

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**TESIS DOCTORAL**

**Eficacia de la terapia cognitivo conductual, los parches de nicotina y su combinación para dejar de fumar**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Ignacio Gabino Fernández Arias**

Directores

**María Paz García Vera  
Jesús Sanz Fernández**

**Madrid, 2012**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVO  
CONDUCTUAL, LOS PARCHES DE NICOTINA  
Y SU COMBINACIÓN PARA DEJAR DE  
FUMAR**



**TESIS DOCTORAL**

**Autor:**

**Ignacio Gabino Fernández Arias**

**Directores:**

**María Paz García Vera**

**Jesús Sanz Fernández**



## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo y decisiva ayuda de mis directores de tesis, María Paz García-Vera y Jesús Sanz. Desde el trabajo continuo a su lado siento haber “crecido” personal y profesionalmente gracias a sus enseñanzas y tutelajes, no únicamente en este proyecto, sino en muchos otros. Ambos han impulsado en mí la pasión por lo que hago y la necesidad de hacerse preguntas como manera de mejorar. Muchas gracias por cientos de lecciones que me obligaré a no olvidar y por grabar en mi mente que lo que hacemos, ayudar a los demás a vivir mejor, merece la pena. Sobre todo, gracias por vuestra confianza.

En segundo lugar me gustaría dar las gracias a todo el equipo de trabajo de la Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. En especial a aquellos que iniciaron conmigo “este camino” hace ya algunos años. Unos ya se han ido y otros aún continúan. Son muchos, ellos ya saben quiénes son y que mi gratitud hacia ellos es enorme. En especial me gustaría dar las gracias a Francisco Estupiñá por acompañarme en todo momento y por sus sabios consejos y a Ana García y Teresa Solera porque sin su trabajo y diligencia todo habría sido más difícil, si no imposible.

La investigación empírica de la presente tesis doctoral ha sido en parte posible gracias a la ayuda financiera y logística de la Universidad Complutense de Madrid, a través de su programa *Un año sin fumar en la Complutense*. Mi agradecimiento más sincero a los responsables del programa y a todo el personal que ha colaborado en su difusión y puesta en marcha. También quisiera agradecer la colaboración del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, de los responsables de la campaña *HELP* en Madrid y del Servicio de Psicología y Psicotecnia de la Guardia Civil en el reclutamiento de participantes.

Para mi es importante dar las gracias de manera especial a mis padres, Carmen y Gabino. Ellos han hecho posible, desde el inicio de todo, que este trabajo sea una realidad. Sus enseñanzas son indispensables, de valor incalculable, y han sentado las bases del impulso que hoy siento por buscar la verdad y el conocimiento. Gracias a mi hermana Mayka, su marido Michel y al pequeño Jaime, que aunque a día de hoy no habla, me recuerda que merece la pena seguir trabajando para que, poco a poco, los venideros tengan un mundo mejor.

Realizar este trabajo no ha sido fácil. Cuando los momentos eran duros y más vulnerable me sentía, más cerca tuve a mis amigos, en especial a Alberto, Bosco, Enrique y Chema, con el que crezco con cada conversación. Gracias a todos ellos por su comprensión y apoyo. Por acompañarme cuando los vientos soplaban a favor y sobre todo cuando las velas zozobraban y tenía la sensación de ir sin rumbo. Y por supuesto, gracias a Laura, compañera en el sentido extenso de la palabra, brújula del barco y salvavidas. Gracias por acompañarme en este viaje.

A todos, gracias.





## ÍNDICE

<b>1. Conceptualización del tabaquismo.....</b>	<b>13</b>
1.1. El tabaquismo como problema de salud.....	13
1.1.1. Sustancias nocivas del tabaco.....	16
1.1.2. Efectos nocivos del tabaquismo.....	18
1.1.3. Prevalencia y epidemiología del tabaquismo.....	21
1.2. Tabaquismo y dependencia de la nicotina.....	24
1.2.1. Influencia de la nicotina en el tabaquismo.....	29
1.2.2. Modelos del tabaquismo basados en el reforzamiento negativo.....	31
1.2.3. Modelos del tabaquismo basados en el reforzamiento positivo.....	31
1.2.4. Modelos cognitivos y de aprendizaje social del tabaquismo.....	32
1.2.5. Hacia un modelo integrador del tabaquismo.....	32
<b>2. Tratamientos para dejar de fumar.....</b>	<b>37</b>
2.1. La intervención breve.....	38
2.2. Los tratamientos farmacológicos.....	44
2.2.1. Sustitutivos de nicotina.....	44
2.2.2. El Bupropion.....	54
2.2.3. La Vareniclina.....	56
2.3. Tratamientos psicológicos.....	58
2.3.1. Procedimientos de autoayuda.....	63
2.3.2. Técnicas de tratamiento psicológico.....	65
2.3.2.1. Técnicas aversivas.....	65
2.3.2.2. Reducción gradual de la ingestión de nicotina y el alquitrán.....	69
2.3.2.3. Exposición, entrenamiento en habilidades de autocontrol, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y apoyo social.....	72
2.3.2.4. Tratamientos multicomponentes.....	74
2.3.2.5. Intervención motivacional.....	77
2.3.2.6. Prevención de recaídas.....	84
2.4. Diferentes formatos en el tratamiento del tabaquismo.....	90
2.4.1. La terapia individual y la terapia grupal.....	90
<b>3. Situación actual de los tratamientos psicológicos y su combinación con tratamientos farmacológicos en el abordaje del tabaquismo.....</b>	<b>99</b>
3.1. Posición de los tratamientos psicológicos en las guías clínicas del tratamiento del tabaquismo.....	99
3.1.1. ¿Es lo mismo la intervención breve, el consejo médico, el consejo psicológico y el tratamiento psicológico?.....	116

3.2. El tratamiento intensivo y especializado del tabaquismo en las guías de práctica clínica.....	118
3.2.1. Las intervenciones especializadas.....	120
3.3. Los tratamientos que combinan terapias psicológicas y farmacológicas frente a los tratamientos con una única terapia en el abordaje del tabaquismo.....	121
3.3.1. Marco conceptual de los tratamientos combinados psicológicos y farmacológicos.....	122
3.3.2. La eficacia de los tratamientos combinados farmacológicos y psicológicos.....	124
<b>4. Objetivos e hipótesis.....</b>	<b>157</b>
4.1. Objetivos.....	160
4.2. Hipótesis.....	162
<b>5. Método.....</b>	<b>167</b>
5.1. Diseño.....	167
5.2. Participantes.....	169
5.3. Procedimiento.....	175
5.3.1. Proceso de evaluación.....	176
5.3.1.1. Instrumentos de medida de las variables dependientes...	176
5.3.1.2. Instrumentos de medida de las variables de control.....	178
5.3.1.3. Proceso de evaluación en el pretratamiento.....	184
5.3.1.4. Proceso de evaluación durante el tratamiento.....	185
5.3.1.5. Proceso de evaluación en el postratamiento y en los seguimientos.....	185
5.3.2. El proceso de tratamiento.....	187
5.3.2.1. Tratamiento cognitivo conductual intensivo (TCC/I).....	188
5.3.2.2. Tratamiento cognitivo conductual no intensivo en combinación con terapia de parches de nicotina (TCC/NI+PN).....	190
5.3.2.3. Tratamiento cognitivo conductual intensivo en combinación con parches de nicotina (TCC/I+PN).....	192
5.3.2.4. Aspectos comunes a la TCC/I y TCC/I+PN.....	194
5.4. Terapeutas.....	203
5.5. Análisis estadístico.....	204
<b>6. Resultados.....</b>	<b>211</b>
6.1. Características sociodemográficas y clínicas de los grupos de tratamiento.....	211
6.2. Tasas de abandono del tratamiento en los grupos de tratamiento.....	214
6.3. Tasas de abstinencia en los grupos de tratamiento.....	219
6.3.1. Tasas de abstinencia de los pacientes que comenzaron el	

tratamiento.....	220
6.3.1.1. Análisis por intención de tratar.....	220
6.3.1.2. Análisis sin datos perdidos.....	225
6.3.2. Tasas de abstinencia en los pacientes que completaron el tratamiento.....	233
6.3.2.1. Análisis por intención de tratar.....	233
6.3.2.2. Análisis sin datos perdidos.....	240
6.4. Resumen de las diferencias en las tasas de abstinencia entre los grupos de tratamiento.....	247
6.5. Reducción del consumo de cigarrillos en los pacientes que continuaban fumando.....	249
6.5.1. Diferencias entre los grupos de tratamiento en los pacientes que comenzaron el tratamiento.....	250
6.5.2. Diferencias entre los grupos de tratamiento en los pacientes que completaron el tratamiento.....	253
6.5.3. Diferencias entre los pacientes que completaron el tratamiento y los que no lo completaron.....	255
<b>7. Discusión.....</b>	<b>263</b>
7.1. Eficacia diferencial para dejar de fumar de la terapia cognitiva conductual, de los parches de nicotina y de su combinación.....	264
7.2. Eficacia para dejar de fumar de la terapia cognitiva conductual, de los parches de nicotina y de su combinación en comparación a condiciones de control de la literatura científica.....	276
7.3. Eficacia diferencial de la terapia cognitiva conductual, de los parches de nicotina y de su combinación para reducir el consumo de cigarrillos entre los pacientes que no dejan de fumar.....	279
7.4. Aceptación y abandono del tratamiento en la terapia cognitiva conductual, la terapia con parches de nicotina y su combinación.....	285
7.5. Limitaciones del estudio y líneas futuras de investigación.....	289
<b>8. Conclusiones.....</b>	<b>297</b>
<b>9. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>307</b>
<b>10. Anexos.....</b>	<b>341</b>



# **Capítulo 1.**

## **Conceptualización del tabaquismo**



## 1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL TABAQUISMO

### 1.1. El tabaquismo como problema de salud

El tabaco es una planta originaria de América, cuyo nombre científico es *nicotiana tabacum* y que pertenece a un género de plantas (*nicotiana*), de la familia de las solanáceas, que incluye más de 50 especies (Álvarez Guitérrez, 2006). Su existencia se sitúa hace varios miles de años. Aunque su popularización y extensión en Europa tiene que ver con Cristóbal Colón y Rodrigo de Jerez, miembro de su tripulación (López y Hernández, 1990), su uso se constata en la época de los Mayas, en la que se hacía uso del tabaco mascado con fines principalmente rituales (Pascual y Vicéns, 2004). En la guerra de Crimea (1854-1856), se popularizó su uso de manera exponencial ya que su consumo comenzó a ser en forma de cigarrillo. Hasta entonces, el consumo de tabaco se limitaba a su uso en pipa o tabaco enrollado o picado. Los cambios sociopolíticos, propios de la II Guerra Mundial, precipitaron la inclusión de la mujer en el consumo habitual de tabaco, algo que hasta entonces se limitaba únicamente a los hombres. Además, de manera paralela, en Estados Unidos de América se inventó la primera máquina de liar cigarrillos, lo que provocó una mayor accesibilidad en su uso (Becoña, Galego y Lorenzo, 1988). La generalización de su uso invita a la industria del momento a aprovecharse de un mercado cada vez más emergente (Haunstein, 2003).

Hasta los años 60 no surge un intento serio de demostrar los perjuicios que el tabaco genera en la salud. En esa década, aparecen los informes del *Royal College of Physicians* (1962) y el informe Terry (U.S.D.H.H.S., 1964), en los que se vincula directamente al tabaco con la aparición de diferentes problemas de salud, entre ellos el cáncer. No obstante, Doll y Hill (1950) fueron los primeros en publicar un estudio en el que vinculaban directamente el consumo de tabaco con la aparición del cáncer de pulmón (Maldonado-Fernández, 2005). En España, la

publicación del libro blanco sobre el tabaquismo (Becoña, 1998) refleja la diferencia temporal existente entre los países desarrollados y España en la evolución de la conciencia del tabaquismo como problema de salud. De manera sucesiva, múltiples informes se han publicando demostrándose en todos ellos de manera inequívoca la relación existente entre el consumo de tabaco y los perjuicios para la salud, incluyendo los efectos perniciosos hacia aquellas personas no fumadoras que se ven afectadas por el humo de los cigarrillos, los denominados fumadores pasivos (Hernández, Gómez y Flores, 1998).

Tabla 1.1. Principales características del Convenio Marco para el Control de Tabaquismo de la Organización Mundial de la Salud, aprobado por Naciones Unidas, y que tiene que aplicarse en todos los países del mundo

- 
- Incrementar los impuestos de los productos del tabaco.
  - Incluir advertencias claras sobre la incidencia del tabaco en la salud en los paquetes de cigarrillos. Deben ocupar al menos el 30% de la cajetilla.
  - Prohibir toda la publicidad del tabaco, promoción o de otros productos con la marca del tabaco.
  - Incrementar la información, educación y concienciación de la de la población sobre las consecuencias del tabaco en la salud.
  - Protección contra la exposición pasiva al humo del tabaco.
  - Prohibir la venta de tabaco a menores.
  - Potenciar los programas preventivos para que los jóvenes no fumen.
  - Facilitar tratamientos para los que hoy fuman dejen de fumar.
  - Eliminar el comercio ilícito de tabaco, como el que se hace a través de contrabando u otros procedimientos fraudulentos.
- 

Un hecho especialmente importante en la lucha contra el tabaquismo y sus problemas de salud es la aprobación por la Organización Mundial de la Salud en 2003 del Convenio Marco para el Control del Tabaquismo (OMS, 2003), en el que

se establecen las bases para el control del tabaquismo a nivel mundial (véase la tabla 1.1). Este convenio se completa con la redacción de un informe en el que se plantean las recomendaciones básicas para el control del tabaquismo de acuerdo al plan estratégico MPOWER (OMS, 2008) (véase la tabla 1.2). Desgraciadamente, este informe constata que únicamente un 5% de los países adscritos a Naciones Unidas pone en marcha sus recomendaciones y que un 80% de los países ni siquiera han logrado implantar al completo ninguna de las medidas para el control del tabaquismo.

Tabla 1.2. Recomendaciones y estrategias para el control del tabaquismo de la Organización Mundial de la Salud (2008).

- 
- **Monitoring:** Vigilar el consumo de tabaco y las medidas de prevención.
  - **Protecting:** Proteger a la población de la exposición al humo de tabaco.
  - **Offering:** Ofrecer ayuda para el abandono del consumo de tabaco.
  - **Warning:** Advertir de los peligros del tabaco.
  - **Enforcing:** Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio.
  - **Raising:** Aumentar los impuestos al tabaco.
- 

En España destaca la aprobación de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo por la que se regula su venta, consumo, suministro y publicidad (véase la tabla 1.3).

Además, cabe reseñar la consideración de que más allá de los perjuicios demostrados del tabaco para la salud, se ha asentado la consideración de esta sustancia como droga, debido al alcaloide nicotina que contiene (American Psychiatric Association o APA, 2000). Su consumo provoca dependencia y la ausencia del mismo, sintomatología propia de un síndrome de abstinencia. Tanto la dependencia de la nicotina como el síndrome de abstinencia de la nicotina

provocados por el consumo de tabaco son reconocidas por la APA (2000) y por la Organización Mundial de la Salud (1993) como trastornos mentales.

Tabla 1.3. Objetivos de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

- 
- Incidir sobre el consumo.
  - Incidir sobre la venta.
  - Incidir sobre los jóvenes.
  - Derecho de la población no fumadora a respirar aire no contaminado por el humo del tabaco.
  - Prohibición de la publicidad y la promoción del tabaco.
  - Mejorar las intervenciones educativas, preventivas y asistenciales.
  - Perspectiva de género.
- 

### **1.1.1. Sustancias nocivas del tabaco**

El humo del tabaco contiene más de 4.000 componentes distintos, muchos de ellos con unos demostrados efectos perjudiciales para la salud (López y García, 2000; Sánchez, 2004 y Haunstein, 2003; véase la tabla 1.4). Los componentes más estudiados son la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono consecuente a la combustión del cigarrillo.

La nicotina es un alcaloide contenido en la hoja del tabaco. Es líquido e incoloro, y adquiere un color marrón cuando entra en contacto con el aire. Sus efectos adictivos están ampliamente estudiados y además es exponencialmente tóxica (Micó, Moreno, Roca, Rojas y Ortega, 2000). Su absorción es por vía oral, digestiva, dérmica y conjuntival y se elimina por la saliva, la orina, la leche materna, el sudor, en las secreciones mucosas y en el pelo recién lavado. Tiene un gran

poder adictivo pues tarda menos de 10 segundos en atravesar la barrera hematoencefálica (Becoña, 2006; Micó et al., 2000).

Tabla 1.4. Sustancias nocivas contenidas en el humo del tabaco

---

Sustancias cancerígenas:

- Alquitranes: utilizado como asfalto de carreteras o para pintar barcos
- Arsénico: veneno mortal muy potente
- Creotota: carcinógeno
- Cadmio y níquel: utilizado en las baterías
- Cloruro de vinilo: carcinógeno
- Polonio 210: es radioactivo y carcinógeno
- Uretato: carcinógeno y utilizado en embalajes
- Formaldehído: conservante orgánico utilizado en laboratorios forenses y anatomía patológica

Tóxicos irritantes:

- Amoniaco: se utiliza en los limpiacristales
  - Acetona: disolvente tóxico
  - Acroleína: potente irritante bronquial causante de enfisema
  - Cianuro de hidrógeno: veneno mortal
  - Monóxido de carbono: gas incoloro que es mortal en lugares cerrados
  - Matanol: se utiliza en la combustión de misiles
  - Tolueno: es un disolvente tóxico
- 

*Fuente:* Salvador, Córdoba, Planchuelo, Nebot, Becoña, Barrueco y Riesco (2005).

El alquitrán, de aspecto untoso, color oscuro y fuerte olor, es uno de los principales componentes sólidos del tabaco. Está directamente relacionado con el papel de fumar y la combustión del cigarrillo. Es uno de los componentes más implicados en la formación de cánceres por alguno de su compuestos como el benzo(a)pireno (Salvador et al., 2005).

Por otra parte, otro de los componentes principales del tabaco es el monóxido de carbono, directamente relacionado con la combustión. Su absorción

es por vía pulmonar, limitando el aporte de oxígeno al organismo derivado de la restricción de la fijación del oxígeno a los hematíes (García, López, Romero y Cruz, 1998).

### **1.1.2. Efectos nocivos del tabaquismo**

Son múltiples los estudios que relacionan el consumo, activo o pasivo, del tabaco con el padecimiento de múltiples enfermedades e incluso con la muerte (Banegas, Díez, González, Villar y Rodríguez-Artajelo, 2005; Gallardo, Sánchez y Almonacid, 2004; López, Collishow y Piha, 1994; U.S.H.H.D.S., 2004).

El tabaquismo sigue siendo la primera causa de enfermedad y muerte prematura evitable en el mundo, responsable de 5.000.000 de muertes anuales. Desgraciadamente, según los modelos propuestos por la Organización Mundial de la Salud esta tendencia es ascendente, prediciéndose un incremento de prácticamente el doble de muertes para el 2030 (OMS, 2008). Además, aunque en los países más desarrollados la tendencia de consumo se estabiliza o incluso descende (al igual que las tasas de mortalidad), aquellos países más desfavorecidos sufrirán, según los modelos de predicción, un espectacular aumento del consumo del tabaco y de las muertes atribuibles a él (OMS, 1999; véase la tabla 1.5). En España, en torno a 50.000 muertes por año son atribuibles directamente al consumo de tabaco (Banegas et al., 2005; Montes, Pérez y Gestal, 2004).

La U.S.D.H.H.S. (2004) estima que un 30% de las muertes por cáncer y un porcentaje idéntico de las muertes por enfermedades cardiovasculares se pueden atribuir directamente al consumo de tabaco (véase la figura 1.1). El más estudiado es el cáncer de pulmón, aunque los datos arrojan que el cáncer de cavidad oral y de laringe son los más prevalentes. Otros tipos de cánceres como el de estómago, de faringe o de cuello de útero también se relacionan con el tabaquismo de manera directa. Si se analiza de manera pormenorizada las enfermedades cardiovasculares

relacionadas con el tabaco, se pueden encontrar los aneurismas, las paradas cardíacas, la arterioesclerosis, la enfermedad cardíaca isquémica (angina de pecho e infarto de miocardio), la hipertensión arterial y la enfermedad cerebrovascular (Córdoba, Clemente y Aller, 2003; García, López, Romero y Cruz, 1998).

En lo que se refiere a problemas cardiorrespiratorios, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es el trastorno más frecuente causado por el tabaco, siguiendo muy de cerca al cáncer y a las enfermedades cardiovasculares. Además, el tabaco es la causa del 80% de las muertes de los pacientes con EPOC (Jiménez, Ruiz, Ramos y Mejías, 1998; Gallardo, Sánchez y Almonalíz, 2004).

Los efectos perniciosos del tabaquismo no se circunscriben únicamente a los fumadores. Son de sobra conocidos los efectos que tiene sobre el fumador pasivo. La exposición al humo ambiental se ha situado, junto con el alcoholismo, como la tercera causa de muerte evitable en el mundo desarrollado. Los datos señalan que un 60% de los no fumadores están expuestos tanto en casa como en el trabajo al humo de los cigarrillos (López y Nebot, 2005). Los efectos que esto puede tener para la salud de los no fumadores son sumamente importantes, coincidiendo en la tipología de enfermedades con las patologías que presentan los fumadores activos.

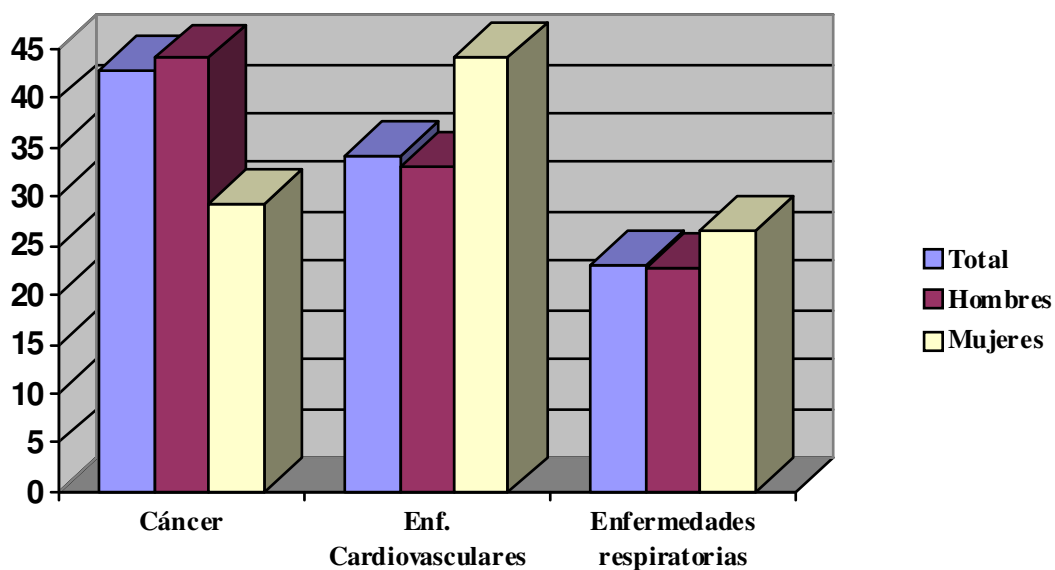
Las mujeres fumadoras tienen además un hándicap añadido, ya que los efectos para la salud derivados del consumo de tabaco se extienden igualmente al feto pudiendo provocar problemas neonatales de infratalla o infrapeso, abortos espontáneos, síndrome de distrés respiratorio o múltiples retrasos en el desarrollo del feto (Mallol, Koch, Caro, Serpentegui y Madrid., 2007; Castellanos y Nebot, 1999). Además, se han constatado otros problemas añadidos en las mujeres como, por ejemplo, mayor riesgo de infertilidad, retraso en la concepción, adelanto de la menopausia e incremento de osteoporosis y del riesgo de fractura de cadera (Wolf, 2002).

Tabla 1.5. Estimación de muertes actuales y futuras provocadas por el consumo de tabaco

	Número de muertes por el tabaco en el año 2000	Número de muertes por el tabaco en el año 2030
Países desarrollados	2 millones	2 millones
Países no desarrollados	2 millones	7 millones

Fuente: Organización Mundial de la Salud (1999). *Making a Difference. Informe sobre la Salud Mundial*. Ginebra, Suiza: OMS.

Figura 1.1. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España en 2001 según causa de muerte y género



Nota. Los porcentajes expresan la proporción de muertes por cada grupo de enfermedad respecto al total de muertes atribuibles de cada columna.

Fuente: Banegas et al., (2005).

Otras enfermedades comunes en las personas fumadoras, aunque no tan relacionadas con la mortalidad, son, entre otras, los problemas dermatológicos y

bucodentales, las alteraciones en el olfato y el gusto, la hipertensión arterial, y la diabetes mellitus tipo I y II (Zappacosta et al., 2002; Martínez y Romero, 1999).

Otra de las dimensiones relevantes de los efectos del tabaco sobre la salud es el impacto económico que genera. El Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo calcula un gasto sanitario de 7.000 millones de euros en la sanidad pública para tratar los problemas derivados del consumo de tabaco (CNPT, 2009).

### ***1.1.3. Prevalencia y epidemiología del tabaquismo***

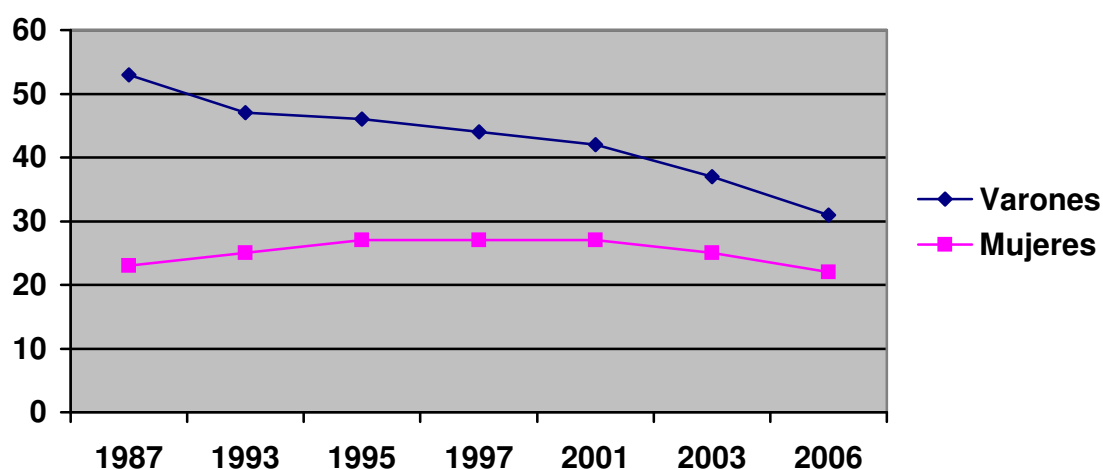
La OMS calcula aproximadamente que un tercio de la población mundial es fumadora, lo que supone que aproximadamente 1.100 millones de personas en el mundo hacen uso y abuso del tabaco (OMS, 2003). A pesar de que en los países desarrollados el consumo de tabaco está descendiendo, existiendo una importante condena social, la FAO calcula un incremento de la producción y consumo de tabaco con previsiones que alcanzan el año 2010 (Barrueco, Hernández y Torrecilla, 2001). Argumentan varias razones para este aumento como, por ejemplo, la extensión hacia otros países y el progresivo incremento de la población.

López, Corrishow y Piha (1994) realizaron un análisis acerca del proceso evolutivo de la pandemia tabáquica. Su modelo epidemiológico incluye una división en fases que recoge, desde sus inicios, la aparición y consolidación de este problema de salud pública. Este modelo por fases explica cómo en los países desarrollados la prevalencia del tabaquismo va disminuyendo. Se parte de una fase de inicio y progreso de la pandemia tabáquica, en la que los hombres son los principales consumidores y donde existe una importante aceptación social. En la fase de consolidación, en la que la morbilidad es importante, se constata un descenso relevante del consumo por parte de los hombres acompañado de un espectacular ascenso en las mujeres. La última fase, de concienciación, se caracteriza por la conciencia y el rechazo social acompañados de políticas

estructuradas dirigidas a la regulación y a medidas restrictivas. Desgraciadamente, este modelo epidemiológico es extrapolable a todos los países del planeta, viéndose obligados los países subdesarrollados a pasar por las fases ya superadas por el primer mundo (véase la tabla 1.6).

La última Encuesta Nacional de Salud realizada en España entre adultos de 16 años o más, indica que un 26,4% de la población española fuma diariamente (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006; véase la figura 1.2). Esta encuesta ha encontrado que la franja de edad en la que más se consume tabaco es la emprendida entre los 16 y los 35 años. Este dato sitúa a España en consonancia con el modelo evolutivo del tabaquismo de los países desarrollados (López et al., 1994). Los jóvenes siguen fumando más, aunque existe un importante índice de cesación del hábito tabáquico, atenuándose así las cifras globales. Un dato importante que arroja la Encuesta Nacional de Salud es que los más mayores fuman menos y que la diferencia de género se estrecha (véase la figura 1.2), justo lo que predice el modelo evolutivo de la pandemia tabáquica (López et al., 1994).

Figura 1.2. Evolución del consumo de tabaco en España según género (16 años o más)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

Tabla 1.6. Modelo evolutivo de la pandemia tabáquica (López et al., 1994)

<b>Fases</b>	<b>Características</b>
<i>Una o de inicio</i>	Supone el inicio de la pandemia tabáquica. Su duración aproximada es de 10-20 años. Se registra una prevalencia inferior del 15% de consumo de tabaco entre los hombres y del 5% entre las mujeres, con una incorporación al consumo 10-15 años más tardía que en los hombres. El consumo medio no sobrepasa los 500 cigarrillos al año. La morbimortalidad es escasa y la aceptación social es relevante.
<i>Dos o de progreso</i>	La duración de esta etapa es de 20-30 años. Se caracteriza por un incremento rápido del consumo por parte de los hombres (70-80%) y escasos exfumadores. El incremento de consumo de las mujeres es mucho menos acusado. El consumo medio de cigarrillos al año se duplica y en algunos casos llega a triplicarse. El hábito se generaliza a todas las clases sociales. Comienzan a registrarse los primeros intentos de prevención.
<i>Tres o de consolidación</i>	La duración aproximada es de 30 años. Comienza un descenso de consumo por parte de los varones y un espectacular incremento de las mujeres. Sin embargo el consumo medio de cigarrillos por parte de los fumadores continúa incrementándose. Además comienza un importante despunte de la morbimortalidad asociada al tabaco. El nivel de información se incrementa y comienza a implantarse los primeros programas de tratamiento estandarizados. Las políticas de control comienzan a ser más importantes, unidas a las restricciones en el acceso al tabaco.
<i>Cuatro o de concienciación y rechazo social</i>	Suponen los últimos 20 años. La prevalencia de género tiende a igualarse. En esta época se observa el pico máximo de mortalidad en hombres, aunque en los momentos finales se encuentra un descenso. Los niveles de mortalidad en mujeres se igualarán al de los hombres 20 años más tarde. Esta etapa se caracteriza por la concienciación social ante la pandemia más importante del siglo XX, con importantes consecuencias en temas de salud pública. Respecto a políticas de control, se comienzan a implantar programas integrales de restricción y el diseño de lugares sin humos.

La Encuesta Domiciliaria sobre Drogas (Observatorio Español sobre Drogas, 2006) revela que el consumo diario en España continúa siendo una variable diferencial entre hombres y mujeres (37% y 28,6% respectivamente). Estas diferencias relativas son más altas en los grupos de mayor edad (28,7% en hombres frente 10,7% en mujeres en el grupo de edad de 55 a 64 años). El consumo medio de cigarrillos es de 14,5 al día, y la edad de inicio se sitúa en los 16,4 años, resultando más temprana en hombres que en mujeres.

Los trabajos de investigación realizados en España no incluyen otras variables como el estatus socioeconómico o la raza, algo que en la literatura, es contemplado con frecuencia en estudios anglosajones. Huisman, Kunst, y Mackenbach (2005) realizaron un estudio de amplio espectro tomando como población de referencia la de los fumadores de la Unión Europea. Estos autores concluyeron que las diferencias educativas eran un predictor de consumo, sobre todo en los países del norte de la Unión Europea. Este efecto, aunque continúa siendo evidente, se vio atenuado en los países pertenecientes al suroeste europeo. Con frecuencia se ha relacionado el nivel educativo con el nivel de socioeconómico, pero no se han encontrado diferencias de consumo en función del nivel socioeconómico, aunque sí diferencias en la susceptibilidad a las políticas gubernamentales de control (Doucet, Velicer y Laforge, 2007). En concreto, los grupos con un nivel socioeconómico más alto eran menos sensibles a las medidas de control centradas en el gravamen de impuestos. Así, ante estas políticas que encarecen los precios de los cigarrillos y de las otras labores del tabaco, aquellas personas que poseen un menor nivel económico dejan de fumar en mayor medida.

## **1.2. Tabaquismo y dependencia de la nicotina**

Uno de los aspectos centrales del consumo del tabaco es la dependencia que genera su uso y abuso. Son múltiples los estudios y organismos que han

subrayado la dependencia tabáquica (U.S.D.H.H.S., 2000, 2004). Muchos de los fumadores que intentan dejar de fumar muestran grandes dificultades y algunos de ellos fracasan en el intento; es por ello que el concepto de dependencia es un aspecto esencial al considerar el tabaquismo como un problema de salud.

Aunque la mayoría de los fumadores son dependientes, no todos lo son, ni cumplen criterios diagnósticos según los sistemas de clasificación diagnóstica al uso como, por ejemplo, el DSM-IV TR (Dierker et al., 2007; Donny y Diercker, 2007).

A nivel clínico, con el fin de operativizar el diagnóstico de dependencia, se suelen utilizar los criterios del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, texto revisado*, o DSM-IV TR, de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2000) o de la *10ª revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993). Ambos sistemas de clasificación se fijan en el concepto dependencia de una droga (véanse las tablas 1.7 y 1.8) y, además, incluyen criterios diagnósticos específicos para el síndrome de abstinencia de la nicotina (véanse las tablas 1.9 y 1.10).

Tabla 1.7. Criterios para el diagnóstico de dependencia de una droga según el DSM- IV TR (APA, 2000)

<p><b>A.</b> Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:</p>
<p><b>1.</b> Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:</p> <p><b>(a)</b> una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado;</p> <p><b>(b)</b> el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.</p> <p><b>2.</b> Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:</p> <p><b>(a)</b> el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (véanse los criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas);</p> <p><b>(b)</b> se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia</p> <p><b>3.</b> La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.</p> <p><b>4.</b> Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.</p> <p><b>5.</b> Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias) o el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.</p> <p><b>6.</b> Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.</p> <p><b>7.</b> Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o ingesta continuada de alcohol a pesar de empeorar una úlcera).</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p><b>Con dependencia fisiológica:</b> signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2)</p> <p><b>Sin dependencia fisiológica:</b> no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2)</p>

Tabla 1.8. Criterios para el diagnóstico de dependencia de una droga según la CIE-10 (OMS, 1993)

<p>A. Tres o más de las siguientes manifestaciones deben haber aparecido simultáneamente durante al menos un mes o si han durado menos de un mes deben de aparecer simultáneamente en un periodo de doce meses:</p>
<p>(1) Deseo intenso o compulsión a consumir la sustancia</p> <p>(2) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de la sustancia, unas veces para evitar el inicio del consumo, otras para poder terminarlo y otras para controlar la cantidad consumida, como se evidencia por: tomar la sustancia durante más tiempo del que se pretendía, o por un deseo persistente o por esfuerzos para reducir el consumo sin éxito.</p> <p>(3) Un cuadro fisiológico de abstinencia cuando se consume menos sustancia o cuando se termina el consumo, apareciendo el síndrome de abstinencia característico por la sustancia o uso de dicha sustancia (o alguna parecida) con la intención de evitar los síntomas de abstinencia.</p> <p>(4) Evidencia de tolerancia a los efectos de la sustancia tales como una necesidad de aumentar significativamente las cantidades de la sustancia necesaria para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, o una marcada disminución del efecto con el consumo de la misma cantidad de sustancia.</p> <p>(5) Preocupación con el consumo de la sustancia, que se manifieste por el abandono de otras fuentes de placer o diversiones a favor del consumo de la sustancia; o en gran parte del tiempo empleado en obtener, tomar o recuperarse de los efectos de la sustancia.</p> <p>(6) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, como se evidencia por el consumo continuado una vez que el individuo es consciente o era presumible que lo fuera por la naturaleza y amplitud del daño.</p>

Tabla 1.9. Criterios para el diagnóstico de abstinencia de la nicotina según el DSM-IV TR (APA, 2000)

<p><b>A.</b> Consumo de nicotina durante al menos algunas semanas.</p> <p><b>B.</b> Interrupción brusca o disminución de la cantidad de nicotina consumida, seguida a las 24 horas por cuatro (o más) de los siguientes signos:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. estado de ánimo disfórico o depresivo</li><li>2. insomnio</li><li>3. irritabilidad, frustración o ira</li><li>4. ansiedad</li><li>5. dificultades de concentración</li><li>6. inquietud</li><li>7. disminución de la frecuencia cardíaca</li><li>8. aumento del apetito o del peso</li></ol> <p><b>C.</b> Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p><b>D.</b> Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.</p>
--

Tabla 1.10. Criterios para el diagnóstico de abstinencia de la nicotina según CIE-10 (OMS, 1993)

<p><b>A.</b> Se deben satisfacer los criterios generales de síndrome de abstinencia</p> <p><b>B.</b> Dos de los siguientes signos deben estar presentes:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>(1) deseo imperioso de tabaco;</li><li>(2) malestar o debilidad muscular;</li><li>(3) ansiedad;</li><li>(4) humor disfórico;</li><li>(5) irritabilidad o inquietud;</li><li>(6) insomnio;</li><li>(7) aumento del apetito;</li><li>(8) incremento de la tos;</li><li>(9) ulceraciones bucales;</li><li>(10) dificultad en la concentración;</li></ol>
--

### **1.2.1. Influencia de la nicotina en el tabaquismo**

La nicotina posee unas propiedades neuropsicofarmacológicas características al relacionarse con diferentes sistemas de neurotransmisión en el sistema nervioso central (SNC). Son numerosos los cambios que la nicotina consumida genera en el organismo más allá de las modificaciones en el SNC (Martín Ruiz, Rodríguez, Rubio, Revert y Hardisson, 2004; Abrous et al., 2002; Solano, Jiménez y Alonso. 2002) (véase la tabla 1.11).

Existe un consenso importante en la idea de que la nicotina actúa sobre el núcleo acumbens (sistema límbico) como cualquier otra droga sirviéndose del sistema dopaminérgico (Micó et al., 2000; Lorenzo-Fernández, 1999; Pontieri, Tanda, Orzi y Di Chiara, 1996). El núcleo acumbens se relaciona directamente con los sistemas de refuerzo.

Por otra parte, se plantea que el núcleo ceruleus, directamente relacionado con la respuesta de ansiedad e influido por la neurofisiología noradrenérgica, sería el responsable de los síntomas de abstinencia ante la ausencia de la nicotina y tras un consumo crónico de la misma (Micó et al., 2000).

Tabla 1.11. Cambios que produce la nicotina en el organismo (Martín Ruiz, Rodríguez, Rubio, Revert y Hardisson, 2004)

<b>Sistema corporal</b>	<b>Efectos</b>
Efectos noradrenérgicos	Incremento de la liberación de la hormona adrenocorticotropa, cortisol, vasopresina, aldostesterona, hormona del crecimiento y prolactina.
Aparato circulatorio	Incremento de la presión sanguínea, vasoconstricción a nivel de pequeños vasos periféricos. Descenso de temperatura en manos y pies.
Sistema gastrointestinal	Reducción o supresión de las contracciones de la pared gástrica e incremento de las secreciones ácidas del estómago, gastritis y úlceras. Puede provocar la supresión de la insulina del páncreas.
Sistema respiratorio	Incremento de la frecuencia respiratoria que reduce la función inmunitaria del pulmón, lo que favorece el desarrollo de neoplasias e infecciones.
Perfil lipídico	Incremento de los niveles de colesterol-lipoproteínas de baja densidad y de muy baja densidad y baja las de alta densidad. Favorece la formación de placas de ateroma.
Coagulación	Incremento en el recuento celular y en el tamaño y descenso en la capacidad de deformación. Mayor número de plaquetas y descenso de prostaglandinas I <sub>2</sub> favorece la adhesividad plaquetar, lo que puede dar lugar a trombos plaquetarios intravasculares.
Metabolismo	Incremento del metabolismo basal.
Interacciones metabólicas	Interacciones con muchas sustancias, incluidos fármacos que utilizan la misma vía de metabolización de la nicotina bien incrementando o compitiendo en su metabolización.

### **1.2.2. Modelos del tabaquismo basados en el reforzamiento negativo**

Los modelos basados en el reforzamiento negativo postulan que la conducta de fumar está destinada a prevenir estados negativos como consecuencia del uso continuado y crónico de una determinada sustancia. Además supone una cierta *automedicación* en la que el individuo pretende regular estados negativos más allá de los síntomas de abstinencia provocados por un consumo crónico de tabaco (Eissenberg, 2004). Parece probada la relación entre la ausencia de nicotina en el organismo y la acción noradrenérgica en el núcleo ceruleus del sistema límbico, responsable de experiencias relacionadas con la ansiedad y el malestar (U.S.H.H.D.S, 2004; Micó et al. 2000). Así pues, bajo estos modelos, la dependencia del tabaco estaría directamente influida por el consumo como método de evitación de un estado de malestar provocado por la abstinencia de la nicotina y, probablemente, con la evitación de otros estados negativos no relacionados directamente con la abstinencia de la nicotina.

### **1.2.3. Modelos del tabaquismo basados en el reforzamiento positivo**

Este tipo de modelos complementan el anterior en la medida que asumen que el consumo de tabaco se ve reforzado de manera positiva ante la acción reforzante de la nicotina en el sistema límbico, más concretamente en el núcleo acumbens, responsable del sistema de refuerzo (Micó et al. 2000). Además se asume que la nicotina puede provocar un incremento en la concentración e incluso en el estado de ánimo por lo que conformarían, junto con la estimulación del núcleo acumbens, un conjunto de reforzadores primarios que acabarían a la postre por motivar el mantenimiento del consumo y como consecuencia la consolidación de la dependencia (Barrueco, Hernández y Torrecilla, 2006; Graña, 1994).

#### **1.2.4. Modelos cognitivos y del aprendizaje social del tabaquismo**

Este tipo de modelos postulan que es necesario considerar otras variables para explicar la dependencia del tabaco, en concreto, las expectativas de los individuos, la autoeficacia percibida, los modelos de afrontamiento y el *craving*.

Estos factores son aprendidos y dependen del entorno social del individuo. Así, una persona que consume de manera continuada tabaco desarrollará una tolerancia que le llevará a incrementar los niveles de consumo con el fin de cumplir con las expectativas que tiene acerca de los efectos derivados del consumo. De la misma manera, la autoeficacia percibida por el individuo respecto a su capacidad para dejar de fumar o para resistirse a fumar se vería inversamente afectada (Brandon, Herzog, Irvin y Gwaltney, 2004). Por otra parte, modelos familiares, entorno social y publicidad repercuten en el modo en que el individuo afronta el tabaquismo. Igualmente, estos factores tienen que ver con la historia de aprendizajes de la persona. Por último, el *craving* supondría un factor latente que mediaría entre el consumo del individuo y su nivel de dependencia. Esta variable explicaría por qué dos fumadores “iguales” en pauta de consumo pueden mostrar niveles diferentes de dependencia.

#### **1.2.5. Hacia un modelo integrador del tabaquismo**

Jaffe (1982) propone una recopilación de los distintos tipos de tolerancia a la droga y resalta 3 clases: (1) disposicional, que hace referencia a la capacidad que tiene el organismo en convertir la droga circulante en el torrente sanguíneo en componentes inactivos que son excretados; (2) la farmacodinámica, que hace referencia a las distintas modificaciones que la droga genera en el organismo del individuo en todos los sistemas *afectados* (la mayoría de modelos que postulan la influencia farmacodinámica proponen mecanismos homeostáticos de contradaptación en el sistema nervioso central), y (3) la conductual, que ofrece una

visión basada en que los estímulos ambientales y conductuales influyen y modelan la tolerancia (Graña, 1994).

En este último sentido, los procesos de condicionamiento clásico explicarían la asociación de diferentes estímulos ambientales y conductas con las respuestas propias al consumo de la nicotina. Estas respuestas condicionadas tras la ingestión repetida de nicotina acompañada de estos estímulos y conductas, provocan la *tolerancia condicionada* (Siegel, 1975). Ante la presencia de estos estímulos condicionados, los procesos pavlovianos predicen una respuesta condicionada compensatoria. Si estos efectos interactúan con los que la droga ejerce en el organismo, se atenúan los efectos de la droga.

En el caso de tabaco, se ha de recordar que la conducta de fumar se repite varias veces al día, lo que supone asociar repetidamente la propia conducta y los estímulos ambientales que la acompañan con los efectos que la nicotina provoca en el organismo. Así, ante la ausencia de la sustancia, incluso tras el paso del tiempo, las personas con dependencia de la nicotina sienten mayor deseo de fumar en algunas situaciones que en otras; es el efecto de la *abstinencia condicionada* (Siegel, 1975).

Este modelo ha de ser considerado complementario con los anteriores, tanto con los que enfatizan el papel de los procesos operantes de reforzamiento negativo y positivo como con los que han hincapié en las diferencias individuales en los procesos cognitivos y en los procesos derivados del aprendizaje social.

Los manuales diagnósticos al uso consideran la dependencia más como un estado, en el que la persona será dependiente si según su consumo cumple o no los criterios establecidos, que como un proceso. Sin embargo, otros autores ofrecen una visión de la dependencia más como un proceso continuo que como un estado, de manera que variables como la historia de consumo y otras dimensiones

asociadas son esenciales para determinar el nivel de la dependencia de los individuos (Tiffany, Concklin, Shiffman y Clayton. 2004; Kassel, 2000).

## **Capítulo 2.**

# **Tratamientos para dejar de fumar**



## 2. TRATAMIENTOS PARA DEJAR DE FUMAR

Desde hace años es conocido que el tabaquismo es una epidemia que supone la principal causa de morbilidad prevenible (Doll y Hill, 1956). Sus efectos en el organismo han sido constatados al igual que el poder de dependencia que genera. Entre un 95 y un 98% de los fumadores que deciden dejar de fumar por sus propios medios acaban por recaer a medio o largo plazo. Por otra parte, los tratamientos clínicos que han demostrado empíricamente su eficacia pueden multiplicar por 6 o más la abstinencia del tabaco, llegando a cifras de un 30% de abstinencia al año (Fiore et al., 2008; NICE, 2006b, 2007b; Sánchez Meca, Olivares y Alcázar, 1998; Stead y Lancaster, 2005). Así, parece evidente que implantar tratamientos eficaces para dejar de fumar ha de ser unos de los principales objetivos de los agentes de salud.

La publicación de guías clínicas dirigida a esos agentes de salud parece uno de los principales hitos en la formulación de pautas de actuación para el abordaje del tabaquismo. Son múltiples las guías planteadas en las que se propone la necesidad de ofrecer a los fumadores los tratamientos más eficaces así como aquellos que muestren los mejores índices en términos de la relación costes-beneficios (NICE, 2007; Fiore et al., 2008). Además, tales guías subrayan el deber por parte del clínico de informar al fumador de la necesidad de dejar de fumar y de atender al momento motivacional que el fumador muestre para la cesación del hábito tabáquico (NICE, 2002). En todas las guías revisadas también se hace una recomendación específica acerca de la importancia del apoyo social y de la intensidad del contacto del clínico con el fumador como elemento esencial en el buen abordaje terapéutico (NICE, 2002, 2006, 2007; Fiore et al., 1996, 2000, 2008). Esta idea es frontalmente apoyada por los resultados metaanalíticos del grupo de investigación sobre tratamiento del tabaquismo de la *Cochrane Collaboration* (Lancaster y Stead, 2005).

En este capítulo se presentarán los principales tratamientos que han demostrado ser eficaces para el abordaje del tabaquismo agrupados en cuatro grandes categorías: intervención breve, autoayuda, tratamientos farmacológicos y tratamientos psicológicos (Fiore et al., 2008). Además, se hará un repaso pormenorizado de aquellos formatos que son de uso habitual en el tratamiento de los fumadores y de aquellos componentes que son de especial importancia para realizar un abordaje terapéutico eficaz, efectivo y eficiente.

### **2.1. La intervención breve**

La OMS y la comunidad científica denominan intervención breve al consejo médico (Fiore et al., 1996, 2000, 2008; OMS, 2000). Estos organismos y grupos de investigación plantean el deber del clínico de informar y recomendar al paciente la necesidad de dejar de fumar por los perjuicios que el consumo de tabaco ocasiona en la salud. La guía clínica para dejar de fumar patrocinada por el Departamento de Servicios Humanos y de la Salud de los Estados Unidos o U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 1996) puso de relieve la importancia de realizar estas intervenciones en cualquier contexto clínico. En sus posteriores actualizaciones (Fiore et al., 2000, 2008), dicha guía ha reforzado esta idea y ha precisado las características que este tipo de intervenciones han de poseer para lograr ser eficaces.

Los pasos secuenciales de este consejo mínimo o intervención breve serían: (1) averiguar o conocer al paciente fumador, más allá del motivo de consulta (esta información debe ser recogida en la historia de cada individuo); (2) aconsejar de manera clara, segura y convincente acerca de la necesidad de dejar de fumar (el clínico debe de relacionar el hábito tabáquico con su estado actual de salud); (3) adecuar la intervención al nivel o estadio de cambio del fumador (si está decidido a dejar de fumar, ofrecer al paciente de manera clara las alternativas terapéuticas que le ayudarán en la optimización de su empeño, en cambio, si el paciente no quiere

dejar de fumar, el clínico debe aportarle toda la información necesaria acerca de los perjuicios que el tabaco provoca en su salud, así como los beneficios de dejar de fumar); (4) atender de manera especializada al síndrome de abstinencia del individuo y a su patología o psicopatología en particular, y (5) ofrecer un plan de seguimiento eficaz que permita una optimización del mantenimiento de la abstinencia. Esta pauta de intervención se sintetiza en las guías patrocinadas por el U.S.D.H.H.S. mediante el modelo de las 5 Aes: Averiguar, Asesorar (o aconsejar), Apreciar (o analizar), Ayudar y Arreglar (o acordar) (*Ask, Advice, Assess, Assist, and Arrange*; Fiore et al., 1996, 2000, 2008; véase la tabla 2.1).

Tabla 2.1. Modelo de intervención breve para dejar de fumar de las 5 Aes: acciones y estrategias de aplicación

Acción	Estrategia de aplicación
<p><b>1. Averiguar:</b></p> <p>- Aplicar un sistema que asegure preguntar a todos los pacientes sobre su consumo de tabaco.</p>	<p>- Amplíe los signos vitales para incluir la presencia o no del consumo de tabaco o utilice un sistema universal alternativo para su identificación.</p>
<p><b>2. Asesorar (o aconsejar):</b></p> <p>- Supone animar firmemente a todos los fumadores a que dejen el tabaco.</p>	<p>- El asesoramiento o consejo ha de ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Claro: “Es importante que deje de fumar ahora, y yo puedo ayudarle”; “fumar ocasionalmente o en poca cantidad también es peligroso”.</li> <li>• Firme: “Quiero que sepa que dejar de fumar es la medida más importante para proteger su salud y su futuro”</li> <li>• Personalizado: Asociar el consumo de tabaco con sus síntomas y problemas de salud actuales, su coste social/económico y efecto</li> </ul>

<b>Acción</b>	<b>Estrategia de aplicación</b>
	sobre sus hijos.
<b>3. Apreciar o analizar:</b>	
- Determinar el grado de motivación para hacer un intento de abandono	- Si el paciente está motivado para dejar de fumar ofrecer alternativas terapéuticas eficaces para dejar de fumar. Si el paciente no está motivado, considerar el uso de estrategias motivacionales.
<b>4. Ayudar:</b>	
- Se debe ayudar al paciente a trazar un plan sistemático para dejar de fumar.	- Preparación de los pacientes para el abandono: fije una fecha para el abandono (no más de 2 semanas, hable con sus familiares, amigos y compañeros de trabajo y pida comprensión y apoyo, anticipése a las dificultades durante el abandono principalmente en la primera semana, elimine de su entorno todas las regencias al tabaco, evite estar en lugares en los que pasa mucho tiempo y haga de su casa un lugar libre de humos.
- Recomendar el uso de medicación autorizada, excepto cuando esté contraindicado o en poblaciones especiales.	- Recomiende el uso de medicamentos que han demostrado su eficacia y explique por qué son eficaces.
- Dar consejos prácticos acerca de la solución de problemas y entrenamiento en habilidades.	- Es especialmente importante lograr una abstinencia total. Básese en las experiencias previas de abandono del paciente e identifique qué es lo que le ayudó. Anticipése a las dificultades y desencadenantes del próximo intento. Prevéngale del alcohol ya que es una circunstancia muy asociada a las recaídas. El abandono es mucho más difícil si está acompañado de fumadores, en especial si estos son de la familia.
- Ofrecer apoyo social durante el tratamiento.	- Facilite el apoyo del entorno clínico durante la fase de motivación al abandono.

Acción	Estrategia de aplicación
<p>- Entregar materiales de autoayuda incluyendo información sobre líneas telefónicas de ayuda.</p>	<p>- Utilice fuentes no gubernamentales oficiales, teléfonos de atención al fumador, etc. Adecúe la información en función del nivel cultural, educativo o raza. Ha de estar disponible y ser fácilmente accesible en los centros de trabajo de los profesionales.</p>
<p><b>5. Arreglar (o acordar):</b></p> <p>- Programar el contacto para el seguimiento personal o telefónico.</p>	<p>- Marque un calendario en el que quede claramente fijada la fecha del seguimiento. Se recomienda un primer seguimiento poco después de la fecha de abandono y un segundo seguimiento al mes. Durante el seguimiento se deben anticipar dificultades, y valorar el efecto y uso de la medicación. Trate el tabaquismo como una enfermedad crónica.</p> <p>- Felicite a los pacientes por mantenerse abstinentes. Si se ha producido recaída, revise las circunstancias y motivos y consiga el compromiso del paciente de mantenerse abstinente total. Plantee la necesidad de iniciar un tratamiento más intensivo.</p>

Este tipo de intervenciones son especialmente recomendadas debido al importante alcance que poseen. Las guías clínicas (Fiore et al., 2008) refieren que al año un 70% de la población solicita consulta con su médico y un 50% con el dentista y que un amplio porcentaje rehúsa la posibilidad de someterse a un tratamiento intensivo para el tabaquismo. A pesar de plantear estas recomendaciones como una secuencia lineal, la citada guía matiza que su implementación no ha de efectuarse de manera rígida y necesariamente en el orden propuesto. Además, recomienda de manera expresa, en su capítulo 3, la implementación de este tipo de intervención breve por parte de personal médico.

Además, ofrece pautas específicas para el caso de aquellos pacientes que no desean dejar de fumar. En este caso parece que lo indicado es realizar una intervención breve de corte motivacional. En el caso de que el paciente haya dejado de fumar ya, la guía del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2008) recomienda prestar especial atención a la última “A” o arreglar (*arrange*) de cara a mantener un contacto de seguimiento, aunque la deshabituación no se haya realizado en ese contexto clínico.

Se ha estudiado con frecuencia la eficacia de estos procedimientos en función del grado de intensidad de la intervención (Sigaly y Stead, 2003). Por sus altos niveles de eficiencia (mínima inversión temporal en la intervención) parece que este procedimiento es recomendable para el tratamiento del tabaquismo (Lancaster y Setad, 2005; Pereiro, Becoña, Córdoba, Martínez y Pinet, 2008; Stead y Lancaster, 2006). Lancaster y Stead (2001), tras realizar un metaanálisis de estudios de eficacia, encuentran una razón de posibilidades u *odds ratio* de 1.55 (OR = 1,55) respecto al grupo de control de no tratamiento. No obstante, se constata que la intensificación del contacto terapéutico optimiza de manera significativa los porcentajes de abstinencia, de manera que respecto al contacto terapéutico mínimo se obtiene una OR de 1,56 (Stead y Lancaster, 2005). En un trabajo posterior, Stead, Bergson y Lancaster (2008) hallaron resultados similares a favor de un contacto terapéutico más intensivo al ser comparado con una intervención breve de una duración menor a 20 minutos y con la no intervención (OR= 1,37 y 1,84 respectivamente). Fiore et al. (2000) matizaron los resultados hallados en la anterior guía clínica publicada por el U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 1996) en la que situaban la eficacia de incluir consejo médico respecto a las condiciones de no tratamiento en una OR de 1,3, con unas tasas estimadas de abstinencia del 10,2%. En la guía clínica posterior (Fiore et al., 2000) se analizó la eficacia del consejo médico en función de diferentes niveles de intensidad y se encontraron

niveles de abstinencia similares a los anteriores para aquellas intervenciones cuya duración era menor a 3 minutos. En cambio, si la sesión de consejo era mayor a 10 minutos las tasas de abstinencia estimada se situaban entorno al 22,1% (OR = 2,3 frente a no tratamiento). Esta misma tendencia se confirmó también en lo que se refiere a las intervenciones con dos o más sesiones de contacto directo: tasas de abstinencia estimada del 24,7% y OR de 2,3 en relación con ninguna o una sesión de consejo.

Existen algunos predictores de éxito para estas intervenciones, como el poseer altos niveles de autoeficacia para dejar de fumar, ser mujer, poseer un alto nivel educativo o manifestar intención expresa de dejar de fumar (Severin et al., 2009). Además se identificó el nivel de dependencia de nicotina y el convivir en un entorno de fumadores como aspectos que correlacionaban de manera inversa con la abstinencia. Por otra parte, parece que el uso de *feedback* en forma de nivel monóxido de carbono (CO) en aire expirado, tiene un impacto positivo sobre aspectos cognitivos como la intención de dejar de fumar y conductuales como la abstinencia, aunque estos resultados sólo se encontraron a corto plazo ya que el impacto del uso de *feedback* basado en el nivel de CO desaparecía en los seguimientos a largo plazo y sólo se mantuvo en aquellos pacientes que mostraban altos niveles de autoeficacia (Shahab, West y McNeill, 2009).

Aunque la investigación acerca de la utilización de las nuevas tecnologías (uso de ordenadores e información digital y multimedia) está demostrando cada vez con más fuerza la utilidad clínica de estos procedimientos, con tasas de abstinencia en torno al 24% (Swartz, Noell, Schroeder y Ary, 2006), el contacto profesional-paciente, si éste es al menos de 40 minutos totales de contacto, sigue mostrando mejores tasas de abstinencia (Newman, Szkodny, Llera y Przeworski, 2010).

## **2.2. Los tratamientos farmacológicos**

La guía clínica del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2008) recomienda como primera opción para el abordaje del tabaquismo el uso de tratamientos farmacológicos. La investigación acerca de la utilidad de estos procedimientos ha crecido en los últimos años de manera exponencial (García-Vera y Sanz, 2006a).

Actualmente, existen tres tipos de tratamientos farmacológicos considerados de primera elección (Fiore et al., 2008; NICE, 2002, 2007a, 2007b) y para los que existen suficientes estudios acerca de su eficacia, efectividad y eficiencia: los sustitutivos de nicotina (chicle, parche transdérmico, pastilla, espray nasal e inhalador bucal), el bupropión y la vareniclina (Barrueco, Hernández y Torrecilla, 2006; Fiore, et al., 2000, 2008; Hughes et al., 2007; Pereiro et al., 2008; Stead et al., 2008).

### **2.2.1. Sustitutivos de nicotina**

El tratamiento del tabaquismo con sustitutivos de nicotina (o terapia sustitutiva con nicotina) consiste en la administración de nicotina por una vía diferente a la del consumo de cigarrillos y en una cantidad suficiente como para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia, pero insuficiente como para crear dependencia (Fagerström y Jiménez, 2004). Las principales guías clínicas (Fiore et al., 1996, 2000, 2008; NICE, 2007, 2008) avalan su eficacia y los sitúan como una de las alternativas terapéuticas de primera elección para dejar de fumar. Además, tales guías proponen que al utilizar este tipo de terapias es necesario conocer los niveles de dependencia nicotínica del paciente con el fin de prescribirle la dosificación más indicada, para lo cual se ha de tener en cuenta el número de cigarrillo que fuma o la puntuación en algún instrumento que mida la dependencia de la nicotina como, por ejemplo, el Test de Dependencia de la Nicotina de Fagerström (véase la tabla 2.2).

Tabla 2.2. Utilización de la terapia sustitutiva de nicotina en función del nivel de dependencia nicotínica del paciente (tomado de Jiménez Ruiz, Fagerström, Ruiz Martín y Cicero Guerrero, 2006, p. 180).

<b>Terapia sustitutiva con nicotina (TSN)</b>				
<b>Determinaciones</b>			<b>Opciones terapéuticas</b>	
<i>NCD*</i>	<i>FNDT*</i>	<i>Chicle</i>	<i>Parche de 24 horas</i>	<i>Parche de 16 horas</i>
10-19	3 o	2 mg	21 mg 4 semanas	15 mg 4 semanas
	menos	8-10 piezas/día 8-10 semanas	14 mg 4 semanas	10 mg 4 semanas
20-30	4-6	4 mg/60 min	21 mg 4 semanas	15 + 10 mg 4 semanas
		12 semanas	14 mg 4 semanas	15 mg 4 semanas
			7 mg 4 semanas	10 mg 4 semanas
Más de 30	7 o más	4 mg/60 min	21 mg 4 semanas	15 + 10 mg 4 semanas
		12 o más	14 mg 4 semanas	15 mg 4 semanas
		semanas	7 mg 2 semanas	10 mg 4 semanas

*Nota.* \* NCD: Número de cigarrillos/día; FNDT: Test de Dependencia de la Nicotina de Fagerström (0-10 puntos)

Al examinar de manera conjunta la eficacia de estos fármacos a corto plazo (4 semanas), Mills, Wu, Spurden, Ebbert y Wilson (2009) encontraron, a través de un metaanálisis, una OR media de 2,05 al comparar sus tasas de abstinencia frente a las tasas de abstinencia de los grupos de placebo o de no tratamiento. Ampliando el rango temporal de los efectos examinados a seguimientos a medio y largo plazo, Stead, Perera, Bullen, Mant y Lancaster (2008), desde la Colaboración Cochrane (*Cochrane Collaboration*), encontraron una OR de 1,58 a favor de la terapia sustitutiva de nicotina al comparar sus tasas de abstinencia frente a las de los grupos de control o placebo. Estos autores señalan que variaciones en su

implementación no incrementan sustancialmente su eficacia (p. ej., incrementar la dosis o el tiempo de tratamiento), aunque Moore (2009) matiza que el uso de terapia sustitutiva de nicotina previo al cese del hábito de fumar puede optimizar las tasas de abstinencia futuras.

Existen cinco tipos de fármacos sustitutivos de nicotina: chicle, spray (aerosol o vaporizador) nasal, parche transdérmico, inhalador bucal y pastilla (comprimido para chupar y tableta sublingual). Los cinco tipos han obtenidos unos índices de eficacia similares, los cuales se detallan a continuación para cada uno de dichos fármacos junto a sus dosis de administración habituales y sus efectos secundarios más frecuentes (véanse también las tablas 2.2, 2.3 y 2.4).

*a) Chicle de nicotina:* El chicle está compuesto por 2 ó 4 mg de nicotina unida a una resina de intercambio iónico que permite que sea liberada conforme se va masticando. Contiene un tampón que permite mantener un pH de 8,5 que facilita la absorción de la nicotina a través de la mucosa bucal (Fargeström y Jiménez, 2004; Schneider, 1992). Con la utilización del chicle se obtienen, a los 15-30 minutos, unos niveles de nicotina en plasma que oscilan entre 5 y 10 mg/ml, dependiendo de la cantidad de nicotina que contenga el chicle. Es fundamental informar al fumador que si antes, cuando fumaba, tan sólo tardaba 7 segundos en notar los efectos de la nicotina tras las primeras caladas al cigarrillo, ahora, al masticar el chicle de nicotina, el tiempo de espera en notar los efectos de la nicotina puede ascender a 5-7 minutos (Jiménez Ruiz et al., 2006). La principal ventaja de esta forma de terapia sustitutiva de nicotina es que es un método rápido de obtención de nicotina que permite ser usado cuando el fumador lo necesita.

Este procedimiento muestra un índice medio de eficacia, en términos de su OR media en comparación con un placebo farmacológico, igual a 1,66 (Sigaly, Lancaster, Stead, Mant y Fowler, 2004). Por otra parte, en un meta-análisis más

actualizado se ha rebajado este índice a una OR media de 1,43 en comparación con placebo y no tratamiento al año de finalizar el tratamiento (Stead et al., 2008).

Los principales inconvenientes del chicle de nicotina como terapia para dejar de fumar tienen que ver con un mal uso del mismo. Muchos pacientes consumen menos chicles de lo aconsejado o no lo hacen de forma correcta, por lo que obtienen una dosis de nicotina más baja de lo que sería deseable para prevenir los síntomas de abstinencia o para alcanzar un pico de nicotina suficiente en determinadas situaciones que estaban asociadas al hábito de fumar, con lo cual se puede interferir en el correcto desvanecimiento del hábito. Además, como muchos otros medicamentos, los chicles tienen efectos secundarios, siendo los más frecuentes indigestión, náuseas, flatulencia, diarrea y dolor de boca o garganta (Fagerström y Jiménez, 2004).

b) *Espray (aerosol o vaporizador) nasal de nicotina*: Es una de las modalidades de terapia sustitutiva con nicotina menos estudiada y utilizada. En España ha estado disponible hasta hace unos años bajo el nombre comercial de Nicotrol; actualmente, tras su retirada por el laboratorio que lo comercializaba, no existe en España ningún espray nasal de nicotina aprobado o comercializado (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2011). La nicotina liberada se deposita en la mucosa nasal, muy vascularizada, lo que proporciona un precoz pico de nicotina que imita al que se produce cuando se da una calada al cigarrillo. Por esta razón, y porque el paciente es quien controla cuando aplicarse el espray, Jiménez Ruiz et al. (2006) consideran que su uso está indicado en aquellos casos en los que los niveles de dependencia son muy elevados. Con cada instilación se depositan 0,5 mg de nicotina (Hjalmarson, Franzon, Westin y Wiklund, 1994). Se recomienda que el paciente haga tantas aplicaciones como considere necesarias sin sobrepasar los 5 mg a la hora o los 40 mg al día. A partir del tercer mes se recomienda ir reduciendo progresivamente la aplicación del fármaco

(Hjalmarson et al., 1994), sin que esta se alargue más de 6 meses (Jiménez Ruiz et al., 2006).

La eficacia de este procedimiento se sitúa en torno a una OR de 2,27 frente a la no intervención (Sancho, Gorgojo, González y Salvador, 2003). Por otra parte, Stead et al. (2008), en su revisión metanalítica de la eficacia de los sustitutivos de nicotina, presentan datos de eficacia para el spray nasal de nicotina respecto al no tratamiento, que indican una OR de 2,07 en relación con la abstinencia al año. Estos datos son coincidentes con los expuestos en el metaanálisis de Fiore et al. (2008), los cuales sitúan su eficacia en una OR de 2,3 respecto al placebo y en relación con la abstinencia a los 6 meses de dejar de fumar. En la misma línea, Eisenberg et al. (2008) informan de una OR de 2,37 frente a una condición de no tratamiento.

Los principales inconvenientes del uso del spray nasal de nicotina estriban en el riesgo de que la dependencia física de la nicotina se transfiera del cigarrillo al spray, ya que produce niveles de nicotina en sangre similares en cantidad e inmediatez a los que se obtienen con el cigarrillo (Fagerström y Jiménez, 2004). De hecho, el spray produce picos de nicotina en sangre mucho más grandes que el chicle o los parches de nicotina y, además, de manera más inmediata que éstos, y algunos estudios sugieren que cerca del 40% de los pacientes que siguen utilizándolo más allá de los seis meses recomendados desarrollan dependencia del mismo (Jiménez Ruiz et al., 2006). Por otro lado, el spray produce más efectos secundarios locales que los otros tipos de terapia sustitutiva con nicotina, en particular, irritación nasal y de garganta, rinorrea, lagrimeo y estornudos (entre el 73 y el 100% de los pacientes) y tos (entre el 46 y el 82%) (Jiménez Ruiz, Ramos Pinedo y Flores Martín, 2003).

c) *Parche de nicotina*: La terapia sustitutiva con parches de nicotina junto con la terapia sustitutiva con chicles de nicotina son actualmente los procedimientos

más generalizados en la práctica clínica del tratamiento del tabaquismo y los que más estudios han promovido en los últimos años (García Vera y Sanz, 2006a). Los parches de nicotina se aplican sobre la piel (parches transdérmicos) y se presentan con diferentes dosificaciones de nicotina y con dos maneras distintas de liberarla. En una de ellas, la liberación de nicotina se produce durante 16 horas y al paciente se le pide que prescinda del parche mientras duerme, mientras que en los parches de 24 horas la liberación es más homogénea a lo largo del día y el paciente no ha de quitarse el parche al irse a la cama. El parche debe ser aplicado en una zona de la piel limpia y sin vello, y se recomienda cambiar diariamente la región corporal donde se aplica para evitar problemas de piel.

La eficacia de los parches de nicotina se sitúa, respecto al placebo, entre una OR media de 1,9 en los seguimientos a los 6 meses de dejar de fumar (Fiore et al., 2008) y una OR media de 1,74 en los seguimientos al año de alcanzar la abstinencia (Sancho et al., 2003). No obstante, si se analiza la eficacia de los parches con dosis altas de nicotina (más de 25 mg diarios), la OR se sitúa en 2,3 respecto a la abstinencia del grupo placebo (Fiore et al., 2008). Sin embargo, la revisión metanalítica de la Colaboración Cochrane sólo encuentra un beneficio de una OR de 1,15 cuando se compara la aplicación de parches con dosis altas de nicotina frente a la aplicación de parches con dosis estándar (Stead et al., 2008), aunque sí matiza que el uso de parches con dosis altas de nicotina puede ser útil como preparación antes de un cese abrupto del hábito tabáquico.

Las principales ventajas del uso de parches respecto a otras formas de administración de la nicotina tienen que ver con el hecho de que la administración es pasiva (el individuo no tiene que hacer nada para administrarse la dosis) e implica menos tiempo y esfuerzo a la hora de entrenar a los fumadores en su uso (NICE, 2002), todo lo cual incide en que se consiga un elevado nivel de adherencia al tratamiento que algunos estudios cifran en un 82-96% de los pacientes que los

utilizan frente al 38-48% de los que utilizan chicles de nicotina, al 15-24% de los que usan el espray nasal de nicotina y al 11-17% de los que emplean el inhalador de nicotina (Hajek, West, Foulds, Nilsson, Burrows y Meadow, 1999). Además, el pico de nicotina es retardado (4-8 horas) superando las limitaciones que presenta el espray o los chicles de nicotina para alcanzar niveles estables de nicotina en sangre. Es más, el hecho de que los picos de nicotina alcanzados con los parches sean más bajos, pero más estables, que con otros sustitutos de la nicotina, facilita que la deshabituación psicológica no se vea afectada o interferida por el uso de los parches y de que no se corra peligro de que se dé una transferencia de la dependencia física de los cigarrillos a los parches. Los síntomas secundarios observados con más frecuencia entre los fumadores que utilizan parches de nicotina son picor, eritema y quemazón en la zona del parche (35% de los pacientes), cefalea (4%), náuseas (4%), insomnio (12%), disomnias (5%), vértigo (4%) y, en algunos casos, tos, palpitaciones y sudoración (Jiménez Ruiz et al., 2003).

d) *Inhalador bucal de nicotina*: Se trata de una modalidad de terapia sustitutiva con nicotina no comercializada todavía en España (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2011), y que también ha sido relativamente poco investigada. El dispositivo puede ser utilizado realizando una profunda inhalación o dando chupadas poco profundas, lo que conlleva que la absorción de la nicotina se centre en órganos diferentes (en los grandes bronquios, en el primer caso, o en la orofaringe, boca y esófago, en el segundo caso), pero no supone diferencias en los niveles de nicotina alcanzados (Jiménez Ruiz et al., 2006). Con el inhalador bucal se consiguen niveles de nicotina en sangre de forma rápida, pero menores y de forma más tardía que los que se obtienen con el espray de nicotina (Jiménez Ruiz et al., 2006). La eficacia del inhalador bucal se sitúa en torno a una OR de entre 1,90 y 2,01 respecto a no tratamiento/placebo (Fiore et al., 2008; Stead

et al., 2008). Una de las principales ventajas del inhalador bucal frente a otras modalidades de administración de la nicotina es que, supuestamente, ayudaría a controlar la dependencia psicológica asociada al hábito de tener un cigarrillo entre los dedos y llevárselo a la boca. Su principal desventaja, compartida por otras modalidades de administración de la nicotina que también producen efectos muy inmediatos en el sistema nervioso al facilitar que la nicotina llegue rápidamente al torrente sanguíneo, es que presenta un riesgo alto de dependencia al propio dispositivo (Fiore et al., 2008; Sancho et al., 2003). Los efectos secundarios más comunes del inhalador bucal de nicotina son la irritación bucal y faríngea (hasta en el 40% de los pacientes), la tos (32%) y la rinitis (23%) (Fiore et al., 2008).

e) *Pastillas de nicotina (comprimidos para chupar y tabletas sublinguales):*

Esta modalidad de administración de la nicotina es similar al chicle de nicotina y se recomienda en aquellos pacientes con problemas en la articulación temporomandibular que les impide masticar chicle. Tanto en los comprimidos para chupar como en las tabletas sublinguales, la nicotina se absorbe a través de la mucosa bucal, en dosis de 2 mg o de 4 mg según el consumo de cigarrillos del paciente (en España algunas marcas de comprimidos para chupar también presentan posologías de 1 mg y 2 mg de nicotina). En el caso de los comprimidos para chupar se pide al paciente que chupe lentamente el comprimido hasta que se disuelva totalmente, mientras que en el caso de las tabletas sublinguales se le pide que lo mantenga debajo de la lengua y que deje que la saliva lo disuelva lentamente. Al igual que ocurría con el inhalador y el spray de nicotina, la investigación sobre las pastillas de nicotina ha sido más escasa que sobre los parches o los chicles de nicotina. De hecho, en el estudio metaanalítico de Stead et al. (2008) sólo se incluyeron 4 estudios sobre la eficacia de las pastillas de nicotina que cumplían las condiciones requeridas. Los resultados obtenidos por estos autores indican una OR media de 2,00 respecto a placebo/no tratamiento, índice de

eficacia muy similar al encontrado por Eisenberg et al. (2008). Dada su semejanza con los chicles de nicotina, las ventajas e inconvenientes de las pastilla de nicotina como terapia para dejar de fumar son similares a las que presentan aquellos. Como efectos secundarios más frecuentes de las pastillas de nicotina se han descrito hipo, sensación de ardor, picazón bucal, tos, sequedad labial y úlceras bucales (Jiménez Ruiz et al., 2006).

En resumen, las guías clínicas y las revisiones de la literatura científica sobre los tratamientos para el tabaquismo concluyen que las terapias basadas en la sustitución de la nicotina son eficaces para dejar de fumar (véase la tabla 2.3). De hecho, junto con los tratamientos psicológicos, son los tratamientos para el tabaquismo con mayor tradición (García-Vera y Sanz, 2006a), aunque desde hace unos años la investigación se haya ido centrando progresivamente más en otros tipos de fármacos no nicotínicos. La eficacia de la terapia sustitutiva con nicotina queda demostrada sobre todo en aquellos fumadores con más dependencia. Por otro lado, las guías clínicas que la recomiendan como una de las primeras opciones de tratamiento, desaconsejan su uso para los pacientes con problemas cardiovasculares y para las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia (AETS, 2003; Becoña, 2006; Fiore et al., 2008), y advierten sobre sus posibles efectos secundarios que, aunque no muy graves, merecen ser objeto de una supervisión estrecha por parte de los clínicos (véase la tabla 2.4).

Tabla 2.3. Eficacia de la terapia sustitutiva con nicotina en función de diferentes metaanálisis y revisiones de la literatura científica

Metaanálisis o revisión	Modalidad de terapia sustitutiva con nicotina									
	Chicle		Parche		Inhalador bucal		Espray nasal		Pastilla	
	OR	%	OR	%	OR	%	OR	%	OR	%
NICE (2002) / Sancho et al. (2003)*	1,66	19,6	1,74	14,3	2,08	17,1	2,27	23,8	1,73	20,1
Mills et al. (2009)**	1,7	–	2,1	–	–	–	–	–	–	–
U.S.D.H.H.S. (2008)*	2,2	26,1	1,9	23,4	2,1	24,8	2,3	26,7	–	–
Stead et al. (2008)*	1,4	–	1,6	–	1,9	–	2,0	–	2,0	–
Eisenberg et al. (2008)*	1,6	–	1,8	–	2,1	–	2,3	–	2,1	–

*Nota.* OR = razón de posibilidades (*odds ratio*) respecto a las condiciones placebo o no tratamiento. % = tasa de abstinencia del tabaco.

\* Los resultados hacen referencia a los 6 meses de seguimiento como mínimo.

\*\* Los resultados hacen referencia a un seguimiento a corto plazo (1 mes).

Tabla 2.4. Principales efectos adversos y contraindicaciones de la terapia sustitutiva con nicotina (elaborado a partir de Jiménez Ruiz et al., 2006)

<b>Tipo de terapia sustitutiva de nicotina</b>	<b>Efectos secundarios</b>	<b>Contraindicaciones</b>
Chicles de nicotina	Indigestión, náuseas, flatulencia, diarrea, dolor de boca, garganta	Infarto agudo de miocardio reciente (menos de 4 semanas), angina inestable, arritmias graves, problemas dentales, problemas articulatorios de la mandíbula
Parches de nicotina	Picor, eritema y quemazón en la zona del parche (35 % de los pacientes), cefalea (4%), náuseas (4%), insomnio (12%), disomnias (5%), vértigo (4%) y, en algunos casos, tos, palpitaciones y sudoración	Úlcera péptica, eccema o dermatitis atópica, hipertensión arterial no controlada, infarto de miocardio reciente (menos de 4 semanas de evolución), angina de pecho inestable, hipertiroidismo
Espray nasal de nicotina	Irritación nasal y de garganta y estornudos (73- el 100% de los paciente), tos (46- 82%)	Problemas nasosinuales, asma, alergias
Inhalador bucal de nicotina	Irritación bucofaríngea, tos	Irritación bucofaríngea, úlceras en la boca

### 2.2.2. El bupropión

El bupropión (hidrocloruro de bupropión) es el primer fármaco no nicotínico para la dependencia tabáquica. Es un antidepresivo monocíclico que ha

demostrado su seguridad y eficacia para el tratamiento de la abstinencia tabáquica (Fiore et al., 2000, 2008; NICE, 2002, 2007).

Aunque no se conoce su mecanismo de acción, investigaciones recientes apuntan a una acción compleja en el sistema nervioso central. Parece actuar mediante el bloqueo de la recaptación de dopamina y noradrenalina, comportándose como agonista no competitivo del receptor nicotínico (Roddy, 2004). Se piensa que la acción del bupropión sobre el centro de la recompensa del encéfalo simula al de la nicotina y, de esta manera, media en los síntomas de abstinencia (Hays y Ebbert, 2003).

Se recomienda una dosis inicial de 150 mg al día la primera semana, incrementándose al doble en la segunda, en la que se debe dejar de fumar. El tratamiento se extiende entre las 8 y las 12 semanas (Gurrea y Pinet, 2004). Por otra parte, la última guía clínica de la U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2008) recomienda que sea a partir del cuarto día cuando se eleve a 300 mg al día la dosis administrada. Además propone que se mantenga una única dosis de 150 mg al día en aquellos tratamientos a largo plazo que se extiendan a 6 meses tras el abandono del tabaco.

En cuanto a la eficacia del bupropión, Hughes, Stead y Lancaster (2007), tras revisar metanalíticamente 31 ensayos, obtienen una OR de 1,94 respecto al no tratamiento/placebo en los seguimientos realizados a los 6 meses de dejar el tabaco. Estos datos son coincidentes con los presentados por Fiore et al. (2008) que hallan una OR de 2,0 frente a no tratamiento/placebo a los 6 meses de haber dejado de fumar. Un metaanálisis reciente de Eisenberg et al. (2008) obtiene una tasa media de abstinencia en el seguimiento al año del 30,3%, y una OR de 2,18 frente a la tasa de abstinencia media del placebo cuando se calculan dichas tasas en los seguimientos a los seis meses de dejar de fumar.

Los efectos secundarios que se pueden observar en el tratamiento con bupropión son sequedad de boca, insomnio, náuseas y cefalea (Fiore y Theobald, 2006). Por otra parte, el bupropión está contraindicado en pacientes con convulsiones ya que algunos estudios han encontrado un cierto riesgo convulsivo tras su ingesta (McRobbie, Lee y Juniper, 2005). Otras contraindicaciones son la presencia de tumores en el sistema nervioso central o de trastornos de la conducta alimentaria, el uso complementario de antidepresivos inhibidores de la MAO, la existencia de antecedentes de trastorno bipolar, y el hecho de que los pacientes estén dejando una adicción al alcohol o que se les acabe de retirar bruscamente un tratamiento basado en benzodiazepinas (Fiore et al., 2008).

### **2.2.3. La Vareniclina**

Los datos empíricos sobre la eficacia de este fármaco para dejar de fumar son recientes (Cahill, 2007; Fiore et al., 2008; NICE, 2007b). Anteriores guías planteaban como primera opción farmacológica para el abordaje del tabaquismo únicamente el bupropión y la terapia sustitutiva con nicotina (Fiore et al., 2000; NICE, 2002), pero en los últimos años múltiples estudios han centrado su atención en este nuevo fármaco y han demostrando su eficacia, por lo que ha sido incluida en el grupo de primeras opciones farmacológicas para el tratamiento del tabaquismo (Cahill, 2007; Hughes, et al., 2007; NICE, 2010).

La vareniclina es un agonista parcial de un tipo de receptor nicotínico que consigue un incremento de la dopamina disponible en el núcleo acumbens, por lo que reduce los efectos mediados por la nicotina (Pérez, Clemente, Bartolomé y Herrero, 2006).

Se recomienda que el tratamiento se extienda durante 14 semanas en dosis de 1 ó 2 mg diarios según los casos (Fiore et al., 2008).

Los efectos secundarios más frecuentes asociados al uso de la vareniclina son: náuseas (hasta en un 30% de los casos), problemas del sueño (insomnio, pesadillas, etc.), estreñimiento, flatulencia y vómitos (NICE, 2007b). La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2008) ha advertido que este medicamento podría provocar problemas en el estado de ánimo e incluso un incremento en la probabilidad de experimentar ideación suicida. La propia guía de la NICE (2007b), sobre el uso de la vareniclina, recomienda que se debe prestar especial atención a posibles complicaciones afectivas, incluyendo la conducta e ideación suicida, en los pacientes que usan este fármaco. Consecuentemente, la *U. S. Food and Drugs Administration* (FDA, 2009) pone el acento en la posible patología afectiva comórbida al tabaquismo, refiriendo igualmente problemas de ideación suicida en la mayoría de estudios revisados en población sin antecedentes psiquiátricos, en los cuales la citada ideación es concurrente con el uso de la vareniclina.

Tonsands et al. (2005) han encontrado tasas de abstinencia del 44% de los fumadores tratados con vareniclina tras 12 semanas desde que había dejado de fumar. Al cabo de un año, continuaban sin fumar un 22,1% de los pacientes. Estudios más recientes informan de una OR de 2,55 al año tras dejar de fumar respecto al grupo de control con placebo (Eisenberg et al., 2008). Al analizar el índice de eficacia a los 6 meses, Fiore et al. (2008) encontraron, en promedio, un 33,2% de abstinentes entre los pacientes tratados con este fármaco, con una OR de 3,1 frente a la tasa de abstinencia de los pacientes tratados con placebo. Estos resultados son muy similares a los que obtuvo en su revisión metaanalítica el NICE (2007, 2010), que informa de una OR de 3,85 frente al placebo, o a los reportados por la Colaboración Cochrane (Cahill y Stead, 2009), que informan de una OR de 2,33 a favor de la vareniclina en comparación con las tasas de abstinencia de los tratamientos placebo. Además, en todos los estudios analizados en este apartado

se ha constatado mejores tasas de abstinencia de este fármaco si se compara con otros fármacos, como la terapia sustitutiva de nicotina o el bupropión con unas OR que oscilan entre 1,5 y 2,3.

### **2.3. Tratamientos psicológicos**

La investigación acerca de la eficacia y utilidad clínica de los tratamientos psicológicos para dejar de fumar es amplia. Surge en los años 60, de la mano de las técnicas de modificación de conducta. Con el paso de los años se han ido sofisticando estos tratamientos con la inclusión de otras técnicas conductuales, cognitivas, motivacionales y de prevención de recaídas. La investigación en procedimientos psicológicos hasta la mitad de los años 90 era floreciente y suponía claramente la referencia para el abordaje del tabaquismo con más de 900 estudios hallados entre 1986 y 1993 (Gil Roales-Nieto, 1994). Esta tendencia se ha ido invirtiendo de manera progresiva, produciéndose un aumento espectacular de la investigación farmacológica en detrimento de la psicológica, que sufre una desaceleración importante (García-Vera y Sanz, 2006a).

De manera sistemática, los tratamientos psicológicos han ido demostrando su eficacia y utilidad clínica para dejar de fumar (Alonso-Pérez, Secades y Duarte, 2007; Becoña, 2003, 2004b; Fiore et al, 1996, 2000, 2008; Gil Roales-Nieto, 2003; NICE, 2008, 2007, 2006b, 2006c). No obstante, se observa con desánimo cómo, a pesar de haber demostrado sistemáticamente su eficacia, los tratamientos psicológicos para dejar de fumar no son consideradas terapias de primera línea en algunas de las principales guías de referencia (Fiore et al., 2000, 2008), y eso a pesar de reconocer la eficacia y efectividad de estos tratamientos y de describir al entrenamiento en habilidades y al apoyo social como procedimientos útiles a tal fin con un nivel de evidencia A (el máximo).

El modelo que subyace al tratamiento psicológico supone que fumar es una conducta que se explica fundamentalmente por: (1) factores sociales como la disponibilidad, accesibilidad y publicidad del tabaco; (2) factores psicológicos como el reforzamiento, el aprendizaje social y los procesos cognitivos, y (3) factores fisiológicos relacionados con la dependencia física de la nicotina (Pomerlau y Pomerlau, 1984, citado en Becoña, 2004b).

Dada la prolífera investigación sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos, no es de extrañar que Gil Roales-Nieto (2003) identificara hasta 113 terapias psicológicas formales para intervenir sobre el tabaquismo. Se presentan a continuación aquellos procedimientos que de manera sistemática y contundente han ido demostrando su eficacia y utilidad clínica para dejar de fumar.

En concreto, las guías clínicas más recientes (Fiore et al., 2000, 2008; Pereiro et al., 2008) así como las investigaciones metaanalíticas patrocinadas por la Colaboración Cochrane y centradas en los procedimientos para dejar de fumar (Hajek y Stead, 2008; Lancaster y Stead, 2006a, 2006b; Stead y Lancaster, 2006; Stead et al., 2008), coinciden en señalar que los siguientes tipos de intervenciones psicológicas son eficaces para el tabaquismo: los tratamientos basados en intervenciones conductuales tanto en grupo como en formato individual, los procedimientos de autoayuda, las técnicas aversivas y la reducción gradual de nicotina y alquitrán (véanse las tablas 2.5 y 2.6).

Tabla 2.5. Intervenciones eficaces para el tabaquismo según la guía clínica del *Surgeon General* (U.S.D.H.H.S., 2000; tomado de Becoña, 2004b).

Tipo de intervención	La intervención es:
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 de nicotina y alquitrán)	Eficaz
- Apoyo social	Eficaz
4. Intervenciones farmacológicas	
- Chicle de nicotina	Eficaz
- Parche de nicotina	Eficaz
- Inhalador bucal de nicotina	Eficaz
- Espray nasal de nicotina	Eficaz
- Bupropión	Eficaz
- Nortriptilina	Eficaz
- Clonidina	Eficaz
5. Programas de salud pública a gran escala	Difícil de evaluar su
- Programas basados en los medios de comunicación	eficacia
- Programas en el lugar de trabajo	
- Programas comunitarios	
- Programas a nivel de todo un estado (en EE. UU.)	

Tabla 2.6. Tratamientos psicológicos eficaces según los resultados de los metaanálisis de la Colaboración Cochrane

<b>Estudio metaanalítico</b>	<b>Tratamiento</b>	<b>OR</b>
Lancaster y Stead (2006a)	Consejo/terapia conductual individual	1,56
Stead y Lancaster (2006)	Terapia conductual en grupo	2,17
Hajek y Stead (2006)	Terapia aversiva para dejar de fumar	1,98
Rigotti, Munafo, Murphy y Stead (2006)	Intervenciones conductuales con pacientes hospitalizados	1,82
Lancaster y Stead (2006b)	Intervenciones de autoayuda	
	- Materiales no personalizados	1,24
	- Materiales personalizados	1,42

*Nota.* OR = razón de posibilidades (*odds ratio*) frente a un tratamiento placebo o a una condición de no tratamiento.

Una especial mención merecen los programas psicológicos multicomponentes que aglutinan varias de las técnicas psicológicas eficaces que se recogen en las tablas 2.5 y 2.6, y que son considerados como los tratamientos psicológicos más eficaces para dejar de fumar (Alonso et al., 2007; Chambless y Ollendick, 2001; Sánchez-Meca et al., 1998; Sancho et al., 2003) (véase la tabla 2.7).

Tabla 2.7. Eficacia de distintas intervenciones para el tratamiento del tabaquismo frente a la no intervención o a tratamientos placebo (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; Sancho et al., 2003)

Tipo de intervención	OR (IC al 95%)*
<b>Manuales de autoayuda</b>	
- Materiales no personalizados	1,24 (1,07-1,45)
- Materiales personalizados	1,80 (1,46-2,23)
<b>Intervención mínima</b>	
- Consejo mínimo	1,69 (1,45-1,98)
- Consejo enfermería	1,50 (1,29-1,73)
- Consejo telefónico por persona entrenada	1,56 (1,38-1,77)
<b>Intervención psicológicas intensivas</b>	
- Terapia individual	1,62(1,35-1,94)**
- Terapia grupal	2,19 (1,42-3,37)
- Terapia aversivas	1,98 (1,36-2,90)
<b>Intervenciones farmacológicas</b>	
- Chicles de nicotina	1,66 (1,52-1,81)
- Parches de nicotina	1,74 (1,57-1,93)
- Espray nasal de nicotina	2,27 (1,61-3,20)
- Inhalador de nicotina***	2,08 (1,43-3,04)
- Tabletas sublinguales	1,73 (1,07-2,80)
- Bupropión	2,75 (1,98-3,81)
- Nortriptilina	2,80 (1,81-4,32)
- Clonidina	1,89 (1,30-2,74)

*Nota.* OR = razón de posibilidades (*odds ratio*) frente a la no intervención o a tratamientos placebo; entre paréntesis, intervalo de confianza de la OR con un nivel de confianza del 95%.

\* Todas las OR fueron estadísticamente significativas con  $p < 0,05$ .

\*\* El consejo individual tendría mayor eficacia dependiendo del tiempo de contacto (OR = 3,2 para 91-300 minutos; OR = 2,8 para más de 300 minutos) y del número de sesiones realizadas (OR = 1,9 para 4-8 sesiones; OR = 2,3 para más de 8 sesiones).

\*\*\* Presentación no comercializada en España.

### **2.3.1. Procedimientos de autoayuda**

Estos procedimientos cuentan con una importante accesibilidad por parte de la población fumadora por lo que sus índices de impacto en la población son máximos. Shiffman (1993) sugiere que la mayoría de los fumadores que pretenden dejar de fumar lo hacen sin la mediación de profesionales sanitarios, por lo que la elaboración de materiales clínicos de calidad parece ser una tarea fundamental.

