

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA ADICCIÓN AL TABACO

ELISARDO BECOÑA IGLESIAS
Universidad de Santiago de Compostela



FOCAD **FORMACIÓN**

continuada a distancia

Contenido

DOCUMENTO BASE.....	3
La adicción al tabaco	
FICHA 1.....	13
Ejemplo de un tratamiento psicológico eficaz: <i>El programa para dejar de fumar</i>	
FICHA 2.....	16
La prevención de la recaída	

Documento base.

LA ADICCIÓN AL TABACO

Fumar cigarrillos es la causa más importante de mortalidad y morbilidad evitable de todos los comportamientos que puede hacer un ser humano en las sociedades desarrolladas. Ello explica que cada año mueran prematuramente en España 50.000 personas por fumar cigarrillos (Montes, Pérez y Gestal, 2004). Por suerte, en los últimos años vamos asistiendo a un descenso paulatino del número de fumadores, lo que redundará en las próximas décadas a que mejoraremos en este aspecto. Pero todavía fuma diaria u ocasionalmente, según la Encuesta Nacional de Salud de 2006, el 29.9% de las personas de 16 o más años en España (35.8% varones, 24.3% mujeres).

La psicología lleva décadas preocupada por este importante problema de salud y ante ello ha aportado técnicas psicológicas eficaces para que las personas dejen de fumar (Becoña, 2003a; 2007), así como programas preventivos para ello (Becoña, 2006).

Los tratamientos psicológicos efectivos para tratar a los fumadores surgen en los años 60 del s. XX, de la mano de las técnicas psicológicas de modificación de conducta, y se expande en los años 70. Desde esos primeros momentos hasta el día de hoy se han ido desarrollado tratamientos psicológicos efectivos, con técnicas tan conocidas y utilizadas como son las técnicas psicológicas conductuales, cognitivas, motivacionales y de prevención de la recaída. La relevancia y eficacia de estas técnicas de intervención y tratamiento con los fumadores es tal que hoy constituye la base del tratamiento psicológico de los fumadores, en los distintos tipos y formatos, e incluso en muchas ocasiones son un complemento imprescindible del consejo añadido al tratamiento farmacológico para que éste funcione. Hoy disponemos de una experiencia del tratamiento psicológico de los fumadores de más de 40 años, con cientos de estudios donde sistemática y consistentemente han mostrado su eficacia, efectividad y eficiencia (ej., Abrams et al., 2003; Becoña, 2006; Dodgen, 2005; Fiore et al., 1996, 2000, Pereiro et al., 2007; Sancho et al., 2003; U.S.D.H.H.S., 2000).

En la base del desarrollo y eficacia del tratamiento psicológico está el hecho de que fumar es una conducta que se explica, en primer lugar, por los factores sociales de disponibilidad, accesibilidad y publicidad; en segundo lugar, por factores psicológicos de reforzamiento y procesos cognitivos; y, en tercer, y último lugar, por la dependencia fisiológica de la nicotina. Aunque en los últimos años en algunos sectores se pretende un reduccionismo fisiológico para la explicación de esta conducta, la de fumar cigarrillos, este reduccionismo no tiene base científica ni apoyo empírico, porque los componentes sociales, psicológicos y fisiológicos están claros para explicar por qué las personas fuman, han fumado o van a empezar a fumar. Para el abandono de los cigarrillos y para mantenerse abstinente a corto, medio y largo plazo, es necesario tener en cuenta todos estos factores.

