financiación sistemática de estudios que van en su línea, omitiendo otros, como es claro en el caso de los fármacos para dejar de fumar en España.
4. Los claros intereses de la industria farmacéutica que tratan de vender sus productos por encima de todo, sin considerar la existencia de otros procedimientos alternativos igual o más eficaces que los farmacológicos.
5. El deseo de los fumadores de dejar de fumar con el mínimo esfuerzo.

En conclusión, disponemos de adecuados tratamientos psicológicos para el tratamiento de los fumadores y se obtienen buenos resultados con ellos, tanto a corto como a largo plazo. Pero ello no debe hacernos olvidar nunca de que estamos tratando con una conducta adictiva y que, como tal conducta adictiva, para la intervención terapéutica hay que tener en cuenta tanto al individuo, su demanda, el tratamiento que le vamos a aplicar, posibles problemas asociados, contexto en el que vive, etc.

REFERENCIAS

- Abrams, D.B. (1986). Roles of psychosocial stress, smoking cues and coping in smoking-relapse prevention. *Health Psychology, 5 (Suppl.)*, 91-92.
- Abrams, D.B., Niaura, R., Brown, R.A., Emmons, K.M., Goldstein, M.G. y Monti, P.M. (2003). *The tobacco dependence treatment handbook. A guide to best practices*. Nueva York: Guildford.
- Addington, J., el-Guebaly, N., Campbell, W., Hodgins, D.C. y Addington, D. (1998). Smoking cessation treatment for patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 155*, 974-976
- Álvarez-Soto, E. y Becoña, E. (1991). Efectividad de los programas para dejar de fumar en función de finalizar o no el tratamiento. *Revista Española de Drogodependencias, 16*, 19-28.
- American Psychiatric Association (1996). Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *American Journal of Psychiatry, 153 (Suppl. 10)*, 1-31 (trad. cast. en Barcelona: Ars Medica, 2001).
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV Revised Text*. Washington, DC: Author (trad. cast., Barcelona: Masson, 2002).
- Banegas, J.R., Díez, L., Rodríguez-Artalejo, F., González, J., Graciani, A. y Villar, F. (2001). Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Medicina Clínica, 117*, 692-694.
- Becoña, E. (1985). La técnica de fumar rápido: una revisión. *Revista Española de Terapia del Comportamiento, 3*, 209-243.
- Becoña, E. (1987a). La modificación del comportamiento de fumar por medio de la técnica de fumar rápido. *Revista Latinoamericana de Psicología, 19*, 19-30.
- Becoña, E. (1987b). La técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina para dejar de fumar. *Psiquis, 8*, 48-49.
- Becoña, E. (1989). *Nicotine fading and smokeholding in smoking cessation*. Paper presented at the Third European Conference on Health Psychology, Utrech, Holanda.
- Becoña, E. (1993a). *Programa para dejar de fumar*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela (2ª y 3ª ed. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, 4ª ed., Sevilla: Comisionado para la Droga).
- Becoña, E. (1993b) Terapia de solución de problemas. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (p. 710-743). Madrid: Pirámide.

- Becoña, E. (1994). La recaída y la prevención de la recaída en los exfumadores. *Revista Psicología Contemporánea*, 1, 29-38.
- Becoña, E. (2000). Tratamiento del tabaquismo. Situación actual y perspectivas futuras. *Adicciones*, 12, 77-85.
- Becoña, E. (2003a). El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. *Papeles del Colegio*, 85, 48-69.
- Becoña, E. (2003b). Tabaco y salud mental. *Revista Thomson Psicología*, 1, 119-137.
- Becoña, E. y Froján, M.J. (1988a). La técnica de retener el humo en el tratamiento de fumadores. *Revista Española de Drogodependencias*, 13, 131-136.
- Becoña, E. y Froján, M.J. (1988b). Tratamiento de fumadores con la técnica de retener el humo. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 1, 31-48.
- Becoña, E. y García, M.P. (1993). Nicotine fading and smokeholding methods to smoking cessation. *Psychological Reports*, 73, 779-786.
- Becoña, E. y Gómez-Durán, B.J. (1992a). La técnica de retener el humo: una revisión. *Adicciones*, 4, 339-358.