Se pueden distinguir dos tipos de procedimientos: (1) los que se distribuyen a través de instituciones y organismos oficiales o privados (videos, multimedia o libros), y (2) los que se distribuyen a través de la publicidad o los medios de comunicación. Estos tratamientos están pensados para que el fumador deje de fumar sin la ayuda de profesionales sanitarios, aunque se evidencia como fundamental el apoyo de familiares, amigos, etc. Suelen constar de dos fases: (1) la fase de preparación, dirigida a proporcionar información, al uso de registros y a los análisis decisionales en costo-beneficios de cara a optimizar los niveles motivacionales del fumador para dejar de fumar, y (2) la intervención, que se dirige a proporcionar herramientas para superar los síntomas propios de la abstinencia y analizar los beneficios que puede reportar el mantenimiento de ésta (Gil Roales-Nieto, 2003). Parece que uno de los componentes que más pueden optimizar la eficacia de los procedimientos de autoayuda es el ofrecer al fumador una línea telefónica de ayuda (Wakefield y Borland, 2000).

Respecto al contenido, los procedimientos de autoayuda tienden a recomendar el cambio de hábitos y la eliminación de aquellas situaciones y estímulos que pueden ser de riesgo de cara al mantenimiento de la abstinencia. Por otra parte, esta recomendación no está tan clara cuando se presta atención a los efectos a medio o largo plazo, ya que algunas guías proponen al fumador ir introduciendo estos elementos en su vida cotidiana con el propósito de ir “acostumbrándose” a estos estímulos. Gil Roales-Nieto (2003) sugieren que las

condiciones para que este procedimiento resulte eficaz son que los fumadores: (1) tengan un repertorio conductual de autocontrol; (2) estén fuertemente motivados a dejar de fumar, y (3) tengan un cierto historial de autonomía e iniciativa para la solución de problemas.

Los niveles de eficacia de estos procedimientos han sido puestos en entredicho en numerosas ocasiones. No obstante, múltiples estudios están sistemáticamente demostrando que la autoayuda muestra un índice de eficacia superior al grupo de no tratamiento o a otros grupos de control. Las guías clínicas de la U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 1996, 2000, 2008) sitúan la eficacia de los procedimientos de autoayuda en una OR de 1,2 respecto a grupo control de no tratamiento tras 6 meses o más después de haber dejado de fumar. En consonancia, Lancaster y Stead (2005), del grupo de la Colaboración Cochrane, sitúan su eficacia en una OR de 1,23. De manera pormenorizada, si los materiales de autoayuda son ofrecidos de manera presencial por un profesional de la salud con un encuentro breve se observa una OR de 1,20, no ofreciendo un beneficio sustancial sobre la modalidad no presencial (Lancaster y Stead, 2006b). Además, la citada revisión refiere que los materiales de autoayuda no aportan ningún beneficio al incorporarse a la intervención breve tomando como grupo de referencia ésta última aplicada de manera aislada. Respecto a la adaptación de los materiales y el beneficio clínico derivado de la misma, existe cierta controversia. Mientras que Lennox (2001) no encontró ningún beneficio de adaptar los materiales a las características de los pacientes respecto a una "autoayuda estándar", Velicer (1999) halló un aumento discreto, aunque significativo, favorable a tal adaptación (OR = 1,40), hallazgo compatible con el resultado metaanalítico de Lancaster y Stead (2006b) que obtuvieron una OR de 1,42 a favor de la adaptación de los materiales. Así mismo, parece que no hay un impacto diferencial de estas intervenciones en lo que se refiere a su aplicación en poblaciones especiales

### **2.3.2. Técnicas de tratamiento psicológico**

Se presentan a continuación aquellas técnicas psicológicas que han resultado eficaces para el tratamiento del tabaquismo (Fiore et al., 1996, 2000, 2008; Hajek y Stead, 2006; Lancaster y Stead, 2006a, 2006b; Pereiro et al., 2008; Sánchez-Meca et al., 1998; Sancho et al., 2003; Stead y Lancaster 2006). Para su exposición nos basaremos en la clasificación propuesta por Becoña (2004b).

#### *2.3.2.1. Técnicas aversivas*

Los procedimientos aversivos implican aparear la conducta de fumar con un estímulo desagradable. Se pretende establecer una respuesta condicionada negativa; de este modo, los aspectos positivos de fumar quedarían remplazados por otros negativos. Las principales técnicas aversivas para dejar de fumar son: (1) la técnica de fumar rápido, (2) la saciación, (3) la técnica de retener el humo, y (4) la sensibilización encubierta.

##### *a) Fumar rápido*

Esta técnica parte de la premisa de que la conducta de fumar va seguida de un reforzador poderoso intrínseco que alivia el malestar y, por tanto, se mantiene a la larga por refuerzo positivo, y lo que se pretende con la técnica es que la conducta vaya seguida de una consecuencia negativa intrínseca, es decir de sensaciones de malestar, y que, por tanto, la conducta de fumar se reduzca por un proceso de castigo positivo dentro de un paradigma de condicionamiento aversivo (Schamahl, Lichtenstein y Harris, 1972; citado en Becoña, 2004b). Se le pide al paciente que fume rápidamente, inhalando repetidamente humo cada 5 ó 6 segundos, y así durante quince minutos y descansando otros cinco. En cada sesión se hacen 3 ensayos de 15 minutos, cada uno con 5 minutos de descanso entre ellos (Lichtestein et al., 1973; citado en Becoña, 2004b). El proceso debe repetirse tres veces. En los descansos el paciente debe comentar y registrar las sensaciones

asociadas a la práctica. El tratamiento con la técnica de fumar rápido se extiende en unas 6 sesiones. El procedimiento es similar al de la hiperventilación, generando sensaciones aversivas (Becoña, 1985, 1987a, 1987b). Así, los postulados del aprendizaje asumen que esa experiencia aversiva funcionará como un castigo positivo que reducirá el deseo por parte de la persona por fumar. Este procedimiento se puede completar con entrenamientos en focalización en las sensaciones provocadas por la práctica repetida de este ejercicio.

Para una correcta aplicación se requiere un análisis médico completo que constate un buen funcionamiento respiratorio y gasométrico del paciente y que éste adquiera unas expectativas adecuadas respecto al tratamiento. Además se necesita un lugar adecuado para llevar a cabo el tratamiento de cara a solventar posibles problemas que se pudieran derivar de su aplicación.

*b) Saciación:*

Esta técnica sigue la misma línea que la anterior. Se pretende que aquellos aspectos positivos de fumar sean sustituidos por sensaciones negativas o aversivas. El clínico le pide al paciente que intensifique hasta el cuádruple su frecuencia e intensidad de consumo diario de cigarrillos. El objetivo que busca es exactamente el mismo que en la técnica de fumar rápida: que la conducta de fumar se convierta en una experiencia desagradable. El problema que presenta es doble: por un lado coincide con la anterior técnica en el riesgo de generar efectos perjudiciales para la salud del paciente. Por otra parte, no se puede controlar la habituación del paciente a este nuevo hábito de consumo (Resnick, 1968; citado en Becoña, 2004b).

*c) Retener el humo:*

Es un complemento a las técnicas anteriores. El primero en utilizarla fue Tori (1978). Pretende utilizar el propio humo del cigarrillo como estímulo aversivo. No obstante, esta técnica genera menores índices de malestar que la técnica de fumar rápido. Concretamente, consiste en que el paciente debe retener unos 30 segundos

el humo en la cavidad oral. La práctica se repite 6 veces descansando 30 segundos entre ellas. La distancia temporal entre ensayos debe ser de al menos 5 minutos. Esta técnica consta de 8-10 sesiones. Su principal problema, es el escaso soporte empírico acerca de las posibles consecuencias negativas de retener el humo en la boca (Becoña, 1987).

*d) Sensibilización encubierta:*

Consiste en asociar imágenes y sensaciones desagradables a la conducta de fumar. Las instrucciones instan al paciente a que se imagine a sí mismo fumando y experimentando sensaciones de náuseas, mareos, asco, etc. Posteriormente, el individuo debe rechazar mentalmente el cigarrillo y sentir sensaciones placenteras. Los datos empíricos sobre su eficacia indican que de todas las técnicas aversivas anteriormente mencionadas, la sensibilización encubierta es la que tiene resultados más pobres, lo que desaconseja su uso aislado y, en cambio, aconseja su uso integrado en un programa multicomponente (López y Buceta, 1996; citado en Becoña, 2004b).

La eficacia de estos procedimientos aversivos ha quedado más que demostrada en numerosos trabajos de investigación. En su metaanálisis, Fiore et al. (2000) obtuvieron una tasa media de abstinencia para la técnica de fumar rápido que superaba con una OR de 2,0 la tasa media de abstinencia de los grupos de control, mientras que la categoría de “otras técnicas aversivas” mostraba, en los seguimientos realizados a los 6 meses después de dejar de fumar, una OR media de 1,7 en comparación a grupos de control de no tratamiento. No obstante, a pesar de haber demostrado su eficacia, estas técnicas no fueron recomendadas en la posterior actualización del estudio anteriormente citado (Fiore et al., 2008), ni tampoco en la guía del NICE (2008), siendo los motivos para esta decisión las incompatibilidades de su uso, los posibles efectos secundarios que pueden surgir de su aplicación y la existencia de datos “contradictorios” acerca de su eficacia.

Becoña y Gómez-Duran (1993), por su parte, probaron la eficacia de esta técnica en el contexto de un paquete de tratamiento multicomponente y obtuvieron un porcentaje de abstinencia de 33,33% a los 6 meses que descendía al 11% al año de seguimiento. En la revisión publicada por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Sancho et al. (2003) obtuvieron una OR de 1,98 respecto a no intervención. En consonancia, las revisiones de la Colaboración Cochrane (Hajek y Stead, 2004, 2008) mostraron una OR igual a la del anterior estudio (OR = 1,98) a favor de la técnica de fumar rápido en comparación con el grupo de control. Esta revisión, sin embargo, atribuyó una OR mucho más modesta (OR = 1,15) a la categoría de “otras técnicas aversivas”. Además, identificaron un efecto positivo dosis-respuesta con una OR de 1,66, concluyendo que las versiones de tratamiento “moderadas” resultan ineficaces (Hajek y Stead, 2004, 2008). No obstante, a pesar de haber encontrado una clara eficacia de la técnica de fumar rápido, en especial de la de alta intensidad, estos autores recomiendan seguir investigando con el fin de contrastar en mayor medida los citados resultados.

Los principales inconvenientes de este tipo de técnicas son que algunos clínicos e investigadores han mostrado su preocupación sobre los posibles efectos negativos derivados de su aplicación, especialmente sobre el efecto estresante de la técnica de fumar rápido (Fiore et al., 2008; Hajek y Stead, 2004, 2008; Horan et al. 1977, citado en Becoña, 2004b). Además se necesita un control médico exhaustivo antes de comenzar el tratamiento (Lichtenstein y Glasgow, 1977, citado en Becoña, 2004b). Por otra parte, aunque estos procedimientos ofrecen unos excelentes resultados en el postratamiento, en los seguimientos sucesivos se observan cifras más modestas de eficacia (Becoña y Guillán, 1986, citado en Becoña, 2004b). Además, han ido apareciendo y siguen apareciendo tratamientos psicológicos y programas de tratamientos psicológicos con resultados equivalentes o mayores sin el componente aversivo de estas técnicas. No obstante, se podría

recomendar su uso en aquellos pacientes que: (1) ya hayan probado otros tratamientos y haya fracasado en conseguir la abstinencia, o (2) disponen de poco tiempo para dejar de fumar y tienen una adecuada motivación para someterse a estos procedimientos (Becoña, 2004b).

#### *2.3.2.2. Reducción gradual de la ingestión de nicotina y alquitrán*

Este procedimiento, también conocido en España por el acrónimo de su nombre (REGINA), fue diseñado por Foxx y Brown (1979). Surgió como alternativa a los programas aversivos con el fin de superar sus limitaciones. Parte del supuesto del valor reforzante de la nicotina como principal factor del mantenimiento del hábito de fumar y como obstáculo más importante para su abandono. Esta técnica implica una reducción progresiva de la ingesta de nicotina y alquitrán mediante el cambio semanal de la marca de cigarrillos hacia cigarrillos con un menor porcentaje de tales componentes. La reducción semanal respecto a la línea base es sucesivamente del 30%, 60% y 90%. Además el fumador debe cumplimentar autorregistros y representar gráficamente su consumo de cigarrillos, y si no consigue dejar de fumar después del último cambio de marca de cigarrillos, debe proceder a reducir progresivamente el número de cigarrillos fumados diariamente (Foxx y Axelroth, 1983). Al aplicar esta técnica, es importante seguir de manera escrupulosa sus indicaciones ya que según se va reduciendo el número de cigarrillos, éstos se van convirtiendo progresivamente en más reforzantes (Becoña, 2004b). Algunos estudios sugieren que los fumadores alcanzan un nivel estable de nicotina en sangre cuando fuman 10-12 cigarrillos (Russell, 1988, citado en Becoña, 2004b), lo que implica que intentar reducir el consumo más allá de esa cifra podría provocar síntomas de abstinencia. Sin embargo, Lichstein y Brown (1980) analizaron los síntomas de abstinencia de los pacientes que siguieron este programa de tratamiento y encontraron que éstos eran significativamente más leves

y moderados que los que hallaron en los pacientes del grupo de control (Becoña, 2004b). Por otro lado, es importante señalar que los resultados de los estudios sugieren que una de las variables determinantes para un correcto seguimiento de este procedimiento es el control y la supervisión por un profesional.

La técnica de reducción gradual de nicotina y alquitrán presenta varias ventajas como técnica para dejar de fumar (véase la tabla 2.8), entre las cuales cabe destacar el control que percibe el fumador respecto a su conducta de fumar, el hecho de que tiene en cuenta tanto los aspectos fisiológicos como psicológicos de la dependencia del tabaco, y el que es fácilmente aplicable.

Entre los inconvenientes de la técnica podemos destacar los problemas que aparecen en su aplicación cotidiana y que obstaculizan el cumplimiento de las indicaciones y el logro de los objetivos terapéuticos. Por ejemplo, en ocasiones los pacientes tienen problemas con la estandarización del cambio de marca de cigarrillos, ya que muchas de ellas no están disponibles en estancos o máquinas expendedoras. Por otro lado, los pacientes pueden cambiar su patrón de consumo compensando la reducción de nicotina que implica el cambio de marcas o la reducción de cigarrillos mediante, por ejemplo, la realización de inhalaciones más profundas o el incremento en la frecuencia de éstas, imposibilitando con ello la reducción real del consumo de nicotina y alquitrán (Kozlowski, Pope y Lux, 1988).

Los niveles de eficacia de la reducción gradual de nicotina y alquitrán han quedado demostrados en numerosos estudios (Becoña, 1987b; Becoña y García, 1993; Becoña y Gómez-Durán, 1992b, 1993; García y Becoña, 2000) y se sitúan en torno al 50% de abstinentes al año. Además, guías clínicas de renombre como la del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2000) recomiendan este tratamiento y lo reconocen como eficaz para dejar de fumar, con tasas de abstinencia que oscilan entre el 8,4% y el 15,3%. En la misma dirección, el comité de la División 12 de la Asociación Americana de Psicología encargado de la identificación y divulgación de las

terapias psicológicas avaladas empíricamente, consideró que la reducción gradual, encuadrada dentro de un tratamiento multicomponente, era un tratamiento probablemente eficaz para el tabaquismo (Chambless y Ollendick, 2001). Por otra parte, aunque de manera muy indirecta, Lindson, Aveyard y Hughes (2010), de la Colaboración Cochrane, analizaron si el cese progresivo del hábito de fumar obtenía mejores tasas de abstinencia que el cese abrupto a partir de los datos de abstinencia de diferentes procedimientos psicológicos para dejar de fumar, incluido el asesoramiento conductual. Los resultados no revelaron ninguna diferencia entre las dos modalidades (cese progresivo frente abrupto). No obstante, estos resultados han de ser tratados con la máxima prudencia ya que el estudio no detallaba exactamente el tipo de procedimiento conductual utilizado para tal reducción, siendo estos procedimientos muy heterogéneos entre sí en función del estudio consultado.

Tabla 2.8. Ventajas de la utilización de la técnica de reducción gradual de nicotina y alquitrán (Foxx y Axelroth, 1983; Becoña, 2004b)

- 
1. Consigue unos niveles de abstinencia adecuados, pero proporciona una meta alternativa para aquellos que continúan fumando
  2. Se tienen en cuenta tanto los factores fisiológicos inherentes a la conducta de fumar como los psicológicos
  3. Posee un alto nivel de validez aparente ya que su lógica persuasiva es similar a la de otros tratamientos que obtienen buenos resultados
  4. No es aversivo, lo que reduce los niveles de abandono del tratamiento y permite su aplicación en fumadores que no podrían recibir tratamientos aversivos debido a otros problemas de salud (p. ej., cardiovasculares)
  5. Es fácil de utilizar
  6. Los fumadores que no consiguen la abstinencia consumirían cigarrillos con menos nicotina y alquitrán o reducirían su consumo diario de cigarrillos, lo que reduciría el riesgo potencial de salud asociado al hábito de fumar
  7. Es aplicable tanto en contexto grupal como individual
-

*2.3.2.3. Exposición, entrenamiento en habilidades de autocontrol, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y apoyo social*

Como se comentaba líneas atrás al hablar de la dependencia, son múltiples las situaciones o estímulos asociados al hábito de fumar que pueden estar jugando un papel fundamental en el abandono del consumo y en el mantenimiento de la abstinencia. Una vez que se deja de fumar, la presencia de estos estímulos o el hecho de pensar en ellos podrían provocar una respuesta condicionada de deseo del tabaco (Becoña, 2004b) y, de hecho, parece que la exposición incidental a estos estímulos o situaciones podría ser una de las principales causas de recaída (Abrams, 1986). Desde el punto de vista teórico de la psicología del aprendizaje, la exposición a los estímulos que controlan la respuesta condicionada de deseo del tabaco mientras se evita la comisión de la conducta de fumar (prevención de respuesta), produciría la extinción de la respuesta condicionada de deseo del tabaco y, por ende, se reducirían las probabilidades de recaída. Sin embargo, Niaura et al. (1999) han señalado las dificultades que existen para llevar a cabo estos procedimientos de exposición debido a la gran cantidad de situaciones y estímulos asociados a la conducta de fumar, dificultades que según estos autores explicarían, en parte, los resultados tan desalentadores obtenidos con dichos procedimientos y que sugieren que su eficacia como tratamiento único para dejar de fumar es cuestionable como lo es la idea de que dichas técnicas pueden aumentar la eficacia de otros tratamientos psicológicos o farmacológicos (García-Vera y Sanz, 2006b). Otra explicación alternativa o complementaria para estos resultados negativos de las técnicas de exposición es ofrecida por autores como Conklin (2006) y Thewissen, Snijders, Havermans, van den Hout y Jansen (2006) basándose en los últimos avances en la investigación sobre la extinción. En concreto, la investigación contemporánea sobre los procesos de aprendizaje sugiere que la extinción que se produce durante la terapia de exposición no implica

una reducción directa de la asociación inicial entre el estímulo condicionado (EC) (p. ej., el cigarrillo) y el estímulo incondicionado (EI) (p. ej., la nicotina), sino el aprendizaje de asociaciones inhibitorias nuevas (véase García-Vera y Sanz, 2006b). Estas nuevas asociaciones que se aprenden durante las técnicas de exposición están controladas por el contexto en el cual tienen lugar éstas, de manera que una respuesta condicionada extinguida (p. ej., el deseo de fumar ante la presencia de un cigarrillo) se renueva cuando la persona se ve expuesta al EC (p. ej., el cigarrillo) fuera del contexto de la terapia de exposición, es decir, fuera del contexto de la extinción (fenómeno conocido como “renovación”). Como señalan García-Vera y Sanz (2006b), una consecuencia lógica de esta forma de entender los procesos de extinción y de la existencia de los fenómenos de renovación es la necesidad de diseñar terapias de exposición que impliquen reproducir lo mejor posible los contextos originales donde la asociación EC-EI tuvo lugar originalmente y ampliar los contextos en los cuales tiene lugar dicha exposición y, por ende, la extinción.

Por otro lado, muchos especialistas en tabaquismo abogan por estrategias de control de estímulos con las que se pretende que el fumador vaya reduciendo su exposición hacia aquellos estímulos o situaciones que controlan de manera sistemática la respuesta condicionada de deseo de fumar, con el fin de que la exposición posterior sea más efectiva (Lando, 1993; Schwartz, 1987). Este tipo de técnicas de control de estímulos, utilizadas de manera aislada, muestran resultados modestos, aunque su utilización en el contexto de programas psicológicos multicomponentes presenta niveles altos de eficacia (Chambless y Ollendick, 2001; Sánchez-Meca et al., 1998).

Una de las técnicas específicas, propias de la clínica cotidiana, que más se utiliza en el tratamiento psicológico para dejar de fumar es la solución de problemas. El informe del *Surgeon General* (U.S.D.H.H.S., 2000) y las posteriores

guías clínicas patrocinadas por el mismo organismo (Fiore et al., 2000, 2008), hacen mención específica a esta técnica considerándola como eficaz para dejar de fumar. La aplicación de esta técnica se basa en los trabajos de Shiffman (1982) en los que concluye que el afrontamiento activo de las tentaciones de fumar incrementa la probabilidad de mantenerse abstinentes y resistir las recaídas. Este entrenamiento consta de cinco fases: (1) orientación general al 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 resolución. Este es un proceso secuencial en el que para pasar a una fase se debe haber superado la anterior (Becoña, 2004b).

En el contexto propuesto de afrontamiento activo de las tentaciones de fumar, estrategias de afrontamiento conductual como, por ejemplo, el ejercicio, la relajación (o desactivación autonómica), el controlar los estímulos asociados al consumo mediante el cambio de hábitos y las estrategias cognitivas como la reestructuración de pensamientos asociados al consumo y la recaída, se muestran como esenciales en el correcto abordaje del deseo de fumar.

Además, las principales guías clínicas (Fiore et al., 2000, 2008) proponen el apoyo social como uno de los principales predictores de éxito de los tratamientos para dejar de fumar. Así, parece que entrenamientos específicos en el manejo de situaciones sociales controvertidas se muestran como especialmente interesantes ya que, de hecho, obtienen una tasa media de abstinencia a los 6 meses de dejar de fumar que supone una OR de 1,5 frente a la tasa media de abstinencia de las condiciones de no tratamiento (Fiore et al., 2000, 2008).

#### *2.3.2.4. Tratamientos multicomponentes*

Este tipo de tratamientos datan de principios de la década de los 80 del siglo pasado (Lichtenstein y Brown, 1980). Se caracterizan por utilizar varias técnicas o

componentes psicológicos de intervención. En la actualidad este tipo de tratamientos son los más utilizados para el tratamiento del tabaquismo (Becoña, 2004b).

Los programas multicomponentes constan de tres fases: preparación para dejar de fumar, abandono de los cigarrillos y mantenimiento de la abstinencia (véase la tabla 2.9).

La preparación tiene como principal objetivo optimizar la motivación del fumador y que adquiera el compromiso de dejar de fumar. Para ello, se pueden utilizar depósitos monetarios, contratos conductuales e incluso servirse de una entrevista motivacional sistematizada (Becoña, 2004b; Hettema y Hendricks, 2010). Además, en esta fase se propone un autoconocimiento exhaustivo por parte del fumador de su conducta de fumar, se planteará la fecha en la que el paciente dejará de fumar, y se empiezan a utilizar algunas estrategias de afrontamiento de cara al momento del abandono como, por ejemplo, la relajación, la identificación de situaciones de riesgo, el ejercicio físico, etc.

Para la fase de abandono, ya se han revisado numerosos procedimientos que se han mostrado eficaces para su abordaje como, por ejemplo, las técnicas aversivas, la reducción gradual de ingesta de nicotina y alquitrán o, incluso, el uso de terapia sustitutiva con nicotina, del bupropión o de la vareniclina. El principal objetivo de esta fase es facilitar al individuo la cesación del hábito tabáquico y minimizar los efectos propios del síndrome de abstinencia.

Tabla 2.9. Fases de un tratamiento multicomponente (adaptado de U.S.D.H.H.S., 1991, y Becoña, 2004b)

Fase	Elementos
Preparación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Movilizar la motivación y el compromiso del cliente:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depósitos monetarios contingentes a las sesiones de tratamiento</li> <li>• Revisar razones para dejar de fumar y beneficios del abandono</li> </ul> </li> <li>- Autoobservación: aumento de la conciencia</li> <li>- Establecer el día en el que va a dejar de fumar (de 1 a 3 semanas)</li> <li>- Entrenar en técnicas de automanejo y autocontrol:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregistros</li> <li>• Utilizar conductas alternativas a fumar</li> <li>• Entrenamiento en manejo de estrés</li> </ul> </li> </ul>
Abandono	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrategias aversivas:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fumar rápido</li> <li>• Retener el humo</li> <li>• Saciación</li> <li>• Sensibilización encubierta</li> </ul> </li> <li>- Estrategias no aversivas:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• REGINA</li> <li>• Contratos en los que se fije la fecha del abandono</li> </ul> </li> <li>- Terapia farmacológica:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia sustitutiva con nicotina (TSN)</li> <li>• Bupropión</li> <li>• Vareniclina</li> </ul> </li> </ul>
Mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sesiones de seguimiento o llamadas telefónicas</li> <li>- Entrenamiento en estrategias de afrontamiento:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control estimular y conductas alternativas</li> <li>• Habilidades cognitivo-conductuales de afrontamiento</li> <li>• Estrategias para evitar el síndrome de abstinencia: alargar la TSN, habilidades cognitivo conductuales</li> <li>• Estrategias de manejo de las caídas</li> </ul> </li> <li>- Apoyo social:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de la ayuda mutua</li> <li>• Buscar el apoyo e implicación de personas próximas al fumador</li> </ul> </li> </ul>

La fase de mantenimiento pretende extender en el tiempo la abstinencia sirviéndose de técnicas que han demostrado su utilidad y son pertinentes para cada caso. Así, el uso de la técnica de solución de problemas, del entrenamiento en habilidades de afrontamiento y de técnicas que facilitan el apoyo social dentro y fuera del tratamiento, son de gran utilidad en la implantación de esta fase (Echave, Flordelis, García, de la Riba, Llopis y Martín, 2004; Herrero y Moreno, 2004). Además, se propone hacer seguimientos personales, por teléfono o por carta.

Los resultados de estos tratamientos son de los más elevados que se pueden encontrar en la literatura científica como demuestran las revisiones de la Colaboración Cochrane (Lancaster y Stead, 2003a; Stead y Lancaster, 2003), que encuentran tasas medias de abstinencia que rondan el 50% en los seguimientos al año. Sánchez Meca et al. (1998) concluyeron en su metaanálisis sobre la eficacia diferencial de los tratamientos eficaces para dejar de fumar, que los programas multicomponentes y, en especial, aquellos que estaban basados en estrategias de autocontrol se mostraban los más eficaces en todos los momentos de medida. En consonancia, Chambless y Ollendick (2001) sitúan a los tratamientos cognitivos conductuales multicomponentes para dejar de fumar como un abordaje terapéutico con un nivel de evidencia máxima (A). Por su parte, Alonso et al. (2007) examinaron, en un contexto de atención primaria, la eficacia de los procedimientos multicomponentes basados en la técnica de reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán y en la terapia sustitutiva con nicotina, y encontraron tasas de abstinencia de 41,4% y 40% respectivamente, en el seguimiento a los 12 meses.

#### *2.3.2.5. Intervención motivacional*

La intervención motivacional por si sola es un elemento crucial a la hora de abordar el tabaquismo. Además, como se comentaba con anterioridad, el abordaje terapéutico hacia la motivación constituye un componente esencial en los

tratamientos multicomponentes para dejar de fumar. De manera más específica, el contexto en el que este tipo de intervenciones cobra sentido es en la primera fase: la preparación para dejar de fumar.

Cuando una persona intenta dejar de fumar se espera, lógicamente, un cambio en su conducta. Para ello es indispensable, según Prochaska y DiClemente (1984) considerar la necesidad de que ésta comprenda su situación, se prepare para el cambio, inicie el mismo y despliegue recursos que permitan el mantenimiento de nuevos comportamientos alternativos. Estos autores proponen, desde una perspectiva transteórica, diferentes fases por las que los pacientes pasan a la hora de iniciar un cambio: (1) precontemplación: en la que el paciente no se plantea la necesidad de iniciar un cambio; (2) contemplación: cuando la persona comienza a plantearse comportamientos alternativos y los beneficios del mismo; (3) preparación: cuando la persona se plantea realizar alguna acción y se compromete a llevarla a cabo; (4) acción o componente conductual del cambio: definido por los intentos activos de la persona para instaurar nuevos comportamientos; (5) mantenimiento: cuando la persona ha logrado el cambio y concentra sus esfuerzos en su mantenimiento, y, por último, (6) recaída: cuando la persona vuelve al comportamiento anterior y debe asumir las consecuencias del mismo y replantearse qué hacer en el futuro (DiClemente, Prochaska, Fairhurst, Velicer, Velásquez y Rossi, 1991; Miller, Yahne y Tonigan, 2003; Prochaska y DiClemente, 1982, 1984, 1992; Prochaska y Norcross, 2007) (véase la tabla 2.10).

La terapia motivacional propiamente dicha fue diseñada por Miller y Rollnick (1991). Según su modelo teórico, el paciente fuma realmente porque “quiere”, después de un proceso deliberativo en el que pondera los beneficios de fumar y los costes de dejar de fumar. Basado en lo anterior, se plantean algunas recomendaciones necesarias para que un fumador pase de un estadio de precontemplación, en el que no se plantea lo problemático de seguir fumando, a un

estadio de contemplación, en el que comienza a percibir la necesidad de dejar de fumar y sopesa los beneficios y costes de la decisión (véase la tabla 2.10).

Tabla 2.10. Recomendaciones del Miller y Rollnick (1991) para conseguir que un fumador pase del estadio de precontemplación a contemplación (Becoña y Lorenzo, 2004)

- 
1. **Dar información:** Hay que proporcionarle información clara y objetiva e indicarle claramente que debe dejar de fumar. Es básico identificar su problema y los riesgos que tiene, explicarle el porqué de la necesidad del cambio y facilitarle la opción para hacer el cambio terapéutico.

---

  2. **Quitar obstáculos.** Hay que facilitarle que pueda acudir al tratamiento, que no pueda poner excusas para no hacerlo. Conseguir una intervención breve y en un periodo de tiempo corto, en vez de una lista de espera larga, facilitan que acudan y se impliquen en un tratamiento.

---

  3. **Dar diversas opciones al cliente para que pueda elegir.** Es importante hacerle ver que tiene varias opciones disponibles y que él puede libremente elegir una de ellas. La sensación de que ha elegido por él mismo, sin coacciones y sin influencias externas, aumentan su motivación personal. Esto facilita no sólo asistir al tratamiento sino que mejora la adherencia al tratamiento y el seguimiento del mismo. Igualmente, en el tratamiento, es importante discutir con él las distintas opciones, metas y objetivos que se pretenden, y que él tenga un papel activo en la elección de la alternativa que se va poner en práctica.

---

  4. **Disminuir los factores que hacen que la conducta de fumar sea deseable.** La conducta de fumar se mantiene por consecuencias positivas. Hay que identificar estas consecuencias para eliminarlas o disminuirlas. Entre los procedimientos que se pueden utilizar para disminuirlos están, la toma de conciencia de sus consecuencias perjudiciales o las contingencias sociales que disminuyen las consecuencias positivas y aumentan las negativas. Igualmente, analizar los pros y contras, costes y beneficios, etc.

---

  5. **Promover la empatía.** La empatía, la escucha reflexiva, la capacidad de comprenderlo, favorece que el cliente presente menores niveles de “resistencia” al cambio.

---

  6. **Dar feedback.** Es muy importante que el terapeuta dé feedback continuo al cliente, que devuelva la información que recoge, sobre cómo lo ve, su situación actual, sus riesgos y sus posibles consecuencias.
-

- 
7. **Clarificar objetivos.** Si la persona no tiene un claro objetivo, el feedback proporcionado puede que no sea suficiente. Por ello los objetivos que se le planteen tienen que ser realistas, alcanzables y aceptados por el cliente. En caso contrario no los verá viables, los rechazará directamente o no los cumplirá, con lo que no pondrá ningún aspecto motivacional de su parte para intentar conseguirlos.
- 
8. **Ayuda activa.** A pesar de que siempre es el cliente quien decide o no cambiar, llevar o no a cabo un tratamiento, es importante el papel del terapeuta. Cuando el cliente no acude a tratamiento, hacerle una llamada telefónica directamente o que otra persona del servicio o unidad se interese porque no ha acudido a la sesión concertada, mandarle una carta, etc., incrementan las probabilidades de que acuda a tratamiento o vuelva de nuevo al mismo.
- 

De manera complementaria, las guías clínicas de Fiore et al. (1996, 2000, 2008) muestran diferentes recomendaciones para aquellos pacientes que no están motivados para dejar de fumar. Estas recomendaciones se basan fundamentalmente en expresar empatía, desarrollar discrepancias, vencer las resistencias con aporte de información, actuar con flexibilidad en la implantación de las recomendaciones y apoyar la autoeficacia. Además, considera que, dado que la intervención motivacional es una técnica especializada, el terapeuta debe estar específicamente formado. Para ello propone una estrategia de intervención denominada las “5 R”. De manera esquemática, esta pauta se basa en que el terapeuta se centre en (1) la relevancia de la información que se aporta, focalizándose en aquellos aspectos que tienen que ver con la enfermedad, la salud, etc.; (2) el riesgo que suponen las consecuencias negativas del consumo de tabaco distinguiendo entre riesgos agudos y riesgos a largo plazo; (3) las recompensas que supone dejar de fumar contemplando tanto aspectos de salud como económicos y sociales; (4) la resistencia conceptualizada como aquellas barreras, impedimentos y dificultades para abandonar el tabaco, y (5) la repetición de la intervención motivacional bajo la normalización de la recaída y los intentos de abandono previos (Fiore et al., 2008).

Por su parte, Balcells et al. (2004) plantean que los cuatro principios básicos de una intervención motivacional son: (1) mostrar empatía a través de una escucha activa, mostrando incondicionalidad y aceptando en todo momento las ambivalencias del paciente con el fin de diseñar un espacio de confianza y seguridad para el mismo; (2) desarrollar discrepancias confrontando expectativas, actitudes y comportamientos con el fin de que el paciente detecte contradicciones de la conducta de fumar y sus principios y valores básicos; (3) “rodar con la resistencia” como una señal de que el terapeuta no está comprendiendo bien al paciente y que insta al terapeuta a cambiar de técnica, y, por último, (4) apoyar la autoeficacia instando al paciente a la búsqueda de sus recursos y habilidades sin caer en la instauración de falsas expectativas (véase la tabla 2.11).

Existen numerosos estudios que han intentado demostrar la eficacia y utilidad clínica de la entrevista motivacional para dejar de fumar. Parece un consenso entre la comunidad científica el considerar que la entrevista motivacional incrementa la adherencia a los tratamientos para dejar de fumar y la actitud hacia los mismos (Balcells et al., 2004). Además existen datos que avalan la entrevista motivacional como una intervención eficaz para lograr un aumento de los futuros intentos de abandono (Chan, Lam, Safili et al., 2005; Curry, Ludman, Graham et al., 2003; Steinberg, Ziedonis, Krejci et al., 2004).

No obstante, la guía clínica de Fiore et al. (2008) señala que el potencial de la entrevista motivacional para incrementar las tasas de abstinencia no está claro y que los resultados son dudosos (Ahluwalia, Okuyemi, Nollen et al., 2006; Brown, Ramsey, Strong et al., 2003; Hettema, Steele y Miller, 2005). No deja de ser curioso que, aunque la entrevista motivacional fue diseñada específicamente para el abordaje terapéutico del tabaquismo, en este ámbito no existen tantos estudios controlados como en comparación con los que hay en el ámbito de otras conductas

adictivas como el alcohol y otras drogas. Además, los estudios son muy dispares en relación con la población diana, las variables estudiadas o los grupos de control.

Tabla 2.11. Sugerencias para el abordaje motivacional en cada una de las fases del cambio de conducta (Balcells et al., 2004)

FASE	ESTRATEGIA
<p><b>Precontemplación</b> (la persona no quiere modificar su conducta)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionarle más información</li> <li>• Ayudarle a confiar en sus posibilidades</li> <li>• Personalizar la valoración</li> </ul>
<p><b>Contemplación</b> (la persona está ambivalente: reconoce el problema, considera la posibilidad de cambiar, pero tiene dudas para hacerlo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al desarrollo de habilidades para el cambio</li> <li>• Explorar la ambivalencia. Balance decisional</li> <li>• Proporcionar el plan de apoyo</li> </ul>
<p><b>Acción</b> (la persona cambia de conducta)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar apoyo para dejar de fumar (psicológico, farmacológico o ambos)</li> <li>• Elaborar un plan de cambio. Ofrecer distintas alternativas para que el paciente elija</li> <li>• Ayudarle a prepararse para posibles problemas que surjan en el proceso de abandono</li> </ul>
<p><b>Mantenimiento</b> (mantiene el cambio)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar estrategias para afrontar situaciones de riesgo</li> </ul>
<p><b>Recaída</b> (el paciente vuelve a la conducta previa)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a comprender las razones de la recaída</li> <li>• Reforzar su confianza en cambiar de nuevo</li> <li>• Ayudar a hacer planes para el próximo intento</li> <li>• Ofrecer un apoyo incondicional</li> </ul>

Un reciente metanálisis (Hettema y Hendricks, 2010) señalaba que la eficacia de la entrevista motivacional era discreta en relación con las condiciones de control (OR = 1,07 y 1,35 para seguimientos a corto y largo plazo, respectivamente). No obstante, la entrevista motivacional fue particularmente efectiva en los pacientes que mostraban bajos niveles de dependencia y de motivación en el momento de iniciar el tratamiento. Además, las intervenciones motivacionales que duraban menos de 1 hora eran más eficaces que las que tenían una duración superior, en especial si éstas se combinaban con un entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento y se comparaban con su aplicación conjunta con tratamientos farmacológicos.

La Colaboración Cochrane, en su última revisión acerca de la eficacia de la entrevista motivacional (Lai, Cahill, Quin y Tang, 2010), encontró una OR de 1,27 a favor de las tasas de abstinencia obtenidas por la entrevista motivacional en comparación con las tasas de abstinencia obtenidas tanto con intervenciones breves como con tratamientos más intensivos. Además, la entrevista motivacional fue especialmente eficaz si la realizaba un médico de atención primaria, en comparación a si la realizaban enfermeras u otros consejeros (sin hacer explícita mención a los psicólogos), y si su duración era superior a 20 minutos, en particular si se llevaba a cabo mediante contacto directo terapeuta-paciente frente a intervenciones que eran únicamente telefónicas. Otra revisión también realizada por un equipo de investigación de la Colaboración Cochrane (Cahill, Lancaster y Green, 2010), examinó recientemente los estudios realizados sobre la eficacia de las intervenciones basadas en los estadios de cambio (Prochaska, 2001). Los resultados revelaron que este tipo de intervenciones no añadían eficacia en relación con un grupo control de intervención breve. Sin embargo, al comparar intervenciones de autoayuda y aplicaciones individuales con trabajo específico y

adaptado al estadio del fumador, se encontró unas OR de 1,32 y de 1,24, respectivamente, en comparación con las aplicaciones estándar.

Por último, reseñar que Piñeiro, Míguez y Becoña (2010), en una detallada revisión acerca de la eficacia de la entrevista motivacional, constataron la eficacia de la misma (con tasas de abstinencias muy variables, pero siempre superiores al grupo de referencia), aunque matizaron que existía una amplia heterogeneidad de estudios y que éstos diferían en gran medida en el tipo de entrevista motivacional y la aplicación de la misma, que en muchos casos suponía una mera adaptación en condiciones dudosas. Además, tras esta revisión, plateaban el importante impacto que esta entrevista posee para lograr un mayor número de intentos de abandono. Efectivamente, como se comentaba al inicio del apartado, una de las principales aplicaciones de estas intervenciones se enmarcan en el contexto de la fase de preparación de los programas multicomponentes para dejar de fumar.

#### *2.3.2.6. Prevención de recaídas*

Al igual que la entrevista motivacional es un elemento activo que se ha de incluir en los tratamientos multicomponentes, la prevención de las recaídas cobra una especial importancia en este tipo de tratamientos en la última de sus fases: el mantenimiento de los logros. Parece claro que uno de los principales problemas de la deshabituación tabáquica reside precisamente en el mantenimiento de estos logros. Con frecuencia las personas consiguen dejar de fumar, pero fracasan en el intento de mantenerse abstinentes (Míguez y Becoña, 2008b). La prevención de recaídas es un objetivo ampliamente estudiado y perseguido en el ámbito de las adicciones (Marlatt, 1985a, 1985b, 1985c). Precisamente, Marlatt (1985a) fue el primero en diseñar un modelo sobre la prevención de la recaída en adicciones, el cual, obviamente, es aplicable al ámbito del tabaquismo en la medida en que es también un problema adictivo. Este modelo se ha ido desarrollando, perfeccionando

y complementando hasta la actualidad (Witkiewitz y Marlatt, 2004; Marlatt y Wilkiewitz, 2005).

Las guías clínicas explicitan la importancia de atender a algunos aspectos psicosociales que intervienen de manera directa en el mantenimiento de la abstinencia (Fiore et al., 2000, 2008). En éstas se pone el acento en dotar a los fumadores en habilidades específicas de afrontamiento, en especial la solución de problemas y la búsqueda de apoyo social dentro del tratamiento.

Antes de profundizar en el concepto de prevención de recaídas, merece la pena detenerse en la distinción de dos fenómenos relacionados, pero diferentes: caída y recaída. Una caída se refiere al consumo ocasional y puntual de cigarrillos una vez que la persona ya había sido capaz de abandonar su consumo, mientras que una recaída se conceptualiza como la vuelta al consumo de manera asidua y “normalizada”, compatible con el consumo que el fumador mostraba antes de intentar abandonar el hábito de fumar (Marlatt, 1993). En este sentido, Míguez (2006) alerta sobre ausencia de una distinción clara de estos fenómenos en las numerosas revisiones que se han llevado a cabo acerca de la utilidad clínica de los procedimientos de recaídas.

Para afrontar la problemática de las recaídas, el modelo de Marlatt (1985) propone considerar la autoeficacia percibida por parte del fumador como un elemento esencial de cara a lograr el mantenimiento deseado. Es por ello que cualquier intervención dirigida a la prevención de las recaídas ha de centrarse en el entrenamiento en habilidades de afrontamiento que maximice la autoeficacia de los pacientes. Por otra parte, un afrontamiento ineficaz del proceso puede atentar sobre la autoeficacia del individuo. Esto puede facilitar que la persona decida hacer uso del cigarrillo en un momento determinado, lo que supone admitir el influjo que la sustancia puede provocar y los efectos de la violación de la abstinencia, lo que provoca un incremento de la probabilidad de recaída.

De hecho, este modelo ya planteaba algunos conceptos que son centrales en el abordaje preventivo de las recaídas: el afrontamiento activo y eficaz del *craving* y el efecto de violación de la abstinencia. El primero hace referencia a la “querencia o apetencia” para volver a experimentar los efectos del consumo de una determinada sustancia (Castillo y Corcuera, 2008). Aunque parece que no existe una relación directa entre el *craving* y las recaídas, éste posee mecanismos implícitos (estímulos asociados, situaciones, etc.) que sí parecen tener una importancia central. El segundo, el efecto de violación de la abstinencia, hace referencia al fenómeno por el cual la persona que acaba de tener una caída experimenta un creciente deseo de retomar el consumo como consecuencia del anterior uso. Parece claro que la distinción entre caída y recaída es un asunto central en este tipo de intervenciones con el propósito de abordar de manera eficaz los posibles efectos de una violación de la abstinencia. Piasecki (2006) añade la importancia de considerar un tercer componente: el afecto negativo que un número importante de pacientes refieren haber experimentado al abandonar el consumo de tabaco. De hecho, un porcentaje significativo de pacientes informa haber vuelto a fumar como mecanismo de alivio del citado afecto negativo (Haas et al, 2004; Niaura et al., 2001). En este sentido la guía del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2000, 2008) hacía especial hincapié en el impacto que la ansiedad, el bajo estado de ánimo, las dificultades de concentración y los problemas ligados con la ganancia de peso pudieran ejercer en futuras recaídas (véase también Baker et al., 2004). Es por ello, y en consonancia con lo anterior, que es indispensable considerar abordajes terapéuticos que focalicen su atención en el manejo de estos estados afectivos negativos.

Lo anteriormente expuesto es matizado por el modelo de recaída propuesto por Witkiewitz y Marlatt (2004), en el que se agrupan los componentes que pueden intervenir en una recaída en dos factores: (1) factores intrapersonales: *craving*,

motivación, autoeficacia, expectativas de resultado, el estilo de afrontamiento y los estados emocionales, y (2) factores interpersonales: apoyo social funcional y apoyo emocional (véase la tabla 2.12).

Tabla 2.12. Principales componentes de las recaídas

<b>Factores intrapersonales</b>	
<i>Craving</i>	Impulso o deseo de consumir la sustancia.
Motivación	Supone considerar la motivación asociada a instaurar un nuevo comportamiento y la motivación para hacer frente a los aspectos negativos asociados a la cesación del hábito.
Autoeficacia	Grado en el que una persona se siente segura para llevar a cabo un determinado comportamiento en un contexto específico.
Afrontamiento	Dirigido hacia el manejo de determinadas situaciones centrándose en sus propias emociones o la situación.
Estados emocionales	Malestar asociado a la deshabitación tabáquica que puede generar depresión, ansiedad y estrés.
Expectativas de resultado	Directamente asociado con la autoeficacia: grado en que la persona percibe posibilidad de finalizar con éxito el proyecto emprendido.
<b>Factores interpersonales</b>	
Apoyo social funcional	Factor esencial en las recaídas. Supone desplegar habilidades sociales que permitan diseñar espacios facilitadores de la abstinencia.
Apoyo emocional	Las personas que rodean al fumador pueden ser de especial utilidad para manejar y gestionar de manera eficaz los estados afectivos negativos.

Además, el modelo anteriormente citado hace hincapié no únicamente en los factores actuales, sino también en aquellos factores pasados como aspectos del aprendizaje, aspectos contextuales, la historia familiar, el apoyo social o la dependencia como condicionantes de la experiencia de deshabituación.

Por esta razón, las acciones que se pueden llevar a cabo para afrontar eficazmente el mantenimiento y la prevención de posibles recaídas son múltiples (véase la tabla 2.13). Además, tal y como sugiere la guía clínica del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2000, 2008) en la última recomendación (arreglar o acordar; *arrange*) de su modelo de las 5 Aes, el seguimiento a largo plazo del fumador es un factor indispensable para optimizar la probabilidad de mantener la abstinencia (véase la tabla 2.14).

Tabla 2.13. Estrategias para prevenir recaídas (Becoña, 2004b)

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

Tabla 2.14. Propuesta de acción para la estrategia arreglar o acordar (*arrange*) del modelo de intervención de las 5 Aes (Fiore et al., 2000, 2008)

Acción	Estrategia de aplicación
Programar el contacto para el seguimiento personal o telefónico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El primer seguimiento debería realizarse poco después de la fecha de abandono, preferiblemente en la primera semana. Se recomienda establecer un segundo seguimiento en el primer mes y programar las demás visitas.</li> <li>- En todo seguimiento anticipéase a las dificultades y aborde los problemas detectados. Valore el uso de medicación y líneas telefónicas de ayuda al fumador.</li> <li>- Felicite a los pacientes que permanezcan abstinentes y si se ha producido una recaída, revise motivos y circunstancias de la misma. Plantéese un tratamiento más intensivo o una derivación.</li> </ul>

En lo que se refiere a la eficacia y utilidad clínica de estos procedimientos, existe una importante controversia. Parece que hay acuerdo entre los especialistas respecto a la necesidad de incorporar este tipo de intervenciones a los tratamientos para dejar de fumar, pero, sin embargo, los datos revelan la no existencia de diferencias significativas entre optar por un abordaje de este tipo u optar por otros tipos de tratamiento o por otras condiciones de control. De hecho, las OR oscilan entre 0,91 y 1,71 (Hajek et al., 2008, 2009; Lancaster, Hajek, Stead, West y Jarvis, 2006). Según estos autores, procedimientos basados en el entrenamiento en habilidades cognitivas y conductuales tanto en pacientes que ya habían dejado de fumar sin ayuda como en pacientes que habían dejado de fumar participando en un programa de tratamiento formal de tipo conductual, no mostraron una eficacia

adicional en comparación con las condiciones de control (OR = 1,08 y 1,00, respectivamente). Al añadir estas intervenciones a tratamientos farmacológicos, los resultados encontrados fueron similares (OR = 1,24). De nuevo, todos estos resultados han de tomarse con cautela, como admiten los propios autores, dadas las grandes diferencias entre los estudios en cuanto a sus metodologías y procedimientos de intervención (Lancaster et al., 2006). Es más, Míguez (2006) abunda en esas cautelar al argumentar que en muchos de esos estudios no se diferenció entre los conceptos de caída y recaída. Además, la heterogeneidad de los estudios también quedaba reflejada en el hecho de que algunos consideraban como intervenciones conductuales aquellas que por sus características, intensidad y aplicación, difícilmente podrían o deberían ser consideradas como tales.

No obstante, se ha de recordar que la prevención de recaídas, encuadrada en el contexto de los tratamientos multicomponentes, ha demostrado claramente su eficacia (Chambless y Ollendick, 2001; Gil-Roales, 2003; Sánchez-Meca et al., 1998).

## **2.4. Diferentes formatos en el tratamiento del tabaquismo**

### ***2.4.1. La terapia individual y la terapia grupal***

El contacto terapeuta-paciente es un elemento definitorio de la mayoría de las intervenciones para el tabaquismo y, en este sentido, los estudios empíricos sugieren que este contacto es también imprescindible para maximizar las probabilidades de éxito de dichas intervenciones (Fiore et al., 1996, 2000, 2008; Lancaster y Stead, 2006a; Stead y Lancaster, 2005; Stead et al., 2008).

Existen muchas variaciones en la intensidad y modalidad de ese contacto terapeuta-paciente, empezando por la distinción general entre terapia individual y terapia grupal. La primera ofrece algunas ventajas evidentes, ya que permite una mejor adaptación de los tratamientos a las necesidades específicas de cada

paciente, aunque, por otra parte, no tiene el alcance y la relación favorable coste-beneficios que posee la terapia grupal. Sin embargo, la guía clínica del NICE (2006c) recoge estudios que indican que la mayoría de los pacientes que quieren dejar de fumar prefieren una intervención con formato individual (Bauld et al., 2005).

Respecto a la diversidad de formatos dentro de la propia terapia individual, es complicado profundizar acerca de sus diferencias en eficacia y utilidad clínica, ya que los tipos de tratamiento son muy dispares entre sí en lo que se refiere a modalidad, intensidad y profesional que implanta el mismo. En un primer acercamiento es importante señalar que, tomando los datos de manera global, las guías del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2000, 2008) corrigieron los datos recogidos por ellos mismos en su guía de 1996 en la que atribuían unas tasas de abstinencia mayores al formato individual (asesoramiento e intervención breve) en comparación al formato grupal (OR = 2,2), de manera que en las guías más actualizadas de 2000 y 2008, la OR que reflejaba la superioridad del formato individual frente al formato grupal se vio rebajada hasta 1,7. No obstante, estas guías también matizaron que esa diferencia tenía que ponerse en el contexto del impacto del factor dosis-respuesta que se encontró al analizar la eficacia del asesoramiento, de manera que si éste se realizaba durante más de 8 sesiones y con un tiempo total de contacto que no superara los 300 minutos, esa OR podría llegar a rondar los 3 puntos. Como se comentaba, estos datos son poco específicos ya que bajo el nombre de asesoramiento se engloban diferentes tipos de intervenciones y profesionales que las llevan a cabo. De manera más concreta, Sancho et al. (2003) situaron la eficacia de la intervención psicológica intensiva e individual en una OR de 1,62, frente a la condición de no tratamiento.

Profundizando en el asunto, un grupo de investigación de la Colaboración Cochrane realizó una revisión exhaustiva en la que excluyó aquellos estudios que habían utilizado en su metodología personal médico para implantar las

intervenciones (Lancaster y Stead, 2006a). Los resultados de esta revisión metaanalítica revelaron que la intervención/asesoramiento individual era un formato eficaz para abordar el tabaquismo frente al contacto mínimo (OR = 1,56). En cuanto al análisis sobre el impacto del factor dosis-respuesta, la revisión encontró que aquellas intervenciones más intensivas no aportaban beneficios extras en términos de abstinencia en comparación con un asesoramiento más breve (OR = 0,98). No obstante, es importante señalar que los autores, para llegar a tal conclusión, solamente tuvieron en cuenta los datos de tres estudios. En uno de ellos (Alterman, 2001), se encontraron tasas de abstinencia inesperadamente bajas en el formato de intervención de intensidad moderada y muy inferiores a las de los otros dos formatos del estudio (asesoramiento breve y asesoramiento intensivo). De hecho, si se compara la intervención intensiva con la intervención moderada y se combinan sus resultados con los otros dos estudios de la revisión, sí se constata el esperado efecto dosis-respuesta con una OR de 1,94 favorable a la intervención individual intensiva. No obstante, uno de los desafíos que plantea la revisión es dilucidar qué tipo de intervención individual es más eficaz ya que, aunque se ha moderado la heterogeneidad en cuanto al profesional que aplica el tratamiento, los abordajes siguen siendo muy dispares.

La relación dosis-respuesta se ve también apoyada por los resultados de la guía del NICE (2007), de forma que en esta se informa de mejores tasas de abstinencia en aquellas intervenciones en las que se superan las 4 semanas de tratamiento.

Por otra parte, el tratamiento en grupo es un formato que ofrece varias ventajas frente al tipo de tratamiento individual (véase la tabla 2.15). Supone llegar a un mayor número de pacientes con una misma inversión temporal. Además, los resultados de Fiore et al. (2000, 2008) indican que el apoyo social que se da en el tratamiento es uno de los componentes esenciales que ayudan a los pacientes a

dejar de fumar, y parece claro que el formato grupal ofrece un encuadre terapéutico facilitador de ese componente.

El tratamiento en grupo de fumadores cuenta con una amplia literatura científica que avala su eficacia (Chambless y Ollendick, 2002; NICE, 2006b, 2006c; Sánchez-Meca et al., 1998), aunque Hajek (1996) ha descrito más de 100 tipos de terapias grupales y, por tanto, es difícil precisar cuáles de esas terapias son las que realmente están avaladas por esa literatura. Hajek (1996) plantea que los objetivos primarios de este tipo de intervenciones son: (1) analizar los motivos del comportamiento en cada uno de los miembros del grupo; (2) proporcionar una oportunidad para el aprendizaje social; (3) generar experiencias emocionales; (4) brindar información, y (5) enseñar nuevas habilidades.

Méndez, Olivares y Maciá (1993) distinguieron conceptualmente dos términos muy semejantes: terapia en grupo y terapia de grupo (véase la tabla 2.16). La terapia en grupo es aquella en la que el trabajo del terapeuta se ve maximizado ya que su intervención es recibida por un número mayor de personas que en el formato individual. Por otra parte, la terapia de grupo responsabiliza al propio grupo del cambio terapéutico, pasando el terapeuta a ser un mero gestor de los procesos grupales. Un tercer término y concepto, en ocasiones utilizado en el ámbito del tratamiento de fumadores, es el de coterapia grupal, en la que los pacientes entran y salen de un tratamiento en el que participan varios pacientes y no está presente un terapeuta especializado (véase tabla 2.16). Estas distinciones parecen esenciales, ya que se ha demostrado que la terapia de grupo es esencialmente ineficaz para el tratamiento de fumadores (Schwartz, 1987) y apenas hay datos sobre la eficacia de la coterapia grupal, y lo que realmente funciona es el tratamiento en grupo basado en el entrenamiento de diferentes habilidades de afrontamiento.

Tabla 2.15. Ventajas del contexto terapéutico grupal

- 
1. Los grupos son **coste-efectivos**
    - El terapeuta puede realizar múltiples intervenciones de modo simultáneo
      - Desciende el coste por paciente
      - Aumenta el número potencial de intervenciones.
  2. Específicamente, es un contexto interpersonal real –la mayor parte de los problemas psicológicos tiene **dimensión interpersonal**
    - No obstante, debe considerarse individualmente la **conveniencia** de incluir a un participante
  3. El grupo es una fuente de **normalización**
    - Los miembros del grupo encuentran personas con problemas similares y rompen la percepción de que su problema es único o inconfesable, y reducen la percepción de culpa
  4. El grupo permite realizar **intervenciones preventivas** espontáneas
    - Los participantes aprenden de problemas de los demás que aún no han tenido que enfrentar
  5. Los participantes sirven de **ayuda** unos a otros
    - Intentar ayudar a otro moviliza y consolida las propias habilidades para ayudarse a uno mismo
  6. Algunas experiencias y actividades sólo son posibles en un **contexto grupal**
    - Exposición *in vivo* a emociones como la vergüenza, el miedo, la incertidumbre
  7. El contexto grupal puede ser un potente **generador de emociones**
    - Las sesiones grupales pueden ser emotivas
    - Favorecen el relieve dramático, la catarsis y otros procesos
  8. El grupo es en sí mismo un **contexto de práctica** de determinadas habilidades
    - Habilidades sociales
    - Puesta a prueba de creencias y prejuicios
  9. El grupo incrementa la cantidad de **retroalimentación** recibida por el participante.
    - Múltiples “terapeutas”
    - Múltiples contextos de retroalimentación
  10. El contexto grupal promueve la **creatividad**
    - Varias cabezas piensan más que una
    - Diferentes bagajes experienciales se combinan a la hora de considerar situaciones problema
  11. El grupo es una fuente de **presión social**
    - Favorece la motivación al cambio
    - Favorece la adherencia con el tratamiento y las tareas
-

Tabla 2.16. Diferentes formatos del trabajo terapéutico grupal

<b>Terapia de grupo</b>	<b>Terapia en grupo</b>	<b>Coterapia grupal</b>
- El grupo constituye el “paciente”	- El individuo es el paciente (“la forma”)	- Los participantes actúan como terapeutas
- El terapeuta es un “agente secundario”	- El grupo es el contexto, el encuadre (“el fondo”)	- Temática común basada en la experiencia
- Se presuponen procesos terapéuticos inherentes al grupo	- El terapeuta es agente activo como conductor e instructor de todos y cada uno de los componentes del grupo	- Terapeuta como auxiliar o ausente (en ocasiones, anterior paciente)
- El grupo como agente de cambio		
- El terapeuta como gestor de las experiencias grupales		

Becoña y Míguez (2008) proponen que, en el tratamiento de fumadores, el tamaño ideal del grupo es el formado por 6 a 12 pacientes que permita ser dirigido por un solo terapeuta, con una hora de duración y una frecuencia de sesiones semanal.

Es un lugar común considerar la terapia en grupo como un procedimiento eficaz para el tratamiento del tabaquismo (Fiore, 1996, 2000, 2008; NICE, 2006a, 2006b, 2007b; Stead y Lancaster, 2006). Uno de los grupos de investigación de la Colaboración Cochrane cifró la eficacia de la terapia conductual en grupo en una OR de 2,17 frente a la no intervención y en una OR de 2,04 frente a programas de autoayuda (Stead y Lancaster, 2006). Este estudio pone de relieve un asunto fundamental en la revisión metaanalítica de esta cuestión. En su revisión, los autores fueron razonablemente estrictos en la inclusión de estudios, solamente contemplando aquellos en los que los pacientes recibían algún tipo de intervención conductual o terapia cognitivo-conductual durante al menos dos sesiones. Este

procedimiento y los resultados consecuentes ponen en evidencia otros estudios metaanalíticos mucho más laxos en cuanto al criterio de inclusión de estudios (Fiore et al., 1996, 2000, 2008), en los que, a pesar de demostrar igualmente la eficacia de este formato de intervención, ésta era cuantificada en menor medida (OR = 1,3). Parece razonable inferir que esta diferencia en cuanto a beneficio terapéutico del uso de los formatos grupales radica en que en estos últimos estudios metaanalíticos se han considerado como intervenciones psicológicas grupales muchas intervenciones grupales que dudosamente pueden ser consideradas como conductuales o como intervenciones psicológicas propiamente dichas.

Al comparar la eficacia de los componentes específicos de la intervención grupal como, por ejemplo, la prevención de recaídas, el entrenamiento en habilidades y otros componentes conductuales, Stead y Lancaster (2006) estimaron que el beneficio terapéutico derivado de la inclusión de este tipo de componentes específicos era de una OR de 1,36 frente a su no inclusión.

Para finalizar este apartado, se considera importante reflexionar acerca de la eficacia diferencial de la terapia individual y de la terapia aplicada en grupo. Fiore et al. (1996, 2000, 2008) encontraron que la terapia individual posee mejores tasas de abstinencia que el formato grupal. En la misma línea, Stead y Lancaster (2006) hallaron mejores resultados para la terapia individual frente al formato de grupo, aunque la diferencia era discreta y no significativa (OR = 0,86). Frente a estos resultados, la guía clínica del NICE (2006b) recomienda el uso de la terapia en grupo frente al formato individual ya que presenta mejores tasas de abstinencia y de eficiencia en términos de costes-beneficios, resultados compatibles con los que ofrecen Becoña y Míguez (2008) y Sancho et al. (2003) que hallaron, respectivamente, una OR de 2,19 y de 1,63 para la terapia en grupo frente a la terapia individual.

## **Capítulo 3.**

# **Situación actual de los tratamientos psicológicos y su combinación con los tratamientos farmacológicos**



### **3. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS Y SU COMBINACIÓN CON TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS EN EL ABORDAJE DEL TABAQUISMO**

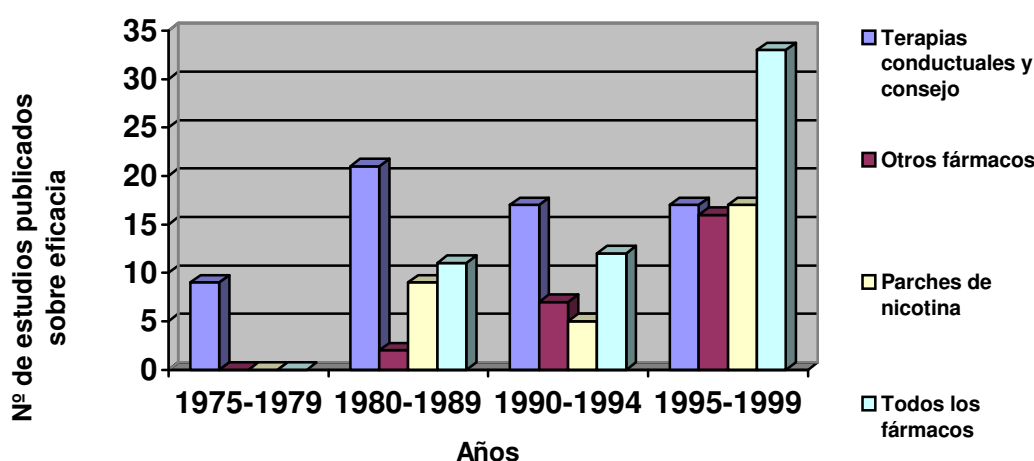
#### **3.1. Posición de los tratamientos psicológicos en las guías clínicas de tratamiento del tabaquismo**

Hasta el momento se ha presentado de manera descriptiva cuáles son los principales procedimientos clínicos para dejar de fumar. En los últimos años, la práctica clínica y la investigación sobre los abordajes terapéuticos del tabaquismo no siguen, desgraciadamente, la tendencia que los datos sobre la eficacia de dichos procedimientos clínicos parecen sugerir. Al consultar las principales guías clínicas sobre el tratamiento del tabaquismo, se puede observar como, con el paso de los años, sus recomendaciones se centran en los tratamientos farmacológicos en detrimento de los psicológicos, más allá de que éstos hayan demostrado sobradamente su eficacia y utilidad.

Para analizar este fenómeno, se adoptará, en un primer momento, una perspectiva histórica. Si se revisa la gran cantidad de estudios que se incluyen en los principales metaanálisis sobre la eficacia de los tratamientos para dejar de fumar, los cuales, a la postre, inspiran las indicaciones de las guías clínicas, se puede apreciar que en los últimos 15 años se ha producido un descenso importante en el número de estudios publicados sobre los tratamientos psicológicos cognitivo-conductuales y, en cambio, ha habido un aumento importante de los estudios publicados sobre las terapias farmacológicas (García-Vera y Sanz, 2006a; Fiore, 1996, 2000, 2008). Esta situación hace 20-25 años era justamente la contraria: los tratamientos conductuales y el consejo monopolizaban la investigación (Becoña, 1990; Gil-Roales, 1994; Viswesvaran y Schmidt, 1992) (véase la figura 3.1). De hecho, atendiendo a los últimos metaanálisis examinados, únicamente la terapia

sustitutiva con nicotina ha sido objeto de más estudios en los últimos 10 años que toda la investigación que se ha efectuado acerca de la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales (véase la figura 3.1).

Figura 3.1. Número de estudios publicados sobre eficacia de los tratamientos psicológicos y farmacológicos (García-Vera y Sanz, 2006a).



En la década de los 70 del siglo pasado los principales tratamientos que se ponían a prueba eran los psicológicos, con los resultados positivos que se han mostrado en el capítulo anterior, pero esta tendencia en la investigación se ha invertido completamente a favor de las terapias farmacológicas (García-Vera y Sanz, 2006a). Quizá uno de los factores que pueden explicar este cambio de tendencia, más allá de los obvios intereses comerciales, es la conceptualización de la dependencia como un trastorno clínico. Como se mostró en el apartado de epidemiología, el número de fumadores en los países desarrollados se ha reducido. Así, parece evidente que aquellas personas que continúan fumando necesitan un tratamiento clínico para dejar de fumar, por su alta dependencia o por presentar problemas clínicos asociados (Becoña, 2000; Fagerström, et al., 1996). De hecho, basándose en los datos de EE. UU., se estima que aproximadamente el 66% de los

fumadores cumplen los criterios clínicos para el diagnóstico del trastorno por dependencia de la nicotina del DSM-IV (Cottler, Robins y Hetzler, 1995).

Así, parece lógica la consideración de que los fumadores poseen unos altos niveles de dependencia y que muchos de ellos presentan, incluso, un trastorno clínico asociado. Además, existe un creciente interés por parte de los profesionales sanitarios acerca del abordaje del tabaquismo; así en el estudio del Ministerio de Sanidad y Consumo (1998) un 91,6% de los profesionales sanitarios informó estar bastante o muy preocupados por las consecuencias que el tabaco tiene sobre la salud. Todo este proceso favorece la implantación de tratamientos clínicos para abordar este problema, pero, por otra parte, se corre el riesgo de conceptualizar el tabaquismo y la dependencia de la nicotina sólo desde un modelo biomédico (García-Vera y Sanz, 2006a). Se instala, pues, la idea de que el tabaquismo es una “enfermedad crónica”, tal y como nos plantean algunas de las más prestigiosas guías clínicas para dejar de fumar (Fiore et al., 2000, 2008). La consecuencia más inmediata de este sesgo hacia lo biomédico es la consideración de los tratamientos farmacológicos como la terapia de primer nivel o elección, mientras que las terapias cognitivo-conductuales pasan a ser consideradas como una segunda opción terapéutica o como terapias auxiliares de los tratamientos de primera elección (García-Vera y Sanz, 2006a; véase la tabla 3.1).

En consonancia con lo anteriormente expuesto, y tal y como se muestra en el capítulo anterior, nuevos tratamientos farmacológicos se van abriendo paso en la investigación y en la práctica clínica del tratamiento del tabaquismo como, por ejemplo, el bupropión y la vareniclina (Fiore et al., 2000, 2008; NICE, 2007a, 2007b). A éstos se unen los tratamientos ya tradicionales basados en los sustitutivos de nicotina, pero con nuevas formas de administración como el spray nasal o el inhalador bucal. Además es creciente la investigación acerca del uso de benzodiazepinas como el diazepam, antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos

de la recaptación de serotonina e, incluso, psicoestimulantes como el metilfedinato (Fiore et al., 2008).

Tabla 3.1. Recomendaciones clave de la guía de tratamiento del tabaquismo del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2008)

---

***Resumen de recomendaciones propuestas***

---

- La dependencia del tabaco es una condición crónica que a menudo requiere intervención repetida.
  - Los clínicos y los servicios de salud deben promover la consecuente identificación, documentación y tratamiento de los fumadores.
  - A cada paciente fumador que quisiese dejar de fumar deben ofrecérsele, al menos, tratamientos breves que las guías han identificado como eficaces.
  - El tratamiento individual, en grupo y las técnicas de consejo telefónico proactivo han demostrado un relación dosis-respuesta entre la intensidad y su eficacia. El consejo y el apoyo resultan especialmente eficaces y deben ser usados con todos los pacientes que quieran dejar de fumar.
  - Excepto cuando existan contraindicaciones, uno de los siguientes tratamientos deben usarse en aquellos pacientes que quieran dejar de fumar:
    - Terapias de primera línea: bupropión, terapia con sustitutivos de nicotina y vareniclina
    - También deben considerarse la combinación de los anteriores.
  - La combinación del consejo y la medicación resulta más eficaz que estos procedimientos por si solos, y ambos deben ofrecerse de forma rutinaria a los fumadores que intentan abandonar el tabaco.
  - A los fumadores que no han intentado dejar de fumar con anterioridad, se les ofrecerá tratamientos motivacionales.
  - Los tratamientos de la dependencia del tabaco son eficaces y costo-efectivos. Las aseguradoras deberían incluir en sus planes de seguros la cobertura del consejo y los tratamientos farmacológicos, así como el reembolso a los clínicos por promover dichas intervenciones.
-

Pero quizá, el hecho más determinante en el retroceso que están sufriendo los tratamientos psicológicos frente a las terapias farmacológicas es la aparición de guías clínicas con sus recomendaciones basadas en datos de eficacia, utilidad clínica y relación costes-beneficios (eficiencia) (García-Vera y Sanz, 2006a). La aparición de estas guías se debe a diferentes factores. Uno de los principales es de corte sociopolítico, relacionado con la pretensión de mejorar la calidad y la relación costes-efectividad de los sistemas de cuidados de salud, tal y como ha ocurrido en países como EE. UU. o el Reino Unido. Así, auspiciada por el Congreso de los Estados Unidos, en 1989 la *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR) plantea (1) la realización y el apoyo de investigaciones sobre efectividad y eficacia de tratamientos, evaluaciones y estrategias de prevención, (2) el desarrollo y actualización de guías para la práctica clínica, y (3) la difusión de los hallazgos a la población y a los profesionales de la salud.

De manera relacionada con esas iniciativas sociopolíticas, a principios de los años 90 de siglo pasado se inició un movimiento en el ámbito de la Medicina conocido como medicina basada en la evidencia (*evidence-based medicine*), en el que se promulga el uso de tratamientos y procedimientos avalados empíricamente. Paralelamente y en el ámbito de la Psicología, se crea en 1993 un comité dentro de la División 12 de la Asociación Americana de Psicología cuyos objetivos eran: (1) identificar los tratamientos cuya eficacia estuviera avalada por datos empíricos, y (2) difundirlos entre los profesionales de la psicología clínica, los directores de los programas educativos que forman y acreditan a los psicólogos clínicos, y la población en general. Como consecuencia, se publicó un informe que presentaba un listado de tratamientos psicológicos avalados empíricamente para el abordaje de diversos problemas de salud, incluyendo el tabaquismo (Chambless et al., 1998, 2001).

Aunque la aparición de estas guías ha supuesto un gran avance a todos los niveles, el impacto de sus recomendaciones para los tratamientos psicológicos y farmacológicos es desigual en la investigación científica y en la práctica clínica habitual del abordaje del tabaquismo. En concreto, habiendo quedado claramente contrastada la eficacia de la terapia psicológica para dejar de fumar, tal y como se ha expuesto en el capítulo anterior, sorprende que, sin embargo, este tipo de terapia parece carecer de “importancia” en las investigaciones y en las recomendaciones de las guías clínicas (véase la tabla 3.1).

Para que sea ilustrativo este fenómeno, cabe reflexionar sobre las recomendaciones y conclusiones de una de las principales guías clínicas, la patrocinada por el U.S.D.H.H.S. La primera guía publicada por el U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 1996) concluía que tres elementos de tratamiento eran “especialmente efectivos para dejar de fumar”:

- 1) la terapia sustitutiva con nicotina (parches y chicles),
- 2) el apoyo social, y
- 3) el entrenamiento en habilidades y solución de problemas.

En su posterior actualización, esta guía recomienda a los clínicos ofrecer tanto consejo como farmacoterapia a cada paciente que quiera dejar de fumar (Fiore et al., 2000). Además, especifica tres tipos de consejo o intervenciones conductuales especialmente efectivas y que deberían usarse con todos los pacientes que quieren dejar de fumar:

- 1) consejo práctico (solución de problemas/entrenamiento en habilidades),
- 2) apoyo social como parte del tratamiento (apoyo intratratamiento), y
- 3) ayuda para conseguir apoyo social fuera del tratamiento.

En la última actualización de dicha guía, la publicada en 2008, sólo se reconoce como procedimiento de utilidad el consejo práctico y la promoción de apoyo social fuera del tratamiento. Sin embargo, como tratamiento de primera línea

incorporan a la vareniclina, considerándola un procedimiento “especialmente” eficaz para dejar de fumar (Fiore et al., 2008).

No obstante, los datos y metaanálisis de estas guías, aunque quizás de manera no del todo satisfactoria, sugieren claramente la necesidad de usar tratamientos psicológicos para optimizar los resultados en los pacientes que quieren dejar de fumar, bien de forma independiente o bien combinados con tratamientos farmacológicos (García-Vera y Sanz, 2006a).

Paradójicamente, estos datos que se recogen en las guías clínicas están en contraposición con la opinión de muchos investigadores que se decantan claramente por el uso de terapias de corte farmacológico y dudan de la utilidad de los abordajes psicológicos. Si se examina en profundidad las recomendaciones de estas guías, se obtiene que en la primera de las guías del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 1996) se concluye que: (1) la nicotina transdérmica es más efectiva que el placebo independientemente de la intensidad del tratamiento psicosocial adyuvante. No obstante, si estas intervenciones son intensivas incrementan de manera significativa los índices de abstinencia, y (2) el chicle de nicotina es más eficaz que las intervenciones de control y el uso de intervenciones psicosociales intensivas incrementa los niveles de abstinencia en combinación con el uso de chicles de nicotina. Además, considera que la primera conclusión está establecida con un nivel de evidencia A, es decir, que es fruto del análisis de múltiples ensayos clínicos aleatorizados, bien diseñados y directamente relacionados con la cuestión. En cambio, la segunda conclusión recibió una valoración B, lo que sugiere que el apoyo empírico que lo avala no es el óptimo.

Al examinar la segunda versión de la guía del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2000), ésta elimina cualquier referencia a las intervenciones psicosociales intensivas como tratamiento de primera línea para el tabaquismo o a su utilidad para incrementar la eficacia de las terapias farmacológicas. Así, reserva la

calificación máxima de A únicamente a los parches y chicles de nicotina, al bupropión, al inhalador bucal de nicotina y al nebulizador nasal de nicotina. Por otra parte, reserva una calificación de B a los tratamientos cognitivos-conductuales y al consejo para dejar de fumar (García-Vera y Sanz, 2006a).

En la última guía publicada por el U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2008), se incluye como tratamientos de primera elección a los presentados en la anterior guía con la calificación máxima de A y que se han mencionado línea atrás, y, además, a la vareniclina. Las terapias cognitivo conductuales y el consejo continúan ostentando un papel secundario.

Buena parte del conflicto entre lo que dicen los datos que se recogen en las guías clínicas y lo que dicen sus recomendaciones finales quizás tenga que ver con las diferencias entre una aproximación al problema del tabaquismo desde un punto de vista comunitario y una aproximación desde un punto de vista clínico (García-Vera y Sanz, 2006a). Desde un punto de vista comunitario, los médicos, en concreto, los médicos de atención primaria, son la puerta de acceso a los sistemas sanitarios para la mayoría de las personas, teniendo, pues, una capacidad importante para llegar a una parte importante de la población y, por tanto, una mejor posición, al menos actualmente, para tratar el tabaquismo desde un punto de vista comunitario. En este sentido, los médicos se sienten más cómodos prescribiendo medicación que tratamientos cognitivos-conductuales, máxime cuando la típica visita a un médico de atención primaria no suele durar más de 12 minutos y la formación de los médicos de atención primaria suele carecer de la adecuada preparación en intervenciones psicológicas. Sin embargo, en el área de las intervenciones clínicas especializadas, a las que el fumador acude de manera voluntaria para dejar de fumar o es remitido por el médico de atención primaria, no debería estar tan claro que la mejor alternativa terapéutica sea la farmacológica, a

no ser que ésta demuestre de manera empírica unos niveles de eficacia, efectividad y eficiencia superiores respecto a la terapia cognitivo conductual.

Centrando nuestra atención en la situación actual y, en particular, en la última guía del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2008), resulta curioso comprobar que, en función de los datos de los metaanálisis que incluye, esta guía pone de relieve, de manera latente, la necesidad de considerar como tratamientos de primera línea a los enfoques conductuales y de consejo, con un nivel determinado de intensidad y secuenciación. Pero, pese a reconocer la utilidad clínica de estos procedimientos psicológicos (véase la tabla 3.2), de manera manifiesta, en sus recomendaciones, la guía los obvia, no considerándolos como alternativas terapéuticas de primera línea (véase la tabla 3.1).

La explicación que se ofrece para esta discriminación contra los tratamientos cognitivos-conductuales es la falta de estudios que cumplan las exigencias y los criterios para recibir una calificación de A. Así, por ejemplo, los autores de las guías critican que los grupos de control en los estudios sobre tratamientos cognitivos conductuales son en su mayoría grupos de no tratamiento, no de tratamiento placebo, o que en dichos estudios es imposible detectar los elementos fundamentales de los tratamientos multicomponentes y, además, sus resultados presentan una elevada heterogeneidad. Sin embargo, es sorprendente como este criterio tan estricto de exclusión no ha sido aplicado en el caso del bupropión y del inhalador nasal de nicotina, los cuales contaban solamente con tres estudios en la guía del 2000, en la que hay que recordar que recibieron la máxima calificación (A) de evidencia empírica. Cabe reseñar, no obstante, que en el caso del bupropión, siguiendo la tendencia al alza en la investigación de los tratamientos farmacológicos, la guía actualizada de 2008 asienta su recomendación con un buen número de ensayos clínicos controlados.

A tenor de los resultados que se pueden observar en la tabla 3.2, parece claro considerar que aquellas sesiones de consejo que excedan los 10 minutos de duración, al menos duplican los resultados obtenidos con el no contacto o el contacto mínimo con unas tasas estimadas de abstinencia del 22%. En consonancia, la duración total de los tratamientos que incluyen consejo debería ser como mínimo de 90 minutos para obtener una tasa estimada de abstinencia del 28%. Como se comentaba, desgraciadamente, la práctica clínica habitual parece no ir en esa dirección. La preferencia se dirige hacia una mínima inversión temporal y hacia aquellos tratamientos que soportan dicho encuadre, es decir, los farmacológicos.

Tabla 3.2. Resultados metaanalíticos de eficacia del consejo conductual en función de su intensidad y frecuencia (Fiore et al., 2000, 2008)

<b>Tipo de comparación</b>	<b>Razón de posibilidades u <i>odds ratio</i> (OR) / Tasa estimada de abstinencia (TEA)</b>
Duración de las sesiones frente a no contacto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 3 minutos (mínima duración): OR = 1,3 / TEA = 13,4</li> <li>• 3 – 10 minutos (intensidad baja): OR = 1,6 / TEA = 16%</li> <li>• &gt; 10 minutos (intensidad alta): OR = 2,3 / TEA = 22,1%</li> </ul>
Duración total del tratamiento frente a no contacto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 – 3 minutos: OR = 1,4 / TEA = 14,4%</li> <li>• 4 – 30 minutos: OR = 1,9 / TEA = 18,8%</li> <li>• 31 – 90 minutos: OR = 3,0 / TEA = 26,5%</li> <li>• 91 – 300 minutos: OR = 3,2 / TEA = 28,4%</li> <li>• &gt; 300 minutos: OR = 2,8 / TEA = 25,5%</li> </ul>
Número de sesiones frente a 0 – 1 sesión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 – 3 sesiones: OR = 1,4 / TEA = 16,3%</li> <li>• 4 – 8 sesiones: OR = 1,9 / TEA = 20,9%</li> <li>• &gt; 8 sesiones: OR = 2,3 / TEA = 24,7%</li> </ul>

Tomando de nuevo una perspectiva histórica y estas mismas guías de referencia (las del U.S.D.H.H.S.), se puede observar cómo el peso específico de las intervenciones psicológicas y psicosociales han sufrido de manera paulatina un ajuste a la baja en cuanto a su eficacia. Mientras que en la primera guía del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al, 1996), la intervención individual y grupal obtenían razones de posibilidades u *odds ratios* (OR) cercanas a 2 al comparar sus tasas de abstinencia con las conseguidas por las condiciones de control, en la última versión (Fiore et al., 2008) ambas modalidades de intervención obtuvieron unas OR de 1,7 y 1,3, respectivamente. En ese descenso en los índices de eficacia de los tratamientos psicológicos, que parece más bien una infraestimación puesto que no se corresponde con los resultados de numerosos ensayos clínicos que han puesto a prueba la eficacia de la terapia cognitivo conductual multicomponente (Sánchez-Meca et al., 1998; Chambless et al., 1998; Chambless y Ollendick, 2001), parece que subyace una confusión conceptual y terminológica que es esencial para comprender los pobres resultados que se presentan en las guías del U.S.D.H.H.S. En concreto, esta confusión tiene que ver con el hecho de considerar, de forma equivocada, a diversos tipos de intervenciones mínimas o de mero consejo como intervenciones conductuales o psicológicas, tanto en formato grupal como individual.

Es de sobra conocido que una intervención conductual o cognitivo conductual multicomponente correctamente aplicada no puede concebirse sin una inversión temporal considerable y sin un rigor en su aplicación que pasa por la aplicación de técnicas y componentes psicológicos específicos. Sin tratar de obviar los resultados que la propia guía del U.S.D.H.H.S. propone (Fiore et al., 2008), si en dichas guías sólo se tuvieran en cuenta los tratamientos que incluyen componentes específicos cognitivos conductuales y, sobre todo, con una intensidad y secuenciación adecuadas, excluyendo de sus análisis aquellos tratamientos que,

por cuestiones de contenido y formato, no siguen los criterios de los principales metaanálisis realizados por equipos de investigación psicológicos (Chambless et al., 1998; Chambless y Ollendick, 2001; Sánchez-Meca et al, 1998), los resultados de estas intervenciones se verían ampliamente modificados al alza.

De manera complementaria a los aspectos relacionados con el contenido de los tratamientos y su formato de aplicación, se observa otra confusión respecto a qué se considera tratamiento psicológico y que tiene que ver con los profesionales que los aplican. Parece evidente que la puesta en marcha de tratamientos psicológicos requiere un entrenamiento exhaustivo del personal que llevará a cabo dicho tratamiento y, de forma relacionada, parece lógico pensar que el psicólogo es el personal mejor formado a tal efecto, pero, en la realidad, y tras un análisis en profundidad de los estudios que formaron el grueso de los metaanálisis de las guías del U.S.D.H.H.S., se puede observar que esas intervenciones son llevadas a cabo, no sólo en un tiempo y secuenciación inadecuadas, sino también por profesionales que no habían recibido un entrenamiento adecuado para su aplicación.

Sin embargo, aunque es cierto que tras la “depuración” de aquellos estudios que incluyen tratamientos no claramente psicológicos que podrían estar “contaminando” los resultados, estos resultados reflejarían indicadores de eficacia más altos para los tratamientos psicológicos, también es muy probable que una parte de los problemas señalados por las guías todavía continuaran afectando en parte a la investigación sobre los tratamientos psicológicos, en concreto, el problema relacionado con la poca cantidad de ensayos clínicos realizados con grupo de control de placebo y llevados a cabo por más de un grupo de investigación, lo que obstaculizaría de nuevo el conseguir un nivel de evidencia máximo (A) en cuanto la eficacia de dichas intervenciones psicológicas, individuales o grupales, y, por ende, la recomendación de que tales intervenciones se utilicen como enfoques de primera línea.

En contraste con las guías del U.S.D.H.H.S., las guías del *UK National Institute for Clinical Excellence* (NICE, 2002, 2006a, 2006b, 2007b) parecen no tener dudas acerca del papel de los tratamientos psicológicos como intervenciones de primera línea (véase tabla 3.3).

Tabla 3.3. Principales recomendaciones de las guías del *UK National Institute for Clinical Excellence* o NICE (NICE, 2002, 2006a, 2006b, 2007b).

Guía	Recomendaciones
NICE (2002)	<ul style="list-style-type: none"><li>- La terapia sustitutiva de la nicotina y el bupropión deben prescribirse a aquellos fumadores que manifiestan su deseo de dejar de fumar</li><li>- Los profesionales de la salud deben ofrecer consejo y apoyo al fumador para que deje el tabaco</li></ul>
NICE (2006b)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Debe informarse a los pacientes de que dejar de fumar está relacionado con sus preferencias y actitudes</li><li>- Los médicos de atención primaria deben recomendar a todos los pacientes que fuman que deben dejar de hacerlo en cada consulta. Todos los agentes sanitarios comunitarios y de atención primaria deben ofrecer a los fumadores tratamientos de apoyo intensivo</li><li>- El consejo y el apoyo debe estar disponible en todos los niveles de atención, en particular en las poblaciones de alto riesgo y deprivadas</li><li>- Debe establecerse un sistema de supervisión para asegurar que los profesionales de la salud tienen información del estado actual de consumo de tabaco de sus pacientes</li></ul>
NICE (2007b)	<ul style="list-style-type: none"><li>- La vareniclina está recomendada como posible tratamiento para dejar de fumar</li><li>- Normalmente, la vareniclina debe usarse sólo como parte de un programa que incluya asesoramiento por un profesional sanitario u otros tipos de apoyo</li></ul>

De manera explícita, las guías del NICE consideran la intervención psicológica individual y grupal como una parte esencial del correcto abordaje del tabaquismo en todos sus niveles, mostrando una ligera preferencia por el formato grupal, tal y como se señaló en el capítulo anterior. Según estas guías, el abordaje psicosocial forma parte del grueso indivisible de una correcta intervención, independientemente de la decisión clínica de incluir otras intervenciones intensivas, como podría ser la terapia farmacológica. Además, es importante destacar como la versión de 2006 de la guía del NICE hace referencia de manera clara a que todos los agentes sanitarios comunitarios y de atención primaria deben ofrecer a los fumadores tratamientos de apoyo intensivo (NICE, 2006b), dejando en evidencia su desacuerdo con recomendar apoyo psicológico basado únicamente en la intervención breve, el consejo mínimo u ocasional o el mero contacto clínico, algo que la guía del U.S.D.H.H.S (Fiore et al., 2008) sólo insinuaba de manera latente en tres metanálisis (véase la tabla 3.1), pero obviaba de manera manifiesta en sus recomendaciones sobre los tratamientos de primera línea (véase la tabla 3.2).

De manera más pormenorizada, una serie de estudios metaanalíticos del grupo de la Colaboración Cochrane (Stead y Lancaster, 2006; Stead et al., 2008; Lancaster y Stead, 2005, 2006a) examinaron la eficacia de los procedimientos psicológicos para dejar de fumar en función de su intensidad y sus componentes terapéuticos básicos.

En lo que se refiere al asesoramiento conductual individual, los autores de esos estudios encuentran una clara superioridad de la intervención individual frente a la no intervención o el mero consejo mínimo (OR = 1,56), aunque, en contra de lo que cabría esperar, no hallaron diferencias significativas derivadas del uso de una intervención más intensiva frente a intervenciones más breves (Lancaster y Stead, 2005). Aunque ya se comentó con detalle este hallazgo sorprendente en el capítulo anterior, cabe subrayar una vez más que un análisis en profundidad y crítico de la

revisión metaanalítica revela que, para llegar a tal conclusión, los autores únicamente se sirvieron de tres estudios, ya que descartaron muchas investigaciones por no cumplir los criterios metodológicos prefijados. Además, uno de los estudios incluidos (Alterman, Gariti, y Mulvaney, 2001) ponía a prueba tres intensidades diferentes (intensidad mínima, intensidad moderada y alta intensidad) de asesoramiento conductual individual en combinación con los parches de nicotina y sus resultados fueron algo sorprendentes y muy distintos según la forma en que se analicen. La modalidad de intensidad moderada, llevada a cabo por personal de enfermería durante cuatro sesiones, obtuvo tasas de abstinencia significativamente inferiores a las otras dos modalidades, la de baja intensidad, también llevada a cabo por personal de enfermería, pero durante una sola sesión, y la de alta intensidad, realizada igual que la de moderada intensidad, pero con la adición de 12 sesiones de terapia cognitivo conductual con un terapeuta entrenado. Cuando los autores de la revisión analizaron de manera conjunta los datos de las modalidades de alta y moderada intensidad frente a los de baja intensidad no encontraron una diferencia estadísticamente significativa en las tasas de abstinencia (OR = 0,84; véase Lancaster y Stead, 2005), pero sí se obtuvieron diferencias significativas favorables al uso de intervenciones más intensivas cuando se comparó la intervención de alta intensidad frente a la de baja intensidad (OR = 1,44) o cuando se comparó la intervención de alta intensidad frente a la de moderada intensidad (OR = 3,30). Es más, cuando Lancaster y Stead (2005) analizaron conjuntamente los resultados de la comparación alta intensidad frente a moderada intensidad con los resultados de los otros dos estudios que analizaban las diferencias entre consejo conductual de diferentes intensidades, las tasas de abstinencia favorecieron a las intervención de alta intensidad (OR = 1,94).

Otro de los aspectos que habría que analizar en profundidad es en qué medida las intervenciones de asesoramiento que se incluyen en los metaanálisis,

incluso con el nombre de asesoramiento conductual o cognitivo conductual, cuentan con componentes activos específicos que se han demostrado previamente eficaces para dejar de fumar, ya que, por ejemplo, en algunos estudios se consideraba intervención individual al mero apoyo intratamiento o a componentes definidos por los propios autores como inespecíficos (Alterman, Gariti, y Mulvaney, 2001).

El mismo grupo de investigación de la Colaboración Cochrane realizó también una revisión metaanalítica centrada en los programas de intervención conductual grupal (Stead y Lancaster, 2005, 2006). Anteriormente ya se señaló que la guía del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2008) mostraba preferencia por los enfoques individuales (OR = 1,7) frente a los grupales (OR = 1,3), ya que presentaban índices más altos de eficacia frente a las condiciones de no tratamiento o de control. Por otra parte, el NICE (2006a, 2006b, 2007b) optaba por ambos como componentes básicos de cualquier intervención hacia el tabaquismo, aunque mostraba cierta preferencia, como se comentó anteriormente, hacia los enfoques grupales, que solían recibir mejor valoración por parte de los usuarios. La revisión de Stead y Lancaster (2005) sobre la eficacia de los enfoques conductuales grupales encontró tasas de abstinencia superiores para la terapia grupal que para las condiciones de no intervención (OR = 2,17). En la misma dirección, esa revisión halló, tras revisar 13 ensayos clínicos, tasas de abstinencia superiores para la terapia grupal que para las intervenciones de autoayuda (OR = 2,64) y, tras incluir otros cinco estudios que se circunscribían únicamente a programas en los centros de trabajo, se obtuvieron igualmente datos favorables a la intervención grupal (OR = 1,97). El mismo resultado se observó al excluir tres estudios que tenían como procedimiento un programa de autoayuda de alta difusión a través de programas de televisión (DePaul, 1987, 1989, 1994; Gruder, 1993). Sin embargo, en la revisión de Stead y Lancaster (2005) la comparación directa entre el formato individual y grupal de intervención conductual no encontró tasas de abstinencia más altas con la

utilización de la terapia grupal (OR = 0,86; Stead y Lancaster, 2005). Por otro lado, en esta revisión sobre intervenciones conductuales grupales (Stead y Lancaster, 2005), en comparación con la revisión de Lancaster y Stead (2005) sobre intervenciones conductuales individuales, sí se analizó en profundidad en qué medida las intervenciones incluían componentes activos específicos y, de hecho, compararon intervenciones grupales que incluían componentes terapéuticos concretos como entrenamiento en habilidades, prevención de recaídas o componentes cognitivo-conductuales, con otras intervenciones grupales con componentes terapéuticos más inespecíficos, encontrándose mayores tasas de abstinencia en el primer tipo de intervenciones (OR = 1,36; Stead y Lancaster, 2005). Para concluir, Stead y Lancaster (2005) señalan en su revisión los problemas relativamente altos de aceptación y participación en el tratamiento por parte de los pacientes que han encontrado en muchos estudios que han examinado la eficacia de la terapia grupal, de manera que después de la aleatorización muchos pacientes decidieron no acudir a la primera sesión de la intervención grupal.