El tratamiento del tabaquismo y los problemas de salud mental asociados

El tratamiento de fumadores hoy debemos verlo no sólo como una conducta que hacen muchas personas, sino que a veces lo debemos enmarcar en una perspectiva más amplia ya que una parte importante de las personas que demandan tratamiento, o que tienen problemas con la dependencia del tabaco (Tiffany, Conklin, Shiffman y Clayton, 2004), es porque tienen asociados otros problemas de salud mental. Así, en los últimos años, distintos estudios han encontrado una clara relación entre el consumo de tabaco y la presencia de otros trastornos psicopatológicos, tales como depresión, trastornos de ansiedad, otros trastornos adictivos (dependencia del alcohol, cannabis, cocaína), trastorno de déficit de atención con hiperactividad y esquizofrenia (Becoña, 2003b). Esta relación que se encuentra consistentemente en los adultos comienza a surgir en la adolescencia. De ahí que los que fuman incrementan las probabilidades de tener estos problemas. A continuación vamos a analizar las dos relaciones más estudiadas, las de fumar en relación con la depresión y la ansiedad

Fumar y depresión

La relación entre fumar y depresión hoy está clara, especialmente porque cada vez hay menos fumadores en la población y sabemos que la nicotina tiene funciones antidepresivas (Glassman et al., 1990). Estudios de seguimiento, como el de Breslau et al. (1993), con una muestra de adultos jóvenes, hallan una mayor probabilidad de comenzar a fumar

en aquellos sujetos que presentaban historia previa de depresión mayor. A su vez, algunos fumadores que dejan de fumar pueden caer en un cuadro depresivo por la función antidepresiva de la nicotina (Salín-Pascual et al., 1996).

Un tema altamente preocupante es la relación entre fumar y depresión en adolescentes. La evidencia de una relación bidireccional entre depresión e iniciación de la conducta de fumar (la depresión como factor de riesgo para comenzar a fumar y fumar como factor de riesgo para sufrir depresión), sugiere la posibilidad de que pueda haber una vulnerabilidad que es común a ambos trastornos. En el estudio de Fergusson et al. (1996), con una muestra de personas de 16 años de edad, donde se evaluaron distintos factores de riesgo, junto a la depresión y fumar, encontraron una relación significativa entre ambos (relación 4.6 vs.1 para los que tenían un trastorno depresivo respecto a los que no). Además, hallaron factores de riesgo comunes para ambos trastornos, tales como la afiliación con iguales delincuentes y la baja autoestima, que también explicaban la comorbilidad entre la depresión y la dependencia a la nicotina. Estos hallazgos son consistentes con las conclusiones de distintos estudios acerca de que la asociación entre la dependencia de la nicotina y la depresión es, en su mayor parte o completamente, no causal y probablemente refleje factores antecedentes que están asociados con ambas condiciones (Kendler et al., 1993).

Un grupo de claro riesgo son las mujeres, cuya prevalencia de trastornos del estado de ánimo es del doble, con respecto a los varones. El estudio de Breslau et al. (1993) indica que la historia de depresión es un factor de riesgo para fumar. Otros sugieren que los individuos deprimidos buscan la nicotina (Pomerleau, 1997). Y, otros (Hughes, 1998) indican que puede haber un elemento común que predispone a ciertos individuos tanto para la depresión como para fumar, entre los que apunta la baja autoestima, baja habilidad asertiva, o alguna causa genética. El estudio de Murphy et al. (2003), estudio de seguimiento desde el año 1952 al 1992, encontró que mientras que en 1952 no había ninguna relación entre fumar y depresión, en 1992 la relación era significativa, tanto para los que fumaban menos de 20 cigarrillos al día como para los de más de 20, y en ambos casos con una odds ratio de 3. Esto sugiere que ha cambiado la composición del tabaco, siendo ahora un producto con funciones antidepresivas, hecho que no ocurría hace 40 años. Esto también puede explicar la alta relación que se encuentra últimamente entre fumar y depresión, y como los que empiezan a fumar tienen más probabilidad de acabar con depresión y viceversa.

En definitiva, y como concluye Piasecki (2000), podemos decir que: 1) los jóvenes depresivos están en mayor riesgo de convertirse en fumadores; 2) las mujeres tienen mayor riesgo de fumar, por tener una mayor prevalencia de trastornos de estado de ánimo que los varones; 3) hoy en día, disponemos de tratamientos adecuados, tanto mediante medicación antidepresiva como terapia cognitiva-conductual para ello; y, 4) una de las principales causas de la recaída es el estado de ánimo negativo (una mezcla de depresión, ansiedad e ira).