- Becoña, E. y Gómez-Durán, B.J. (1992b). La técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán: una revisión. *Revista Española de Drogodependencias*, 17, 75-92.
- Becoña, E. y Gómez-Durán, B.J. (1993). Programas de tratamiento en grupo de fumadores. En D. Macià, F.X. Méndez y J. Olivares (Eds.), *Intervención psicológica: programas aplicados de tratamiento* (pp. 203-230). Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. y Guillén, J.C. (1988). *Aportación de la prevención de la recaída a la técnica de retener el humo en el tratamiento de fumadores*. Comunicación presentada en el IV Congreso de la Asociación Española de Terapia del Comportamiento, Gandía, Valencia.
- Becoña, E. y Lista, M.J. (1989). Tratamiento de fumadores con la técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán. *Psiquis*, 10, 149-154.
- Becoña, E. y Míguez, M.C. (1995). Abstinencia, recaída y no abandono en un programa para dejar de fumar. *Adicciones*, 7, 41-58.
- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1997). Does using relapse prevention increase the efficacy of a program for smoking cessation?: An empirical study. *Psychological Reports*, 81, 291-296.
- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson.
- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1999). La relación entre fumar y depresión en la adolescencia: implicaciones clínicas y preventivas. *Adicciones*, 11, 127-135.
- Becoña, E., Vázquez, F.L., Fuentes, M.J. y Lorenzo, M.C. (1999). Anxiety, affect, depression and cigarette consumption. *Personality and Individual Differences*, 26, 113-119.
- Breslau, N., Kilbery, M.M. y Andreski, P. (1991). Nicotine dependence, major depression and anxiety in young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1069-1074.
- Breslau, N., Peterson, E.L., Schultz, L.R., Chilcoat, H.D. y Andreski, P. (1998). Major depression and stages of smoking. A longitudinal investigation. *Archives of General Psychiatry*, 55, 161-166.
- Breslau, N. y Klein, D.F. (1999). Smoking and panic attacks: An epidemiological investigation. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1141-1147.
- Brownell, K.D., Marlatt, G.A., Lichtenstein, E. y Wilson, G.T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41, 765-782.
- Buceta, J.M. y López, A. (1989). Aplicación de un programa de intervención cognitivo-comportamental para la cesación del comportamiento de fumar. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 3, 81-99.
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D.A.F., Johnson, S.B., McCurry, S., Mueser, K.T., Pope, K.S., Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D.A. y Woody, S.R. (1998). Update on empirically validated therapies, 2. *Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Chambless, D.L. y Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Colletti, G., Supnick, J.A. y Rizzo, A.A. (1982). Long-term follow-up (3-4 years) of treatment for smoking reduction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 7, 429-433.
- Covey, L. (1999). Nicotine dependence and its association with psychiatric disorders: Research

- evidence and treatment implications. En D.F. Seidman y L.S. Covey (Eds.), *Helping the hard-core smoker. A clinician's guide* (pp. 23-50). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Curry, S.J. y McBride, C.M. (1994). Relapse prevention for smoking cessation: Review and evaluation of concepts and interventions. *Annual Review of Public Health, 15*, 345-366.
- D'Zurilla, T.J. (1992). Terapia de resolución de problemas. Bilbao: Desclée de Brouwer (orig. 1986).
- Farrell, M., Howes, S., Taylor, C., Lewis, G., Jenkins, R., Bebbington, P. et al. (1998). Substance misuse and psychiatric comorbidity: An overview of the OPCS National Psychiatric Comorbidity Survey. *Addictive Behaviors, 23*, 909-918.
- Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J., Dorfman, S.F., Goldstein, M.G., Gritz, E.R., Heyman, R.B., Holbrook, J., Jaén, C.R., Kottke, T.E., Lando, H.A., Mecklenburg, R.E., Mullen, P.D., Nett, L.M., Robinson, L., Stitzer, M.L., Tommasello, A.C., Villejo, L. y Wewers, M.E. (1996). *Clinical Practice Guideline # 18 Smoking Cessation*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research.
- Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J., Dorfman, S.F., Goldstein, M.G., Gritz, E.R., Heyman, R.B., Jaén, C.R., Kottke, T.E., Lando, H.A., Mecklenburg, R.E., Mullen, P.D., Nett, L.M., Robinson, L., Stitzer, M.L., Tommasello, A.C., Villejo, L., Wewers, M.E., Baker, T., Fox, B.J. Y Hasselblad, V. (2000). *Treating tobacco use and dependence*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Foxx, R.M. y Axelroth, E. (1983). Nicotine fading, self-monitoring and cigarette fading to produce cigarette abstinence or controlled smoking. *Behavior Research and Therapy, 21*, 17-27
- Foxx, R.M. y Brown, R.A. (1979). Nicotine fading, self-monitoring for cigarette abstinence or controlled smoking. *Journal of Applied Behavior Analysis, 12*, 115-125.
- Frederiksen, L.W. (1979). Controlled smoking. En N.A. Krasnegor (Ed.), *Behavioral analysis and treatment of substance abuse*, (pp. 128-139). Rockville, MD: NIDA.
- Froján, M.J. y Becoña, E. (1999). El hábito de fumar y su tratamiento: revisión de los avances en los últimos diez años de investigación. *Revista de Psicología General y Aplicada, 52*, 463-476.
- García, M.P. y Becoña, E. (2000). Evaluation of the amount of therapist contact in a smoking cessation program. *Spanish Journal of Psychology, 3*, 28-36.
- Garrido, P., Castillo, I. y Colomer, C. (1995). ¿Son efectivos los tratamientos para dejar de fumar? Metaanálisis de la literatura sobre deshabituación tabáquica. *Adicciones, 7*, 211-225.
- Gil, J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en tabaquismo. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coord.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud* (p. 287-353). Madrid: Pirámide.
- Gil, J. y Calero, M.D. (1994). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill.
- Glasgow, R.E., Morray, K. y Lichtenstein, E. (1989). Controlled smoking versus abstinence as a treatment goal: The hopes and fears may be unfounded. *Behavior Therapy, 20*, 77-91.
- Glassman, A.H., Covey, L.S., Stetner, F. y Rivelli, S. (2001). Smoking cessation and the course of major depression: A follow-study. *The Lancet, 357*, 1929-1932.
- Gurrea, A. y Pinet, M.C. (2004). Tabaco y patología afectiva. *Adicciones, 16*, Supl. 2.
- Hajek, P. y Stead, L.F. (2003). Aversive smoking for smoking cessation. En *The Cochrane Library, Issue 4*. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
- Hall, R.G., Sachs, D.P.L., Hall, S.M. y Benowitz, N.L. (1984). Two-year efficacy and safety of rapid smoking therapy in patients with cardiac and pulmonary disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 574-581.
- Hatsukami, D.K. y Mooney, M.E. (1999). Pharmacological and behavioral strategies for smoking cessation. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 6*, 11-38.
- Herrero, F.J. y Moreno, J.J. (2004). Tratamientos combinados del tabaquismo: psicológicos y farmacológicos. *Adicciones, 16*, Supl. 2.
- Horan, J.J., Linberg, S.E. y Hackett, G. (1977). Nicotine poisoning and rapid smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*, 344-347
- Hughes, J.R., Cummings, K.M. y Hyland, A. (1999). Ability of smokers to reduce their

- smoking and its association with future smoking cessation. *Addiction*, 94, 109-114.
- Hughes, J.R., Hatsukami, D.K., Mitchell, J.I.E. y Dahlgren, L.A. (1986). Prevalence of smoking among psychiatry outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 143, 993-997.
- Hurt, R.D., Eberman, K.M., Croghan, I.T., Offord, K.P., Davis, L.J., Morse, R.M., Palmen, M.A. y Bruce, B.K. (1994). Nicotine dependence treatment during inpatient treatment for other addictions: A prospective intervention trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18, 867-872.
- Hurt, R.D., Offord, K.P., Croghan, I.T., Gomez-Dahl, L.C., Kottke, T.E., Morse, R.M. y Melton III, L.J. (1996). Mortality following inpatient addiction treatment: Role of tobacco use in a community-based cohort. *JAMA*, 275, 1097-1103.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Pine, D.S., Klein, D.F., Kasen, S. y Brook, J.S. (2000). Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *JAMA*, 284, 2348-2351.