En una revisión más reciente sobre el beneficio relativo de incluir pautas de prevención de recaídas, Hajek, Stead, West, Jarvis y Lancaster (2009) no encontraron diferencias significativas al introducir estos componentes frente a otro tipo de intervenciones. Bien es cierto que los propios autores reconocen que los diseños experimentales de los estudios utilizados no eran los adecuados y no estaban ajustados a los objetivos de la revisión.

El análisis conjunto de estos resultados no despeja las dudas anteriormente planteadas sobre cuál sería el efecto estimado si realmente se incluyeran en los metaanálisis sólo aquellos estudios que aseguran la inclusión de los componentes terapéuticos que conforman el grueso de una intervención psicológica eficaz para dejar de fumar, impartido por psicólogos y en una secuenciación razonable (Sánchez-Meca et al., 1998; Chambless et al., 1998; Chambless y Ollendick, 2001;

Becoña et al., 2003, 2004), y, en cambio, se excluyeran aquellos estudios que por diseño o por aplicación de procedimientos o componentes, no se corresponden con intervenciones psicológicas genuinas. Como complemento de lo anterior y con el fin de arrojar algo más de luz a esta controversia, se plantea, en el siguiente apartado, una aclaración terminológica que podría servir de ayuda a la hora de valorar de manera más adecuada el papel específico del tratamiento psicológico en el abordaje del tabaquismo.

### ***3.1.1. ¿Es lo mismo la intervención breve, el consejo médico, el consejo psicológico y el tratamiento psicológico?***

En el capítulo anterior se abordó la definición de intervención breve como cualquier intervención sanitaria, de carácter no intensivo, que debería realizarse de manera sistemática en cualquier contexto clínico. Este contexto sanitario implica la consideración de ámbitos médicos, de enfermería, psicológicos e incluso odontológicos o más especializados como la neumología o la oncología, en la que el profesional de referencia, como agente de salud, debería abordar con el paciente la necesidad de dejar de fumar (OMS, 2000; Fiore et. al 1996, 2000, 2008). La Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET, 2010) ha elaborado recientemente un documento de consenso en el que además de validar tal definición, especificaba que, de manera general, el procedimiento de implantación de estas recomendaciones deberían de seguir la estrategia de las “5 Aes” (véase la tabla 2.1 en el capítulo anterior). Este grupo de trabajo además se hizo eco de las propuestas lanzadas por el U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2000) en las que se estipulaba un criterio temporal que distinguiera estas intervenciones de otros abordajes más intensivos. Los autores proponen que las intervenciones breves deberían ser contactos de menos de 10 minutos y no más de tres sesiones, por lo que el contacto total con el paciente no debería superar los 30 minutos.

Mención aparte merece, por su controversia, el término “consejo”, ampliamente utilizado en la literatura científica con “apellidos” como “breve”, “sanitario”, “médico”, “psicológico” o “avanzado”. Dada la heterogeneidad nominal del término y su diversidad semántica, la SEDET (2010) propone su unificación en el término de consejo sanitario, muy diferente al concepto de “*counselling*”, de naturaleza anglosajona y confusa traducción, con contenidos diferenciales respecto al anterior. Según este documento de consenso, el consejo sanitario formaría parte de la intervención breve descrita anteriormente, con su núcleo de acción en las 3 primeras “Aes” propuestas por el U.S.D.H.H.S. (averiguar si se fuma, asesorar o aconsejar dejar de fumar, y apreciar o analizar la motivación para dejarlo), y desarrollado en la consulta ordinaria en no más de tres minutos “en el estilo propio del médico” (SEDET, 2010, p. 4).

Por su parte, *counselling* es definido por el diccionario de la Universidad de Oxford como un sinónimo de *advise*, diferenciándose de éste último en el hecho de que el *counselling* es más complejo e intensivo (SEDET, 2010). Un comité canadiense sobre atención sanitaria preventiva consideraba que el *counselling* “...incluye un amplio rango de actividades: evaluar el conocimiento y la motivación, proporcionar información, modificar comportamientos inadecuados, reforzar comportamientos deseados y monitorizar el progreso a largo plazo” (Eldford, MacMillan, Wathen y Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2001, p. 5). La SEDET (2010) comparte esta definición de *counselling* propuesta por el comité canadiense y entiende que, dado las actividades más amplias que incluye, exige un marco temporal más amplio que el consejo sanitario, pero que, en función de su complejidad y duración, puede formar parte de intervenciones breves o de intervenciones más intensivas como el tratamiento psicológico.

Justamente, en la conceptualización del tratamiento psicológico Becoña (2003, 2004) pone el acento en la importancia de diferenciar este término con los

anteriores conceptos y otros ampliamente usados como el de “apoyo psicológico”. Parece lógico pensar que tanto en el apoyo psicológico como en el tratamiento psicológico, la implantación de técnicas psicológicas conlleva el imperativo que éstas sean articuladas por un profesional específica y sistemáticamente entrenado a tal efecto, es decir, el psicólogo. La SEDET (2010) propone reservar el concepto de *counselling* a las intervenciones de naturaleza e intensidad moderadas pero no conducidas por un profesional experto (psicólogo).

Quizá una diferenciación interesante entre los conceptos de apoyo y tratamiento psicológico resida en su intensidad, más leve en el primero. En el caso del apoyo psicológico, dado que su implantación ha de ser llevada a cabo por un profesional cualificado e incluye técnicas de intervención psicológica específicas, se considera que podría ser denominado y concebido como tratamiento psicológico *poco intensivo o no intensivo* y así salvar confusiones con términos como consejo, intervención breve o *counselling* y el tratamiento psicológico *intensivo*.

Dado que la clarificación terminológica que aporta el documento de consenso de la SEDET (2010) muestra, como se ha explicado, una sensibilidad adecuada a la diferenciación de todos estos conceptos, en el presente estudio se considerará como punto de referencia.

### **3.2. El tratamiento intensivo y especializado del tabaquismo en las guías de práctica clínica**

Recientemente, el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT, 2008) publicó en España un documento de consenso en el que defendía la conocida idea de que aquello definido como la “simple fuerza de voluntad” no bastaba para dejar de fumar y que sólo en torno a un 5% de las personas que usan simplemente la “fuerza de voluntad” consiguen dejar de fumar definitivamente (Becoña et al., 1998; Hughes et al., 2004). A pesar de que los diferentes

tratamientos, en sus diversas modalidades y concepciones, incrementan de manera exponencial la probabilidad de que los exfumadores se mantengan abstinentes, un porcentaje de personas que oscila entre el 50 y el 80% recae después de un año tras la fecha de abandono. Este dato no contradice la idea de la eficacia de los tratamientos para dejar de fumar, más bien la confirma, aunque añade la perspectiva de que los tratamientos de los que disponemos actualmente no tienen el impacto deseado a largo plazo.

Más allá de cuestiones tecnológicas concernientes a la naturaleza de los tratamientos, emerge la idea de que en la actualidad los fumadores que se someten a tratamiento para dejar de fumar, poseen características diferenciales a las que tenían hace años, o al menos éstas tenían un menor impacto. Gran parte de los fumadores que continúan fumando y desean dejar de fumar han intentado en diversas ocasiones la cesación del hábito. Cabe preguntarse qué diferencias existen entre estas personas y aquellas que sí han conseguido dejar de fumar, independientemente del procedimiento terapéutico seguido. Cuestiones como la alta dependencia física y psicológica de la nicotina o aspectos psicopatológicos asociados al consumo emergen con fuerza en una población nada marginal (Fernández del Río, Durán y Becoña, 2010; Goodwin, Keyes y Simuro, 2007). Todo esto impacta en la idea de cronicidad expuesta en el anterior apartado. Incluso, este fenómeno se evidencia en el hecho de que las tasas de abstinencia que informan los estudios de la década de los 80 del siglo pasado son sensiblemente superiores a las referidas por estudios más actuales, habiendo utilizado el mismo procedimiento terapéutico en sus ensayos clínicos (García-Vera y Sanz, 2006a). Quizá todas estas características definidas antes como “especiales” se van conformando de manera progresiva en “norma” y, por tanto, la adaptación y sofisticación de los tratamientos para dejar de fumar para adecuarse a tales características se convierten en un objetivo de imperiosa necesidad.

Es conocida la idea de que existe un efecto dosis-respuesta que apoya el uso de procedimientos intensivos frente a intervenciones más breves u ocasionales (CNPT, 2008; Fiore et al., 2008), y hay un cierto consenso en reservar estos últimos a los ámbitos de la atención primaria basándose en la lógica de la limitación en recursos e infraestructuras. No obstante, algunos estudios han probado la eficacia, utilidad y aplicabilidad de procedimientos intensivos en el ámbito de la atención primaria (Alonso et al., 2007; Secades-Villa, Alonso-Pérez, García-Rodríguez y Fernández-Hermida, 2009).

El tratamiento psicológico tiene un papel primordial en los tratamientos intensivos y en este papel radica la diferencia principal entre el mero consejo o apoyo psicológico y el tratamiento psicológico propiamente dicho, estructurado, con componentes concretos y conducido, lógicamente, por un psicólogo (CNPT, 2008; SEDET, 2010; Becoña et al., 2003). Como se ha podido comprobar en otros apartados, desgraciadamente, esta distinción no siempre es asumida.

### **3.2.1. Las intervenciones especializadas**

Algunas guías y recomendaciones hacen una distinción terminológica y conceptual entre intervenciones intensiva y especializadas (NICE, 2006b, 2007; CNPT, 2008). Esta distinción no radica únicamente en la decisión de qué tipo de tratamiento utilizar, sino también en qué población tratar. Profundizando en lo anteriormente expuesto, según la SEDET (2010), las intervenciones especializadas estarían dirigidas a las personas: (a) con un alto grado de dependencia y fracasos reiterados en la consolidación de la abstinencia; (b) con patologías psiquiátricas o de conducta asociadas, o (c) para quienes, por distintas circunstancias, el mantenimiento del consumo de tabaco en la situación presente conlleva un especial riesgo para la salud, ya que, por ejemplo, presenta problemas graves de salud relacionados con el uso del tabaco, está embarazada o está en el período

preoperatorio antes de una intervención quirúrgica (Raw et al., 1998; Jiménez et al., 2003; Álvarez et al., 2006; Camarelles et al., 2008). Aunque queda demostrada la alta prevalencia de problemas mentales o comportamentales en la población de fumadores y la pertinencia de la atención especializada en personas con problemas biográficos, parece claro que el criterio de alta dependencia e de intentos previos de cesación infructuosos parece ser el de mayor preminencia a la hora de optar por las intervenciones especializadas. El CNPT (2008) sitúa en un 60% los fumadores actuales que han hecho uno o varios intentos decididos de dejar de fumar (Encuesta Nacional de Salud de España, 2003). Cada vez queda más claro que estas personas no se corresponden con una muestra marginal y que pertenecen a un grupo cada vez más mayoritario, lo que sugiere la necesidad de generalizar los procedimientos intensivos y especializados con el fin de maximizar el alcance de las intervenciones.

En este nivel, la intervención más ampliamente consensuada es el tratamiento intensivo combinado a nivel farmacológico y psicológico, con tasas de abstinencia que oscilan entre el 20 y el 50% a los 6 meses o al año de seguimiento, en función del estudio (CNPT, 2008; Fiore et al., 2008; NICE, 2006a, 2006b, 2007).

### **3.3. Los tratamientos que combinan terapias psicológicas y farmacológicas frente a los tratamientos con una única terapia en el abordaje del tabaquismo**

Aunque muchos investigadores y especialistas defienden que los tratamientos que combinan terapias psicológicas y farmacológicas son los más eficaces para dejar de fumar, no existe pleno consenso al respecto. Con frecuencia se argumenta que los tratamientos psicológicos y farmacológicos son eficaces y efectivos por separado y que no se benefician del uso sinérgico derivado de su aplicación conjunta (Alonso et al., 2007; García-Vera y Sanz, 2006a; Hitsman,

Pingitore, Spring, Mahabeshwarkar, Mizes, Segraves et al., 1999). En tal caso, serían los tratamientos farmacológicos los principales beneficiarios de una intervención conductual o psicológica coadyuvante, efecto no encontrado normalmente a la inversa (Alonso et al., 2007; Secades et al., 1999).

El propósito del presente apartado es profundizar en la naturaleza, eficacia y utilidad clínica de este tipo de intervenciones para dejar de fumar que combinan tratamientos psicológicos y farmacológicos.

### ***3.3.1. Marco conceptual de los tratamientos combinados psicológicos y farmacológicos***

Una conceptualización integradora de la dependencia al tabaquismo aboga por la definición de la misma en términos psicofarmacológicos. Fumar implica un hábito instaurado tras la repetición de la misma conducta de manera consistente y relativamente invariable. Por otra parte, el tabaco, como se comentó en el capítulo 1, posee en su composición diferentes sustancias con poder psicoactivo, en especial la nicotina, con efectos directos en el sistema nervioso. Atendiendo a estos dos conceptos, Jaffe (1982) propuso tres tipos de tolerancia relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas: (1) disposicional, que contempla factores idiosincrásicos de los individuos y su capacidad de síntesis de la droga; (2) farmacodinámica, entendida como capacidad de la droga para modificar los procesos neurológicos y provocar, por ende, procesos de homeostasis, y (3) conductual, constituida por estímulos ambientales y procesos psicológicos que modulan la tolerancia.

Diversos procesos de condicionamiento clásico y operante contribuyen a explicar la adquisición y mantenimiento de la conducta de fumar. Conceptos como tolerancia y abstinencia condicionadas ayudan a entender las complejidades de los fenómenos relacionados con el consumo de las sustancias psicoactivas, incluyendo

el tabaco, así como las dificultades para dejar dicho consumo y, por ejemplo, ayudan a explicar cómo el síndrome de abstinencia se extiende en el tiempo y queda controlado fundamentalmente por variables contextuales (Siegel, 1975). Evidentemente factores relacionados con el aprendizaje social y el modelado, con la publicidad o con los procesos grupales tienen también un papel central en la consolidación del hábito de fumar.

No es el propósito de este apartado profundizar en diferentes modelos o perspectivas, sino ofrecer un breve marco teórico a través del cual los procedimientos combinados de abordaje del tabaquismo pudieran justificar conceptualmente su acción.

Los tratamientos multicomponentes para dejar de fumar se definen principalmente por contar con tres fases: preparación, abandono y mantenimiento. Aspectos psicológicos, motivacionales y de habilidades de autocontrol parecen tener un papel central en lo concerniente a las fases de preparación y mantenimiento. Sin embargo, la fase de abandono suele estar definida por la introducción de diferentes procedimientos que maximicen la probabilidad de que el paciente cese el consumo. A pesar de que existen procedimientos psicológicos específicamente diseñados a tal efecto, como las técnicas aversivas o la reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán, algunas guías clínicas marginan su uso y reservan el papel central en la fase de abandono a los fármacos (Fiore et al., 2008). Por ejemplo, las guías del U.S.D.H.H.S. han ido rebajando, de manera paulatina, la OR atribuida a la técnica de reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán frente a la intervención placebo o la no intervención, situando su eficacia en una  $OR = 1,1$ , o, directamente, tales guías han eliminando de sus recomendaciones los procedimientos psicológicos aversivos por su agresividad o por los riesgos derivados de su uso, a pesar de reconocer su extraordinaria eficacia (Fiore et al., 1996, 2000, 2008). Es importante recalcar que los datos relativos a la

reducción gradual de ingesta de nicotina y alquitrán no se corresponden con la realidad clínica ya que su uso no debe ser aislado, sino en combinación con otras técnicas que apoyen y optimicen su impacto (Becoña et al., 2003).

La guía del *National Institute of Drug Abuse* (NIDA, 1999) utilizaba estos términos para referirse y justificar el uso de procedimientos combinados: “...el tratamiento combinado está basado en el fundamento de que los tratamientos de comportamiento y farmacológicos operan a través de mecanismos diferentes, pero complementarios, y tienen el potencial para producir efectos acumulativos...” (p. 43).

### **3.3.2. La eficacia de los tratamientos combinados farmacológicos y psicológicos**

Sobre la eficacia de los tratamientos que combinan terapias farmacológicas y psicológicas, el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo afirmaba en su *Guía de procedimientos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar* lo siguiente: “Otra área cada vez más relevante es la combinación de los tratamientos farmacológicos con los psicológicos, ya que un tratamiento farmacológico con un tratamiento conductual mejora sus resultados. Por ello, aunque el tratamiento psicológico sea de baja intensidad, su combinación con un tratamiento farmacológico, por su efecto sinérgico, facilita un mayor porcentaje de abstinencia. [...] La eficacia de los tratamientos psicológicos que utilizan programas multicomponentes es buena. Con un programa de 5 a 8 sesiones, bien estructurado y utilizando un programa multicomponente, llevado a cabo por un psicólogo, se consigue una eficacia al año de no menos del 30 %. Con un mayor nivel de apoyo clínico ésta puede incrementarse hasta el 40 %. En otros países se está generalizando la combinación de tratamientos psicológicos y farmacológicos, en

unidades especializadas de tratamiento de fumadores.” (Becoña et al., 2001, pp. 213-214).

Para comprender en qué se basa tal afirmación, es importante valerse de la guía del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2000), en la que se postulan algunas de las características que un tratamiento para el tabaquismo debe ofrecer con el fin de maximizar su eficacia. Como se puede observar en la tabla 3.2, sesiones con una duración mayor de 10 minutos que conformaran un programa de tratamiento con una duración total de más de 90 minutos, distribuidos en al menos 8 sesiones, ofrecían un beneficio en términos de OR de 2 a 3 en relación con las tasas de abstinencia de las condiciones de control. Aunque esa guía no contaba entre sus propósitos detallar la eficacia diferencial del uso combinado de procedimientos psicológicos y farmacológicos frente a la aplicación de estas intervenciones aisladamente, sí que presentaba algunos indicadores que dejaban algunas pistas acerca de la conveniencia de adoptar el formato combinado farmacológico y psicológico. Como se puede comprobar en la tabla 3.4, contar con al menos dos tipos diferentes de profesionales mostraba una OR de 2,5 frente a la no intervención. En consonancia, si centramos el foco de atención no en el profesional sino en el formato, aquellas intervenciones que contaban con dos formatos presentaron las mejores tasas de abstinencia estimadas (18,5%) y una OR de 1,9 frente a la intervención sin formatos estructurados o con un único formato (Fiore et al., 2000).

La última actualización de la guía del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2008) sí centró su atención en comprobar la eficacia de la intervención combinada frente al consejo o la medicación por separado. Con un nivel de evidencia máximo (A), dicha guía afirma que la combinación de consejo psicológico y medicación incrementa las tasas de abstinencia frente a la aplicación aislada de estas intervenciones, y, así mismo, afirma que existe una fuerte relación entre el éxito de los tratamientos y el

número de sesiones de consejo que se combinan con la medicación (véase la tabla 3.5).

Tabla 3.4. Eficacia de las intervenciones para dejar de fumar en función del número de formatos de dichas intervenciones y del número de profesionales clínicos diferentes que intervienen (Fiore et al., 2000)

<b>Tipo de comparación</b>	<b>Razón de posibilidades u <i>odds ratio</i> (OR) / Tasa estimada de abstinencia (TEA)</b>
Número de profesionales clínicos frente a no contacto con clínicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un tipo de clínico: OR = 1,8 / TEA = 18,3</li> <li>• Dos tipos de clínicos: OR = 2,5 / TEA = 23,6%</li> <li>• Tres o más tipos de clínicos: OR = 2,4 / TEA = 23,0%</li> </ul>
Número de formatos diferentes frente a no utilización de ningún formato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un formato: OR = 1,5 / TEA = 15,1%</li> <li>• Dos formatos: OR = 1,8 / TEA = 18,5%</li> </ul>

Tabla 3.5. Recomendaciones relativas al uso de tratamientos combinados de la guía clínica del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2008)

<b>Tema</b>	<b>Recomendación</b>
Combinación de tratamientos psicológicos y farmacológicos	La combinación de tratamientos es más efectiva que cada una por separado. Siempre que sea posible debería de recomendarse (nivel de evidencia A)
Eficacia de la combinación en función del número de sesiones de consejo	Existe una fuerte relación entre el número de sesiones de consejo en combinación con la medicación y el éxito de las intervenciones. Los clínicos deberían proporcionar varias sesiones de consejo (nivel de evidencia A)

Para realizar tales recomendaciones, la guía del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2008) se basa en sus metaanálisis que arrojan una OR de 1,4 y de 1,7 a favor de la combinación de consejo y medicación frente a la sola utilización de medicación y la sola utilización de consejo, respectivamente (véase la tabla 3.6). Además también hace referencia a los beneficios derivados de añadir intervenciones basadas en líneas de apoyo telefónico a la medicación al comparar dicha combinación con las tasas de abstinencia que se logran con la medicación sola. En la misma línea de lo anteriormente planteado, parece que existe un efecto dosis-respuesta en referencia a la intensidad del consejo que se debe ofrecer en combinación con la medicación.

Apoyándose en estos resultados, parece que no hay duda de que los procedimientos basados en la combinación de consejo y medicación son los más efectivos para el abordaje del tabaquismo. De hecho, la SEDET, en su documento de consenso (SEDET, 2010), ponía el énfasis en que las intervenciones deberían basarse en enfoques interdisciplinarios. En ese mismo documento se señalaba algo que se ha comentado repetidamente a lo largo del presente capítulo: no existe un consenso acerca de la consideración terminológica de lo que se ha de concebir como tratamiento psicológico, y en muchas ocasiones no se está teniendo en cuenta el verdadero potencial del mismo al considerar como tal el mero consejo o el simple apoyo conductual.

Por su parte, como se comentó anteriormente, la guía del NICE (2002, 2006b, 2007) no duda al recomendar dicho apoyo conductual, previamente definido y estructurado, para el tratamiento de todos los fumadores, y no concibe la aplicación del tratamiento farmacológico sin la aplicación combinada de dicha intervención psicológica (véase la tabla 3.3).

Tabla 3.6. Eficacia de las intervenciones para dejar de fumar en función de la combinación o no de medicación y consejo y del número de sesiones de consejo (Fiore et al., 2008)

Tipo de comparación	Razón de posibilidades u <i>odds ratio</i> (OR) / Tasa estimada de abstinencia (TEA)
Combinación de consejo y medicación frente a sólo medicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sólo medicación: OR = 1 / TEA = 21,7 %</li> <li>• Combinación de consejo y medicación: OR = 1,4 / TEA = 27,6%</li> </ul>
Combinación de consejo y medicación frente a sólo consejo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sólo consejo: OR = 1 / TEA = 14,6 %</li> <li>• Combinación de consejo y medicación: OR = 1,7 / TEA = 22,1%</li> </ul>
Combinación de líneas de apoyo telefónico y medicación frente a sólo medicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sólo medicación: OR = 1 / TEA = 23,2%</li> <li>• Combinación de línea de apoyo telefónico y medicación frente a sólo medicación: OR = 1,3 / TEA = 28,1%</li> </ul>
Número de sesiones de consejo en combinación con medicación frente a sólo medicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 – 1 sesión más medicación: OR = 1 / TEA = 21,8%</li> <li>• 2 – 3 sesiones más medicación: OR = 1,4 / TEA = 28,0%</li> <li>• 4 – 8 sesiones más medicación: OR = 1,3 / TEA = 26,9%</li> <li>• Más de 8 sesiones más medicación: OR = 1,7 / TEA = 32,5%</li> </ul>

En contraposición, los estudios de la Colaboración Cochrane, en sus revisiones metaanalíticas sobre la eficacia de las intervenciones conductuales individuales y grupales para el tratamiento del tabaquismo (Lancaster y Stead, 2006a; Stead et al., 2008), incluyeron en sus trabajos comparativas para averiguar en qué medida el añadir medicación, en concreto, sustitutivos de nicotina, incrementaba las tasas de abstinencia de los tratamientos psicológicos

conductuales en comparación con el abordaje conductual aplicado aisladamente. Los resultados de estas revisiones son contrarios a los que ofrece la guía clínica americana del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2008), ya que reportan que no existe ningún beneficio adicional al añadir terapia sustitutiva de nicotina al asesoramiento conductual individual y grupal (véase la tabla 3.7).

Tabla 3.7. Conclusiones referentes al tratamiento combinado de asesoramiento conductual grupal e individual con sustitutivos de nicotina de los estudios de la Colaboración Cochrane (*Cochrane Collaboration*)

<b>Estudio</b>	<b>Conclusiones</b>
Stead, Perera, Bullen, Mant y Lancaster (2008)	Con el chicle de nicotina la estimación del riesgo relativo fue similar en los tres subgrupos. Las tasas de abandono del grupo de control variaron como se esperaba; el promedio fue 5,9% con apoyo de baja intensidad, 9,8% con apoyo individual de alta intensidad y 11,7% con apoyo grupal. Los ensayos con parche de nicotina mostraron el mismo patrón; las estimaciones del riesgo relativo fueron similares para cada subgrupo y el promedio de las tasas de abandono del grupo control fue 6,3% con apoyo de baja intensidad, 6,7% con apoyo individual de alta intensidad y 14,8% con apoyo grupal. Con el uso de la metarregresión se confirmó que no había pruebas de que el efecto relativo fuera diferente entre los tipos de apoyo.
Lancaster y Stead (2006a)	En un subgrupo de tres ensayos donde todos los participantes recibieron tratamiento de reemplazo de nicotina, la estimación puntual del efecto fue más pequeña y no alcanzó significación (OR = 1,34; intervalo de confianza al 95% = 0,98 a 1,83). No se detectó que el asesoramiento intensivo tuviera un efecto mayor en comparación con el asesoramiento breve (OR = 0,98; intervalo de confianza al 95% = 0,61 a 1,56).

A tenor de lo anteriormente expuesto, es conveniente evaluar de manera exhaustiva aquellos estudios que contemplan la eficacia de la combinación de tratamientos farmacológicos y psicológicos en comparación con la eficacia de su aplicación aislada. Para ello es importante conocer concretamente los componentes específicos que incluye cada modalidad de tratamiento con el fin de evitar confusiones terminológicas (Becoña, 2004). En la tabla 3.9 se recogen los estudios empíricos y las revisiones que se han encontrado en la literatura científica y que específicamente han abordado dichas comparaciones. En concreto, en dicha tabla se presentan las principales características y resultados de esos estudios y, en particular, una descripción resumida de los componentes terapéuticos específicos que contenía cada tipo de tratamiento analizado en los mencionados estudios.

Como se comentó, derivado de la incorporación de nuevos tratamientos farmacológicos, la evaluación del posible efecto sinérgico derivado de combinar terapia farmacológica y psicológica ha crecido en los últimos años y abarca muchos tipos de tratamientos farmacológicos (García-Vera y Sanz, 2006a). Por ejemplo, en los últimos años se han publicado numerosos estudios que pretenden evaluar si el bupropión y la vareniclina se podrían beneficiar de la adición de tratamientos psicológicos en sus pautas de administración para sí conseguir mayores niveles de abstinencia (véase la tabla 3.9). Swan et al. (2003) compararon diferentes dosificaciones de terapia basada en bupropión en combinación con dos niveles de intensidad de la intervención psicológica: autoayuda e intervención conductual moderada. Aunque a corto plazo no se evidenciaron diferencias significativas entre las diferentes modalidades de tratamiento, a largo plazo, la condición de tratamiento farmacológico con intervención conductual mostró mejores resultados, independientemente de la dosificación del bupropión, que las otras condiciones experimentales. En un estudio reciente, en este caso utilizando la vareniclina, Grassi et al. (2011) mostraron resultados similares a favor de la combinación del

fármaco con un tratamiento estructurado cognitivo conductual en grupo. Además, el tratamiento cognitivo conductual solo mostró igualmente mejores resultados en todos los momentos de medida que la vareniclina aplicada de manera aislada. Estos resultados, aunque han de ser interpretados con cautela ya que la asignación a las diferentes condiciones de tratamiento no fue aleatoria, son consonantes con los que la guía del NICE (2007) propone. Resultados similares se derivan del estudio de Hall et al. (2004), en este caso utilizando nortriptilina y dos niveles de intensidad del tratamiento psicológico, breve o intensivo, con 9 meses de consejo y seguimiento psicológico. En todos estos estudios las tasas de abstinencia del grupo combinado oscilaban en el seguimiento entre el 25% y el 50%.

Por el contrario, McCarthy et al. (2007) no hallaron beneficios de añadir consejo psicológico breve cognitivo conductual (10 minutos de duración durante 8 semanas) a un tratamiento con bupropión. De hecho, el consejo psicológico en conjunto con un fármaco placebo no evidenció en ningún momento de medida resultados comparables con el tratamiento farmacológico o la modalidad combinada. En la misma línea, Schmitz, Stotts, Mooney, DeLaune y Moeller (2006), en un estudio llevado a cabo únicamente con mujeres, no encontraron diferencias entre añadir un tratamiento cognitivo conductual al tratamiento con bupropión o añadir grupos de apoyo desestructurados a este último tratamiento farmacológico. Además, ante la administración de los tratamientos psicológicos conjuntamente con un placebo, los resultados eran similares aunque algo mejores en el caso de los grupos de apoyo. Con resultados similares, pero con un diseño que permitía comparar el tratamiento cognitivo conductual en grupo combinado con el tratamiento con bupropión y ambas modalidades por separado, el estudio de Hall, Humfleet, Reus, Muñoz, Hartz y Maude-Griffin (2002) concluía que el formato combinado no aportaba ningún beneficio frente al tratamiento psicológico y

farmacológico por separado, con tasas de abstinencias que rondaban el 25% en todas las condiciones.

Este clima de discordancia empírica respecto al bupropión, a pesar de la hegemonía a favor de los tratamientos combinados en cuanto a las recomendaciones de las principales guías clínicas, es observada, igualmente, al analizar el posible efecto beneficioso de combinar el tratamiento psicológico con la terapia sustitutiva de nicotina (TSN), principal grupo de tratamiento farmacológico en cuanto número de estudios y tradición investigadora (García-Vera y Sanz, 2006a; véase la tabla 3.9). En el estudio de Alterman, Gariti y Mulvaney (2001), descrito anteriormente, se compararon tres niveles de intensidad de tratamiento psicológico en conjunción con terapia de parches de nicotina (véase la tabla 3.9). Paradójicamente, el nivel moderado fue el que peores resultados obtuvo, aunque la combinación de TSN con un tratamiento cognitivo conductual estructurado (TCC) mostró mejores tasas de abstinencia en todos los momentos de medida. Al comparar la eficacia diferencial derivada de contrastar un TCC en grupo en combinación con chicles de nicotina y éstos últimos de manera conjunta con materiales de autoayuda, se observaron mejores tasas de abstinencia a favor de la TCC en comparación con las otras condiciones experimentales, independiente de si la aplicación de la TCC fue conjunta con una pauta fija de chicles de nicotina o fue conjunta con chicles de nicotina a demanda (Goldstein, Niaura, Follick y Abrams, 1989). Simon, Carmody, Hudes, Snyder y Murray (2003) con un diseño similar, pero utilizando parches de nicotina (PN), encontraron resultados similares con una OR de 1,7 a favor de la utilización de TCC estructurada en combinación con PN frente al consejo psicológico mínimo junto a PN (véase la tabla 3.9). Estos resultados son similares adoptando como población de referencia la afroamericana (Webb, Ybarra, Baker, Reis y Carey, 2010; véase la tabla 3.9). Parece claro que existe una relación dosis-respuesta derivada de incluir tratamientos psicológicos más estructurados e

intensos en combinación con la TSN y que, además, aquellos que contaron con el principio activo del sustitutivo de nicotina en vez del placebo mostraban menos síntomas de abstinencia (Richmond, Kehoe y Almeida, 1997; Killen, Maccoby y Taylor, 1983; véase la tabla 3.9).

No obstante, cabe preguntarse en qué medida un tratamiento farmacológico, en concreto basado en TSN, combinado con la TCC planteada de manera estructurada, proporciona beneficios adicionales en comparación con la aplicación aislada de cada uno de ellos. Hughes (1991) sirviéndose de 9 ensayos situó tasas de abstinencias equivalentes en la terapia de conducta y el tratamiento con chicles de nicotina (23% y 22% respectivamente), mientras que su aplicación conjunta obtuvo tasas de abstinencia del 30%. Resultados equivalentes al anterior se plantean en la guía del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2008) en la que sitúa el beneficio de la opción combinada frente a el uso aislado de medicación en una OR de 1,4. El propio Hughes (1995) en una revisión narrativa y como actualización de su propio trabajo previo (Hughes 1991), concluyó que, en concreto, los chicles de nicotina se beneficiaban más que los parches de su uso conjunto con la terapia psicológica. Además argumentaba que añadir terapia psicológica estructurada podría llegar a incrementar la eficacia de la terapia de parches de nicotina (PN) en una OR de 3,1 (Buchkremer et al., 1991; Fiore et al., 1994; véase la tabla 3.9).

Es un lugar común considerar que los tratamientos farmacológicos basados en sustitutivos de nicotina se benefician sustancialmente del uso combinado de la terapia psicológica. En la misma línea, pero tomando como referencia o grupo control la terapia psicológica aplicada de manera aislada, el propio Hughes (1995) calculó el beneficio derivado de su aplicación conjunta con la terapia de parches de nicotina, estimándolo entre un 7 y un 15% de incremento en las tasas de abstinencia estimadas. En un reciente estudio, con mujeres embarazadas, se hallaron resultados similares, aunque los efectos beneficiosos de la modalidad

conjunta desaparecían a largo plazo (Pollak et al., 2007; véase la tabla 3.9). Además, parece que aquellos pacientes que muestran mayores niveles de dependencia se benefician en mayor medida de este efecto sinérgico y que los niveles de adherencia al tratamiento son mayores (Hall, Tunstall, Rugg, Jones y Benowitz, 1985; Klesges, Ward y DeBon, 1996; Lifrak et al., 1997; véase la tabla 3.9).

Algunos autores han centrado su interés en averiguar qué tipo de tratamiento psicológico es el más adecuado para conseguir maximizar los resultados de un tratamiento combinado con terapia sustitutiva de nicotina. El tratamiento cognitivo conductual multicomponente, estructurado e intensivo, ha demostrado ser el más adecuado para lograr las mejores tasas de abstinencia (Alterman et al., 2001; Killen, Maccoby y Taylor, 1983; Sánchez-Meca et al., 1998; Simon et al., 2003; véase la tabla 3.9). Por otra parte, ante aquellos pacientes que pudieran presentar problemas afectivos de corte depresivo, la combinación de los parches con un tratamiento cognitivo conductual con componentes de activación conductual, ha resultado especialmente eficaz en comparación con la aplicación de cada uno de ellos por separado, con una OR en torno a 2 puntos a favor del tratamiento combinado (Rodean, Strong, Kahler, Hopko, Zvolensky, Brown y Lejuez, 2010). Todos estos datos anteriores son congruentes, de nuevo, con el metanálisis del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2008) que estimaba en una OR de 1,7 el incremento de éxito del tratamiento combinado frente al tratamiento únicamente psicológico.

Pero como se comentó con anterioridad, no existe pleno consenso al respecto. Tanto las revisiones de la Colaboración Cochrane (Lancaster y Stead, 2006a; Stead, et al., 2008) como otros estudios, dudan de que realmente exista un efecto beneficioso derivado de la combinación de los tratamientos farmacológicos y los psicológicos, sobre todo, si estos últimos son aplicados de manera estructurada,

formal y diferenciada respecto al mero consejo sanitario (Alonso et al., 2007; Hitsman, Pingitore, Spring, Mahabeshwarkar, Mizes, Segraves et al., 1999; véase la tabla 3.9). Estos autores argumentan que los tratamientos psicológicos cuentan con componentes activos que logran, al menos, las mismas tasas de abstinencia que aquellos tratamientos combinados que asumen un efecto beneficioso derivado de añadir fármacos al mismo. Además argumentan, en términos de eficiencia, que las tasas de abstinencia que reportan los tratamientos combinados no justifican en absoluto la implantación de los mismos (Alonso et al., 2007; véase la tabla 3.9).

Con el fin de añadir algo de luz a esta situación, García-Vera y Sanz (2006a) realizaron un análisis exhaustivo acerca de la situación actual de los tratamientos cognitivo-conductuales y la terapia de parches de nicotina para dejar de fumar. Los autores fijaron su foco de atención en la terapia de parches de nicotina (TPN) argumentando tres razones: (1) después de los chicles de nicotina es la modalidad farmacológica que más investigaciones posee (además, aunque en los últimos años hay un creciente aumento de la investigación sobre otro tipo de fármacos, la TPN es la que cuenta con más tradición investigadora); (2) la mayoría de las revisiones metaanalíticas ofrecen mayores índices de abstinencia frente al placebo en términos de razones de posibilidades u *odds ratio* en comparación a los chicles de nicotina, y (3) su empleo, frente a los chicles de nicotina, es aconsejado por diversas guías clínicas, dado que no presenta problemas de observancia, dificultad de uso y baja aceptabilidad social.

Para ello, los autores se basaron en aquellos metaanálisis que estudiaban los índices de eficacia de la TPN (Fiore et al., 1994, 2000), añadiendo aquellos estudios de reciente publicación. De cara a examinar la eficacia de la TCC y utilizando parecida metodología, se analizó el metaanálisis de Sánchez-Meca et al. (1998). Para la combinación de ambos tipos de tratamiento, se sirvieron de nuevo de los trabajos de Fiore et al. (1994), excluyendo aquellos estudios que no

presentaban técnicas genuinas de corte cognitivo-conductual, aislando así la confusión que en ocasiones se crea al denominar consejo psicológico aquello que no es más que información. Los resultados de este trabajo se presentan en la tabla 3.8.

Tabla 3.8. Eficacia al año de la terapia cognitivo-conductual, los parches de nicotina y su combinación (revisión de García-Vera y Sanz, 2006a)

<i>Tratamiento</i>	<i>% de abstinentes</i>
Terapia cognitivo-conductual (TCC)	29,3%
Terapia de parches de nicotina (TPN)	10,2%
TCC + TPN	27,6%
Grupos de control	
No tratamiento	4,6%
Parches placebo	6,7%
TCC + parches placebo	13,2%

A tenor de estos resultados, se sugiere que la TCC en combinación con la TPN es un tratamiento eficaz para dejar de fumar, mostrando índices de eficacia por encima de la TPN aplicada de manera aislada, en consonancia con las principales guías (Fiore et al., 1996, 2000, 2008). Además, en este estudio de revisión se encontró que la TCC aislada mostraba mayor eficacia que la aplicación de la TPN solamente. Por otra parte, aparecen dos hallazgos sorprendentes: (1) parece que no existen demasiadas diferencias entre la TCC y la combinación de TCC y TPN, y (2) parece que la TCC muestra mayores índices de abstinencia que su combinación con parches placebo. Derivado de estos hallazgos sorprendentes, cabe preguntarse si los estudios más “farmacológicos”, que tienden a añadir TCC a sus diseños metodológicos basados en la aplicación de PN, tanto en formato activo como placebo, hacen subestimaciones de la TCC o, en cambio, hay un sesgo de

sobrestimación de la TCC en el caso de los estudios “más psicologicistas”. Además es importante considerar la escasa eficacia de la TPN cuando ésta es administrada de manera aislada. Consecuentemente, parece lógico pensar que este tratamiento, aun siendo considerado como de primera línea, debería siempre administrarse acompañado por algún tipo de apoyo conductual, apoyo sobre el que debería conocerse de manera pormenorizada cuál es su intensidad para así determinar si la misma es idónea.

En cualquier caso, para responder a las preguntas que sugerían esos hallazgos sorprendentes de la revisión de García-Vera y Sanz (2006a) parece claro que es necesario plantear investigaciones más sistematizadas y estructuradas, con diseños aleatorizados y controlados, con el fin de demostrar la “verdadera eficacia y utilidad” de los tratamientos cognitivos-conductuales para dejar de fumar tanto en su aplicación aislada como en su aplicación combinada con la terapia farmacológica, y que las guías de práctica clínica consideren el papel de dichos tratamientos en consonancia con los resultados de esas investigaciones. Para ello, por ejemplo, sería de una enorme utilidad plantear en un mismo estudio la comparación de las tasas de abstinencia que, a corto, medio y largo plazo, obtiene la terapia cognitiva conductual, por un lado, y, por otro, la terapia de parches de nicotina en combinación con la terapia cognitiva conductual con diferentes niveles de intensidad. Este precisamente fue el objetivo general del estudio empírico que se presentará en los próximos capítulos.

Tabla 3.9. Resumen de las características y resultados de los principales estudios que comparan la eficacia de los tratamientos combinados<sup>1</sup>

Referencia	Tipo de tratamientos analizados <sup>2</sup>	Efectos estimados (TEA = tasas estimadas de abstinencia)	Principales conclusiones
Alonso-Pérez, Secades y Duarte (2007)	6 tipos: consejo breve (CB); autoayuda y seguimiento telefónico (AA); tratamiento psicológico intensivo (TI); CB y parches de nicotina (CB+PN); AA+PN, y TI+PN - CB = 7 minutos de sesión psicoeducativa sobre la reducción de nicotina, actividades incompatibles con fumar, recomendación de fijar fecha de cesación. - AA = CB + manual de autoayuda y 4 sesiones de seguimiento telefónico. - TI = sesiones de 20 minutos de duración durante 5 semanas que incluían: (1) pauta de reducción gradual, (2) información sobre el tabaco, (3) contrato conductual, (4) autorregistros y representación gráfica, (5) monitorización de los niveles de CO y feedback, (6) control de estímulos, y (7) estrategias para manejar síntomas del síndrome de abstinencia. - PN = Parches de nicotina de 16 horas pautados: 15 mg las 4 primeras semanas, 10 mg las 2 semanas siguientes y 5 mg las últimas 2 semanas.	TEA al año de dejar de fumar: - CB = 12,9% - AA = 27,6% - TI = 41,4% - CB+PN = 12,5% - AA+PN = 34,6% - TI+PN = 40% Coste-efectividad: - CB = 18,98 € - AA = 42,18 € - TI = 142,3 € - CB+TPN = 936,62 € - AA+TPN = 349,09 € - TI+PN = 407,31 €	- No se detectaron diferencias significativas derivadas de introducir PN ni en CB, AA y TI. - Los tratamientos que no incluían PN mostraron mejores índices de eficiencia (p < 0,001) en CB, AA y TI. - Se encontraron niveles de adhesión similares aunque con tendencia favorable a las modalidades de tratamiento que no incluían PN.

<sup>1</sup> Se incluyen aquellos estudios que al menos contemplan, según los criterios prefijados, tratamientos psicológicos (intensivos o no intensivos) o farmacológicos en comparación con la combinación de ambos, y que detallan el contenido de tales intervenciones.

<sup>2</sup> Se conserva la denominación de las intervenciones propuestas por cada estudio.

Referencia	Tipo de tratamientos analizados <sup>2</sup>	Efectos estimados (TEA = tasas estimadas de abstinencia)	Principales conclusiones
Alterman, Gariti, y Mulvaney (2001)	<p>Tres niveles de intensidad de intervención conductual en combinación con Terapia Sustitutiva de Nicotina (TSN):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intensidad baja (LI): 8 sesiones de TSN + video psicoeducativo + una sesión de consejo impartido por una enfermera.</li> <li>- Intensidad moderada (MI): 8 sesiones de TSN + video psicoeducativo + tres sesiones de consejo impartido por una enfermera.</li> <li>- Intensidad alta (HI): 8 sesiones de TSN + video psicoeducativo + 12 semanas de terapia cognitivo conductual manualizada e individualizada</li> </ul>	<p>TEA tras 9 semanas de dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- LI, MI y HI = 35,4%, 26,9% y 54,1% respectivamente (<math>p = 0,08</math>)</li> <li>- LI, MI y HI = 31,9%, 23,7% y 41,6% respectivamente (<math>p = 0,06</math>) ±</li> </ul> <p>TEA a las 26 semanas de dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- LI, MI y HI = 29,9%, 11,6% y 36,8% respectivamente (<math>p = 0,01</math>)</li> <li>- LI, MI y HI = 26,3%, 10% y 32,1% respectivamente (<math>p = 0,01</math>) ±</li> </ul> <p>TEA a las 52 semanas de dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- LI, MI y HI = 27%, 12% y 34,7% respectivamente (<math>p = 0,03</math>)</li> <li>- LI, MI y HI = 26%, 11,3% y 32,9% respectivamente (<math>p = 0,02</math>) ±</li> </ul> <p>± Datos analizados por intención de tratamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los resultados se presentan en función de dos criterios: (1) intención de tratamiento y (2) tratamiento completado.</li> <li>- La alta intensidad es superior en todos los momentos de medida (estadísticamente significativo a las 26 y 52 semanas) frente a la opción moderada (tanto en análisis de intención de tratamiento o tratamiento completado).</li> <li>- La intensidad moderada muestra peores índices de abstinencia que las otras dos en todos los momentos de medida.</li> <li>- Costes estimados: <ul style="list-style-type: none"> <li>o LI: 308\$/paciente</li> <li>o HI: 582\$/paciente</li> </ul> </li> </ul>

Referencia	Tipo de tratamientos analizados <sup>2</sup>	Efectos estimados (TEA = tasas estimadas de abstinencia)	Principales conclusiones
Buchkremer, Bents, Horstmann, Opitz y Tölle (1989)	<p>Comparación entre un tratamiento conductual combinado con parches de nicotina (TC+PN), la combinación del mismo tratamiento conductual con parches placebo (TC+TP) y el tratamiento conductual aislado (TC)*.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TC = 9 sesiones semanales con reducción gradual de consumo de cigarrillos, entrenamiento en habilidades de autocontrol, contratos conductuales y prevención de recaídas.</li> <li>- PN = parches de nicotina durante 6 semanas con incremento gradual en función de la reducción del consumo de tabaco.</li> </ul>	<p>TEA en el postratamiento en pacientes con alta dependencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TC+PN = 69%</li> <li>- TC+TP = 51,2%</li> <li>- TC = 44,4%</li> </ul> <p>TEA en el postratamiento en pacientes con baja dependencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TC+PN = 85,7%</li> <li>- TC+TP = 44,4%</li> <li>- TC = 63,6%</li> </ul> <p>TEA en el postratamiento en pacientes con alta dependencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TC+PN = 50%</li> <li>- TC+TP = 62,5%</li> <li>- TC = 33,3%</li> </ul> <p>TEA en el postratamiento en pacientes con baja dependencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TC+PN = 71,4%</li> <li>- TC+PP = 44,4%</li> <li>- TC = 42,1%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El tratamiento TC+PN mostró mayores tasas de abstinencia generales que los otros dos tratamientos.</li> <li>- En pacientes con niveles moderados de dependencia, el TC+TP mostró tasas de abstinencia equivalentes a TC+TN y superiores que TC.</li> <li>- El TC, en pacientes con baja dependencia, mostró tasas de abstinencia superiores que TC+TP.</li> <li>- La combinación TC+PN se mostró especialmente superior a las otras dos modalidades en pacientes con altos niveles de dependencia.</li> <li>- Este estudio no presentó datos de abstinencia relativa a seguimientos.</li> </ul>
	<p>* El estudio no presenta datos relativos a seguimientos a medio y largo plazo.</p>		

Referencia	Tipo de tratamientos analizados <sup>2</sup>	Efectos estimados (TEA = tasas estimadas de abstinencia)	Principales conclusiones
Goldstein, Niaura, Follick y Abrams (1989)	<p>Comparación del tratamiento combinado de chicle de nicotina de administración fija con terapia conductual (TC+ChNF); chicle de nicotina con administración a demanda con tratamiento conductual (TC+ChND) y la combinación con consejo educativo (CE+ChNF; CE+ChND).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TC = 1 sesión semanal, en grupo, con una hora de duración durante 11 semanas. Basado en habilidades cognitivo conductuales</li> <li>- CE = materiales de autoayuda.</li> </ul>	<p>TEA a los 6 meses de dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TC+ChNF = 32%</li> <li>- TC+ChND = 41,7%</li> <li>- CE+ChNF = 22,7%</li> <li>- CE+ChND = 11,1%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La combinación de la TC con ChNF y ChND ha reportado mejores tasas de abstinencia que la combinación del CE con ambas modalidades farmacológicas.</li> <li>- La combinación que mejor resultados ha evidenciado fue TC+ChNF.</li> <li>- A nivel global no se ha detectado diferencias significativas entre el uso de un calendario fijo en el uso de los chicles de nicotina y su utilización a demanda.</li> <li>- En función del nivel de dependencia, una pauta fija reveló mejores tasas de abstinencia que la administración a demanda. Por el contrario en los sujetos de baja dependencia se evidenció el proceso inverso.</li> </ul>

Referencia	Tipo de tratamientos analizados <sup>2</sup>	Efectos estimados (TEA = tasas estimadas de abstinencia)	Principales conclusiones
Grassi, Domenico Enea, Ferketich, Bo Lu, Pasquariello y Nencini, (2011)	Comparación del tratamiento con vareniclina (TV), el consejo terapéutico en grupo (CG) y su combinación (TV + CG)*. - TV = 0,5 mg. hasta la séptima semana y 1 mg. desde este momento hasta la semana 12. - CG = tratamiento cognitivo conductual. 1 semana antes de la fecha de cesación, 5 sesiones diarias tras la cesación y cuatro sesiones semanales de 1 hora de duración.	TEA a los 6 meses de dejar de fumar: - TV = 23% - CG = 39,6% - TV + CG = 62,5% TEA a los 12 meses de dejar de fumar: - TV = 23% - CG = 33,3% - TV + CG = 56,3%	- La combinación TV+CG resultó ser la más efectiva en todos los momentos de medida en comparación con cada modalidad por separado. - El tratamiento TV presentó peores índices de abstinencia que CG y TV+CG. - La sintomatología depresiva (BDI-II) se mostró un predictor del fracaso del tratamiento.
	* La asignación a los respectivos grupos de tratamiento no fue aleatoria.		

Referencia	Tipo de tratamientos analizados <sup>2</sup>	Efectos estimados (TEA = tasas estimadas de abstinencia)	Principales conclusiones
Hall, Tunstall, Rugg, Jones y Benowitz (1985)	<p>Comparación de tres tipos de tratamiento basados en terapia conductual intensiva (TCI), contacto mínimo y terapia con chicles de nicotina (CM+ChN) y la combinación de TCI con terapia de parches de nicotina (TCI+ChN):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TCI = 30 ensayos de terapia aversiva, entrenamiento en habilidades de autocontrol, prevención de recaídas en 14 sesiones de 75 minutos durante 8 semanas.</li> <li>- ChN = pauta de parches de nicotina de 2 mg.</li> <li>- CM = 4 sesiones de corta duración durante 3 semanas.</li> </ul> <p>* Los resultados se presentan en función de cotinina en sangre como indicador de intensidad de consumo y dependencia.</p>	<p>TEA a los 6 meses de dejar de fumar en pacientes con bajos niveles de cotinina;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TCI = 47%</li> <li>- CM+ChN = 42%</li> <li>- TCI+ChN = 62%</li> </ul> <p>TEA a los 12 meses de dejar de fumar en pacientes con bajos niveles de cotinina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TCI = 47%</li> <li>- CM+ChN = 42%</li> <li>- TCI+ChN = 38%</li> </ul> <p>TEA a los 6 meses de dejar de fumar en pacientes con altos niveles de cotinina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TCI = 16%</li> <li>- CM+ChN = 50%</li> <li>- TCI+ChN = 56%</li> </ul> <p>TEA a los 12 meses de dejar de fumar en pacientes con altos niveles de cotinina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TCI = 11%</li> <li>- CM+ChN = 28%</li> <li>- TCI+ChN = 50%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La terapia combinada de TCI+ChN mostró tasas de abstinencia significativamente superiores que las otras dos condiciones en aquellos participantes con altos niveles de cotinina, en todos los momentos de medida, en especial a largo plazo.</li> <li>- La TCI, a largo plazo, mostró tasas de abstinencias al año de seguimiento similares a las otras dos condiciones en participantes con bajos niveles de cotinina.</li> </ul>

Referencia	Tipo de tratamientos analizados <sup>2</sup>	Efectos estimados (TEA = tasas estimadas de abstinencia)	Principales conclusiones
Hall, Humfleet, Reus, Muñoz, Hartz y Maude-Griffin (2002)	<p>Comparación de tratamiento con bupropión (TB), de intervención psicológica (IP) y su combinación (TB + IP). La condición de control fue TB placebo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TB = 150 mg. + 5 sesiones semanales de 10-20 minutos</li> <li>- IP = 11 sesiones semanales, en grupo, de 90 minutos de duración. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento, habilidades cognitivas, prevención de recaídas, contratos conductuales</li> </ul>	<p>TEA a los 6 meses de dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TB = 25%</li> <li>- IP = 25%</li> <li>- TB + IP = 27%</li> <li>- TB placebo = 8%</li> </ul> <p>TEA a los 12 meses de dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TB = 22%</li> <li>- IP = 17%</li> <li>- TB + IP = 24%</li> <li>- TB placebo = 11%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Todas las condiciones experimentales fueron superiores al placebo.</li> <li>- No parece existir beneficio al combinar IP y TB si se compara con cada una por separado, aunque hay una moderada superioridad si se compara con la intervención psicológica aplicada de manera aislada.</li> </ul>
Hall, Humfleet, Reus, Muñoz y Cullen (2004)	<p>Comparación entre la combinación de nortriptilina (TN) o placebo (P) con terapia psicológica intensiva (TI) o terapia breve (TB)*:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TN = Entre 25 mg. y 50 mg. según necesidades.</li> <li>- TB = 5 sesiones durante cinco semanas de consejo en grupo.</li> <li>- TI = Se extiende el tratamiento con 9 meses de consejo y seguimientos telefónicos.+</li> </ul> <p>*Todos los sujetos recibieron parches de nicotina durante 8 semanas.</p> <p>+En la modalidad TI el tratamiento TN o P se extendía igualmente durante 9 meses.</p>	<p>TEA a los 12 meses de dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P+TB = 30%</li> <li>- P+TI = 42%</li> <li>- TN+TB = 18%</li> <li>- TN+TI = 50%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La TI en combinación con TN presenta de manera significativa mejores tasas de abstinencia que las otras condiciones experimentales.</li> <li>- El diseño del estudio no permite diseminar los efectos diferenciales de la medicación y la terapia psicológica ya que variaba de manera simultánea tanto en la versión breve como extensa.</li> <li>- Se desconoce el efecto modulador de los parches de nicotina.</li> </ul>

Referencia	Tipo de tratamientos analizados <sup>2</sup>	Efectos estimados (TEA = tasas estimadas de abstinencia)	Principales conclusiones
Hitsman, Spring, Borrelli, Niaura y Papandonatos (2001)	<p>Pretende establecer un modelo predictivo que permita diseminar en qué medida la fluoxetina (placebo, 30 mg. ó 60 mg.) contribuye a una mejor adherencia y mayores tasas de abstinencia en un tratamiento conductual para dejar de fumar (9 sesiones)*.</p> <p>*No indica componentes concretos</p>	<p>Los niveles en sangre de fluoxetina predicen mejores tasas de adherencia y de abstinencia. Además el modelo incluyó como predictores: ser mujer y bajo nivel de dependencia. No se hallaron interacciones entre niveles en sangre de fluoxetina y el sexo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudio experimental de doble ciego.</li> <li>- Se discute acerca de la consistencia de los resultados. Se plantea la posibilidad de que simplemente se trate de “buenos y malos pacientes” que se adhieren de manera independiente a los tratamientos.</li> <li>- Se concluye que la terapia farmacológica antidepresiva constituye un facilitador que potencia los efectos del tratamiento psicológico para dejar de fumar.</li> </ul>
Killen, Maccoby y Taylor (1983)	<p>Comparación entre la terapia con chicle de nicotina (ChN), el entrenamiento en habilidades (EH) y la combinación de ambos (ChN+EH)*.</p> <p>En todos los grupos se utilizó terapia aversiva pretratamiento.</p>	<p>TEA a las 10 semanas de dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ChN = 23%</li> <li>- EH = 30%</li> <li>- TC+EH = 50%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La terapia combinada (ChN+EH) se mostró más efectiva que las otras dos condiciones.</li> <li>- Las condiciones que usaron chicles de nicotina (ChN y ChN+EH) mostraron de manera significativa menores síntomas de abstinencia que EH.</li> </ul>

Referencia	Tipo de tratamientos analizados <sup>2</sup>	Efectos estimados (TEA = tasas estimadas de abstinencia)	Principales conclusiones
Klesges, Ward y DeBon (1996)	<p>Revisión de la literatura acerca de la combinación de los chicles de nicotina (ChN) o los parches (PN) y el tratamiento conductual (TC) y el consejo psicológico (CP) en comparación con control y cada uno en solitario. Se examinan el coste-beneficios de estos tratamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (1) TC = 3 horas de tratamiento individual o grupal durante 4 semanas; CP = manuales de autoayuda y consejo psicoeducativo mínimo.</li> <li>- (2) TC = Al menos 30 minutos de contacto y 2 seguimientos; CP = contacto ocasional.</li> <li>- (3) TC = 8 sesiones semanales de una hora de duración; CP = 8 sesiones semanales de 10-20 minutos de duración. Este metaanálisis es discutible ya que se confunden intensidad y formatos en algunos de los ensayos incluidos</li> </ul>	<p>Hughes (1991) 9 ensayos con seguimiento al año:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ChN+TC = 30%</li> <li>- ChN = 22%</li> <li>- TC = 23%</li> </ul> <p>Ockene et al. (1994), TEA al año:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ChN+CP = 10%</li> <li>- CP = 8%</li> </ul> <p>Cepeda-Benito (1993), TEA al año (1):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ChN+TC: 35%</li> <li>- ChN+CP: 11%</li> </ul> <p>Silagy et al. (1994) TEA al año (MA) (2):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ChN+TC: 19,7%</li> <li>- ChN+CP: 10,5%</li> </ul> <p>Fiore, Smith et al. (1994), TEA a los 6 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PN+TC: 26,5%</li> <li>- PN+CP: 19,5%</li> </ul> <p>Fiore, Kenford et al. (1994), TEA a los 6 meses (3):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PN+TC: 34%</li> <li>- PN (placebo)+TC: 21%</li> <li>- PN+CP: 18%</li> <li>- PN (placebo)+CP: 7%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El autor presenta un capítulo acerca de los mecanismos de acción de cada una de las modalidades de tratamiento y su acción interdependiente en los tratamientos combinados.</li> <li>- Igualmente presenta implicaciones relacionadas con la aceptación y adherencia de los tratamientos.</li> <li>- Por último se discute sobre la eficiencia de los tratamientos que presta unos datos más dudosos que los análisis de eficacia.</li> </ul>

Referencia	Tipo de tratamientos analizados <sup>2</sup>	Efectos estimados (TEA = tasas estimadas de abstinencia)	Principales conclusiones
Lifrak, Gariti, Alterman, McKay, Volpicelli, Sparkman y O'Brien (1997)	<p>Comparación entre la combinación de un tratamiento de consejo breve y parches de nicotina (CB+PN) y la misma pauta de parches y un tratamiento cognitivo conductual (TCC+PN):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TB = cuatro sesiones durante cuatro semanas. Llevado a cabo por una enfermera con experiencia. Materiales de autoayuda y consejo.</li> <li>- TCC = 16 sesiones de tratamiento individual. Solución de problemas, autoeficacia, entrenamiento de habilidades de afrontamiento y prevención de recaídas.</li> <li>- PN = parches de 24 horas durante 10 semanas con reducción gradual.</li> </ul>	<p>TEA a los 6 meses de dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CB+PN = 25%</li> <li>- TCC+PN = 36%</li> </ul> <p>TEA a los 12 meses de dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CB+PN = 28%</li> <li>- TCC+PN = 36%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aunque TCC+PN mostró tasas de abstinencias superiores a TB+PN, éstas no resultaron significativas.</li> <li>- Existen evidencias de que los pacientes con mayores niveles de dependencia se beneficiaron más del TCC+PN.</li> </ul>

Referencia	Tipo de tratamientos analizados <sup>2</sup>	Efectos estimados (TEA = tasas estimadas de abstinencia)	Principales conclusiones
MacPherson, Tull, Matusiewicz, Rodman, Strong, Kahler, Hopko, Zvolensky, Brown y Lejuez (2010)	Comparación de un tratamiento estándar (TE) para dejar de fumar y su combinación con activación conductual (TE+AC) con pacientes con sintomatología depresiva*: - TE = Autorregistros, estrategias de afrontamiento, relajación y prevención de recaídas. - AC = planificación diaria de actividades.  * En ambos grupos se administró terapia de parches de nicotina con la misma pauta.	TEA a los 4 meses de dejar de fumar: - TE= 3% - TE+AC = 11,4% - <i>Odds ratio</i> = 2,71 (p < 0,05)  TEA a los 6 meses de dejar de fumar: - TE= 0% - TE+AC = 14,3% - <i>Odds ratio</i> = 3,59 (p < 0,05)	- Añadir un programa de tratamiento de activación conductual a un tratamiento combinado de parches de nicotina y asesoramiento psicológico (TE+AC) produce tasas de abstinencias significativamente mejores que el grupo de comparación (TE).  - TE+AC mostró reducciones significativas en la sintomatología depresiva de los participantes en comparación con TE en interacción con el momento de medida.
McCarthy, Piasecki, Lawrence, Jorenby, Shiffman, Fiore y Baker (2007)	Comparación entre un tratamiento con bupropión (TB) 150 mg ó 300 mg durante 8 semanas después de la cesación, el consejo psicológico (CP)* y su combinación (TB + CP), utilizando como condiciones control el no consejo y TB placebo. - CP = 8 sesiones semanales de 10 minutos en las que se aborda: fijación de un día de cese, estrategias de afrontamiento, prevención de recaídas y apoyo social intratratamiento.	TEA a los 6 meses de dejar de fumar: - TB placebo + CP = 12,4% - TB = 18,1% - TB + CP = 20,4%  TEA a los 12 meses de dejar de fumar: - TB placebo + CP = 12,4% - TB = 20,7% - TB + CP = 21,1%	- La adición de consejo psicológico no mejora en ningún momento de medida las tasas de abstinencia obtenidas con la pauta TB por si sola.

Referencia	Tipo de tratamientos analizados <sup>2</sup>	Efectos estimados (TEA = tasas estimadas de abstinencia)	Principales conclusiones
Molyneux, Lewis, Leivers, Anderton, Antoniak, Brackenridge, Nilsson, McNeill, West, Moxham y Britton (2003)	<p>Comparación del consejo breve (CB) y su combinación con terapia de parches de nicotina (CB+PN). El grupo control (GC) fue de no tratamiento*:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CB = contacto de 20 minutos y materiales de autoayuda.</li> <li>- CB+TPN = CB más terapia de parches de nicotina con reducción gradual.</li> </ul> <p>*Este estudio se ha realizado únicamente con población especializada.</p>	<p>TEA a los 3 meses de dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CB = 9,9%</li> <li>- CB+TPN= 16,5%</li> <li>- GC = 10,9%</li> </ul> <p>TEA a los 12 meses de dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CB = 5,5%</li> <li>- CB+TPN= 16,5%</li> <li>- GC = 7,6%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al año de seguimiento CB+PN mostró tasas de abstinencia significativamente superiores que los otros dos grupos.</li> <li>- El CB no mostró superioridad frente al GC.</li> <li>- Interpretación cuidadosa de los resultados. Solo con pacientes hospitalizados y gran cantidad de variables moduladoras.</li> </ul>
Pollak, Oncken, Lipkus, Lyna, Swamy, Pletsch, Peterson, Heine, Brouwer, Fish y Myers (2007)	<p>Comparación entre una terapia cognitiva conductual (TCC) y su combinación con terapia sustitutiva a elegir entre parches o chicles de nicotina (TCC+TSN)*:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TCC = 6 sesiones individuales de asesoramiento motivacional, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y prevención de recaídas.</li> <li>- TCC+TSN = 21 mg., 14 mg. ó 7 mg. según necesidades y consumo previo + TCC.</li> </ul> <p>*Este estudio se llevó a cabo con mujeres embarazadas.</p>	<p>TEA a los 38 semanas de gestación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TCC+TSN = 18%</li> <li>- TCC = 7%</li> </ul> <p>TEA a los 3 meses de parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TCC+TSN = 20%</li> <li>- TCC = 14%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La terapia combinada TCC+TSN se mostró significativamente más eficaz a corto y medio plazo frente a la TCC administrada de manera aislada.</li> <li>- A los 3 meses del parto, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de tratamiento.</li> <li>- No se detectaron mayores índices de problemas en el parto asociados a la utilización de la TSN.</li> </ul>

Referencia	Tipo de tratamientos analizados <sup>2</sup>	Efectos estimados (TEA = tasas estimadas de abstinencia)	Principales conclusiones
Prapavessis, Cameron, Baldi, Robinson, Borrie, Harper y Grove (2007)	<p>Comparación programa de ejercicio físico (TE), terapia cognitivo conductual (TCC) y su combinación con parches de nicotina (TE+PN; TCC+PN)*.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TE = 3 sesiones semanales de 45 minutos de ejercicios supervisados durante 12 semanas</li> <li>- TCC = tratamiento cognitivo conductual en grupo con 3 sesiones semanales educativas de 45 minutos durante 12 semanas</li> <li>- PN = reducción gradual de dosis de parches de nicotina (21 mg, 14 mg y 7 mg) durante 10 semanas</li> </ul> <p>* Este estudio se realizó únicamente con mujeres.</p>	<p>TEA continua a los 3 meses de dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TE = 20%</li> <li>- TCC = 33%</li> <li>- TCC+PN = 27%</li> <li>- TE+PN = 39%</li> </ul> <p>TEA continua a los 12 meses de dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TE = 9%</li> <li>- TCC = 15%</li> <li>- TCC+PN = 15%</li> <li>- TE+PN = 27%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TE y TE+PN consiguió reducciones significativas de peso en comparación con TCC y TCC+PN.</li> <li>- TCC y TCC+PN produjo incrementos significativos en los niveles de autoeficacia en comparación con TE y TE+PN.</li> <li>- Había una tendencia no significativa a que la combinación TE+PN mostrara tasas de abstinencia mayores que TE, pero no había diferencias en las tasas entre TCC+PN y TCC.</li> </ul>
Richmond, Kehoe y Almeida (1997)	<p>Comparación entre la combinación de parches de nicotina y terapia cognitivo conductual (PN+TCC) y la combinación de la TCC con parches placebo (TCC+TP).</p>	<p>TEA a los 12 meses de dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PN+TCC = 19%</li> <li>- TCC+TP = 9%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El tratamiento PN+TCC mostró mayores tasas de abstinencia al año que el TCC+TP.</li> <li>- Aquellos que recibieron tratamiento activo de parches de nicotina (PN+TCC) mostraron menos síntomas de abstinencia que el grupo TCC+TP.</li> </ul>

Referencia	Tipo de tratamientos analizados <sup>2</sup>	Efectos estimados (TEA = tasas estimadas de abstinencia)	Principales conclusiones
Schmitz, Stotts, Mooney, DeLaune y Moeller (2006)	<p>Comparación entre un tratamiento con bupropión (TB), la terapia cognitivo conductual (TCC) y su combinación (TCC + TB), el grupo de apoyo (GA) y su combinación con el TB (GA + TB) y la condición control de TB placebo.*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TB = 150 mg. ó 300 mg. según necesidades.</li> <li>- TCC = entrenamiento en habilidades de afrontamiento, habilidades cognitivas, prevención de recaídas, contratos conductuales. El tratamiento se llevó acabo en grupo.</li> <li>- GA = grupos de discusión que persigue proveer de apoyo social a las personas que pretenden dejar de fumar.</li> </ul>	<p>TEA a los 6 meses de dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TB + TCC = 30%</li> <li>- TB + GA = 17%</li> <li>- TB placebo + TCC = 20%</li> <li>- TC placebo + GA = 39%</li> </ul> <p>TEA a los 12 meses de dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TB + TCC = 8%</li> <li>- TB + GA = 2%</li> <li>- TB placebo + TCC = 12%</li> <li>- TC placebo + GA = 28%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La combinación de TB con TCC produce mejores tasas de abstinencia, que la combinación GA + TCC en todos los momentos de medida.</li> <li>- Ante el placebo, es el GA el que produce mejores tasas de abstinencia que el resto de los grupos en todos los momentos de medida.</li> <li>- Se discute hacia los diferentes mediadores del cambio e hipótesis explicativas que subyacen a estos resultados.</li> </ul>
* Este estudio se llevó a cabo únicamente con mujeres			

Referencia	Tipo de tratamientos analizados <sup>2</sup>	Efectos estimados (TEA = tasas estimadas de abstinencia)	Principales conclusiones
Simon, Carmody, Hudes, Snyder y Murray (2003)	<p>Comparación de la combinación de la terapia cognitivo conductual intensiva a una terapia de parches de nicotina (TCC+PN) con la combinación de consejo mínimo y terapia de parches de nicotina (CM+PN)*:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TCC = sesiones con una duración entre 30 y 60 minutos. Estrategias cognitivas y de autocontrol para la prevención de recaídas, materiales de autoayuda y 4 seguimientos telefónicos de unos 30 minutos.</li> <li>- CM = una única sesión de 10 minutos y materiales de autoayuda.</li> <li>- PN = dos meses de administración de parches de nicotina adaptados en dosificación al patrón de consumo de cada sujeto.</li> </ul>	<p>TEA a los 6 meses de dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TCC+PN = 35 %</li> <li>- CM+PN= 21%</li> <li>- <i>Odds ratio</i> (OR) = 1,7 (<math>p &lt; 0,05</math>)</li> </ul> <p>TEA a los 12 meses de dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TCC+PN = 33%</li> <li>- CM+PN = 20%</li> <li>- OR= 1,7 (<math>p &lt; 0,05</math>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las diferencias entre añadir TCC o CM a la TPN ha resultado significativa en todos los momentos de medida.</li> <li>- Los resultados han de ser interpretado con cautela ya que la muestra se basa únicamente en pacientes hospitalizados.</li> <li>- Es un ensayo clínico aleatorizado.</li> <li>- La terapia fue llevada a cabo por enfermeras y educadores.</li> <li>- Los niveles de abstinencia basados en validación bioquímica son similares a los encontrados vía autoinforme.</li> </ul>

\* Este estudio se ha realizado únicamente con pacientes hospitalizados.

Referencia	Tipo de tratamientos analizados <sup>2</sup>	Efectos estimados (TEA = tasas estimadas de abstinencia)	Principales conclusiones
Swan, McAfee, Curry, Jack, Javitz, Dacey y Bergman (2003)	Comparación entre diferente dosificación de tratamiento con bupropión (TB) y su combinación con consejo breve (CP) e intervención conductual moderada (IM): - TB1: 150 mg. - TB2: 300 mg. - CP: materiales de autoayuda - IM: sesiones de seguimiento e información telefónica y materiales de autoayuda	TEA a los 3 meses de dejar de fumar*: - (1) TB1 + CP = 24,2% - (2) TB1 + IM = 24,4% - (3) TB2 + CP = 26,7% - (4) TB2 + IM = 35,0% * Significativo con una $p < 0,05$ para los pares: 2 y 4; 1 y 4; 3 y 4.  TEA a los 12 meses de dejar de fumar**: - (5) TB1 + CP = 23,6% - (6) TB1 + IM = 31,4% - (7) TB2 + CP = 25,7% - (8) TB2 + IM = 33,2% ** Significativo con una $p < 0,05$ para los pares: 5 y 6; 5 y 8; 7 y 8.	- La intervención conductual más intensiva (IM) se asoció, de manera significativa, con mayores tasas de abstinencia, en ambos momentos de medida. - Aunque la dosis más alta de bupropión (TB2) se asoció con mayores tasas de abstinencia, en especial si se combina con IM, pero su uso queda desaconsejado por presentar, de manera significativa, mayores efectos adversos que la pauta de tratamiento TB1.

Referencia	Tipo de tratamientos analizados <sup>2</sup>	Efectos estimados (TEA = tasas estimadas de abstinencia)	Principales conclusiones
Webb, Ybarra, Baker, Reis y Carey (2010)	<p>Comparación entre terapia cognitivo conductual en grupo en combinación con terapia de parches de nicotina (TCC+PN) y la combinación de consejo educativo y terapia de parches de nicotina (TE+PN)*:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TCC = Entrenamiento en habilidades de afrontamiento y prevención de recaídas.</li> <li>- TE = 2 sesiones psicoeducativas sobre el beneficio de dejar de fumar y los perjuicios del tabaco.</li> <li>- PN = 8 semanas con reducción gradual (21 mg., 14 mg. y 7 mg.).</li> </ul> <p>* Todos los sujetos eran afroamericanos.</p>	<p>TEA a los 6 meses de dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TCC+PN = 33,8%</li> <li>- TE+PN = 19,5%</li> <li>- <i>Odds ratio</i> = 2,11 (<math>p &lt; 0,05</math>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El tratamiento TCC+PN mostró tasas de abstinencia significativamente superiores que el tratamiento TE+PN en todos los momentos de medida (tanto si se toma como referencia el autoinforme o la validación bioquímica).</li> <li>- No se observó interacción entre grupo y momento de medida, lo que evidenció homogeneidad en la tendencia de recaídas entre ambos grupos de tratamiento.</li> </ul>

## **Capítulo 4.**

# **Objetivos e hipótesis**



#### **4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

Tal y como se ha visto en los capítulos anteriores, los tratamientos psicológicos han demostrado su eficacia para el abordaje del tabaquismo, pero, sin embargo, la investigación acerca de su eficacia y efectividad ha sufrido un importante retroceso en las dos últimas décadas frente a las alternativas terapéuticas farmacológicas (García-Vera y Sanz, 2006a). Las guías clínicas, en consonancia con el incremento en la investigación de nuevos fármacos, en lugar de hacerse eco de las importantes aportaciones que los tratamientos psicológicos plantean en este campo, de manera sistemática obvian su importancia y los consideran como tratamientos de segunda línea o bien como simples coadyuvantes a los tratamientos farmacológicos. No obstante, la realidad clínica pone de relieve la importancia de seguir investigando en este campo ya que, dependiendo del estudio y del tipo de tratamiento, únicamente entre un 15% y un 50% de los fumadores que siguen un tratamiento para dejar de fumar consiguen permanecer abstinentes a medio y largo plazo.

Son múltiples los estudios que avalan la eficacia de los tratamientos psicológicos para dejar de fumar. En concreto, los tratamientos multicomponentes, definidos por una fase de preparación, otra de abandono y una última de mantenimiento, han demostrado ser los más eficaces, especialmente aquellos que se basan en técnicas de corte cognitivo conductual (Chambless y Ollendick, 2001; Sánchez Meca et al., 1998). Sin embargo, mucho de esos estudios adolecen de problemas metodológicos o tienen ciertas limitaciones metodológicas, lo cual podría explicar en parte la falta de consideración de los tratamientos psicológicos en las guías clínicas y, en consonancia, en la práctica clínica habitual. En concreto, muchas de esas guías clínicas señalan que en relación con los tratamientos psicológicos faltan estudios con grupos de control adecuados, aleatorización de los

pacientes a los diversos grupos de tratamiento y de control, o tamaños muestrales apropiados (Fiore et al., 2000, 2008).

Otro de los problemas que pueden subyacer a la infravaloración de los tratamientos psicológicos quizás tenga que ver con los controvertidos resultados provenientes de investigaciones “farmacologicistas”, tal y como se ha descrito en capítulos anteriores. Algunos de esas investigaciones incluyen en sus diseños abordajes “psicológicos” y posteriores comparaciones de éstos con fármacos y grupos de control que no obtienen resultados muy positivos para dichos abordajes psicológicos, pero no está claro que en tales investigaciones se apliquen los tratamientos psicológicos más adecuados o de la forma más adecuada. De hecho, hace años se podía observar cómo los abordajes psicológicos individuales o grupales basados en el apoyo social, el entrenamiento en habilidades específicas, la reducción gradual de ingesta de nicotina y alquitrán o las técnicas aversivas, mostraban tasas de abstinencia o razones de posibilidades u *odds ratios* (OR) al menos iguales o superiores a los que presentaban los tratamientos farmacológicos. Sin embargo, en la actualidad estos resultados, de manera progresiva, se han visto ajustados a la baja. En las últimas publicaciones, tanto de la guía americana del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2008) como, por ejemplo, de las revisiones Cochrane, se detectan en sus metaanálisis y revisiones estudios que en sus diseños contemplan tratamientos “psicológicos” que difícilmente cumplen con los requisitos necesarios para ser considerados como tales en cuanto a su secuenciación, el tiempo invertido, la formación de los profesionales o los componentes que conforman los tratamientos. Es posible que una incorrecta implantación de los abordajes psicológicos contribuya a sus pobres resultados y a su ostracismo en las guías clínicas.

En esta controversia se sitúan también los tratamientos combinados, tal y como se ha analizado en los capítulos precedentes. Desde el punto de vista teórico

o paradigmático múltiples grupos de investigación y comunidades científicas no dudan en situarlos como los más eficaces. Sin embargo, en la práctica habitual su implantación se enmarca en la atención especializada y bajo condiciones “especiales”. Además, en este ámbito emerge de nuevo la problemática conceptual de considerar tratamiento psicológico a aquello que no lo es. Como se ha podido comprobar en capítulos anteriores, varios grupos de investigación dudan del efecto sinérgico derivado de la utilización de abordajes psicológicos y farmacológicos. Por otra parte, el U.S.D.H.H.S (Fiore et al., 2008) plantea que tanto los tratamientos psicológicos como los farmacológicos, si se implantan de manera conjunta, obtienen mayores tasas de abstinencias que si se aplican aisladamente. En la misma línea, el NICE (2006b, 2007) propone que para un correcto abordaje del tabaquismo debería de considerarse siempre el apoyo conductual, en concreto cognitivo conductual, en combinación con tratamientos farmacológicos intensivos.

García-Vera y Sanz (2006a) realizaron una revisión de aquellos estudios que incluían parches de nicotina (por su amplia tradición investigadora y buenos resultados de eficacia), terapia cognitivo conductual y su combinación. Concluyeron que los parches de nicotina de manera aislada presentaban peores resultados que su combinación con la terapia cognitivo conductual o que la aplicación de ésta aisladamente. Sin embargo, si la terapia cognitivo conductual es aplicada junto con parches placebo, se observa que sus tasas de abstinencia descienden significativamente en comparación a su aplicación conjunta con parches con principio activo o, curiosamente, en comparación a su aplicación de manera aislada. Cabe plantearse hasta qué punto aquellos estudios que incluían parches placebo en sus diseños, muy posiblemente de corte “farmacologicista”, implantaron realmente un tratamiento psicológico cognitivo conductual y lo hicieron de manera adecuada. ¿O quizá los estudios “psicologicistas” sobrevaloran tales intervenciones? Además, los autores señalaban la gran heterogeneidad y

diversidad de los tratamientos que componían los estudios que revisaron. En consonancia con estas dudas, además, múltiples estudios ponen en duda el conocido efecto dosis-respuesta, por lo que postulan que una intervención psicológica intensiva no obtiene mejores resultados que una intervención no intensiva al aplicarse de manera conjunta con los parches de nicotina.

#### **4.1. Objetivos**

En este contexto de dudas sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos por la escasez de estudios metodológicamente apropiados, de dudas sobre los beneficios de aplicar conjuntamente tratamientos psicológicos y tratamientos farmacológicos en comparación a su aplicación aislada y de dudas sobre los beneficios de que dicha combinación incluya un tratamiento psicológico intensivo frente a un tratamiento psicológico menos intensivo, se planteó la realización de la investigación empírica que se describe en los siguientes capítulos de la presente tesis doctoral.

La investigación pretendía, en un mismo estudio, de manera directa, con un diseño experimental y con una metodología que trataba de superar algunas de las limitaciones metodológicas de la literatura psicológica previa, arrojar luz sobre la eficacia para dejar de fumar de la terapia cognitivo conductual, intensiva y no intensiva, y de su combinación con los parches de nicotina, lo cual permitiría contestar, al menos parcialmente, a algunas de las preguntas más importantes que tiene planteadas la investigación sobre las intervenciones terapéuticas para dejar de fumar: (1) ¿Es más eficaz la combinación de tratamientos psicológicos y farmacológicos que la aplicación aislada de dichos tratamientos? (2) ¿Es más eficaz aplicar los parches de nicotina con un tratamiento psicológico intensivo que con uno no intensivo? (3) ¿Es más eficaz el tratamiento psicológico que el tratamiento farmacológico?

Para ello, en el presente estudio empírico se aleatorizó una muestra relativamente amplia de fumadores a tres grupos de tratamiento: (1) terapia cognitivo conductual intensiva (TCC/I), (2) terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina (TCC/I+PN) y (3) terapia cognitivo conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina (TCC/NI+PN), y se compararon dichos tratamientos en cuanto su eficacia para dejar de fumar tras controlar la influencia de las variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con el hábito de fumar que la literatura científica previa ha señalado como más importantes. Además, dicha eficacia se evaluó a corto (postratamiento), medio (3 y 6 meses) y largo plazo (1 año) y tanto mediante la obtención de tasas de abstinencia continua autoinformada como mediante la obtención de tasas de abstinencia continua validada con medidas de monóxido de carbono en aire expirado (CO) y mediante la medición de la reducción en el número de cigarrillos fumados diariamente.

En definitiva, el objetivo general del presente trabajo empírico era conocer cuál de los tres tratamientos anteriores era el más eficaz a corto, medio y largo plazo para así poder determinar: (1) si es más eficaz la combinación de terapia cognitivo-conductual y parches de nicotina que la aplicación aislada de la terapia cognitivo-conductual; (2) si es más eficaz combinar los parches de nicotina con una terapia cognitivo-conductual intensiva que con una terapia cognitiva-conductual no intensiva, y (3) si es más eficaz la terapia cognitiva-conductual intensiva aplicada de manera aislada que la combinación de parches de nicotina y terapia cognitiva-conductual no intensiva.

En concreto, los objetivos específicos del estudio eran:

1. Conocer qué tratamiento obtenía mejores tasas de abstinencia continua autoinformada y validada con CO a corto, medio y largo plazo (postratamiento y 3 meses, 6 meses y 1 año desde que se dejó de fumar).

2. Conocer en qué medida los tratamientos, en aquellos pacientes que no consiguieron dejar de fumar, produjeron descensos significativos en el consumo diario de cigarrillos a corto, medio y largo plazo (postratamiento y 3 meses, 6 meses y 1 año desde que se dejó de fumar).

3. Conocer qué tratamiento, en aquellos pacientes que no consiguieron dejar de fumar, produjo los mayores descensos en el consumo diario de cigarrillos a corto, medio y largo plazo (postratamiento y 3 meses, 6 meses y 1 año desde que se dejó de fumar).

#### **4.2. Hipótesis**

En función de la literatura científica revisada en los capítulos anteriores y en función de los objetivos generales y específicos descritos en la sección anterior, en el presente estudio empírico se plantearon y se pusieron a prueba las siguientes hipótesis:

1. Las tasas de abstinencia continua autoinformada y validada por CO del grupo de pacientes que recibió TCC/I+PN serán significativamente más altas a corto, medio y largo plazo (postratamiento y 3 meses, 6 meses y 1 año desde que se dejó de fumar) que las de los grupos de pacientes que recibieron TCC/I o TCC/NI+PN.

2. Las tasas de abstinencia continua autoinformada y validada por CO del grupo de pacientes que recibió TCC/I serán significativamente más altas a corto, medio y largo plazo (postratamiento y 3 meses, 6 meses y 1 año desde que se dejó de fumar) que la del grupo de pacientes que recibió TCC/NI+PN.

3. Los pacientes de todos los grupos de tratamiento que no alcancen la abstinencia en cada uno de los momentos de medida (postratamiento, 3 meses, 6 meses y 1 año desde que se dejó de fumar) conseguirán reducciones

estadísticamente significativas en el consumo diario de cigarrillos respecto a su consumo diario de cigarrillos en el pretratamiento.

4. Entre los pacientes que no alcancen la abstinencia en cada uno de los momentos de medida (postratamiento, 3 meses, 6 meses y 1 año desde que se dejó de fumar), los pacientes del grupo que recibió TCC/I+PN conseguirán reducciones de su consumo diario de cigarrillos, respecto a su consumo diario de cigarrillos en el pretratamiento, significativamente mayores que las reducciones que conseguirán los pacientes de los grupos que recibieron TCC/I o TCC/NI+PN.

5. Entre los pacientes que no alcancen la abstinencia en cada uno de los momentos de medida (postratamiento, 3 meses, 6 meses y 1 año desde que se dejó de fumar), los pacientes del grupo que recibió TCC/I conseguirán reducciones de su consumo diario de cigarrillos, respecto a su consumo diario de cigarrillos en el pretratamiento, significativamente mayores que las reducciones que conseguirán los pacientes del grupo que recibió TCC/NI+PN.

6. Entre los pacientes que no alcancen la abstinencia en cada uno de los momentos de medida (postratamiento, 3 meses, 6 meses y 1 año desde que se dejó de fumar), los pacientes que hayan completado sus respectivos tratamientos (TCC/I+PN, TCC/I o TCC/NI+PN) conseguirán reducciones de su consumo diario de cigarrillos, respecto a su consumo diario de cigarrillos en el pretratamiento, significativamente mayores que las reducciones que conseguirán los pacientes que hayan abandonado sus respectivos tratamientos.



# **Capítulo 5.**

## **Método**



## 5. MÉTODO

### 5.1. Diseño

El diseño del presente estudio fue experimental, intergrupos y con medidas repetidas pretratamiento, postratamiento y en seguimientos a los 3 meses, a los 6 meses y al año desde que los paciente dejaron de fumar.

El carácter experimental del estudio implica que se aleatorizaron los pacientes a los diferentes tratamientos. Además, se procedió a sistematizar los tratamientos, manualizándolos y entrenando a los terapeutas con dichos manuales, con el fin de lograr una aplicación de los mismos lo más homogénea posible entre los terapeutas así como lo más fiel posible a los objetivos, estrategias, técnicas y actividades fundamentales de los distintos tratamientos.

En el presente estudio se consideró como variable independiente el tipo o grupo de tratamiento. Esta variable tenía tres niveles:

- 1) Tratamiento cognitivo conductual intensivo (TCC/I).
- 2) Tratamiento combinado de tratamiento cognitivo conductual no intensivo y parches de nicotina (TCC/NI+PN).
- 3) Tratamiento combinado de tratamiento cognitivo conductual intensivo y parches de nicotina (TCC/I+PN).

Como variables dependientes se consideraron las siguientes:

- 1) *Abstinencia continua autoinformada*. Esta variable venía definida por la contestación (sí o no) del paciente a la pregunta de si había fumado algún cigarrillo desde la fecha en la que había dejado de fumar y, posteriormente, desde la fecha del último momento de medida. Se consideró como abstinentes a aquel paciente que informó no haber fumado ningún cigarrillo desde la fecha en la que había dejado de fumar y, posteriormente, desde el último momento de medida. Esta variable fue considerada como categórica.

- 2) *Abstinencia continua validada*. En los diferentes momentos de evaluación se midió el monóxido de carbono (CO) en aire espirado y se codificó como una variable dicotómica en la que la validación de la abstinencia se correspondía con valores de CO menores de 8 partículas por millón (ppm) (Becoña y Vázquez, 1998; García-Vera y Sanz, 2006). Por tanto, se consideró abstinentes a aquel paciente que informaba no haber consumido ningún cigarrillo desde el último momento de medida y presentaba una medida de CO < 8 ppm.
- 3) *Número autoinformado de cigarrillos fumados*. Los pacientes informaron del número de cigarrillos fumados diariamente desde el último momento de medida. Esta variable se codificó como una variable continua.

En el apartado de *Procedimiento* se detallarán los instrumentos de medición de cada una de estas variables dependientes.

Por otro lado, en el diseño del estudio se trató de controlar el posible efecto de varias variables extrañas o de control que podían ejercer algún tipo de influencia sobre los tratamientos y sus resultados y que, por lo tanto, podían enmascarar o distorsionar los efectos de aquéllos o su eficacia diferencial. La selección de estas variables se estableció en función de una revisión sobre los posibles factores que pueden influir en la conducta de fumar y su abandono (Ockene et al., 2000; Sánchez Meca et al., 1999). Estas variables se podían dividir en sociodemográficas y clínicas.

a) *Variables sociodemográficas:*

- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Nivel de estudios

b) *Variables clínicas:*

- Consumo actual de cigarrillos
- Historia de consumo de tabaco
- Consumo de alcohol y otras sustancias
- Enfermedades
- Molestias físicas derivadas del hábito de fumar
- Depresión
- Ansiedad
- Nivel de dependencia de la nicotina
- Autoeficacia para dejar de fumar
- Nivel motivacional para dejar de fumar

## 5.2. Participantes

Las personas que participaron en este estudio fueron fumadores, mayores de edad, que acudieron a la Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) procedentes de varias fuentes. En primer lugar, a través de la campaña patrocinada por dicha universidad *Un año sin fumar en la Complutense*, iniciada en febrero de 2006, y dirigida a ofrecer al personal y a los alumnos de la UCM tratamientos gratuitos para dejar de fumar. Esta iniciativa estaba acompañada de publicidad del programa en la página web de la Clínica, artículos en el periódico oficial de la UCM (*Tribuna Complutense*) y envío de correos electrónicos a todo el personal de la Universidad ofreciéndoles la posibilidad de participar de forma gratuita en dicho programa.

De manera paralela, se llevaron a cabo campañas de información y captación de participantes durante los años 2007 y 2008 en la Feria Internacional de la Salud (FISALUD 2007 y FISALUD 2008, ambas celebradas en Madrid). Estas campañas estaban enmarcadas en las actividades que el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid organizó en FISALUD y dentro de las cuales la Clínica fue

invitada a participar con un taller sobre *Tratamientos psicológicos para dejar de fumar*.

Además, se colaboró en las campañas *HELP* de la Unión Europea que se celebraron en la UCM en mayo de 2007 y octubre de 2008 tanto en el Campus de Somosaguas como en el de Moncloa. Las campañas *HELP* han sido establecidas y financiadas por la Unión Europea para motivar el abandono del tabaco en la población joven. En las campañas *HELP* que se celebraron en la UCM, personal de la Clínica procedió a realizar mediciones de monóxido de carbono y a entregar perfiles de nivel motivacional para dejar de fumar y de nivel de dependencia nicotínica a aquellas personas que se acercaban a los stand de la campaña *HELP* y así lo deseaban. A todas las personas fumadoras se les informaba, además, sobre las diferentes alternativas para dejar de fumar y se les ofrecía la posibilidad de acudir a la Clínica y colaborar en el presente estudio.

También se contó con la colaboración del Servicio de Psicología y Psicotecnia de la Guardia Civil en la captación de pacientes. El Servicio publicitó el programa entre los miembros de la Guardia Civil y sus familiares, y remitió a la Clínica a las personas interesadas en dejar de fumar.

Finalmente, desde el año 2006, la Clínica ofrecía, a través de su página web, la posibilidad de participar en una investigación sobre los tratamientos más eficaces para dejar de fumar a todo tipo de personas, fueran o no personal o estudiantes de la UCM.

Independientemente de la fuente de procedencia, a todos los fumadores que se pusieron en contacto con la Clínica se les informó de que la participación en este estudio era totalmente voluntaria y gratuita.

Los criterios de exclusión del estudio fueron los siguientes:

- No tener cumplidos los 18 años.
- Mostrar incompatibilidad con el uso de parches de nicotina

- Problemas dermatológicos (soriasis o dermatitis incompatibles con los parches).
- Estar embarazada o en periodo de lactancia.
- Haber tenido un problema cardiovascular (infarto o angina de pecho inestable) recientemente.
- Fumadores de menos de 10 cigarrillos diarios.