Fumar y ansiedad

Como ocurre con la depresión, la relación entre fumar y trastornos de ansiedad es importante, tanto en estudios epidemiológicos (ej., Breslau et al., 1991) como clínicos (ej., Hughest et al., 1986). Un estudio de gran interés es el de Johnson et al. (2000). Estos evaluaron en una muestra representativa de jóvenes del estado de Nueva York (N=688) la prevalencia de consumo de tabaco y de distintos trastornos mentales a los 16 años y, posteriormente, a los 22. En su análisis diferenciaron dos grupos de los que fumaban: los que fumaban diariamente de 1 a 19 cigarrillos y los que fumaban 20 o más. No encontraron que los trastornos de ansiedad durante la adolescencia estuvieran asociados con fumar cigarrillos en la adultez. Sí encontraron relación entre fumar 20 o más cigarrillos/día durante la adolescencia y padecer distintos trastornos de ansiedad en la adultez temprana. Así, analizado en odds ratio, encuentran que fumar menos de un paquete, o un paquete o más de cigarrillos, en la adolescencia, se relaciona con los siguientes trastornos de ansiedad en la adultez: agorafobia (odds ratio: 6.79; esto es, si hay una persona con agorafobia que fuma de 1 a 19 cigarrillos/día hay 6.79 personas que fuman 20 o más cigarrillos/día); trastorno de ansiedad generalizada (odds ratio: 5.53), trastorno de pánico (odds ratio: 15.58), no hallando relación para el trastorno de ansiedad social (odds ratio: 0.44). Todo esto les lleva a concluir que ser un fumador duro durante la adolescencia está asociado con el incremento en el riesgo de padecer un trastorno de ansiedad en la vida adulta. Por el contrario, el estudio sugiere que los adolescentes con trastornos de ansiedad no tienen un riesgo elevado de convertirse en fumadores crónicos durante su adultez joven. No obstante, esta relación no se muestra tan clara en otros estudios (ej., Patton et al., 1998).

De forma más específica, Breslau y Klein (1999) analizaron la relación entre fumar y ataques de pánico, en una muestra de personas de 15 a 54 años. Los resultados de este estudio muestran consistentemente una clara asociación entre fumar y ataques de pánico, siendo similar la asociación entre ataque de pánico y el consumo diario de cigarrillos en hombres (OR = 3.13) y mujeres (OR = 2.61). En su estudio también diferenciaron a la muestra en: 1) no fumador, 2) fumador diario, 3) los que tienen una enfermedad del pulmón y no fuman, y 4) los que además de tener una enfermedad del pulmón también fuman. Incluyeron el padecer una enfermedad del pulmón porque se sabe que hay relación entre padecer una enfermedad pulmonar y los ataques de pánico. Los resultados indican una clara relación entre ser fumador diario y tener ataques de pánico, donde la odds ratio, en una y otra muestra, es de 3.0 y 1.9, respectivamente. De la misma forma, el tener una enfermedad pulmonar incrementa de modo significativo los ataques de pánico, especialmente en la muestra donde se ha hecho un seguimiento de varios años, llegando a ser la odds ratio del 7.7; en el otro estudio, el de la población general, es de 1.5. Y, cuando las personas fuman y tienen enfermedad pulmonar, la relación es más clara con los ataques de pánico, ya que la odds ratio en la primera muestra es de 8.1 y en la segunda, la representativa de todo el país, de 4.3.