- Kozlowski, L.T., Pope, M.A. y Lux, J. (1988). Prevalence of the misuse of ultra-low tar cigarettes by blocking filter vents. *American Journal of Public Health*, 78, 694-695.
- Lancaster, T. y Stead, L.F. (2003a). Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). En *The Cochrane Library, Issue 4*. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
- Lancaster, T. y Stead, L.F. (2003b). Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). En *The Cochrane Library, Issue 4*. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
- Lando, A.H. (1989). Treatment outcome evaluation methodology in smoking cessation: Strengths and key issues. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 11, 201-214.
- Lando, H.A. (1993). Formal quit smoking treatments. En C.T. Orleans y J. Slade (Eds.), *Nicotine addiction. Principles and management* (pp. 221-244). Nueva York: Oxford University Press.
- Leonard, S., Adler, L.E., Benhammou, K., Berger, R., Breese, C.R., Drebing, C., Gault, J., Lee, M.J., Logel, J., Olincy, A., Ross, R.G., Stevens, K., Sullivan, B., Vianzon, R., Virnich, D.E., Waldo, M., Walton, K. y Freedman, R. (2001). Smoking and mental illness. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 70, 561-570.
- Lichtenstein, E. y Brown, R.A. (1980). Smoking cessation methods: Review and recommendations. En W.R. Miller (Ed.), *The addictive behaviors. Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity* (pp. 169-206). Nueva York: Pergamon Press.
- Lichtenstein, E. y Glasgow, R.E. (1977). Rapid smoking. Side effects and safeguards. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 815-821.
- Lichtenstein, E., Harris, D.E., Birchler, G.R., Wahl, J.M. y Schmahl, D.P. (1973). Comparison of rapid smoking, warm, smoky air, and attention placebo in modification of smoking behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 92-98.
- Lichtenstein, E. y Glasgow, R.E. (1992). Smoking cessation. What have we learned over the past decade? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 518-527.
- Lyon, E.R. (1999). A review of the effects of nicotine on schizophrenia and antipsychotic medications. *Psychiatric Services*, 50, 1346-1350.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford Press.
- Martínez, J.M., Gurpegui, M., Díaz, F.J. y de León, J. (2004). Tabaco y esquizofrenia. *Adicciones*, 16, Supl. 2.
- McChargue, D.E., Gulliver, S.B. y Hitsman, B. (2002). Would smokers with schizophrenia benefit from a more flexible approach to smoking treatment? *Addiction*, 97, 785-793.
- Míguez, M.C. (2004). Manuales de autoayuda para dejar de fumar. *Adicciones*, 16, Supl. 2.
- Míguez, M.C. y Becoña, E. (1997). El proceso de recaída y sus causas en ex-fumadores. *Adicciones*, 9, 405-436.
- Míguez, M.C., Vázquez, F.L. y Becoña, E. (2002). Effectiveness of telephone contact as an adjunct to a self-help program for smoking cessation: A randomization controlled trial in Spanish smokers. *Addictive Behaviors*, 27, 139-144.
- Moreno, J.J. y Herrero, F.J. (1998). *Tabaquismo. Programa para dejar de fumar*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Moreno, J.J. y Herrero, F.J. (2000). Factores asociados al éxito en programas para dejar de fumar. *Adicciones*, 12, 329-341.

- Ministerio de Sanidad y Consumo (2002). *Encuesta nacional de salud 2001, avance*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Niaura, R., Abrams, D.B., Shadel, W.G., Rohsenow, D.J., Monti, P.M. y Sirota, A.D. (1999). Cue exposure treatment for smoking relapse prevention: A controlled clinical trial. *Addiction*, 94, 685-695.
- Niaura, R. y Abrams, D.B. (2002). Smoking cessation: Progress, priorities, and prospectus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 494-509.
- Nieva, G., Gual, A., Ortega, L. y Mondón, S. (2004). Alcohol y tabaco. *Adicciones*, 16, Supl. 2.
- Orleans, C.T., Rimer, B., Fleisher, L., Keintz, M.K., Telepchak, J. y Robinson, R. (1989). *Clear Horizons*. Philadelphia: Fox Chase Cancer Center.