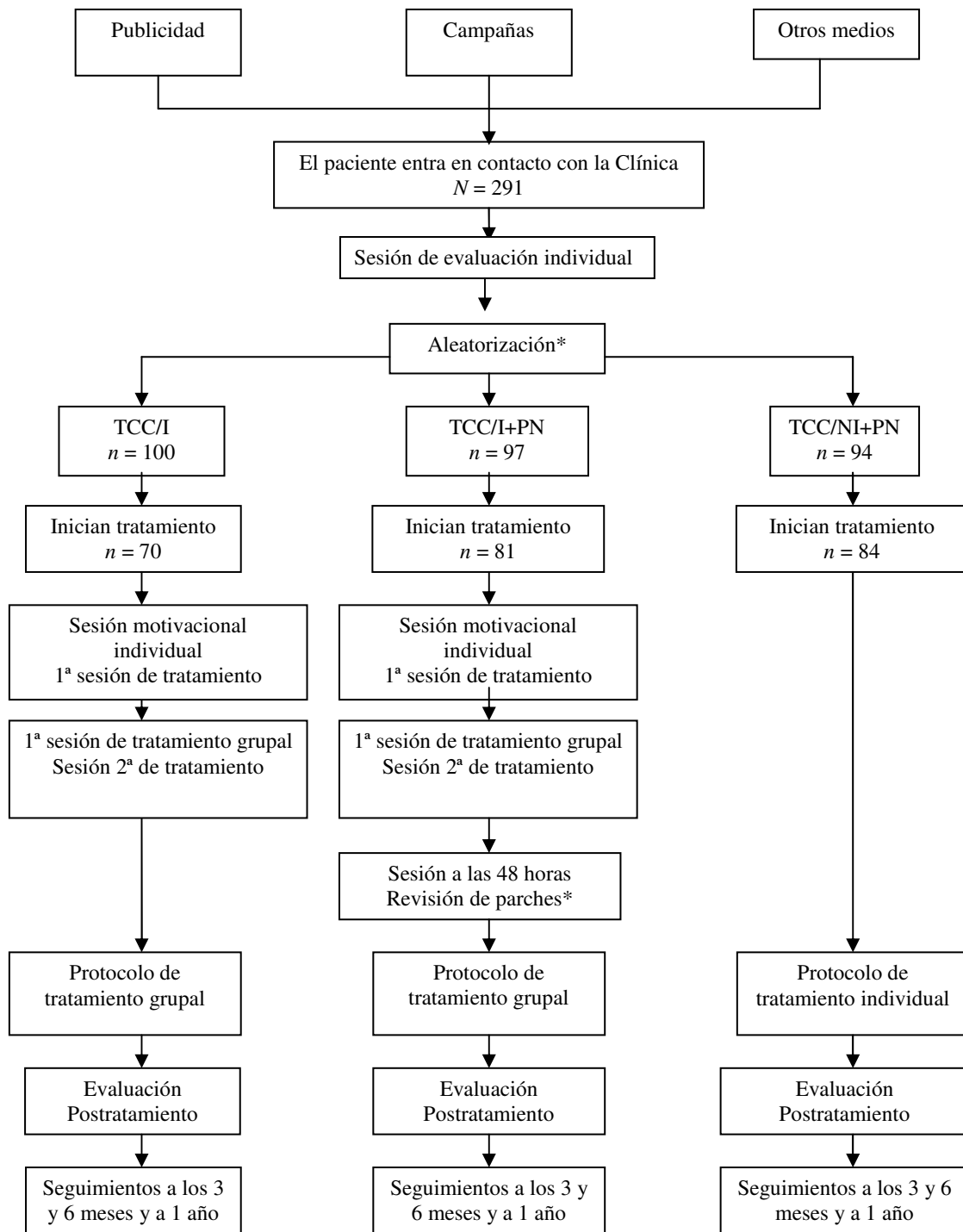
En total, 291 personas se pusieron en contacto con la Clínica para participar en sus programas para dejar de fumar y fueron inicialmente evaluadas. De las personas evaluadas, la mayoría (63,9%) no pertenecían a la UCM, mientras que el resto eran estudiantes (21%), personal de administración y servicios (8,6%) y profesores (6,5%) de la UCM.

Tras esa primera sesión de evaluación, los pacientes fueron asignados de forma aleatoria a uno de los tres grupos de tratamiento e invitados a acudir a la primera sesión de su correspondiente tratamiento (véase la figura 5.1).

Sin embargo, algunas personas no acudieron a la primera sesión de tratamiento y no comenzaron el mismo, por lo que fueron considerados como bajas en el estudio y sus datos no fueron analizados para calcular las tasas de abstinencia. Por otra parte, los pacientes que asistieron a una o más sesiones de tratamiento, pero que luego no continuaron el mismo, fueron considerados como abandonos del tratamiento; sus datos, sin embargo, sí se analizaron, siendo codificados como fracasos terapéuticos.

De los 291 participantes iniciales, 56 (19,2%) no iniciaron el tratamiento correspondiente (bajas). En la tabla 5.1 se muestran las principales características sociodemográficas y clínicas de aquellas personas que no iniciaron el tratamiento y de las 235 personas que sí lo hicieron (80,8%) y que, a la postre, conformaron la muestra final de participantes de este estudio.

Figura 5.1. Diagrama de las fases del estudio empírico



\*Nota. Los pacientes que mostraron incompatibilidad con los parches de nicotina o problemas derivados de su uso, formaron parte del grupo de tratamiento de TCC/I pero sus datos fueron excluidos de los análisis de este estudio.

Se realizaron pruebas de  $\chi^2$  y pruebas  $t$  de Student de medidas independientes para comparar el grupo de personas que no inició el tratamiento con el grupo de personas que sí lo hizo y que finalmente formó parte del presente estudio, en cada una de las siguientes variables sociodemográficas y clínicas: sexo, edad de los pacientes, estado civil, nivel de estudios, número de cigarrillos que fumaban, dependencia de la nicotina (medida por el Test de Fagerström), nivel de monóxido de carbono, sintomatología ansiosa medida por el BAI y la HAD, motivación para dejar de fumar (evaluada por el Test de Richmond), molestias físicas derivadas del tabaco, nivel de autoeficacia (evaluado mediante el Cuestionario de Resistencia de la Urgencia a Fumar de Baer y Lichtenstein), sintomatología depresiva medida por el BDI-II Breve, peso, presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y tasa cardíaca.

Como puede verse en la tabla 5.1, los resultados de las pruebas de  $\chi^2$  y de las pruebas  $t$  no revelaron ninguna diferencia estadísticamente significativa, tomando como referencia una  $p < 0,05$ , entre el grupo de personas que no inició el tratamiento (codificados como bajas del estudio) y el que sí lo hizo (que constituye la muestra final de participantes del estudio) en ninguna de sus características sociodemográficas o clínicas evaluadas, salvo en dos: consumo de cigarrillos diarios según autoinforme y nivel de motivación para dejar de fumar según la puntuación en el Test de Richmond. En promedio, las personas que no iniciaron el tratamiento, en comparación con las que sí lo hicieron, fumaban menos cigarrillos (17,8 frente a 21,5 cigarrillos, respectivamente) y mostraban menores niveles de motivación para dejar de fumar (7,3 frente a 8,1 puntos, respectivamente), siendo ambas diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,006$  y  $0,004$ , respectivamente; véase la tabla 5.1).

Tabla 5.1. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que iniciaron el tratamiento y de los que no lo iniciaron

Variable	Iniciaron el tratamiento <i>n</i> = 235	No iniciaron el tratamiento <i>n</i> = 56	<i>t</i> / <i>chi</i> <sup>2</sup> *	<i>p</i>
Sexo (% de mujeres)	47,2	55,4	1,19	0,27
Edad	39,4 (10,9)	38,5 (13)	-0,51	0,61
Estado civil (% de casados/ convive con pareja estable)	46,6	46,4	0,64	0,88
Nivel de estudios (% de universitarios)	28,2	42,8	3,35	0,50
Número de cigarrillos	21,5 (8,3)	17,8 (10,8)	-2,79	0,006
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	18,2 (10,8)	16,9 (8,7)	-1,02	0,31
Sintomatología depresiva (BDI-II Breve)	4,9 (4,7)	4,7 (4,8)	-0,28	0,78
Sintomatología ansiosa (BAI)	8,9 (7,5)	10,6 (10,4)	-0,17	0,25
Sintomatología ansiosa (HAD)	6,3 (4,1)	6,2 (3,9)	-0,22	0,82
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	5,5 (2,4)	4,9 (2,4)	-0,77	0,08
Motivación para dejar de fumar (Test de Richmond)	8,1 (1,5)	7,3 (1,9)	-2,9	0,004
Escala de Molestias Físicas	29,7 (12,1)	30,5 (14,8)	0,37	0,71
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	63,5 (22,2)	67,8 (23,6)	1,27	0,20
Peso (kg)	74,2 (15,3)	70,8 (17,2)	-1,43	0,15
Presión arterial sistólica (mmHg)	126,6 (21,1)	129,1 (16,9)	0,83	0,41
Presión arterial diastólica (mmHg)	78,9 (11,9)	77,9 (10,8)	-0,62	0,53
Tasa cardíaca (lpm)	74,1 (11,3)	75,5 (13,3)	0,79	0,43

*Nota:* Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa. BDI-II = Inventario de Depresión de Beck, Segunda Edición; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck; HAD = Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión; ppm = partículas por millón; mmHg = milímetros de mercurio; lpm = latidos por minuto.

\* Para las variables continuas se recoge el valor del estadístico *t* de Student para medidas independientes y para las variables no continuas el valor de la prueba *chi*<sup>2</sup>.

De los 235 pacientes que formaron parte de la muestra final de este estudio, 70 pertenecían al grupo de pacientes que habían sido asignados aleatoriamente al TCC/I, 84 al grupo de pacientes asignados al TCC/NI+PN, y 81 al grupo de pacientes asignados al TCC/I+PN (véase la figura 5.1).

Una prueba de  $\chi^2$  realizada sobre la distribución de las personas que no iniciaron el tratamiento (codificados como bajas del estudio) y de las que sí lo hicieron (que constituyen la muestra final de participantes del estudio) en los distintos grupos terapéuticos asignados reveló que hubo un mayor porcentaje de pacientes que no acudió a la primera sesión de tratamiento (y no comenzó el mismo) en el grupo de TCC/I (30%) que en el grupo de TCC/I+PN (16,5%) o en el de TCC/NI+PN (10,6%) [ $\chi^2$  (2,  $N = 291$ ) = 12,39,  $p < 0,002$ ]. Sin embargo, los resultados de posteriores pruebas de  $\chi^2$  y de pruebas  $t$  realizadas para detectar diferencias entre los tres grupos de tratamiento en relación a las características de los pacientes que no acudieron a la primera sesión de tratamiento (es decir, rechazaron el tratamiento), no mostraron ninguna diferencia estadísticamente significativa con  $p < 0,05$  entre los grupos terapéuticos en ninguna de las características sociodemográficas o clínicas evaluadas.

### 5.3. Procedimiento

En la figura 5.1 se presenta un diagrama esquemático de las fases más importantes del procedimiento de este estudio. Como se comentó en el apartado anterior sobre el reclutamiento y selección de participantes, los pacientes entraron en contacto con la Clínica Universitaria de Psicología procedentes de varias fuentes y campañas de divulgación y promoción de los programas para dejar de fumar. En la Clínica, una vez recogidos sus datos sociodemográficos, a todos los pacientes se les asignó una cita para la primera sesión de evaluación que era común a todos ellos. En esta primera sesión de evaluación se les informó sobre las condiciones

generales de los tratamientos para dejar de fumar, se les pidió que firmaran el pertinente consentimiento informado (véase el anexo 1) y se tomaron las medidas sociodemográficas y clínicas que posteriormente se detallarán (véanse los anexos 2 a 9).

Una vez que fueron evaluados, los participantes fueron aleatorizados utilizando una tabla de números aleatorios generada por el programa *Research Randomizer* (<http://www.randomizer.org/>) y, en función del grupo de tratamiento al que fueron asignados, se procedió a citarles bien para una segunda sesión de evaluación, de corte motivacional y de formato también individual como la primera, en el caso de los pacientes que pertenecían a los grupos de TCC/I o de TCC/I+PN, o bien para la primera sesión de tratamiento, en el caso de los pacientes del grupo de TCC/NI+PN, sesión que, como el resto de sesiones de este último tratamiento, era siempre en formato individual.

En los siguientes apartados se describen con más detalle el proceso de evaluación, los instrumentos de medida y los tratamientos que formaron parte de este estudio.

### **5.3.1. Proceso de evaluación**

Una vez que los pacientes fueron citados para la primera sesión de evaluación, común a todos los participantes, se activó el protocolo de evaluación pretratamiento que estaba particularmente diseñado para la operativización de las variables dependientes y de control planteadas en el diseño del estudio.

#### *5.3.1.1. Instrumentos de medida de las variables dependientes*

A continuación se presentan las variables dependientes planteadas en este trabajo y los procedimientos de evaluación aplicados para su operativización:

- 1) *Abstinencia continua autoinformada.* Los pacientes informaron sobre el tiempo que llevaban sin consumir ningún cigarrillo o, en caso contrario, la cantidad y momentos de consumo. Esta variable fue considerada como categórica, contemplándose como abstinentes a aquel paciente que refería no haber consumido ningún cigarrillo desde la última medición. Para operativizar esta variable, en la evaluación pretratamiento, al principio de cada una de las sesiones de tratamiento, en el postratamiento y en cada uno de los seguimientos, los terapeutas preguntaron a los pacientes si habían consumido algún cigarrillo o habían dado alguna calada a un cigarrillo desde la última medición y registraron sus respuestas.
- 2) *Abstinencia continua validada.* Para operativizar la abstinencia continua validada se realizaron *mediciones del monóxido de carbono (CO) en aire espirado* mediante medidores de CO del tipo *EC50 Minismokerlyzer* o del tipo *Micro-smokerlyzer*, ambos de *Bedfont Technical Instruments* (Sittingborne, Kent, UK). Estas mediciones se llevaron a cabo en cada uno de los momentos de medida y al principio de cada sesión de tratamiento, y sus resultados fueron comparados con el autoinforme del paciente sobre si habían consumido algún cigarrillo o habían dado alguna calada a un cigarrillo desde la última medición.
- 3) *Número autoinformado de cigarrillos fumados.* Para operativizar esta variable, en la evaluación pretratamiento, al principio de cada una de las sesiones de tratamiento, en el postratamiento y en cada uno de los seguimientos, los terapeutas preguntaron a los pacientes por el número de cigarrillos que habían consumido diariamente desde la fecha de la última medición y registraron sus respuestas.

### 5.3.1.2. Instrumentos de evaluación de las variables de control

Para la medición de las variables de control, se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación:

- 1) *Entrevista estructurada ad hoc sobre características sociodemográficas y clínicas del paciente y sobre su hábito de fumar.* Esta entrevista se aplicó a todos los pacientes en la evaluación pretratamiento y se creó *ad hoc* para este estudio a partir de otras entrevistas parecidas como, por ejemplo, la utilizada en el estudio de García-Vera (2008). La entrevista pretendía recoger información sobre las características sociodemográficas de los pacientes, su consumo actual de tabaco, su historial de consumo de tabaco, las características de su hábito de fumar, su consumo de alcohol y de otras sustancias, su historia médica y las posibles incompatibilidades médicas con los parches de nicotina (véase el anexo 2). En este estudio la entrevista fue utilizada para medir las siguientes variables: *edad, sexo, estado civil, nivel de estudios completados y número de cigarrillos fumados al día.*
- 2) *Escala de Molestias Físicas.* Este instrumento está diseñado para identificar las molestias físicas asociadas al hábito de fumar que los fumadores pueden mostrar y para medir su frecuencia. La escala, que se recoge en el anexo 3, está compuesta por 27 ítems que recogen distintos síntomas físicos que aparecen agrupados por los sistemas fisiológicos a los que pertenecen: síntomas cardiorrespiratorios (p. ej., tos, flemas, ruidos en el pecho al respirar), síntomas digestivos (p. ej., sequedad de boca, mal aliento, ardor de estómago), síntomas cardiovasculares (p. ej., palpitaciones, dolor u opresión en el pecho tras esfuerzo o por la noche), síntomas neurológicos (p. ej., dolor de cabeza, mareos), síntomas oftalmológicos (p. ej., irritación de ojo al fumar, irritación de ojos en ambiente cargado) y síntomas otorrinolaringológicos (p. ej., afonía, dolor de garganta, obstrucción nasal).

Además, para cada una de esas áreas sintomáticas, la escala incluye un ítem general de “otros” para que el paciente valore cualquier otra molestia que pueda estar experimentando. El instrumento fue creado *ad hoc* por los profesionales médicos y psicólogos del centro *ExMoker: Centro de Terapia para Dejar de Fumar* a partir de una revisión de la literatura científica sobre los problemas físicos más frecuentemente asociados al hábito de fumar (véase García-Vera, 2008, para mayor información sobre dicho centro, ya desaparecido), aunque la versión utilizada en el presente estudio ha sido modificada ligeramente por los profesionales de la Clínica Universitaria de Psicología de la UCM, especialmente respecto a sus instrucciones. En concreto, las instrucciones de la versión utilizada en este estudio solicitan al fumador que valore con qué frecuencia le han afectado o molestado cada uno de esos síntomas durante las dos últimas semanas, incluyendo el día de su cumplimentación, utilizando para ello una escala tipo Likert de 5 puntos, desde 0 (“nunca”) a 4 (“siempre”). La Escala de Molestias Físicas se aplicó en la evaluación pretratamiento, en el postratamiento y en todos los seguimientos.

- 3) *BDI-II-Breve o versión breve del Inventario de Depresión de Beck, segunda edición*, de Beck, Steer y Brown (1996; *Beck Depression Inventory, second edition*, o BDI-II). Este instrumento es una versión breve creada por Sanz, García-Vera, Fortún y Espinosa (2005) a partir de la adaptación española del BDI-II de Sanz y su equipo (Sanz, Navarro y Vázquez, 2003; Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003; Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún y Vázquez, 2005) y está formada por los 11 ítems del BDI-II que muestran mejores propiedades psicométricas en pacientes psicopatológicos españoles y que, además, cubren todos los criterios sintomáticos de los trastornos depresivos según el DSM-IV (Sanz, García-Vera, Fortún y Espinosa, 2005). Como el

BDI-II, todos los ítems de la versión breve tienen 4 afirmaciones alternativas de menor (0) a mayor gravedad (3) para evaluar la presencia y gravedad de síntomas depresivos durante las dos últimas semanas (véase el anexo 4). En los estudios psicométricos de la versión breve del BDI-II, ésta ha demostrado ser un instrumento fiable para medir *sintomatología depresiva* tanto en pacientes psicopatológicos como en población normal, presentando en ambas poblaciones coeficientes *alfa* de fiabilidad por encima del estándar de 0,70 (*alfa* de Cronbach = 0,83 y 0,78 para población psicopatológica y población general, respectivamente; Sanz, García-Vera, Fortún y Espinosa, 2005). El BDI-II Breve se aplicó en el pretratamiento, en el postratamiento y en todos los seguimientos.

- 4) *BAI o Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory)* de Beck Brown, Epstein y Steer (1988), en la adaptación española de Sanz y su equipo (Sanz y Navarro, 2003; Magán, Sanz y García-Vera, 2008; Sanz, García-Vera y Fortún, en prensa). El BAI está compuesto por 21 ítems que evalúan la presencia en la última semana de síntomas de ansiedad, que son valorados por el paciente según el grado en que le afectaron durante ese periodo, utilizando para ellos escalas de tipo Likert que van desde 0 (“Nada en absoluto”) a 3 (“Gravemente, casi no podía soportarlo”) (véase el anexo 6). El BAI es actualmente el instrumento de evaluación de la ansiedad más utilizado en investigación psicológica (Piotrowski y Gallant, 2009), y en su adaptación española presenta buenos datos psicométricos (Sanz y Navarro, 2003; Magán et al., 2008; Sanz et al., en prensa). Por ejemplo, en una muestra de adultos españoles de la población general muestra valores de consistencia interna elevados (*alfa* de Cronbach = 0,93) e índices de validez factorial y discriminante adecuados (Magán et al., 2008). En el presente estudio, el BAI se aplicó en la evaluación pretratamiento, en el

postratamiento y en todos los seguimientos. A pesar de sus buenas propiedades psicométricas, el contenido de los ítems del BAI se centra excesivamente en los síntomas fisiológicos de la ansiedad (Sanz y Navarro, 2003). Así, con el objetivo de completar la evaluación de la ansiedad, sobre todo en lo referente a sus aspectos cognitivos, junto al BAI se administró a los pacientes la HAD-A.

- 5) *HAD-A o subescala de ansiedad de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale o HAD)* de Zigmond y Snaith (1983), en la versión traducida al español por R. P. Snaith, A. Bulbena y G. Berrios y adaptada en población española psiquiátrica por Tejero, Guimerá, Farré y Peri (1986) y en población española médica por Herrero, Blanch, Peri, De Pablo, Pintor y Bulbena (2003). La HAD es un cuestionario breve, de fácil aplicación y ampliamente utilizado para medir la sintomatología depresiva y ansiosa. La subescala de ansiedad de la HAD (HAD-A) consta de 7 ítems diseñados en un principio para su aplicación en el ámbito hospitalario no psiquiátrico y, por tanto, el contenido de sus ítems hace hincapié en aspectos cognitivos de ansiedad y no tanto en síntomas físicos que puedan ser confundidos por el paciente con la sintomatología propia de su enfermedad física. En la HAD-A, la intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa mediante una escala Likert de 4 puntos (rango 0-3), con diferentes formulaciones de respuesta, y, para cada ítem, el paciente deber seleccionar la alternativa de respuesta que mejor refleja su situación durante la última semana (véase el anexo 5). En cuanto a las propiedades psicométricas de la HAD-A, los datos de fiabilidad y validez de la adaptación española en muestras de pacientes médicos y psicopatológicos son adecuados y similares a los obtenidos con la versión original (Herrero et al., 2003; Tejero et al., 1986). Por ejemplo, el coeficiente *alfa* de consistencia

interna de la HAD-A en una muestra de 385 pacientes médicos ambulatorios fue de 0,85 (Herrero et al., 2003). La HAD-A se aplicó en la evaluación pretratamiento, en el postratamiento y en todos los seguimientos.

6) *FTND o Test de Dependencia de la Nicotina de Fagerström (Fagerström Test of Nicotine Dependence*; Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991), en la versión española recogida el anexo 3 de Barrueco Ferrero, Hernández Mezquita y Torrecilla García (2006). Este cuestionario es la versión mejorada del *Cuestionario de Tolerancia de Fagerström* (Fagerström, 1978) y como su predecesor ha sido diseñado y validado para la *medición de la dependencia de la nicotina*. El FTND consta de 6 ítems, con dos o cuatro alternativas de respuesta, en los que se pregunta a los pacientes sobre su patrón de consumo del tabaco (véase el anexo 7). Las puntuaciones del FTND oscilan entre 0 y 10, considerándose que una puntuación igual o mayor de 6 indicaría niveles altos de dependencia (Fagerström et al., 1996). En el estudio original del FTND se obtuvo un índice de fiabilidad de consistencia interna de 0,61, que, aunque por debajo del estándar de 0,70, parece adecuado dado el número tan pequeño de ítems que incluye el instrumento (Heatherton et al., 1991). Además, el FTND presenta buenos índices de validez en cuanto a su relación con medidas bioquímicas de consumo de tabaco (Heatherton et al., 1991). El FTND se aplicó en la evaluación pretratamiento, en el postratamiento y en todos los seguimientos.

7) *Cuestionario de Resistencia de la Urgencia a Fumar* de Baer y Lichtenstein (1988), en la versión española que se recoge en el CD-Rom que acompaña al libro de Caballo (2006). Este instrumento fue utilizado para obtener una medida de *autoeficacia percibida para dejar de fumar* y es una versión reducida de la *Escala de Confianza en Situaciones de Fumar* de Condiotte y

Lichtenstein (1981) que evalúa la eficacia que percibe el fumador de permanecer abstinentemente en las situaciones en las que tiene más probabilidad de fumar. En concreto, los fumadores deben indicar, en ambos instrumentos, su resistencia a la urgencia de fumar en una muestra de situaciones asociadas a la conducta de fumar, las cuales, en la versión reducida de Baer y Lichtenstein (1988), se limitan a 14 situaciones (p. ej., “cuando está nervioso”, “cuando ve a otros fumando”, “cuando ha finalizado una comida o tentempié”) sobre las cuales el sujeto debe valorar su grado de resistencia a no fumar en dichas situaciones desde “ninguna resistencia” a “total resistencia” en una escala de 0 a 100 (a intervalos de 10) o, como en la versión española empleada en este estudio, en una escala de 0 a 10 (véase el anexo 8). Este instrumento se aplicó en la evaluación pretratamiento, en el postratamiento y en todos los seguimientos.

8) *Test de Richmond* (Richmond, 1978). Es un cuestionario destinado a conocer el nivel de motivación de los fumadores para dejar de fumar. El instrumento consta de 4 preguntas (véase el anexo 9), la primera con dos alternativas de respuesta y las restantes con cuatro alternativas, que permiten obtener una puntuación que puede ir de 0 a 12 puntos, considerándose una baja motivación cuando la puntuación es menor de 6, una moderada motivación cuando es de 7 a 9 y una alta motivación cuando es igual o mayor de 10. Se aplicó en la evaluación pretratamiento, en el postratamiento y en todos los seguimientos.

9) *Báscula*. El peso de los pacientes se midió mediante una báscula SECA 704 (seca gmbh & co. kg., Hamburgo, Alemania). La báscula SECA 704 permite la estimación del peso corporal entre 1 y 250 kg, con una precisión de la medida de 50 gramos (g) y una precisión del calibrado que oscila entre

$\pm 50$  g (en pesos de hasta 50 kg),  $\pm 100$  g (en pesos entre 50 y 200 kg) y  $\pm 150$  g (en pesos entre 200 y 250 kg).

10) *Monitor de medida de la presión arterial y de la tasa cardíaca.* Estas dos variables fueron medidas mediante un monitor digital automático OMRON HEM-705 IT (OMRON Matsusaka Co. Ltd., Matsusaka, Japón). Este aparato dispone de inflado y desinflado automático del manguito, y ofrece lecturas digitales de la presión arterial sistólica y diastólica y de la tasa cardíaca, todas ellas obtenidas mediante oscilometría. Diversos estudios han confirmado que este monitor, cuando se compara con el método auscultatorio, cumple los criterios de precisión más exigentes de la Asociación para el Avance de los Instrumentos Médicos de los EE. UU., de la Sociedad Británica de Hipertensión y de la Sociedad Europea de Hipertensión (Coleman, Freeman, Steel y Shennan, 2006; El Assad, Topouchian y Asmar, 2003).

#### 5.3.1.3. *Proceso de evaluación en el pretratamiento*

Antes de comenzar el tratamiento se aplicaron todos los instrumentos de evaluación arriba descritos en una sesión de evaluación individual. La duración de la misma fue de aproximadamente 90 minutos. En primer lugar se aplicó la entrevista estructurada sobre características sociodemográficas y clínicas del paciente y sobre su hábito de fumar. A continuación se realizó la medición de las variables fisiológicas y antropométricas: presión arterial, tasa cardíaca, nivel de CO y peso. Finalmente, se aplicaron todos los instrumentos psicométricos que conformaban el protocolo de evaluación y que se mencionaron antes: el BDI-II Breve, el BAI, la HAD-A, la Escala de Molestias Físicas, el cuestionario de autoeficacia (Cuestionario de Resistencia de la Urgencia a Fumar), el Test de Dependencia a la Nicotina de Fagerström y el Test de Richmond. En la tabla 5.2 se

presenta un resumen de los instrumentos aplicados tanto en la evaluación pretratamiento como en los otros momentos de medida.

#### *5.3.1.4. Proceso de evaluación durante el tratamiento*

En todas las sesiones de tratamiento se midió el nivel de CO del paciente y se preguntó acerca de si se mantenía abstinentemente desde el último contacto y el número de cigarrillos consumidos desde el mismo. El protocolo de evaluación durante el tratamiento se corresponde directamente con la medición de cada una de las variables dependientes del presente estudio (véase la tabla 5.2).

#### *5.3.1.5. Proceso de evaluación en el postratamiento y en los seguimientos*

Al finalizar el tratamiento se administraron las mismas pruebas de evaluación que en el pretratamiento, a excepción de la entrevista estructurada. No obstante, aquellos parámetros físicos susceptibles de variación fueron igualmente medidos (peso, presión arterial y tasa cardíaca). Las variables dependientes fueron igualmente medidas (nivel de CO, informe de abstinencia desde el último contacto terapéutico y número de cigarrillos) y así mismo fueron aplicados todos los cuestionarios que conformaban el protocolo de evaluación pretratamiento: BDI-II Breve, BAI, HAD-A, Test de Fagerström, Test de Richmond, Escala de Molestias Físicas y cuestionario de autoeficacia (véase la tabla 5.2).

En los seguimientos (a los 3 y 6 meses y al año desde que los pacientes habían dejado de fumar) se administró el mismo protocolo de evaluación que en el postratamiento. Generalmente, era el mismo terapeuta que condujo el tratamiento el encargado de realizar los seguimientos y aplicar el protocolo de evaluación, salvo que el terapeuta no estuviera disponible en el momento del seguimiento. No obstante, en ocasiones los pacientes no acudían a los seguimientos. En estos casos, se procedió a realizar seguimientos telefónicos en los que se aplicaba todo

el protocolo de evaluación salvo las medidas de CO, del peso, de la presión arterial y de la tasa cardíaca que, obviamente, no era posible aplicar por teléfono (véase la tabla 5.2).

Tabla 5.2. Resumen del proceso de evaluación

	<i>Evaluación pretratamiento</i>	<i>En cada sesión</i>	<i>Postratamiento</i>	<i>Seguimientos</i>
<i>Entrevista estructurada</i>	Sí	No	No	No
<i>Nº de cigarrillos</i>	Sí	Sí	Sí	Sí
<i>Medida de CO</i>	Sí	Sí	Sí	Sí
<i>Abstinencia continua</i>	Sí	Sí	Sí	Sí
<i>Presión arterial</i>	Sí	No	Sí	Sí
<i>Tasa cardíaca</i>	Sí	No	Sí	Sí
<i>Peso</i>	Sí	No	Sí	Sí
<i>Depresión (BDI-II Breve)</i>	Sí	No	Sí	Sí
<i>Ansiedad (BAI)</i>	Sí	No	Sí	Sí
<i>Ansiedad (HAD-A)</i>	Sí	No	Sí	Sí
<i>Escala de Molestias Físicas</i>	Sí	No	Sí	Sí
<i>Autoeficacia para dejar de fumar (Cuestionario de Resistencia de la Urgencia a Fumar)</i>	Sí	No	Sí	Sí
<i>Test de Dependencia a la Nicotina de Fagerström</i>	Sí	No	Sí	Sí
<i>Test de Richmond de motivación para dejar de fumar</i>	Sí	No	Sí	Sí

### **5.3.2. El proceso de tratamiento**

Los tratamientos que conformaron este estudio se corresponden con cada uno de los niveles de la variable independiente, es decir, tratamiento cognitivo conductual intensivo (TCC/I), tratamiento combinado de tratamiento cognitivo conductual no intensivo y parches de nicotina (TCC/NI+PN) y tratamiento combinado de tratamiento cognitivo conductual intensivo y parches de nicotina (TCC/I+PN). Dado el carácter experimental de la investigación, todos los tratamientos fueron manualizados y estandarizados con el fin de garantizar la mayor homogeneidad posible en su aplicación así como la mayor fidelidad a los componentes esenciales de los mismos.

A continuación, se presenta esquemáticamente los principales elementos de cada uno de los tratamientos. Tanto el TCC/I como el TCC/I+PN fueron tratamientos multicomponentes, con las características propias de tales tratamientos, y que diferían únicamente en la técnica utilizada en la fase de abandono (reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán en el TCC/I y parches de nicotina en el TCC/I+PN). Por otra parte, el TCC/NI+PN se basó en la administración de parches de nicotina acompañados de un tratamiento cognitivo conductual no intensivo. El formato de esta última combinación terapéutica fue individual, intentando simular lo máximo posible las condiciones de aplicación de los tratamientos cognitivo conductuales.

El TCC/I y el TCC/I+PN se aplicaron en formato grupal, siguiendo las recomendaciones de diferentes guías y metaanálisis que recomiendan este formato de aplicación (Stead y Lancaster, 2006; Sánchez-Meca, 1998; AETS, 2003; NICE, 2006a, 2006b). Los grupos oscilaron entre 3 y 12 participantes en función de la demanda asistencial existente en la Clínica Universitaria de Psicología en cada momento. No obstante, como se indicó con anterioridad, en ambos programas la

primera sesión de tratamiento fue en formato individual y tenía un marcado matiz motivacional.

A continuación se presentan de manera detallada las características de cada uno de los tratamientos.

#### *5.3.2.1. Tratamiento cognitivo-conductual intensivo (TCC/I)*

Como se comentó con anterioridad, el TCC/I fue un tratamiento multicomponente. Constaba de una fase de preparación (sesión 2 del programa y 1ª de tratamiento), en la que se hacía énfasis en todos los aspectos motivacionales, y una fase de abandono, en la que se utilizó la técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán o REGINA (Becoña y Vázquez, 1998), ya que, más allá de las técnicas aversivas, ha mostrado buenos índices de eficacia, sobre todo en el contexto de un tratamiento multicomponente (Becoña, 1987b; Becoña y Gómez-Durán, 1992b; Becoña y Gómez-Durán, 1993; Becoña y García, 1993; García y Becoña, 2000). En la última fase, de mantenimiento, se utilizaron aquellas técnicas cognitivo-conductuales que han demostrado su eficacia y utilidad clínica para lograr una correcta prevención de recaídas (Lancaster y Stead, 2003a; Stead y Lancaster, 2003; Chambless et al., 1998; Chambless y Ollendick, 2001; Sánchez-Meca et al., 1998). Ya que estas técnicas son equivalentes en el TCC/I y en el TCC/I+PN, se presentarán en el apartado *Sesiones comunes de TCC/I y TCC/I+PN*. La duración de las sesiones del TCC/I fue de 90 minutos aproximadamente, con una frecuencia semanal. En la tabla 5.3 se presenta la pauta de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán utilizada en el tratamiento cognitivo-conductual intensivo (TCC/I).

Tabla 5.3. Pauta de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán del grupo TCC/I (Becoña y Vázquez, 1998)

<b>Nº de sesión de tratamiento</b>	<b>Fase de reducción gradual</b>	<b>Pautas específicas</b>
Sesión 2 de tratamiento	Fase I de reducción gradual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambio de marca de cigarrillo (1/3 menos de nicotina)</li> <li>- Fumar 1/3 menos de cigarrillo</li> </ul>
Sesión 3 de tratamiento	Fase II de reducción gradual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fumar un 30% de cigarrillos menos respecto línea base</li> <li>- Retrasar el primer cigarrillo del día por lo menos 15 minutos</li> <li>- Elegir tres situaciones en las que no va a fumar</li> </ul>
Sesión 4 de tratamiento	Fase III de reducción gradual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fumar un 60% de cigarrillos menos respecto a la línea base</li> <li>- Retrasar el primer cigarrillo al menos 30 minutos</li> <li>- Retrasar el primer cigarrillo de después de comer, café y cenar al menos 15 minutos</li> <li>- Elegir otras tres situaciones en las que no fumará</li> </ul>
Sesión 5 de tratamiento	Fase IV de reducción gradual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducir el número de cigarrillos hasta no fumar nada al finalizar la semana</li> <li>- Retrasar el cigarrillo de después de levantarse al menos en 45 minutos</li> <li>- No fumar al menos después de 30 minutos después de comer, el café y la cena</li> </ul>

*5.3.2.2. Tratamiento cognitivo-conductual no intensivo en combinación con terapia de parches de nicotina (TCC/NI+PN)*

Como se comentó en el apartado de eficacia de los tratamientos para dejar de fumar, los parches de nicotina (PN) son un tratamiento útil para dejar de fumar. La dosificación y duración de estos tratamientos es diversa, aunque en diferentes guías se sugiere que no es pertinente el uso prolongado de los parches más allá de 8 semanas, ya que su prolongación no incrementa su eficacia. Además, estas guías recomiendan el uso de parches de liberación de 16 horas en vez de parches de 24 horas, ya que los primeros presentan menos problemas o efectos secundarios derivados de su uso. En consonancia, la dosificación elegida fue la que recomiendan las principales guías y que ha demostrado su eficacia para aquellos pacientes con niveles de dependencia medio-altos (U.S.D.H.H.S., 1996, 2000, 2008), de tal manera que se utilizaron parches de liberación de 16 horas de 15 mg, de 10 mg y de 5 mg, con una pauta de reducción gradual en su administración durante 10 semanas. Los parches utilizados fueron de la marca Nicorette®.

Con frecuencia los estudios plantean que la terapia de PN debe de ir acompañada de algún tipo de apoyo conductual (AETS, 2003; NICE, 2006b; U.S.D.H.H.S., 2008). Por ello, se consideró incluir en cada sesión contenidos y pautas específicas de manejo del deseo de fumar, de cara a optimizar el mantenimiento del abandono. Se emplearon procedimientos propios de la terapia cognitiva-conductual como la psicoeducación, el control estimular, la planificación de situaciones de riesgo y la identificación y manejo de pensamientos y expectativas que podrían provocar recaídas. Estos procedimientos se utilizaron de manera sistematizada y secuenciada, en no más de 20 minutos por sesión. La frecuencia de estas sesiones fue coincidente con el cambio en la dosis de los parches de nicotina. La inclusión de estos contenidos implica considerar la intervención coadyuvante a los parches de nicotina como un tratamiento cognitivo-

conductual de baja intensidad o no intensivo (TCC/NI). Además, estas sesiones servían para comprobar el correcto seguimiento por parte de los pacientes del procedimiento de aplicación de los parches de nicotina (véase la tabla 5.4).

Tabla 5.4. Pauta de administración de los parches de nicotina en el TCC/NI+PN y el TCC/I+PN y contenido de las sesiones del TCC/NI+PN

<b><i>Nº de sesión de tratamiento/Semana</i></b>	<b><i>Número de parches x Tipo de parche</i></b>	<b><i>Contenido informativo</i></b>
Sesión 1 de tratamiento/Semana 1	No hay	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medición de CO, nº de cigarrillos, tiempo que lleva sin fumar</li> <li>- Ventajas de dejar de fumar</li> <li>- Riesgos de seguir fumando</li> </ul>
Sesión 2 de tratamiento/semana 2	14 parches x 15 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medición de CO, nº de cigarrillos, tiempo que lleva sin fumar</li> <li>- Explicación de dependencia física y psicológica</li> <li>- Información acerca del uso de los parches</li> <li>- Información acerca del control estimular</li> </ul>
Sesión 3 de tratamiento/semana 4	14 parches x 15 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medición de CO, nº de cigarrillos, tiempo que lleva sin fumar</li> <li>- Revisión de uso de los parches</li> <li>- Revisión de problemas</li> <li>- Revisión de los primeros días sin fumar</li> </ul>

<b>Nº de sesión de tratamiento/Semana</b>	<b>Número de parches x Tipo de parche</b>	<b>Contenido informativo</b>
Sesión 4 de tratamiento/semana 6	14 parches x 10 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medición de CO, nº de cigarrillos, tiempo que lleva sin fumar</li> <li>- Medición de peso</li> <li>- Información acerca de dietas equilibradas</li> </ul>
Sesión 5 de tratamiento/semana 8	14 parches x 5 mg	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medición de CO, nº de cigarrillos, tiempo que lleva sin fumar</li> <li>- Revisión de dudas</li> <li>- Información acerca de las “excusas para volver a fumar”</li> </ul>
Sesión 6 de tratamiento/semana 10	No hay	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medición de CO, nº de cigarrillos, tiempo que lleva sin fumar</li> <li>- Conocer diferencia entre caída y recaída</li> <li>- Evaluación postratamiento</li> </ul>

### 5.3.2.3. Tratamiento cognitivo conductual intensivo en combinación con parches de nicotina (TCC/I+PN)

Al igual que el TCC/I, el tratamiento combinado intensivo (TCC/I+PN) fue un tratamiento multicomponente. Así, contaba con una sesión motivacional que se correspondería con la fase de preparación característica en este tipo de tratamiento. Para la fase de abandono, se utilizó la terapia de parches de nicotina (PN), en la misma dosificación que en el grupo de tratamiento de TCC/NI+PN, aunque la frecuencia de reparto de los parches nicotina fue mayor ya que el tiempo intersesiones es menor. Al igual que en el TCC/I, el formato de aplicación del

tratamiento combinado intensivo (TCC/I+PN) fue en grupo, como se recomienda en las diferentes guías y estudios. La duración de las sesiones, semanales, fue de 90 minutos, aproximadamente.

Una particularidad que añadía este tratamiento respecto a los anteriores era que incorporaba una sesión de tratamiento grupal a las 48 horas de administrar los primeros parches de nicotina como revisión de su correcta aplicación y de las posibles dificultades que pudieran aparecer tras las primeras horas sin fumar. Además se registró el número de cigarrillos consumidos por los participantes desde la anterior sesión y se reforzaron las técnicas aprendidas en la anterior sesión (respiración diafragmática y asertividad) y se resolvieron dudas acerca de su implantación (véase la tabla 5.5).

Tabla 5.5. Contenido de la sesión de revisión a las 48 horas desde que los pacientes habían dejado de fumar del TCC/I+PN

Objetivos	Contenidos y Técnicas
- Dar información y clarificar dudas a cerca del uso de los parches	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medición de CO y retroalimentación</li> <li>• Revisión de tareas</li> <li>• Revisión acerca del uso de los parches de nicotina</li> </ul>
- Entrenar a los pacientes en habilidades conductuales de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforzar respiración diafragmática</li> <li>• Reforzar uso de asertividad para el rechazo de ofrecimientos</li> </ul>
- Clarificación de dudas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TAREA PARA CASA: Autorregistro de situaciones conflictivas y uso de asertividad</li> </ul>

*Nota.* Duración aproximada de la sesión: 90 minutos. Formato de la sesión: grupal.

5.3.2.4. Aspectos comunes al TCC/I y al TCC/I+PN

Dado el carácter multicomponente de ambos tratamientos, éstos incorporaban una fase de preparación, dirigida a los aspectos motivacionales, otra de abandono (reducción gradual para TCC/I y parches de nicotina para TCC/I+PN) y una última fase de mantenimiento, en la que se proporcionaba a los pacientes entrenamiento en habilidades básicas de manejo de la abstinencia para así lograr el mantenimiento de los logros (véanse las tablas de la 5.7 a la 5.15).

En ambos tratamientos, TCC/I y TCC/I+PN, la primera sesión, de carácter motivacional, se realizó en formato individual. En esta sesión se pretendía reforzar el compromiso de los participantes a través de un análisis sistematizado de las ventajas e inconvenientes de continuar fumando y de dejar de fumar, se abordaban posibles miedos o temores, y se les pedía a los pacientes que redactasen, como tarea para casa, una “carta de compromiso”, escrita a sí mismos, en la que se comprometían de nuevo a dejar de fumar (véase la tabla 5.6).

Tabla 5.6. Sesión motivacional del TCC/I y del TCC/I+PN

Objetivos	Contenidos y Técnicas
- Proporcionar información acerca del tratamiento	• Medición de CO y retroalimentación
- Obtener el compromiso del paciente	• Presentación de terapeutas
- Balance decisional	• Balance decisional acerca de ventajas y desventajas de dejar de fumar y seguir fumando
- Conocer de manera pormenorizada el hábito de consumo	• Clarificación de miedos
- Conocer miedos asociados al abandono del tabaco	• Redacción de una carta de compromiso
- Clarificación de dudas	• TAREA PARA CASA: autorregistro de consumo de cigarrillos

*Nota.* Duración aproximada de la sesión: 90 minutos. Formato: individual.

Como se puede observar en la tabla 5.7, la segunda sesión de tratamiento (primera en formato grupal) se inició con la presentación de los terapeutas y una dinámica de presentación de cada uno de los participantes. Se instó a cada uno de ellos a que expusiera alguna de las razones que les había llevado a tomar la decisión de dejar de fumar. En un segundo momento, se tomaron medidas de CO y se proporcionó retroalimentación acerca de su nivel de CO.

A continuación, se entrenó al grupo en respiración diafragmática. Los terapeutas, mediante modelado, ejemplificaron la práctica de respiración siguiendo los pasos del protocolo de Labrador, de la Puente y Crespo (1993).

Se entregó a los pacientes autorregistros en los que debían apuntar cada cigarrillo que fumaban. Además, se les proporcionó un autorregistro de respiración en el que los pacientes debían de apuntar los progresos obtenidos en la práctica de la respiración y otras observaciones al respecto.

Tabla 5.7. Segunda sesión del TCC/I y del TCC/I+PN: 1ª semana de tratamiento grupal

Objetivos	Contenidos y Técnicas
- Establecimiento de compromiso con los objetivos del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medición de CO y recogida de datos sobre el número de cigarrillos fumados</li> </ul>
- Dar control a los pacientes sobre el abandono	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de terapeutas y participantes</li> <li>• Información acerca del concepto de dependencia</li> </ul>
- Clarificación de dudas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento en respiración diafragmática</li> <li>• TAREA PARA CASA: autorregistro de consumo de cigarrillos</li> </ul>

*Nota.* Duración aproximada de la sesión: 90 minutos.

La tercera sesión (segunda sesión grupal) se inició con el repaso de la sesión anterior. Además, se procedió a medir el CO y el número de cigarrillos consumidos por cada paciente y se abordaron las dudas acerca de la puesta en práctica de la respiración. El contenido de la segunda sesión se centró principalmente en preparar a los participantes para el abandono del tabaco. Esta sesión recibió el título de *Día de la independencia*. Al finalizar esta sesión, los pacientes no debían ya fumar. Se les entrenó en el uso de la asertividad como mecanismo de afrontamiento de situaciones conflictivas y de rechazo de ofrecimientos de tabaco para fumar. Como tarea para casa, se les pidió que completaran un autorregistro de situaciones conflictivas y del uso de la asertividad (véase la tabla 5.8).

Tabla 5.8. Tercera sesión del TCC/I y del TCC/I+PN: 2ª semana de tratamiento grupal

Objetivos	Contenidos y Técnicas
- Entrenar a los pacientes en habilidades conductuales de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medición de CO y retroalimentación. Recogida de datos acerca del número de cigarrillos fumados</li> <li>• Revisión de tareas</li> <li>• Reforzar la respiración diafragmática</li> </ul>
- Clarificación de dudas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento en asertividad para el rechazo de ofrecimientos</li> <li>• TAREA PARA CASA: Autorregistro de situaciones conflictivas y uso de asertividad</li> </ul>

*Nota.* Duración aproximada de la sesión: 90 minutos.

La cuarta sesión de tratamiento, en la tercera semana de abordaje grupal, se inició, al igual que las anteriores, con el repaso de la sesión anterior, la medición

de CO, el registro de cigarrillos fumados desde la última sesión y la resolución de dudas acerca de la puesta en práctica de lo aprendido hasta el momento. En esta sesión se introdujeron consignas específicas de control de situaciones de riesgo y una planificación activa de actividades incompatibles con el consumo de tabaco. Como tarea para casa se entregó a los pacientes un autorregistro de situaciones conflictivas y se les pidió que identificaran conductas preventivas ante situaciones de riesgo (véase la tabla 5.9).

Tabla 5.9. Cuarta sesión del TCC/I y del TCC/I+PN: 3<sup>a</sup> semana de tratamiento grupal

Objetivos	Contenidos y Técnicas
- Entrenar a los pacientes en habilidades conductuales de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medición de CO y retroalimentación. Recogida de datos acerca del número de cigarrillos fumados</li> <li>• Revisión de tareas</li> <li>• Entrenamiento en control estimular</li> </ul>
- Clarificación de dudas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación de actividades alternativas al consumo</li> <li>• TAREA PARA CASA: Autorregistro de situaciones conflictivas y uso de asertividad</li> </ul>

*Nota.* Duración aproximada de la sesión: 90 minutos

Tras realizar los repasos y mediciones propias del inicio de la sesión, en la quinta sesión de tratamiento, cuarta semana de abordaje grupal, los terapeutas se centraron en presentar al grupo el concepto de pensamiento automático y su influencia en el deseo de fumar. Se entrenó a los participantes en el uso de la parada de pensamiento, de autoinstrucciones y de técnicas de distracción con el fin de que contasen con recursos para el manejo de los pensamientos automáticos. Como tarea para casa, se les proporcionó un autorregistro de situaciones

conflictivas y tareas específicas para el manejo de los pensamientos automáticos (véase la tabla 5.10).

Tabla 5.10. Quinta sesión del TCC/I y del TCC/I+PN: 4ª semana de tratamiento grupal

Objetivos	Contenidos y Técnicas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenar a los pacientes en habilidades conductuales y cognitivas de afrontamiento</li> <li>- Clarificación de dudas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medición de CO y retroalimentación. Recogida de datos acerca del número de cigarrillos fumados</li> <li>• Instrucción acerca de la importancia de los pensamientos automáticos en el mantenimiento de la abstinencia</li> <li>• Entrenamiento en manejo de pensamientos: autoinstrucciones, parada de pensamiento y técnicas de distracción</li> <li>• Revisión de tareas</li> <li>• TAREA PARA CASA: Autorregistro de situaciones conflictivas y uso de asertividad</li> </ul>

*Nota.* Duración aproximada de la sesión: 90 minutos

La sexta sesión de tratamiento, quinta semana grupal, se inició con el repaso de la sesión anterior, la medición de CO y el registro de cigarrillos consumidos desde la última medida. El contenido de la sexta sesión se centró principalmente en explicar a los pacientes un tipo de pensamientos llamado “excusas”, los cuales, cuando el deseo es alto, pueden llevar a una recaída. Además, se proporcionó una guía para el manejo de tales pensamientos. Como tarea para casa se les proporcionó un autorregistro de situaciones conflictivas y tareas estructuradas para el manejo de pensamientos (véase la tabla 5.11).

Tabla 5.11. Sexta sesión del TCC/I y del TCC/I+PN: 5ª semana de tratamiento grupal

Objetivos	Contenidos y Técnicas
- Entrenar a los pacientes en habilidades cognitivas de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medición de CO y retroalimentación. Recogida de datos acerca del número de cigarrillos fumados</li> <li>• Revisión de tareas</li> <li>• Introducción al concepto de “excusa” y sesgo sistemático que precipita la recaída</li> <li>• TAREA PARA CASA: Autorregistro de situaciones conflictivas y pensamientos</li> </ul>

*Nota.* Duración aproximada de la sesión: 90 minutos.

La siguiente sesión, en la sexta semana de tratamiento grupal, tras realizar las mediciones y comprobaciones rutinarias, se expuso a los participantes el concepto de problema y se le enseñó como hacer una correcta operativización de los problemas con el fin de que sirviera de guía útil en la toma de decisiones en momentos especialmente conflictivos. El objetivo principal era que esta técnica se convirtiese en un regulador eficaz de la gestión de las técnicas aprendidas hasta el momento. Como tarea para casa, se proporcionó a los pacientes un autorregistro de situaciones conflictivas y tareas estructuradas para la puesta en práctica de la técnica de solución de problemas (véase la tabla 5.12).

Tabla 5.12. Séptima sesión del TCC/I y del TCC/I+PN: 6ª semana de tratamiento grupal

Objetivos	Contenidos y Técnicas
- Entrenar a los pacientes en habilidades cognitivas y conductuales de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medición de CO y retroalimentación. Recogida de datos acerca del número de cigarrillos fumados</li> <li>• Revisión de tareas</li> <li>• La técnica de las “4 preguntas”</li> </ul>
- Entrenar a los pacientes en la discusión cognitiva de “las excusas”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación del concepto de problema y uso de la técnica de “solución de problemas”</li> </ul>
- Prevención de recaídas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TAREA PARA CASA: Autorregistro de situaciones conflictivas y pensamientos</li> </ul>

*Nota.* Duración aproximada de la sesión: 90 minutos.

El contenido de la octava sesión de tratamiento se centró principalmente en la aplicación de la técnica de exposición, es decir, en exponer a los pacientes, en un formato estructurado, a estímulos especialmente condicionados. La tarea en sí se denominó como “cita con el deseo”. En esta sesión se efectuó la exposición a los dos primeros ítems de una jerarquía previamente diseñada. Para ello, se proporcionó a los pacientes un paquete de tabaco, mechero y cenicero. Por otra parte, se administraron fichas psicoeducativas de ganancia de peso, irritabilidad y problemas del estado de ánimo. Como tarea para casa, se proporcionó a los pacientes un autorregistro de exposición a los dos primeros ítems de la jerarquía y se les instó a que confeccionaran una jerarquía personal con aquellas situaciones que pudieran resultar de afrontamiento dificultoso a nivel particular (véase la tabla 5.13).

Tabla 5.13. Octava sesión del TCC/I y del TCC/I+PN: 7ª semana de tratamiento grupal

Objetivos	Contenidos y Técnicas
- Entrenar a los pacientes en habilidades cognitivas y conductuales de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medición de CO y retroalimentación.</li> <li>Recogida de datos acerca del número de cigarrillos fumados</li> </ul>
- Desensibilizar el deseo condicionado a determinados estímulos y situaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tareas</li> <li>• “La curva del deseo”</li> <li>• Presentación de la exposición al deseo: “Cita con el deseo”</li> <li>• Exposición a los ítems 1 y 2 de la jerarquía de exposición</li> </ul>
- Dar información acerca de la ganancia del peso, la irritabilidad y el estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporción de información acerca de la ganancia del peso, irritabilidad y estado de ánimo.</li> <li>• TAREA PARA CASA:</li> </ul>
- Prevención de recaída	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Autorregistro de situaciones conflictivas y pensamientos</li> <li>○ Construcción de una jerarquía personal de 4 ítems</li> </ul>

*Nota.* Duración aproximada de la sesión: 90 minutos

La novena sesión de tratamiento se inició con el repaso de la sesión anterior, la medición de CO y el registro de cigarrillos fumados desde la anterior sesión. El contenido de la novena sesión se basó en la exposición a los ítems 3 y 4 de la jerarquía común. Además se realizó una revisión de la jerarquía personal que cada paciente tenía que haber hecho en el periodo intersemanal. Como tarea para casa, se proporcionó a los pacientes un autorregistro de situaciones conflictivas y se les pidió que se expusiesen a los ítems 3 y 4 de la jerarquía común y a los ítems situacionales de la jerarquía personal (véase la tabla 5.14).

Tabla 5.14. Novena sesión del TCC/I y del TCC/I+PN: 8ª semana de tratamiento grupal

Objetivos	Contenidos y Técnicas
- Entrenar a los pacientes en habilidades cognitivas y conductuales de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medición de CO y retroalimentación. Recogida de datos acerca del número de cigarrillos fumados</li> </ul>
- Desensibilizar hacia el deseo condicionado a determinados estímulos y situaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tareas</li> <li>• Exposición a los ítem 3 y 4 de la jerarquía común</li> <li>• Revisión de la jerarquía personal que ha confeccionado cada paciente</li> </ul>
- Prevención de recaídas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TAREA PARA CASA: Autorregistro de situaciones conflictivas y pensamientos                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Exposición a los ítems 3 y 4 de la jerarquía conjunta</li> <li>○ Exposición a los ítems de la jerarquía personal</li> </ul> </li> </ul>

*Nota.* Duración aproximada de la sesión: 90 minutos

El propósito principal de la última sesión de tratamiento fue el repaso de todo lo aprendido hasta el momento y la clarificación de dudas. Puesto que era la última sesión de tratamiento, se procedió a realizar también la evaluación postratamiento. Además, se clarificaron las principales diferencias entre caída y recaída y las posibles situaciones de riesgo susceptibles de contribuir a una recaída (véase la tabla 5.15).

Tabla 5.15. Décima sesión del TCC/I y del TCC/I+PN: 9ª semana de tratamiento grupal

Objetivos	Contenidos y Técnicas
- Entrenar a los pacientes en habilidades cognitivas y conductuales de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medición de CO y retroalimentación. Recogida de datos acerca del número de cigarrillos fumados</li> </ul>
- Desensibilizar hacia el deseo condicionado a determinados estímulos y situaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tareas</li> <li>• Revisión de la exposición a la jerarquía personal que lleva a cabo cada paciente</li> <li>• Diferencia entre caída y recaída</li> <li>• Planificación del seguimiento</li> <li>• Evaluación postratamiento</li> </ul>
- Prevención de recaídas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TAREA PARA CASA: Autorregistro de situaciones conflictivas y pensamientos                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aplicar lo aprendido hasta el momento</li> </ul> </li> </ul>

*Nota.* Duración aproximada de la sesión: 90 minutos.

#### 5.4. Terapeutas

Para el TCC/I y el TCC/I+PN participaron 2 terapeutas por cada grupo de tratamiento. Sin embargo, dado el carácter individual del TCC/NI+PN, un único terapeuta fue el encargado de aplicar este tratamiento.

Todos los terapeutas fueron psicólogos becarios residentes de la Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, con formación de postgrado en psicología clínica y de la salud, y como mínimo con 2 años de experiencia clínica. Todos ellos, además, fueron especialmente entrenados en los propósitos de los tratamientos y en los pasos a seguir para la correcta aplicación de los mismos. De hecho, cada uno de los terapeutas contó con un manual que, de manera estructurada, explicitaba los pasos a seguir y qué fichas de actividades debían proporcionar a los pacientes en cada una de las sesiones, de

forma que se pudiera homogenizar la puesta en marcha de los tratamientos así como incrementar la fidelidad a sus componentes principales.

### 5.5. Análisis estadísticos

Todas las variables consideradas y medidas en este estudio fueron codificadas y analizadas con los programas de tratamiento estadístico SPSS 15.0 y SPSS 19.0.

En un primer momento se procedió a analizar la existencia de diferencias significativas entre las personas que iniciaron el tratamiento y las que no en sus características sociodemográficas y clínicas. Para ello, se realizaron pruebas  $\chi^2$  para las variables no continuas (sexo, estado civil y nivel de estudios) y pruebas  $t$  de medidas independientes para las variables continuas: edad de los pacientes, número de cigarrillos que fumaban, nivel de monóxido de carbono, dependencia de la nicotina medida por el Test de Fagerström, sintomatología ansiosa medida por el BAI y la HAD-A, motivación para dejar de fumar evaluada por el Test de Richmond, molestias físicas derivadas del tabaco medidas por la Escala de Molestias Físicas, nivel de autoeficacia medido por el Cuestionario de Resistencia de la Urgencia a Fumar de Baer y Lichtenstein, sintomatología depresiva operativizada a través del BDI-II Breve, peso, presión arterial sistólica y diastólica, y tasa cardíaca. En esos análisis y en todos los análisis estadísticos que se efectuaron en la presente tesis doctoral se adoptó un nivel *alfa* de probabilidad de cometer errores de Tipo I de 0,05.

Cuando un paciente inició el tratamiento pero luego dejó de acudir al mismo, se codificó en la base de datos como abandono y fue considerado como fracaso terapéutico. El criterio seguido para considerar que un paciente había abandonado el tratamiento fue no acudir a más de dos sesiones seguidas. Los mismos tipos de análisis mencionados anteriormente se llevaron a cabo para conocer si existían

diferencias en sus características sociodemográficas y clínicas en función de si los pacientes habían abandonado o no el tratamiento. Además, se realizaron pruebas de  $\chi^2$  para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las tasas de abandono en función del grupo de tratamiento y del momento del mismo.

Con el fin de conocer las tasas de abstinencia del tabaco en cada uno de los grupos de tratamiento se hicieron dos tipos de análisis:

1) *Por intención de tratar (intent to treat)*. En este tipo de análisis se tuvieron en cuenta todos los pacientes que comenzaron el tratamiento, independientemente de si se disponía o no de datos sobre su consumo de tabaco en cada uno de los momentos de medida. Este es un criterio conservador para valorar la eficacia que implicaba que fueran considerados como no abstinentes en un momento de medida dado aquellos casos sobre los que no se tenía información acerca de su consumo de tabaco en ese momento. Además, si el paciente dejaba de acudir al tratamiento y, por lo tanto, abandonaba el mismo y era imposible obtener información sobre su consumo de tabaco, se codificaba automáticamente como no abstinentes.

2) *Sin datos perdidos*. En estos análisis se incluyeron únicamente los casos sobre los que se contaba con información sobre su consumo de tabaco en cada uno de los momentos de medida y, por consiguiente, eran codificados como abstinentes o no según esos datos. Los pacientes sobre los que no se tenía información acerca de su consumo de tabaco fueron considerados como valores perdidos y, por consiguiente, fueron excluidos de los análisis.

Estos dos criterios fueron aplicados, a su vez, a dos tipos de muestras diferentes: (1) a todos los pacientes que comenzaron el tratamiento, independientemente de si habían abandonado o no el mismo, y (2) únicamente a aquellos casos que completaron el tratamiento y, por lo tanto, no lo habían abandonado.

Los análisis arriba mencionados fueron realizados tanto sobre las tasas de abstinencia continua autoinformada por el paciente como sobre las tasas de abstinencia continua validada por CO. En el primer caso, se consideró como abstinentes a aquel paciente que informaba no haber fumado ningún cigarrillo desde el último momento de medida. En el caso de la abstinencia validada por CO, se consideró como abstinentes a aquel paciente que informaba mantenerse abstinentes desde el último momento de medida y presentaba, además, un nivel de CO < 8 ppm. Al analizar la abstinencia continua validada según el análisis sin datos perdidos, los pacientes que informaron permanecer abstinentes, pero de los cuales no se contaba con datos de CO, fueron automáticamente excluidos del análisis. Sin embargo, al analizar estos casos según intención de tratar, dichos pacientes fueron incluidos en los análisis tras ser codificados como no abstinentes. En ambos tipos de análisis (por intención de tratar y sin datos perdidos), los pacientes que informaron permanecer abstinentes, pero presentaban una medida de CO  $\geq$  8 ppm, fueron finalmente considerados como no abstinentes.

Para comprobar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento en relación con las tasas de abstinencia continua autoinformadas, se realizaron pruebas de  $\chi^2$  para cada uno de los momentos de medida. Tomando como criterio de abstinencia validada el nivel de monóxido de carbono (CO < 8 ppm), se llevaron a cabo igualmente pruebas de  $\chi^2$  considerando como factor intersujeto el grupo de tratamiento y como variable dependiente la abstinencia continua validada. Para ambos tipos de medida de abstinencia continua (autoinformada y validada), si en las pruebas de  $\chi^2$  se detectaron diferencias estadísticamente significativas, se realizaron posteriormente pruebas z para la comparación de pares de grupos para conocer entre qué grupos de tratamiento existían tales diferencias.

Por último, con el fin de conocer si los tratamientos habían conseguido en cada momento de medida reducciones estadísticamente significativas en el consumo de cigarrillo entre los pacientes que no habían dejado de fumar, se llevaron a cabo ANOVAs 2 (momento de medida) x 3 (grupo de tratamiento). En estos ANOVAs el primer factor era de medidas repetidas o intrasujeto (consumo de cigarrillos en el pretratamiento frente a los consumidos en el postratamiento o en los seguimientos), y la existencia de diferencias entre los grupos de tratamiento en cuanto a la eficacia para reducir el consumo de tabaco venía reflejada por la presencia de efectos estadísticamente significativos de la interacción entre ambos factores (momento de medida x grupo de tratamiento).

Antes de realizar los análisis estadísticos mencionados sobre las diferencias entre grupos en las tasas de abstinencia del tabaco y en la reducción del número de cigarrillos fumados, se realizaron otros análisis para conocer si existían diferencias significativas entre los tres grupos de tratamiento respecto a sus características sociodemográficas y clínicas. En concreto, se realizaron pruebas de  $\chi^2$  para las variables no continuas (sexo, estado civil y nivel de estudios) y análisis de varianza (ANOVAs) de medidas independientes para las variables sociodemográficas y clínicas continuas, considerando en ambos casos como factor intersujeto el grupo o tipo de tratamiento. Como paso previo a los ANOVAs, se efectuaron pruebas de Levene para la igualdad de varianzas con el fin de conocer en qué variables no se podían asumir varianzas homogéneas en los tres grupos de tratamiento. En el caso de que las pruebas de Levene fueran estadísticamente significativas y, por tanto, revelaran la existencia de diferencias significativas entre las varianzas de los grupos de tratamientos, se realizaron los ANOVAs a partir del estadístico Brown-Forsythe, prueba robusta al incumplimiento del supuesto de homogeneidad de las varianzas. Por otro lado, en el caso de que las pruebas  $\chi^2$  y los ANOVAs mostraran diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento en

algunas de las variables sociodemográficas y clínicas, se procedió a incluirlas como covariables en los análisis posteriores realizados sobre las tasas de abstinencia del tabaco y sobre el número de cigarrillos fumados, para así controlar estadísticamente su impacto en las posibles diferencias entre grupos de tratamiento respecto a su eficacia para conseguir la abstinencia del tabaco o reducir su consumo. Para ello, en el caso de las pruebas de  $\chi^2$ , se introdujeron las covariables como variables de control o de capas (creándose categorías en el caso de las covariables continuas), y se realizaron las pruebas de  $\chi^2$  por cada categoría de cada covariable o variable de control; en el caso de los ANOVAs, éstos se sustituyeron por ANCOVAs que incluían a las covariables en cuestión.

# **Capítulo 6.**

# **Resultados**



## 6. RESULTADOS

### 6.1. Características sociodemográficas y clínicas de los grupos de tratamiento

En la tabla 6.1 se presentan las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que conformaron los grupos de tratamiento del estudio empírico de la presente tesis doctoral: (1) tratamiento cognitivo conductual intensivo en combinación con los parches de nicotina (TCC/I+PN), (2) tratamiento cognitivo conductual intensivo (TCC/I) y (3) tratamiento cognitivo conductual no intensivo en combinación con los parches de nicotina (TCC/NI+PN). Tomando como referencia la totalidad de la muestra final de pacientes que formó parte de este estudio por haber comenzado el tratamiento ( $N = 235$ ), los ANOVAs (para el análisis de las variables continuas) y las pruebas  $\chi^2$  (en el caso de las variables no continuas) no revelaron diferencias estadísticamente significativas (con  $p < 0,05$ ) entre los tres grupos de tratamiento en ninguna de las características sociodemográficas y clínicas evaluadas.

Aproximadamente el 50% de la muestra eran mujeres, siendo su distribución muy parecida en los tres grupos de tratamiento (45,7%, 50% y 46,4% para TCC/I+PN, TCC/I y TCC/NI+PN, respectivamente;  $p = 0,85$ ). La edad media se situó en unos 40 años (39,6 años, 40,2 años y 38,4 años, para TCC/I+PN, TCC/I y TCC/NI+PN, respectivamente;  $p = 0,58$ ). Un 40,7% de los sujetos en el grupo TCC/I+PN estaban casados o convivían de forma estable con una pareja, porcentaje algo inferior al encontrado en el caso de los grupos de TCC/NI+PN y de TCC/I (ambos entorno al 50%), sin que dichas diferencias fueran tampoco estadísticamente significativas ( $p = 0,77$ ). El grupo TCC/I+PN presentaba un porcentaje sensiblemente mayor de universitarios (41,3% frente al 35% aproximado de TCC/NI+PN y TCC/I) sin que, de nuevo, esta diferencia resultara estadísticamente significativa ( $p = 0,85$ ; véase la Tabla 6.1).

Tabla 6.1. Características sociodemográficas y clínicas de los grupos de tratamiento

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 81	TCC/I <i>n</i> = 70	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 84	<i>F</i> / <i>chi</i> <sup>2</sup> *	<i>p</i>
Sexo (% de mujeres)	45,7	50	46,4	0,31	0,85
Edad	39,6 (10,8)	40,2 (11,2)	38,4 (10,8)	0,53	0,58
Estado civil (% de casados/convive con pareja)	40,7	52,2	47,6	3,29	0,77
Nivel de estudios (% de universitarios)	41,3	34,8	38,1	4,11	0,85
Número de cigarrillos	21,6 (9,1)	20,3 (8,5)	22,4 (7,57)	1,13	0,32
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	17,6 (8,5)	17 (7,2)	19,8 (10)	2,26	0,11
Sintomatología depresiva (BDI-II Breve)	4,8 (4,9)	4,9 (4,4)	4,9 (4,8)	0,01	0,99
Sintomatología ansiosa (BAI)	8,8 (8,2)	8,7 (7,1)	9,1 (7,3)	0,05	0,94
Sintomatología ansiosa (HAD)	6,6 (4,3)	6,1 (3,8)	6,2 (4,9)	0,30	0,74
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	5,3 (2,3)	5,3 (2,2)	6 (2,7)	2,00	0,13
Motivación para dejar de fumar (Test de Richmond)	8 (1,6)	8,3 (1,5)	8,2 (1,4)	0,64	0,53
Escala de Molestias Físicas	29,6 (13,1)	28,8 (12,3)	30,5 (12,1)	0,34	0,71
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	64,7 (23)	64,6 (19,3)	61,3 (23,7)	0,62	0,54
Peso (kg)	73,4 (15,5)	74,9 (16,3)	74,3 (14,4)	0,17	0,85
Con hipertensión (%)	34,6	34,8	22,2	3,85	0,14
Tasa cardíaca (lpm)	74,9 (11,2)	73,3 (12)	74,1 (10,8)	0,37	0,68

*Nota.* Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa. ppm = partículas por millón; lpm = latidos por minuto.

\* Para las variables continuas se presenta el valor de la prueba *F* de un ANOVA unifactorial y para las variables no continuas se recoge el valor de la prueba *chi*<sup>2</sup>.

La misma semejanza entre los grupos se encontró en cuanto a las variables clínicas. Así, se observó una media similar en los tres grupos de tratamiento tanto en lo referente al número de cigarrillos fumados diariamente (21,6, 20,3 y 22,4 cigarrillos, para TCC/I+PN, TCC/I y TCC/NI+PN, respectivamente;  $p = 0,32$ ), como al nivel de monóxido de carbono en aire espirado (CO), con niveles que oscilaban entre 17 partículas por millón (ppm) y 19,8 ppm ( $p = 0,11$ ; véase la tabla 6.1). El nivel de dependencia, medido a través del test de Fagerström y con puntuaciones promedio de 5,5 puntos, y el nivel de motivación, medido con el test de Richmond y con puntuaciones promedio de 8 puntos, también fueron similares en los tres grupos de tratamiento ( $p = 0,13$  y  $0,53$ , respectivamente; véase la tabla 6.1).

Las puntuaciones medias en sintomatología ansiosa, tanto cuando ésta fue evaluada por la HAD-A como por el BAI, fueron también muy similares en los tres grupos de tratamiento ( $p = 0,74$  y  $0,94$ , respectivamente) e indicaban en todos ellos la presencia promedio de niveles mínimos o leves de ansiedad ( $< 7$  y  $< 15$ , respectivamente; véase la tabla 6.1). Igualmente, el nivel medio de sintomatología depresiva, evaluado a través del BDI-II Breve, fue prácticamente igual en los tres grupos de tratamiento ( $p = 0,99$ ) y se encontraba en todos ellos en el rango que indicaba una depresión mínima ( $< 6$ , en concreto, 4,8 en TCC/I+PN, 4,9 en TCC/I y 4,9 en TCC/NI+PN; véase la tabla 6.1).

En los tres grupos de tratamiento se observó también un nivel similar de molestias físicas asociadas al hábito de fumar (medido a través de la Escala de Molestias Físicas) con puntuaciones medias que oscilaban entre 28,8 y 30,5 ( $p = 0,71$ ) y un nivel similar de autoeficacia (operativizada con la Escala de Autoeficacia) con puntuaciones medias que variaban entre 61,3 y 64,7 ( $p = 0,54$ ). En la misma línea, el peso medio de los pacientes (73,4 kg en el TCC/I+PN, 74,9 kg en el TCC/I y 74,3 kg en el TCC/NI+PN) y su frecuencia cardíaca media, en el rango entre 73,3 latidos por minuto (lpm) y 74,9 lpm, fueron similares entre los tres grupos de

tratamiento ( $p = 0,85$  y  $0,68$ , respectivamente). En el grupo de TCC/NI+PN, el 22,2% de los pacientes presentaba hipertensión arterial, porcentaje algo inferior al de los otros dos grupos de tratamiento (34,6% y 34,8%), aunque esta diferencia, de nuevo, no resultó estadísticamente significativa ( $p = 0,14$ ; véase la tabla 6.1).

## 6.2. Tasas de abandono del tratamiento en los grupos de tratamiento

Se realizó una prueba de  $\chi^2$  con el fin de comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas en relación con la distribución de los abandonos del tratamiento en los tres grupos de tratamiento. Tomando como referencia el conjunto de la muestra final ( $N = 235$ ), la tasa de abandonos fue del 35,3%. Aunque el grupo TCC/I presentaba un 40% de abandonos que superior a la del grupo de TCC/NI+PN (35,7%) la cual, a su vez, era ligeramente superior a la del grupo de TCC/I+PN (30,8%), tales diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p = 0,58$ ; véase la tabla 6.2).

Tabla 6.2. Tasas de abandono del tratamiento en función del grupo terapéutico

	Grupo de tratamiento			$\chi^2$	$p$
	TCC/I+PN $n = 81$	TCC/I $n = 70$	TCC/NI+PN $n = 84$		
Pacientes que abandonaron el tratamiento	30,8 (25)	40 (28)	35,7 (30)	1,06	0,58

*Nota.* Todos los valores son porcentajes (con el número de pacientes entre paréntesis) salvo que se indique otra cosa.

Tabla 6.3. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes en función de si habían abandonado o no el tratamiento

Variable	No abandonó el tratamiento <i>n</i> = 152	Abandonó el tratamiento <i>n</i> = 83	<i>t</i> / <i>ch</i> <sup>2</sup> †	<i>p</i>
Sexo (% de mujeres)	46,7	48,2	0,05	0,83
Edad	39,3 (10,8)	39,5 (11,1)	-0,06	0,95
Estado civil (% de casados/ convive con pareja)	48,3	43,4	2,57	0,46
Nivel de estudios (% de universitarios)	40	34,9	2,06	0,72
Número de cigarrillos	21,2 (7,9)	22,1 (9,3)	-0,75	0,45
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	17,9 (8,6)	18,9 (9,2)	-0,78	0,43
Sintomatología depresiva (BDI- II Breve)	4,9 (4,7)	5,7 (4,6)	-1,91	0,06
Sintomatología ansiosa (BAI)	7,8 (7,3)	10,7 (7,6)	-2,87	0,004**
Sintomatología ansiosa (HAD)	5,8 (3,9)	7,2 (4,1)	-2,43	0,02*
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	5,4 (2,6)	5,8 (2,1)	-1,30	0,19
Motivación para dejar de fumar (Test de Richmond)	8,2 (1,4)	8 (1,7)	1,12	0,26
Escala de Molestias Físicas	28,8 (12)	31,2 (12,3)	-1,38	0,17
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	64 (21,4)	62,6 (23,8)	0,45	0,65
Peso (kg)	74 (14,5)	74,5 (16,8)	-0,20	0,84
Con hipertensión (%)	34	23,5	2,76	0,09
Tasa cardíaca (lpm)	75,1 (11,7)	72,3 (10,5)	1,84	0,07

*Nota.* Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa.

† Para las variables continuas se recoge el valor de la prueba *t* de Student para medidas independientes y para las variables no continuas el valor de la prueba *ch*<sup>2</sup>.

En la tabla 6.3 se muestran las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes en función de si habían abandonado o no el tratamiento. Para comprobar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en relación con esas características entre los pacientes que habían abandonado el tratamiento y los que no lo habían hecho, se realizaron pruebas de  $\chi^2$  para las variables no continuas y pruebas  $t$  de Student de medidas independientes para las variables continuas.

En cuanto a las características sociodemográficas, en el grupo de pacientes que abandonó el tratamiento, el 48,2% eran mujeres, la edad media era de 39,5 años, un 43,4% estaban casados o mantenían una convivencia estable con una pareja y el 34,9% poseían estudios universitarios, todas ellas características muy similares a las encontradas en el grupo de pacientes que no abandonó el tratamiento (46,7% mujeres, edad media = 39,3 años, 48,3% casados o en convivencia estable con una pareja y 40% con estudios universitarios) y, de hecho, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de pacientes en ninguna de tales características ( $p > 0,05$  para todas ellas; véase la tabla 6.3).

Atendiendo al consumo de cigarrillos y al nivel de CO (21,2 cigarrillos y 17,9 ppm para el grupo que no abandonó el tratamiento y 22,1 cigarrillos y 18,9 ppm para el grupo que sí abandonó el tratamiento, respectivamente), tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que abandonaron el tratamiento y los que no lo hicieron ( $p = 0,45$  y  $0,43$ , respectivamente). Igualmente, tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes que abandonó el tratamiento y el que no lo hizo respecto a los niveles de dependencia de la nicotina, de motivación para dejar de fumar y de autoeficacia (todas las pruebas no significativas con  $p > 0,05$ ). En la misma línea, ambos grupos presentaron niveles medios similares de molestias

físicas (31,2 frente a 28,8 puntos) y de frecuencia cardiaca (72,3 frente a 75,1 lpm) (véase la tabla 6.3), y, aunque el grupo que abandonó el tratamiento mostró un porcentaje ligeramente inferior de hipertensos (23,5%) que el grupo que no abandonó (34%), esta diferencia no resultó tampoco estadísticamente significativa ( $p = 0,09$ ; véase la tabla 6.3).

Respecto a la sintomatología emocional, a pesar de que el nivel medio de sintomatología depresiva en ambos grupos fue similar (4,9 puntos en el BDI-II-Breve en el grupo que no abandonó el tratamiento frente a 5,7 puntos en el que sí lo hizo;  $p = 0,06$ ), sí se observó, de forma estadísticamente significativa, una mayor sintomatología ansiosa en el grupo de pacientes que abandonó el tratamiento frente al que no abandonó, tanto si ésta era medida mediante el BAI [10,7 frente a 7,8 puntos, respectivamente;  $t(231) = -2,87$ ,  $p = 0,004$ ] como a través de la HAD-A (7,2 frente a 5,8 puntos, respectivamente;  $t(231) = -2,43$ ,  $p = 0,02$ ] (véase la tabla 6.3).

Tomando como referencia los 83 pacientes que abandonaron el tratamiento, se realizó una prueba de  $\chi^2$  con el fin de analizar si existían diferencias entre los tres grupos terapéuticos en cuanto al momento de abandono del tratamiento. Como se muestra en la tabla 6.4, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al respecto entre los pacientes que abandonaron el tratamiento de los tres grupos de tratamiento ( $p > 0,05$ ; véase también la figura 6.1). Aproximadamente un tercio de los pacientes que abandonaron el tratamiento en los grupos de TCC/I+PN y TCC/NI+PN lo hicieron en las sesiones iniciales (sesiones 1, 2 y 3), mientras que el porcentaje de abandono temprano en el grupo de TCC/I fue algo inferior (14,2%), sin que esta diferencia resultara estadísticamente significativa. Por otro lado, aproximadamente el 66% de todos los pacientes que abandonaron el tratamiento, lo hicieron entre las sesiones 4 a 7, sesiones que se corresponden con la parte central del tratamiento en los grupos de TCC/I+PN y TCC/I, y con la parte final del tratamiento en el grupo de TCC/NI+PN.

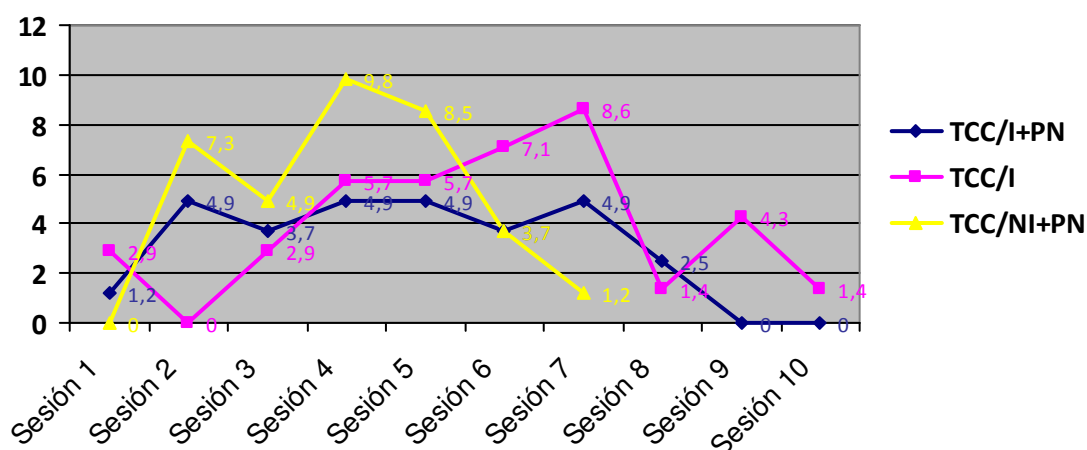
Tabla 6.4. Sesión en la que se produjo el abandono en la submuestra de pacientes que abandonó el tratamiento ( $n = 83$ )

	Grupo de tratamiento			$\chi^2$	$p$
	TCC/I+PN $n = 25$	TCC/I $n = 28$	TCC/NI+PN $n = 30$		
Sesión de la 1 a la 3 de tratamiento	8 (32)	4 (14,2)	10 (33,3)		
Sesión de la 4 a la 7 de tratamiento	15 (60)	19 (67,9)	20 (66,6)	5,79	0,15
Sesión de la 8 a la 10 de tratamiento	2 (8)	5 (17,9)	– *		

*Nota.* Todos los valores son números de pacientes (con los porcentajes entre paréntesis). TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitivo conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitivo conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

\* El tratamiento de TCC/NI+PN constaba tan sólo de 7 sesiones.

Figura 6.1. Distribución de porcentajes de abandonos en cada grupo terapéutico en función de la sesión de tratamiento en la que abandonaron



*Nota.* Todos los valores son porcentajes de pacientes que abandonaron el tratamiento tomando como referencia el total de pacientes que comenzó el tratamiento ( $N = 235$ ). TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitivo conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitivo conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

### 6.3. Tasas de abstinencia en los grupos de tratamiento

En este apartado se presentan las tasas de abstinencia, en términos porcentuales, que se lograron en cada uno de los grupos de tratamiento así como la evolución de dichas tasas, en forma de gráfico, a lo largo de los diferentes momentos de medida: (1) al finalizar el tratamiento o postratamiento; (2) a los 3 meses desde que los pacientes dejaron de fumar, es decir, al mes desde el postratamiento (seguimiento 1); (3) a los 6 meses desde que dejaron de fumar, esto es, a los tres meses desde el seguimiento 1 (seguimiento 2), y (4) al año desde que dejaron de fumar, es decir, a los 6 meses desde el seguimiento 2 (seguimiento 3).

Como se comentó en el apartado *Análisis estadísticos* del capítulo anterior, las tasas de abstinencia continua de los grupos terapéuticos fueron estimadas tanto a partir del autoinforme de los pacientes como según dicho autoinforme tras ser validado por un nivel de CO < 8 ppm en el momento de medida. Las tasas de abstinencia así obtenidas fueron objeto de dos tipos de análisis: (1) análisis por intención de tratar (*intent to treat*), en el cual aquellos pacientes de los que no se contaba con medidas de abstinencia porque no habían acudido a la sesión de evaluación o porque no fueron contactados y evaluados por teléfono, fueron considerados como no abstinentes, y (2) análisis sin datos perdidos, en el que los análisis estadísticos sólo se realizaron con los pacientes de los que se tenía datos sobre su consumo de tabaco en un momento de medida dado, ya que en ese momento habían acudido a la sesión de medición o se había podido contactar con ellos por teléfono. Así, en la modalidad de análisis sin datos perdidos, los pacientes que en cada momento tenían datos perdidos fueron excluidos de los análisis estadísticos.

Además, estos dos tipos de análisis fueron realizados sobre dos muestras de tamaño distinto: (a) una muestra formada por todos los pacientes que comenzaron el tratamiento, independientemente de que posteriormente lo hubieran

abandonado, y (b) otra muestra formada únicamente por los pacientes que completaron el tratamiento según los criterios prefijados y detallados en el capítulo anterior.

Dado que el tamaño de la muestra variaba en función del tipo de análisis y del criterio muestral utilizados así como en función del momento de medida en cuestión, previamente se realizaron ANOVAs y pruebas  $\chi^2$  con el fin de averiguar si existían diferencias significativas entre los grupos de tratamiento de la muestra objeto de análisis en cuanto a las variables sociodemográficas y clínicas medidas en el pretratamiento y en cuanto a las tasas de abandono del tratamiento, para así poder controlarlas estadísticamente o tenerlas en cuenta en el posterior análisis de las diferencias en las tasas de abstinencia de los grupos de tratamiento. Los resultados de estos ANOVAs y pruebas de  $\chi^2$  también se presentan en este apartado.

### **6.3.1. Tasas de abstinencia en los pacientes que comenzaron el tratamiento**

#### *6.3.1.1. Análisis por intención de tratar*

En las tablas 6.1 y 6.2 ya se presentaron las características sociodemográficas y clínicas y las tasas de abandono del tratamiento de los grupos terapéuticos según el análisis por intención de tratar. Los ANOVAs y las pruebas  $\chi^2$  realizados para examinar la existencia de diferencias entre tales grupos terapéuticos en dichas características o en las tasas de abandono del tratamiento no revelaron ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los mismos (en todos los casos  $p > 0,05$ ).

Por tanto, se procedió a calcular pruebas de  $\chi^2$  sobre las tasas de abstinencia continua autoinformada de los grupos de tratamiento en cada momento de medida. En la tabla 6.5 se presentan dichas tasas de abstinencia. Al finalizar el

tratamiento (postratamiento), las tasas de abstinencia continua autoinformada de la muestra total se situaban en torno al 60%. Aunque el grupo de TCC/I+PN presentaba una tasa de abstinencia continua autoinformada ligeramente superior a las de los otros dos grupos de tratamiento (65,4% para TCC/+PN frente a 54,3% y 58,9% para TCC/I y TCC/NI+PN, respectivamente), las diferencias entre los tres grupos no resultaron ser estadísticamente significativas ( $p = 0,36$ ) (véase la tabla 6.5).

Tabla 6.5. Tasas de abstinencia continua autoinformada de los grupos de tratamiento según el análisis por intención de tratar

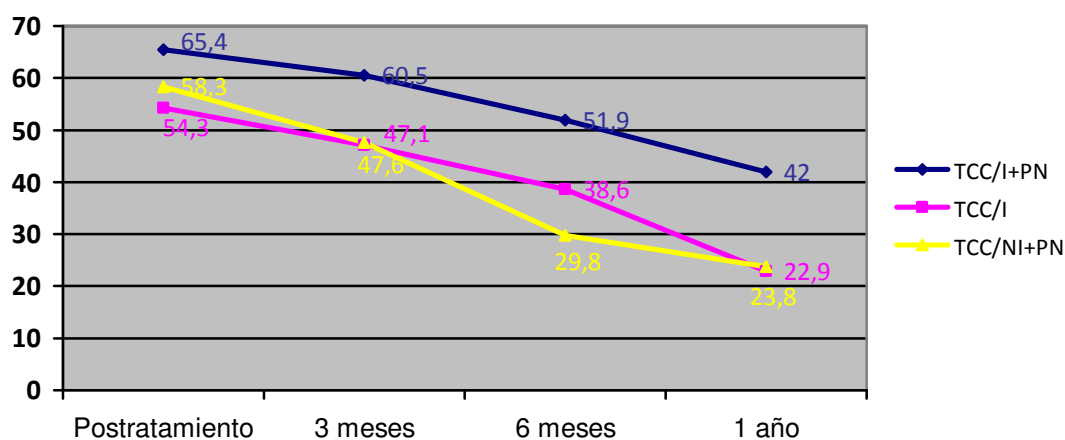
Momento de medida	Grupo de tratamiento			Diferencia entre los 3 grupos		Diferencia entre pares de grupos*		
	TCC/I+PN	TCC/I	TCC/NI+PN	$\chi^2$	$p$	a vs. b	b vs. c	a vs. c
	[a] (n = 81)	[b] (n = 70)	[c] (n = 84)					
Post	65,4	54,3	58,9	2,02	0,36	n.s.	n.s.	n.s.
3 meses	60,5	47,1	47,6	3,64	0,16	n.s.	n.s.	n.s.
6 meses	51,9	38,6	29,8	8,46	0,01	n.s.	n.s.	< 0,05
1 año	42	22,9	23,8	8,79	0,01	< 0,05	n.s.	< 0,05

*Nota.* Todos los valores hacen referencia a porcentajes, salvo que se indique otra cosa. \* = se presentan los niveles de significación estadística resultantes de las pruebas z de comparación de pares de grupos de tratamiento; n.s. = diferencia estadísticamente no significativa; TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitiva conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitiva conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

Un patrón parecido de resultados se obtuvo al analizar los datos del primer seguimiento (seguimiento 1), realizado a los 3 meses desde que los pacientes dejaron de fumar (véase la tabla 6.5 y la figura 6.2). De hecho, aunque las diferencias en las tasas de abstinencia entre el grupo TCC/I+PN y los otros dos

grupos se habían incrementado ligeramente (60,5% para el grupo TCC/I+PN frente al 47,1% y 47,7% de TCC/I y TCC/NI+PN, respectivamente), éstas continuaban sin revelarse estadísticamente significativas ( $p = 0,16$ ) (véase la tabla 6.5).

Figura 6.2. Evolución de las tasas de abstinencia continua autoinformada de los grupos de tratamiento a lo largo de cada momento de medida según el análisis por intención de tratar



Nota. TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitivo conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitivo conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

En cambio, sí se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento en las tasas de abstinencia continua autoinformada obtenidas en el seguimiento 2, realizado a los 6 meses desde que los pacientes dejaron de fumar, y en el seguimiento 3, realizado al año desde que los pacientes dejaron de fumar [ $ch^2$  (2,  $N = 235$ ) = 8,46 y 8,79, respectivamente, ambos con  $p = 0,01$ ]. Tal y como se puede ver en la tabla 6.5 y en la figura 6.2, a los 6 meses del día establecido para dejar de fumar (seguimiento 2), el grupo de TCC/I+PN mostraba una tasa de abstinencia del 51,9%, superior a las de los otros dos grupos

de tratamiento (38,6% para TCC/I y 29,8% para TCC/NI+PN). Una prueba *z* para comparar pares de tasas de abstinencia corroboró que, de manera estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ), la tasa de abstinencia en el seguimiento 2 del grupo de TCC/I+PN era mayor que la del grupo de TCC/NI+PN. Sin embargo, la misma prueba no halló diferencias estadísticamente significativas en el seguimiento 2 entre la tasa de abstinencia del grupo de TCC/I+PN y la del grupo de TCC/I ni entre esta última y la del grupo de TCC/NI+PN (véase la tabla 6.5). De forma parecida, y tal y como puede observarse en la tabla 6.5 y en la figura 6.2, en el seguimiento realizado al año (seguimiento 3), el grupo de TCC/I+PN mostró una tasa de abstinencia (42%) mayor que las de los otros dos grupos de tratamiento (22,9% para TCC/I y 23,8% para TCC/NI+PN), diferencias que en este caso fueron ambas estadísticamente significativas según las pruebas *z* de comparación de pares de grupos (las dos pruebas con  $p < 0,05$ ; véase la tabla 6.5). De nuevo, esa misma prueba *z* no halló una diferencia estadísticamente significativa en el seguimiento 3 entre la tasa de abstinencia continua autoinformada del grupo de TCC/I y la del grupo de TCC/NI+PN (véase la tabla 6.5).

Por otro lado, cuando se analizaron las tasas de abstinencia del tabaco a partir de la medida de abstinencia continua validada por un nivel de CO < 8 ppm, no se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de tratamiento en ninguno de los momentos de medida (en todos los casos  $p > 0,05$ ) (véase la tabla 6.6). Al respecto, es importante recordar que, en el análisis por intención de tratar, únicamente se consideraban abstinentes aquellos pacientes que informaban de abstinencia y, además, ésta estuviera validada por una medida de CO < 8 ppm en el momento en que hacía la evaluación; todos los demás pacientes eran considerados como no abstinentes, aunque hubieran informado de no haber consumido ningún cigarrillo desde que dejaron de fumar.

Tabla 6.6. Tasas de abstinencia continua validada por CO de los grupos de tratamiento según el análisis por intención de tratar

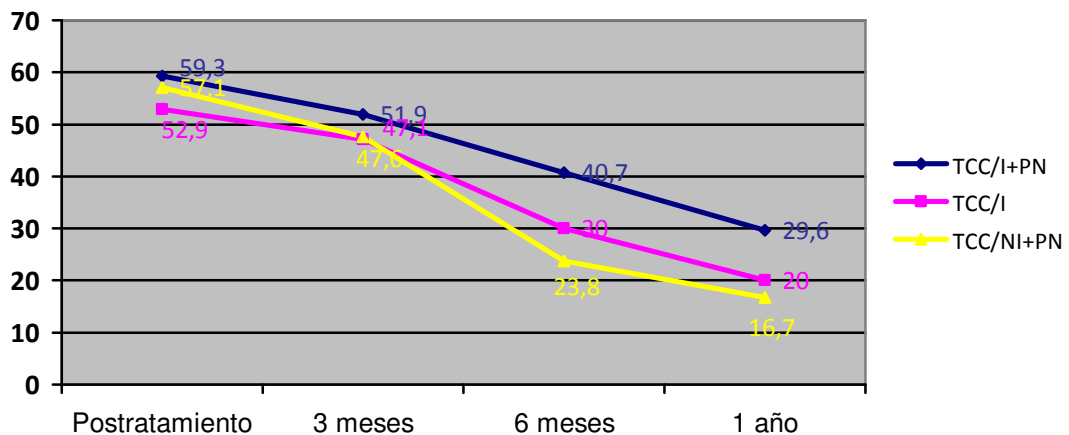
Momento de medida	Grupo de tratamiento			Diferencia entre los 3 grupos		Diferencia entre pares de grupos*		
	TCC/I+PN	TCC/I	TCC/NI+PN	$\chi^2$	$p$	a vs. b	b vs. c	a vs. c
	[a] (n = 81)	[b] (n = 70)	[c] (n = 84)					
Post	59,3	52,9	57,1	0,64	0,72	n.s.	n.s.	n.s.
3 meses	51,9	47,1	47,6	0,42	0,80	n.s.	n.s.	n.s.
6 meses	40,7	30	23,8	5,58	0,06	n.s.	n.s.	n.s.
1 año	29,6	20	16,7	4,28	0,12	n.s.	n.s.	n.s.

*Nota.* Todos los valores son porcentajes, salvo que se indique lo contrario. \* = se presenta la significación estadística resultante de una prueba z de comparación de pares de grupos de tratamiento; n.s. = diferencia estadísticamente no significativa. TCC/I+PN = terapia cognitiva conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitiva conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitiva conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

En concreto, y tal y como puede verse en la tabla 6.6 y en la figura 6.3, en el postratamiento alrededor del 55% del total de pacientes mostraba una abstinencia continua validada a través del CO, sin que existieran diferencias significativas entre los grupos terapéuticos ( $p = 0,72$ ), cuyas tasas de abstinencia continua validada oscilaban entre 52,9% (TCC/I) y 59,3% (TCC/I+PN). Estos porcentajes descendían ligeramente en el seguimiento a los 3 meses (véase la figura 6.3), con tasas de abstinencia continua validada del 51,9% en el grupo TCC/I+PN, de 47,1% en el grupo TCC/I y de 47,6% en el grupo TCC/NI+PN, que no diferían de manera estadísticamente significativa ( $p = 0,80$ ; véase la tabla 6.6). En el seguimiento 2, realizado a los 6 meses, a pesar de que el grupo de TCC/I+PN presentaba una tasa de abstinencia validada ligeramente superior a las de los otros dos grupos de tratamiento (40,7% frente a 30% para TCC/I y 23,8% para TCC/NI+PN), éstas

continuaron sin diferir de forma estadísticamente significativa ( $p = 0,06$ ). Al año desde que dejaron de fumar (seguimiento 3) se observó un nuevo descenso en las tasas de abstinencia validada, especialmente importante en el grupo TCC/I+PN (véase la figura 6.3). No obstante, el grupo de TCC/I+PN presentaba una tasa de abstinencia continua validada (29,6%) que era mayor que las de los otros dos grupos de tratamiento (20% para TCC/I y 16,7% para TCC/NI+PN), sin que de nuevo hubiera diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos terapéuticos (véase la tabla 6.6).

Figura 6.3. Evolución de las tasas de abstinencia continua validada por CO de los grupos de tratamiento a lo largo de cada momento de medida según el análisis por intención de tratar



*Nota.* TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitiva conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitiva conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

### 6.3.1.2. Análisis sin datos perdidos

De los 235 pacientes que formaban la muestra final del presente estudio, en el postratamiento fue posible obtener datos de abstinencia continua autoinformada de todos ellos, en el seguimiento a los 3 meses (seguimiento 1) de 232 pacientes,

en el seguimiento a los 6 meses (seguimiento 2) de 231 pacientes y en el seguimiento al año (seguimiento 3) de 230 pacientes, lo que implicaba pérdidas muy pequeñas de datos de abstinencia que oscilaban entre 5 pacientes (2,1%) y 3 pacientes (1,3%).

Dadas estas pérdidas tan pequeñas de datos, las características sociodemográficas y clínicas evaluadas en el pretratamiento de los grupos de tratamiento finalmente analizados en cada momento de medida excluyendo a los pacientes con datos perdidos, así como las tasas de abandono del tratamiento de tales pacientes, fueron en todos los casos prácticamente iguales a las de los grupos de tratamiento del análisis según intención de tratar y que se han presentado en las tablas 6.1 y 6.2. Por tanto, en aras de la brevedad, tales características y tasas de abandono del tratamiento se recogen en el anexo 13. Baste señalar aquí que los ANOVAs y las pruebas  $\chi^2$  realizadas únicamente con los pacientes sin datos perdidos de abstinencia en cada momento de medida, no revelaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento ni respecto a las variables sociodemográficas y clínicas evaluadas en el pretratamiento ni respecto a las tasas de abandono del tratamiento (en todos los casos  $p > 0,05$ ; véase el anexo 13).

En la tabla 6.7 se presentan las tasas de abstinencia continua autoinformada obtenidas por los tres grupos de tratamiento en los distintos momentos de medida teniendo en cuenta solamente los datos de los pacientes que habían sido contactados, es decir, excluyendo los pacientes con valores de abstinencia perdidos. De los pacientes contactados al finalizar el tratamiento ( $N = 235$ ), un 65,4% informaron mantenerse abstinentes en el grupo de TCC/I+PN, porcentaje de abstinencia mayor que el del grupo de TCC/NI+PN (58,3%) que, a su vez, era mayor que el del grupo de TCC/I (54,3%), aunque tales diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p = 0,36$ ). En el seguimiento 1, es decir a los

3 meses desde que los pacientes dejaron de fumar, a pesar de que el grupo de TCC/I+PN había ampliado su diferencia respecto a las tasas de abstinencia continua autoinformada de los grupos TCC/I y TCC/NI+PN (62% frente a 47,1% y 48%, respectivamente), tales diferencias seguían siendo estadísticamente no significativas ( $p = 0,11$ ).

Tabla 6.7. Tasas de abstinencia continua autoinformada de los grupos de tratamiento para los pacientes que comenzaron el tratamiento según el análisis sin datos perdidos

Momento de medida	Grupo de tratamiento			Diferencia entre los 3 grupos		Diferencia entre pares de grupos*		
	TCC/I+PN [a]	TCC/I [b]	TCC/NI+PN [c]	$\chi^2$	$p$	a vs. b	b vs. c	a vs. c
Post ( $N = 235$ )								
$n$	81	70	84	2,02	0,36	n.s.	n.s.	n.s.
% abstinentes	65,4	54,3	58,3					
3 meses ( $n = 232$ )								
$n$	79	70	83	4,29	0,11	n.s.	n.s.	n.s.
% abstinentes	62	47,1	48,2					
6 meses ( $n = 231$ )								
$n$	79	69	83	9,00	0,01	n.s.	n.s.	< 0,05
% abstinentes	53,2	39,1	30,1					
1 año ( $n = 230$ )								
$n$	78	69	83	9,66	0,01	< 0,05	n.s.	< 0,05
% abstinentes	43,6	23,2	24,1					

Nota. \* = se presentan los niveles de significación estadística resultantes de pruebas z de comparación de pares de grupos de tratamiento; n.s. = diferencia estadísticamente no significativa. TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitiva conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitiva conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

En cambio, cuando se analizaron las tasas de abstinencia continua autoinformada de los paciente a los que fue posible evaluar en el seguimiento 2, a

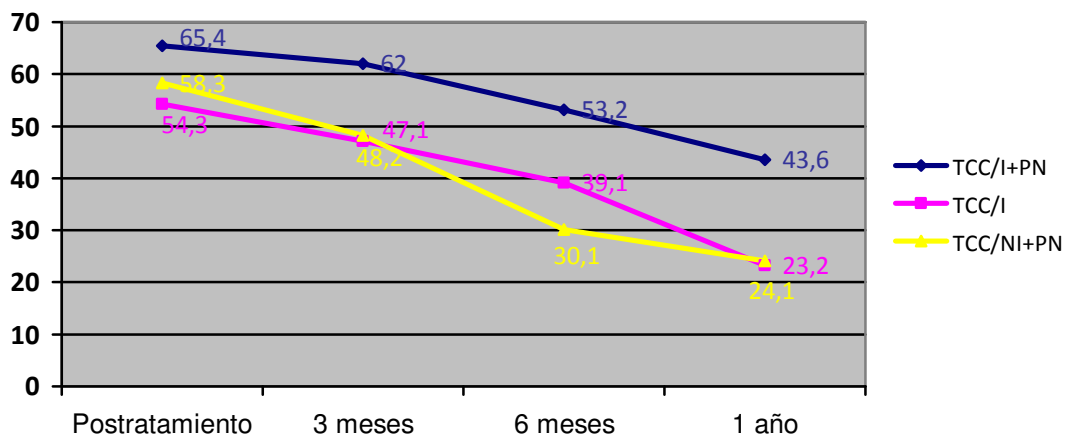
los 6 meses desde que habían dejado de fumar ( $n = 231$ ), se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento ( $\chi^2 (2, N = 231) = 9,00, p = 0,01$ ). Las pruebas  $z$  de comparación de pares de grupos revelaron que la tasa de abstinencia continua autoinformada del grupo de TCC/I+PN (53,2%) era significativamente mayor que la obtenida en el grupo de TCC/NI+PN (30,1%;  $p < 0,05$ ), pero no que la alcanzada en el grupo de TCC/I (39,1%;  $p > 0,05$ ). A su vez, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la tasa de abstinencia continua autoinformada de este último grupo de tratamiento y la del grupo de TCC/NI+PN ( $p > 0,05$ ; véase tabla 6.7).

Al año desde que los pacientes dejaron de fumar, es decir, en el seguimiento 3, se pudieron obtener datos válidos de abstinencia continua autoinformada de 230 pacientes, y se observó que las diferencias estadísticamente significativas entre los grupos que se habían encontrado en el seguimiento 2 se mantenían al año ( $\chi^2 (2, N = 230) = 9,66, p = 0,01$ ), aunque las tasas de abstinencia en todos los grupos de tratamiento habían descendido (véase la tabla 6.7). Las posteriores pruebas  $z$  de comparación de pares de grupos confirmaron que el 43,6% de abstinentes encontrado en el grupo de TCC/I+PN representaba una tasa de abstinencia continua autoinformada significativamente más alta que las obtenidas en los grupos de TCC/I y de TCC/NI+PN (23,2% y 24,1%, respectivamente, ambas diferencias significativas con  $p < 0,05$ ). Sin embargo, las tasas de abstinencia continua autoinformada de estos dos últimos grupos de tratamiento no diferían entre sí de manera estadísticamente significativa (véase la tabla 6.7).

En la figura 6.3 se ilustran, de manera gráfica, los porcentajes de abstinencia continua autoinformada que se obtuvieron en los diferentes grupos de tratamiento con los pacientes que fueron contactados en cada momento de medida. En dicha figura se puede observar gráficamente como el grupo de TCC/I+PN

mostró a lo largo de todos los momentos de medida tasas de abstinencia continua autoinformada más altas que los otros dos grupos de tratamiento, aunque, tal y como ha quedado substanciado por las pruebas estadísticas recogidas en la tabla 6.7, esa superioridad sólo fue estadísticamente significativa en los seguimientos a los 6 meses y al año y, en especial, respecto al grupo de TCC/NI+PN.

Figura 6.4. Evolución de las tasas de abstinencia continua autoinformada de los grupos de tratamiento a lo largo de cada momento de medida según el análisis sin datos perdidos



*Nota.* TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitiva conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitiva conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

Tomando como referencia de abstinencia continua el autoinforme de los pacientes contactados (sin datos perdidos), pero siempre que dicho autoinforme estuviera validado por un nivel de CO < 8 ppm obtenido en el momento de medida en cuestión, en la tabla 6.8 se recogen las tasas de abstinencia continua validada de cada uno de los grupos terapéuticos y en cada uno de los diferentes momentos de medida del estudio. De los 235 pacientes que formaban la muestra final del presente estudio, en el postratamiento fue posible obtener datos de abstinencia

continua validada de 229 pacientes, en el seguimiento a los 3 meses (seguimiento 1) de 225 pacientes, en el seguimiento a los 6 meses (seguimiento 2) de 211 pacientes y en el seguimiento al año (seguimiento 3) de 212 pacientes, lo que implicaba pérdidas pequeñas de datos de abstinencia continua validada que oscilaban entre 6 pacientes (2,5%) y 24 pacientes (10,2%).

Dadas estas pérdidas tan pequeñas de datos, las características sociodemográficas y clínicas evaluadas en el pretratamiento de los grupos de tratamiento finalmente analizados en cada momento de medida excluyendo a los pacientes con datos perdidos, así como las tasas de abandono del tratamiento de tales pacientes, fueron en todos los casos prácticamente iguales a las de los grupos de tratamiento del análisis según intención de tratar y que se han presentado en las tablas 6.1 y 6.2. Por tanto, en aras de la brevedad, tales características y tasas de abandono del tratamiento se recogen en el anexo 14. Baste señalar aquí que los ANOVAs y las pruebas  $ch^2$  realizadas únicamente con los pacientes sin datos perdidos de abstinencia continua validada en cada momento de medida, no revelaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento ni respecto a las variables sociodemográficas y clínicas evaluadas en el pretratamiento ni respecto a las tasas de abandono del tratamiento (en todos los casos  $p > 0,05$ ; véase el anexo 14).

En el postratamiento ( $n = 229$ ), un 62,3% de los pacientes del grupo de TCC/I+PN presentaron abstinencia continua validada, porcentaje ligeramente superior al que presentaba el grupo de TCC/NI+PN (57,8%) el cual, a su vez, era ligeramente superior al que mostró el grupo de TCC/I (53,6%). No obstante, estas diferencias entre los grupos de tratamiento en las tasas de abstinencia continua validada no llegaron a ser estadísticamente significativas ( $p = 0,57$ ). Un patrón similar de resultados se encontró al analizar los 225 pacientes con los que se contactó en el seguimiento a los 3 meses (seguimiento 1). En este caso, en el

grupo de TCC/I+PN se alcanzó un 58,3% de abstinencia continua validada frente al 48,2% del grupo de TCC/NI+PN y al 47,1% del grupo de TCC/I, no hallándose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ( $p = 0,34$ ; véase la tabla 6.8).

Tabla 6.8. Tasas de abstinencia continua validada por CO de los grupos de tratamiento para los pacientes que comenzaron el tratamiento según el análisis sin datos perdidos

Momento de medida	Grupo de tratamiento			Diferencia entre los 3 grupos		Diferencia entre pares de grupos*		
	TCC/I+PN [a]	TCC/I [b]	TCC/NI+PN [c]	$ch^2$	$p$	<i>a vs. b</i>	<i>b vs. c</i>	<i>a vs. c</i>
Post ( $n = 229$ )								
<i>n</i>	77	69	83	1,14	0,57	n.s.	n.s.	n.s.
% abstinentes	62,3%	53,6%	57,8%					
3 meses ( $n = 225$ )								
<i>n</i>	72	70	83	2,23	0,34	n.s.	n.s.	n.s.
% abstinentes	58,3%	47,1%	48,2%					
6 meses ( $n = 211$ )								
<i>n</i>	70	63	78	7,61	0,02	n.s.	n.s.	< 0,05
% abstinentes	47,1%	33,3%	25,6%					
1 año ( $n = 212$ )								
<i>n</i>	68	67	77	6,41	0,04	n.s.	n.s.	< 0,05
% abstinentes	35,3%	20,9%	18,2%					

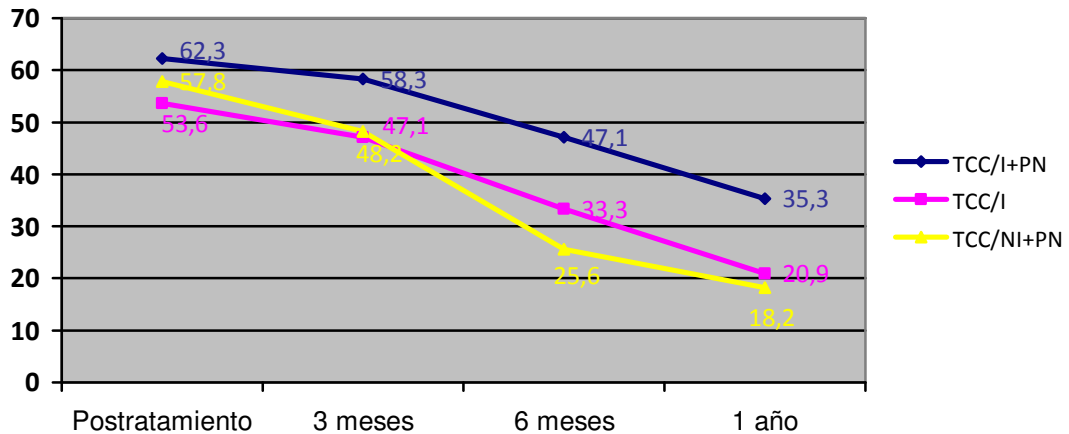
*Nota.* \* = se presentan los niveles de significación estadística resultantes de pruebas  $z$  de comparación de pares de grupos de tratamiento; n.s. = diferencia estadísticamente no significativa. TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitiva conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitiva conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

Al contrario de lo que ocurría en los dos anteriores momentos de medida, en el seguimiento 2, a los 6 meses desde que los pacientes dejaron de fumar ( $n = 211$ ), y en el seguimiento 3, al año desde que los pacientes dejaron de fumar ( $n = 212$ ), se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de

tratamiento [ $ch^2$  (2,  $N = 211$ ) = 7,61,  $p = 0,02$ , y  $ch^2$  (2,  $N = 212$ ) = 6,41,  $p = 0,04$ , respectivamente; véase la tabla 6.8]. En el seguimiento a los 6 meses, las posteriores pruebas  $z$  de comparación de pares de grupos revelaron que la tasa de abstinencia continua validada del grupo de TCC/I+PN (47,1%) era significativamente superior a la del grupo de TCC/NI+PN (27,6%;  $p < 0,05$ ), pero no a la del grupo TCC/I (33,3%;  $p > 0,05$ ), la cual, por su parte, no difirió de forma estadísticamente significativa de la del grupo de TCC/NI+PN. De forma consistente, las pruebas  $z$  con los datos del seguimiento al año indicaban que el grupo de TCC/I+PN continuaba mostrando una tasa de abstinencia continua validada significativamente mayor que la del grupo de TCC/NI+PN (35,3% frente a 18,2%;  $p < 0,05$ ), pero no que la del grupo de TCC/I (20,9%). Igualmente, en el seguimiento al año tampoco se encontraron diferencias significativas entre las tasas de abstinencia continua validada del grupo de TCC/I y del grupo de TCC/NI+PN (véase la tabla 6.8).

En la figura 6.5 se ilustra, de manera gráfica y excluyendo a los pacientes con datos perdidos, la evolución, a lo largo de los diferentes momentos de medida, de los porcentajes de pacientes que presentaban en cada grupo de tratamiento abstinencia continua validada con un CO < 8 ppm. Como se puede observar al comparar las figuras 6.5 y 6.4, la evolución de las tasas de abstinencia continua validada fue muy similar a la evolución de las tasas de abstinencia continua autoinformada, de modo que el grupo de TCC/I+PN mostró a lo largo de todos los momentos de medida tasas de abstinencia continua validada más altas que los otros dos grupos de tratamiento, aunque, tal y como ha quedado corroborado por las pruebas estadísticas recogidas en la tabla 6.8, esa superioridad sólo fue estadísticamente significativa en los seguimientos a los 6 meses y al año y en comparación al grupo de TCC/NI+PN.

Figura 6.5. Evolución de las tasas de abstinencia continua validada de los grupos de tratamiento a lo largo de cada momento de medida según el análisis sin datos perdidos



Nota. TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitiva conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitiva conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

### 6.3.2. Tasas de abstinencia en los pacientes que completaron el tratamiento

En este apartado se presentan las tasas de abstinencia continua tanto autoinformada como validada a través del CO de los pacientes que completaron el tratamiento y, por lo tanto, no abandonaron el mismo, según los criterios prefijados y descritos en el apartado de *Análisis estadísticos* del capítulo anterior.

#### 6.3.2.1. Análisis por intención de tratar

Antes de analizar las tasas de abstinencia de los pacientes que completaron el tratamiento según el criterio de intención de tratar, se realizaron ANOVAs y pruebas de  $\chi^2$  para examinar si los tres grupos de tratamiento diferían en el pretratamiento en cuanto a sus características sociodemográficas y clínicas y, de ser así, controlar dichas diferencias estadísticamente mediante la realización de

ANCOVAs sobre las tasas de abstinencia. Tales análisis, sin embargo, no revelaron ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de pacientes que completaron el tratamiento en ninguna de las variables sociodemográficas y clínicas medidas en el pretratamiento (todas las pruebas no significativas con  $p > 0,05$ ). En la tabla 6.9 se recogen los resultados no significativos de dichos ANOVAs y pruebas de  $\chi^2$ , así como los estadísticos descriptivos correspondientes a las características sociodemográficas y clínicas medidas en el pretratamiento de cada uno de los grupos terapéuticos.

Tabla 6.9. Características sociodemográficas y clínicas de los grupos de tratamiento de los pacientes que completaron el tratamiento (análisis según intención de tratar)

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 55	TCC/I <i>n</i> = 42	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 55	<i>F</i> / $\chi^2$ *	<i>p</i>
Sexo (% de mujeres)	41,8	54,8	45,5	1,65	0,43
Edad	40,6 (10,4)	38,7 (11,5)	38,5 (10,7)	0,65	0,52
Estado civil (% de casados/convive con pareja)	45,5	51,2	49,1	11,26	0,18
Nivel de estudios (% de universitarios)	48,1	34,1	36,4	11,26	0,18
Número de cigarrillos	21,6 (7,7)	19,7 (8)	21,9 (7,8)	1,09	0,33
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	17,9 (8,4)	16,8 (7,7)	18,7 (9,5)	0,58	0,55
Sintomatología depresiva (BDI-II Breve)	3,8 (4,3)	5,2 (5)	4,5 (4,9)	1,02	0,36
Sintomatología ansiosa (BAI)	7,3 (7,6)	8,6 (7,3)	7,8 (7)	0,35	0,69

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 55	TCC/I <i>n</i> = 42	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 55	<i>F/chí<sup>2</sup></i> *	<i>p</i>
Sintomatología ansiosa (HAD)	6,1 (4,3)	5,8 (3,6)	5,5 (3,9)	0,21	0,81
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	5,2 (2,4)	5,4 (2,2)	5,5 (2,9)	0,24	0,78
Motivación para dejar de fumar (Test de Richmond)	8,2 (1,4)	8,2 (1,4)	8,4 (1,3)	0,01	0,99
Escala de Molestias Físicas	28,8 (13)	28,5 (12)	29,1 (11,1)	0,03	0,97
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	61,8 (18,4)	65,6 (21,3)	64,9 (24,3)	0,45	0,63
Peso (kg)	72,7 (14,2)	74,6 (15,4)	74,9 (14,3)	0,37	0,69
Con hipertensión (%)	41,8	34,1	25,9	3,06	0,21
Tasa cardíaca (lpm)	74,8 (10,7)	75,4 (13)	75,2 (11,7)	0,03	0,96

*Nota.* Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa. ppm = partículas por millón; lpm = latidos por minuto.

\* Para las variables continuas se presenta el valor de la prueba *F* de un ANOVA unifactorial y para las variables no continuas se recoge el valor de la prueba *chí<sup>2</sup>*.

Como cabría esperar, las tasas de abstinencia continua autoinformada encontradas en la submuestra de pacientes que completaron el tratamiento (*n* = 152) fueron mayores que las halladas en la muestra de pacientes que comenzaron el tratamiento, pero el patrón de resultados fue muy similar. Así, en el postratamiento, aunque el grupo de TCC/I+PN mostró una tasa de abstinencia continua autoinformada (92,7%) ligeramente más alta que las de los otros dos grupos terapéuticos (TCC/I = 88,1% y TCC/NI+PN = 87,3%), esas diferencias no fueron estadísticamente significativas (*p* = 0,61; véase la tabla 6.10). Un resultado similar se obtuvo en el seguimiento 1 realizado a los 3 meses desde que los pacientes dejaron de fumar: el grupo de TCC/I+PN mostró una tasa de abstinencia continua autoinformada (87,3%) mayor que las de los grupos de TCC/I (76,2%) y de

TCC/NI+PN (72,6%), sin que se hallara, de nuevo, diferencias estadísticamente significativas entre los grupos terapéuticos ( $p = 0,15$ ; véase la tabla 6.10).

Tabla 6.10. Tasas de abstinencia continua autoinformada de los grupos de tratamiento según el análisis por intención de tratar para los pacientes que completaron el tratamiento

Momento de medida	Grupo de tratamiento			Diferencia entre los 3 grupos		Diferencia entre pares de grupos*		
	TCC/I+PN [a] (n = 55)	TCC/I [b] (n = 42)	TCC/NI+PN [c] (n = 55)	$ch^2$	$p$	a vs. b	b vs. c	a vs. c
Post	92,7	88,1	87,3	0,98	0,61	n.s.	n.s.	n.s.
3 meses	87,3	76,2	72,7	3,76	0,15	n.s.	n.s.	n.s.
6 meses	72,7	64,3	45,5	8,90	0,01*	n.s.	n.s.	< 0,05
1 año	58,2	38,1	30,9	8,87	0,01*	n.s.	n.s.	< 0,05

*Nota.* Todos los valores hacen referencia a porcentajes, salvo que se indique otra cosa. \* = se presentan los niveles de significación estadística resultantes de las pruebas z de comparación de pares de grupos de tratamiento; n.s. = diferencia estadísticamente no significativa; TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitiva conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitiva conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

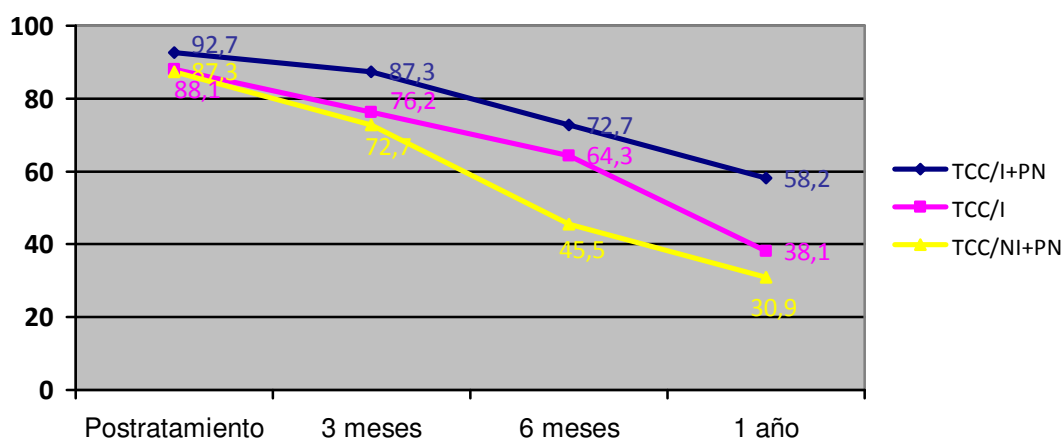
Sin embargo, y de forma coincidente con los resultados obtenidos en la muestra de pacientes que comenzaron el tratamiento, a los 6 meses desde que se dejó de fumar (seguimiento 2) se observaron, entre los pacientes que completaron el tratamiento, diferencias estadísticamente significativas entre los grupos terapéuticos en las tasas de abstinencia continua autoinformada [ $ch^2 (2, N = 152) = 8,90, p = 0,01$ ]. El 72% de los pacientes del grupo de TCC/I+PN informaron mantenerse abstinentes, tasa significativamente superior a la del grupo de TCC/NI+PN (45,5%) según reveló la correspondiente prueba z de comparación de

pares de grupos. Sin embargo, dicha prueba no encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa entre las tasas de abstinencia continua autoinformada del grupo de TCC/I+PN y la del grupo de TCC/I (64,3%) ni entre la de éste último grupo y la del grupo de TCC/NI+PN.

El mismo patrón de resultados se observó en el seguimiento 3, al año de haber dejado de fumar, de manera que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento en las tasas de abstinencia continua autoinformada [ $ch^2$  (2,  $N = 152$ ) = 8,87,  $p = 0,01$ ], y dichas diferencias indicaban que el grupo de TCC/I+PN continuaba mostrando una tasa de abstinencia significativamente mayor que la del grupo de TCC/NI+PN (58,2% frente a 30,9%, respectivamente;  $p < 0,05$ ), pero no que la del grupo de TCC/I (38,1%), mientras que las tasas de abstinencia del grupo de TCC/NI+PN y del TCC/I no fueron significativamente diferentes (véase la tabla 6.10).

La figura 6.6 muestra, de manera gráfica, los porcentajes de abstinencia continua autoinformada obtenidos en cada momento de medida en función del grupo terapéutico y para los pacientes que completaron el tratamiento. En esa figura se puede observar que la evolución de las tasas de abstinencia continua autoinformada en los pacientes que completaron el tratamiento fue muy similar a la evolución de dichas tasas en los pacientes que comenzaron el tratamiento (véase la figura 6.4). En concreto, el grupo de TCC/I+PN mostró a lo largo de todos los momentos de medida tasas de abstinencia continua autoinformadas más altas que los otros dos grupos de tratamiento, aunque esa diferencia sólo fue estadísticamente significativa en los seguimientos a los 6 meses y al año y en comparación al grupo de TCC/NI+PN (véase la tabla 6.10).

Figura 6.6. Evolución, a lo largo de cada momento de medida, de las tasas de abstinencia continua autoinformada de los grupos de tratamiento de los pacientes que completaron el tratamiento según el análisis por intención de tratar



Nota. TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitivo conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitivo conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

En relación con las tasas de abstinencia continua validada mediante CO en los pacientes que completaron el tratamiento, no se encontraron, tal y como se puede observar en la tabla 6.11, diferencias estadísticamente significativas en dichas tasas entre los grupos de tratamiento al finalizar el tratamiento ( $p = 0,96$ ), y, de hecho, los tres grupos obtuvieron tasas de abstinencia continua validada muy similares en torno al 86% (85,5%, 85,7% y 87,7% para TCC/I+PN, TCC/I y TCC/NI+PN, respectivamente). En el seguimiento a los 3 meses, las tasas de abstinencia continua validada seguían siendo similares en los tres grupos terapéuticos ( $p = 0,89$ ), con un 76% de abstinentes validados en el grupo de TCC/I+PN, un 76,2% en el grupo de TCC/I y un 72,7% en el grupo de TCC/NI+PN.

Tabla 6.11. Tasas de abstinencia continua validada de los grupos de tratamiento según el análisis por intención de tratar para los pacientes que completaron el tratamiento

Momento de medida	Grupo de tratamiento			Diferencia entre los 3 grupos		Diferencia entre pares de grupos*		
	TCC/I+PN	TCC/I	TCC/NI+PN	$\chi^2$	$p$	a vs. b	b vs. c	a vs. c
	[a] (n = 55)	[b] (n = 42)	[c] (n = 55)					
Post	85,5	85,7	87,7	0,09	0,96	n.s.	n.s.	n.s.
3 meses	76,4	76,2	72,7	0,24	0,89	n.s.	n.s.	n.s.
6 meses	60	50	36,4	6,19	0,04	n.s.	n.s.	< 0,05
1 año	41,8	33,3	24,4	3,30	0,19	n.s.	n.s.	n.s.

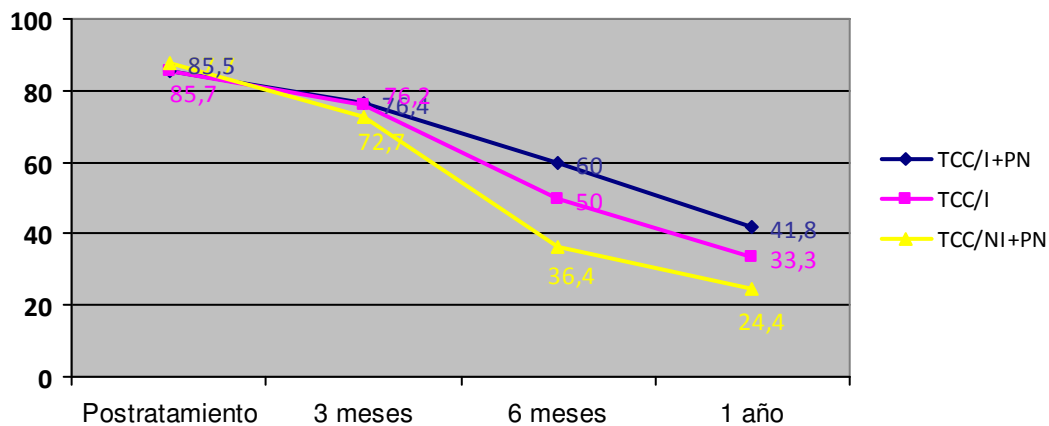
*Nota.* Todos los valores hacen referencia a porcentajes, salvo que se indique otra cosa. \* = se presentan los niveles de significación estadística resultantes de las pruebas z de comparación de pares de grupos de tratamiento; n.s. = diferencia estadísticamente no significativa; TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitiva conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitiva conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

Tras 6 meses desde que se dejó de fumar, en el seguimiento 2, sí se encontraron, sin embargo, diferencias estadísticamente significativas entre los grupos terapéuticos en las tasas de abstinencia continua validada ( $\chi^2$  (2, N = 152) = 6,19,  $p = 0,04$ ). Las posteriores pruebas z indicaron que el 60% de abstinentes validados del grupo de TCC/I+PN era significativamente superior al 36,4% del grupo de TCC/NI+PN, pero no al 50% del grupo de TCC/I. Estos dos últimos grupos tampoco resultaron ser diferentes de forma estadísticamente significativa en cuanto a las tasas de abstinencia continua validada ( $p > 0,05$ ). Sin embargo, en el seguimiento 3, tras un año sin fumar, de nuevo, al igual que en el postratamiento y el seguimiento 1, las diferencias entre grupos en cuanto a tasas de abstinencia validada resultaron no ser estadísticamente significativas, a pesar de que el grupo

de TCC/NI+PN mostró un 41,8% de abstinentes validados frente al 33,3% de TCC/I y al 24,4% de TCC/NI+PN ( $p > 0,05$ ) (véase la tabla 6.11).

En la figura 6.7 se presenta, para los pacientes que completaron el tratamiento, la evolución de los porcentajes de abstinencia continua validada de los grupos de tratamiento a lo largo de los diferentes momentos de evaluación.

Figura 6.7. Evolución, a lo largo de cada momento de medida, de las tasas de abstinencia continua validada de los grupos de tratamiento de los pacientes que completaron el tratamiento según el análisis por intención de tratar



*Nota.* TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitivo conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitivo conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

### 6.3.2.2. Análisis sin datos perdidos

De los 152 pacientes que completaron el tratamiento, en el postratamiento y en el seguimiento a los 3 meses fue posible obtener datos de abstinencia continua autoinformada de todos ellos, mientras que en los seguimientos a los 6 meses y al año fue posible de todos ellos menos uno ( $n = 151$ ). Dadas estas pérdidas tan ínfimas de datos, las características sociodemográficas y clínicas evaluadas en el

pretratamiento de los grupos de tratamiento finalmente analizados en cada momento de medida excluyendo a los pacientes con datos perdidos, fueron en todos los casos prácticamente iguales a las de los grupos de tratamiento del análisis según intención de tratar y que se han presentado en la tabla 6.9. Por tanto, en aras de la brevedad, tales características no se recogen en este apartado, sino en el anexo 15. Baste señalar aquí que los ANOVAs y las pruebas  $\chi^2$  realizadas únicamente con los pacientes que completaron el tratamiento y no tenían datos perdidos de abstinencia en un momento de medida dado, no revelaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento en ninguna de las variables sociodemográficas y clínicas evaluadas en el pretratamiento (en todos los casos  $p > 0,05$ ; véase el anexo 15).

Por la misma razón de la ínfima pérdida de datos, los resultados que se obtuvieron en el análisis sin datos perdidos en cuanto a las tasas de abstinencia continua autoinformada de los pacientes que comenzaron el tratamiento son prácticamente los mismos a los obtenidos en el análisis por intención de tratar y que se presentaron en la tabla 6.10. No obstante, tales resultados se han recogido en la tabla 6.12 y, como cabría esperar, las tasas de abstinencia continua autoinformada en el postratamiento de los grupos de TCC/I+PN, TCC/I y TCC/NI de pacientes sin datos perdidos no fueron diferentes de forma estadísticamente significativa (92,7%, 88,1% y 87,3%, respectivamente;  $p = 0,61$ ) y fueron las mismas que las obtenidas en el análisis por intención de tratar, ya que al finalizar el tratamiento se logró contactar con todos los pacientes que comenzaron el mismo y no lo abandonaron. Exactamente igual ocurrió al analizar los datos del seguimiento 1, con diferencias no significativas entre los tres grupos de tratamiento y tasas de abstinencia continua autoinformada iguales a las obtenidas en el análisis por intención de tratar (87,3%, 76,2% y 72,7%, para TCC/I+PN, TCC/I y TCC/NI+PN, respectivamente).

Tabla 6.12. Tasas de abstinencia continua autoinformada de los grupos de tratamiento para los pacientes que completaron el tratamiento según el análisis sin datos perdidos

Momento de medida	Grupo de tratamiento			Diferencia entre los 3 grupos		Diferencia entre pares de grupos*		
	TCC/I+PN	TCC/I	TCC/NI+PN	$ch^2$	$p$	<i>a vs.</i>	<i>b vs.</i>	<i>a vs.</i>
	[a]	[b]	[c]			<i>b</i>	<i>c</i>	<i>c</i>
Post ( $N = 152$ )								
<i>n</i>	55	42	55	0,98	0,61	n.s.	n.s.	n.s.
% abstinentes	92,7	88,1	87,3					
3 meses ( $n = 152$ )								
<i>n</i>	55	42	55	3,76	0,15	n.s.	n.s.	n.s.
% abstinentes	87,3	76,2	72,7					
6 meses ( $n = 151$ )								
<i>n</i>	54	42	55	9,65	0,008	n.s.	n.s.	< 0,05
% abstinentes	74,1	64,3	45,5					
1 año ( $n = 151$ )								
<i>n</i>	54	42	55	9,51	0,009	n.s.	n.s.	< 0,05
% abstinentes	59,3	38,1	30,9					

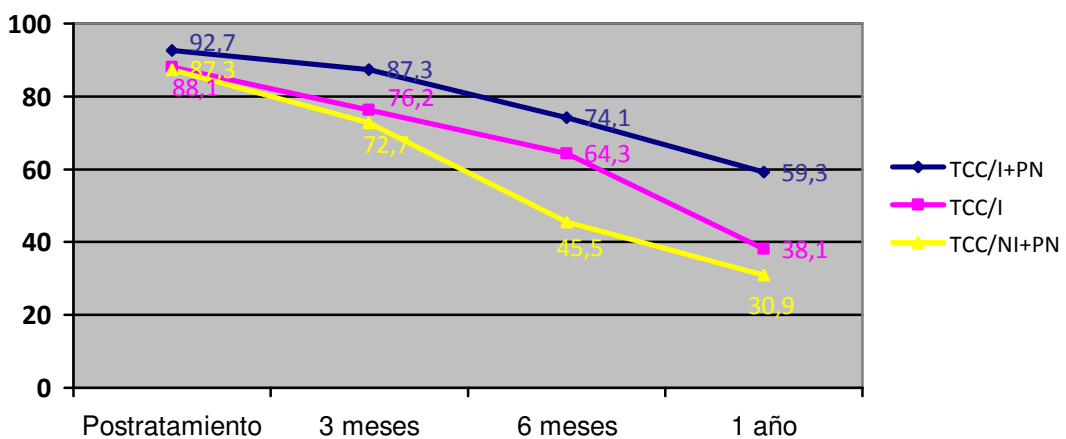
*Nota.* \* = se presentan los niveles de significación estadística resultantes de pruebas  $z$  de comparación de pares de grupos de tratamiento; n.s. = diferencia estadísticamente no significativa. TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitiva conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitiva conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

En el seguimiento 2, realizado a los 6 meses de que lo pacientes dejaron de fumar ( $n = 151$ ), se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos terapéuticos [ $ch^2$  (2,  $N = 151$ ) = 9,65,  $p = 0,008$ ]. El grupo de TCC/I+PN mostró una tasa de abstinencia continua autoinformada significativamente superior a la del grupo de TCC/NI+PN (74,1% frente a 45,5%, respectivamente;  $p < 0,05$ ). La tasa de abstinencia continua autoinformada de 64,3% encontrada en el grupo TCC/I, sin embargo, no resultó ser diferente significativamente a las de los grupos de TCC/I+PN y de TCC/NI+PN. El mismo patrón de resultados se observó en el seguimiento al año (seguimiento 3;  $n = 151$ ), en el que se mantuvieron las

diferencias entre los grupos [ $\chi^2 (2, N = 151) = 9,51, p = 0,008$ ]. Las posteriores pruebas z confirmaron que la tasa de abstinencia continua autoinformada del grupo de TCC/I+PN (53,3%) era significativamente superior a la del grupo de TCC/NI+PN (30,9%), pero no así a la del grupo de TCC/I (38,1%). Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las tasas de abstinencia continua autoinformada de estos dos últimos grupos de tratamiento (véase la tabla 6.12).

En la figura 6.8 se presenta la evolución en el tiempo de los porcentajes de abstinencia continua autoinformada de los tres grupos terapéuticos para los pacientes que completaron el tratamiento y que no tenían datos perdidos.

Figura 6.8. Evolución, a lo largo de cada momento de medida, de las tasas de abstinencia continua autoinformada de los grupos de tratamiento de los pacientes que completaron el tratamiento según el análisis sin datos perdidos



*Nota.* TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitiva conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitiva conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

En cuanto a las tasas de abstinencia continua validada por un medida de  $CO < 8$  ppm, de los 152 pacientes que completaron el tratamiento, en el postratamiento fue posible obtener datos de abstinencia continua validada de 148 pacientes, mientras que en los seguimientos a los 3 meses, 6 meses y al año fue posible obtenerlos de 146, 133 y 137 pacientes, respectivamente, lo que implicaba pérdidas relativamente pequeñas de datos de abstinencia continua validada que oscilaban entre 7 pacientes (4,6%) y 19 pacientes (12,5%).

Dado que las pérdidas de datos no superaban, en el peor de los casos, el 15%, las características sociodemográficas y clínicas evaluadas en el pretratamiento de los grupos de tratamiento finalmente analizados en cada momento de medida excluyendo a los pacientes con datos perdidos, fueron en todos los casos muy similares a las de los grupos de tratamiento del análisis según intención de tratar y que se han presentado en la tabla 6.9. Por consiguiente, en interés de la brevedad, tales características se recogen en el anexo 16. Baste señalar aquí que los ANOVAs y las pruebas  $ch^2$  realizadas únicamente con los pacientes que completaron el tratamiento y no tenían datos perdidos de abstinencia continua validada en un momento de medida dado, no revelaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento en ninguna de las variables sociodemográficas y clínicas evaluadas en el pretratamiento (en todos los casos  $p > 0,05$ ; véase el anexo 16).

En la tabla 6.13 se presentan las tasas de abstinencia continua validada de los tres grupos de tratamiento para los pacientes que habían completado el tratamiento y no tenían datos perdidos sobre dicha abstinencia y para cada uno de los momentos de medida. Las pruebas de  $ch^2$  sobre dichas tasas de abstinencia revelaron que, en el postratamiento ( $n = 148$ ), no había diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento ( $p = 0,86$ ), aunque el 90% de los pacientes del grupo de TCC/I+PN presentara abstinencia continua

validada y dicho porcentaje fuera ligeramente superior al 87,8% del grupo de TCC/I y al 87,3% del grupo de TCC/NI+PN. Al analizar los 146 pacientes de los que se contaba con medidas de abstinencia continua validada en el seguimiento a los 3 meses (seguimiento 1), tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento respecto a esa medidas de abstinencia (TCC/I+PN = 85,7%, TCC/I = 76,2% y TCC/NI+PN = 72,7%;  $p = 0,26$ ).

Tabla 6.13. Tasas de abstinencia continua validada de los grupos de tratamiento para los pacientes que completaron el tratamiento según el análisis sin datos perdidos

Momento de medida	Grupo de tratamiento			Diferencia entre los 3 grupos		Diferencia entre pares de grupos*		
	TCC/I+PN [a]	TCC/I [b]	TCC/NI+PN [c]	$\chi^2$	$p$	a vs. b	b vs. c	a vs. c
Post ( $N = 148$ )								
$n$	52	41	55	0,28	0,86	n.s.	n.s.	n.s.
% abstinentes	90,4%	87,8%	87,3%					
3 meses ( $n = 146$ )								
$n$	49	42	55	2,68	0,26	n.s.	n.s.	n.s.
% abstinentes	85,7%	76,2%	72,7%					
6 meses ( $n = 133$ )								
$n$	47	36	50	9,10	0,01	n.s.	n.s.	< 0,05
% abstinentes	70,2%	58,3%	40,0%					
1 año ( $n = 137$ )								
$n$	45	40	52	6,16	0,04	n.s.	n.s.	< 0,05
% abstinentes	51,1%	35%	26,9%					

Nota. \* = se presentan los niveles de significación estadística resultantes de pruebas  $z$  de comparación de pares de grupos de tratamiento; n.s. = diferencia estadísticamente no significativa. TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitiva conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitiva conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

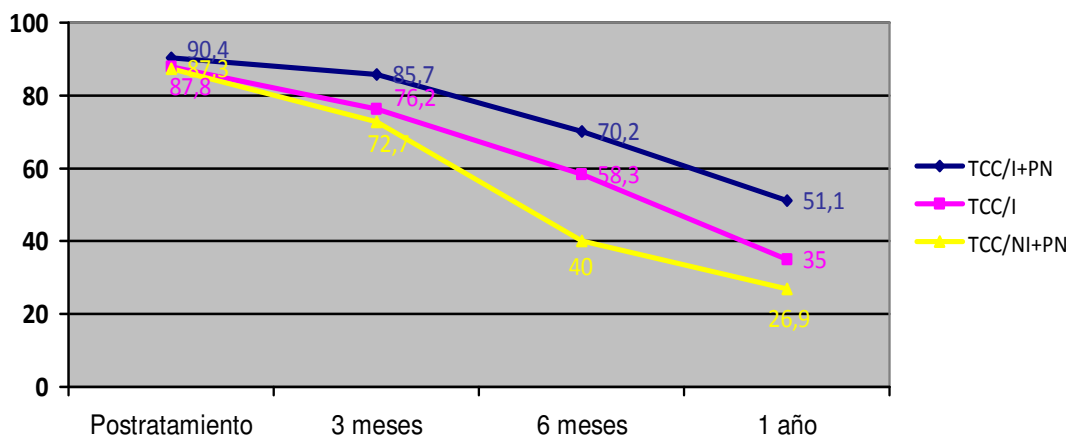
Por el contrario, en los seguimientos a los 6 meses ( $n = 133$ ) y al año ( $n = 137$ ) sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos

terapéuticos respecto a sus tasas de abstinencia continua validada [ $ch^2$  (2,  $N = 133$ ) = 9,10,  $p = 0,01$  y  $ch^2$  (2,  $N = 1137$ ) = 6,16,  $p = 0,04$ , respectivamente]. Las posteriores pruebas  $z$  indicaron, al igual que había ocurrido en el caso de la abstinencia continua autoinformada (véase la tabla 6.12), que en esos seguimientos a los 6 meses y al año, el grupo de TCC/I+PN mostraba tasas de abstinencia continua validada significativamente superiores a las mostradas por el grupo de TCC/NI+PN (70,2% frente a 40% en el seguimiento a los 6 meses y 51,1% frente a 26,9% en el seguimiento al año; ambas diferencias significativas con  $p < 0,05$ ), pero no significativamente diferentes de las del grupo del TCC/I (58,3% en el seguimiento a los 6 meses y 35% en el seguimiento al año). Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre este último grupo de tratamiento y el grupo de TCC/NI+PN en cuanto a las tasas de abstinencia continua validada (véase la tabla 6.13).

La figura 6.9 recoge gráficamente los porcentajes de abstinencia continua validada en los diferentes momentos de medida y para los tres grupos de tratamiento, de los pacientes que completaron el tratamiento excluyendo aquellos que no pudieron ser contactados y, por lo tanto, tenían datos perdidos de abstinencia continua validada. El perfil de dicha evolución es muy similar al encontrado con la otra medida de abstinencia (abstinencia continua autoinformada), con el otro tipo de análisis (según intención de tratar) y con el otro tipo de muestra (pacientes que comenzaron el tratamiento) (véanse las figuras 6.2., 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 6.7 y 6.8), es decir, el grupo de TCC/I+PN mostró a lo largo de prácticamente todos los momentos de medida tasas de abstinencia continua más altas que los otros dos grupos de tratamiento, aunque esas diferencias, en general, sólo fueron estadísticamente significativas en los seguimientos a los 6 meses y al año y en comparación al grupo de TCC/NI+PN. Por otro lado, la figura 6.9 también sugiere, de forma consistente a las figuras 6.6, 6.7 y 6.8, que las tasas de abstinencia a los

6 meses y al año del grupo de TCC/I son en general más altas que las del grupo de TCC/NI+PN, ocupando una posición intermedia entre éstas y las del grupo de TCC/I+PN, aunque los resultados de las pruebas estadísticas indican que tales diferencias no son estadísticamente significativas.

Figura 6.9. Evolución, a lo largo de cada momento de medida, de las tasas de abstinencia continua validada de los grupos de tratamiento de los pacientes que completaron el tratamiento según el análisis sin datos perdidos



*Nota.* TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitiva conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitiva conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

#### 6.4. Resumen de las diferencias en las tasas de abstinencia entre los grupos de tratamiento

Para mayor claridad, en la tabla 6.14 se muestra, de manera conjunta y resumida, la existencia o no de diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de tratamiento en cuanto a las tasas de abstinencia continua, tanto autoinformada como validada por CO, en función del tipo de análisis (por intención de tratar y sin datos perdidos) y en función del momento de medida

(postratamiento, seguimiento a los 3 meses, seguimiento a los 6 meses y seguimiento al año).

Tabla 6.14. Resumen de los resultados estadísticamente significativos en cuanto a las diferencias en tasas de abstinencia entre los grupos de tratamiento

<b>Tipo de abstinencia, de análisis y de momento de medida</b>	<b>Diferencia entre los 3 grupos</b>	<b>TCC/I+PN* frente a TCC/I</b>	<b>TCC/I* frente a TCC/NI+PN</b>	<b>TCC/I+PN* frente a TCC/NI+PN</b>
<b>Considerando todos los pacientes que comenzaron el tratamiento</b>				
Abstinencia continua autoinformada				
Intención de tratar				
Post	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
3 meses	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
6 meses	0,01	n.s.	n.s.	< 0,05
1 año	0,01	< 0,05	n.s.	< 0,05
Sin datos perdidos				
Post	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
3 meses	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
6 meses	0,01	n.s.	n.s.	< 0,05
1 año	0,01	< 0,05	n.s.	< 0,05
Abstinencia continua validada				
Intención de tratar				
Post	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
3 meses	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
6 meses	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
1 año	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sin datos perdidos				
Post	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
3 meses	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
6 meses	0,02	n.s.	n.s.	< 0,05
1 año	0,04	n.s.	n.s.	< 0,05
<b>Considerando únicamente los pacientes que completaron el tratamiento</b>				
Abstinencia continua autoinformada				
Intención de tratar				
Post	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
3 meses	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

Tipo de abstinencia, de análisis y de momento de medida	Diferencia entre los 3 grupos	TCC/I+PN* frente a TCC/I	TCC/I* frente a TCC/NI+PN	TCC/I+PN* frente a TCC/NI+PN
6 meses	0,01	n.s.	n.s.	< 0,05
1 año	0,01	n.s.	n.s.	< 0,05
Sin datos perdidos				
Post	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
3 meses	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
6 meses	0,008	n.s.	n.s.	< 0,05
1 año	0,009	n.s.	n.s.	< 0,05
Abstinencia continua validada				
Intención de tratar				
Post	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
3 meses	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
6 meses	0,04	n.s.	n.s.	< 0,05
1 año	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sin datos perdidos				
Post	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
3 meses	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
6 meses	0,01	n.s.	n.s.	< 0,05
1 año	0,04	n.s.	n.s.	< 0,05

*Nota.* Todos los valores representan niveles de significación estadística asociados a las pruebas de diferencias, salvo que se especifique lo contrario. n.s. = diferencia no significativa estadísticamente; Post = postratamiento; TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitivo conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitivo conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

### 6.5. Reducción del consumo de cigarrillos en los pacientes que continuaban fumando

En este apartado se recogen los resultados de los ANOVAs 2 x 3 realizados sobre el número de cigarrillos consumidos por los pacientes que no alcanzaron la abstinencia en cada momento de medida, tomando como factor intrasujetos el propio momento de medida (pretratamiento frente a cada uno de los otros momentos de medida) y como factor intersujetos el grupo de tratamiento

(TCC/I+PN, TCC/I y TCC/NI+PN). Estos ANOVAs se realizaron, en primer lugar, teniendo en cuenta todos los pacientes que comenzaron el tratamiento y, posteriormente, teniendo en cuenta únicamente los pacientes que completaron el tratamiento. El objetivo de estos ANOVAs era conocer en los pacientes que no habían alcanzado la abstinencia: (1) en qué medida los tratamientos habían contribuido a reducir el número de cigarrillos que fumaban en el pretratamiento, y (2) si existían diferencias significativas en el impacto que tenía cada tratamiento en dicha reducción. Tal y como se hizo en relación con las tasas de abstinencia, antes de realizar estos ANOVAs sobre el número de cigarrillos fumados, se llevaron a cabo otros ANOVAs y pruebas de  $\chi^2$  para comprobar si existían diferencias entre los pacientes no abstinentes de los grupos de tratamiento en relación con las variables sociodemográficas y clínicas evaluadas en el pretratamiento o con las tasas de abandono del tratamiento, de tal manera que de ser así, tales diferencias pudieran controlarse estadísticamente (como covariables) mediante la realización de ANCOVAs sobre el número de cigarrillos fumados en lugar de ANOVAs, o pudieran tenerse en cuenta en la interpretación de las diferencias entre grupos de tratamiento en la reducción del número de cigarrillos fumados.

#### **6.5.1. Diferencias entre los grupos de tratamiento en los pacientes que comenzaron el tratamiento**

De todos los pacientes que comenzaron el tratamiento, en el postratamiento fue posible contactar con una submuestra de 79 pacientes que informaron que no habían dejado de fumar y que proporcionaron datos sobre el número de cigarrillos que fumaban diariamente, mientras que en los seguimientos a 3 meses, 6 meses y un año, las submuestras correspondientes estaban compuestas por 102, 129 y 152 pacientes, respectivamente.

Los ANOVAs y las pruebas *chi2* realizados con tales submuestras no revelaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento en relación con sus características sociodemográficas y clínicas evaluadas en el pretratamiento (en todos los casos  $p > 0,05$ ). En el anexo 17 se pueden consultar esas características en función del grupo de tratamiento así como los resultados detallados de los análisis estadísticos mencionados.

En la tabla 6.15 se recogen las reducciones promedio en el número de cigarrillos de cada uno de los grupos de tratamiento en cada momento de medida. En el postratamiento, aunque el grupo de TCC/I+PN redujo, en promedio, un mayor número de cigarrillos (9,9) que el grupo de TCC/NI+PN (8,6) y éste, a su vez, más que el grupo de TCC/I (5,9), tales diferencias no fueron estadísticamente significativas, tal y como indicaba el ANOVA 2 x 3 al mostrar que el efecto de interacción entre grupo de tratamiento y momento de medida no era estadísticamente significativo ( $p = 0,35$  ; véase la tabla 6.15). Sin embargo, ese mismo ANOVA arrojó un efecto estadísticamente significativo para el factor de momento de medida [ $F(1, 76) = 56,33$ ,  $p = 0,001$ ], reflejando en todos los grupos de tratamiento en su conjunto una reducción significativa en el número de cigarrillos fumados en el postratamiento respecto al pretratamiento.

El mismo patrón de resultados se pudo observar en los seguimientos realizados a los 3 meses (seguimiento 1), a los 6 meses (seguimiento 2) y al año (seguimiento 3). El grupo de TCC/I+PN volvió a reducir, en promedio, un mayor número de cigarrillos en cada uno de los seguimientos (8,7, 7,5 y 7,3, respectivamente) que el grupo de TCC/NI+PN (7,9, 7,3 y 5,3) y éste, a su vez, más que el grupo de TCC/I (5,2, 5,6 y 4,7), pero tales diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p = 0,26$ ,  $0,50$  y  $0,25$  para los respectivos efectos de interacción entre grupo de tratamiento y momento de medida; véase la tabla 6.15), mientras que los efectos del factor de momento de medida sí que resultaron

estadísticamente significativos [ $F(1, 99) = 65,32, p = 0,001$ , para el seguimiento 1;  $F(1, 126) = 84,75, p = 0,001$ , para el seguimiento 2;  $F(1, 149) = 84,52, p = 0,001$ , para el seguimiento 3], reflejando en los tres grupos de tratamiento en su conjunto una reducción significativa en el número de cigarrillos fumados a los 3 meses (7,3 cigarrillos de reducción media), a los 6 meses (6,8 cigarrillos de reducción media) y al año (5,7 cigarrillos de reducción media) (véase la tabla 6.15).

Tabla 6.15. Reducción del número de cigarrillos, en función de los grupos de tratamiento y del momento de medida, en los pacientes que comenzaron el tratamiento y que no dejaron de fumar en cada momento de medida

Momento de medida	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos †	
	TCC/I+PN	TCC/I	TCC/NI+PN	F	p
<b>Postratamiento (n = 79)</b>					
n	22	31	26		
Cigarrillos en el pretratamiento	22,7 (11,7)	21,5 (9,3)	21,7 (5,2)	1,07	0,35
Cigarrillos en el postratamiento	12,8 (7,8)	15,6 (9,5)	13,1 (7,5)		
Reducción de cigarrillos	9,9 (10,4)	5,9 (9,5)	8,6 (8,4)		
‡ Pre-post: $F = 56,33, p = 0,001$					
<b>3 meses (seg. 1) (n = 102)</b>					
n	27	36	39		
Cigarrillos en el pretratamiento	22,4 (11,3)	21,1 (8,7)	21,7 (8,6)	1,36	0,26
Cigarrillos en el seguimiento 1	13,7 (6,6)	15,8 (8,9)	13,8 (6,7)		
Reducción de cigarrillos	8,7 (10,5)	5,2 (8,2)	7,9 (8,4)		
‡ Pre-seg1: $F = 65,32, p = 0,001$					
<b>6 meses (seg. 2) (n = 129)</b>					
n	34	41	54		
Cigarrillos en el pretratamiento	21,3 (10,6)	20,7 (8,6)	21,4 (8,3)	0,68	0,50
Cigarrillos en el seguimiento 2	13,8 (6,2)	15,7 (8,5)	14,6 (6,1)		
Reducción de cigarrillos	7,5 (9,5)	5,6 (7,5)	7,3 (7,9)		
‡ Pre-seg2: $F = 84,75, p = 0,001$					

Momento de medida	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos †	
	TCC/I+PN	TCC/I	TCC/NI+PN	F	p
<b>1 año (seg. 3) (n = 152)</b>					
<i>n</i>	41	53	58		
Cigarrillos en el pretratamiento	23,2 (10,1)	20,4 (8,8)	20,9 (6,2)	1,40	0,25
Cigarrillos en el seguimiento 3	15,9 (7,2)	15,7 (8,7)	15,6 (5,9)		
Reducción de cigarrillos	7,3 (8,9)	4,7 (7,5)	5,3 (6,9)		
‡ Pre-seg3: $F = 84,52$ , $p = 0,001$					

*Nota:* Todos los valores hacen referencia a medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se indique lo contrario. † valor  $F$  y  $p$  del ANOVA para la interacción entre los factores de grupo de tratamiento y de momento de medida, ‡ = valor  $F$  y  $p$  del ANOVA para el factor intrasujetos de momento de medida. TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitivo conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitivo conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

### **6.5.2. Diferencias entre los grupos de tratamiento en los pacientes que completaron el tratamiento**

Los mismos tipos de análisis comentados en el apartado anterior se realizaron teniendo en cuenta únicamente los pacientes que completaron el tratamiento. De estos pacientes, en el postratamiento fue posible contactar con una submuestra de 15 pacientes que informaron que no habían dejado de fumar y que proporcionaron datos sobre el número de cigarrillos que fumaban diariamente, mientras que en los seguimientos a 3 meses, 6 meses y un año, las submuestras correspondientes estaban compuestas por 32, 55 y 89 pacientes, respectivamente. Debido a estos tamaños más reducidos de las submuestras, en el postratamiento y en el seguimiento a los 3 meses, varios grupos de tratamiento tenían menos de 10 pacientes. Por lo tanto, y para asegurar la fiabilidad de los resultados de los análisis estadísticos, se decidió analizar únicamente los datos de los seguimientos a los 6

meses y al año, los cuales eran los únicos que contaban en todos los grupos terapéuticos con más de 10 pacientes.

Los ANOVAs y las pruebas *chi*<sup>2</sup> realizados con las submuestras de los seguimientos a los 6 meses y al año no revelaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento en relación con sus características sociodemográficas y clínicas evaluadas en el pretratamiento (en todos los casos  $p > 0,05$ ). En el anexo 18 se pueden consultar esas características en función del grupo de tratamiento así como los resultados detallados de los análisis estadísticos mencionados.

En la tabla 6.16 se recogen las reducciones promedio en el número de cigarrillos de cada uno de los grupos de tratamiento en los seguimientos a los 6 meses y al año. Los ANOVAs 2 (momento de medida) x 3 (grupo de tratamiento) realizados sobre el número de cigarrillos arrojaron resultados parecidos a los encontrados con los pacientes que comenzaron el tratamiento y que se comentaron en el apartado anterior (compárese la tabla 6.16 con la tabla 6.15). En concreto, en los pacientes que completaron el tratamiento, no se encontraron, tanto en el seguimiento a los 6 meses como en el seguimiento al año, interacciones estadísticamente significativas entre el momento de medida y el grupo terapéutico que reflejaran diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento en cuanto a la reducción de cigarrillos ( $p = 0,90$  y  $0,50$  para los seguimientos a 6 meses y al año, respectivamente; véase la tabla 6.16). En la misma línea, tomando en conjunto todos los grupos de tratamiento, las reducciones medias de 9,7 y 8,4 cigarrillos en los seguimientos a 6 meses y un año, respectivamente, frente a los cigarrillos consumidos en el pretratamiento, resultaron ser estadísticamente significativas, tal y como corroboraban los efectos estadísticamente significativos del factor momento de medida [ $F(1, 56) = 96,77$ ,  $p =$

0,001, en el seguimiento a 6 meses, y  $F(1, 56) = 97,47$ ,  $p = 0,001$ , en el seguimiento al año] (véase la tabla 6.16).

Tabla 6.16. Reducción del número de cigarrillos, en función de los grupos de tratamiento y del momento de medida, en los pacientes que completaron el tratamiento y que no dejaron de fumar en cada momento de medida

Momento de medida	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos †	
	TCC/I+PN	TCC/I	TCC/NI+PN	F	p
<b>6 meses (seg. 2) (n = 59)</b>					
<i>n</i>	14	15	30		
Cigarrillos en el pretratamiento	20,5 (7,5)	19,9 (6,9)	21,6 (6,3)	0,10	0,90
Cigarrillos en el seguimiento 2	10,9 (5,2)	9,8 (3,5)	12,2 (5,7)		
Reducción de cigarrillos	9,6 (7,7)	10,1 (5,3)	9,4 (7,8)		
‡ Pre-seg2: $F = 96,77$ ; $p = 0,001$					
<b>1 año (seg. 3) (n = 85)</b>					
<i>n</i>	22	26	37		
Cigarrillos en el pretratamiento	23,2 (8,6)	19,6 (8,2)	20,6 (6,7)	0,69	0,50
Cigarrillos en el seguimiento 3	13,7 (6,5)	10,9 (5,2)	13,4 (5,1)		
Reducción de cigarrillos	9,5 (9,5)	8,7 (6,5)	7,2 (7,3)		
‡ Pre-seg3: $F = 97,47$ , $p = 0,001$					

*Nota:* Todos los valores hacen referencia a medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se indique lo contrario. † valor  $F$  y  $p$  del ANOVA para la interacción entre los factores de grupo de tratamiento y de momento de medida, ‡ = valor  $F$  y  $p$  del ANOVA para el factor intrasujetos de momento de medida. TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitiva conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitiva conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

### 6.5.3. Diferencias entre los pacientes que completaron el tratamiento y los que no lo completaron

Dado que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento respecto a la reducción del número de cigarrillos en

aquellos pacientes que no habían dejado de fumar (véanse las tablas 6.15 y 6.16), se realizaron unos análisis estadísticos similares a los de los apartados anteriores sustituyendo el factor de grupo de tratamiento por el factor de cumplimiento (o abandono) del tratamiento, con el fin de analizar si existían diferencias significativas, en cuanto a la reducción del número de cigarrillos fumados en cada momento de medida, entre los pacientes que habían completado el tratamiento o no lo habían hecho.

De los pacientes que comenzaron el tratamiento, en el postratamiento fue posible contactar con una submuestra de 79 pacientes que informaron que no habían dejado de fumar y que proporcionaron datos sobre el número de cigarrillos que fumaban diariamente, de los cuales, 64 habían completado el tratamiento y 15 no lo habían hecho y habían abandonado; en los seguimientos a 3 meses, 6 meses y un año, las submuestras correspondientes estaban compuestas, respectivamente, por 102 pacientes (70 habían completado el tratamiento y 32 lo habían abandonado), 129 pacientes (60 habían completado el tratamiento y 69 lo habían abandonado) y 152 pacientes (85 habían completado el tratamiento y 67 habían abandonado).

Los ANOVAs y las pruebas *chi2* realizadas con tales submuestras no revelaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que habían completado el tratamiento y los que no lo habían hecho, en relación con sus características sociodemográficas y clínicas evaluadas en el pretratamiento (en todos los casos  $p > 0,05$ ), salvo por un mayor nivel de sintomatología depresiva (BDI-II Breve) o ansiosa (BAI o HAD) en el grupo de pacientes que había abandonado el tratamiento cuando tales análisis se realizaron con las submuestras del postratamiento y de los seguimientos a 6 meses y un año. Estas variables (depresión medida por el BDI-II Breve y ansiedad medida por el BAI y el HAD) fueron incluidas como covariables en los posteriores análisis sobre el número de

cigarrillos fumados en los diferentes momentos de medida. En el anexo 17 se pueden consultar esas características en función del grupo de tratamiento así como los resultados detallados de los análisis estadísticos mencionados.

En la tabla 6.17 se presentan las reducciones promedio en el número de cigarrillos de cada uno de los grupos de cumplimiento del tratamiento (completado frente a no completado) en el postratamiento y en los seguimientos a los 3 meses, a los 6 meses y al año. Los ANOVAs 2 (momento de medida) x 2 (grupo de cumplimiento o abandono del tratamiento) realizados sobre el número de cigarrillos arrojaron efectos estadísticamente significativos para la interacción entre ambos factores (momento de medida x grupo de cumplimiento del tratamiento), los cuales reflejaban una mayor reducción en el número de cigarrillos, en todos los momentos de medida, en el grupo de pacientes que había completado el tratamiento. En concreto, en el postratamiento, los pacientes que completaron el tratamiento mostraron una reducción media de 17,3 cigarrillos frente a los 5,6 cigarrillos del grupo de pacientes que abandonó el mismo [ $F(1, 77) = 24,09, p = 0,001$ ]. En el seguimiento a los 3 meses (seguimiento 1), la reducción de 13,1 cigarrillos en el grupo que completó el tratamiento continuaba siendo superior de forma estadísticamente significativa a la reducción media de cigarrillos obtenida por el grupo que abandonó el tratamiento (4,5 cigarrillos) [ $F(1, 100) = 24,81, p = 0,001$ ]. La misma tendencia se observó al analizar los seguimientos a los 6 meses y al año. A los 6 meses de dejar de fumar (seguimiento 2), los pacientes que completaron el tratamiento mostraban una reducción de 9,7 cigarrillos como promedio, reducción que fue superior de manera estadísticamente significativa a los 4,3 cigarrillos de reducción promedio del grupo que abandonó el tratamiento [ $F(1, 127) = 15,66, p = 0,001$ ]. En el seguimiento al año (seguimiento 3), el grupo que abandonó el tratamiento presentaba reducciones promedio de 2,3 cigarrillos, estadísticamente

inferiores a las del grupo que completó el tratamiento que, en promedio, eran de 8,3 cigarrillos [ $F(1, 150) = 25,79, p = 0,001$ ] (véase la tabla 6.14).

Tabla 6.17. Reducción del número de cigarrillos en los pacientes que no dejaron de fumar en cada momento de medida, en función de si completaron o no el tratamiento

Momento de medida	Completaron el tratamiento		ANOVA de diferencias entre grupos	
	Sí	No	F	p
<b>Postratamiento (n = 79)</b>				
n	64	15		
Cigarrillos pretratamiento	22,1 (6)	21,7 (9,5)	24,09	0,001
Cigarrillos postratamiento	4,8 (4,4)	16,1 (7,4)		
Reducción de cigarrillos	17,3 (5,7)	5,6 (8,7)		
‡ Pre-post: $F = 92,77, p = 0,001$				
<b>3 meses (seg. 1) (n = 102)</b>				
n	70	32		
Cigarrillos pretratamiento	21,2 (6,5)	21,9 (9,5)	24,81	0,001
Cigarrillos seguimiento 1	8,1 (4,15)	17,4 (7,1)		
Reducción de cigarrillos	13,1 (7,3)	4,5 (8,4)		
‡ Pre-seg1: $F = 102,85, p = 0,001$				
<b>6 meses (seg. 2) (n = 129)</b>				
n	60	69		
Cigarrillos pretratamiento	20,9 (6,6)	21,2 (5,1)	15,66	0,001
Cigarrillos seguimiento 2	11,2 (5,1)	17,5 (7)		
Reducción de cigarrillos	9,7 (7,1)	4,3 (8,2)		
‡ Pre-seg2: $F = 104,95; p = 0,001$				
<b>1 año (seg. 3) (n = 152)</b>				
n	85	67		
Cigarrillos pretratamiento	21 (7,7)	21,8 (9,1)	25,79	0,001
Cigarrillos seguimiento 3	12,7 (5,6)	19,5 (7,5)		
Reducción de cigarrillos	8,3 (7,7)	2,3 (6,3)		
‡ Pre-seg3: $F = 82,84; p = 0,001$				

Nota. Todos los valores hacen referencia a media de cigarrillos (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se indique lo contrario. ‡ = valor F y p resultante del ANOVA tomando como factor intrasujetos el momento de medida. TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitiva conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitiva conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

Cuando los anteriores ANOVAs fueron repetidos como ANCOVAs, incluyendo como covariables la sintomatología de depresión medida por el BDI-II Breve, la sintomatología ansiosa medida por el BAI y la sintomatología ansiosa medida por el HAD, sus resultados fueron prácticamente los mismos que los que se recogen en la tabla 6.17, es decir, de forma estadísticamente significativa se encontró una mayor reducción en el número de cigarrillos, en todos los momentos de medida, en el grupo de pacientes que había completado el tratamiento en comparación al grupo de pacientes que no lo había hecho por haber abandonado el tratamiento (todos los efectos de interacción momento de medida x grupo de cumplimiento del tratamiento fueron significativos con  $p < 0,001$  y, además, todos los efectos de las covariables fueron no significativas con  $p > 0,05$ ).



# **Capítulo 7.**

## **Discusión**



## 7. DISCUSIÓN

En los últimos años las principales guías clínicas para el tratamiento del tabaquismo como, por ejemplo, las patrocinadas por el U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2000, 2008), lejos de poner de relieve la eficacia y utilidad clínica de los tratamientos psicológicos para dejar de fumar, en especial de los tratamientos multicomponentes, van restando progresivamente importancia a los mismos, de manera casi inversamente proporcional al incremento en la investigación de nuevos fármacos para el abordaje del tabaquismo (García-Vera y Sanz, 2006a). Estas guías aluden a la escasez de estudios metodológicamente sólidos (p. ej., experimentales, con seguimientos a largo plazo, con tasas de abstinencia validada, con muestras de tamaño adecuado) y a la falta de trabajos procedentes de diferentes equipos de investigación, como argumentos para justificar sus recomendaciones poco favorecedoras al tratamiento psicológico (Fiore et al., 2000, 2008).

Por otra parte, a pesar de la variedad de tratamientos farmacológicos y psicológicos disponibles para dejar de fumar, únicamente entre un 15% y un 50% de los fumadores que siguen un tratamiento consiguen permanecer abstinentes a medio y largo plazo, y, además, los fumadores son cada vez más resistentes a los tratamientos existentes (Becoña y Míguez, 2008; Fagerström y Furberg, 2008; Piasecki, 2006).

En el ámbito especializado e intensivo existe cierto consenso en considerar el tratamiento combinado (farmacológico y psicológico) como el más eficaz en la actualidad para el manejo clínico de los fumadores (CNPT, 2008; Fiore et al., 2008; Herrero y Moreno, 2003; SEDET, 2009). Sin embargo, existen datos contradictorios que indican que no existe un efecto beneficioso derivado del uso conjunto de los tratamientos psicológicos y farmacológicos en comparación a su uso aislado, datos que, por el contrario, apoyan la utilización en solitario de los abordajes

farmacológicos o de los psicológicos en función del estudio que se consulte (Alonso et al., 2007; García-Vera y Sanz, 2006a; Hitsman, Pingitore, Spring, Mahabeshwarkar, Mizes, Segraves et al., 1999; Jorenby et al., 1995; Secades et al., 1999).

En este contexto de dudas sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos, de la necesidad de aumentar la eficacia de los tratamientos para dejar de fumar y de dudas sobre los beneficios de aplicar conjuntamente tratamientos psicológicos y tratamientos farmacológicos en comparación a su aplicación aislada, el objetivo concreto del presente estudio empírico era examinar de manera directa, en un mismo estudio experimental, con seguimientos a medio y largo plazo, con tasas de abstinencia validada y con muestras de tamaño adecuado, la eficacia diferencial de tres tipos de tratamiento: terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina (TCC/I+PN); terapia cognitivo conductual intensiva (TCC/I), y terapia cognitivo conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina (TCC/NI+PN). El objetivo general del estudio era que esta comparación pudiera servir para arrojar luz sobre la eficacia del tratamiento cognitivo conductual para dejar de fumar así como sobre la eficacia de su combinación con parches de nicotina.

### **7.1. Eficacia diferencial para dejar de fumar de la terapia cognitiva conductual, de los parches de nicotina y de su combinación**

La primera hipótesis del presente estudio planteaba que el grupo de TCC/I+PN mostraría, de forma estadísticamente significativa, tasas más altas de abstinencia continua autoinformada y validada por un CO < 8 ppm que los otros dos grupos de tratamiento (TCC/I y TCC/NI+PN), tanto a corto plazo (postratamiento) como a medio plazo (a los 3 y 6 meses desde que se dejó de fumar) y a largo plazo (al año desde que se dejó de fumar), mientras que la segunda hipótesis planteaba

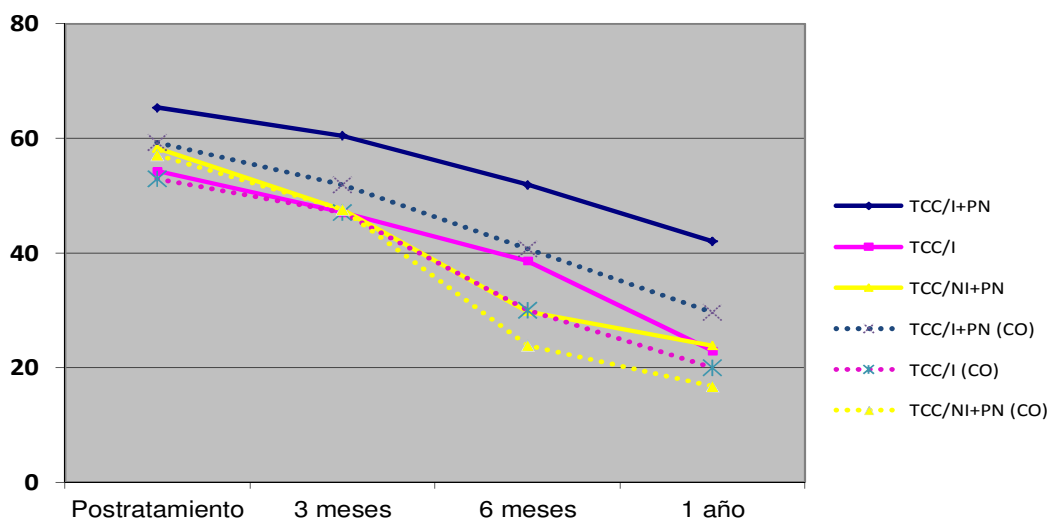
que las tasas de abstinencia continua autoinformada y validada por CO del grupo de pacientes que recibió TCC/I serían significativamente más altas a corto, medio y largo plazo (postratamiento y 3 meses, 6 meses y 1 año desde que se dejó de fumar) que la del grupo de pacientes que recibió TCC/NI+PN.

Teniendo en cuenta los distintos tipos de análisis (por intención de tratar — *intent to treat*— y sin datos perdidos; con todos los pacientes que comenzaron el tratamiento y sólo con los pacientes que lo completaron) empleados con los datos de abstinencia continua tanto autoinformada como validada, los resultados del presente estudio, en general, confirman parcialmente la primera hipótesis y no confirman, sin embargo, la segunda hipótesis (véase el resumen que se presenta en la tabla 6.14 del capítulo anterior).

En concreto, y analizando los datos tanto por intención de tratar como sin datos perdidos y tanto con los pacientes que comenzaron el tratamiento como sólo con los pacientes que lo completaron, se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los tres tipos de tratamiento en cuanto a las tasas de abstinencia continua autoinformada y las tasas de abstinencia continua validada en los seguimientos a los 6 meses y al año, pero no en el postratamiento y en el seguimiento a los 3 meses. Es más, en la línea con la primera hipótesis y tal y como puede verse en los resúmenes que se presentan en las figuras 7.1, 7.2, 7.3 y 7.4, el grupo de pacientes que recibió TCC/I+PN mostró mayores tasas de abstinencia autoinformada y validada que los grupos de pacientes que recibieron los otros dos tratamientos (TCC/I y TCC/NI+PN) a lo largo de todos los momentos de medida, aunque esa mayor eficacia solamente fue estadísticamente significativa, en general, en los seguimientos realizados a los 6 meses y al año desde que los pacientes habían dejado de fumar, y mucho más consistente en comparación con el TCC/NI+PN y en relación con las tasas de abstinencia continua autoinformada. Por el contrario, las tasas de abstinencia continua autoinformada o validada de los

tratamientos TCC/I y TCC/NI+PN fueron más similares y no fueron significativamente diferentes en ningún tipo de análisis o momento de medida.

Figura 7.1. Evolución temporal de las tasas de abstinencia autoinformada y validada por CO en función del tipo de tratamiento, para todos los participantes que comenzaron el tratamiento y según un análisis por intención de tratar

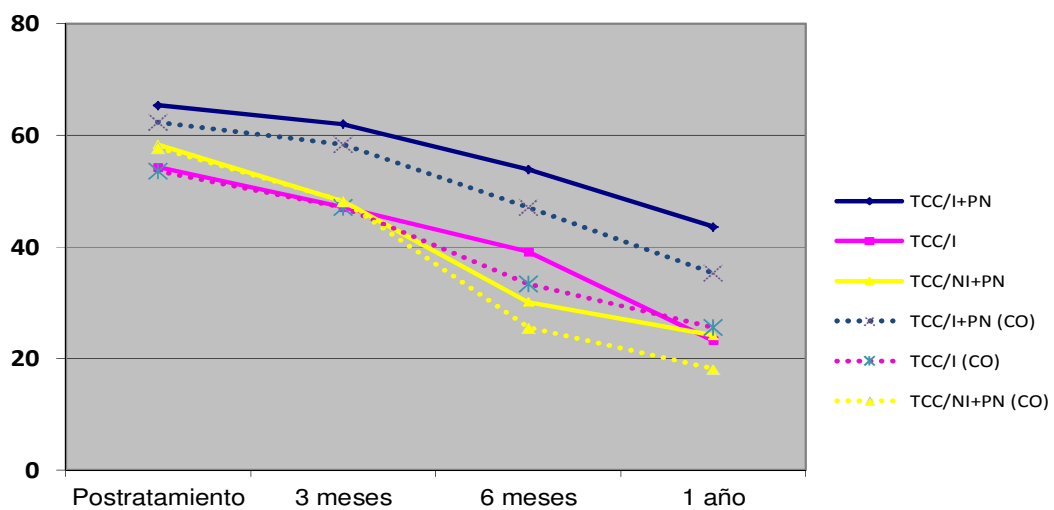


*Nota.* Todos los valores son porcentajes. TCC/I+PN = abstinencia autoinformada del grupo de terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = abstinencia autoinformada del grupo de terapia cognitivo conductual intensiva; TCC/NI+PN = abstinencia autoinformada del grupo de terapia cognitivo conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I+PN (CO) = abstinencia validada del grupo de terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I (CO) = abstinencia validada del grupo de terapia cognitivo conductual intensiva; TCC/NI+PN (CO) = abstinencia validada del grupo de terapia cognitivo conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

Por ejemplo, en el seguimiento realizado al año, el grupo de pacientes que recibió TCC/I+PN mostró tasas de abstinencia autoinformada que oscilaban entre 42% y 59,3%, en función de si realizaba un análisis por intención de tratamiento o sin datos perdidos o de si analizaban los datos de los pacientes que comenzaron el tratamiento o solamente los de aquellos que lo completaron; sin embargo, los otros

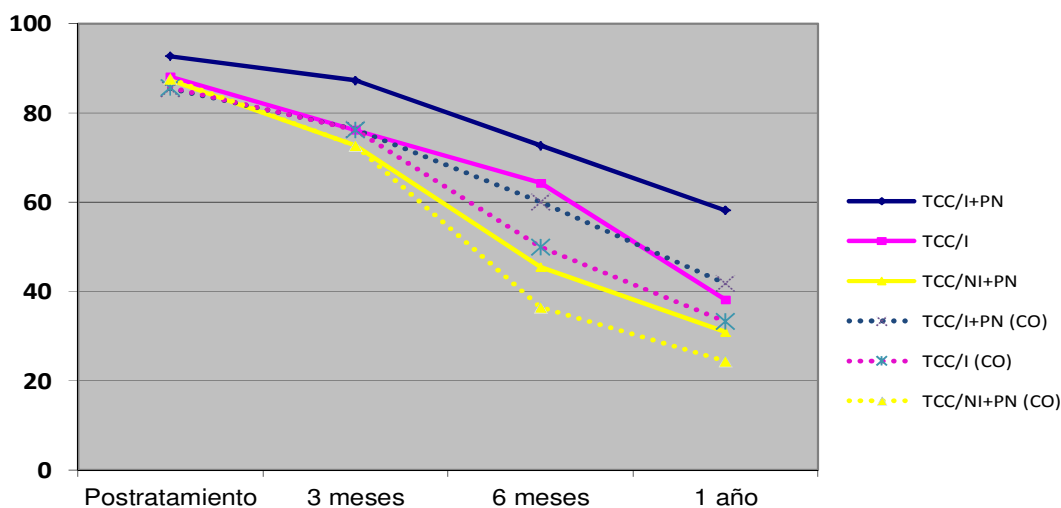
dos grupos de tratamiento presentaron al año tasas de abstinencia autoinformada más bajas, que oscilaban entre 22,9% y 38,1% para el TCC/I y entre 23,8% y 30,9% para el TCC/NI+PN, las cuales eran muy parecidas entre ambos grupos y, de hecho, no eran diferentes de manera estadísticamente significativa, mientras que las diferencias con el grupo de TCC/NI+PN fueron todas estadísticamente significativas para el caso de la TCC/NI+PN y, para el caso de la TCC/I, en 2 de las 4 comparaciones (los análisis de los pacientes que comenzaron el tratamiento).

Figura 7.2. Evolución a lo largo de los diferentes momentos de medida de las tasas de abstinencia autoinformada y validada por CO en función del tipo de tratamiento, para todos los participantes que comenzaron el tratamiento y según un análisis sin datos perdidos



*Nota.* Todos los valores son porcentajes. TCC/I+PN = abstinencia autoinformada del grupo de terapia cognitiva conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = abstinencia autoinformada del grupo de terapia cognitiva conductual intensiva; TCC/NI+PN = abstinencia autoinformada del grupo de terapia cognitiva conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I+PN (CO) = abstinencia validada del grupo de terapia cognitiva conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I (CO) = abstinencia validada del grupo de terapia cognitiva conductual intensiva; TCC/NI+PN (CO) = abstinencia validada del grupo de terapia cognitiva conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

Figura 7.3. Evolución a lo largo de los diferentes momentos de medida de las tasas de abstinencia autoinformada y validada por CO en función del tipo de tratamiento, para todos los participantes que completaron el tratamiento y según un análisis por intención de tratar

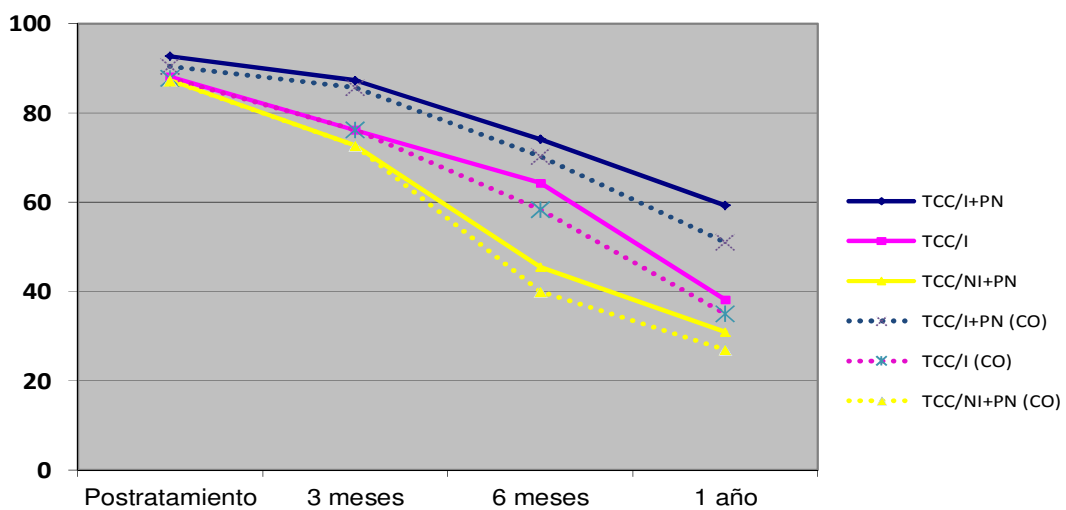


*Nota.* Todos los valores son porcentajes. TCC/I+PN = abstinencia autoinformada del grupo de terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = abstinencia autoinformada del grupo de terapia cognitivo conductual intensiva; TCC/NI+PN = abstinencia autoinformada del grupo de terapia cognitivo conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I+PN (CO) = abstinencia validada del grupo de terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I (CO) = abstinencia validada del grupo de terapia cognitivo conductual intensiva; TCC/NI+PN (CO) = abstinencia validada del grupo de terapia cognitivo conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

De forma similar, en el seguimiento realizado al año, pero teniendo en cuenta las tasas de abstinencia continua validadas por medidas de CO, el tratamiento de TCC/I+PN se mostró más eficaz que los otros dos tipos de tratamiento, con tasas de abstinencia validada que oscilaban entre 29,6% y 51,1%, en función de si realizaba un análisis por intención de tratamiento o sin datos perdidos o de si analizaban los datos de los pacientes que comenzaron el tratamiento o solamente los de aquellos que lo completaron; en comparación, los

otros dos grupos de tratamiento presentaron al año tasas de abstinencia validada más bajas, que variaban entre 20% y 35% para el TCC/I y entre 16,7% y 26,9% para el TCC/NI+PN, las cuales eran muy parecidas entre ambos grupos y, de hecho, no eran diferentes de manera estadísticamente significativa, mientras que las diferencias con el grupo de TCC/NI+PN fueron estadísticamente significativas en 2 de las 4 comparaciones para el caso de la TCC/NI+PN, aunque en ninguna comparación para el caso de la TCC/I.

Figura 7.4. Evolución a lo largo de los diferentes momentos de medida de las tasas de abstinencia autoinformada y validada por CO en función del tipo de tratamiento, para todos los participantes que completaron el tratamiento y según un análisis sin datos perdidos



*Nota.* Todos los valores son porcentajes. TCC/I+PN = abstinencia autoinformada del grupo de terapia cognitiva conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = abstinencia autoinformada del grupo de terapia cognitiva conductual intensiva; TCC/NI+PN = abstinencia autoinformada del grupo de terapia cognitiva conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I+PN (CO) = abstinencia validada del grupo de terapia cognitiva conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I (CO) = abstinencia validada del grupo de terapia cognitiva conductual intensiva; TCC/NI+PN (CO) = abstinencia validada del grupo de terapia cognitiva conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

Al comparar, según el análisis por intención de tratar para los pacientes que comenzaron el tratamiento, las tasas de abstinencia continua validada encontradas en este estudio para los diferentes tipos de tratamiento con las tasas de abstinencia que recoge la literatura científica respecto a esos mismos tratamientos, se podría concluir, en general, que los resultados para los tres tratamientos (TCC/I+PN, TCC/I y TCC/NI+PN) son similares a los hallados en la mayoría de estudios previos. En este sentido, es importante señalar que el análisis por intención de tratar de la abstinencia validada en los pacientes que comenzaron el tratamiento es un tipo de análisis muy conservador, ya que, tal y como se aplicó en la presente investigación, consideraba como abstinentes únicamente a aquellos pacientes que informaban de abstinencia y presentaban además un nivel de CO < 8 ppm; el resto de pacientes eran considerados automáticamente como no abstinentes, independientemente de que hubieran abandonado el tratamiento, no hubieran acudido a los seguimientos o informaran de abstinencia, salvo que ésta hubiera sido validada con una medida de CO < 8 ppm (véase la figura 7.1).