- Orleans, C.T. y Slade, J. (Eds.) (1993). *Nicotine addiction. Principles and management*. Nueva York: Oxford University Press.
- Patton, G.C., Carlin, J.B., Coffey, C., Wolfe, R., Hibbert, M., Bowes, G. (1998). Depression, anxiety, and smoking initiation: A prospective study over 3 years. *American Journal of Public Health*, 88, 1518-1522.
- Pierce, J.P. y Gilpin, E.A. (2002). Impact of over-the-counter sale on effectiveness of pharmaceutical aids for smoking cessation. *JAMA*, 288, 1260-1264.
- Pomerleau, O.F. y Pomerleau, C.S. (1984). Neuroregulators and reinforcement of smoking: Towards a biobehavioral explanation. Neuroscience biobehavioral explanation. *Neuroscience Biobehavior Review*, 8, 503-513.
- Rigotti, N.A., Munafo, M.R., Murphy, M.F.G. y Stead, L.F. (2003). Interventions for smoking cessation in hospitalized patients (Cochrane Review). En *The Cochrane Library, Issue 4*. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
- Resnick, J.H. (1968). Effects of stimulus satiation on the overlearned maladaptive response of cigarette smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 501-505.
- Russell, M.A.H. (1988). Nicotine replacement: The role of blood nicotine levels, their rate of change and nicotine tolerance. En O.F. Pomerleau y C.S. Pomerleau (Eds.), *Nicotine replacement: A critical evaluation*. Nueva York: Alan R. Liss, Inc.
- Salvador, T. (1996). *Tabaquismo*. Madrid: Aguilar.
- Salvador, T.; Marín, D.; González, A.; Iniesta, C.; Castellvi, E.; Muriana, C. y Agustí, A. (1988). Tratamiento del tabaquismo: eficacia de la utilización del chicle de nicotina. Estudio a doble ciego. *Medicina Clínica*, 90, 646-650.
- Sánchez, J., Olivares, J. y Rosa, A.I. (1998). El problema de la adicción al tabaco: meta-análisis de las intervenciones conductuales en España. *Psicothema*, 10, 535-549.
- Schmahl, D.P., Lichtenstein, E. y Harris, D.E. (1972). Successful treatment of habitual smokers with warm, smoky air and rapid smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 105-111.
- Schwartz, J.L. (1987). *Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada, 1978-1985*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Scott, R.R., Prue, D.M., Denier, C.A. y King, A.C. (1986). Worksite smoking intervention with nursing professionals: Long-term outcome and relapse assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 809-813.
- Secades, R., Díez, A.B. y Fernández, J.R. (1999). Eficacia de un programa multicomponente para dejar de fumar con y sin chicle de nicotina. *Psicología Conductual*, 7, 107-118.
- Secades, R. y Fernández, J.R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13, 365-380.
- Shiffman, S. (1982). Relapse following smoking cessation: A situational analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 71-86.
- Shiffman, S., Mason, K.M. y Henningfield, J.E. (1998). Tobacco dependence treatments: Review and prospectus. *Annual Review of Public Health*, 19, 335-358.
- Shiffman, S. (1993). Smoking cessation treatment: Any progress? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 718-722.
- Stead, L.F. y Lancaster, T. (2003). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). En *The Cochrane Library, Issue 4*. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
- Stevens, V.J., Glasgow, R.E., Hollis, J.F., Lichtenstein, E. y Vogt, T.M. (1993). A smoking cessation intervention for hospital patients. *Medical Care*, 31, 65-72.

- Tori, C.D. (1978). A smoking satiation procedure with reduced medical risk. *Journal of Clinical Psychology, 34*, 574-577.
- USDHHS (1988). *The health consequences of smoking: Nicotine addiction. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- USDHHS (1991). *Strategies to control tobacco use in the United States: A blueprint for public health action in the 1990s*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- USDHHS (2000). *Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Vázquez, F.L. y Becoña, E. (1999a). Depression and smoking in a smoking cessation program. *Journal of Affective Disorders, 55*, 125-132.
- Vázquez, F.L. y Becoña, E. (1999b). Treatment of major depression associated with smoking cessation. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 98*, 507-508.