Con este tipo de análisis tan conservador, la tasa de abstinencia validada del grupo de TCC/I+PN, por ejemplo, al finalizar el tratamiento, fue de casi 60% (59,3%). Esta tasa es sensiblemente superior a la encontrada en buena parte de la literatura científica, que sitúa la abstinencia postratamiento para la combinación de terapia cognitivo conductual y parches de nicotina entre el 40 y el 50% (Alterman, Gariti y Mulvaney, 2001; García-Vera y Sanz, 2006a). Sin embargo, Jorenby et al. (1995) hallaron una tasa de abstinencia ligeramente más alta al finalizar el tratamiento para los grupos de pacientes que recibieron parches de nicotina con tratamiento psicológico en grupo (68%), aunque habría que matizar que en su estudio, Jorenby et al. (1995) definieron la abstinencia de una forma algo más liberal que en la presente investigación (abstinencia autoinformada validada por una medida de CO < 10 ppm frente a abstinencia autoinformada validada por una

medida de CO < 8 ppm). Al año de seguimiento, el tratamiento de TCC/I+PN mostró una tasa de abstinencia validada en torno al 30% (29,9%), similar a las encontradas en la mayoría de los estudios previos sobre combinación de sustitutivos de nicotina con terapia cognitiva conductual y que se sitúan aproximadamente entre el 25-35% (García-Vera y Sanz 2006a; Simon et al., 2003; Lifrak et al., 1997; Webb et al., 2010), aunque también hay estudios que han obtenido tasas de abstinencia sensiblemente más altas, alrededor del 40-45% (Alonso-Pérez et al., 2007; Hall, Tunstall et al., 1985) y otros que, en cambio, han obtenido tasas de abstinencia más bajas de 15-20% (Pollak et al., 2007; Prarpavessis et al., 2007).

El grupo de TCC/I, por su parte, obtuvo, al finalizar el tratamiento, una tasa de abstinencia validada de aproximadamente un 50%, tasa que coincide con la tasa media encontrada por Sánchez Meca et al. (1998) en su metaanálisis de la eficacia de las terapias conductuales para dejar de fumar en España (51,6%). No obstante, los resultados de la literatura científica al respecto son muy dispares, con estudios que, por ejemplo, estiman que la eficacia al finalizar el tratamiento de la TCC está entre 58% y 85% (Becoña y Gómez-Durán, 1993; Becoña y Míguez, 2008; Becoña y Vázquez, 1997; García-Vera y Sanz, 2006a). En el seguimiento realizado al año, el grupo de TCC/I mostró una tasa de abstinencia validada de 20%, porcentaje sensiblemente inferior al encontrado por otros estudios que han encontrado tasas de abstinencia para la terapia cognitiva-conductual de entre 25 y 47% (Alonso-Pérez et al., 2007; Alterman, Gariti y Mulvaney, 2001; Becoña y Míguez, 2008; Buchkremer et al., 1989; García-Vera y Sanz, 2006a; Hall, Tunstall et al., 1985, para los pacientes con bajos niveles de cotinina), aunque, de nuevo, también hay otros estudios que, en cambio, han obtenido tasas de abstinencia más bajas, por ejemplo, de 11-15% (Hall, Tunstall et al., 1985, para los pacientes con altos niveles de cotinina; Prarpavessis et al., 2007).

En lo que se refiere a la TCC/NI+PN, se han encontrado en este estudio tasas de abstinencia validada en el postratamiento y en el seguimiento al año de 57,1% y 16,7%, respectivamente. Estas tasas son también muy similares a las que informa la literatura científica. Por ejemplo, en seguimientos al año, estudios previos han encontrado que la combinación de sustitutivos de nicotina con tratamientos psicológicos no intensivos o con consejo psicológico obtenía tasas de abstinencia que oscilaban entre 12 y 20% (Alonso-Pérez et al., 2007; Alterman et al., 2001; Jorenby et al., 1995; Molineux et al., 2007; Simon, Carmody, Hudes, Snyder y Murray, 2003).

Habiendo establecido, pues, que los resultados de abstinencia de los tres tipos de tratamiento (TCC/I+PN, TCC/I y TCC/NI+PN) examinados en el presente estudio son, con el criterio más conservador, similares a los obtenidos por dichos tratamientos en buena parte de la literatura científica, las implicaciones de los resultados que se han obtenido en cuanto a la eficacia diferencial de los tres tipos de tratamiento citados son más sólidas, puesto que, en principio, las diferencias entre los tratamientos en cuanto a las tasas de abstinencia no podrían atribuirse a un rendimiento anómalo de dichos tratamientos en esta investigación.

Por consiguiente, teniendo en cuenta esta circunstancia al adoptar un punto de vista comparativo entre los grupos de tratamiento, la confirmación parcial de la primera hipótesis (en cuanto que los resultados indicaban sistemáticamente que a medio-largo plazo —seguimientos a los 6 meses y al año— el grupo de TCC/I+PN mostraba tasas de abstinencia superiores a las del grupo de TCC/NI+PN) es coherente con los resultados encontrados en buena parte de la literatura científica que señalan que el tratamiento con parches de nicotina se puede beneficiar de un tratamiento psicológico intensivo y que, a largo plazo, existe un efecto sinérgico beneficioso derivado de su uso conjunto (Alterman et al., 2001; Buchkremer et al., 1989; CNPT, 2008; Fiore et al., 2008; Herrero y Moreno, 2003; Prapavessis et al.,

2007; SEDET, 2009; Simon et al., 2003; Litrak et al., 1997). Además la propia guía del U.S.D.H.H.S. argumenta sobre la importancia de que las intervenciones psicológicas que acompañen a la medicación sean intensivas, estimando tasas medias de abstinencia del 35% y una OR de 1,7 frente a la utilización de la medicación sin una intervención conductual (Fiore et al., 2008). En definitiva, la confirmación parcial de la primera hipótesis demuestra que, en contra de lo que algunos autores sugieren (Jorenby et al, 1995; Lancaster y Stead, 2008; Stead, Perera, Bullen et al., 2008), existe un efecto dosis-respuesta ligado a la intensidad del tratamiento psicológico que debe acompañar a los parches de nicotina, de manera que los parches de nicotina obtienen mejores tasas de abstinencia a medio-largo plazo cuando son aplicados junto a un tratamiento cognitivo-conductual intensivo que cuando son aplicados junto a un tratamiento cognitivo-conductual menos intensivo.

Por otra parte, tal y como se ha comentado antes, la confirmación parcial de la primera hipótesis ha sido menos clara en relación con la mayor eficacia del tratamiento de TCC/I+PN frente al de TCC/I, ya que, aunque los resultados indicaban sistemáticamente que a medio-largo plazo —seguimientos a los 6 meses y al año— el grupo de TCC/I+PN mostraba tasas de abstinencia superiores a las del grupo de TCC/I (véanse las figuras 7.1 a 7.4), estas diferencias tan sólo fueron estadísticamente significativas en 2 de las 16 comparaciones realizadas en función de las distintas medidas de abstinencia (autoinformada y validada por CO), de los distintos tipos de análisis (por intención de tratar y sin datos perdidos; con los pacientes que comenzaron el tratamiento y con los que lo completaron) y de los distintos momentos de medida (seguimientos a los 6 meses y al año).

En principio, pues, esta falta de consistencia en la presencia de diferentes estadísticamente significativas entre el TCC/I+PN y el TCC/I no permitirían decantarse claramente entre la tesis que defiende los beneficios a largo plazo

derivados de incluir parches de nicotina a un tratamiento cognitivo conductual bien estructurado e intensivo (Alterman et al., 2001; Herrero y Moreno, 2004; Killen et al., 1983; Simon et al., 2003) y la tesis que afirma que un tratamiento cognitivo conductual bien estructurado e intensivo no necesita de terapia de sustitutivos con nicotina para potenciar sus resultados, ya que un tratamiento cognitivo conductual intensivo, aplicado de manera aislada puede lograr tasas de abstinencia similares a su combinación con terapia de sustitutivos con nicotina y, obviamente, a igualdad de eficacia, su aplicación aislada sería mucho más eficiente (Alonso-Pérez et al., 2007; Hitsman et al., 1999; Secades et al., 1999).

Sin embargo, a pesar de sólo alcanzar la significación estadística en 2 de las 16 comparaciones, el hecho de que el grupo de TCC/I+PN mostrara una tendencia de tasas de abstinencia a los 6 meses y al año sistemáticamente superiores a las del grupo de TCC/I, llegando incluso a los 20-21 puntos porcentuales de diferencia en 2 de las comparaciones no significativas e igualando o superando los 10 puntos porcentuales en otras 10 comparaciones no significativas, sugiere, en primer lugar, que la ausencia de más diferencias estadísticamente significativas podría deberse a un problema de falta de potencia estadística del estudio debido al tamaño muestral de dichos grupos, y subraya, en segundo lugar, la plausibilidad y la necesidad de que nuevos estudios con mayor potencia estadística analicen el posible beneficio sinérgico de añadir a un tratamientos psicológico, estructurado e intensivo, una terapia de sustitutivos con nicotina como los parches de nicotina.

Finalmente, y tal como se ha comentado antes, los resultados de la presente investigación no confirman su segunda hipótesis, esto es, que el grupo de TCC/I obtendría tasas de abstinencia más altas que el TCC/NI+PN, ya que ambos tratamientos mostraron tasas de abstinencia autoinformadas o validadas muy similares en cada momento de medida y en cada tipo de análisis, sin que ninguna comparación entre ambos tratamientos alcanzara la significación estadística. La no

confirmación de esta hipótesis implica que las dos alternativas terapéuticas son igualmente eficaces y que, por tanto, la utilización de una u otra debería basarse en otros criterios como, por ejemplo, el grado de aceptación por parte de los pacientes, sus índices de eficiencia o relación beneficios-costes o las posibles diferencias de eficacia en función de las características de los fumadores tales como su nivel de dependencia nicotínica (diferencias de eficacia que, obviamente, deberían demostrarse empíricamente en estudios realizados al efecto).

En cualquier caso, aunque la ausencia de diferencias estadísticamente significativas coherentes con las hipótesis de partida es siempre más difícil de interpretar que la presencia de diferencias estadísticamente significativas, dicha ausencia sugiere que la prioridad que muchas guías clínicas han venido otorgando en los últimos años a los acercamientos farmacológicos para dejar de fumar en detrimento de los acercamientos psicológicos basándose en la mayor eficacia de los primeros o en la existencia de datos más sólidos sobre su eficacia, no es coherente con los datos empíricos que se obtienen en una comparación directa, experimental y rigurosa (tasas de abstinencia validada con CO, seguimientos a medio y largo plazo) de ambos acercamientos, tal y como se ha pretendido hacer en este estudio. En concreto, en función de los resultados de este estudio, no es posible concluir que la terapia cognitivo-conductual intensiva es más eficaz que la combinación de parches de nicotina con terapia cognitivo-conductual no intensiva, pero, obviamente, tampoco se puede concluir lo contrario, es decir, que la combinación de parches de nicotina con terapia cognitivo conductual no intensiva es más eficaz que la terapia cognitivo-conductual intensiva y, lógicamente, aunque no se ha explorado directamente en este estudio, tampoco se puede concluir que la terapia de parches de nicotina aplicada aisladamente sea más eficaz que la terapia cognitivo-conductual intensiva, ya que los resultados de la mayoría de los metaanálisis coinciden en señalar que la combinación de parches de nicotina con

terapia psicológica es más eficaz que los parches de nicotina en solitario (Fiore et al., 2000, 2008).

## **7.2. Eficacia para dejar de fumar de la terapia cognitiva conductual, de los parches de nicotina y de su combinación en comparación a condiciones de control de la literatura científica**

Dado que los objetivos principales del estudio empírico de la presente tesis doctoral tenían que ver con la comparación de tres modalidades de tratamiento sobre cuya eficacia existe una abundante literatura científica experimental que ha demostrado sólidamente su eficacia, no se incluyó en su diseño un grupo de control de no tratamiento, de lista de espera o de tratamiento placebo. Sin embargo, a tenor de los resultados encontrados, es importante subrayar las altas tasas de abstinencia obtenidas en todos los grupos de tratamiento cuando éstas son comparadas con los datos de abstinencia que refiere la literatura científica para los grupos de control de no intervención o de placebo.

Por ejemplo, las guías clínicas del U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 1996, 2000, 2008) encontraron tasas de abstinencia estimada a los 6 meses de seguimiento para la no intervención que oscilaban entre 7,9% y 11%. Estos porcentajes son muy inferiores a los encontrados en el mismo momento de medida en este estudio (entre 23,8% y 40,7%) utilizando el criterio de análisis más conservador, es decir, considerando la totalidad de la muestra que comienza el tratamiento, según el análisis de intención de tratar y atendiendo únicamente a la abstinencia validada por CO. Esta superioridad se confirma al ampliar el tiempo de seguimiento al año. En este estudio, siguiendo el mismo criterio conservador y tipo de abstinencia analizada, se obtienen tasas de abstinencia al año que oscilan entre el 29,6% del grupo de TCC/I+PN y el 16,7% del grupo de TCC/NI+PN. Estos porcentajes son muy superiores, por ejemplo, a los encontrados por Molineux et al. (2003) que

hallaron una tasa de abstinencia al año de 7,6% en el grupo de control de no intervención o a los estimados por García-Vera y Sanz (2006a) que, en su revisión de las tasas de abstinencia al año de los grupos de control, obtuvieron una tasa media de 4,6%.

Si se toma como referencia un grupo de control con placebo farmacológico, la superioridad de los datos provenientes de los tratamientos de este estudio continúa siendo manifiesta. Por ejemplo, Hall et al. (2002) refirieron un 11% de abstinentes en su grupo de control con placebo de bupropión. Por su parte, García-Vera y Sanz (2006a) estimaron una tasa media de abstinencia del 6,7% en los grupos con parches placebo. En ambos casos los porcentajes fueron sensiblemente inferiores a cualquiera de los obtenidos en este trabajo con cualquiera de los tratamientos y con cualquiera de los tipos de análisis realizados.

La alta eficacia de los tratamientos analizados en este estudio se pone de manifiesto igualmente al comparar sus resultados con los obtenidos con intervenciones mínimas no sistematizadas o con parches de nicotina aplicados de manera aislada, opciones terapéuticas ambas que cuentan con una amplia tradición investigadora y aceptación en la práctica clínica habitual. El U.S.D.H.H.S. (Fiore et al., 2000) encontró una tasa de abstinencia estimada, a los 6 meses de seguimiento, de 14,4% para intervenciones mínimas que no excedían los 3 minutos, en cualquier caso inferior a las aquí contempladas en ese mismo momento de medida y con el criterio de análisis más conservador (entre el 23,8% y el 40,7% para los diferentes tratamientos). Ampliando el rango de seguimiento al año y al hacer la comparación con la terapia de parches de nicotina aplicada de manera aislada, los resultados siguen siendo muy favorables para los tres tratamientos que se han examinado en el presente estudio. Por ejemplo, García-Vera y Sanz (2006a), en su revisión, hallaron una tasa media de abstinencia al año de 10,2% para la terapia de parches de nicotina aplicada de manera aislada, de nuevo inferior

a las tasas de abstinencia validada al año de las tres modalidades de tratamiento aquí analizadas, que alcanzaban, con el tipo de análisis más conservador, valores que oscilaban entre 16,7% y 29,6%.

En resumen, a tenor de estos resultados parece evidente que los tres tipos de tratamiento utilizados en este estudio (TCC/I+PN, TCC/I y TCC/NI+PN), independientemente del momento de medida y del tipo de análisis que se contemple, constituyen opciones terapéuticas muy eficaces al ser comparadas de manera indirecta con condiciones de control de no tratamiento o de placebo, e incluso al ser comparadas de manera indirecta con intervenciones mínimas no sistematizadas o con la terapia de parches de nicotina aplicada en solitario, lo cual, por otro lado, no debería sorprender ya que los tres tipos de tratamiento (TCC/I+PN, TCC/I y TCC/NI+PN) cuentan con un importante aval empírico directo al menos en su comparación con condiciones de control de no tratamiento, de placebo y de intervenciones mínimas (Fiore et al., 2000, 2008), aval al que se suma los datos indirectos del presente estudio.

Sin embargo, con ser muy alentador el hecho de constatar una vez más la eficacia de los tratamientos de TCC/I+PN, TCC/I y TCC/NI+PN, aunque sea de manera indirecta, es importante recordar que las tasas de abstinencia conseguidas, especialmente en los seguimientos a largo plazo, son todavía insatisfactorias, incluso con los criterios menos conservadores, oscilando entre 30 y 60%, y, por tanto, con un importante margen de mejora que debería ser una prioridad de la investigación futura en este ámbito.

### **7.3. Eficacia diferencial de la terapia cognitiva conductual, de los parches de nicotina y de su combinación para reducir el consumo de cigarrillos entre los pacientes que no dejan de fumar**

Puesto que la eficacia de las tres modalidades de tratamiento analizadas en este estudio ya había sido previamente demostrada en estudios experimentales, la tercera hipótesis que se planteó sobre dichos tratamientos fue que los pacientes que no habían conseguido dejar de fumar en cada momento de medida con dichos tratamientos mostrarían, sin embargo, un descenso significativo en cuanto al número de cigarrillos diarios consumidos en relación con los consumidos antes del tratamiento. Los resultados obtenidos corroboraron totalmente esta tercera hipótesis, ya que en todos los momentos de medida (postratamiento y seguimientos a los 3 meses, a los 6 meses y al año) y para los dos tipos de análisis (con los pacientes que empezaron el tratamiento y solamente con los pacientes que lo completaron), los tres tratamientos, tomados de manera conjunta, lograron reducciones estadísticamente significativas en el número de cigarrillos fumados diariamente.

Analizando los datos de todos los pacientes que empezaron el tratamiento, estas reducciones estadísticamente significativas en el número de cigarrillos fumados fueron, como media, de 7,8 cigarrillos en el postratamiento, de 7,3 cigarrillos en el seguimiento a los 3 meses, de 6,8 cigarrillos en el seguimiento a los 6 meses y de 5,7 cigarrillos en el seguimiento al año, lo que en términos del estadístico  $d$  de Cohen del tamaño del efecto ( $d = \text{diferencia media tipificada}$ ) suponía unas reducciones que oscilaban entre 0,83 unidades de desviación típica en el postratamiento y 0,73 en el seguimiento al año, valores ambos próximos a un efecto de tamaño grande ( $d \geq 0,80$ ) según los estándares de Cohen (1988). Analizando solamente los datos de los pacientes que completaron el tratamiento, las reducciones estadísticamente significativas en el número de cigarrillos fumados

fueron ligeramente más altas, como media de 7,5 cigarrillos en el seguimiento a los 6 meses y de 8,2 cigarrillos en el seguimiento al año, lo que en términos del estadístico  $d$  de Cohen suponía unas reducciones de 0,97 en el seguimiento a los 6 meses y de 1,07 en el seguimiento al año, valores ambos superiores al estándar para un efecto de tamaño grande ( $d \geq 0,80$ ).

Estos resultados son todos ellos consistentes con los resultados de estudios previos que han demostrado que la terapia cognitivo conductual, incluyendo la técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán (principalmente si forma parte de un modelo multicomponente), son eficaces para lograr reducciones en el consumo diario de cigarrillos en aquellos fumadores que no han logrado mantenerse abstinentes (Becoña, 2005; Becoña y Gómez-Durán, 1993; Becoña y Míguez, 1995; Fredericksen, 1979), y así mismo son consistentes con los resultados de estudios previos que han demostrado que los tratamientos que utilizan parches de nicotina también son eficaces para reducir a largo plazo el consumo diario de cigarrillos (véanse las revisiones metaanalíticas de Silagy, Lancaster, Stead, Mant y Fowler, 2004, y de Stead y Lancaster, 2008).

No obstante, es importante señalar que el objetivo principal de los tres tratamientos aplicados en el presente estudio era el abandono total del tabaco, por lo que no se puede controlar el efecto de la “sensación de fracaso” en aquellos pacientes que no alcanzaron la abstinencia y, por tanto, no es fácil estimar si dicho efecto hubiera aumentado o disminuido las reducciones encontradas en el consumo diario de cigarrillos, ni es fácil tampoco estimar cuáles serían las reducciones en el consumo diario de cigarrillos si el objetivo primario de los tres tratamientos no hubiera sido la abstinencia total, sino la propia reducción en el consumo diario de cigarrillos.

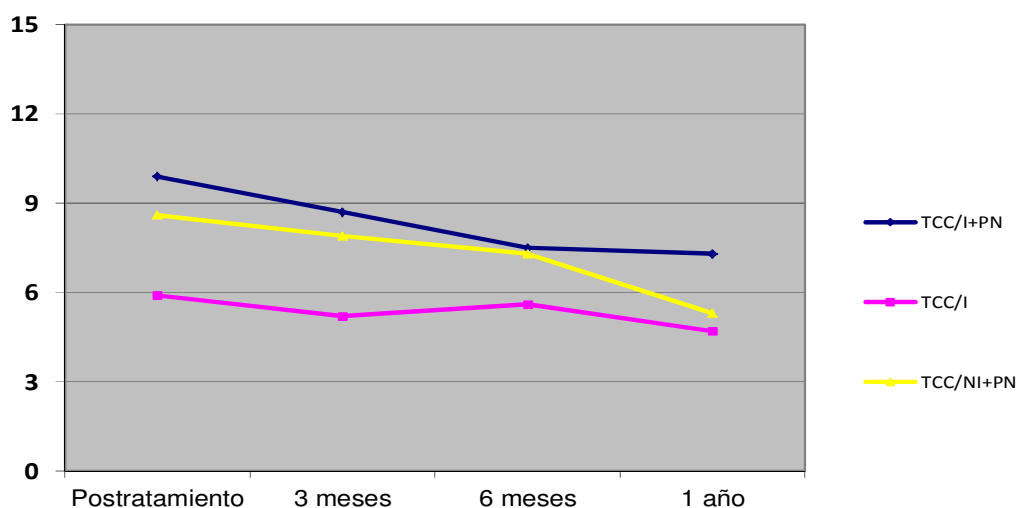
En cualquier caso, aunque la reducción de cigarrillos podría haber sido mayor con otros objetivos terapéuticos, la constatación en todos los momentos de

medida de reducciones en el consumo diario de cigarrillos no sólo estadísticamente significativas sino también de tamaños del efecto grandes, podría tener unas importantes implicaciones clínicas para la salud de los fumadores, tal y como plantean varios grupos de investigación (Fagerström, Tedjing y Lunell, 1997; Jiménez-Ruiz, Kunze y Fagerström, 1998; Kunze, 1997; Pardell y Saltó, 2004; Poulin, 2000; Zellweger, 2001). Estos autores plantean que, si estas reducciones son significativas y mantenidas en el tiempo, existen claros beneficios para la salud a corto plazo y un descenso del riesgo de sufrir tumores o enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, otros trabajos ponen en duda tal significación clínica y, por lo tanto, los beneficios para la salud de la reducción parcial del consumo de tabaco (Hughes y Carpenter, 2006; Simmons, Connett, Nides, Lindgren, Kleerup, Murray, et al., 2005; Stead y Lancaster, 2008; Tverdal y Bjartveit, 2006).

Si bien la tercera hipótesis quedó corroborada en su totalidad, lo mismo no ocurrió respecto a la cuarta y quinta hipótesis del presente estudio que pronosticaban la existencia de diferencias entre los grupos de tratamiento en cuanto a las reducciones en el consumo diario de cigarrillos de los pacientes que no habían dejado de fumar en cada momento de medida. Efectivamente, los resultados encontrados en todos los momentos de medida (postratamiento y seguimientos a los 3 meses, a los 6 meses y al año) y para los dos tipos de análisis (con los pacientes que empezaron el tratamiento y solamente con los pacientes que lo completaron), revelaron reducciones del consumo diario de cigarrillos muy similares para los tres tipos de tratamiento (TCC/I+PN, TCC/I y TCC/NI+PN; véanse las figuras 7.5 y 7.6). De hecho, las diferencias entre los grupos terapéuticos en las reducciones de consumo diario de cigarrillos fueron estadísticamente no significativas (lo que venía reflejado por interacciones no significativas entre el factor grupo de tratamiento y el factor momento de medida). Estos resultados

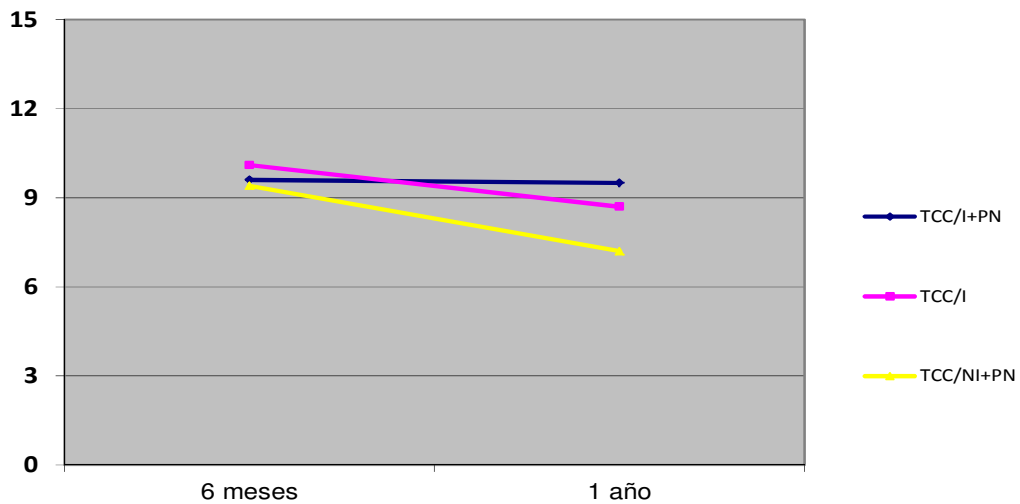
implicaban rechazar la hipótesis cuarta de que el grupo de TCC/I+PN mostraría mayores reducciones que los otros dos grupos de tratamiento así como rechazar la hipótesis quinta de que el grupo de TCC/I mostraría mayores reducciones que el grupo de TCC/NI+PN.

Figura 7.5. Reducción media del consumo diario de cigarrillos en función del momento de medida y del grupo terapéutico para los pacientes que comenzaron el tratamiento pero no dejaron de fumar en cada momento de medida



*Nota.* Todos los valores son medias del número de cigarrillos fumados diariamente. TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitivo conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitivo conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

Figura 7.6. Reducción media del consumo diario de cigarrillos en función del momento de medida y del grupo terapéutico para los pacientes que completaron el tratamiento pero no dejaron de fumar en cada momento de medida

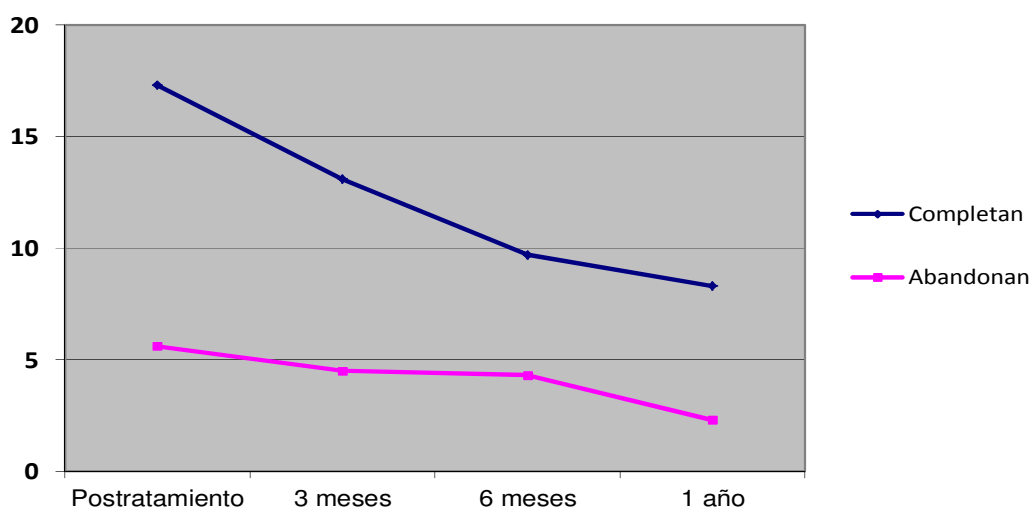


*Nota.* Todos los valores son medias del número de cigarrillos fumados diariamente. En el postratamiento y en el seguimiento a los 3 meses, varios grupos de tratamiento tenían menos de 10 pacientes y, por tanto, para asegurar la fiabilidad de los resultados de los análisis estadísticos, se analizaron únicamente los datos de los seguimientos a los 6 meses y al año. TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitiva conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitiva conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

Finalmente, la sexta hipótesis de este estudio planteaba que entre los pacientes que no habían dejado de fumar, aquellos que habían completado el tratamiento lograrían reducciones en su consumo diario de cigarrillos significativamente más altas que los pacientes que habían abandonado el tratamiento y, por lo tanto, no lo habían completado. En línea con lo pronosticado, los resultados obtenidos evidenciaron de forma estadísticamente significativa en todos los momentos de medida, reducciones más altas en el consumo diario de

cigarrillos en los pacientes que habían completado el tratamiento que en los pacientes que no lo habían hecho. Como puede verse en la figura 7.8, en el postratamiento la reducción media de cigarrillos en el grupo de pacientes que completaron el tratamiento fue de 17,3 cigarrillos frente a los 5,6 cigarrillos del grupo que abandonó el tratamiento; esta diferencia de casi 12 cigarrillos se redujo sensiblemente en los posteriores seguimientos, aunque siguió siendo estadísticamente significativa y favoreciendo al grupo de pacientes que completaron el tratamiento, de manera que en el seguimiento al año el grupo de pacientes que completó el tratamiento presentaba una reducción media de 8,3 cigarrillos, mientras que el grupo que abandonó el tratamiento presentaba una reducción media de 2,3 cigarrillos, es decir, una diferencias media de 6 cigarrillos entre los dos grupos.

Figura 7.8. Reducción media del consumo diario de cigarrillos en función del momento de medida y de si los pacientes habían completado o abandonado el tratamiento



*Nota.* Todos los valores son medias del número de cigarrillos fumados diariamente. La diferencia en el número de cigarrillos diarios consumidos entre los pacientes que completaron el tratamiento y los que abandonaron resultó estadísticamente significativa en todos los momentos de medida ( $p = 0,001$ ).

Estas diferencias en la reducción del consumo diario de cigarrillos entre los pacientes que completaron el tratamiento y los que lo abandonaron ponen de relieve, al igual que al comparar las tasas de abstinencia de los pacientes que completaron el tratamiento frente a los que no lo completaron, la importancia de mantener a los pacientes en el tratamiento para que, supuestamente, todos los componentes activos del mismo puedan ponerse en marcha y, por tanto, se puedan maximizar los beneficios deseados del mismo. Todo ello remite a analizar con detalle las tasas de abandono de los tratamientos para dejar de fumar y a considerar los aspectos motivacionales en la aplicación de dichos tratamientos, cuestiones sobre las que este estudio también ha encontrado algunos resultados dignos de mención.

#### **7.4. Aceptación y abandono del tratamiento en la terapia cognitiva conductual, la terapia con parches de nicotina y su combinación**

De las 291 personas que se pusieron en contacto con la Clínica para participar en este estudio, 56 acudieron a la entrevista de evaluación, pero no iniciaron posteriormente el tratamiento, por lo que el porcentaje global de aceptación de los tratamientos analizados en el presente estudio fue de 80,8% (y, complementariamente, el porcentaje global de rechazo de los tratamientos fue de 19,2%). Estos porcentajes de aceptación (y rechazo) de los tratamientos para dejar de fumar son parecidos a los que presentan muchos estudios previos, especialmente los que incluyen terapias conductuales grupales (véase la revisión de Stead y Lancaster, 2005). Así, en este tipo de terapias es habitual encontrar porcentajes de aceptación del tratamiento que van desde el 75% de Bakkevig, Steine, von Hafenbradl y Laerum (2000) al 88% de Curry, Marlatt, Gordon y Baer (1988), pasando por el 79% de Rice et al. (1994), aunque también es posible encontrar en la literatura científica porcentajes del 100% (Hilleman, Mohiuddin,

Delcore y Lucas, 1993) así como porcentajes anormalmente bajos de un 11% (Hollis, Lichtenstein, Vogt, Stevens y Biglan, 1993).

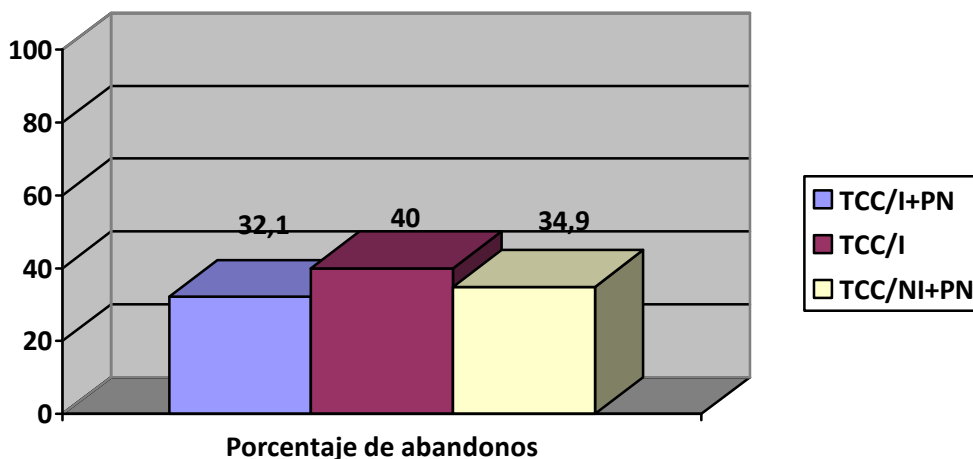
No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que aceptaron el tratamiento frente a aquellos que no comenzaron (o rechazaron) el mismo, salvo que los pacientes que comenzaron el tratamiento fumaban como media un número mayor de cigarrillos (21,5 frente a 17,8 cigarrillos) y tenía mayor nivel de motivación para dejar de fumar según indicaba el Test de Richmond (8,1 frente a 7,3). Estas diferencias ponen de relieve la importancia de considerar los aspectos motivacionales desde el inicio del tratamiento, tal y como sugieren diversos estudios (Balcells, Torres y Yahne, 2004; Miller y Rollnick, 2002; Miller y Tonigan, 1993; Rollnick et al., 2008).

Por otro lado, el porcentaje de aceptación del tratamiento no fue igual en los tres grupos de tratamiento, siendo menor en el grupo de TCC/I (70%, con un 30% de rechazo del tratamiento) que en el grupo de TCC/I+PN (83,5%, con un 16,5% de rechazo del tratamiento) o en el de TCC/NI+PN (89,4%, con un 10,6% de rechazo del tratamiento). Sin embargo, cuando se analizaron las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que rechazaron el tratamiento, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento; igualmente, cuando se analizaron dichas características para los pacientes que aceptaron el tratamiento, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento. Por tanto, los motivos por los que la TCC/I despertó un menor grado de aceptación entre los fumadores o por los que la TCC/I+PN y la TCC/NI+PN despertaron un mayor grado de aceptación, no parece que tengan que ver con las características de los propios pacientes que fueron aleatoriamente asignados a esos tratamientos. Quizás, las razones tengan que ver con las expectativas de los fumadores y las propias

características de los tratamientos. Por ejemplo, quizás la combinación de tratamientos psicológicos y farmacológicos responda actualmente mejor a las expectativas de los fumadores y a sus ideas sobre lo que puede o no puede ayudarle a dejar de fumar y, por tanto, despierte un mayor interés entre los fumadores que la sola utilización de un tratamiento psicológico. En este sentido, la situación de los tratamientos farmacológicos como alternativas válidas o, incluso, “prioritarias” o “imprescindibles” para dejar fumar, no sólo ha cambiado en los últimos años en el ámbito científico y profesional, sino también a nivel de la gente de la calle, a lo cual seguro que ha ayudado mucho las amplias y poderosas campañas publicitarias que las empresas farmacéuticas han desplegado desde el 2006 a raíz de la entrada en vigor de las leyes que han limitado el consumo de tabaco en espacios públicos en España. Por supuesto, este tipo de posibles explicaciones como otras alternativas o complementarias, deberían ponerse a prueba de manera más sistemática para entender esas diferencias significativas en el grado de aceptación/rechazo de los tratamientos para dejar de fumar analizados en la presente investigación, especialmente si esas diferencias se repiten en estudios futuros.

De forma relacionada habría que estudiar las razones por las que los pacientes abandonan los tratamientos, una vez que los han comenzado. De hecho, un 33,5% de los pacientes en la presente investigación abandonaron sus respectivos tratamientos, y la mayoría lo hizo en las etapas centrales de los mismos. Curiosamente, el grupo de TCC/I (40%) mostró un porcentaje de abandono del tratamiento ligeramente superior al que presentaron los grupos de TCC/I+PN (32,1%) y de TCC/NI+PN (34,9%; véase la figura 7.7), aunque dichas diferencias no resultaron ser estadísticamente significativas y no superaron en ningún caso los 10 puntos porcentuales, tal y como en cambio sí ocurría en relación con las tasas de aceptación (rechazo) del tratamiento.

Figura 7.7. Abandono del tratamiento en función del grupo terapéutico



*Nota:* Todos los valores son porcentajes. TCC/I+PN = terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina; TCC/I = terapia cognitiva conductual intensiva; TCC/NI+PN = terapia cognitiva conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina.

Por otro lado, los pacientes que abandonaron los tratamientos frente a los que los completaron hasta el final no diferían significativamente entre sí en ninguna de las características sociodemográficas y clínicas evaluadas en el presente estudio, salvo que los pacientes que abandonaron sus respectivos tratamientos tenían de manera estadísticamente significativa mayores niveles de ansiedad que los que no los abandonaron y, además, tanto cuando la ansiedad era medida a través del BAI como a través de la HAD (10,7 y 7,2 puntos, respectivamente, en el grupo pacientes que abandonaron el tratamiento, frente a los 7,8 y 5,8 puntos, respectivamente, del grupo de pacientes que no lo abandonaron). Aunque tales diferencias, en términos del tamaño del efecto ( $d$  de Cohen = 0,39 y 0,35, respectivamente), se encontraban entre una magnitud pequeña ( $d = 0,10$ ) y una magnitud moderada ( $d = 0,50$ ), su presencia pone de relieve la importancia de prestar atención no sólo a los aspectos motivacionales de los pacientes, sino

también a sus aspectos emocionales, de cara a incrementar la adherencia a los tratamientos y así maximizar significativamente el alcance de los mismos.

### **7.5 Limitaciones del estudio y líneas futuras de investigación**

El presente estudio no está exento de algunas limitaciones, las cuales deben tenerse en cuenta al considerar los puntos que se han ido tratando en esta discusión y también señalan algunas de las líneas por las que deberán caminar nuevas investigaciones que se deriven de la presente tesis doctoral.

En primer lugar, existe una cierta pérdida de datos que condiciona los resultados de los análisis estadísticos y la potencia del estudio. En el análisis por intención de tratar (*intent to treat*) de las abstinencias validadas por medida de CO, un número considerable de casos fueron considerados como no abstinentes por no presentar medida de CO, a pesar de que los pacientes habían informado de abstinencia continuada. Esta pérdida de datos podría explicar, en parte, el hecho de que no se encontraran apenas diferencias intergrupos estadísticamente significativas cuando el análisis por intención de tratar se aplicaba a la abstinencia validada y, en cambio, tales diferencias sí se encontraran cuando el análisis por intención de tratar se aplicaba a la abstinencia autoinformada, mucho más fácil de recoger y registrar vía telefónica. De hecho, por ejemplo, en el seguimiento al año, las tasas de abstinencia continua del grupo de TCC/I+PN bajaban de 42% a 29,6% cuando se pasaba de utilizar la abstinencia autoinformada a utilizar la abstinencia validada por CO.

Obviamente, este último tipo de medida de abstinencia es el estándar hoy en día en la investigación sobre los tratamientos para dejar de fumar, pero no hay que olvidar tampoco que en España, la fiabilidad o concordancia de la respuesta a los autoinformes sobre la conducta de fumar ha sido estimada en 71,4% para las entrevistas telefónicas (Nebot et al., 1990), en 92,4% para los cuestionarios

enviados por correo tras una llamada telefónica de recordatorio (Pardell et al., 1996), y entre 98,6 y 100% para los cuestionarios completados *in situ* antes de llevar a cabo una medida de CO (Becoña y Vázquez, 1998). Utilizando el porcentaje más conservador (71,4%), se podría estimar que la tasa de abstinencia continua autoinformada de 42% que se mencionaba antes correspondería a una tasa de abstinencia continua “real” de 30% (curiosamente casi el mismo valor que la tasa de abstinencia validada por CO), pero utilizando, en cambio, un índice de fiabilidad más ajustado a los procedimientos *in situ* y telefónicos utilizados en el presente estudio, por ejemplo, un índice de fiabilidad o concordancia del 90%, la abstinencia continua “real” del grupo de TCC/I+PN al año se podría estimar en 37,8%.

El problema de la pérdida de datos no sólo afectó a los análisis por intención de tratar, sino también a los análisis sin datos perdidos. Es cierto que en este caso, al analizar las tasas de abstinencia validada a través de una medida de CO, aquellos pacientes de los que no se contaba con dicha medida de CO e informaban de abstinencia fueron considerados valores perdidos y, por tanto, la pérdida de datos no penalizaba las tasas de abstinencia de los grupos, pero, en cambio, dicha pérdida de datos sí penalizaba la potencia estadística del estudio al verse reducido el tamaño de la muestra total y de cada uno de los grupos. Este descenso en la potencia estadística del estudio debido a la pérdida de datos podría explicar, en parte, cómo, a pesar de observarse diferencias de incluso 20 puntos porcentuales en las comparaciones entre algunos grupos de tratamiento para algunos momentos de medida, las pruebas estadísticas no revelaban que tales diferencias fueran estadísticamente significativas.

Estos problemas derivados de la pérdida de datos afectaba sobre todo a los análisis realizados con la totalidad de la muestra que comenzó los tratamientos, pero también afectaban a los análisis realizados únicamente con los pacientes que completaron el tratamiento, porque, de nuevo, la pérdida de datos, aunque no

distorsionara a la baja las tasas de abstinencia, reducía de forma considerable la potencia estadística del estudio.

Todo esto sugiere que en futuras investigaciones habría que conseguir que los pacientes se comprometerían de forma más firme con las tomas de medida, aunque tales pacientes no dejen de fumar o abandonen los tratamientos, de manera que tales pacientes no rehúsen a acudir a los seguimientos presenciales (algo indispensable para la medición del CO). En este sentido, hay que recordar que los pacientes del presente estudio fueron voluntarios que no recibieron compensación alguna por su participación y que posiblemente la utilización de incentivos económicos permitiría fidelizar la participación en todas las medidas postratamiento y de seguimientos que se tengan que realizar.

Directamente relacionado con lo anterior, un 33,5% de los pacientes abandonaron el tratamiento, pacientes que se caracterizaban en general por presentar mayores niveles de ansiedad. Atender de manera más concienzuda a los aspectos personales y, en particular, emocionales que se muestran asociados al abandono de los tratamientos parece que emerge como un objetivo prioritario de la investigación futura, ya que ha quedado demostrado que las terapias cognitivas conductuales, intensivas o no intensivas, y su combinación con parches de nicotina, si son completadas por los pacientes, muestran tasas de abstinencia mucho más satisfactorias. Además, entre el 60 y el 80% de los pacientes, en función del criterio adoptado, fumaban en el seguimiento al año desde que habían dejado de fumar. Sin duda, aunque los tratamientos analizados en la presente investigación han demostrado sobradamente su eficacia, ésta no alcanza tasas de abstinencias suficientemente grandes y, por tanto, se debería investigar en la manera de aumentar de forma considerable la eficacia de dichas intervenciones volviendo, por ejemplo, al análisis de componentes de los tratamientos psicológicos, de forma que

se puedan aislar y potenciar los componentes más activos (García-Vera y Sanz, 2006b).

Además, se considera esencial continuar con los seguimientos de este trabajo y evaluar longitudinalmente en períodos más amplios de 3 o 5 años las tasas de abstinencia y las reducciones en el consumo de cigarrillos (García-Vera, 2004), así como otras características clínicas de los pacientes, de manera que esos seguimientos a largo plazo pudieran permitir, si se da el caso, el establecer diferencias significativas entre los tratamientos en las tendencias observadas al año.

De manera complementaria, modelos de regresión permitirán conocer el funcionamiento diferencial de los diferentes tratamientos en función de las características de los pacientes (nivel de dependencia nicotínica, de motivación, de sintomatología ansiosa o depresiva, etc.) y así poder adaptar de manera acertada las intervenciones a las necesidades específicas y a las particularidades de los fumadores que las reciben. Por ejemplo, Hall, Tunstall et al. (1985) han matizado la recomendación de utilizar terapia psicológica intensiva con parches de nicotina sugiriendo que este tipo de tratamiento combinado estaría especialmente indicado sólo si los niveles de dependencia son elevados. En este sentido, en futuras investigaciones derivadas del presente estudio se analizarán con detalle los resultados de eficacia de los diferentes tratamientos en función del nivel de dependencia nicotínica de los pacientes medida a través de varios indicadores (puntuación en el Test de Dependencia de la Nicotina de Fagerström; número de cigarrillos fumados; nivel de CO) para así poder poner a prueba, entre otras hipótesis, una derivada de la sugerencia de Hall, Tunstall et al. (1985) que propondría que la diferencia en tasas de abstinencia entre el tratamiento de TCC/I+PN y de TCC/NI+PN sería evidente en los fumadores con niveles de dependencia altos, pero no en los fumadores con niveles de dependencia medios o bajos.

Por último, el presente estudio ha demostrado de manera clara la utilidad de los tres tratamientos examinados para conseguir reducciones significativas del consumo diario de cigarrillos en los pacientes que no alcanzaron la abstinencia, de manera que estos fumadores pasaron al año de fumar como media aproximadamente 21 cigarrillos diarios a tan sólo 13, es decir, una reducción media de alrededor de 8 cigarrillos (es decir, una reducción media de 38% del consumo inicial). No obstante, no se pudo probar una superioridad diferencial de ninguno de los tratamientos para conseguir esos resultados. Dado que el propósito fundamental de los programas de tratamiento examinados en este estudio no era alcanzar reducciones significativas del consumo del tabaco (o lo que se ha denominado “reducción de daños” o “minimización de riesgos”), sino el abandono total del hábito de fumar, parece importante que futuros estudios analicen con mayor profundidad el potencial de estas intervenciones para conseguir reducciones parciales significativas en el consumo del tabaco en aquellas personas que no desean la abstinencia absoluta y, de nuevo, establezcan seguimientos a largo plazo que permitan arrojar algo más de luz acerca de la significación clínica (beneficios para la salud) derivada de dichas reducciones. En este sentido, por ejemplo, una revisión metaanalítica de un total de 31 publicaciones sobre los posibles beneficios para la salud de la reducción en los fumadores del número de cigarrillos diarios concluía que una reducción sustancial (alrededor del 50%) del número de cigarrillos mejora varios factores de riesgo cardiovascular y varios síntomas respiratorios y reduce en un 25% los biomarcadores y la incidencia del cáncer de pulmón, aunque tales beneficios son mucho menores de lo que cabría esperar en función del aumento de riesgo que muestran los fumadores que fuman un mayor número de cigarrillos en comparación con los que fuman menos o en comparación con las personas que no fuman (Pisinger y Godtfreksen, 2007).



# **Capítulo 8.**

## **Conclusiones**



## 8. CONCLUSIONES

Como ha podido comprobarse en los capítulos anteriores, el tabaquismo es un problema de salud importante que afecta tanto a los fumadores como a las personas que les rodean y al conjunto de la sociedad. El impacto que tiene sobre la salud es amplio y de graves consecuencias. De hecho, el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (2009) cifró el gasto sanitario en España derivado de las enfermedades causadas por el tabaco en 7.000 millones de euros anuales.

Tanto en el origen como en el mantenimiento del hábito de fumar existen múltiples factores que intervienen de manera decisiva. La nicotina y su potente impacto adictivo así como ciertos factores psicosociales y de aprendizaje explican en gran medida lo difícil que resulta para los fumadores abandonar ese hábito y subrayan la conceptualización del tabaquismo como un problema de dependencia psicofisiológica.

La comunidad científica y clínica lleva varias décadas diseñando e implementando diferentes tratamientos para ayudar a las personas a dejar de fumar. Aunque los tratamientos psicológicos para el tabaquismo cuentan con una dilatada tradición investigadora, en los últimos años ha crecido de manera exponencial la investigación sobre los tratamientos farmacológicos, superando claramente en número a los estudios realizados sobre los primeros (García-Vera y Sanz, 2006).

Los tratamientos farmacológicos de “nueva generación” (bupropión o vareniclina) se basan en medicaciones no nicotínicas, pero el tratamiento sustitutivo con nicotina (parches, chicles, inhalador bucal, pastillas, spray nasal) son los que cuentan con más tradición investigadora y los que se usan con mayor frecuencia. Por su parte, los tratamientos psicológicos han demostrado sistemáticamente su eficacia. Las técnicas aversivas, los tratamientos basados en la reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán o los tratamientos multicomponentes basados en el entrenamiento de habilidades, fundamentalmente desde una perspectiva cognitivo

conductual, cuentan con un importante número de investigaciones que avalan su eficacia y utilidad clínica.

Lamentablemente, esta realidad de los tratamientos psicológicos no tiene su traslado adecuado en las recomendaciones de muchas de las guías clínicas más ampliamente utilizadas, las cuales muestran de manera sistemática una preferencia por los enfoques farmacológicos (Fiore et al., 1996, 2000, 2008). Entre sus principales argumentos para esa preferencia está que los estudios sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos son escasos, muestran problemas metodológicos (falta de diseños experimentales, de medidas de abstinencia validada, de seguimientos a largo plazo, etc.) y sus resultados son inconsistentes. Una posible explicación a esta inconsistencia puede residir en el hecho de muchos estudios conceptualizan de manera errónea el tratamiento psicológico equiparándolo al consejo médico o a la intervención breve (intervenciones propias de contextos más farmacológicos), lo que podría suponer una infraestimación de su eficacia para dejar de fumar (Becoña, 2004; García-Vera y Sanz, 2006).

Por otro lado, a los fumadores les resulta cada vez más difícil dejar de fumar y, progresivamente, parece haber evidencia de que los tratamientos disponibles muestran resultados más limitados, lo que reclama un nivel de intervención especializado e intensivo, complementario al comunitario, pero dirigido a esos fumadores resistentes. En ese contexto especializado e intensivo, los tratamientos psicológicos bien estructurados, sistematizados e impartidos por personal cualificado, emergen como una necesidad incipiente, y también en este contexto especializado e intensivo se discute si hay beneficios adicionales al aplicar conjuntamente tratamientos psicológicos y tratamientos farmacológicos en comparación a su aplicación aislada, o si es más eficaz que dicha combinación incluya un tratamiento psicológico intensivo frente a un tratamiento psicológico menos intensivo.

Para responder a esas necesidades e interrogantes, esta tesis doctoral presentaba un trabajo empírico cuyo principal objetivo era examinar, con una metodología experimental y de forma directa, cuál era la eficacia diferencial para dejar de fumar de la terapia cognitivo conductual multicomponente, más o menos intensiva, y su combinación con los parches de nicotina. Para ello, se aleatorizó una muestra relativamente amplia de fumadores a tres grupos de tratamiento: 1) terapia cognitivo conductual intensiva (TCC/I); 2) terapia cognitivo conductual intensiva en combinación con parches de nicotina (TCC/I+PN), y 3) terapia cognitivo conductual no intensiva en combinación con parches de nicotina (TCC/NI+PN), y se realizaron medidas de consumo de cigarrillos a través de autoinforme y validadas por monóxido de carbono en el pretratamiento, en el postratamiento y en seguimientos a los 3 y 6 meses y al año desde que los pacientes habían dejado de fumar.

Resumidamente, de los resultados de ese estudio empírico se pueden extraer las siguientes conclusiones principales:

1. La combinación de terapia cognitivo-conductual intensiva con parches de nicotina (TCC/I+PN) es más eficaz en términos de tasas de abstinencia continua a medio-largo plazo (6 meses y 1 año desde que se dejó de fumar) que la aplicación de la terapia cognitivo-conductual no intensiva con parches de nicotina (TCC/NI+PN). Por tanto, para aumentar las tasas de abstinencia, la aplicación de los parches de nicotina se debe realizar conjuntamente con una terapia cognitivo conductual lo más intensiva posible.

2. La combinación de terapia cognitivo-conductual intensiva con parches de nicotina (TCC/I+PN) es más eficaz en términos de tasas de abstinencia continua a largo plazo (1 año desde que se dejó de fumar) que la aplicación de la terapia cognitivo-conductual intensiva de forma aislada (TCC/I). Por tanto, para maximizar las tasas de abstinencia de la terapia cognitivo-conductual intensiva, una opción es aplicarla en combinación con parches de nicotina. No obstante,

estas dos últimas conclusiones no han tenido en el presente estudio un apoyo empírico tan sólido como cabría esperar. Aunque para todas las medidas de abstinencia, tipos de análisis y momentos de medida, la combinación de TCC/I+PN mostraba mayores tasas de abstinencia que la TCC/I, tan sólo en 2 de las 8 comparaciones realizadas en el seguimiento al año la mayor eficacia de TCC/I+PN fue estadísticamente significativa, a pesar de que en algunas de esas comparaciones las diferencias entre las tasas de abstinencia de ambos tratamientos alcanzaban los 20 puntos porcentuales a favor de la combinación de TCC/I+PN. Por lo tanto, esas dos conclusiones se deberían tomar con ciertas precauciones, al menos hasta que se puedan replicar y ampliar los hallazgos que las apoyan.

3. La terapia cognitivo-conductual intensiva (TCC/I) no parece ser más eficaz en términos de tasas de abstinencia continua a corto, medio o largo plazo, que la aplicación combinada de la terapia cognitivo-conductual no intensiva con los parches de nicotina (TCC/NI+PN). No obstante, hay que matizar que la terapia cognitivo-conductual no intensiva que se aplicó en el presente estudio implicaba 6 sesiones de 20 minutos cada una (aproximadamente 120 minutos en total) en los que de manera sistematizada y secuenciada se trabajaba en los siguientes procedimientos cognitivo-conductuales: psicoeducación, control estimular, planificación de situaciones de riesgo, e identificación y manejo de pensamientos y expectativas que podrían provocar recaídas. Por tanto, es un tipo de terapia psicológica que, aunque menos intensiva que la terapia cognitiva-conductual que se aplicó en la TCC/I y en la combinación de TCC/I+PN, podría ser catalogada en muchas revisiones y metaanálisis (p. ej., Fiore et al., 2000, 2008) como una intervención psicológica intensiva.

4. Aunque de manera indirecta, los resultados del presente estudio sugieren que la terapia cognitivo-conductual intensiva con parches de nicotina

(TCC/I+PN), la terapia cognitivo-conductual no intensiva con parches de nicotina (TCC/NI+PN) y la terapia cognitivo-conductual intensiva (TCC/I) muestran tasas de abstinencia continua superiores a las referidas por la literatura científica para los grupos de control de no tratamiento, de lista de espera y de placebo, e, incluso, para los tratamientos de intervención mínima, de consejo no sistematizado y de terapia de parches de nicotina aplicada en solitario.

5. A pesar de estar enfocadas a la abstinencia total, la terapia cognitivo-conductual intensiva con parches de nicotina (TCC/I+PN), la terapia cognitivo-conductual no intensiva con parches de nicotina (TCC/NI+PN) y la terapia cognitivo-conductual intensiva (TCC/I) consiguen reducir de forma significativa a corto, medio y largo plazo el consumo diario de cigarrillos en los pacientes que no han alcanzado la abstinencia, sin que existan diferencias significativas entre los tres tratamientos en cuanto a su eficacia para reducir dicho consumo. Las reducciones medias oscilan entre los 6 y 8 cigarrillos y, además de ser estadísticamente significativas, representan reducciones grandes en términos del tamaño del efecto y, como media, representan una reducción del 28-38% en el número de cigarrillos que fumaban los pacientes al inicio del tratamiento. Dado que el riesgo de padecer problemas de salud aumenta en proporción directa con el número de cigarrillos fumados, esas reducciones es posible que tengan importantes implicaciones en términos de salud y calidad de vida en aquellos pacientes que, lamentablemente, no han logrado dejar de fumar, especialmente si al menos consiguen mantener esas reducciones a más largo plazo.

6. La terapia cognitivo-conductual intensiva con parches de nicotina (TCC/I+PN), la terapia cognitivo-conductual no intensiva con parches de nicotina (TCC/NI+PN) y la terapia cognitivo-conductual intensiva (TCC/I) muestran tasas de abandono del tratamiento similares, pero este último tratamiento (TCC/I) presenta una tasa de aceptación del tratamiento ligera, pero significativamente

más baja que las otras dos modalidades de tratamiento que combinan terapia cognitivo-conductual con parches de nicotina.

7. No se han encontrado variables sociodemográficas o clínicas que distingan a los pacientes que aceptan los tratamientos para dejar de fumar frente a los que no los comienzan, pero, sin embargo, los pacientes que comienzan y abandonan el tratamiento muestran niveles de ansiedad significativamente más altos que los pacientes que comienzan el tratamiento y lo completan, lo que sugiere la posibilidad de que abordando en mayor medida los aspectos emocionales durante los tratamientos, especialmente los problemas de ansiedad, se podría quizás aumentar la adherencia a los mismos.

8. Independientemente del tipo de tratamiento, los pacientes que no han alcanzado la abstinencia, pero han completado el tratamiento, muestran a corto, medio y largo plazo reducciones en el consumo diario de cigarrillos significativamente mayores que los pacientes que no han alcanzado la abstinencia pero han abandonado el tratamiento, lo que apunta a la necesidad de incluir estrategias y técnicas en los tratamientos que permitan una mayor adherencia a los mismos y prevengan su abandono prematuro.

Por supuesto, estas conclusiones deben contemplarse en el contexto de las limitaciones del presente trabajo, de las cuales, quizás la más importante está relacionada con las pérdidas de datos, principalmente en los análisis por intención de tratar sobre las medidas de abstinencia validadas, puesto que tales pérdidas podrían haber supuesto una infraestimación de la eficacia de los tratamientos al tener que contabilizarlas como fracasos terapéuticos o podrían haber supuesto una pérdida en la potencia estadística del estudio al considerarlas valores perdidos y, por tanto, reducir los tamaños de la muestra total y de los grupos terapéuticos. Un incremento de la muestra y una recogida más exhaustiva de las medidas de CO podría contribuir a

constatar de forma más sólida las diferencias encontradas y confirmar, en su caso, las tendencias observadas.

Para concluir, los resultados encontrados en la presente tesis doctoral justifican sobradamente la necesidad de situar a los tratamientos psicológicos, bien estructurados, sistematizados y conducidos por personal cualificado, tanto en su aplicación aislada como en su aplicación conjunta con tratamientos farmacológicos como, por ejemplo, los parches de nicotina, en el lugar que se merecen en las guías clínicas y, por ende, en la práctica clínica habitual.



**REFERENCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS**



**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 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.
- Abrous, D. N., Adriani, W., Montaron, M. F., Aurousseau, C., Rougon, F., Le Moal, M. y Piazza, P. V. (2002). Nicotine self-Administration impairs hippocampal plasticity. *The Journal of Neuroscience, 22*, 3656-3662.
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2011). *Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS (CIMA)*. Consultado el 20 de noviembre de 2011 en <http://www.aemps.gob.es/>.
- Ahluwalia, J.S., Okuyemi, K., Nollen, N., Choi, W.S., Kaur, H., Pulvers, K. y Mayo, M.S. (2006). The effects of nicotine gum and counseling among African American light smokers: a 2 × 2 factorial design. *Addiction* 2006, 101, 883-891.
- Alonso-Pérez, F., Secades, R., y Duarte, G. (2007). ¿Son eficaces los tratamientos para dejar de fumar? *Trastornos Adictivos, 9*, 21-30.
- Alterman, A. I., Gariti, P. y Mulvaney, F. (2001). Short- and long-term smoking cessation for three levels of intensity of behavioral treatment. *Psychology of Addictive Behaviors, 15*, 261–264.
- Álvarez Gutiérrez, F. J. (2006). El tabaquismo como problema de salud pública. En M. Barrueco Ferrero, M. A. Hernández Mezquita y M. Torrecilla Garcia (Eds.), *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo, 3ª ed.* (pp. 21-73). Madrid: Ergón.

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR (4th ed. text revision)*. Washington, DC: APA. (trad. Cast : Barcelona, Masson, 2002)
- Aubin, H., Luthringer, R., Demazières, A., Dupont, C. y Lagrue, G. (2006). Comparison of the effects of a 24-hour nicotine patch and a 16-hour nicotine patch on smoking urges and sleep. *Nicotine & Tobacco Research*, 8, 193-201.
- Baer, J. S y Lichtenstein, E. (1988). Cognitive assessment in smoking cessation. En D.M. Donovan y G.A. Marlatt (Eds), *Assesment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford Press.
- Baillie, A., Mattick, R.P., Hall, W. y Webster, P. (1994). Meta-analytic review of the efficacy of smoking cessation interventions. *Drug Alcohol Review*, 13, 179-192.
- Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., y Fiore, M. C. (2004). Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review*, 111, 33–51.
- Bakkevig, O., Steine, S., von Hafenbradl, K., y Laerum, E. (2000). Smoking cessation: A comparative, randomised study between management in general practice and the behavioural programme SmokEnders. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 18, 247-251.
- Balcells, M., Torres, M. y Yahne, C. (2004). La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo. *Adicciones*, 16, (Supl. 2), 227-237.
- Banegas, J. R., Díez, L., González, J., Villar, F. y Rodríguez-Artalejo, F. (2005). La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Medicina Clínica*, 124, 769-771.

- Barrueco Ferrero, M., Hernández Mezquita, M. A., y Torrecilla García, M. (Eds.). (2006). *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo, 3ª ed.* Madrid: Ergón.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Brown, G., Epstein, N. y Steer, R.A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Becoña, E. (1985). La técnica de fumar rápido: 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. (1998). *Libro blanco sobre el tabaquismo en España.* Barcelona: Glosa Ediciones.
- Becoña, E. (2000). Tratamiento del tabaquismo. Situación actual y perspectivas futuras. *Adicciones, 12*, 77-85.
- Becoña, E. (2003). El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. *Papeles del Colegio, 85*, 48-69.
- Becoña, E. (2004a). *Socidrogalcohol. Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar.* Valencia: Socidrogalcohol.
- Becoña, E. (2004b). Tratamiento psicológico del tabaquismo. *Adicciones, 16*, 237-263.
- Becoña, E. (2006). *Tabaco. Prevención y Tratamiento.* Madrid: Pirámide.
- 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. (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 Lorenzo, M.C. (2004). Evaluación de la conducta de fumar. *Adicciones*, 16 (Supl, 2), 201-226.
- Becoña, E. y Míguez, M. C. (2008). Group behaviour therapy for smoking cessation. *Journal of Groups in Addiction and Recovery*, 3, 63-78.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1998a). The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Report*, 83, 1455-1458.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson.
- Becoña, E., Córdoba, R., Díaz-Maroto, J. L., López García-Aranda, V., Jiménez Ruiz, C., Planchuelo, M<sup>a</sup>. A., Salvador, T., y Villalbí, J. R. (2001). Guía de procedimientos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. *Adicciones*, 13, 211-216.
- Becoña, E., Galego P., y Lorenzo, M. C. (1988). *El tabaco y su abandono*. Santiago de Compostela: Plan Autonómico sobre Drogodependencias.
- Becoña, E., y Vázquez, F.L. (1998b). Self-reported smoking and measurement of expired air carbon monoxide in a clinical treatment. *Psychological Reports*, 83, 316-318.
- Bower, P., Rowland, N. y Hardy, R. (2003). The clinical effectiveness of counseling in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 33, 203-215.

- Brandon, T. H., Herzog T. A., Irvin J. E., y Gwaltney C. J. (2004). Cognitive and social learning models of drug dependence: Implications for the assessment of tobacco dependence in adolescents. *Addiction*, 99 (Supl. 1), 51-77
- Brown, R.A., Ramsey, S.E., Strong, D.R., et al. (2003). Effects of motivational interviewing on smoking cessation in adolescents with psychiatric disorders. *Tobacco Control*, 12 (suppl IV), iv3-iv10.
- 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.
- Buchkreher, G., Bents, H., Horstmann, M., Opite, K. y Tolle, R. (1989). Combination of behavioral smoking cessation with transdermal nicotine substitution. *Addictive Behavior*, 14, 229-238.
- Buchkremer, G., Minneker, E. y Block, M. (1991). Smoking-cessation treatment combining transdermal nicotine substitution with behavioral therapy. *Pharmacological psychiatry*, 24, 96-102.
- Caballo, V. (Dir.). (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Cahill, K., Lancaster, T. y Green, N. (2010). Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11: CD004492.
- Cahill, K., Sigaly, L. F. y Lancaster, T. (2007). Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD006103.
- Cahill, K., Stead, L. y Lancaster, T. A. (2009). Preliminary benefit-risk assessment of varenicline in smoking cessation. *Drug Safety*, 32 ,2, 119-35.
- Catillo, I. y Corcuera, N. (2008). Craving: concepto, medición y terapéutica. *Norte de Salud Mental*, 32, 9-22.

- Cepeda-Benito, A. (1993). Meta-analytical review of the efficacy of nicotine chewing gum in smoking treatment programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 822-830.
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Bennet-Johnson, S., Pope, K. S., Crits- Christoph, P., et al. (1996). An update on empirically validated therapies. *Clinical Psychologist, 49*, 5-18.
- Chambless, D.L. y Ollendick,, T. (2001). Empirically supported psychological interventions:Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52*, 685-716.
- 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.
- Cinciripini, P. M., Cinciripini, L. G., Wallfisch, A., Haque, W. y Van Vunakis H. (1996). Behavior therapy and the transdermal nicotine patch: effects on cessation outcome, affect, and coping. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 64*, 314-23.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Coleman, A., Freeman, P., Steel, S., Shennan, A. (2006) Validation of the Omron 705IT (HEM-759-E) oscillometric blood pressure monitoring device according to the British Hypertension Society protocol. *Blood Pressure Monitoring, 11*, 27-32.
- Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (2001). Guía de procedimientos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. *Adicciones, 13*, 211-216.

- Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (2008). *Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo.
- Condiotte, M. M., y Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 648-658.
- Conklin, C. A. (2006). Environments as cues to smoke: implications for human extinction-based research and treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 14*, 12-19.
- Córdoba, R., Clemente, L. y Aller, A. (2003). Informe sobre tabaquismo pasivo. *Atención Primaria, 31*, 181-190.
- Cottler, L. B., Robins L. N. y Helzer, J. E. (1989). The reliability of the CIDI-SAM: a comprehensive substance abuse interview, *British Journal of Addiction, 84*, 801-814.
- Curry, S. J., Ludman, E. J., Graham, E., Stout, J., Grothaus, L., y Lozano, P. (2003). Pediatric-based smoking cessation intervention for low-income women: A randomized trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 157*, 295-302.
- Curry, S. J., Marlatt, G. A., Gordon, J., Baer, J. S. (1988). A comparison of alternative theoretical approaches to smoking cessation and relapse. *Health Psychology, 7*, 545-556.
- DiClemente, C. C, Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M., y Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 295-304.

- Dierker, L. C., Donny, E. C., Tiffany, S., Colby, S. M., Perrine, N. Y Clayton, R. R. (2007). The association between cigarette smoking and DSM IV nicotine dependence among first year college students. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 106-114.
- Doll, R., y Hill, A. B. (1950). Smoking and carcinoma of the lung: Preliminary report. *British Medical Journal*, 2(4682), 739-748.
- Donny, E. C., y Diercker, L. C. (2007). The absence of DSM-IV nicotine dependence in moderate to heavy daily smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 93-96.
- Doucet, J., Velicer, W. y Laforge, R. (2007), Demographic differences in support for smoking policy interventions. [\*Addictive Behaviors\*](#), 32, 148-157.
- Echave, J., Flordelis, C., García, V., de la Riba, M.V., Llopis, J.J. y Martín, E. (2004). El tratamiento del tabaquismo en los centros de drogodependencias y unidades de conductas adictivas. *Adicciones*, 16, 4, 321-339.
- Eisenberg, M. J., Filiol, K. B., Yavin, D., Bélisle, P., Mittillo, S, Joseph, L., et al. (2008). Pharmacotherapies for smoking cessation: A Meta-analysis of randomized cotrolled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 179, 135-144.
- Eissenberg, T. (2004). Measuring the emergence of tobacco dependence: the contribution of negative reinforcements models. *Addiction*, 99(Supl. 1), 5-59.
- El Assad, M., Topouchian, J., y Asmar, R. (2003) Evaluation of two devices for selfmeasurement of blood pressure according to the international protocol: the Omron M5-I and the Omron 705IT. *Blood Pressure Monitoring*, 8, 127-133.
- Elford, R. W., MacMillan, H. L., Wathen, C. N., y el Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001). *Counseling for risky health habits: a conceptual framework for primary care practitioners*. CTFPHC Technical

- Report #01-7. Noviembre de 2001. London, ON: Canadian Task Force.  
Consultado el 1 de enero de 2012 en:  
[http://www.canadiantaskforce.ca/docs/Counseling\\_TR.pdf](http://www.canadiantaskforce.ca/docs/Counseling_TR.pdf).
- Fagerstrom, K. O. (1978). Measuring degree of physical dependence on tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3, 235-241.
- Fagerström, K. O. y Schneider, N. G. (1989). Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 159-82.
- Fagerström, K. O., y Jiménez, C. A. (2004). Tratamiento farmacológico del tabaquismo. En C. A. Jiménez y S. Solano (Eds). *Tabaquismo* (pp 1001-110). Madrid: Monografías Neumomadrid.
- Fagerström, K., y Furberg, H. (2008). A comparison of the Fagerström Test for Nicotine Dependence and smoking prevalence across countries. *Addiction*, 103, 841–845.
- Fagerström, K.O., Kunze, M., Schoberberger, R., Breslau, N., Hughes, J. R., Hurt, R. D. et al. (1996). Nicotine dependence versus smoking prevalence: Comparison among countries and categories of smokers. *Tob Control*, 5, 52-56.
- Fernández del Río, E., López, A. y Becoña, E. (2010a). Trastornos de personalidad y abstinencia del consumo de tabaco en un tratamiento psicológico para dejar de fumar. *Psicothema*, 22, 357-362.
- 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., et al. (2000). *Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, W. C., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., et al. (2008). *Treating tobacco use and dependence: 2008 Update*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Service, Public Health Service.
- Fiore, M. C., Kenford, S. L., Jorenby, D. E., Wetter, D. W., Smith, S. S. y Baker, T. B. (1994). Two studies of the clinical effectiveness of the nicotine patch with different counseling treatments. *Chest*, 105, 524-533.
- Fiore, M. C., Smith, S. S., Jorenby, D. E., y Baker, T. B. (1994). The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 271, 1940-1947.
- Fox, 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.
- Fox, 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.
- Gallardo J., Sánchez, I. y Almonacid, C. (2004). Planta del tabaco. Composición físico-química del humo del tabaco. Patología asociada a su consumo. *Monografías Neumomadrid*, 7, 27-41.
- García, J. C., López, V., Romero, D., y Cruz, J. M. (1998). Tabaco y enfermedades cardiovasculares. En E. Becoña (coord.), *Libro blanco de prevención del tabaquismo* (pp. 31-41). Barcelona: Glosa Ediciones.

- 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.
- García-Vera, M. P. (2004). Clinical utility of the combination of cognitive-behavioral techniques with nicotine patches as a smoking cessation treatment: Five-year results of the "Ex-Moker" program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 325-333.
- García-Vera, M. P., y Sanz J. (2006a). Análisis de la situación de los tratamientos para dejar de fumar basados en terapia cognitivo conductual de los parches de nicotina. *Psicooncología*, 3, 269-289.
- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2006b). ¿Qué aportan las técnicas de exposición a la efectividad de la terapia cognitivo-conductual con parches de nicotina para dejar de fumar? *Psicooncología*, 3, 305-318.
- Gil Roales-Nieto, J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el tabaquismo. En M. Pérez, C. Fernández, C. Amigo y J. R. Hermida. (Coords). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Gil Roales-Nieto, J., y Calero, M. (1994). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Interamericana-Mc Graw-Hill.
- Goldstein, M. G., Niaura, R., Follick, M. J. y Abrams, D. B. (1989). Effects of behavioral skills training and schedule of nicotine gum administration on smoking cessation. *American Journal of Psychiatry*, 146, 56-60.
- Goodwin, R. D., Keyes, K., y Simuro, N. (2007). Mental disorders and nicotine dependence among pregnant women in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 109, 875-883.
- Gourlay, S.G. y McNeil, J.J. (1990). Antismoking products. *Medical Journal Aust*, 153, 699-707.

- Graña, J.L. (1994). Factores de aprendizaje en las drogodependencias. En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (Eds.), *Drogodependencias*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela
- Grassi, M. C., Enea, D. Ferketich, A., Bo Lu, B., Pasquariello, S. y Nencini, P. (2011). Effectiveness of varenicline for smoking cessation: A 1-year follow-up study. *Journal of Substance Abuse Treatment, 41, 1, 64-70*.
- Gruder, C.L., Mermelstein, R.J., Kirkendol, S., et al. (1993). Effects of social support and relapse prevention training as adjuncts to a televised smoking cessation intervention. *Journal Consulting Clinical Psychology, 61, 113-20*.
- Gurrea, A. y Pinet, C. (2004). Tabaco y patología afectiva. *Adicciones, 16 (2), 156-176*.
- Hajek, P. y Stead L. F. (2006). Aversive smoking for smoking cessation. (Revisión Cochrane reducida). *The Cochrane Library, Issue 4*. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
- Hajek, P., Stead, L.F, West, L. Jarvis, M. y Lancaster, T. (2009). Relapse prevention interventions for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews, 1, Art. No.: CD003999. DOI: 10.1002/14651858.CD003999.pub3*.
- Hajek, P., West, R., Foulds, J., Nilsson, F., Burrows, S., y Meadow, A. (1999). Randomized comparative trial of nicotine polacrilex, a transdermal patch, nasal spray, and an inhaler. *Archives of Internal Medicine, 159, 2033-2038*.
- Hall, S. M., Humfleet, G. L., Reus, V. I., Muñoz, R. F. y Cullen, J. (2004). Extended nortriptyline and psychological treatment for cigarette smoking. *American Journal of Psychiatry, 161, 2100-2107*.
- Hall, S. M., Humfleet, G. L., Reus, V. I., Muñoz, R. F., Hartz, D. T. y Maude-Griffin, R. (2002). Psychological intervention and antidepressant treatment in smoking cessation. *Archives General Psychiatry, 59, 930-936*.

- Hall, S. M., Tunstall, C., Rugg, D., Jones, R. T. y Benowitz, N. (1985). Nicotine gum and behavioral treatment in smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, 256-258.
- Hass, A. L., Munoz, R. F., Humfleet, G. L., Reus, G. I., y Hall, S. M. (2004). Influences of mood, depression history, and treatment modality on outcomes in smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 563–570.
- Haunstein, K. O. (2003). *Tobacco or health? Physiological and social damages caused by tobacco smoking*. Berlin: Springer.
- Hays, J. T., y Ebbert, J. O. (2003). Bupropion for the treatment of tobacco dependence: guidelines for balancing risks and benefits. *CNS Drugs, 17*, 71-83.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., y Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addictions, 86*, 1119-1127.
- Hernández, I., Gómez, M. y Flores, L. (1998). Repercusión del tabaquismo pasivo en la función ventilatoria de los trabajadores de una fábrica de cigarros. *Revista cubana de medicina integral, 14 (2)*, 113-118.
- Herrero, F.J. y Moreno, J.J. (2004). Tratamientos combinados del tabaquismo: psicológicos y farmacológicos. *Adicciones, 16, 4*, 287-320.
- Herrero, M. J., Blanch, J., Peri, J. M., De Pablo, J., Pintor, L., y Bulbena, A. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry, 25*, 277-283.
- Hettema, J. E., Miller, W. R., y Steele, J. M. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 91–111.

- Hettema, J.E. y Hendricks, P.S. (2010) Motivational interviewing for smoking cessation: a meta-analytic review. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 78, (6), 868-84.
- Hilleman, D. E., Mohiuddin, S. M., Delcore, M. G., y Lucas, B. D. (1993). Randomized, controlled trial of transdermal clonidine for smoking cessation. *The Annals of Pharmacotherapy*, 27, 1025-1028.
- Hitsman, B., Pingitore, R., Spring, B., Mahableshwarkar, A., Mizes, J. S., Segraves, K. A., et al. (1999). Antidepressant pharmacotherapy helps some cigarette smokers more than others. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 67, 547-54.
- Hitsman, B., Spring, B., Borrelli, B., Niaura, R. y Papandonatos, G. D. (2001). Influence of antidepressant pharmacotherapy on behavioral treatment adherence and smoking cessation outcome in a combined treatment involving fluoxetine. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 9(4), 355-362.
- Hjalmarson, A., Franzon, M., Westin, A. y Wiklund, J. (1994) Effect of nasal nicotine spray on smoking cessation: a randomized, placebo controlled, double-blind study. *Archives of Internal Medicine*, 154, 2567-2572.
- Hollis, J. F., Lichtenstein, E., Vogt, T. M., Stevens, V. J., y Biglan, A. (1993). Nurse-assisted counseling for smokers in primary care. *Annals of Internal Medicine*, 118, 521-525.
- 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., Stead L. F., y Lancaster, T. (2007). Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD000031.
- Hughes, J. R. (1991). Combined psychological and nicotine gum treatment for smoking: A critical review. *Journal of Substance Abuse*, 3, 337-350.

- Hughes, J. R. (1995). Combining behavioral therapy and pharmacotherapy for smoking cessation: An update. En L. Onlan y J. Blaine (Eds.), *Ink-grating behavior therapies with medication in the treatment of drug dependence* (NIDA Research Monograph). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Hughes, J. R., Keely, J. y Naud, S. (2004). Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*, 99, 29-38.
- Hughes, J.R. (1993a). Pharmacotherapy for smoking cessation: Unvalidated assumptions and anomalies, and suggestions for further research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 751-760.
- Huisman, M. S., Kunst, A. E., y Mackenbach, M. (2005). Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income. *Medicine Preventive*, 40, 746-764.
- Jaffe, H. J. (1982). Drogadicción y abuso de drogas. En A. Goodman y A. Gilman (Eds.), *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. Buenos Aires: Panamericana.
- Jiménez Ruiz, C. A., Fagerström, K. O., Ruiz Martín, J. J., y Cicero Guerrero, A. (2006). Terapia sustitutiva con nicotina. En M. Barrueco Ferrero, M. A. Hernández Mezquita y M. Torrecilla García (Eds.), *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*, 3ª ed. (pp. 177-203). Madrid: Ergón.
- Jiménez Ruiz, C. A., Ramos Pinedo, A., y Flores Martín, S. (2003). Terapia sustitutiva con nicotina. En M. Barrueco Ferrero, M. A. Hernández Mezquita y M. Torrecilla García (Eds.), *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*, 2ª ed. (pp. 165-190). Madrid: Ergón.
- Jiménez, C. A. (2006). Tratamiento sustitutivo con nicotina durante el embarazo. *Archivos de Bronconeumología*, 42, 404-409.

- Jiménez, C. A., Ruiz, M. A., Ramos, A., y Mejías, F. (1998). Tabaco y enfermedades respiratorias no tumorales. En E. Becoña (coord.), *Libro blanco de prevención del tabaquismo* (pp.43-56). Barcelona: Glosa Ediciones.
- Jiménez, C. A., Barrueco, M., Solano, S., Torrecilla, M., Domínguez, F., Díaz-Maroto, J.L., et al. (2003) Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. *Archivos de Bronconeumología*, 39, 35-41.
- Jolicoeur, D. G., Ahluwalia, J. S., Richter, K. P., Mosier, M., Harris, K. J., Gibson, C., y Moranetz, C. A. (2000). The use of nicotine patches with minimal intervención. *Preventive Medicine*, 30, 504-512.
- Jorenby, D. E., Smith, S. S., Fiore, M. C., et al. (1995). Varying nicotine patch dose and type of smoking cessation counselling. *JAMA*, 274, 1347-1352.
- Kassel, J. D. (2000a). Are adolescent smokers addicted to nicotine? The suitability of the nicotine dependence construct as applied to adolescents. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 9, 27-49.
- Killen, J. D., Maccoby, N. y Taylor, C.B. (1984). Nicotine gum and self-regulation training in smoking relapse prevention. *Behavioral Therapy*, 15, 234-238.
- Klesges, R. C., Ward, K. D. y DeBon, M. (1996). Smoking cessation: A successful behavioral/pharmacologic interface. *Clinical Psychology Review*, 16(6), 479-496.
- 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.
- Labrador, F. J.; de la Puente, M. L y Crespo, M. (1993). Técnicas de control de la activación. Relajación y respiración. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M.

- Muñoz (Eds.), *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta* (pp. 367-395). Madrid: Pirámide.
- Lai, D.T., Cahill, K., Qin, Y. y Tang, J.L. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*: CD006936.
- 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, 4*. Oxford: Update Software.
- Lancaster, T., y Stead L. F. (2005). Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD001118.
- Lancaster, T. y Stead, L. F. (2006a). 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. (2006b). Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). En *The Cochrane Library, 4*. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
- Lancaster, T., Hajek, P., Stead, L., West, R. y Jarvis, M.J. (2006). Prevention of relapse after quitting smoking. *Archives Internal Medicine*, 166, 828-835.
- 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.
- Lennox, A.S., Osman, L.M., Reiter, E., Robertson, R., Friend, J., McCann, I., et al. (2001). Cost effectiveness of computer tailored and nontailored smoking cessation letters in general practice: randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 322, (7299), 1396.

- 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 the modification of smoking behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40*, 92-98.
- 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 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.
- Lifrak, P., Gariti, P., Alterman, A.I., McKay, J., Volpicelli, J., Sparkman, T., et al. (1997). Results of two levels of adjunctive treatment used with the nicotine patch. *American Journal Addictions, 6*, 93-98.
- Lindson, N., Aveyard, P. y Hughes, J.R. (2010). Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. *Cochrane Database Systematic. Review., 3*, CD008033.
- López, A. D., Collishow, H. E., y Piha, T. A. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control, 3*, 242-247.
- López, A., y Buceta, J. M. (1996). Tratamiento comportamental del hábito de fumar. En J. M. Buceta y A. M. Bueno (Eds.): *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades* (pp. 105-162). Madrid: Ediciones Pirámide.
- López, J. y Hernández, J. (1990). *Una historia del tabaco en España*. Madrid: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.

- López, V. y García, J.C. (2000). Tabaco y enfermedad coronaria. *Cardiovascular Risk Factors*, 9, 408-416.
- MacPherson, L., Matusiewicz, A. K., Strong, D. R., Hopko, D. R., Brown, R. A., Tull, M. T., et al. (2010). Randomized controlled trial of behavioral activation smoking cessation treatment for smokers with elevated depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 55–61.
- Magán, I., Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2008). Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in general population. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 626-640.
- Mallol, J., Koch, E., Caro, N., Sempertegui F. y Madrid R. (2007). Prevalencia de enfermedades respiratorias en el primer año de vida en hijos de madres que fumaron durante el embarazo. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 23, 23-29.
- Marlatt, G.A. (1985a). Cognitive assessment and intervention procedures for relapse prevention. En: G.A. Marlatt y J.R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp. 201-279). New York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A. (1985b). Cognitive factors in the relapse process. En: G.A. Marlatt y J.R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp. 128-199). New York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A. (1985c). Situational determinants of relapse and skill-training interventions. En: G.A. Marlatt y J.R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp. 71-127). New York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En: M. Casas y M. Gossop

- (Coord.), *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias* (pp. 137-159). Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- Marlatt, G.A. y Witkiewitz, K. (2005). Relapse prevention for alcohol and drug problems. En G. A. Marlatt y D. M. Donovan (Eds.), *Relapse Prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors, 2 ed.* (pp. 1-44). New York: Guilford Press.
- Martín Ruiz, A., Rodríguez, I., Rubio, C., Revert, C., y Hardisson, A. (2004). Efectos tóxicos del tabaco. *Revista de Toxicología, 21*, 64-71.
- McCarthy, D. E., Piasecki, T. M., Lawrence, D. L., Jorenby, D. E., Shiffman, S., Fiore, M. C. y Baker, T. B. (2008). A randomized controlled clinical trial of bupropion SR and individual smoking cessation counseling. *Nicotine Tobacco Research, 10*, 717-729.
- McRobbie, H., Lee, M. y Juniper., Z. (2005). Non-nicotine pharmacotherapies for smoking cessation. *Respiratory Medicine, 99*, 1203-1212.
- Méndez, F.X., Olivares, J. y Macià, D. (1993). Modificación de conducta y programas aplicados a grupos. En: D. Macià, F. X. Méndez y J. Olivares (Eds.), *Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Micó, J. A., Moreno, M.R, Roca, A., Rojas, M.O. y Ortega, A. (2000). Neurobiología de la adicción a la nicotina. *Prevención del Tabaquismo, 2*, 101-105.
- Míguez, M.C., y Becoña, E. (2008b). Abstinence from smoking 10 years after participation in a randomized controlled trail of a self help program. *Addictive Behaviors, 33*, 1369-1374.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change. Addictive Behavior*. New York: Guilford.

- Miller, W.R., Yahne, C.E. y Tonigan, J.S. (2003). Motivational interviewing in drug abuse services: a randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 754–63.
- Mills, E.J., Wu, P., Spurden, D., Ebbert, J.O. y Wilson, K. (2009). Efficacy of pharmacotherapies for short-term smoking abstinence: A systematic review and meta-analysis. *Harm Reduction Journal*, 6, 25.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *La Encuesta Domiciliaria sobre Drogas*. Recuperado el 23 de julio de [http://www.msc.es/gabineteprensa/notaprensa/pdf/encuestadomiciliariadrogasalcohol\(edades\)ministro.pdf](http://www.msc.es/gabineteprensa/notaprensa/pdf/encuestadomiciliariadrogasalcohol(edades)ministro.pdf)
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Encuesta Nacional de Salud de España 2006*. Recuperado el 23 de julio de 2009 de <http://www.msc.es/salud/epidemiología/ies/encuesta2006/encuesta.htm>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del INSALUD 1998. España. (Resumen). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
- Molyneux, A., Lewis, S., Leivers, U., et al. (2003). Clinical trial comparing nicotine replacement therapy (NRT) plus brief counselling, brief counselling alone, and minimal intervention on smoking cessation in hospital inpatients. *Thorax*, 58, (6), 484-488.
- Montes, A., Pérez, M., y Gestal, J. J. (2004). Impacto del tabaquismo sobre la mortalidad en España. *Adicciones*, 16, 75-82.
- Moore, D., Aveyard, P., Connock, M., Wang, D., Fry-Smith, A., y Barton, P. (2009). Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: Systematic review and metaanalysis. *British Medical Journal*, 338, b1024.

- National Institute on Drug Abuse (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide* (libro electrónico). Recuperado el 6 de marzo de 2008 de <http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODATIndex.html>.
- Nebot, M., Cabezas, C., Oller, M., Moreno, F., Rodrigo, J., Sard , T., Mestres, J., y Pitarch, M. (1990). Consejo médico, consejo de enfermería y chicle de nicotina para dejar de fumar en atención primaria. *Medicina Clínica*, *95*, 57-61.
- Nebot, M., López, M. J., Gorini, G., Neuberger, M., Axelsson, S., y Pilali, S. (2005). Environmental tobacco smoke exposure in public places of European cities. *Tobacco Control*, *14*, 60-63.
- Newman, M. G., Szkodny, L. E., Llera, S. J., and Przeworski, A. (2010). A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and depression: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Clinical Psychology Review*, *31*, 89-103].
- 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., Britt, D.M., Shadel W.G., Goldstein, M. Abrams, D.B. y Brown, R. (2001). Symptoms of depression and survival experience among three samples of smokers trying to quit. *Psychology of Addictive Behaviours*, *15*, 13-17.
- Niaura, R., y Abrams, D. B. (2002). Smoking cessation: progress, priorities, and prospectus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 494-509.
- NICE, National Institute of Clinical Excellence. (2002). *Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation*. Recuperado el 12 de junio de 2009 en: <http://www.guidance.nice.org.uk>
- NICE, National Institute of Clinical Excellence. (2006a). *Update of technological appraisal for NRT and bupropion for smoking cessation: Possible*

- extension?*. Recuperado el 12 de junio de 2009 en: <http://www.guidance.nice.org.uk>
- NICE, National Institute of Clinical Excellence. (2006b). *Brief interventions and referral for smoking interventions*. Recuperado el 12 de junio de 2009 en: <http://www.guidance.nice.org.uk>
- NICE, National Institute of Clinical Excellence. (2007a). *Workplace interventions to promote smoking cessation*. Recuperado el 12 de junio de 2009 en: <http://www.guidance.nice.org.uk>
- NICE, National Institute of Clinical Excellence. (2007b). *Final appraisal determination: Varenicline for smoking cessation*. Recuperado el 12 de junio de 2009 en: <http://www.guidance.nice.org.uk>
- Ockene, J. R., Kristeller, J., Pbert, L., Hebert, J. R., Luippold, R., Goldberg, R. J., Landon, J. y Kalan, K. (1994). The Physiandelivered smoking intervention project: Can short-term interventions produce long-term effects for a general outpatient population? *Health Psychology, 13*, 278-281.
- Organización Mundial de la Salud (1999). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. México: Editorial Médica Panamericana.
- Pardell, H., Salto, E., Ciruela, J., Tresserras, R., Gascon, P., y Salleras, L. (1996). Programa de cesación tabáquica con parche de nicotina en médicos y farmacéuticos de Cataluña: resultados a 3 y 12 meses. *Anales de Medicina Interna, 13*, 16-20.
- Pascual, F. y Vicéns, S. (2004). Aspectos históricos, sociales y económicos del tabaco. *Adicciones, 16*(Supl. 2), 13-24.
- Pereiro, C, Becoña, E., Córdoba, R., Martínez, J. y Pinet, C. (2008). *Tabaquismo. Guías clínicas de Socidrogalcohol basadas en evidencia científica*. Palma de Mallorca: Socidrogalcohol.

- Piasecki, T. M. (2006). Relapse to smoking. *Clinical Psychology Review, 26*, 196-215.
- Piñeiro, B., Míguez, M.C. y Becoña, E. (2010). La entrevista motivacional en el tratamiento del tabaquismo: una revisión. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol, 22*, (4), 353-364.
- Pisinger, C., y Godtfreksen, N. S. (2007). Is there a health benefit of reduction tobacco consumption? A systematic review. *Nicotine & Tobacco Research, 9*, 631-646.
- Pollak, K. I., Oncken, C. A., Lipkus, I. M., Lyna, P., Swamy, G. K., Pletsch, P. K., Peterson, B. L., Heine, R. P., Brouwer, R. J., Fish, L. y Myers, E. R. (2007). Nicotine replacement and behavioral therapy for smoking cessation in pregnancy. *American Journal of Preventive Medicine, 33*, 297-305.
- Pomerleau, O. F., y Pomerleau, C. S. (1984). Neuroregulators and the reinforcement of smoking: Towards a biobehavioral explanation. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 8*, 503-513.
- Pontieri, F., Tanda, G., Orzi, F. y Di Chiara, G. (1996). Effects of nicotine on the nucleus accumbens and similarity to those of addictive drugs. *Nature, 382*, 255-257.
- Prapavessis, H., Cameron, L., Baldi, J. C., Robinson, S., Borrie, K., Harper, T. y Grove, J.R. (2007) The effects of exercise and nicotine replacement therapy on smoking rates in women. *Addictive Behavior, 32*, 1416-1432.
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (1983) Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 390-395.
- Prochaska, J.O. y Norcross, J.C. (2001). Stages of changes. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training, 38*, 443-448.

- Prochaska, J.O. y Norcross, J.C. (2007). *Systems of Psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Pacific Grove: Brook/Cole.
- Raw, M., McNeill, A. y West, R. (1998). Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax*, 53, (5 supl.),1-19.
- 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.
- Rice, V. H., Fox, D. H., Lepczyk, M., Sieggreen, M., Mullin, M., Jarosz, P., y Templin, T. (1994). A comparison of nursing interventions for smoking cessation in adults with cardiovascular health problems. *Heart & Lung*, 23, 473-486.
- Richmond, R. L., Austin, A., y Webster, I. W. (1988). Predicting abstainers in a smoking cessation programme administered by general practitioners. *Journal of Epidemiology*, 17, 530-534.
- Richmond, R. L., Kehoe, L., De Almeida, A. C. (1997). Effectiveness of a 24-hour transdermal nicotine patch in conjunction with a cognitive behavioural programme: one year outcome. *Addiction*, 92, (1), 27-31.
- Roddy, E. (2004). Bupropion and other non-nicotine pharmacotherapies. *British Medical Journal*, 328, 509-511.
- 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., Córdoba, R., Planchuelo, M. A., Nebot, M., Becoña, E., Barrueco, M. y Riesco, J. A. (2005). *Se puede dejar de fumar: claves para conseguirlo*.

- Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo.
- Sánchez Meca, J., Olivares, J. y Alcázar, A. I. (1998). El problema de la adicción al tabaco: meta-análisis de las intervenciones conductuales en España. *Psicothema*, 10, 535-549
- Sánchez, L. (2004). El fumador pasivo. *Adicciones*, 16(Supl. 2), 83-99.
- Sancho, J. L. de, Gorgojo, L., González, J., y Salvador, T. (2003). *Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar*. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Carlos III.
- Sanz, J., García Vera, M. P., y Fortún, M. (en prensa). El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Psicología Conductal/Behavioral Psychology*.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16, 249-280.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Fortún, M., y Espinosa, R. (2005). *Desarrollo y propiedades psicométricas de una versión breve española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II)*. Comunicación presentada en el V Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica, Buenos Aires, 1-2 de julio de 2005.
- Sanz, J., Navarro, M. E., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.

- Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud, 14*, 121-142.
- Sanz, J., y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés, 9*, 59-84.
- Schmahl, D. P., Lichtenstein, E. y Harris, D. E. (1972). Successful treatment of habitual smokers with warm smoky air and rapid smoking. *Journal Consulting and Clinic Psychology, 36*, 105-111.
- 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.
- Schmitz, J. M., Stotts, A. L., Mooney, M. E., Delaune, K. A. y Moeller G. F. (2007). Bupropion and cognitive-behavioral therapy for smoking cessation in women. *Nicotine Tobacco Research, 9*, 699-709.
- 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.
- Schwarz, 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 Service.
- 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-Villa, R., Alonso-Pérez, F., García-Rodríguez, O. y Fernández-Hermida, J. R. (2009). Effectiveness of three intensities of smoking cessation treatment in primary care. *Psychological Reports, 105*, 747-758.

- Shahab, L., West, R. y McNeill, A. (2009). A comparison of exposure to carcinogens among roll-your-own and factory-made cigarette smokers. *Addiction Biology*, 14, 315–320.
- Shiffman, S. (1982). Relapse following smoking cessation: A situational analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 71-86.
- Shiffman, S. (1993a). Assessing smoking patters of motives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 732-742.
- Silagy y Stead (2003). Physian advise for smoking cessation (Cochrane Review). En *the Cochrane Library*, 2002, 2. Oxford: Update Software.
- Silagy, C., Lancaster, T., Stead, L., Mant , D., y Fowler, G. (2004). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 3*. Art. No.: CD000146.
- Silagy, C., Lancaster, T., Stead, L., Mant D. y Fowler G. (2004). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review*, (3), CD000146.
- Silagy, C., Mant, D., Fowler, G. y Lodge, M. (1994). Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *Lanzet*, 343,139-142.
- Simmons, M. S., Connett, J. E., Nides, M. A., Lindgren, P. G., Kleerup, E. C., Murray, R. P., et al. (2005). Smoking reduction and the rate of decline in FEV(1): results from the Lung Health Study. *European Respir Journal*, 25, (6), 1011-7.
- Simon, J. A., Carmody, T. P., Hudes, E. S., Snyder, E. y Murray, J. (2003). Intensive smoking cessation counseling versus minimal counseling among hospitalized smokers treated with transdermal nicotine replacement a randomized trial. *American Journal Medicine*. 114, 7, 555-562.

- Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (2010). Intervención interdisciplinar en tabaquismo. Documento de consenso. Recuperado el 15 de mayo de 2011 de <http://www.copcantabria.com/SEDET.pdf>.
- Solano, S., García- Tenorio Damasceno, A. y Granda, J.I. (2006). Iniciación y mantenimiento del tabaquismo. En M. Barrueco, M. A. Hernández y M. Torrecilla (Eds), *Manual de Tratamiento y Prevención del Tabaquismo*. Madrid: Ergon.
- Solano, S., Jiménez, C., y Alonso, S. (2002). *Manual de tabaquismo*. 2ª ed. Barcelona: Masson.
- 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.
- Stead, L. F., y Lancaster, T. (2005). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2*. Art. No.: CD001007.
- Stead L. F., y Lancaster, T. (2006). Group behavior therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Review. En: *The Cochrane Library, Issue 4*. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
- Stead, L. F., y Lancaster, T. (2008). Intervenciones para reducir los daños causados por el consumo continuo de tabaco (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2*. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
- Stead L.F, Bergson G. y Lancaster T. (2008). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. April 16 (2):CD000165.doi:10.1002/14651858.CD000165.pub3.
- Stead, L. F., Perera, R. Bullen, C. Mant D., y Lancaster, T. (2008). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD000146.

- Steinberg, M. L., Ziedonis, D. M., Krejci, J. A. y Brandon, T. H. (2004). Motivational Interviewing with personalized feedback: A brief intervention for motivating smokers with schizophrenia to seek treatment for tobacco dependence. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 72*, 723–728.
- Swan, G. E., McAfee, T., Curry, S. J., Jack, L. M., Javitz, H., Dacey, S. & Bergman, K. (2003). Effectiveness of bupropion sustained release for smoking cessation in a health care setting: a randomized trial. *Archives of Internal Medicine, 163*, 2337–2344.
- Swartz, L.H., Noell, J.W., Schroeder, S.W., y Ary, D.V. (2006). A randomised control study of a fully automated internet based smoking cessation programme. *Tobacco Control, 15*, 7-12.
- Tejero, A., Guimerá, E. M., Farré, J. M. et al. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 13*, 233-238.
- Thewissen, R., Snijders, S. J., Havermans, R. C., van den Hout, M., y Jansen, A. (2006). Renewal of cue-elicited urge to smoke: implications for cue exposure treatment. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1441-1449.
- Tiffany, S. T., Conklin, C. A., Shiffman, S., y Clayton, R. R. (2004). What can dependence theories tell us about assessing the emergence of tobacco dependence? *Addiction, 99*(Suppl 1), 78-86.
- Tonstad, S., Tonnesen, P., Hajek, P., Williams, K.E., Billing, C.B., Reeves, K.R., et al. (2006). Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA, 296*, (1), 64-71.
- Tori, C. D. (1978). A smoking satiation procedure with reduced medical risk. *Journal of Clinical Psychology, 34*, 574-577.

- U.S.D.H.H.S. (1964). *Smoking and Health. Report of Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Services*. Rockville, Maryland: U.S. Department of Public Health Service.
- U.S.D.H.H.S. (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.
- U.S.H.H.D.S. (2004). The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General. Recuperado el 18 de julio de 2009 de <http://www.surgeongeneral.gov/library/smokingconsequences/index.html>.
- Velicer, W.F. y Prochaska, J.O. (1999). An expert system intervention for smoking cessation. *Patient Education and Counseling*, 36, 119–29.
- Viswesvaran, C. y Schmidt, F. L. (1992) A meta-analytic comparison of the effectiveness of smoking cessation methods. *Journal of Applied Psychology*, 77, 554–561.
- Viswesvaran, C., y Schmidt, F. L. (1992). A meta-analytic comparison of the effectiveness of smoking cessation methods. *Journal of Applied Psychology*, 77, 554-561.
- Wakefield, M. y Borland, R. (2000). Saved by the bell: the role of telephone helpline services in the context of mass-media anti-smoking campaigns. *Tobacco Control*, 9, 117–119.
- Webb, M. S., Rodríguez de Ybarra, D., Baker, E. A., Reis, I. M., y Carey, M. P. (2010). Cognitive– behavioral therapy to promote smoking cessation among African American smokers: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 24–33.
- Witkiewitz, K., y Marlatt, G.A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was zen, this is tao. *American Psychologist*, 59, 224–235.

World Health Organization. (2008). *WHO report on the global tobacco epidemic.*

*The Mpower Packaged, 2008.* Recuperado el 24 de julio de 2009, de [http://www.who.int/tobacco/mpower\\_report\\_full\\_2008](http://www.who.int/tobacco/mpower_report_full_2008).

Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale.

*Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

# **ANEXOS**



**Anexo 1. Consentimiento informado.****INVESTIGACIÓN SOBRE TRATAMIENTOS EFICACES PARA  
DEJAR DE FUMAR**

Clínica Universitaria de Psicología de la UCM

**Hoja de Consentimiento Informado**

Por este documento consiento en participar en el estudio sobre “Tratamientos eficaces para dejar de fumar”. Entiendo que realizaré una entrevista y varios cuestionarios con preguntas sobre mi hábito de consumo de tabaco, historia de salud y mis pensamientos, comportamientos y sentimientos; también me tomarán medidas de monóxido de carbono, presión arterial, pulso, peso y talla. Entiendo que mis respuestas serán totalmente confidenciales y anónimas, que puedo no contestar o dejar en blanco cualquier pregunta que no quisiera responder, y que puedo negarme a cualquiera de las medidas y dejar la investigación en cualquier momento sin ningún perjuicio en mi contra.

He sido informado y comprendo que se me asignará aleatoriamente a uno de los tratamientos eficaces que se están investigando en este estudio, los cuales se realizarán en grupo o de forma individual a lo largo de ocho-nueve semanas, con sesiones y contactos de seguimiento a lo largo de un año. Al finalizar el año, si no hubiera conseguido dejar de fumar se me ofrecerá la posibilidad de recibir otro de los tratamientos que se están investigando.

Los tratamientos suponen el aprendizaje de estrategias y técnicas psicológicas para dejar el hábito de fumar y prevenir recaídas y, en algunos casos, la utilización de parches de nicotina. He sido informado y comprendo los procedimientos psicológicos y farmacológicos de los tratamientos, y también he sido informado y comprendo los potenciales efectos secundarios que pudieran ocasionar. No obstante, deseo participar en dicho programa.

He sido avisado que el entrevistador responderá a cualquiera de mis preguntas sobre los tratamientos y propósitos de este estudio, pero que ciertas preguntas que pueden afectar a los resultados del estudio no me serán respondidas hasta después de su finalización.

He sido informado y comprendo que el estudio no pretende recoger información sobre personas específicas, y que todos los datos serán codificados manteniendo mi anonimato. Consiento en que los resultados de este estudio puedan ser publicados en revistas o libros científicos o difundidos por otros medios a la comunidad científica. No obstante, entiendo que mi nombre nunca aparecerá en dichos medios, que los informes de investigación sólo reflejarán los resultados del grupo y que la identidad de los participantes será protegida.

He sido informado de que cualquier cuestión que me preocupara acerca de cualquier aspecto de este estudio puedo plantearla directamente a la Dra. María Paz García Vera, Directora de la Clínica Universitaria de Psicología de la UCM y Directora del estudio.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Participante:

Fdo.: \_\_\_\_\_

### **Declaración del Psicólogo Investigador**

El abajo firmante, psicólogo de la Clínica Universitaria de Psicología, ha explicado al participante anteriormente citado los tratamientos psicológicos y farmacológicos de la investigación sobre “Tratamientos eficaces para dejar de fumar”, y los potenciales efectos secundarios que pudieran resultar, le ha preguntado sobre cualquier cuestión que le hubiera surgido al respecto y ha contestado a sus preguntas a su mejor entender.

Firma del Psicólogo Investigador:

Fdo.: \_\_\_\_\_

**Anexo 2. Entrevista estructurada.****ENTREVISTA PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR****1. IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE**

•	Nº de historia	
•	Nombre y apellidos	_____
•	Dirección	_____ C.P.: _____
•	Población	_____ Provincia: _____
•	Teléfonos: Casa	_____
	Móvil	_____

**2.- DATOS DEMOGRÁFICOS**

2.1. Sexo:	0 – Varón 1 – Mujer
2.2. ¿Me podría decir su edad?	_____
2.3. ¿Trabaja usted? ¿En qué?	_____
0 – Obrero sin cualificar	7 – Profesional/técnico
1 – Obrero cualificado	8 – Ama de casa
2 – Agricultor/ganadero	9 – Estudiante
3 – Sector servicios	10 – Jubilado debido a la edad
4 – Personal de servicios administrativos	11 – Jubilado por enfermedad o minusvalía
5 – Empresario	12 – Profesional de las fuerzas armadas
6 – Directivo/gerente	13 – Parado
	14 – Otros
2.4. ¿Cuál es su estado civil?	_____
1 – Soltero/a	
2 – Casado/o o conviviendo de forma estable con una pareja	
3 – Separado/a	
4 – Divorciado/a	

5 – Viudo/a

2.5. ¿Cuáles son los estudios de más alto nivel oficial que Ud. ha cursado (con independencia de que los haya terminado o no)? \_\_\_\_\_

1 – No ha ido a la escuela o cursado algún tipo de estudios	5 – Bachillerato superior, BUP o equivalentes
2 – Estudios primarios	6 – Arquitecto o ingeniero técnico, diplomado de otras escuelas universitarias o equivalentes
3 – EGB o equivalente	7 – Arquitecto o ingeniero superior, licenciado o equivalentes
4 – Formación profesional, enseñanza técnico profesional o Equivalentes	8 – Doctorado, estudios de postgrado o especialización
	9 – Otros estudios no reglados

### 3.- CONSUMO ACTUAL DE TABACO

3.1. ¿Fuma Ud.? 0 – No 1 Sí \_\_\_\_\_

SI	NO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? _____</li> <li>• ¿Qué marca? _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Ha fumado alguna vez? 0 – No 1 – Sí _____</li> <li>• Si ha dejado de fumar, ¿Cuándo lo dejó? _____ (tiempo en meses desde que lo dejó)</li> <li>• ¿Utilizó algún método? 0 – No 1 – Sí _____</li> <li>• Si ha utilizado algún método, ¿Cuál?: _____</li> </ul>

### 4.- HISTORIA DE CONSUMO

4.1. Si fuma o ha fumado, ¿a qué edad comenzó a fumar? \_\_\_\_\_

4.1.2. ¿Recuerda cuáles fueron sus motivaciones en aquella época para empezar a fumar? \_\_\_\_\_

- 1 – Por parecer mayor
- 2 – Por placer, por ocio.
- 3 – Porque mis amigos lo hacían.
- 4 – Cuando comencé a salir.
- 5- varias de las anteriores.
- 5- otros. ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

4.2. Antes de consultarnos, ¿ha intentado seriamente dejar de fumar en alguna ocasión?

0 – No 1 – Sí \_\_\_\_\_

4.2.1. Si lo ha intentado, ¿En cuántas ocasiones?:

\_\_\_\_\_

4.2.3. Si lo ha intentado, ¿por qué motivo/s?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.2.4. ¿Ha utilizado algún método para dejar de fumar? 0 – No 1 – Sí \_\_\_\_\_

4.2.4.1 ¿Cuál/es?: \_\_\_\_\_

4.2.4.2 ¿Con qué resultados?: \_\_\_\_\_

4.3 ¿Cuánto tiempo máximo ha conseguido estar sin fumar? (sin encontrarse enfermo o embarazada). \_\_\_\_\_

4.4 En las ocasiones que ha conseguido estar al menos 15 días sin fumar, ¿Cuáles fueron las principales razones que le llevaron a volver a

hacerlo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 4.- TIPO DE FUMADOR

4.1. ¿Qué hace cuando está en una situación en la que no puede fumar? \_\_\_\_\_

4.1.1. ¿Tiene Ud. siempre tabaco en casa? 0 – No 1 – Sí \_\_\_\_\_

4.1.2 ¿Qué hace cuando no tiene tabaco? \_\_\_\_\_

4.2. ¿Qué número aproximado de caladas le da a cada cigarrillo (nº si lo conoce o bien muchas, bastantes o pocas) \_\_\_\_\_

4.3. Habitualmente, los cigarrillos los fuma \_\_\_\_\_

- 1 – Enteros hasta el filtro
- 2 – Casi todo el cigarrillo
- 3 –La mitad del cigarrillo
- 4 – Lo enciendo y lo apago

Situaciones en las que fuma más o fuma siempre	Situaciones en las que fuma menos o no fuma nunca
Lo que más le gusta	Lo que menos le gusta

**5.- OTROS FACTORES RELACIONADOS CON EL CONSUMO**

5.1. En la casa en donde vive, indíquenos quién vive y de ellos quien fuma:

Personas que viven	¿Fuma?

5.2. ¿Qué opinan la mayoría de las personas con las que conviven que usted fume?:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.3. ¿Qué otras cosas (conductas, actividades) le resultan igual de placenteras que fumar?:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.4. ¿Piensa que es este un buen momento para dejar de fumar? 0 – No 1 – Sí \_\_\_\_\_

5.4.1. ¿Cuáles son los motivos? \_\_\_\_\_

5.5. ¿Qué grado de dificultad tiene para Ud. el dejar de fumar, en una escala de 0 a 10?

—

(Nada difícil) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muy difícil)

5.6. ¿Hasta qué punto considera posible estar sin fumar durante un año, en una escala de 0 a 10?\_

(Nada difícil) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muy difícil)

5.6. ¿Siente alguna preocupación o temor por dejar de fumar? 0 – No 1 – Sí \_\_\_\_\_

5.4.1. ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

5.7. ¿Con qué nivel de apoyo familiar (o social) cuenta? \_\_\_\_\_

(Mínimo) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Máximo)

## 6.- CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS

6.2. ¿Toma Ud. regularmente café o té? 0 – No 1 – Sí \_\_\_\_\_

Sí →6.2.1. ¿Cuántas tazas al día? \_\_\_\_\_

6.3. ¿Bebe Ud. habitualmente coca-cola? 0 – No 1 – Sí \_\_\_\_\_

Sí →6.3.1. ¿Cuántos vasos al día? \_\_\_\_\_

6.4. ¿Toma Ud. regularmente vino? 0 – No 1 – Sí \_\_\_\_\_

Sí → 6.4.1. ¿Cuántos vasos al día? \_\_\_\_\_

6.5. ¿Y cerveza? 0 – No 1 – Sí \_\_\_\_\_

Sí → 6.5.1. ¿Cuántos vasos al día? \_\_\_\_\_

6.6. ¿Toma Ud. habitualmente licores o combinados? 0 – No 1 – Sí \_\_\_\_\_

Sí → 6.6.1. ¿Cuántos vasos a la semana? \_\_\_\_\_

6.7. ¿Toma Ud. habitualmente cánnabis? 0 – No 1 – Sí \_\_\_\_\_

Sí → 6.7.1. ¿Cuántos cigarros a la semana? \_\_\_\_\_

6.8. ¿Toma Ud. habitualmente otro tipo de drogas (p. ej., cocaína)? 0 – No 1 – Sí \_\_\_\_\_

Sí → 3.7.1. ¿Cuántas veces a la semana? \_\_\_\_\_

3.7.2. ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

## 7.- ANÁMNESIS MÉDICA

### 7.1. Historia médica

7.1. ¿Ha padecido Ud. alguna otra enfermedad o problema de salud relevante?

0 – No 1 – Sí 2 – NS/NC \_\_\_\_\_

Sí → 7. 1.1. ¿Cuál o cuáles? \_\_\_\_\_

7.2. ¿Ha padecido Ud. algún problema psicológico? 0 – No 1 – Sí 2 – NS/NC \_\_\_\_\_

Sí → 7. 3.1. ¿Cuál o cuáles? \_\_\_\_\_

7.3. Actualmente, ¿toma Ud. algún medicamento de forma regular?

0 – No 1 – Sí 2– NS/NC \_\_\_\_\_

Sí → 7.4.1. ¿Qué tipo de medicamento?, ¿Para qué tiene que tomarlo?: \_\_\_\_\_

## 8.- INCOMPATIBILIDADES CON PARCHES DE NICOTINA

8.1 ¿Ha padecido Ud. o padece alguna de las siguientes

enfermedades? \_\_\_\_\_

- 1- Enfermedad de la piel (p. ej., soriasis).
- 2- Enfermedad cardiovascular (p. ej., infarto de miocardio reciente, angina de pecho, arritmia cardíaca, hipertensión).
- 4- Diabetes
- 5- Hipertiroidismo
- 7- varias de las anteriores.
- 8- NS/NC

8.2 ¿Está Ud. embarazada o está amamantando a su hijo? 0 – No 1 – Sí 2–

NS/NC \_\_\_\_\_

8.3 ¿Ha tenido Ud. alguna vez una reacción inusual a los parches?, ¿ha tenido erupción o irritación a otros parches, para otro tipo de problemas? 0 – No 1 –

Sí 2– NS/NC \_\_\_\_\_

## 9.- EXPLORACIÓN FÍSICA

Presión arterial		Sistólica	Diastólica	Pulso
	1ª medida			
	2ª medida			
	3ª medida			
CO, en aire espirado.				
Apnea (sg)				
Altura (m)				
Peso (Kg)				

### Anexo 3. Escala de Molestias Físicas

#### ESCALA DE MOLESTIAS FÍSICAS

Nombre.....Fecha.....  
Exponemos a continuación una lista de molestias que los fumadores experimentan algunas veces. Léala con atención y ponga el número que, según la codificación de la siguiente escala de 4 puntos, mejor describa con qué frecuencia le han afectado o molestado dichos síntomas durante las 2 últimas semanas incluyendo el día de hoy.

<b>0</b>	Nunca
<b>1</b>	Rara vez
<b>2</b>	Algunas veces
<b>3</b>	Frecuentemente
<b>4</b>	Siempre

<b>Síntomas cardiorrespiratorios</b>	
Tos	0---1---2---3---4
Flemas	0---1---2---3---4
Falta de aliento con ejercicio físico (subir escaleras, correr, etc.)	0---1---2---3---4
Ataque de Falta de aliento en reposo (No constipado)	0---1---2---3---4
Ruidos en pecho al respirar	0---1---2---3---4
Otros:.....	0---1---2---3---4
<b>Síntomas digestivos</b>	
Sequedad de boca	0---1---2---3---4
Mal aliento	0---1---2---3---4
Ardor de estómago	0---1---2---3---4
Falta de apetito	0---1---2---3---4
Estreñimiento	0---1---2---3---4
Otros:.....	0---1---2---3---4
<b>Síntomas cardiovasculares</b>	
Dolor u opresión en el pecho tras esfuerzo o por la noche	0---1---2---3---4
Palpitaciones	0---1---2---3---4
Dolor o malestar en piernas al andar	0---1---2---3---4
Otros:.....	0---1---2---3---4
<b>Síntomas neurológicos</b>	
Dolor de cabeza	0---1---2---3---4
Mareos	0---1---2---3---4
Embotamiento	0---1---2---3---4
Otros:.....	0---1---2---3---4
<b>Síntomas oftalmológicos</b>	
Irritación de ojos al fumar	0---1---2---3---4
Irritación de ojos en ambiente cargado	0---1---2---3---4
Otros:.....	0---1---2---3---4
<b>Síntomas otorrinolaringológicos</b>	
Afonía	0---1---2---3---4
Dolor de garganta	0---1---2---3---4
Obstrucción nasal	0---1---2---3---4
Otros:.....	0---1---2---3---4

#### Anexo 4. BDI-II- Breve (Inventario de Depresión de Beck- Breve).

Debido a restricciones de los derechos de autor del BDI-II, sólo se reproducen algunos ítems del BDI-II-Breve a modo de muestra. Para consultar íntegramente el BDI-II-Breve o para su utilización, hay que ponerse en contacto con *Pearson Educación, S. A.*, a través de su división *Pearson Clinical and Talent Assessment España* (<http://www.pearsonpsychcorp.es>). Mi agradecimiento a *Pearson Clinical and Talent Assessment España* por el permiso para utilizar el BDI-II-Breve en la investigación empírica de esta tesis doctoral.

<b>BDI-II-Breve</b>	<b>FECHA:</b>	<b>Nº Historia:</b>
---------------------	---------------	---------------------

Edad:.....Sexo:.....Estado Civil:.....

Profesión:.....Estudios:.....

**INSTRUCCIONES:** Este cuestionario contiene 11 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

<p><b>1. Tristeza</b></p> <p>0 No me siento triste habitualmente.</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 Me siento triste continuamente.</p> <p>3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p>	<p><b>7. Indecisión</b></p> <p>0 Tomo decisiones más o menos como siempre.</p> <p>1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.</p> <p>2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p>
--	---

**Anexo 5. HAD-A (Escala Hospitalaria Versión Ansiedad)****HAD-A****FECHA::****Nº Historia:**

Este cuestionario se ha diseñado para ayudar a quien le trata a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a **cómo se sintió usted durante la semana pasada**. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si contesta de prisa, sus respuestas podrán reflejar mejor cómo se encontraba usted durante la semana pasada.

1. Me siento tenso o "nervioso".
  - Todos los días.
  - Muchas veces.
  - A veces.
  - Nunca.
  
2. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder.
  - Totalmente, y es muy fuerte.
  - Sí, pero no es muy fuerte.
  - Un poco, pero no me preocupa.
  - Nada.
  
3. Tengo mi mente llena de preocupaciones.
  - La mayoría de las veces.
  - Con bastante frecuencia.
  - A veces, aunque no muy a menudo.
  - Sólo en ocasiones.
  
4. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado.
  - Siempre.
  - Por lo general.
  - No muy a menudo.
  - Nunca.
  
5. Tengo una sensación extraña, como de "aleteo" en el estómago.
  - Nunca.
  - En ciertas ocasiones.
  - Con bastante frecuencia.
  - Muy a menudo.
  
6. Me siento inquieto, como si estuviera continuamente en movimiento.
  - Mucho.
  - Bastante.
  - No mucho.
  - Nada.
  
7. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.
  - Muy frecuentemente.
  - Bastante a menudo.
  - No muy a menudo.
  - Rara vez.

## Anexo 6. BAI (Inventario de Ansiedad de Beck)

Debido a restricciones de los derechos de autor del BAI, sólo se reproducen algunos ítems del BAI a modo de muestra. Para consultar íntegramente el BAI o para su utilización, hay que ponerse en contacto con *Pearson Educación, S. A.*, a través de su división *Pearson Clinical and Talent Assessment España* (<http://www.pearsonpsychcorp.es>). Mi agradecimiento a *Pearson Clinical and Talent Assessment España* por el permiso para utilizar el BAI en la investigación empírica de esta tesis doctoral.

<b>BAI</b>	<b>FECHA:</b>	<b>Nº Historia:</b>
------------	---------------	---------------------

Edad:.....Sexo:.....Estado Civil:.....

Profesión:.....Estudios:.....

**INSTRUCCIONES:** A continuación hay una lista de síntomas frecuentes de ansiedad. Léalos atentamente e indique el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos **durante la última semana**, colocando el número adecuado en el espacio correspondiente.

<p>0 = Nada en absoluto  1 = Levemente, no me molestó mucho.  2 = Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo.  3 = Gravemente, casi no podía soportarlo.</p>
---

1. Hormigueo o entumecimiento.....
2. Sensación de calor.....
3. Debilidad en las piernas.....
4. Incapacidad para relajarme.....


## Anexo 7. Test de Fagerström

### TEST DE FAGERSTRÖM

Nombre.....Fecha.....

...

A continuación le exponemos una serie de preguntas sobre su hábito de fumar. Por favor léalas detenidamente y conteste a continuación.

1. ¿Cuánto tiempo tarda, después de despertarse, en fumar su primer cigarrillo?
  - Más de 60 minutos
  - 31-60 minutos
  - 6-30 minutos
  - Menos de 5 minutos
2. ¿Encuentra difícil abstenerse de fumar en sitios donde esta prohibido?
  - NO
  - SI
3. ¿A qué cigarrillo odiaría más renunciar?
  - Al primero de la mañana
  - A cualquier otro
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
  - 10 ó menos
  - 11-20
  - 21-30
  - 31 ó más
5. ¿Fuma más frecuentemente durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?
  - NO
  - SI
6. ¿Fuma cuándo está enfermo y ha de pasar en la cama la mayoría del tiempo?
  - NO
  - SI

PUNTUACIÓN TOTAL

**Anexo 8. Cuestionario de Autoeficacia****CUESTIONARIO DE AUTOEFICACIA**

Nombre.....Fecha.....

...

A continuación se presenta un listado de situaciones en las que algunas personas experimentan urgencia por fumar.

Por favor, numere en una escala de 0-10 cada una de las situaciones, siendo 0 = ninguna resistencia a la urgencia de fumar y 10 = total resistencia a la urgencia de fumar.

- 1- Cuando se siente ansioso
- 2- Cuando quiere sentarse cómodamente y disfrutar un cigarrillo
- 3- Cuando ha finalizado una comida o tentempié
- 4- Cuando está nervioso
- 5- Cuando quiere sentirse más atractivo
- 6- Cuando quiere relajarse
- 7- Cuando siente que fumar es parte de su autoimagen
- 8- Cuando se siente tenso
- 9- Cuando está bebiendo una bebida alcohólica
- 10- Cuando ve a otros fumando
- 11- Cuando alguien le ofrece un cigarrillo
- 12- Cuando quiere evitar comer dulces
- 13- Cuando quiere sentirse más maduro o sofisticado
- 14- Cuando quiere mantenerse delgado

PUNTUACIÓN TOTAL

## Anexo 9. Test de Richmond

### TEST DE RICHMOND

1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?

- Si
- No

2. ¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?

- Muy elevado
- Elevado
- Medio
- Ninguno

3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?

- Si
- Puede que sí
- Creo que no
- No

4. ¿Cuál es la posibilidad de que usted sea un no fumador en los próximos 6 meses?

- Seguro que sí
- Probablemente sí
- Seguramente que ninguna
- Ninguna

Anexo 10. Fichas de tratamiento del grupo TCC/I



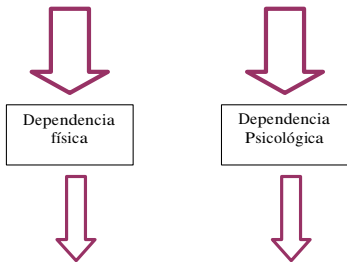
# GUÍA PARA DEJAR DE FUMAR

## TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

2

¿QUÉ PASOS SEGUIREMOS PARA HACER FRENTE A LA DEPENDENCIA PSICOFARMACOLÓGICA?

UN MÉTODO QUE TE LO PONDRÁ MÁS FÁCIL



Reducción Gradual de Nicotina: reducción progresiva en el organismo de la cantidad de nicotina ingerida

Aprenderemos a manejar las ganas de fumar:

- Cambiar hábitos
- Relajación
- ...

DESPISTAREMOS EL DESEO



### ¿Qué es la conducta de fumar?

Fumar es un comportamiento, es algo que hacemos, y como todo lo que hacemos lo hemos aprendido.

¿cuántas veces a lo largo de su vida ha llevado a cabo este comportamiento?:

¿Cuánto tiempo lleva fumando? A

Entonces ha fumado A X B N° de veces a lo largo de su vida

¿Cuántos cigarros fuma al día? B

FUMAR SE HA CONVERTIDO EN UN HÁBITO. ALGO A LO QUE NOS HEMOS ACOSTRUMBRADO A HACER Y EN ASOCIACIÓN A MÚLTIPLES SITUACIONES: TOMAR CAFÉ, AMIGOS... ESTO ES LA DEPENDENCIA PSICOLÓGICA

AL FUMAR INTRODUCIMOS NICOTINA EN NUESTRO ORGANISMO. NUESTRO CUERPO SE HABITÚA A ÉSTA Y EN SU AUSENCIA LA ECHAMOS DE MENOS ESTO ES LA DEPENDENCIA FÍSICA

La dependencia Física y Psicológica interactúan entre si:

FUMAR GENERA UNA DEPENDENCIA PSICOFARMACOLÓGICA

3

### ¿CÓMO LE AYUDARÁ LA REDUCCIÓN GRADUAL DE NICOTINA?

- 1) Conseguirá que los síntomas que provocaría una supresión brusca de nicotina no aparezcan o lo hagan de forma mucho más atenuada.
- 2) Es una manera de abordar la dependencia física a la Nicotina.
- 3) También aborda dependencia psicológica, rompiendo las asociaciones que existen entre situaciones y el consumo de tabaco, que han hecho que fumar se convierta en un hábito, irán desapareciendo poco a poco.
- 4) Le permitirá concentrar toda su energía en la dependencia psicológica

TODO MÉTODO TIENE UNOS PASOS Y PARA QUE SEA EFECTIVO ES MUY IMPORTANTE SEGUIRLOS. IR DEMASIADO RÁPIDO LE HARÁ RETROCEDER...

**¿EN QUE CONSISTE EL MÉTODO DE REDUCCIÓN GRADUAL DE NICOTINA?**

- Reducirá de forma gradual los niveles de Nicotina en Sangre.
- Abandonará de forma progresiva el consumo de tabaco.

A lo largo de 4 semanas va a ir reduciendo lo que fuma



¿CÓMO?:

- Cambiando la marca de cigarrillos.
- Reduciendo la cantidad de cigarrillos fumados.
- Dejando de fumar poco a poco en las situaciones en las que solía hacerlo

RECUERDE QUE LO MÁS IMPORTANTE PARA QUE EL MÉTODO FUNCIONE ES SEGUIR SUS PASOS

RECUERDE QUE LO MÁS IMPORTANTE PARA QUE EL MÉTODO FUNCIONE ES SEGUIR SUS PASOS

**APRENDIENDO A RELAJARNOS**

¿Para qué?

- Para permitir una adecuada oxigenación de los tejidos y del organismo en general.
- Para poder utilizarlo en cualquier situación, ayudando así a controlarse mejor a uno mismo, ante la aparición del deseo de fumar.

¿Dónde?

Unlugar:

- Tranquilo.
- Sin ruidos.
- Con temperatura agradable (ni mucho frío ni mucho calor).
- Con luz tenue.

¿Cuándo?

- Como mínimo 2 veces al día (p.e por la mañana y por la noche), durante 5 minutos, divididos en 2 minutos de práctica, 1 de descanso, y otros 2 de práctica.

Sin prisas ni interrupciones

¿Cómo?

- Con ropas holgadas que no opriman ni molesten.
- En una postura cómoda, preferentemente tumbado y con los ojos cerrados.

Siguiendo este método:

- 1) Se coloca una mano por debajo del ombligo y otra en el pecho para percibir mejor como el aire entra y sale con nuestra inspiración y espiración profunda.
- 2) A continuación se comienza a realizar una inspiración lentamente (contando mentalmente hasta tres), tratando de llevar el aire hasta nuestra tripa (observaremos como se mueve la mano colocada debajo del ombligo pero no la colocada sobre el pecho).
- 3) Mantener el aire en la tripa (contando mentalmente hasta 3).
- 4) Comenzamos a expulsar el aire lentamente notando como asciende y sale suavemente por la boca (contando mentalmente hasta 5).



**REGISTRA LOS EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN**

Fecha.....

Práctica 1	Práctica 2	Práctica 3	Práctica 4	Observaciones

Fecha.....

Práctica 1	Práctica 2	Práctica 3	Práctica 4	Observaciones

Fecha.....

Práctica 1	Práctica 2	Práctica 3	Práctica 4	Observaciones

Fecha.....

8

**REGISTRA LOS EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN**

Fecha.....

Práctica 1	Práctica 2	Práctica 3	Práctica 4	Observaciones

Fecha.....

Práctica 1	Práctica 2	Práctica 3	Práctica 4	Observaciones

Fecha.....

Práctica 1	Práctica 2	Práctica 3	Práctica 4	Observaciones

Fecha.....

Práctica 1	Práctica 2	Práctica 3	Práctica 4	Observaciones

Fecha.....

Práctica 1	Práctica 2	Práctica 3	Práctica 4	Observaciones

10

**¿CÓMO ME HUBIERA GUSTADO QUE ME PIDIERAN QUE NO FUMASE?**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_



1

9

**¿CÓMO HACER FRENTE A LOS OFRECIMIENTOS?  
¿CÓMO DEFENDER DE UNA MANERA CORRECTA NUESTROS DERECHOS?**

Las personas al dejar de fumar se pueden encontrar en situaciones en las que tengan que comunicar su decisión de no fumar y en ocasiones, incluso, pedir a alguien que no fume a nuestro lado.



**RECORDAD: FUMAR O NO FUMAR ES UNA DECISIÓN LIBRE. PERO NOSOTROS TAMBIÉN TENEMOS DERECHO A PEDIR QUE NO NOS LO PONGAN MÁS DIFÍCIL**

UNA FORMA DE PEDIRLO.....

“Técnica del Sándwich”: Es hacer una petición, es decir, lo que más nos cuesta, empezando y acabando en dos cosas positivas. Por ejemplo:

- Primero mostrar que entiendes y comprendes su derecho a fumar (positivo).
- Segundo explicar a la otra persona tu malestar y hacer la petición de que no fume (negativo), y que mejor forma que empezar que con un por favor.
- Tercero proponer unas alternativas válidas para satisfacer a ambos.

11

**PAUTAS PARA LA PRIMERA SEMANA**

- Cambiar la marca de cigarrillos
- Su marca de tabaco para esta semana será\_\_\_\_\_.
- Fume sólo hasta la marca (1/3 menos de cigarro)

/ No fume más cigarrillos que la media de lo que fumó la semana pasada\_\_\_\_\_

/ No intercambie la nueva marca con la anterior.

/ No la adquiera en el mismo establecimiento que antes y vaya siempre a un estanco para que no tenga excusas de que no había.

/ Tire todos los cigarrillos de su anterior marca.

/ No le dé inhalaciones más profundas.

/ No tenga el cigarro continuamente en la boca porque ingeriría una gran cantidad de nicotina. Por tanto, llévelo a la boca sólo para fumarlo

/ Deje de aceptar ofrecimientos de cigarrillos, aunque usted puede seguir ofreciéndolos

/ Comunicarle al menos a una persona de su entorno que está llevando a cabo un tratamiento y que es previsible que deje de fumar en los próximos

2

**PARA DESPISTAR AL DESEO**



Habr  situaciones y momentos en los que sentir  ganas de fumar, ya que hasta ahora sol  hacerlo. Al principio le vamos pedir que despiste al deseo de fumar

1. Romper con las rutinas. Una forma de despistar al deseo será cambiar el orden de su rutina.
2. Dejar de hacer cosas que no estamos preparados para hacer. Ahora le voy a pedir que se imaginen esta noche en una cena, con un montón de amigos de los cuales fuman la mayoría y con los que usted también solían hacerlo.  Se sentir  realmente fuerte?, es el momento para despistar al deseo en esta situación. Tal vez, lo más conveniente, será no hacer este tipo de actividades hasta estar preparados.

**Si no podemos hacer lo anterior** P.e., imagínense una reunión de trabajo. No podemos plantearnos cambiar rutinas y a lo mejor no podemos no enfrentarnos a esa situación, aunque sepamos que no estamos preparados. Nuestro método, tiene un tercer paso de emergencia, que es huir o escapar de esa situación en la que ya estamos cuando el deseo es muy alto, para darnos un tiempo, fortalecernos y volver a la situación.

3. Seguro que también piensa que hay ocasiones en las que el deseo puede aparecer sin saber por qué: En esos momentos, podemos poner en marcha comportamientos que le ayuden a, no sólo despistar al deseo, si no a engañarlo momentáneamente. P.e. al beber agua, por un lado, produce un efecto en mi cuerpo y por otro, me ayuda por ejemplo a tener las manos ocupadas, etc... Lavarse los dientes será otro ejemplo. E incluso acu rdese que esta aprendiendo a relajarse mediante la respiración. Por tanto, cuando sea un experto también podrá convertirse en una alternativa.

14



**IMPORTANTE:** UNA RESPUESTA A CUALQUIER NIVEL INFLUYE EN LOS DEMÁS.

Cuando tenemos ganas de fumar, en muchas ocasiones aparecen pensamientos que nos lo ponen más difícil. Muchos aparecen sin que se les "llame". SON LOS DENOMINADOS...



13

**PAUTAS PARA LA SEGUNDA SEMANA**



./ Fumar  \_\_ cigarrillos al día de la marca \_\_\_\_\_.

./ Para hacerlo más fácil, ayúdese del registro de consumo y planifique de antemano cómo distribuirá los cigarrillos a lo largo del día.

- o \_\_ cigarrillos antes de comer.
- o \_\_ cigarrillos por la tarde (antes de la cena).
- o \_\_ cigarrillos antes de acostarse.

./ Retrasar el cigarrillo de antes de desayunar o después de levantarse por lo menos quince minutos.

./ Elija tres situaciones en las que no fumar :

- o Situación 1: \_\_\_\_\_ o
- Situación 2: \_\_\_\_\_ o
- Situación 3: \_\_\_\_\_

./ No aceptar ofrecimientos de cigarros.

./ Incrementar la parte del cigarrillo sin fumar.

15

** C MO HACER FRENTE A LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS? I**

Es difícil impedir que estos Pensamientos aparezcan, pero s  es posible manejarlos.

** C MO?**

1.- Como pueden imaginarse es normal que cuando una persona está dejando de fumar tenga este tipo de pensamientos, pero a la vez sabemos que es imposible pensar en dos cosas a la vez, por tanto tener preparadas una serie de frases que nos recuerden nuestro objetivo (dejar de fumar) y que nos animen a seguir a adelante puede ser un modo de bloquear eficazmente los pensamientos de deseo. hay que diferenciar 4 tipos:

- ◆ Preparándonos para la situación de deseo:
  - o "No hay de que preocuparme"
  - o "Estar  bien"
- ◆ Haciendo frente al deseo:
  - o "Respirar lenta y pausadamente"
  - o "Puedo hacerlo, lo estoy haciendo"
  - o "Es normal, llevo poco tiempo dejando de fumar"
- ◆ Haciendo frente a momentos críticos:
  - o "Tranquila ya sabes lo que es"
  - o "Después de un tiempo pasará."
  - o "No intentar eliminar el deseo totalmente, sólo manejarlo"
- ◆ Reforzándonos por el éxito:
  - o "Voy mejorando"
  - o "Lo conseguí"
  - o "Lo hice bien"
  - o "Tengo que contárselo a ..."

**ES IMPORTANTE DEDICAR ESFUERZOS EN ENCONTRAR SUS PROPIAS FRASES TRANQUILIZADORAS**

### IDENTIFIQUE SUS PROPIAS FRASES TRANQUILIZADORAS

A continuación le pedimos que identifique sus propias frases tranquilizadoras de cara a abordar los pensamientos automáticos:

**A) Preparándonos para la situación de deseo:**

“No hay de que preocuparme”  
“Estaré bien”

**B) Haciendo frente al deseo:**

“Respirar lenta y pausadamente”  
“Puedo hacerlo, lo estoy haciendo”  
“Es normal, llevo poco tiempo dejando de fumar”

**C) Haciendo frente a momentos críticos:**

“Tranquila ya sabes lo que es”  
“Después de un tiempo pasará.”  
“No intentar eliminar el deseo totalmente, sólo manejarlo”.

**D) Reforzándonos por el éxito:**

“Voy mejorando”  
“Lo conseguí”  
“Lo hice bien”  
“Tengo que contárselo a ...”

18

### PAUTAS PARA LA TERCERA

#### SEMANA



./ Fumará \_\_\_ cigarrillos al día de la marca \_\_\_\_\_.

./ Para hacerlo más fácil, ayúdese del registro de consumo y planifique de antemano cómo distribuirá los cigarrillos a lo largo del día.

- o \_\_\_ cigarrillos antes de comer.
- o \_\_\_ cigarrillos por la tarde (antes de la cena).
- o \_\_\_ cigarrillos antes de acostarse.

./ Retrasar el cigarrillo de antes de desayunar o después de levantarse por lo menos treinta minutos.

./ Retrasar el cigarrillo de después de comer, el café y la cena, un mínimo de quince minutos

./ Elija otras tres situaciones en las que no fumará (además de la de la semana anterior):

- o Situación 1: \_\_\_\_\_ (semana anterior) o
- Situación 2: \_\_\_\_\_ (semana anterior) o
- Situación 3: \_\_\_\_\_ (semana anterior) o
- Situación 4: \_\_\_\_\_
- o Situación 5:
- o Situación 6:

./ No aceptar ofrecimientos de cigarros.

./ Fumar como máximo la mitad de cada cigarrillo

17

### ¿CÓMO HACER FRENTE A LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS? II

Cuando aparecen los pensamientos de deseo y antes de introducir nuestras “frases tranquilizadoras” es útil cortar la cadena de pensamientos dándonos una palmada. Es importante, incluso utilizar alguna palabra como “BASTA” o “STOP”.

Además una vez que uno ha frenado los pensamientos de deseo con la palmada y “frases tranquilizadoras” es útil buscarnos una manera de distraernos, de fijarnos en otra cosa para que los pensamientos se esfumen. Cada persona tiene una manera diferente de distraerse, por ejemplo:

#### ¿CÓMO DISTRAERNOS?

1. **Centrándonos en un objeto:**  
Describe con detalle cualquier objeto (forma, color, tamaño, textura...)
2. **Ejercicios mentales:**  
Cualquier actividad mental que requiera suficiente actividad para distraerte.
  - Cuenta de 0 a 100 de 3 en 3,
  - Descuenta de 1000 a 0 de 7 en 7,
  - Nombra animales por orden alfabético,
  - Busca palabras que empiecen con una determinada letra,...
3. **Actividades absorbentes:**
  - Llamar por teléfono,
  - Cantar,
  - Hacer puzzles, crucigramas
  - Ver TV,
  - Leer un libro, revistas,...
4. **Recuerdos y fantasías agradables:**  
Dejarnos llevar por un recuerdo (algo ocurrido en elM pasado)

19

### ¿Qué son las excusas?

- Son un tipo de pensamientos automáticos que van a aparecer en situaciones concretas y nos van a generar distintas emociones.
- En el caso concreto del tabaco pueden dificultar el proceso de dejar de fumar reduciendo la sensación de fracaso si recaemos.
- Por todo esto resulta fundamental aprender a identificarlas para cambiarlas por otros pensamientos más realistas.



0

¿Qué excusas nos ponemos a nosotros mismos?

- EXCUSA 1º  
"Me voy a poner como un tonel"
- EXCUSA 2º  
"La nicotina no es tan mala, Carrillo con 90 años sigue fumando y está como un chiquillo"
- EXCUSA 3º  
"Mejor fumarme uno que estar todo el día obsesionado con el tabaco; así estaré más feliz"
- EXCUSA 4º  
"Despistar el deseo me está llevando a dejar de hacer todo lo que me gusta ... A vivir que son 2 días"
- EXCUSA 5º  
"Me siento tonto cuando espero sin fumar, no se dónde poner la manos y me muevo mucho; el tabaco da seguridad"
- EXCUSA 6º  
"El deseo no desaparece, para que voy a seguir esforzándome si acabaré fumando de todas formas"

21

¿QUÉ RAZONAMIENTOS PODEMOS HACER PARA VENCER A LAS EXCUSAS?

- RAZONAMIENTO 1º  
"Aunque algunas persona aumentan entre 2 y 3 kilos al dejar de fumar, la mayor parte de este aumento, suele deberse a comer más. La media de aumento es de 1kg con reducción gradual y con total normalización a un año"
- RAZONAMIENTO 2º  
"Aunque algunas personas no mueren por los efectos nocivos del tabaco, es una de las mayores causas de muerte y la que mayor gasto sanitario provoca. Es una cuestión de vulnerabilidad, los estudios permiten hablar de causalidad. Además a cada persona le afecta de una manera, pero incluso en el caso de Carrillo o gente como él, ¿Cuántos años viviría sin fumar?"
- RAZONAMIENTO 3º  
"Es importante recordar que la sensación de deseo no es continua, aunque lo parezca, y que no aumenta hasta el infinito, ni siquiera se mantiene durante mucho tiempo, al final acaba disminuyendo. Si fumas uno, tú deseo aumentará más en el futuro"
- RAZONAMIENTO 4º  
"Es cierto que al despistar el deseo estoy variando parte de mi estilo de vida, pero se que no es más que una solución momentánea y al final estaré totalmente preparado para disfrutar de las situaciones de mi vida cotidiana"
- RAZONAMIENTO 5º  
"Es cierto que fumar puede cumplir una función pero es un hábito aprendido y es modificable. ¿Qué hacen los no fumadores cuando esperan con las manos?"
- RAZONAMIENTO 6º  
"El deseo no es infinito siempre acaba por bajar. A veces, en algunas situaciones, baja fácilmente y otras se resiste más. Además que aparezca el deseo no implica que necesariamente que no lo podamos controlar. Con el tiempo el deseo cada vez será menor y finalmente desaparecerá"

22

¿Cuáles son tus excusas y que razonamientos utilizas?

EXCUSAS										
NIVEL DE CREENCIA (0-100)										

MI RAZONAMIENTO										
NIVEL DE CREENCIA (0-100)										

23

¿Qué es un problema?

- Una situación que me produce malestar y ante la que busco posibles soluciones.  
¿Cómo puedo solucionarlo?
- Para buscar soluciones a un problema lo primero es definir adecuadamente el mismo. ¿Qué es en concreto lo que me preocupa o lo que constituye un problema para mí?
- Habría que tener en cuenta cuándo ocurre, con qué frecuencia, con quién, que siento, que pienso o que hago.
- Recuerda que puede serte de utilidad iniciar tu definición del problema con las siguientes palabras: ¿Qué puedo hacer yo para...?

Ejemplo

- Carmen está preocupada porque su hija María de 19 años llega todos los Sábados después de las 5 de la madrugada. No sabe cómo resolver la situación, está todo el día imaginando las posibles desgracias que la pueden suceder.
- Cuando la preguntamos como definiría su problema dijo: "No se lo que hacer para que mi hija deje de ser una cabra loca". De esta manera nunca encontrará una solución. Problema bien definido: ¿Qué puedo hacer yo para que mi hija llegue a casa antes de las 5 de la madrugada?

4

**DEFINE TU PROBLEMA**

- Teniendo en cuenta lo explicado en la sesión y la ficha informativa piensa en algún problema que puedas o pudieras tener y defínelo adecuadamente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- ¿Cómo hubieses planteado el problema antes de conocer estas reglas?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo lo planteas ahora?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

26

**¿Qué preguntas puedo hacerme para cambiar esos pensamientos?**

Ya sabemos que el deseo puede aparecer en forma de excusas que nos pueden llevar a poner en duda nuestro COMPROMISO. Un buen “antídoto” contra ellas es aprender a cuestionarlas utilizando la “Técnica de las cuatro preguntas clave”:

Quando nos “pillamos” utilizando excusas podemos preguntarnos:

1. ¿Qué evidencia a favor tengo de que lo que estoy pensando es objetivo?, ¿y en contra?
2. ¿Estaré confundiendo una excusa con un hecho?
3. ¿Hay otra forma alternativa de pensar?
4. ¿Qué pensaría mi amigo X (que no fuma) de esto?, ¿y un no fumador?.

25

**PAUTAS PARA LA CUARTA**

**SEMANA**



./ Reducir en esta semana el nº de cigarrillos día a día de modo que al final de la misma no fume ninguno.

./ Para hacerlo más fácil, ayúdense del registro de consumo y planifique de antemano cómo distribuirá los cigarrillos a lo largo del día y la semana.

- \_\_ cigarrillos antes de comer.
- \_\_ cigarrillos por la tarde (antes de la cena).
- \_\_ cigarrillos antes de acostarse.

Retrasar el cigarrillo de antes de desayunar o después de levantarse un mínimo de 45 minutos. Retrasar los cigarrillos de después de comer, del café y de la cena un mínimo de 30 minutos.

./ Elija las situaciones en las que no fumará (además de la de la semana anterior):

- Situaciones: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

./ No aceptar ofrecimientos de cigarrillos.

./ Fumar como máximo la mitad de cada cigarrillo.

27

**¿Cómo puedo solucionar un problema?**

- Una vez definido el problema adecuadamente tendríamos que buscarle posibles soluciones.

**Generación de alternativas**

- Para encontrar la mejor solución a nuestro problema vamos a generar la mayor cantidad de posibles soluciones mediante la “tormenta de ideas”. Este procedimiento tiene 4 reglas:
  - Regla 1: Se excluyen todas las críticas. Ahora no es el momento para valorar cual es mejor.
  - Regla 2: Todo vale.
  - Regla 3: Es mejor cantidad que calidad. Tienen que generarse mínimo 10 ideas.
  - Regla 4: Es mejor la combinación y la mejora (si dos ideas son buenas las puedes combinar).

**Elección de la mejor alternativa**

- Para elegir la mejor alternativa tendremos que valorar cada una de las posibles soluciones con los criterios adecuados:
  - Eficacia: ¿Cómo va a ser esta alternativa de eficaz para la solución de mi problema?
  - Satisfacción: ¿Estoy satisfecho con esta alternativa en la solución de mi problema?
  - Probabilidad de llevarlo a cabo: ¿Es probable llevar a cabo la alternativa que estoy proponiendo para solucionar mi problema?

8

¿Cómo puedo solucionar un problema?

Cuadro resumen

- Podemos utilizar el siguiente cuadro para puntuar en que medida cada alternativa cumple los diferentes criterios. La escala es de 0 a 10, donde 0 significa "nada eficaz, nada satisfactorio y nada probable" y 10 sea igual a "totalmente".

Alternativas de solución	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Total
1.-				
2.-				
3.-				

Una vez que hayamos puntuado cada una de las alternativas debéis elegir la que obtenga puntuación más alta en el total.

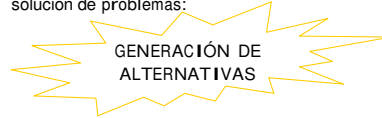
Puesta en la marcha de la solución

- Por último, la alternativa de solución más eficaz habría que ponerla en marcha y comparar el resultado real con el esperado, con el fin de seguir con esa solución o plantearse qué ha ocurrido como explicación de la falta de éxito.
- Hay que fijarse una fecha concreta y dar un plazo de tiempo de al menos 15 días para verificar si es una solución eficaz o no.

29

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

- Vamos a usar el problema definido la semana anterior para entrenar el resto de pasos de la solución de problemas:




---

---

---

---

---

---

---

---

Elección de la mejor alternativa

Alternativas de solución	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Total
1.-				
2.-				
3.-				

- Eficacia
- Satisfacción
- Probabilidad de llevarla a cabo

30

Puesta en la marcha de la solución

- ¿Qué fecha me pongo para poner en práctica la solución?  
.....  
.....
- ¿Cómo la llevaría a cabo?  
.....  
.....  
.....
- ¿Con quién?  
.....  
.....
- ¿Qué necesito?  
.....  
.....  
.....

Resultados

- En qué medida he permitido alcanzar el objetivo que quería? 0-10
- ¿Grado de satisfacción? 0-10

31

REGLAS PARA UNA BUENA CITA CON EL DESEO

- Sin prisas "con todo el tiempo del mundo ya que esperaré a que mi deseo se reduzca".
- Poco a poco "no puedo subir a una torre sin pasar por los primeros peldaños, podría caerme y dolería más".
- Con frecuencia y constancia "cuanto más me cito con el deseo y voy superándolo más seguro me siento".
- Con garantías de éxito "nunca me enfrentaré a una situación que me pueda superar".
- Ante una cita complicada o inesperada siempre podré alejarme un poco, salir, darme un respiro y sólo cuando me sienta capaz de superarla volver a mi cita con el deseo (despistar al deseo).
- Conocer al enemigo es garantía de éxito "el deseo por mucho que suba siempre baja".
- El deseo se hace fuerte porque va cargado de pensamientos, emociones y sensaciones "necesito un cigarro, no podré aguantar" "estoy nervioso".
- Para debilitar el deseo podemos controlar los pensamientos y sensaciones que lo fortalecen.
- Para debilitar las sensaciones que acompañan al deseo utilizaremos la respiración.
- Para debilitar los pensamientos que acompañan al deseo también tenemos herramientas útiles.

2

**LA PRIMERA CITA CON EL DESEO:**

- Necesita: el mechero, el cenicero y el paquete de tabaco que le hemos proporcionado.
- Siguiendo los pasos que se relatan a continuación deberá centrar su atención en la forma de los objetos y en el olor del cigarrillo:
  - Para comenzar abra el paquete de tabaco y saque un cigarrillo.
  - Una vez que lo haya sacado, tóquelo con las dos manos prestando atención a todos sus detalles.
  - A continuación deberá olerlo mientras lo sujeta con ambas manos.
  - Deje el cigarrillo en la mano que utilizaba habitualmente para fumar, con el puño cerrado. Mientras, coja el mechero con la otra mano y juegue con él, incluso si quiere, puede encenderlo.
- Al acabar el ejercicio lávese las manos para que no le huelan a tabaco.

Recuerda que en cada ocasión que te enfrentes al deseo deberás realizar un registro de tu nivel de deseo antes y después

33

**REGISTRO DE CITAS CON EL DESEO**

ITEM Nº: \_\_\_\_\_

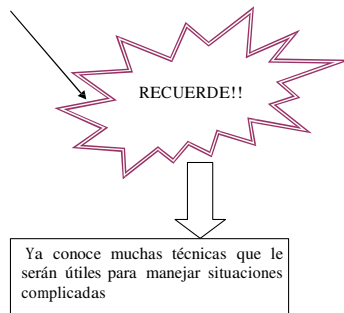
DÍA	DESEO ANTES (0-10)	DESEO DURANTE (0-10)	DESEO DESPUÉS (0-10)	DIFICULTADES

34

**DEBEMOS PRESTAR ATENCIÓN A...**

Bienvenido a la independencia del tabaco!!!!

Pero no debe bajar la guardia



**EN ESTOS MOMENTOS PUEDEN APARECER DIFICULTADES QUE NOS HAGAN RECAER**



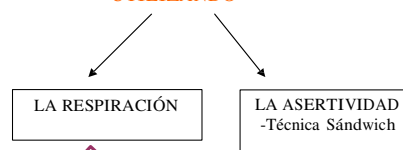
35

**COMO CONTROLAR AQUELLAS SITUACIONES EN LAS QUE ME SIENTA MÁS IRRITABLE O NERVIOSO/A**

Recuerde que es relativamente normal que en las situaciones en las que el deseo es más alto, podemos experimentar **nerviosismo** y en ocasiones manifestar **irascibilidad o irritabilidad**.

¿Cómo podemos hacer frente a este tipo de situaciones?

**UTILIZANDO**



PARA EL MANEJO DEL NERVIOSISMO Y LA IRASCIBILIDAD

6

**Y SI ME ENCUENTRO MÁS TRISTE?????**

Recuerde que es normal que en ocasiones se encuentre triste o con un estado de ánimo bajo. Son aquellos momentos en los que quizá nos encontremos más vulnerables.



UNA BUENA FORMA DE ABORDAR EL ESTADO DE ÁNIMO BAJO ES LA DE PLANIFICAR ACTIVIDADES AGRADABLES Y PLACENTERAS

Ejercicio: Por favor, escriba aquellas actividades que le resulten placenteras:

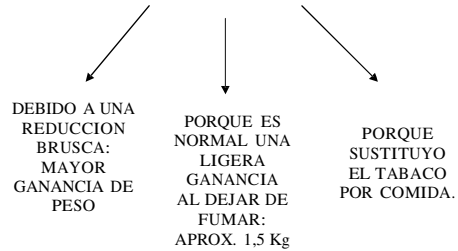
- 1.- \_\_\_\_\_
- 2.- \_\_\_\_\_
- 3.- \_\_\_\_\_
- 4.- \_\_\_\_\_
- 5.- \_\_\_\_\_
- 6.- \_\_\_\_\_
- 7.- \_\_\_\_\_

37

**¿ES HABITUAL QUE AL DEJAR DE FUMAR SE GANE PESO?**

Es relativamente frecuente, que las personas que dejan de fumar experimenten un ligero incremento de peso.

**¿POR QUÉ?**



LA GANANCIA DE PESO SE PUEDE PREVENIR Y AMORTIGUAR. ADEMÁS, SIGUIENDO UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE, LOS KILOS SE PIERDEN CON RAPIDEZ.

38

**ALGUNAS PROPUESTAS PARA UN ALIMENTACIÓN SALUDABLE**

- 1.- Recuerde hacer cinco comidas al día, cada 3 horas aproximadamente, tenga hambre o no.
- 2.- Es muy importante que no se salte ninguna comida.
- 3.- Coma sentado.
- 4.- Recuerde comer despacio, masticando bien y dando tiempo a que la sensación de saciedad llegue al cerebro.
- 5.- Intente no comprar comida cuando tenga hambre.
- 6.- Es fundamental beber agua durante todo el día, aproximadamente 6-8 vasos diarios. No la beba de golpe para evitar las ganas inmediatas de orinar.
- 7.- Modere el consumo de alcohol.
- 8.- Es fundamental llevar una dieta variada.
- 9.- Haga ejercicio regular como complemento de una dieta equilibrada
- 10.- Recuerde que no debemos perseguir el peso ideal, sino el más saludable para nuestro organismo.

39

**LA SEGUNDA CITA CON EL DESEO:**

- Necesita: el mechero, el cenicero y el paquete de tabaco que le hemos proporcionado.
- Siguiendo los pasos que se relatan a continuación deberá centrar su atención en la forma de los objetos y en el olor del cigarrillo:
  - Para comenzar abra el paquete de tabaco y saque un cigarrillo.
  - Una vez que lo haya sacado, tóquelo con las dos manos prestando atención a todos sus detalles.
  - A continuación deberá olerlo mientras lo sujeta con ambas manos.
  - Deje el cigarrillo en la mano que utilizaba habitualmente para fumar en la postura habitual en la que fuma.
  - Acérqueselo a la boca.
  - Sujételo con los labios y manténgalo hasta el final del ejercicio. No lo chupen, ni hagan inspiraciones, tan solo manténgalo en los labios.
- Al acabar el ejercicio lávese las manos para que no le huelan a tabaco.

Recuerda que en cada ocasión que te enfrentes al deseo deberás realizar un registro de tu nivel de deseo antes y después

40

**REGISTRO DE CITAS CON EL DESEO**

ITEM N°: \_\_\_\_\_

DIA	DESEO ANTES (0-10)	DESEO DURANTE (0-10)	DESEO DESPUÉS (0-10)	DIFICULTADES

41

**CITA CON EL DESEO**

Identifique aquellas situaciones en las que tendrá una cita con el deseo:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_



42

**REGISTRO DE CITAS CON EL DESEO**

ITEM N°: \_\_\_\_\_

DIA	DESEO ANTES (0-10)	DESEO DURANTE (0-10)	DESEO DESPUÉS (0-10)	DIFICULTADES

43

**REGISTRO DE CITAS CON EL DESEO**

ITEM N°: \_\_\_\_\_

DIA	DESEO ANTES (0-10)	DESEO DURANTE (0-10)	DESEO DESPUÉS (0-10)	DIFICULTADES

44

**LA TERCERA CITA CON EL DESEO:**

- **Necesita:** el mechero, el cenicero y el paquete de tabaco que le hemos proporcionado.
- Siguiendo los pasos que se relatan a continuación deberá centrar su atención en la forma de los objetos y en el olor del cigarrillo:

En esta ocasión necesitarás la ayuda de una persona que encenderá un cigarrillo antes de comenzar. Debe dejar que se consuma en el cenicero mientras realiza el ejercicio.

- Para comenzar abra el paquete de tabaco y saque un cigarrillo.
- Una vez que lo haya sacado, tóquelo con las dos manos prestando atención a todos sus detalles.
- A continuación deberá olerlo mientras lo sujeta con ambas manos.
- Acérqueselo a la boca.
- Sujételo con los labios y manténgalo hasta el final del ejercicio. Debe chupar el cigarrillo realizar inspiraciones.
- Repita varias veces el gesto de llevarse el cigarrillo a la boca, inspirando.

Recuerda que en cada ocasión que te enfrentes al deseo deberás realizar un registro de tu nivel de deseo antes y después

46

**REGISTRO DE CITAS CON EL DESEO**

ITEM N°: \_\_\_\_\_

DIA	DESEO ANTES (0-10)	DESEO DURANTE (0-10)	DESEO DESPUÉS (0-10)	DIFICULTADES

45

**LA CUARTA CITA CON EL DESEO:**

- **Necesita:** el mechero, el cenicero y el paquete de tabaco que le hemos proporcionado. En esta ocasión necesitarás la ayuda de una persona que encenderá un cigarrillo antes de comenzar.
- Siguiendo los pasos que se relatan a continuación deberá centrar su atención en la forma de los objetos y en el olor del cigarrillo:

En esta ocasión necesitarás la ayuda de una persona que encenderá un cigarrillo antes de comenzar. Debe dejar que se consuma en el cenicero mientras realiza el ejercicio.

- Prepárese un café, o lo que estaba acostumbrado a beber cuando fumaba. Vaya tomándose lo durante el ejercicio.
- Para comenzar abra el paquete de tabaco y saque un cigarrillo.
- Una vez que lo haya sacado, tóquelo con las dos manos prestando atención a todos sus detalles.
- Repita varias veces el gesto de llevarse el cigarrillo a la boca, inspirando.

Recuerda que en cada ocasión que te enfrentes al deseo deberás realizar un registro de tu nivel de deseo antes y después

47

**REGISTRO DE CITAS CON EL DESEO**

ITEM N°: \_\_\_\_\_

DIA	DESEO ANTES (0-10)	DESEO DURANTE (0-10)	DESEO DESPUÉS (0-10)	DIFICULTADES

48

**LA QUINTA CITA CON EL DESEO:**

- Este ejercicio deberá realizarse en una cafetería donde se permita fumar.
  - Intente que alguna persona de su alrededor le acompañe.
  - Llévese el mechero, el cenicero y el paquete de tabaco que le hemos proporcionado.
- Pídale un café, o lo que estaba acostumbrado a beber cuando fumaba y bébaselo mientras realiza el ejercicio.
  - Deberá fijarse en la gente que está fumando, concentrarse en el olor del humo. Concéntrese en las sensaciones que le provoca.
- Para comenzar abra el paquete de tabaco y saque un cigarrillo.
  - Una vez que lo haya sacado, tóquelo con las dos manos prestando atención a todos sus detalles.
  - Acérqueselo a la boca.
  - Repita varias veces el gesto de llevarse el cigarrillo a la boca, inspirando.
- Recuerda que en cada ocasión que te enfrentes al deseo deberás realizar un registro de tu nivel de deseo antes y después

49

**REGISTRO DE CITAS CON EL DESEO**

ITEM N°: \_\_\_\_\_

DIA	DESEO ANTES (0-10)	DESEO DURANTE (0-10)	DESEO DESPUÉS (0-10)	DIFICULTADES

50

**REGISTRO DE CITAS CON EL DESEO**

ITEM N°: \_\_\_\_\_

DIA	DESEO ANTES (0-10)	DESEO DURANTE (0-10)	DESEO DESPUÉS (0-10)	DIFICULTADES

51

**REGISTRO DE CITAS CON EL DESEO**

ITEM N°: \_\_\_\_\_

DIA	DESEO ANTES (0-10)	DESEO DURANTE (0-10)	DESEO DESPUÉS (0-10)	DIFICULTADES

Anexo 11. Fichas de tratamiento de TCC/I+PN

1



# GUÍA PARA DEJAR DE FUMAR

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO CON PARCHES

¿Qué es la conducta de fumar?

Fumar es un comportamiento, es algo que hacemos, y como todo lo que hacemos lo hemos aprendido.

¿cuántas veces a lo largo de su vida ha llevado a cabo este comportamiento?:

¿Cuánto tiempo lleva fumando? A,

Entonces ha fumado A X B Nº de veces a lo largo de su vida

¿Cuántos cigarros fuma al día? B

FUMAR SE HA CONVERTIDO EN UN HÁBITO. ALGO A LO QUE NOS HEMOS ACOSTRUMBRADO A HACER Y EN ASOCIACIÓN A MÚLTIPLES SITUACIONES: TOMAR CAFÉ, AMIGOS.... ESTO ES LA DEPENDENCIA PSICOLÓGICA

AL FUMAR INTRODUCIMOS NICOTINA EN NUESTRO ORGANISMO. NUESTRO CUERPO SE HABITÚA A ÉSTA Y EN SU AUSENCIA LA ECHAMOS DE MENOS ESTO ES LA DEPENDENCIA FÍSICA

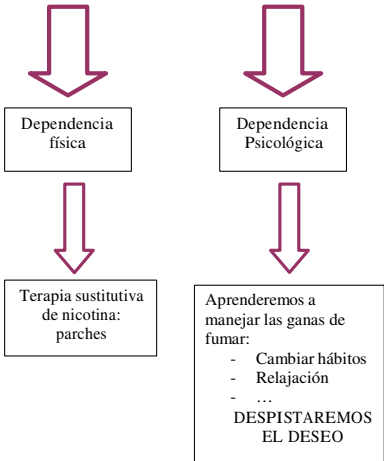
La dependencia Física y Psicológica interactúan entre si:

FUMAR GENERA UNA DEPENDENCIA PSICOFARMACOLÓGICA

2

¿QUÉ PASOS SEGUIREMOS PARA HACER FRENTE A LA DEPENDENCIA PSICOFARMACOLÓGICA?

UN MÉTODO QUE TE LO PONDRÁ MÁS FACIL



3

¿Por qué vamos a utilizar los parches de nicotina?



- 1º RAZÓN  
Porque permiten la liberación gradual de nicotina a lo largo de todo el día, manteniendo su nivel estable en nuestro organismo independientemente de las situaciones. Te pones uno por la mañana y te olvidas hasta el día siguiente.
- 2º RAZÓN  
Porque nos van a permitir romper la asociación entre la ingesta de nicotina y el "llevarse algo a la boca".
- 3º RAZÓN  
Porque presentan una escasa tasa de contraindicaciones y efectos adversos.

4

**¿CÓMO NOS PONEMOS LOS PARCHES?**

- Sacamos con cuidado el parche para no rasgarlo. Una tijera puede sernos útil para abrir el envoltorio cortando una pequeña parte.
- Extraemos el parche del envoltorio y le quitamos la lámina protectora, eligiendo para colocarlo por la parte adhesiva en una zona del cuerpo sin vello y de escasa sudoración. Por ejemplo la espalda o el antebrazo.
- Procederemos a colocarlo presionando ligeramente y asegurándonos de que ha quedado correctamente adherido.



- Al acostarnos hay que acordarse de retirar el parche y tirarlo. Ya no nos vale de nada.
- A la mañana siguiente repetiremos lo hecho el día anterior de la misma manera, colocándonos un nuevo parche pero, y esto es importante, en una zona distinta del cuerpo. Por ejemplo a 10 cm de la zona donde lo colocamos el día anterior.
- Si surge algún problema, consultarlo con nuestro médico, los lunes por la tarde, o bien llamar al teléfono habilitado para este programa y dejar un mensaje.

1  
5

**APRENDIENDO A RELAJARNOS**

**¿Para qué?**

- Para permitir una adecuada oxigenación de los tejidos y del organismo en general.
- Para poder utilizarlo en cualquier situación, ayudando así a controlarse mejor a uno mismo, ante la aparición del deseo de fumar.

**¿Dónde?**

**Unlugar:**

- Tranquilo.
- Sin ruidos.
- Con temperatura agradable (ni mucho frío ni mucho calor).
- Con luz tenue.

**¿Cuándo?**

- Como mínimo 2 veces al día (p.e por la mañana y por la noche), durante 5 minutos, divididos en 2 minutos de práctica, 1 de descanso, y otros 2 de práctica.

Sin prisas ni interrupciones

6

**¿Cómo?**

- Con ropas holgadas que no opriman ni molesten.
- En una postura cómoda, preferentemente tumbado y con los ojos cerrados.

**Siguiendo este método:**

- 1) Se coloca una mano por debajo del ombligo y otra en el pecho para percibir mejor como el aire entra y sale con nuestra inspiración y espiración profunda.
- 2) A continuación se comienza a realizar una inspiración lentamente (contando mentalmente hasta tres), tratando de llevar el aire hasta nuestra tripa (observaremos como se mueve la mano colocada debajo del ombligo pero no la colocada sobre el pecho).
- 3) Mantener el aire en la tripa (contando mentalmente hasta 3).
- 4) Comenzamos a expulsar el aire lentamente notando como asciende y sale suavemente por la boca (contando mentalmente hasta 5).

Esperamos 3 segundos y volvemos a empezar



7

**REGISTRA LOS EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN**

Fecha.....

Práctica 1	Práctica 2	Práctica 3	Práctica 4	Observaciones

Fecha.....

Práctica 1	Práctica 2	Práctica 3	Práctica 4	Observaciones

Fecha.....

Práctica 1	Práctica 2	Práctica 3	Práctica 4	Observaciones

Fecha.....

Práctica 1	Práctica 2	Práctica 3	Práctica 4	Observaciones

Fecha.....

Práctica 1	Práctica 2	Práctica 3	Práctica 4	Observaciones

8

**REGISTRA LOS EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN**

Fecha.....

Práctica 1	Práctica 2	Práctica 3	Práctica 4	Observaciones

Fecha.....

Práctica 1	Práctica 2	Práctica 3	Práctica 4	Observaciones

Fecha.....

Práctica 1	Práctica 2	Práctica 3	Práctica 4	Observaciones

Fecha.....

Práctica 1	Práctica 2	Práctica 3	Práctica 4	Observaciones

Fecha.....

Práctica 1	Práctica 2	Práctica 3	Práctica 4	Observaciones

10

**¿CÓMO ME HUBIERA GUSTADO QUE ME PIDIERAN QUE NO FUMASE?**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_



9

**¿CÓMO HACER FRENTE A LOS OFRECIMIENTOS?**

**¿CÓMO DEFENDER DE UNA MANERA CORRECTA NUESTROS DERECHOS?**

Las personas al dejar de fumar se pueden encontrar en situaciones en las que tengan que comunicar su decisión de no fumar y en ocasiones, incluso, pedir a alguien que no fume a nuestro lado.



**RECORDAD: FUMAR O NO FUMAR ES UNA DECISIÓN LIBRE. PERO NOSOTROS TAMBIÉN TENEMOS DERECHO A PEDIR QUE NO NOS LO PONGAN MÁS DIFÍCIL**

**UNA FORMA DE PEDIRLO.....**

“Técnica del Sándwich”: Es hacer una petición, es decir, lo que más nos cuesta, empezando y acabando en dos cosas positivas. Por ejemplo:

- **Primero** mostrar que entiendes y comprendes su derecho a fumar (positivo).
- **Segundo** explicar a la otra persona tu malestar y hacer la petición de que no fume (negativo), y que mejor forma que empezar que con un por favor.
- **Tercero** proponer unas alternativas válidas para satisfacer a ambos.

11

**PARA DESPISTAR AL DESEO**



Habrás situaciones y momentos en los que sentirá ganas de fumar, ya que hasta ahora solía hacerlo. Al principio le vamos pedir que despiste al deseo de fumar

1. Romper con las rutinas. Una forma de despistar al deseo sería cambiar el orden de su rutina.
2. Dejar de hacer cosas que no estamos preparados para hacer. Ahora le voy a pedir que se imaginen esta noche en una cena, con un montón de amigos de los cuales fuman la mayoría y con los que usted también solía hacerlo. ¿Se sentiría realmente fuerte?, es el momento para despistar al deseo en esta situación. Tal vez, lo más conveniente, sería no hacer este tipo de actividades hasta estar preparados.

**Si no podemos hacer lo anterior** P.e., imagínese una reunión de trabajo. No podemos plantearnos cambiar rutinas y a lo mejor no podemos no enfrentarnos a esa situación, aunque sepamos que no estamos preparados. Nuestro método, tiene un tercer paso de emergencia, que es huir o escapar de esa situación en la que ya estamos cuando el deseo es muy alto, para darnos un tiempo, fortalecernos y volver a la situación.

3. Seguro que también piensa que hay ocasiones en las que el deseo puede aparecer sin saber por qué: En esos momentos, podemos poner en marcha comportamientos que le ayuden a, no sólo despistar al deseo, si no a engañarlo momentáneamente. P.e. al beber agua, por un lado, produce un efecto en mi cuerpo y por otro, me ayuda por ejemplo a tener las manos ocupadas, etc... Lavarse los dientes sería otro ejemplo. E incluso acuérdesese que esta aprendiendo a relajarse mediante la respiración. Por tanto, cuando sea un experto también podría convertirse en una alternativa.

12



**IMPORTANTE:** UNA RESPUESTA A CUALQUIER NIVEL INFLUYE EN LOS DEMÁS.

Cuando tenemos ganas de fumar, en muchas ocasiones aparecen pensamientos que nos lo ponen más difícil. Muchos aparece sin que se les "llame". SON LOS DENOMINADOS...



14

**IDENTIFIQUE SUS PROPIAS FRASES TRANQUILIZADORAS**

A continuación le pedimos que identifique sus propias frases tranquilizadoras de cara a abordar los pensamientos automáticos:

A) **Preparándonos para la situación de deseo:**  
 "No hay de que preocuparme"  
 "Estaré bien"

B) **Haciendo frente al deseo:**  
 "Respirar lenta y pausadamente"  
 "Puedo hacerlo, lo estoy haciendo"  
 "Es normal, llevo poco tiempo dejando de fumar"

C) **Haciendo frente a momentos críticos:**  
 "Tranquila ya sabes lo que es"  
 "Después de un tiempo pasará."  
 "No intentar eliminar el deseo totalmente, sólo manejarlo".

D) **Reforzándonos por el éxito:**  
 "Voy mejorando"  
 "Lo conseguí"  
 "Lo hice bien"  
 "Tengo que contárselo a ..."

13

**¿CÓMO HACER FRENTE A LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS? I**

Es difícil impedir que estos Pensamientos aparezcan, pero sí es posible manejarlos.

**¿CÓMO?**

1.- Como pueden imaginarse es normal que cuando una persona está dejando de fumar tenga este tipo de pensamientos, pero a la vez sabemos que es imposible pensar en dos cosas a la vez, por tanto tener preparadas una serie de frases que nos recuerden nuestro objetivo (dejar de fumar) y que nos animen a seguir a adelante puede ser un modo de bloquear eficazmente los pensamientos de deseo. hay que diferenciar 4 tipos:

- ◆ Preparándonos para la situación de deseo:
  - "No hay de que preocuparme"
  - "Estaré bien"
- ◆ Haciendo frente al deseo:
  - "Respirar lenta y pausadamente"
  - "Puedo hacerlo, lo estoy haciendo"
  - "Es normal, llevo poco tiempo dejando de fumar"
- ◆ Haciendo frente a momentos críticos:
  - "Tranquila ya sabes lo que es"
  - "Después de un tiempo pasará."
  - "No intentar eliminar el deseo totalmente, sólo manejarlo"
- ◆ Reforzándonos por el éxito:
  - "Voy mejorando"
  - "Lo conseguí"
  - "Lo hice bien"
  - "Tengo que contárselo a ..."

**ES IMPORTANTE DEDICAR ESFUERZOS EN ENCONTRAR SUS PROPIAS FRASES TRANQUILIZADORAS**

15

**¿CÓMO HACER FRENTE A LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS? II**

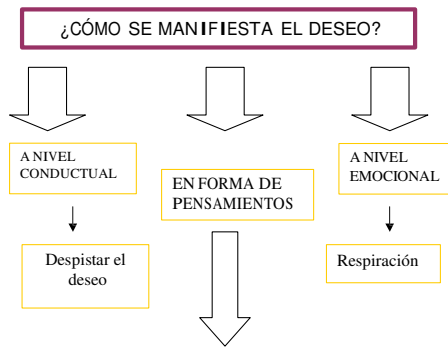
Cuando aparecen los pensamientos de deseo y antes de introducir nuestras "frases tranquilizadoras" es útil cortar la cadena de pensamientos dándonos una palmada. Es importante, incluso utilizar alguna palabra como "BASTA" o "STOP".

Además una vez que uno ha frenado los pensamientos de deseo con la palmada y "frases tranquilizadoras" es útil buscarnos una manera de distraernos, de fijarnos en otra cosa para que los pensamientos se esfumen. Cada persona tiene una manera diferente de distraerse, por ejemplo:

**¿CÓMO DISTRAERNOS?**

1. **Centrándonos en un objeto:**  
 Describe con detalle cualquier objeto (forma, color, tamaño, textura...)
2. **Ejercicios mentales:**  
 Cualquier actividad mental que requiera suficiente actividad para distraerte.
  - Cuenta de 0 a 100 de 3 en 3,
  - Descuenta de 1000 a 0 de 7 en 7,
  - Nombra animales por orden alfabético,
  - Busca palabras que empiecen con una determinada letra,...
3. **Actividades absorbentes:**
  - Llamar por teléfono,
  - Cantar,
  - Hacer puzzles, crucigramas
  - Ver TV,
  - Leer un libro, revistas,...
4. **Recuerdos y fantasías agradables:**  
 Dejarnos llevar por un recuerdo (algo ocurrido en elM pasado)

12



¿CÓMO? Pensando en el tabaco, centrando nuestra atención en las dificultades...

**IMPORTANTE:** UNA RESPUESTA A CUALQUIER NIVEL INFLUYE EN LOS DEMÁS.

Cuando tenemos ganas de fumar, en muchas ocasiones aparecen pensamientos que nos lo ponen más difícil. Muchos aparece sin que se les "llame". SON LOS DENOMINADOS...



14

**IDENTIFIQUE SUS PROPIAS FRASES TRANQUILIZADORAS**

A continuación le pedimos que identifique sus propias frases tranquilizadoras de cara a abordar los pensamientos automáticos:

A) **Preparándonos para la situación de deseo:**

"No hay de que preocuparme"  
"Estaré bien"

---

B) **Haciendo frente al deseo:**

"Respirar lenta y pausadamente"  
"Puedo hacerlo, lo estoy haciendo"  
"Es normal, llevo poco tiempo dejando de fumar"

---

C) **Haciendo frente a momentos críticos:**

"Tranquila ya sabes lo que es"  
"Después de un tiempo pasará."  
"No intentar eliminar el deseo totalmente, sólo manejarlo".

---

D) **Reforzándonos por el éxito:**

"Voy mejorando"  
"Lo conseguí"  
"Lo hice bien"  
"Tengo que contárselo a ..."

---

13

**¿CÓMO HACER FRENTE A LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS? I**

Es difícil impedir que estos Pensamientos aparezcan, pero sí es posible manejarlos.

**¿CÓMO?**

1.- Como pueden imaginarse es normal que cuando una persona está dejando de fumar tenga este tipo de pensamientos, pero a la vez sabemos que es imposible pensar en dos cosas a la vez, por tanto tener preparadas una serie de frases que nos recuerden nuestro objetivo (dejar de fumar) y que nos animen a seguir a adelante puede ser un modo de bloquear eficazmente los pensamientos de deseo. hay que diferenciar 4 tipos:

- ◆ Preparándonos para la situación de deseo:
  - "No hay de que preocuparme"
  - "Estaré bien"
- ◆ Haciendo frente al deseo:
  - "Respirar lenta y pausadamente"
  - "Puedo hacerlo, lo estoy haciendo"
  - "Es normal, llevo poco tiempo dejando de fumar"
- ◆ Haciendo frente a momentos críticos:
  - "Tranquila ya sabes lo que es"
  - "Después de un tiempo pasará."
  - "No intentar eliminar el deseo totalmente, sólo manejarlo"
- ◆ Reforzándonos por el éxito:
  - "Voy mejorando"
  - "Lo conseguí"
  - "Lo hice bien"
  - "Tengo que contárselo a ..."

**ES IMPORTANTE DEDICAR ESFUERZO EN ENCONTRAR SUS PROPIAS FRASES TRANQUILIZADORAS**

15

**¿CÓMO HACER FRENTE A LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS? II**

Cuando aparecen los pensamientos de deseo y antes de introducir nuestras "frases tranquilizadoras" es útil cortar la cadena de pensamientos dándonos una palmada. Es importante, incluso utilizar alguna palabra como "BASTA" o "STOP".

Además una vez que uno ha frenado los pensamientos de deseo con la palmada y "frases tranquilizadoras" es útil buscarnos una manera de distraernos, de fijarnos en otra cosa para que los pensamientos se esfumen. Cada persona tiene una manera diferente de distraerse, por ejemplo:

**¿CÓMO DISTRAERNOS?**

1. **Centrándonos en un objeto:**  
Describe con detalle cualquier objeto (forma, color, tamaño, textura...)
2. **Ejercicios mentales:**  
Cualquier actividad mental que requiera suficiente actividad para distraerte.
  - Cuenta de 0 a 100 de 3 en 3,
  - Descuenta de 1000 a 0 de 7 en 7,
  - Nombra animales por orden alfabético,
  - Busca palabras que empiecen con una determinada letra,...
3. **Actividades absorbentes:**
  - Llamar por teléfono,
  - Cantar,
  - Hacer puzzles, crucigramas
  - Ver TV,
  - Leer un libro, revistas,...
4. **Recuerdos y fantasías agradables:**  
Dejarnos llevar por un recuerdo (algo ocurrido en elM pasado)

20

**¿Qué preguntas puedo hacerme para cambiar esos pensamientos?**

Ya sabemos que el deseo puede aparecer en forma de excusas que nos pueden llevar a poner en duda nuestro COMPROMISO. Un buen "antídoto" contra ellas es aprender a cuestionarlas utilizando la "Técnica de las cuatro preguntas clave":

Quando nos "pillemos" utilizando excusas podemos preguntarnos:

1. ¿Qué evidencia a favor tengo de que lo que estoy pensando es objetivo?, ¿y en contra?
2. ¿Estaré confundiendo una excusa con un hecho?
3. ¿Hay otra forma alternativa de pensar?
4. ¿Qué pensaría mi amigo X (que no fuma) de esto?, ¿y un no fumador?.

22

**DEFINE TU PROBLEMA**

- Teniendo en cuenta lo explicado en la sesión y la ficha informativa piensa en algún problema que puedas o pudieras tener y defínelo adecuadamente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- ¿Cómo hubieses planteado el problema antes de conocer estas reglas?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo lo planteas ahora?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21

**¿Qué es un problema?**

- Una situación que me produce malestar y ante la que busco posibles soluciones.  
¿Cómo puedo solucionarlo?
- Para buscar soluciones a un problema lo primero es definir adecuadamente el mismo. ¿Qué es en concreto lo que me preocupa o lo que constituye un problema para mí?
- Habría que tener en cuenta cuándo ocurre, con qué frecuencia, con quién, que siento, que pienso o que hago.
- Recuerda que puede serte de utilidad iniciar tu definición del problema con las siguientes palabras: ¿Qué puedo hacer yo para...?

**Ejemplo**

- Carmen está preocupada porque su hija María de 19 años llega todos los Sábados después de las 5 de la madrugada. No sabe cómo resolver la situación, está todo el día imaginando las posibles desgracias que la pueden suceder.
- Cuando la preguntamos como definiría su problema dijo: "No se lo que hacer para que mi hija deje de ser una cabra loca". De esta manera nunca encontrará una solución. Problema bien definido: ¿Qué puedo hacer yo para que mi hija llegue a casa antes de las 5 de la madrugada?

23

**¿Cómo puedo solucionar un problema?**

- Una vez definido el problema adecuadamente tendríamos que buscarle posibles soluciones.

**Generación de alternativas**

- Para encontrar la mejor solución a nuestro problema vamos a generar la mayor cantidad de posibles soluciones mediante la "tormenta de ideas". Este procedimiento tiene 4 reglas:
  - Regla 1: Se excluyen todas las críticas. Ahora no es el momento para valorar cual es mejor.
  - Regla 2: Todo vale.
  - Regla 3: Es mejor cantidad que calidad. Tienen que generarse mínimo 10 ideas.
  - Regla 4: Es mejor la combinación y la mejora (si dos ideas son buenas las puedes combinar).

**Elección de la mejor alternativa**

- Para elegir la mejor alternativa tendremos que valorar cada una de las posibles soluciones con los criterios adecuados:
  - Eficacia: ¿Cómo va a ser esta alternativa de eficaz para la solución de mi problema?
  - Satisfacción: ¿Estoy satisfecho con esta alternativa en la solución de mi problema?
  - Probabilidad de llevarlo a cabo: ¿Es probable llevar a cabo la alternativa que estoy proponiendo para solucionar mi problema?

24

¿Cómo puedo solucionar un problema?

Cuadro resumen

- Podemos utilizar el siguiente cuadro para puntuar en que medida cada alternativa cumple los diferentes criterios. La escala es de 0 a 10, donde 0 significa "nada eficaz, nada satisfactorio y nada probable" y 10 sea igual a "totalmente".

Alternativas de solución	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Total
1.-				
2.-				
3.-				

Una vez que hayamos puntuado cada una de las alternativas debéis elegir la que obtenga puntuación más alta en el total.

Puesta en la marcha de la solución

- Por último, la alternativa de solución más eficaz habría que ponerla en marcha y comparar el resultado real con el esperado, con el fin de seguir con esa solución o plantearse qué ha ocurrido como explicación de la falta de éxito.
- Hay que fijarse una fecha concreta y dar un plazo de tiempo de al menos 15 días para verificar si es una solución eficaz o no.

26

Puesta en la marcha de la solución

- ¿Qué fecha me pongo para poner en práctica la solución?  
.....  
.....
- ¿Cómo la llevaría a cabo?  
.....  
.....  
.....
- ¿Con quién?  
.....  
.....  
.....
- ¿Qué necesito?  
.....  
.....  
.....

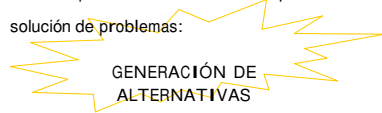
Resultados

- En qué medida me he permitido alcanzar el objetivo que quería? 0-10
- ¿Grado de satisfacción? 0-10

25

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

- Vamos a usar el problema definido la semana anterior para entrenar el resto de pasos de la solución de problemas:



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Elección de la mejor alternativa

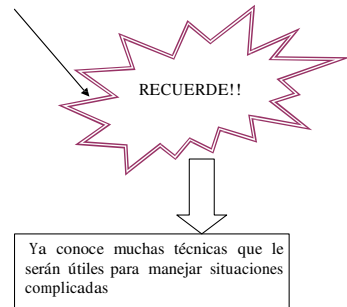
Alternativas de solución	Criterio 1	Criterio 2	Criterio 3	Total
1.-				
2.-				
3.-				

- Eficacia
- Satisfacción
- Probabilidad de llevarla a cabo

27

DEBEMOS PRESTAR ATENCIÓN A...

Bienvenido a la independencia del tabaco!!!!  
Pero no debe bajar la guardia



EN ESTOS MOMENTOS PUEDEN APARECER DIFICULTADES QUE NOS HAGAN RECAER

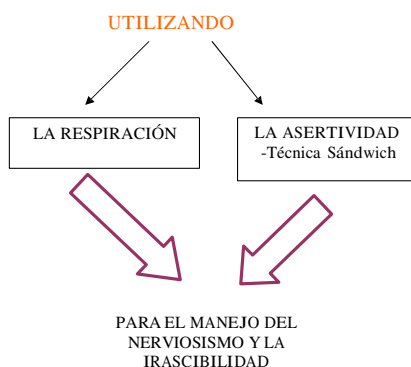


28

**COMO CONTROLAR AQUELLAS SITUACIONES EN LAS QUE ME SIENTA MÁS IRRITABLE O NERVIOSO/A**

Recuerde que es relativamente normal que en las situaciones en las que el deseo es más alto, podemos experimentar **nerviosismo** y en ocasiones manifestar **irascibilidad o irritabilidad**.

¿Cómo podemos hacer frente a este tipo de situaciones?



29

**Y SI ME ENCUENTRO MÁS TRISTE?????**

Recuerde que es normal que en ocasiones se encuentre triste o con un estado de ánimo bajo. Son aquellos momentos en los que quizá nos encontremos más vulnerables.



UNA BUENA FORMA DE ABORDAR EL ESTADO DE ÁNIMO BAJO ES LA DE PLANIFICAR ACTIVIDADES AGRADABLES Y PLACENTERAS

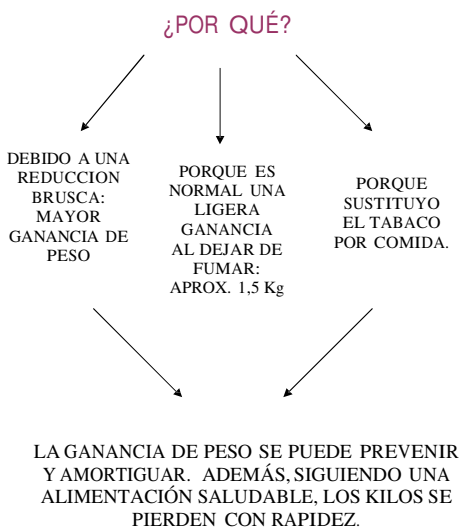
Ejercicio: Por favor, escriba aquellas actividades que le resulten placenteras:

- 1.- \_\_\_\_\_
- 2.- \_\_\_\_\_
- 3.- \_\_\_\_\_
- 4.- \_\_\_\_\_
- 5.- \_\_\_\_\_
- 6.- \_\_\_\_\_
- 7.- \_\_\_\_\_

30

**¿ES HABITUAL QUE AL DEJAR DE FUMAR SE GANE PESO?**

Es relativamente frecuente, que las personas que dejan de fumar experimenten un ligero incremento de peso.



31

**ALGUNAS PROPUESTAS PARA UN ALIMENTACIÓN SALUDABLE**

- 1.- Recuerde hacer cinco comidas al día, cada 3 horas aproximadamente, tenga hambre o no.
- 2.- Es muy importante que no se salte ninguna comida.
- 3.- Coma sentado.
- 4.- Recuerde comer despacio, masticando bien y dando tiempo a que la sensación de saciedad llegue al cerebro.
- 5.- Intente no comprar comida cuando tenga hambre.
- 6.- Es fundamental beber agua durante todo el día, aproximadamente 6-8 vasos diarios. No la beba de golpe para evitar las ganas inmediatas de orinar.
- 7.- Modere el consumo de alcohol.
- 8.- Es fundamental llevar una dieta variada.
- 9.- Haga ejercicio regular como complemento de una dieta equilibrada
- 10.- Recuerde que no debemos perseguir el peso ideal, sino el más saludable para nuestro organismo.

**REGLAS PARA UNA BUENA CITA CON EL DESEO**

1. Sin prisas “con todo el tiempo del mundo ya que esperaré a que mi deseo se reduzca”.
2. Poco a poco “no puedo subir a una torre sin pasar por los primeros peldaños, podría caerme y dolería más”.
3. Con frecuencia y constancia “cuanto más me cito con el deseo y voy superándolo más seguro me siento”.
4. Con garantías de éxito “nunca me enfrentaré a una situación que me pueda superar”.
5. Ante una cita complicada o inesperada siempre podré alejarme un poco, salir, darme un respiro y sólo cuando me sienta capaz de superarla volver a mi cita con el deseo (despistar al deseo).
6. Conocer al enemigo es garantía de éxito “el deseo por mucho que suba siempre baja”.
7. El deseo se hace fuerte porque va cargado de pensamientos, emociones y sensaciones “necesito un cigarro, no podré aguantar” “estoy nervioso”.
8. Para debilitar el deseo podemos controlar los pensamientos y sensaciones que lo fortalecen.
9. Para debilitar las sensaciones que acompañan al deseo utilizaremos la respiración.
10. Para debilitar los pensamientos que acompañan al deseo también tenemos herramientas útiles.

**LA PRIMERA CITA CON EL DESEO:**

- Necesita: el mechero, el cenicero y el paquete de tabaco que le hemos proporcionado.
- Siguiendo los pasos que se relatan a continuación deberá centrar su atención en la forma de los objetos y en el olor del cigarrillo:
  - Para comenzar abra el paquete de tabaco y saque un cigarrillo.
  - Una vez que lo haya sacado, tóquelo con las dos manos prestando atención a todos sus detalles.
  - A continuación deberá olerlo mientras lo sujeta con ambas manos.
  - Deje el cigarrillo en la mano que utilizaba habitualmente para fumar, con el puño cerrado. Mientras, coja el mechero con la otra mano y juegue con él, incluso si quiere, puede encenderlo.
- Al acabar el ejercicio lávese las manos para que no le huelan a tabaco.

Recuerda que en cada ocasión que te enfrentes al deseo deberás realizar un registro de tu nivel de deseo antes y después

**REGISTRO DE CITAS CON EL DESEO**

ITEM N°: \_\_\_\_\_

DÍA	DESEO ANTES (0-10)	DESEO DURANTE (0-10)	DESEO DESPUÉS (0-10)	DIFICULTADES

**LA SEGUNDA CITA CON EL DESEO:**

- Necesita: el mechero, el cenicero y el paquete de tabaco que le hemos proporcionado.
- Siguiendo los pasos que se relatan a continuación deberá centrar su atención en la forma de los objetos y en el olor del cigarrillo:
  - Para comenzar abra el paquete de tabaco y saque un cigarrillo.
  - Una vez que lo haya sacado, tóquelo con las dos manos prestando atención a todos sus detalles.
  - A continuación deberá olerlo mientras lo sujeta con ambas manos.
  - Deje el cigarrillo en la mano que utilizaba habitualmente para fumar en la postura habitual en la que fuma.
  - Acérqueselo a la boca.
  - Sujételo con los labios y manténgalo hasta el final del ejercicio. No lo chupen, ni hagan inspiraciones, tan solo manténgalo en los labios.
- Al acabar el ejercicio lávese las manos para que no le huelan a tabaco.

Recuerda que en cada ocasión que te enfrentes al deseo deberás realizar un registro de tu nivel de deseo antes y después

36

**REGISTRO DE CITAS CON EL DESEO**

ITEM N°: \_\_\_\_\_

DIA	DESEO ANTES (0-10)	DESEO DURANTE (0-10)	DESEO DESPUÉS (0-10)	DIFICULTADES

37

**CITA CON EL DESEO**

Identifique aquellas situaciones en las que tendrá una cita con el deseo:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_



38

**REGISTRO DE CITAS CON EL DESEO**

ITEM N°: \_\_\_\_\_

DIA	DESEO ANTES (0-10)	DESEO DURANTE (0-10)	DESEO DESPUÉS (0-10)	DIFICULTADES

39

**REGISTRO DE CITAS CON EL DESEO**

ITEM N°: \_\_\_\_\_

DIA	DESEO ANTES (0-10)	DESEO DURANTE (0-10)	DESEO DESPUÉS (0-10)	DIFICULTADES

40

**LA TERCERA CITA CON EL DESEO:**

- **Necesita:** el mechero, el cenicero y el paquete de tabaco que le hemos proporcionado.
- Siguiendo los pasos que se relatan a continuación deberá centrar su atención en la forma de los objetos y en el olor del cigarrillo:

En esta ocasión necesitarás la ayuda de una persona que encenderá un cigarrillo antes de comenzar. Debe dejar que se consuma en el cenicero mientras realiza el ejercicio.

- Para comenzar abra el paquete de tabaco y saque un cigarrillo.
- Una vez que lo haya sacado, tóquelo con las dos manos prestando atención a todos sus detalles.
- A continuación deberá olerlo mientras lo sujeta con ambas manos.
- Acérqueselo a la boca.
- Sujételo con los labios y manténgalo hasta el final del ejercicio. Debe chupar el cigarrillo realizar inspiraciones.
- Repita varias veces el gesto de llevarse el cigarrillo a la boca, inspirando.

Recuerda que en cada ocasión que te enfrentes al deseo deberás realizar un registro de tu nivel de deseo antes y después

41

**LA CUARTA CITA CON EL DESEO:**

- **Necesita:** el mechero, el cenicero y el paquete de tabaco que le hemos proporcionado. En esta ocasión necesitarás la ayuda de una persona que encenderá un cigarrillo antes de comenzar.
- Siguiendo los pasos que se relatan a continuación deberá centrar su atención en la forma de los objetos y en el olor del cigarrillo:

En esta ocasión necesitarás la ayuda de una persona que encenderá un cigarrillo antes de comenzar. Debe dejar que se consuma en el cenicero mientras realiza el ejercicio.

- Prepárese un café, o lo que estaba acostumbrado a beber cuando fumaba. Vaya tomándose lo durante el ejercicio.
- Para comenzar abra el paquete de tabaco y saque un cigarrillo.
- Una vez que lo haya sacado, tóquelo con las dos manos prestando atención a todos sus detalles.
- Repita varias veces el gesto de llevarse el cigarrillo a la boca, inspirando.

Recuerda que en cada ocasión que te enfrentes al deseo deberás realizar un registro de tu nivel de deseo antes y después

42

**REGISTRO DE CITAS CON EL DESEO**

ITEM N°: \_\_\_\_\_

DIA	DESEO ANTES (0-10)	DESEO DURANTE (0-10)	DESEO DESPUÉS (0-10)	DIFICULTADES

43

**REGISTRO DE CITAS CON EL DESEO**

ITEM N°: \_\_\_\_\_

DIA	DESEO ANTES (0-10)	DESEO DURANTE (0-10)	DESEO DESPUÉS (0-10)	DIFICULTADES

44

**LA QUINTA CITA CON EL DESEO:**

- Este ejercicio deberá realizarse en una cafetería donde se permita fumar.
  - Intente que alguna persona de su alrededor le acompañe.
  - Llévese el mechero, el cenicero y el paquete de tabaco que le hemos proporcionado.
- Pídase un café, o lo que estaba acostumbrado a beber cuando fumaba y bébaselo mientras realiza el ejercicio.
  - Deberá fijarse en la gente que está fumando, concentrarse en el olor del humo. Concéntrese en las sensaciones que le provoca.
- Para comenzar abra el paquete de tabaco y saque un cigarrillo.
  - Una vez que lo haya sacado, tóquelo con las dos manos prestando atención a todos sus detalles.
  - Acérqueselo a la boca.
  - Repita varias veces el gesto de llevarse el cigarrillo a la boca, inspirando.
- Recuerda que en cada ocasión que te enfrentes al deseo deberás realizar un registro de tu nivel de deseo antes y después

45

**REGISTRO DE CITAS CON EL DESEO**

ITEM N°: \_\_\_\_\_

DIA	DESEO ANTES (0-10)	DESEO DURANTE (0-10)	DESEO DESPUÉS (0-10)	DIFICULTADES

46

**REGISTRO DE CITAS CON EL DESEO**

ITEM N°: \_\_\_\_\_

DIA	DESEO ANTES (0-10)	DESEO DURANTE (0-10)	DESEO DESPUÉS (0-10)	DIFICULTADES

47

**REGISTRO DE CITAS CON EL DESEO**

ITEM N°: \_\_\_\_\_

DIA	DESEO ANTES (0-10)	DESEO DURANTE (0-10)	DESEO DESPUÉS (0-10)	DIFICULTADES

## Anexo 12. Fichas de tratamiento de TCC/NI+PN



# GUÍA PARA DEJAR DE FUMAR

No hace falta esperar varios meses para notar los beneficios de dejar de fumar



¿SABÍAS QUE.....?:

A las 2 horas de dejar de fumar: la presión arterial y el pulso comienzan a normalizarse.  
 A las 4 horas: los niveles de monóxido de carbono (CO) vuelven a la normalidad.  
 A las 8 horas: mejoran las molestias gástricas.  
 A las 24 horas: disminuye el riesgo de padecer infarto de miocardio.  
 A las 48 horas: mejora el sentido del gusto y el olfato.  
 A las 72 horas: aumenta la capacidad y la función pulmonar (el ex fumador se siente mejor físicamente y aumenta la resistencia física).  
 Al cabo de 7 días: su organismo se verá liberado totalmente de la nicotina y por tanto de la adicción física.  
 Al cabo de un mes: disminuye el riesgo de desarrollar bronquitis y enfisema (la tos matutina comenzará a reducirse gradualmente).

ADEMÁS, QUÉ LE PARECE QUE....

Después de tres meses: los pulmones funcionarán normalmente.

Al año del abandono: disminuirá a la mitad el incremento del riesgo de enfermedad coronaria.

A los 5 años: disminuirá a la mitad el riesgo de cáncer de boca, garganta y esófago.

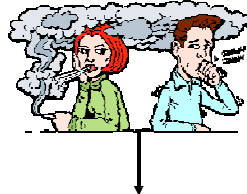
A los 10 años del abandono, disminuirá a la mitad el riesgo de padecer cáncer de pulmón y cáncer de páncreas.

Tras el abandono a largo plazo, reducirá el riesgo de muerte por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

**Ahorro.** Ahorrará mucho dinero que podrá dedicar a otras cosas.  
**Su cuerpo.** Pronto se igualará al de una persona que no hubiera fumado nunca.  
**El sabor.** Podrá disfrutar más de los alimentos recuperando los sentidos del gusto y el olfato.  
**Póngase guapa/o.** El aspecto de su cabello mejorará y también lo hará su piel. Olvidese de los dientes amarillos de fumador.  
**Huele bien.** Por fin su ropa y Ud. dejarán de oler a tabaco. Podrá despedirse del mal aliento que provoca el tabaco.  
**Cuide a los demás.** Ya no aspirarán el humo de sus cigarrillos Su casa. El color de las paredes y cortinas de su casa volverán a la normalidad y respirará un ambiente más saludable. Su coche dejará de presentar un cenicero repleto de colillas y se ahorrará alguna que otra quemadura en la tapicería.

### RIESGOS DE SEGUIR FUMANDO

ES IMPORTANTE QUE CONOZCA.....El humo del cigarrillo contiene más de 4.000 sustancias químicas dañinas, como el monóxido de carbono, el cianuro, el formol, el plomo y la nicotina. Los venenos del cigarrillo pueden producir:



Cáncer de pulmón y otros tipos de cáncer, Ataques cardíacos, Derrame cerebral, Enfisema de Pulmón, Úlceras estomacales, Osteoporosis o debilidad de los huesos, Manchas en los dientes, Problemas durante el embarazo y Aborto.

Además de estas razones... ¿Qué añadiría a su LISTA PERSONAL DE MOTIVOS para DEJAR DE FUMAR?



**MIS MOTIVOS PARA DEJAR DE FUMAR**

1) -----

2) -----

3) -----

4) -----

5) -----

6) -----

7) -----

8) -----

9) -----

10) -----

Además de estas razones... ¿Qué añadiría a su LISTA PERSONAL DE MOTIVOS para SEGUIR FUMANDO?



**MIS MOTIVOS PARA SEGUIR FUMANDO**

1) -----

2) -----

3) -----

4) -----

5) -----

6) -----

7) -----

8) -----

9) -----

10) -----

**Fijar el día D: Día para dejar de fumar**

La noche anterior:

- ! Elimine cosas que le recuerden a los cigarrillos ⇒ tire cigarrillos y mecheros, esconda ceniceros.
- ! Repase su lista de motivos para dejarlo.
- ! Organice las actividades del día ⇒ Procure estar lo más ocupado posible.
- ! Avise a los que le rodean de que lo va a dejar.

El mismo día:

- ! Piense "hoy no voy a fumar".
- ! El deseo no es eterno, pasa ⇒ hay que relajarse con respiraciones profundas.
- ! Beba muchos líquidos.
- ! Repase la lista de motivaciones personales.
- ! Tenga previstas alternativas si vienen las ganas.
- ! Evite el consumo excesivo de excitantes (café, te, coca-cola).
- ! No discuta con los fumadores que intenten desanimarle.
- ! Repítase con frecuencia: "lo voy a conseguir", "fumarse el cigarro no va a solucionar ningún problema".

**DÍA D: ¡HOY DEJO DE FUMAR!**

Ya tiene un montón de razones que le van a ayudar a dejar de fumar (¡¡es el primer paso para conseguirlo!!), pero eso no significa que sea fácil.

**¿Por qué cuesta tanto trabajo dejarlo?**

**1. DEPENDENCIA FÍSICA DE LA NICOTINA**

Cuando se deja de fumar notamos sensaciones de malestar (ansiedad, irritabilidad, dificultades de concentración...), que desaparecen cuando se vuelve a fumar. Esto es debido a la nicotina que contiene el tabaco y que "nuestro organismo la echa de menos". Para que se haga una idea, a los 20 seg. aproximadamente después de que haya dado una calada, la nicotina llega a su cerebro, lo que hace que éste mande mensajes de placer, de alivio de la ansiedad, etc. Suministrando nicotina a su cuerpo, evitará estas sensaciones desagradables ♦ a este conjunto de sensaciones se le llama, **síndrome de abstinencia a la nicotina**.



## 2. EL HÁBITO DE FUMAR O DEPENDENCIA PSICOLÓGICA

Por muy elevada que sea la dependencia física, no es el único motivo que explica su dificultad para dejar el tabaco. Fumar, al igual que muchos otros comportamientos, lo ha aprendido.

rr Lo practica tantas veces a lo largo de su vida que incluso puede terminar por hacerlo sin darse cuenta.

rr Se ha acostumbrado a fumar mientras hace otras cosas: tomar café, salir de copas, conducir, hablar por teléfono,... Además, ayuda a estar distraído, a estar con la gente... Y ahora le costará hacer esas actividades sin fumar ♦ A esto se le llama **dependencia psicológica**.



### ¿Cómo utilizar los parches?

- ♦ Use un parche de nicotina nuevo todos los días. Mejor aplíquelo por la mañana o después de ducharse.
- ♦ Se retira por la noche, antes de dormir.
- ♦ Se puede colocar en cualquier zona del cuerpo, sobre una superficie limpia, seca y con poco vello.
- ♦ No repita la misma zona por lo menos en dos días para evitar irritación.
- ♦ Evite las zonas con heridas, quemaduras o irritada.
- ♦ Puede sentir un ligero picor en la zona del parche. Esto es normal y habitualmente desaparece esa sensación en una hora.



Para conseguirlo y facilitarle las cosas, va a utilizar:

Para la DEPENDENCIA FÍSICA → "Terapia sustitutiva de nicotina" (TSN) ♦ Parches de nicotina

Para la DEPENDENCIA PSICOLÓGICA → Consejo Psicológico ♦ Siga los pasos que aparecen en esta guía.

La unión de estos dos métodos, pueden ayudarle a dejar de fumar

### ¿Cómo funcionan los parches?

Actúan proporcionando una cantidad de nicotina a su cuerpo de manera muy controlada a través de la piel. De esta forma se reducen las ganas de fumar y los síntomas asociados al síndrome de abstinencia.

♦ La aplicación del parche no está contraindicada con el tratamiento de otros parches o medicamentos. Consulte a su médico ante cualquier duda.

♦ No debe acortar el tiempo establecido de tratamiento aun creyendo que ya no lo necesita.

♦ Guarde los parches fuera del alcance de los niños.

♦ **NO FUMAR SI LLEVA PUESTO EL PARCHÉ**  
¿Qué debe hacer el día que deje de fumar?

### Cambie sus rutinas y busque alternativas

- Cambie al máximo su rutina diaria, use otro camino para ir al trabajo, beba té en lugar de café, etc...
- Reduzca el consumo de bebidas alcohólicas.
- Si acostumbra a fumar en la sobremesa, levántese rápido de la mesa y lávese los dientes.

- Cambie su entorno, tire las cosas que le recuerdan al tabaco, como cigarrillos cenicero, encendedores.... todos son tentaciones para volver a fumar.
  - Manténgase ocupado, busque algo que le entretenga como pasear, leer, ir al cine, salga de compras etc...
  - Busque algo que no sea el cigarrillo, como un lápiz para tenerlo en la mano y jugar con ello.
  - Cuéntele a su familia y amigos que ha dejado de fumar, para que le apoyen y traten de no fumar cuando esté presente y colaboren en su decisión
- Como premio tras un esfuerzo o logro importante: sustituya el cigarrillo por hacer o comprar algo que le guste.
  - Busque la compañía de amigos o personas no fumadoras, ya que ellas le apoyaran y evitará sentir deseos de fumar al ver hacerlo a otras personas.



#### REGLAS PARA MANTENERNOS SIN FUMAR



¡FELICIDADES!

Ha conseguido dejar de fumar.

Los días que siguen no van a ser a ser fáciles, pero eso no quiere decir que no puedan superarse, todo lo contrario, de momento, ya ha conseguido dejarlo y el objetivo va a ser **mantenerse día tras día sin fumar**. Dígase a si mismo "**hoy no fumaré**", esto es más sencillo que pensar en no volver a fumar nunca más. Aquí tiene unas pautas para sobrellevarlo mejor:

Continúe **premiándose**, recuerde que cada día que vive sin tabaco se está salvando la vida.

**Mantenga sus manos ocupadas**, procure tener algún objeto entre las manos: un bolígrafo, una pelotita, etc.

Las primeras semanas es fundamental **evitar las situaciones** en las que podría sentir la tentación de encender un cigarrillo (estar en un bar, tomar café con amigos, beber alcohol, etc).

Si no puede evitarla, introduzca **variaciones**. No tiene por qué renunciar a sus costumbres y a su vida social, pero inicialmente, le será de gran ayuda modificar sus rutinas, de esta forma le resultará más fácil conseguirlo.

Evite las "tentaciones", para ello **anticípese a las situaciones de "peligro"** y planifique qué hará en dichas situaciones.



Imaginate tus ganas de fumar como un bolígrafo que tiras al aire, siempre terminará cayendo.

Aunque lo tires muy alto, tardará más en bajar, pero siempre bajará, pues las ganas de fumar son igual, **siempre pasarán las ganas de fumar**.

Cada vez que sienta deseos de fumar o piense en el tabaco recuerde los **aspectos positivos** de estar sin fumar.

No critique ni regañe a los fumadores, trate de ser comprensivo al mismo tiempo que hace valer sus derechos. Observe sus comportamientos adictivos de forma crítica.

Sea especialmente cuidadoso en los momentos de estrés.

El tabaco no va a resolver las situaciones que le resultan difíciles. Intente solucionar los problemas sin tabaco, realmente no lo necesita. Cuando esté en esas situaciones puede hacer diferentes cosas: haga ejercicio, ocupe su tiempo, busque la compañía de amigos o personas no fumadoras, etc



Desarrolle actividades nuevas y divertidas. Pueden estar relacionados con el ejercicio físico al aire libre o cualquier otro hobby que siempre quiso realizar y nunca tuvo tiempo, piense que ahora le sobra el tiempo que antes dedicaba a fumar.

### Consejos para una alimentación saludable

Muchas personas quieren dejar de fumar, pero no lo intentan por miedo a ganar peso. Cuando se abandona el consumo de tabaco se produce un cambio en nuestro metabolismo, que puede hacer que aumentemos nuestro peso en 1-2 kg. Es importante saber que ese aumento es pasajero, que nuestro organismo se estabilizará por sí solo y que volveremos a recuperar el peso normal



Sin embargo, el aumento de peso en muchas ocasiones está relacionado con las conductas que se realizan una vez que se ha abandonado el consumo. Por ejemplo:

Por último, siéntase orgulloso de haber logrado su propósito. Poco a poco se irá sintiendo mejor físicamente, los alimentos le sabrán mejor y podrá disfrutar de olores agradables que antes se perdía. Respirará más a gusto y se sentirá liberado de una dependencia.

! La comida se convierte en el sustituto del tabaco, y en muchas ocasiones elegimos alimentos sustitutos como dulces, grasas, etc.

! Creemos que comer va a reducir o aliviar el deseo de fumar

! Al dejar de fumar recuperamos el sentido del gusto y del olfato, por lo que apreciamos más el sabor de la comida

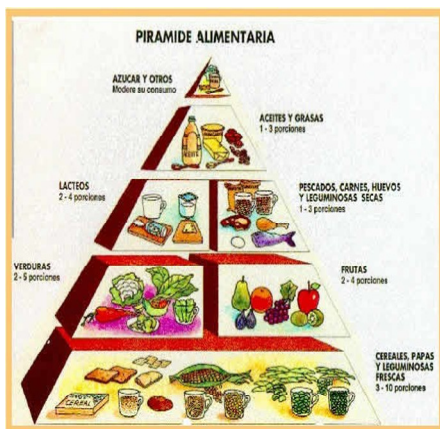
! A veces confundimos la sensación de ganas de fumar con la sensación de hambre.

! Tenemos asociada la conducta de fumar a la finalización de las comidas. Como ahora no fumas puede que te cueste encontrar la finalización de la comida.

! La comida se convierte ahora en el mejor antídoto contra el aburrimiento, cuando antes lo combatíamos con el tabaco.

! La nicotina es una sustancia que disminuye el apetito.

Este es un ejemplo de cómo es recomendable distribuir el consumo de los alimentos.



Para controlar este temido aumento de peso es importante llevar una alimentación equilibrada y poner en práctica estos consejos.

**DECÁLOGO PARA UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA**

1. Recuerde hacer 5 comidas al día, cada 3 horas aproximadamente, tenga hambre o no.
2. Es muy importante que no se salte ninguna comida.
3. Coma sentado.
4. Recuerde comer despacio, masticando bien y dando tiempo a que la sensación de saciedad llegue al cerebro.
5. Intente no comprar comida cuando tenga hambre.
6. Es fundamental beber agua durante todo el día, aproximadamente 6-8 vasos diarios. No lo beba de golpe, beba poco a poco para poder evitar las ganas inmediatas de orinar. Busque momentos fijos cada día para beber este agua, le será más fácil recordarlo si se convierte en una rutina.
7. Modere el consumo de alcohol.
8. Para mantener una alimentación equilibrada es fundamental llevar una dieta variada, agradable y suficiente, alternando los alimentos.
9. El ejercicio físico regular es el complemento ideal de una dieta equilibrada
10. Recuerde que no debemos perseguir el peso ideal, sino el más saludable para nuestro organismo.
- 11.

**¿QUÉ EXCUSAS PONEMOS PARA VOLVER A FUMAR?  
¿CUÁL ES LA VERDAD?**

<p>"La nicotina no es tan mala, hay gente que con 90 años sigue fumando y está perfectamente"</p> <p>Aunque algunas personas no mueren por los efectos nocivos del tabaco, es una de las mayores causas de muerte y la que mayor gasto sanitario provoca.</p>
<p>"Por uno no pasa nada. Me fumo uno y ya no más"</p> <p>Fumar un solo cigarrillo hace más fuerte el deseo y el problema no desaparece. Además nos da una falsa sensación de control y predice posibles recaídas.</p>
<p>"Mejor fumarme uno que estar todo el día obsesionado con el tabaco; así estaré más feliz"</p> <p>La sensación de deseo no es continua, aunque lo parezca, y no aumenta hasta el infinito. Al final acaba disminuyendo. Si fumas uno, tú deseo aumentará más en el futuro.</p>
<p>"Mi familia y amigos no aguantan mi mal humor desde que dejé de fumar, volveré por ellos"</p> <p>Se pueden tener momentos de irritabilidad, pero también los no fumadores los tienen. Además pasará, la irritabilidad sólo ocurre al principio.</p>

**¿QUÉ EXCUSAS PONEMOS PARA VOLVER A FUMAR?  
¿CUÁL ES LA VERDAD?**

<p>"Despistar el deseo me está llevando a dejar de hacer todo lo que me gusta ... A vivir que son 2 días"</p> <p>Es cierto que estoy variando parte de mi estilo de vida, pero una solución momentánea. Al final estaré totalmente preparado para disfrutar de las situaciones de mi vida cotidiana</p>
<p>"No disfruto las copas, el café ni la comida como antes ... tanto sufrimiento no me merece la pena"</p> <p>Es normal que en algunas situaciones lo echemos de menos porque lo hacíamos habitualmente. Cuando la dependencia se reduzca disfrutaré igualmente.</p>
<p>"Me siento tonto cuando espero sin fumar, no se dónde poner la manos y me muevo mucho; el tabaco da seguridad"</p> <p>Es cierto que fumar nos entretiene pero lo hemos aprendido y se puede modificar. ¿Qué hacen los que no fuman cuando esperan con las manos?</p>
<p>"Ya he estado un tiempo sin fumar, me siento físicamente mejor... es el momento de volver"</p> <p>Los beneficios al dejar el tabaco, se notan pronto, pero son mucho más importantes a medida que pasa el tiempo. Ej. La tasa media de cáncer de pulmón disminuye por debajo de la mitad a los 5 años.</p>
<p>"El deseo no desaparece, para que voy a seguir esforzándome si acabaré fumando de todas formas"</p> <p>El deseo no es infinito siempre acaba por bajar. A veces, en algunas situaciones, baja fácilmente y otras se resiste más. Y aunque aparezca lo importante es saber controlarlo.</p>

## Y SI VUELVO A FUMAR...

¿Qué ha ocurrido, le ha dado una calada a un cigarro, o se comprado un paquete de tabaco y se lo ha fumado entero?.

### LA CAÍDA.

Acontecimiento puntual

(dar una calada a un cigarro o fumar un cigarrillo en una ocasión determinada)

¿QUÉ HACEMOS?

- 1º: Reconocer que ha sido un error.
- 2º. Ese fallo no significa que todo el esfuerzo realizado no ha merecido la pena, no está todo perdido, aún no!!!.
- 3º. Retome sus motivos para dejar de fumar, repase todos los pasos que ha dado anteriormente.  
**¡Aún puede lograrlo!.**

## LA RECAÍDA.

Volver a consumir cigarrillos de forma habitual.

¿QUÉ HACEMOS?

1º. Evitar que suceda, no "baje la guardia". Recuerde que hasta que no lleve 1 año sin fumar no es realmente un exfumador.

2º. Si ha recaído: igual que ha dejado de fumar en una ocasión, puede volver a hacerlo en el futuro. Para ello, utilice las mismas estrategias que ahora, conocerá por qué ha recaído y podrá estar preparado para no volver a caer. Tendrá más experiencia y más garantías de conseguirlo.

Muchos exfumadores han dejado de fumar y han recaído, hasta que al fin lo han logrado definitivamente.

**¡¡¡No se desanime!!!**

## Y CUANDO LLEVO 1 AÑO SIN FUMAR...

¡¡ENHORABUENA!!, YA PUEDE DECIR QUE ES UN EXFUMADOR

¡¡ MUCHA SUERTE  
EN SU NUEVA  
VIDA COMO  
EXFUMADOR !!

**Anexo 13. Análisis de las características sociodemográficas y clínicas y de las tasas de abandono del tratamiento de los grupos terapéuticos de pacientes que comenzaron el tratamiento, pero excluyendo a los pacientes sin datos de abstinencia continua autoinformada en cada momento de medida (análisis sin datos perdidos)**

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los grupos de tratamiento excluyendo a los pacientes sin datos de abstinencia continua autoinformada en el seguimiento 1 (pacientes que comenzaron el tratamiento)

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN n = 26	TCC/I n = 37	TCC/NI+TPN n = 39	F/ch <sup>2</sup> *	p
Sexo (% de mujeres)	44,4	43,2	57,7	1,87	0,39
Edad	36,2 (11,1)	41,5 (10,3)	39,4 (11,1)	1,86	0,16
Estado civil (% de casados/convive con pareja)	22,2	54,1	40	7,28	0,29
Nivel de estudios (% de universitarios)	37	25,1	37,5	2,93	0,93
Número de cigarrillos	22,4 (11,3)	21,1 (8,5)	21,6 (6,4)	0,18	0,83
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	18,7 (7,9)	17,3 (6,1)	20,2 (9,5)	1,19	0,31
Sintomatología depresiva (BDI-II Breve)	5,8 (5,1)	5,1 (4,3)	5,5 (5,2)	0,15	0,86
Sintomatología ansiosa (BAI)	10,6 (8,3)	8,7 (6,8)	10,6 (7,2)	0,82	0,44
Sintomatología ansiosa (HAD)	7,2 (3,8)	6,3 (3,9)	7 (3,6)	0,47	0,62
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	5,7 (2,3)	5,3 (2,2)	5,7 (2,5)	0,30	0,74

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 26	TCC/I <i>n</i> = 37	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 39	<i>F/chí<sup>2</sup></i> *	<i>p</i>
Motivación (Test de Richmond)	7,6 (1,9)	8,3 (1,4)	7,9 (1,5)	1,58	0,21
Escala de Molestias Físicas	30,1 (12,6)	28,1 (11,1)	32,3 (10,2)	1,19	0,30
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	70,5 (29,8)	64,3 (18,9)	60,7 (20,9)	1,46	0,23
Peso (kg)	75,6 (18,3)	74,9 (17,1)	72,6 (15,1)	0,29	0,75
Con hipertensión (%)	25,9	35,1	15,8	3,69	0,15
Tasa cardíaca (lpm)	74,1 (11,6)	70 (9,7)	72,1 (10,1)	1,20	0,30

*Nota.* Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa. ppm = partículas por millón; lpm = latidos por minuto.

\* Para las variables continuas se presenta el valor de la prueba *F* de un ANOVA unifactorial y para las variables no continuas se recoge el valor de la prueba *chí<sup>2</sup>*.

Tabla 2. Tasas de abandono del tratamiento en función del grupo terapéutico excluyendo a los pacientes sin datos de abstinencia continua autoinformada en el seguimiento 1 (pacientes que comenzaron el tratamiento)

	Grupo de tratamiento			<i>chí<sup>2</sup></i>	<i>p</i>
	TCC/I+PN <i>n</i> = 79	TCC/I <i>n</i> = 70	TCC/NI+PN <i>n</i> = 83		
Pacientes que abandonaron el tratamiento	30,4 (24)	40 (28)	33,7 (28)	1,55	0,46

*Nota.* Todos los valores son porcentajes (con el número de pacientes entre paréntesis) salvo que se indique otra cosa.

Tabla 3. Características sociodemográficas y clínicas de los grupos de tratamiento excluyendo a los pacientes sin datos de abstinencia continua autoinformada en el seguimiento 2 (pacientes que comenzaron el tratamiento)

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 28	TCC/I <i>n</i> = 32	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 35	<i>F/ch<sup>2</sup>*</i>	<i>p</i>
Sexo (% de mujeres)	50	46,9	51,4	0,14	0,93
Edad	37,5 (11,7)	42,1 (10,3)	39,6 (11,4)	1,28	0,28
Estado civil (% de casados/convive con pareja)	32,1	53,1	42,9	3,55	0,73
Nivel de estudios (% de universitarios)	22,1	37,5	40	3,27	0,91
Número de cigarrillos	22,2 (11,1)	21,5 (9,1)	23,7 (6,4)	0,29	0,74
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	17,7 (8,6)	17,7 (6,4)	21,5 (10,5)	2,01	0,14
Sintomatología depresiva (BDI-II Breve)	6,7 (5,3)	4,2 (3,7)	5,3 (4,4)	2,23	0,11
Sintomatología ansiosa (BAI)	11,5 (8,4)	8,5 (6,8)	10,7 (6,9)	1,29	0,27
Sintomatología ansiosa (HAD)	7,5 (4,1)	6,1 (4)	6,8 (3,9)	0,95	0,38
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	5,43	5,28	6,49	3,01	0,05
Motivación (Test de Richmond)	7,6 (1,8)	8,3 (1,4)	8,1 (1,6)	1,53	0,22
Escala de Molestias Físicas	31,3 (13,2)	28,1 (12,2)	32 (10,8)	0,89	0,41
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	71,1 (29,2)	61 (16,5)	57,7 (22,1)	2,77	0,06
Peso (kg)	76,1 (18)	74,5 (17,6)	73,7 (16)	0,14	0,86
Con hipertensión (%)	25	34,4	18,2	2,23	0,32
Tasa cardíaca (lpm)	74,3 (11,6)	71,4 (10,1)	72,1 (9,1)	0,62	0,53

*Nota.* Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa. ppm = partículas por millón; lpm = latidos por minuto.

\* Para las variables continuas se presenta el valor de la prueba *F* de un ANOVA unifactorial y para las variables no continuas se recoge el valor de la prueba *chi*<sup>2</sup>.

Tabla 4. Tasas de abandono del tratamiento en función del grupo terapéutico excluyendo a los pacientes sin datos de abstinencia continua autoinformada en el seguimiento 2 (pacientes que comenzaron el tratamiento)

	Grupo de tratamiento			<i>chi</i> <sup>2</sup>	<i>p</i>
	TCC/I+PN <i>n</i> = 79	TCC/I <i>n</i> = 69	TCC/NI+PN <i>n</i> = 83		
Pacientes que abandonaron el tratamiento	31,6 (25)	39,1 (27)	33,7 (28)	0,95	0,62

*Nota.* Todos los valores son porcentajes (con el número de pacientes entre paréntesis) salvo que se indique otra cosa.

Tabla 5. Características sociodemográficas y clínicas de los grupos de tratamiento excluyendo a los pacientes sin datos de abstinencia continua autoinformada en el seguimiento 3 (pacientes que comenzaron el tratamiento)

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 34	TCC/I <i>n</i> = 41	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 54	<i>F/chi</i> <sup>2</sup> *	<i>p</i>
Sexo (% de mujeres)	47,1	46,3	56,4	1,19	0,56
Edad	21,8 (10,3)	20,7 (8,6)	21,9 (6,3)	1,46	0,23
Estado civil (% de casados/conviene con pareja)	35,3	55	41,8	3,96	0,68

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 34	TCC/I <i>n</i> = 41	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 54	<i>F/chí²</i> *	<i>p</i>
Nivel de estudios (% de universitarios)	39,4	35	34,5	8,02	0,43
Número de cigarrillos	21,8 (10,3)	20,7 (8,6)	21,9 (6,3)	0,28	0,75
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	21,8 (10,3)	20,7 (8,6)	21,9 (6,3)	2,92	0,06
Sintomatología depresiva (BDI-II Breve)	5,4 (4,7)	5,4 (4,4)	5,5 (5)	0,003	0,99
Sintomatología ansiosa (BAI)	9,8 (7,7)	8,9 (6,6)	10 (7,5)	0,31	0,73
Sintomatología ansiosa (HAD)	7,3 (3,9)	6,3 (3,8)	6,8 (3,8)	0,66	0,52
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	5,4 (2,3)	5,3 (2,2)	5,8 (2,5)	0,62	0,54
Motivación (Test de Richmond)	7,7 (1,6)	8,2 (1,4)	8,1 (1,5)	1,26	0,28
Escala de Molestias Físicas	30,1 (11,8)	28,3 (11,1)	32,8 (10,5)	2,05	0,13
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	64,6 (17)	65,4 (18,7)	60,2 (21,2)	0,95	0,38
Peso (kg)	74,7 (17,6)	75 (17,3)	73 (14,8)	0,19	0,82
Con hipertensión (%)	23,5	35	19,2	3,05	0,21
Tasa cardíaca (lpm)	73,9 (10,7)	71 (9,5)	73,2 (10,6)	0,86	0,42

*Nota.* Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa. ppm = partículas por millón; lpm = latidos por minuto.

\* Para las variables continuas se presenta el valor de la prueba *F* de un ANOVA unifactorial y para las variables no continuas se recoge el valor de la prueba *chí²*.

Tabla 6. Tasas de abandono del tratamiento en función del grupo terapéutico excluyendo a los pacientes sin datos de abstinencia continua autoinformada en el seguimiento 3 (pacientes que comenzaron el tratamiento)

	Grupo de tratamiento			<i>chi</i> <sup>2</sup>	<i>p</i>
	TCC/I+PN <i>n</i> = 78	TCC/I <i>n</i> = 69	TCC/NI+PN <i>n</i> = 83		
Pacientes que abandonaron el tratamiento	30,8 (24)	39,1 (27)	33,7 (28)	1,15	0,56

*Nota.* Todos los valores son porcentajes (con el número de pacientes entre paréntesis) salvo que se indique otra cosa.

**Anexo 14. Análisis de las características sociodemográficas y clínicas y de las tasas de abandono del tratamiento de los grupos terapéuticos de pacientes que comenzaron el tratamiento, pero excluyendo a los pacientes sin datos de abstinencia continua validada por CO en cada momento de medida (análisis sin datos perdidos)**

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los grupos de tratamiento excluyendo a los pacientes sin datos de abstinencia continua validada por CO en el postratamiento (pacientes que comenzaron el tratamiento)

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN n = 28	TCC/I n = 32	TCC/NI+TPN n = 35	F/ch <sup>2</sup> *	p
Sexo (% de mujeres)	50	46,9	51,4	0,14	0,93
Edad	37,5 (11,7)	42,1 (10,3)	39,6 (11,4)	1,28	0,28
Estado civil (% de casados/convive con pareja)	32,1	53,1	42,9	3,55	0,73
Nivel de estudios (% de universitarios)	22,1	37,5	40	3,27	0,91
Número de cigarrillos	22,2 (11,1)	21,5 (9,1)	23,7 (6,4)	0,29	0,74
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	17,7 (8,6)	17,7 (6,4)	21,5 (10,5)	2,01	0,14
Sintomatología depresiva (BDI-II Breve)	6,7 (5,3)	4,2 (3,7)	5,3 (4,4)	2,23	0,11
Sintomatología ansiosa (BAI)	11,5 (8,4)	8,5 (6,8)	10,7 (6,9)	1,29	0,27
Sintomatología ansiosa (HAD)	7,5 (4,1)	6,1 (4)	6,8 (3,9)	0,95	0,38
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	5,43	5,28	6,49	3,01	0,05

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 28	TCC/I <i>n</i> = 32	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 35	<i>F</i> / <i>ch</i> <sup>2</sup> *	<i>p</i>
Motivación (Test de Richmond)	7,6 (1,8)	8,3 (1,4)	8,1 (1,6)	1,53	0,22
Escala de Molestias Físicas	31,3 (13,2)	28,1 (12,2)	32 (10,8)	0,89	0,41
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	71,1 (29,2)	61 (16,5)	57,7 (22,1)	2,77	0,06
Peso (kg)	76,1 (18)	74,5 (17,6)	73,7 (16)	0,14	0,86
Con hipertensión (%)	25	34,4	18,2	2,23	0,32
Tasa cardíaca (lpm)	74,3 (11,6)	71,4 (10,1)	72,1 (9,1)	0,62	0,53

*Nota.* Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa. ppm = partículas por millón; lpm = latidos por minuto.

\* Para las variables continuas se presenta el valor de la prueba *F* de un ANOVA unifactorial y para las variables no continuas se recoge el valor de la prueba *ch*<sup>2</sup>.

Tabla 2. Tasas de abandono del tratamiento en función del grupo terapéutico excluyendo a los pacientes sin datos de abstinencia continua validada por CO en el postratamiento (pacientes que comenzaron el tratamiento)

	Grupo de tratamiento			<i>ch</i> <sup>2</sup>	<i>p</i>
	TCC/I+PN <i>n</i> = 77	TCC/I <i>n</i> = 69	TCC/NI+PN <i>n</i> = 83		
Pacientes que abandonaron el tratamiento	32,5 (25)	40,6 (28)	33,7 (28)	1,20	0,54

*Nota.* Todos los valores son porcentajes (con el número de pacientes entre paréntesis) salvo que se indique otra cosa.

Tabla 3. Características sociodemográficas y clínicas de los grupos de tratamiento excluyendo a los pacientes sin datos de abstinencia continua validada por CO en el seguimiento 1 (pacientes que comenzaron el tratamiento)

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 41	TCC/I <i>n</i> = 53	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 58	<i>F/chí<sup>2</sup>*</i>	<i>P</i>
Sexo (% de mujeres)	46,3	54,7	56,9	1,14	0,56
Edad	39 (10,2)	40,6 (11,3)	38,7 (11,5)	0,44	0,64
Estado civil (% de casados/convive con pareja)	39	48,1	46,6	1,69	0,95
Nivel de estudios (% de universitarios)	40	30,7	36,2	5,29	0,72
Número de cigarrillos	23,1 (10,1)	20,4 (8,8)	20,9 (6,2)	1,40	0,25
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	19,1 (7,7)	17,2 (7,1)	20,3 (10,2)	1,84	0,16
Sintomatología depresiva (BDI-II Breve)	4,8 (4,8)	5,3 (4,3)	5,5 (4,8)	0,22	0,80
Sintomatología ansiosa (BAI)	8,2 (7,5)	9,3 (6,8)	9,9 (7,1)	0,66	0,51
Sintomatología ansiosa (HAD)	6,7 (4,2)	6,3 (3,9)	6,8 (3,8)	0,27	0,76
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	5,6 (2,2)	5,3 (2,2)	5,6 (2,4)	0,28	0,75
Motivación (Test de Richmond)	8,1 (1,6)	8,3 (1,5)	8,1 (1,5)	0,29	0,74
Escala de Molestias Físicas	29,9 (13,2)	30,3 (12,2)	32,5 (9,9)	0,68	0,51
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	68,9 (26,3)	65,1 (18,7)	61,6 (20,7)	1,35	0,26
Peso (kg)	74,5 (17,8)	74,1 (16,9)	72,4 (14,2)	0,24	0,78
Con hipertensión (%)	29,3	28,8	18,2	2,17	0,33
Tasa cardíaca (lpm)	73,8 (10,9)	72,2 (11,6)	72,8 (10,3)	0,26	0,77

*Nota.* Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa. ppm = partículas por millón; lpm = latidos por minuto.

\* Para las variables continuas se presenta el valor de la prueba *F* de un ANOVA unifactorial y para las variables no continuas se recoge el valor de la prueba  $\chi^2$ .

Tabla 4. Tasas de abandono del tratamiento en función del grupo terapéutico excluyendo a los pacientes sin datos de abstinencia continua validada por CO en el seguimiento 2 (pacientes que comenzaron el tratamiento)

	Grupo de tratamiento			$\chi^2$	<i>p</i>
	TCC/I+PN <i>n</i> = 72	TCC/I <i>n</i> = 70	TCC/NI+PN <i>n</i> = 83		
Pacientes que abandonaron el tratamiento	31,9 (23)	39,4 (28)	33,7 (28)	3,30	0,50

*Nota.* Todos los valores son porcentajes (con el número de pacientes entre paréntesis) salvo que se indique otra cosa.

Tabla 5. Características sociodemográficas y clínicas de los grupos de tratamiento excluyendo a los pacientes sin datos de abstinencia continua validada por CO en el seguimiento 2 (pacientes que comenzaron el tratamiento)

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 34	TCC/I <i>n</i> = 41	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 54	<i>F</i> / $\chi^2$ *	<i>p</i>
Sexo (% de mujeres)	47,1	46,3	56,4	1,19	0,56
Edad	21,8 (10,3)	20,7 (8,6)	21,9 (6,3)	1,46	0,23
Estado civil (% de casados/conviene con pareja)	35,3	55	41,8	3,96	0,68

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN n = 34	TCC/I n = 41	TCC/NI+TPN n = 54	F/ch <sup>2</sup> *	p
Nivel de estudios (% de universitarios)	39,4	35	34,5	8,02	0,43
Número de cigarrillos	21,8 (10,3)	20,7 (8,6)	21,9 (6,3)	0,28	0,75
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	21,8 (10,3)	20,7 (8,6)	21,9 (6,3)	2,92	0,06
Sintomatología depresiva (BDI-II Breve)	5,4 (4,7)	5,4 (4,4)	5,5 (5)	0,003	0,99
Sintomatología ansiosa (BAI)	9,8 (7,7)	8,9 (6,6)	10 (7,5)	0,31	0,73
Sintomatología ansiosa (HAD)	7,3 (3,9)	6,3 (3,8)	6,8 (3,8)	0,66	0,52
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	5,4 (2,3)	5,3 (2,2)	5,8 (2,5)	0,62	0,54
Motivación (Test de Richmond)	7,7 (1,6)	8,2 (1,4)	8,1 (1,5)	1,26	0,28
Escala de Molestias Físicas	30,1 (11,8)	28,3 (11,1)	32,8 (10,5)	2,05	0,13
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	64,6 (17)	65,4 (18,7)	60,2 (21,2)	0,95	0,38
Peso (kg)	74,7 (17,6)	75 (17,3)	73 (14,8)	0,19	0,82
Con hipertensión (%)	23,5	35	19,2	3,05	0,21
Tasa cardíaca (lpm)	73,9 (10,7)	71 (9,5)	73,2 (10,6)	0,86	0,42

*Nota.* Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa. ppm = partículas por millón; lpm = latidos por minuto.

\* Para las variables continuas se presenta el valor de la prueba *F* de un ANOVA unifactorial y para las variables no continuas se recoge el valor de la prueba *ch<sup>2</sup>*.

Tabla 6. Tasas de abandono del tratamiento en función del grupo terapéutico excluyendo a los pacientes sin datos de abstinencia continua validada por CO en el seguimiento 2 (pacientes que comenzaron el tratamiento)

	Grupo de tratamiento			<i>chi</i> <sup>2</sup>	<i>p</i>
	TCC/I+PN <i>n</i> = 70	TCC/I <i>n</i> = 63	TCC/NI+PN <i>n</i> = 78		
Pacientes que abandonaron el tratamiento	32,9 (23)	42,2 (27)	35,9 (28)	3,79	0,43

*Nota.* Todos los valores son porcentajes (con el número de pacientes entre paréntesis) salvo que se indique otra cosa.

Tabla 7. Características sociodemográficas y clínicas de los grupos de tratamiento excluyendo a los pacientes sin datos de abstinencia continua validada por CO en el seguimiento 3 (pacientes que comenzaron el tratamiento)

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 28	TCC/I <i>n</i> = 32	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 35	<i>F/chi</i> <sup>2</sup> *	<i>p</i>
Sexo (% de mujeres)	50	46,9	51,4	0,14	0,93
Edad	37,5 (11,7)	42,1 (10,3)	39,6 (11,4)	1,28	0,28
Estado civil (% de casados/convive con pareja)	32,1	53,1	42,9	3,55	0,73
Nivel de estudios (% de universitarios)	22,1	37,5	40	3,27	0,91
Número de cigarrillos	22,2 (11,1)	21,5 (9,1)	23,7 (6,4)	0,29	0,74
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	17,7 (8,6)	17,7 (6,4)	21,5 (10,5)	2,01	0,14
Sintomatología depresiva (BDI-II Breve)	6,7 (5,3)	4,2 (3,7)	5,3 (4,4)	2,23	0,11

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 28	TCC/I <i>n</i> = 32	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 35	<i>F/ch<sup>2</sup></i> *	<i>p</i>
Sintomatología ansiosa (BAI)	11,5 (8,4)	8,5 (6,8)	10,7 (6,9)	1,29	0,27
Sintomatología ansiosa (HAD)	7,5 (4,1)	6,1 (4)	6,8 (3,9)	0,95	0,38
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	5,43	5,28	6,49	3,01	0,05
Motivación (Test de Richmond)	7,6 (1,8)	8,3 (1,4)	8,1 (1,6)	1,53	0,22
Escala de Molestias Físicas	31,3 (13,2)	28,1 (12,2)	32 (10,8)	0,89	0,41
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	71,1 (29,2)	61 (16,5)	57,7 (22,1)	2,77	0,06
Peso (kg)	76,1 (18)	74,5 (17,6)	73,7 (16)	0,14	0,86
Con hipertensión (%)	25	34,4	18,2	2,23	0,32
Tasa cardíaca (lpm)	74,3 (11,6)	71,4 (10,1)	72,1 (9,1)	0,62	0,53

*Nota.* Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa. ppm = partículas por millón; lpm = latidos por minuto.

\* Para las variables continuas se presenta el valor de la prueba *F* de un ANOVA unifactorial y para las variables no continuas se recoge el valor de la prueba *ch<sup>2</sup>*.

Tabla 8. Tasas de abandono del tratamiento en función del grupo terapéutico excluyendo a los pacientes sin datos de abstinencia continua validada por CO en el seguimiento 3 (pacientes que comenzaron el tratamiento)

	Grupo de tratamiento			<i>ch<sup>2</sup></i>	<i>p</i>
	TCC/I+PN <i>n</i> = 68	TCC/I <i>n</i> = 67	TCC/NI+PN <i>n</i> = 77		
Pacientes que abandonaron el tratamiento	33,8 (23)	40,3 (27)	32,5 (25)	1,06	0,58

*Nota.* Todos los valores son porcentajes (con el número de pacientes entre paréntesis) salvo que se indique otra cosa.

**Anexo 15. Análisis de las características sociodemográficas y clínicas de los grupos terapéuticos de pacientes que completaron el tratamiento, pero excluyendo a los pacientes sin datos de abstinencia continua autoinformada en cada momento de medida (análisis sin datos perdidos)**

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los grupos de tratamiento excluyendo a los pacientes sin datos de abstinencia continua autoinformada en el seguimiento 2 (pacientes que completaron el tratamiento)

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 41	TCC/I <i>n</i> = 53	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 58	<i>F/ch<sup>2</sup>*</i>	<i>P</i>
Sexo (% de mujeres)	46,3	54,7	56,9	1,14	0,56
Edad	39 (10,2)	40,6 (11,3)	38,7 (11,5)	0,44	0,64
Estado civil (% de casados/convive con pareja)	39	48,1	46,6	1,69	0,95
Nivel de estudios (% de universitarios)	40	30,7	36,2	5,29	0,72
Número de cigarrillos	23,1 (10,1)	20,4 (8,8)	20,9 (6,2)	1,40	0,25
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	19,1 (7,7)	17,2 (7,1)	20,3 (10,2)	1,84	0,16
Sintomatología depresiva (BDI-II Breve)	4,8 (4,8)	5,3 (4,3)	5,5 (4,8)	0,22	0,80
Sintomatología ansiosa (BAI)	8,2 (7,5)	9,3 (6,8)	9,9 (7,1)	0,66	0,51
Sintomatología ansiosa (HAD)	6,7 (4,2)	6,3 (3,9)	6,8 (3,8)	0,27	0,76
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	5,6 (2,2)	5,3 (2,2)	5,6 (2,4)	0,28	0,75
Motivación (Test de Richmond)	8,1 (1,6)	8,3 (1,5)	8,1 (1,5)	0,29	0,74

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 41	TCC/I <i>n</i> = 53	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 58	<i>F/chí<sup>2</sup></i> *	<i>P</i>
Escala de Molestias Físicas	29,9 (13,2)	30,3 (12,2)	32,5 (9,9)	0,68	0,51
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	68,9 (26,3)	65,1 (18,7)	61,6 (20,7)	1,35	0,26
Peso (kg)	74,5 (17,8)	74,1 (16,9)	72,4 (14,2)	0,24	0,78
Con hipertensión (%)	29,3	28,8	18,2	2,17	0,33
Tasa cardíaca (lpm)	73,8 (10,9)	72,2 (11,6)	72,8 (10,3)	0,26	0,77

*Nota.* Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa. ppm = partículas por millón; lpm = latidos por minuto.

\* Para las variables continuas se presenta el valor de la prueba *F* de un ANOVA unifactorial y para las variables no continuas se recoge el valor de la prueba *chí<sup>2</sup>*.

**Anexo 16. Análisis de las características sociodemográficas y clínicas de los grupos terapéuticos de pacientes que completaron el tratamiento, pero excluyendo a los pacientes sin datos de abstinencia continua validada por CO en cada momento de medida (análisis sin datos perdidos)**

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los grupos de tratamiento excluyendo a los pacientes sin datos de abstinencia continua validada por CO en el postratamiento (pacientes que completaron el tratamiento)

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 28	TCC/I <i>n</i> = 32	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 35	<i>F/ch<sup>2</sup>*</i>	<i>p</i>
Sexo (% de mujeres)	50	46,9	51,4	0,14	0,93
Edad	37,5 (11,7)	42,1 (10,3)	39,6 (11,4)	1,28	0,28
Estado civil (% de casados/convive con pareja)	32,1	53,1	42,9	3,55	0,73
Nivel de estudios (% de universitarios)	22,1	37,5	40	3,27	0,91
Número de cigarrillos	22,2 (11,1)	21,5 (9,1)	23,7 (6,4)	0,29	0,74
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	17,7 (8,6)	17,7 (6,4)	21,5 (10,5)	2,01	0,14
Sintomatología depresiva (BDI-II Breve)	6,7 (5,3)	4,2 (3,7)	5,3 (4,4)	2,23	0,11
Sintomatología ansiosa (BAI)	11,5 (8,4)	8,5 (6,8)	10,7 (6,9)	1,29	0,27
Sintomatología ansiosa (HAD)	7,5 (4,1)	6,1 (4)	6,8 (3,9)	0,95	0,38
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	5,43	5,28	6,49	3,01	0,05
Motivación (Test de Richmond)	7,6 (1,8)	8,3 (1,4)	8,1 (1,6)	1,53	0,22

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 28	TCC/I <i>n</i> = 32	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 35	<i>F/chí<sup>2</sup></i> *	<i>p</i>
Escala de Molestias Físicas	31,3 (13,2)	28,1 (12,2)	32 (10,8)	0,89	0,41
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	71,1 (29,2)	61 (16,5)	57,7 (22,1)	2,77	0,06
Peso (kg)	76,1 (18)	74,5 (17,6)	73,7 (16)	0,14	0,86
Con hipertensión (%)	25	34,4	18,2	2,23	0,32
Tasa cardíaca (lpm)	74,3 (11,6)	71,4 (10,1)	72,1 (9,1)	0,62	0,53

*Nota.* Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa. ppm = partículas por millón; lpm = latidos por minuto.

\* Para las variables continuas se presenta el valor de la prueba *F* de un ANOVA unifactorial y para las variables no continuas se recoge el valor de la prueba *chí<sup>2</sup>*.

Tabla 2. Características sociodemográficas y clínicas de los grupos de tratamiento excluyendo a los pacientes sin datos de abstinencia continua validada por CO en el seguimiento 1 (pacientes que completaron el tratamiento)

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 34	TCC/I <i>n</i> = 41	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 54	<i>F/chí<sup>2</sup></i> *	<i>p</i>
Sexo (% de mujeres)	47,1	46,3	56,4	1,19	0,56
Edad	21,8 (10,3)	20,7 (8,6)	21,9 (6,3)	1,46	0,23
Estado civil (% de casados/convive con pareja)	35,3	55	41,8	3,96	0,68
Nivel de estudios (% de universitarios)	39,4	35	34,5	8,02	0,43
Número de cigarrillos	21,8 (10,3)	20,7 (8,6)	21,9 (6,3)	0,28	0,75
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	21,8 (10,3)	20,7 (8,6)	21,9 (6,3)	2,92	0,06

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 34	TCC/I <i>n</i> = 41	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 54	<i>F/ch<sup>2</sup>*</i>	<i>p</i>
Sintomatología depresiva (BDI-II Breve)	5,4 (4,7)	5,4 (4,4)	5,5 (5)	0,003	0,99
Sintomatología ansiosa (BAI)	9,8 (7,7)	8,9 (6,6)	10 (7,5)	0,31	0,73
Sintomatología ansiosa (HAD)	7,3 (3,9)	6,3 (3,8)	6,8 (3,8)	0,66	0,52
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	5,4 (2,3)	5,3 (2,2)	5,8 (2,5)	0,62	0,54
Motivación (Test de Richmond)	7,7 (1,6)	8,2 (1,4)	8,1 (1,5)	1,26	0,28
Escala de Molestias Físicas	30,1 (11,8)	28,3 (11,1)	32,8 (10,5)	2,05	0,13
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	64,6 (17)	65,4 (18,7)	60,2 (21,2)	0,95	0,38
Peso (kg)	74,7 (17,6)	75 (17,3)	73 (14,8)	0,19	0,82
Con hipertensión (%)	23,5	35	19,2	3,05	0,21
Tasa cardíaca (lpm)	73,9 (10,7)	71 (9,5)	73,2 (10,6)	0,86	0,42

*Nota.* Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa. ppm = partículas por millón; lpm = latidos por minuto.

\* Para las variables continuas se presenta el valor de la prueba *F* de un ANOVA unifactorial y para las variables no continuas se recoge el valor de la prueba *ch<sup>2</sup>*.

Tabla 3. Características sociodemográficas y clínicas de los grupos de tratamiento excluyendo a los pacientes sin datos de abstinencia continua validada por CO en el seguimiento 2 (pacientes que completaron el tratamiento)

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 28	TCC/I <i>n</i> = 32	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 35	<i>F/ch<sup>2</sup>*</i>	<i>p</i>

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 28	TCC/I <i>n</i> = 32	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 35	<i>F/chí<sup>2</sup></i> *	<i>p</i>
Sexo (% de mujeres)	50	46,9	51,4	0,14	0,93
Edad	37,5 (11,7)	42,1 (10,3)	39,6 (11,4)	1,28	0,28
Estado civil (% de casados/convive con pareja)	32,1	53,1	42,9	3,55	0,73
Nivel de estudios (% de universitarios)	22,1	37,5	40	3,27	0,91
Número de cigarrillos	22,2 (11,1)	21,5 (9,1)	23,7 (6,4)	0,29	0,74
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	17,7 (8,6)	17,7 (6,4)	21,5 (10,5)	2,01	0,14
Sintomatología depresiva (BDI-II Breve)	6,7 (5,3)	4,2 (3,7)	5,3 (4,4)	2,23	0,11
Sintomatología ansiosa (BAI)	11,5 (8,4)	8,5 (6,8)	10,7 (6,9)	1,29	0,27
Sintomatología ansiosa (HAD)	7,5 (4,1)	6,1 (4)	6,8 (3,9)	0,95	0,38
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	5,43	5,28	6,49	3,01	0,05
Motivación (Test de Richmond)	7,6 (1,8)	8,3 (1,4)	8,1 (1,6)	1,53	0,22
Escala de Molestias Físicas	31,3 (13,2)	28,1 (12,2)	32 (10,8)	0,89	0,41
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	71,1 (29,2)	61 (16,5)	57,7 (22,1)	2,77	0,06
Peso (kg)	76,1 (18)	74,5 (17,6)	73,7 (16)	0,14	0,86
Con hipertensión (%)	25	34,4	18,2	2,23	0,32
Tasa cardíaca (lpm)	74,3 (11,6)	71,4 (10,1)	72,1 (9,1)	0,62	0,53

*Nota.* Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa. ppm = partículas por millón; lpm = latidos por minuto.

\* Para las variables continuas se presenta el valor de la prueba *F* de un ANOVA unifactorial y para las variables no continuas se recoge el valor de la prueba *chí<sup>2</sup>*.

Tabla 4. Características sociodemográficas y clínicas de los grupos de tratamiento excluyendo a los pacientes sin datos de abstinencia continua validada por CO en el seguimiento 3 (pacientes que completaron el tratamiento)

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 28	TCC/I <i>n</i> = 32	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 35	<i>F/ch<sup>2</sup>*</i>	<i>p</i>
Sexo (% de mujeres)	50	46,9	51,4	0,14	0,93
Edad	37,5 (11,7)	42,1 (10,3)	39,6 (11,4)	1,28	0,28
Estado civil (% de casados/convive con pareja)	32,1	53,1	42,9	3,55	0,73
Nivel de estudios (% de universitarios)	22,1	37,5	40	3,27	0,91
Número de cigarrillos	22,2 (11,1)	21,5 (9,1)	23,7 (6,4)	0,29	0,74
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	17,7 (8,6)	17,7 (6,4)	21,5 (10,5)	2,01	0,14
Sintomatología depresiva (BDI-II Breve)	6,7 (5,3)	4,2 (3,7)	5,3 (4,4)	2,23	0,11
Sintomatología ansiosa (BAI)	11,5 (8,4)	8,5 (6,8)	10,7 (6,9)	1,29	0,27
Sintomatología ansiosa (HAD)	7,5 (4,1)	6,1 (4)	6,8 (3,9)	0,95	0,38
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	5,43	5,28	6,49	3,01	0,05
Motivación (Test de Richmond)	7,6 (1,8)	8,3 (1,4)	8,1 (1,6)	1,53	0,22
Escala de Molestias Físicas	31,3 (13,2)	28,1 (12,2)	32 (10,8)	0,89	0,41
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	71,1 (29,2)	61 (16,5)	57,7 (22,1)	2,77	0,06
Peso (kg)	76,1 (18)	74,5 (17,6)	73,7 (16)	0,14	0,86

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 28	TCC/I <i>n</i> = 32	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 35	<i>F</i> / <i>chi</i> <sup>2</sup> *	<i>p</i>
Con hipertensión (%)	25	34,4	18,2	2,23	0,32
Tasa cardíaca (lpm)	74,3 (11,6)	71,4 (10,1)	72,1 (9,1)	0,62	0,53

*Nota.* Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa. ppm = partículas por millón; lpm = latidos por minuto.

\* Para las variables continuas se presenta el valor de la prueba *F* de un ANOVA unifactorial y para las variables no continuas se recoge el valor de la prueba *chi*<sup>2</sup>.

**Anexo 17. Análisis de las características sociodemográficas y clínicas de los grupos terapéuticos de pacientes que comenzaron el tratamiento pero no dejaron de fumar en cada momento de medida**

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los grupos de tratamiento incluyendo solamente a los pacientes que no dejaron de fumar en el postratamiento (pacientes que comenzaron el tratamiento) ( $N = 95$ )

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN $n = 28$	TCC/I $n = 32$	TCC/NI+TPN $n = 35$	$F/ch^2^*$	$p$
Sexo (% de mujeres)	50	46,9	51,4	0,14	0,93
Edad	37,5 (11,7)	42,1 (10,3)	39,6 (11,4)	1,28	0,28
Estado civil (% de casados/convive con pareja)	32,1	53,1	42,9	3,55	0,73
Nivel de estudios (% de universitarios)	22,1	37,5	40	3,27	0,91
Número de cigarrillos	22,2 (11,1)	21,5 (9,1)	23,7 (6,4)	0,29	0,74
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	17,7 (8,6)	17,7 (6,4)	21,5 (10,5)	2,01	0,14
Sintomatología depresiva (BDI-II Breve)	6,7 (5,3)	4,2 (3,7)	5,3 (4,4)	2,23	0,11
Sintomatología ansiosa (BAI)	11,5 (8,4)	8,5 (6,8)	10,7 (6,9)	1,29	0,27
Sintomatología ansiosa (HAD)	7,5 (4,1)	6,1 (4)	6,8 (3,9)	0,95	0,38
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	5,43	5,28	6,49	3,01	0,05
Motivación (Test de Richmond)	7,6 (1,8)	8,3 (1,4)	8,1 (1,6)	1,53	0,22
Escala de Molestias Físicas	31,3 (13,2)	28,1 (12,2)	32 (10,8)	0,89	0,41

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 28	TCC/I <i>n</i> = 32	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 35	<i>F/chí<sup>2</sup></i> *	<i>p</i>
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	71,1 (29,2)	61 (16,5)	57,7 (22,1)	2,77	0,06
Peso (kg)	76,1 (18)	74,5 (17,6)	73,7 (16)	0,14	0,86
Con hipertensión (%)	25	34,4	18,2	2,23	0,32
Tasa cardíaca (lpm)	74,3 (11,6)	71,4 (10,1)	72,1 (9,1)	0,62	0,53

*Nota.* Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa. ppm = partículas por millón; lpm = latidos por minuto.

\* Para las variables continuas se presenta el valor de la prueba *F* de un ANOVA unifactorial y para las variables no continuas se recoge el valor de la prueba *chí<sup>2</sup>*.

Tabla 2. Características sociodemográficas y clínicas de los grupos de tratamiento incluyendo solamente a los pacientes que no dejaron de fumar en el seguimiento 1 (pacientes que comenzaron el tratamiento) (N = 102)

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 26	TCC/I <i>n</i> = 37	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 39	<i>F/chí<sup>2</sup></i> *	<i>p</i>
Sexo (% de mujeres)	44,4	43,2	57,7	1,87	0,39
Edad	36,2 (11,1)	41,5 (10,3)	39,4 (11,1)	1,86	0,16
Estado civil (% de casados/convive con pareja)	22,2	54,1	40	7,28	0,29
Nivel de estudios (% de universitarios)	37	25,1	37,5	2,93	0,93
Número de cigarrillos	22,4 (11,3)	21,1 (8,5)	21,6 (6,4)	0,18	0,83
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	18,7 (7,9)	17,3 (6,1)	20,2 (9,5)	1,19	0,31

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 26	TCC/I <i>n</i> = 37	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 39	<i>F/ch<sup>2</sup>*</i>	<i>p</i>
Sintomatología depresiva (BDI-II Breve)	5,8 (5,1)	5,1 (4,3)	5,5 (5,2)	0,15	0,86
Sintomatología ansiosa (BAI)	10,6 (8,3)	8,7 (6,8)	10,6 (7,2)	0,82	0,44
Sintomatología ansiosa (HAD)	7,2 (3,8)	6,3 (3,9)	7 (3,6)	0,47	0,62
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	5,7 (2,3)	5,3 (2,2)	5,7 (2,5)	0,30	0,74
Motivación (Test de Richmond)	7,6 (1,9)	8,3 (1,4)	7,9 (1,5)	1,58	0,21
Escala de Molestias Físicas	30,1 (12,6)	28,1 (11,1)	32,3 (10,2)	1,19	0,30
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	70,5 (29,8)	64,3 (18,9)	60,7 (20,9)	1,46	0,23
Peso (kg)	75,6 (18,3)	74,9 (17,1)	72,6 (15,1)	0,29	0,75
Con hipertensión (%)	25,9	35,1	15,8	3,69	0,15
Tasa cardíaca (lpm)	74,1 (11,6)	70 (9,7)	72,1 (10,1)	1,20	0,30

*Nota.* Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa. ppm = partículas por millón; lpm = latidos por minuto.

\* Para las variables continuas se presenta el valor de la prueba *F* de un ANOVA unifactorial y para las variables no continuas se recoge el valor de la prueba *ch<sup>2</sup>*.

Tabla 3. Características sociodemográficas y clínicas de los grupos de tratamiento incluyendo solamente a los pacientes que no dejaron de fumar en el seguimiento 2 (pacientes que comenzaron el tratamiento) (*N* = 129)

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 34	TCC/I <i>n</i> = 41	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 54	<i>F/ch<sup>2</sup>*</i>	<i>p</i>

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 34	TCC/I <i>n</i> = 41	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 54	<i>F/chí<sup>2</sup></i> *	<i>p</i>
Sexo (% de mujeres)	47,1	46,3	56,4	1,19	0,56
Edad	21,8 (10,3)	20,7 (8,6)	21,9 (6,3)	1,46	0,23
Estado civil (% de casados/convive con pareja)	35,3	55	41,8	3,96	0,68
Nivel de estudios (% de universitarios)	39,4	35	34,5	8,02	0,43
Número de cigarrillos	21,8 (10,3)	20,7 (8,6)	21,9 (6,3)	0,28	0,75
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	21,8 (10,3)	20,7 (8,6)	21,9 (6,3)	2,92	0,06
Sintomatología depresiva (BDI-II Breve)	5,4 (4,7)	5,4 (4,4)	5,5 (5)	0,003	0,99
Sintomatología ansiosa (BAI)	9,8 (7,7)	8,9 (6,6)	10 (7,5)	0,31	0,73
Sintomatología ansiosa (HAD)	7,3 (3,9)	6,3 (3,8)	6,8 (3,8)	0,66	0,52
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	5,4 (2,3)	5,3 (2,2)	5,8 (2,5)	0,62	0,54
Motivación (Test de Richmond)	7,7 (1,6)	8,2 (1,4)	8,1 (1,5)	1,26	0,28
Escala de Molestias Físicas	30,1 (11,8)	28,3 (11,1)	32,8 (10,5)	2,05	0,13
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	64,6 (17)	65,4 (18,7)	60,2 (21,2)	0,95	0,38
Peso (kg)	74,7 (17,6)	75 (17,3)	73 (14,8)	0,19	0,82
Con hipertensión (%)	23,5	35	19,2	3,05	0,21
Tasa cardíaca (lpm)	73,9 (10,7)	71 (9,5)	73,2 (10,6)	0,86	0,42

*Nota.* Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa. ppm = partículas por millón; lpm = latidos por minuto.

\* Para las variables continuas se presenta el valor de la prueba *F* de un ANOVA unifactorial y para las variables no continuas se recoge el valor de la prueba *chí<sup>2</sup>*.

Tabla 4. Características sociodemográficas y clínicas de los grupos de tratamiento incluyendo solamente a los pacientes que no dejaron de fumar en el seguimiento 3 (pacientes que comenzaron el tratamiento) ( $N = 152$ )

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 41	TCC/I <i>n</i> = 53	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 58	<i>F/chí</i> <sup>2</sup> *	<i>P</i>
Sexo (% de mujeres)	46,3	54,7	56,9	1,14	0,56
Edad	39 (10,2)	40,6 (11,3)	38,7 (11,5)	0,44	0,64
Estado civil (% de casados/convive con pareja)	39	48,1	46,6	1,69	0,95
Nivel de estudios (% de universitarios)	40	30,7	36,2	5,29	0,72
Número de cigarrillos	23,1 (10,1)	20,4 (8,8)	20,9 (6,2)	1,40	0,25
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	19,1 (7,7)	17,2 (7,1)	20,3 (10,2)	1,84	0,16
Sintomatología depresiva (BDI-II Breve)	4,8 (4,8)	5,3 (4,3)	5,5 (4,8)	0,22	0,80
Sintomatología ansiosa (BAI)	8,2 (7,5)	9,3 (6,8)	9,9 (7,1)	0,66	0,51
Sintomatología ansiosa (HAD)	6,7 (4,2)	6,3 (3,9)	6,8 (3,8)	0,27	0,76
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	5,6 (2,2)	5,3 (2,2)	5,6 (2,4)	0,28	0,75
Motivación (Test de Richmond)	8,1 (1,6)	8,3 (1,5)	8,1 (1,5)	0,29	0,74
Escala de Molestias Físicas	29,9 (13,2)	30,3 (12,2)	32,5 (9,9)	0,68	0,51
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	68,9 (26,3)	65,1 (18,7)	61,6 (20,7)	1,35	0,26
Peso (kg)	74,5 (17,8)	74,1 (16,9)	72,4 (14,2)	0,24	0,78

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 41	TCC/I <i>n</i> = 53	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 58	<i>F</i> / <i>chi</i> <sup>2</sup> *	<i>P</i>
Con hipertensión (%)	29,3	28,8	18,2	2,17	0,33
Tasa cardíaca (lpm)	73,8 (10,9)	72,2 (11,6)	72,8 (10,3)	0,26	0,77

*Nota.* Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa. ppm = partículas por millón; lpm = latidos por minuto.

\* Para las variables continuas se presenta el valor de la prueba *F* de un ANOVA unifactorial y para las variables no continuas se recoge el valor de la prueba *chi*<sup>2</sup>.

**Anexo 18. Análisis de las características sociodemográficas y clínicas de los grupos terapéuticos de pacientes que completaron el tratamiento pero no dejaron de fumar en cada momento de medida**

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los grupos de tratamiento incluyendo solamente a los pacientes que no dejaron de fumar en el postratamiento (pacientes que completaron el tratamiento) ( $N = 15$ )

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN $n = 4$	TCC/I $n = 5$	TCC/NI+TPN $n = 6$	$F/ch^2$ *	$P$
Sexo (% de mujeres)	66,7	60	66,7	0,06	0,96
Edad	39,3 (16,1)	38,8 (10,1)	48,5 (6,3)	1,50	0,26
Estado civil (% de casados/convive con pareja)	33,3	60	50	4,54	0,60
Nivel de estudios (% de universitarios)	33,3	40	33,3	9,08	0,33
Número de cigarrillos	22,6 (6,4)	22,4 (8,4)	21,8 (5,2)	0,01	0,98
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	19,3 (2,5)	18,8 (6)	23,3 (4,8)	1,29	0,31
Sintomatología depresiva (BDI-II Breve)	1,6 (1,5)	3 (5,6)	2,2 (1,8)	0,12	0,88
Sintomatología ansiosa (BAI)	5 (1)	6,8 (5,9)	7,4 (4)	0,26	0,77
Sintomatología ansiosa (HAD)	6 (1,7)	4,6 (2,8)	4 (1,8)	0,71	0,51
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	6,3 (3)	6 (2,9)	6,6 (1,7)	0,09	0,90
Motivación (Test de Richmond)	9 (0)	8 (1,4)	9 (1)	1,28	0,32

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 4	TCC/I <i>n</i> = 5	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 6	<i>F/chí<sup>2</sup></i> *	<i>P</i>
Escala de Molestias Físicas	32,6 (15,3)	25,2 (10)	30,6 (3,5)	0,59	0,57
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	63 (6,5)	50 (9,9)	72 (23,9)	2,19	0,16
Peso (kg)	78,1 (23)	72 (12,8)	73,5 (18,2)	0,10	0,90
Con hipertensión (%)	66,7	20	40	1,73	0,42
Tasa cardíaca (lpm)	76,6 (14,4)	76,2 (11,1)	74,8 (9,6)	0,03	0,97

*Nota.* Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa. ppm = partículas por millón; lpm = latidos por minuto.

\* Para las variables continuas se presenta el valor de la prueba *F* de un ANOVA unifactorial y para las variables no continuas se recoge el valor de la prueba *chí<sup>2</sup>*.

Tabla 2. Características sociodemográficas y clínicas de los grupos de tratamiento incluyendo solamente a los pacientes que no dejaron de fumar en el seguimiento 1 (pacientes que completaron el tratamiento) (N = 32)

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 7	TCC/I <i>n</i> = 10	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 15	<i>F/chí<sup>2</sup></i> *	<i>p</i>
Sexo (% de mujeres)	42,9	50	65,3	0,36	0,83
Edad	37,4 (12,2)	41,1 (11,9)	39,5 (12,3)	0,18	0,82
Estado civil (% de casados/conviene con pareja)	28,6	60	31,3	3,97	0,68
Nivel de estudios (% de universitarios)	42,9	40	31,3	7,92	0,44
Número de cigarrillos	23,5 (8,2)	20,4 (6,1)	20,5 (5,9)	0,61	0,54
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	23,3 (6,07)	16,9 (4,5)	17,5 (8,5)	2,02	0,15

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 7	TCC/I <i>n</i> = 10	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 15	<i>F/ch<sup>2</sup>*</i>	<i>p</i>
Sintomatología depresiva (BDI-II Breve)	2,7 (3,1)	6,8 (6,1)	5,1 (6)	1,09	0,34
Sintomatología ansiosa (BAI)	5,4 (1,4)	9,3 (7,4)	8 (6,2)	0,85	0,43
Sintomatología ansiosa (HAD)	5,1 (1,8)	6,4 (3,3)	5,9 (3,3)	0,34	0,71
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	6,1 (3,1)	5,9 (2,7)	4,5 (2,8)	1,14	0,33
Motivación (Test de Richmond)	8,8 (0,3)	8,5 (1,4)	7,7 (1,1)	2,66	0,08
Escala de Molestias Físicas	26,8 (10,7)	26,8 (6)	28,8 (9,8)	0,17	0,83
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	66,3 (12,4)	69,6 (24,8)	68,6 (22,9)	0,04	0,95
Peso (kg)	71,1 (16,1)	71,2 (16,4)	72,4 (15,3)	0,02	0,97
Con hipertensión (%)	42,9	30	18,8	1,48	0,47
Tasa cardíaca (lpm)	76,8 (9,4)	68,5 (9,2)	72,8 (11,9)	1,28	0,29

*Nota.* Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa. ppm = partículas por millón; lpm = latidos por minuto.

\* Para las variables continuas se presenta el valor de la prueba *F* de un ANOVA unifactorial y para las variables no continuas se recoge el valor de la prueba *ch<sup>2</sup>*.

Tabla 3. Características sociodemográficas y clínicas de los grupos de tratamiento incluyendo solamente a los pacientes que no dejaron de fumar en el seguimiento 2 (pacientes que completaron el tratamiento) (*N* = 59)

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 14	TCC/I <i>n</i> = 15	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 30	<i>F/ch<sup>2</sup>*</i>	<i>P</i>

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 14	TCC/I <i>n</i> = 15	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 30	<i>F/chí<sup>2</sup></i> *	<i>P</i>
Sexo (% de mujeres)	50	60	54,8	0,29	0,86
Edad	40,8 (11)	39,6 (12,3)	37,5 (11,6)	0,42	0,65
Estado civil (% de casados/convive con pareja)	57,1	57,1	38,7	3,58	0,73
Nivel de estudios (% de universitarios)	56,2	42,8	37,7	15,45	0,06
Número de cigarrillos	21,7 (6,4)	19,9 (6,8)	21,6 (6,1)	0,40	0,67
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	20,3 (8,4)	16,2 (4,9)	20,6 (10,8)	1,22	0,30
Sintomatología depresiva (BDI-II Breve)	3,5 (3,7)	6,8 (5,8)	5,3 (5,3)	1,45	0,24
Sintomatología ansiosa (BAI)	6,1 (2,7)	9,3 (6,8)	8,2 (7,1)	0,96	0,38
Sintomatología ansiosa (HAD)	6,1 (3,4)	6 (2,9)	6,1 (3,7)	0,08	0,99
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	5,2 (2,7)	5,8 (2,5)	5,2 (2,7)	0,21	0,80
Motivación (Test de Richmond)	8,1 (1,3)	8,1 (1,4)	8 (1,2)	0,03	0,96
Escala de Molestias Físicas	28,9 (10,4)	27,5 (6,8)	31,6 (10)	0,94	0,39
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	63,4 (15,5)	71 (21,5)	64,1 (22,9)	0,61	0,54
Peso (kg)	71,4 (14,9)	71,5 (16,9)	73,2 (14,7)	0,10	0,90
Con hipertensión (%)	28,6	28,6	23,3	0,20	0,90
Tasa cardíaca (lpm)	74,1 (9)	71,1 (9,1)	74,5 (11,7)	0,52	0,59

*Nota.* Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa. ppm = partículas por millón; lpm = latidos por minuto.

\* Para las variables continuas se presenta el valor de la prueba *F* de un ANOVA unifactorial y para las variables no continuas se recoge el valor de la prueba *chí<sup>2</sup>*.

Tabla 4. Características sociodemográficas y clínicas de los grupos de tratamiento incluyendo solamente a los pacientes que no dejaron de fumar en el seguimiento 3 (pacientes que completaron el tratamiento) ( $N = 85$ )

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 22	TCC/I <i>n</i> = 26	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 37	<i>F/ch<sup>2</sup>*</i>	<i>p</i>
Sexo (% de mujeres)	45,5	69,2	54,1	2,89	0,23
Edad	40,5 (10,3)	37,6 (12,4)	37,5 (12,1)	0,46	0,63
Estado civil (% de casados/convive con pareja)	50	40	43,2	4,34	0,63
Nivel de estudios (% de universitarios)	47,6	28	29,7	9,37	0,31
Número de cigarrillos	23,2 (8,6)	19,6 (8,2)	20,6 (6,7)	1,42	0,24
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	20 (8,4)	17,3 (7,4)	19,5 (10,5)	0,63	0,53
Sintomatología depresiva (BDI-II Breve)	3,4 (3,6)	6 (5,1)	5,1 (4,9)	1,82	0,16
Sintomatología ansiosa (BAI)	5,6 (5,2)	9,5 (6,8)	8,4 (6,5)	2,38	0,09
Sintomatología ansiosa (HAD)	6,1 (4,1)	6,1 (3,6)	6,3 (3,7)	0,02	0,97
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	5,6 (2,5)	5,6 (2,5)	5,2 (2,6)	0,16	0,85
Motivación (Test de Richmond)	8,4 (1,5)	8,2 (1,5)	8 (1,3)	0,47	0,62
Escala de Molestias Físicas	29,4 (14,9)	31,5 (11,3)	31,9 (10,2)	0,31	0,73
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	65,9 (16,1)	67,4 (20,7)	64,5 (22,2)	0,15	0,86
Peso (kg)	72,5 (16,2)	72,2 (15,9)	72,5 (13,8)	0,03	0,99

Variable	Grupo de tratamiento			Diferencia entre grupos	
	TCC/I+TPN <i>n</i> = 22	TCC/I <i>n</i> = 26	TCC/NI+TPN <i>n</i> = 37	<i>F/chí<sup>2</sup></i> *	<i>p</i>
Con hipertensión (%)	36,4	20	19,4	2,46	0,92
Tasa cardíaca (lpm)	73,6 (9,3)	73,9 (13,1)	73,6 (11,2)	0,08	0,99

*Nota.* Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa. ppm = partículas por millón; lpm = latidos por minuto.

\* Para las variables continuas se presenta el valor de la prueba *F* de un ANOVA unifactorial y para las variables no continuas se recoge el valor de la prueba *chí<sup>2</sup>*.

**Anexo 19. Análisis de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que no dejaron de fumar en cada momento de medida en función de si completaron o no el tratamiento**

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los de los pacientes que no dejaron de fumar en el postratamiento en función de si completaron o no el tratamiento ( $N = 79$ )

Variable	Completaron el tratamiento		Diferencia entre grupos	
	Sí $n = 64$	No (abandonan) $n = 15$	$t/\chi^2^*$	$P$
Sexo (% de mujeres)	64,3	48,4	1,15	0,28
Edad	43,1 (10,5)	40,1 (10,4)	0,93	0,35
Estado civil (% de casados/convive con pareja)	50	43,8	4,43	0,21
Nivel de estudios (% de universitarios)	35,7	27,5	1,91	0,75
Número de cigarrillos	22,2 (6,2)	21,7 (9,5)	0,16	0,86
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	20,8 (5,1)	18,5 (8,3)	0,98	0,32
Sintomatología depresiva (BDI-II Breve)	2,4 (3,5)	5,7 (4,6)	-2,45	0,01*
Sintomatología ansiosa (BAI)	6,6 (4,2)	11,1 (7,8)	-1,97	0,05
Sintomatología ansiosa (HAD)	4,7 (2,2)	7,3 (4,1)	-2,16	0,03*
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	6,3 (2,3)	5,6 (2,1)	1,07	0,28
Motivación (Test de Richmond)	8,6 (1,1)	8 (1,8)	1,14	0,25
Escala de Molestias Físicas	29,3 (9,1)	30,8 (12,1)	-0,40	0,68
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	61,4 (18,2)	63,5 (24,7)	-0,28	0,77
Peso (kg)	74 (17,3)	76,1 (17,8)	-0,37	0,70
Con hipertensión (%)	29,3	27,4	0,63	0,42

Variable	Completaron el tratamiento		Diferencia entre grupos	
	Sí <i>n</i> = 64	No (abandonan) <i>n</i> = 15	<i>t/chí<sup>2</sup></i> *	<i>P</i>
Tasa cardíaca (lpm)	75,7 (10,4)	71,9 (9,8)	1,27	0,20

*Nota.* Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa. ppm = partículas por millón; lpm = latidos por minuto.

\* Para las variables continuas se presenta el valor de la prueba *t* de comparación de medias para muestras independientes y para las variables no continuas se recoge el valor de la prueba *chí<sup>2</sup>*.

Tabla 2. Características sociodemográficas y clínicas de los de los pacientes que no dejaron de fumar en el seguimiento 1 en función de si completaron o no el tratamiento (*N* = 102)

Variable	Completaron el tratamiento		Diferencia entre grupos	
	Sí <i>n</i> = 70	No (abandonan) <i>n</i> = 32	<i>t/chí<sup>2</sup></i> *	<i>P</i>
Sexo (% de mujeres)	51,5	47,9	0,11	0,73
Edad	39,3 (10,6)	39,5 (10,6)	0,10	0,91
Estado civil (% de casados/convive con pareja)	39,4	40,8	0,53	0,91
Nivel de estudios (% de universitarios)	36,4	36,7	3,82	0,43
Número de cigarrillos	21,8 (9,4)	21,1 (6,4)	-0,39	0,69
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	18,9 (8,4)	18,5 (7,3)	-0,24	0,80
Sintomatología depresiva (BDI-II Breve)	5,6 (4,5)	5,1 (5,6)	-0,47	0,63
Sintomatología ansiosa (BAI)	7,8 (6)	10,8 (7,7)	-1,98	0,06
Sintomatología ansiosa (HAD)	5,9 (3,1)	7,2 (4)	-1,65	0,10
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	5,2 (2,8)	5,7 (2,1)	-0,94	0,34

Variable	Completaron el tratamiento		Diferencia entre grupos	
	Sí n = 70	No (abandonan) n = 32	t/ch <sup>2</sup> *	P
Motivación (Test de Richmond)	8,2 (1,2)	7,9 (1,7)	0,78	0,43
Escala de Molestias Físicas	27,8 (8,9)	31,2 (12,1)	-1,42	0,15
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	68,4 (21,2)	62,8 (23,8)	1,15	0,25
Peso (kg)	71,8 (15,3)	75,4 (17,2)	-1,03	0,30
Con hipertensión (%)	27,3	24,6	0,08	0,77
Tasa cardíaca (lpm)	72,3 (10,7)	71,6 (10,3)	0,31	0,75

*Nota.* Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa. ppm = partículas por millón; lpm = latidos por minuto.

\* Para las variables continuas se presenta el valor de la prueba *t* de comparación de medias para muestras independientes y para las variables no continuas se recoge el valor de la prueba *ch<sup>2</sup>*.

Tabla 3. Características sociodemográficas y clínicas de los de los pacientes que no dejaron de fumar en el seguimiento 2 en función de si completaron o no el tratamiento (N = 129)

Variable	Completaron el tratamiento		Diferencia entre grupos	
	Sí n = 60	No (abandonan) n = 69	t/ch <sup>2</sup> *	p
Sexo (% de mujeres)	55	47,1	0,79	0,37
Edad	38,8 (11,6)	39,3 (10,7)	-0,23	0,81
Estado civil (% de casados/convive con pareja)	47,5	41,4	0,53	0,91
Nivel de estudios (% de universitarios)	36,2	25,7	2,69	0,61
Número de cigarrillos	21,2 (6,3)	21,8 (9,5)	-0,40	0,69

Variable	Completaron el tratamiento		Diferencia entre grupos	
	Sí <i>n</i> = 60	No (abandonan) <i>n</i> = 69	<i>t</i> / <i>chi</i> <sup>2</sup> *	<i>p</i>
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	19,4 (9,1)	18,9 (8,4)	0,32	0,75
Sintomatología depresiva (BDI-II Breve)	5,2 (5,1)	5,6 (4,4)	-0,39	0,69
Sintomatología ansiosa (BAI)	7,9 (6,3)	11 (7,7)	-2,45	0,01*
Sintomatología ansiosa (HAD)	6,1 (3,4)	7,3 (4)	-1,84	0,06
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	5,3 (2,6)	5,7 (2,1)	-0,75	0,45
Motivación (Test de Richmond)	8,1 (1,3)	8 (1,7)	0,24	0,80
Escala de Molestias Físicas	30 (9,5)	31,2 (12)	-0,61	0,54
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	65,6 (20,9)	60,8 (17,9)	1,36	0,17
Peso (kg)	72,3 (15,1)	75,7 (17,3)	-1,1	0,25
Con hipertensión (%)	25,9	25	0,01	0,91
Tasa cardíaca (lpm)	73,6 (10,5)	72 (10,2)	0,85	0,39

*Nota.* Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa. ppm = partículas por millón; lpm = latidos por minuto.

\* Para las variables continuas se presenta el valor de la prueba *t* de comparación de medias para muestras independientes y para las variables no continuas se recoge el valor de la prueba *chi*<sup>2</sup>.

Tabla 4. Características sociodemográficas y clínicas de los de los pacientes que no dejaron de fumar en el seguimiento 3 en función de si completaron o no el tratamiento (*N* = 152)

Variable	Completaron el tratamiento		Diferencia entre grupos	
	Sí <i>n</i> = 85	No (abandonan) <i>n</i> = 67	<i>t</i> / <i>chi</i> <sup>2</sup> *	<i>P</i>
Sexo (% de mujeres)	56,5	49,3	0,78	0,37

Variable	Completaron el tratamiento		Diferencia entre grupos	
	Sí n = 85	No (abandonan) n = 67	t/ch <sup>2</sup> *	P
Edad	38,4 (11,7)	40,8 (10,2)	-1,36	0,14
Estado civil (% de casados/convive con pareja)	44	46,3	0,19	0,97
Nivel de estudios (% de universitarios)	33,7	27,3	3,02	0,55
Número de cigarrillos	21 (7,7)	21,82 (9)	-0,60	0,54
Nivel de monóxido de carbono (CO) (ppm)	18,9 (9,1)	18,9 (7,9)	0,02	0,98
Sintomatología depresiva (BDI-II Breve)	4,9 (4,7)	5,6 (4,5)	-0,89	0,37
Sintomatología ansiosa (BAI)	8 (6,4)	10,8 (7,6)	-2,38	0,01*
Sintomatología ansiosa (HAD)	6,2 (3,8)	7,2 (4,1)	-1,57	0,11
Dependencia nicotínica (Test de Fagerström)	5,4 (2,5)	5,6 (1,9)	-0,42	0,67
Motivación (Test de Richmond)	8,2 (1,4)	8,2 (1,6)	-0,02	0,98
Escala de Molestias Físicas	31,1 (11,8)	30,9 (11,6)	0,08	0,93
Autoeficacia (Cuestionario de Baer y Lichtenstein)	65,7 (20,1)	63,7 (23,9)	0,55	0,57
Peso (kg)	72,4 (14,9)	75,1 (17,7)	-0,99	0,32
Con hipertensión (%)	24,1	26,2	0,08	0,77
Tasa cardíaca (lpm)	73,7 (11,2)	71,8 (10,4)	1,05	0,29

*Nota.* Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se especifique otra cosa. ppm = partículas por millón; lpm = latidos por minuto.

\* Para las variables continuas se presenta el valor de la prueba *t* de comparación de medias para muestras independientes y para las variables no continuas se recoge el valor de la prueba *ch<sup>2</sup>*.