Distintos estudios han encontrado que los adolescentes fumadores tienen una mayor puntuación en ansiedad-estado y en ansiedad-rasgo respecto a los que sólo han probado los cigarrillos y los que nunca los han probado (ej., Becoña et al., 1999). En la misma línea de lo anterior, también se ha encontrado relación entre fumar y estrés. En adolescentes, se incrementa el nivel de estrés conforme aumenta su patrón de consumo regular de tabaco. En adultos, fumar ayuda a relajarse, y se ha encontrado que los fumadores están más estresados que los no fumadores. Cuando dejan de fumar, les disminuye el nivel de estrés a medida que transcurre el tiempo (Parrott, 1999). Al principio, cuando se deja de fumar, suele incrementarse el estrés, disminuye a niveles normales en varias semanas y desciende conforme va transcurriendo el tiempo de abstinencia.

El estudio de McMahon y Jason (1998) muestra como aquellos fumadores que tienen menos estrés dejan de fumar en mayor proporción, en relación con los que tienen un mayor nivel de estrés. Esto significa que sería muy importante lograr disminuir el nivel de estrés en los fumadores, para que puedan conseguir más fácilmente dejar de fumar.

Los tratamientos psicológicos de la adicción al tabaco

Hoy sabemos que en el tratamiento de un fumador, sea de baja intensidad como el consejo mínimo, o una intervención intensiva, como un tratamiento psicológico clínico, pasa por varias fases. Estas son las de preparación, en la que se trata de motivar a la persona para que deje de fumar; la fase de abandono, en la que se le ayuda a conseguir que deje de fumar y, finalmente, la fase de mantenimiento, en la que se le entrena para que sea capaz de mantener la abstinencia a lo largo del tiempo y prevenir así la recaída. Junto a estas fases, hay que tener en cuenta para el diseño de un tratamiento, aquello que facilita y que impide el abandono de los cigarrillos en la mayoría de los fumadores, las variables predictoras de la eficacia y el fracaso terapéutico, como la alta motivación, la preparación para el cambio, especialmente cuando está preparado para dejar de fumar en el siguiente mes, una autoeficacia moderada o alta y disponer de una buena red de apoyo social, especialmente en su casa, con sus amigos, en su trabajo y en los lugares donde sale o se relaciona habitualmente. Por el contrario, son variables predictoras negativas para dejar de fumar: tener una alta dependencia de la nicotina, como le ocurre a aquellos que fuman más de 20 cigarrillos al día, haber tenido un claro síndrome de abstinencia cuando han dejado de fumar en el pasado y fumar el primer cigarrillo poco tiempo después de despertarse. También es una variable predictora negativa tener un alto nivel de estrés, especialmente si éste se ha mantenido a lo largo del tiempo o coincide el periodo de abandono con acontecimientos vitales estresantes como cambio de trabajo, de localidad, amigos, tener problemas conyugales, divorcio, problemas con los hijos, etc. Y, finalmente, también es un predictor negativo tener una historia de comorbilidad psiquiátrica, especialmente si tiene problemas de dependencia del alcohol, esquizofrenia u otros, o si tiene o ha tenido depresión (Fiore et al., 2000).

Las técnicas psicológicas suelen aplicarse en el tabaquismo dentro de lo que es un “tratamiento”, o también en los conocidos como programas psicológicos multicomponentes. Esos los comentaremos más adelante. A continuación repasaremos las técnicas psicológicas más utilizadas.

Las primeras técnicas psicológicas eficaces, en los años 60, fueron las aversivas (ej., fumar rápido, retener el humo,

saciación, etc.) (Becoña, 2003a; 2004b; Fiore et al., 2000; Hajek y Stead, 2006; Sancho et al., 2003). Hoy han caído en desuso, no porque dejasen de ser eficaces, sino porque disponemos de otras equivalentes a nivel de eficacia pero no aversivas. Otra técnica psicológica habitual en los programas psicológicos de tratamiento es la de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán, basada en la técnica operante del desvanecimiento (Foxy y Brown, 1979). Sintéticamente consiste en un proceso paulatino de reducción de nicotina y alquitrán mediante el cambio semanal de la marca de cigarrillos, para que el fumador no tenga síndrome de abstinencia de la nicotina ni que haga una compensación nicotínica.

Otra técnica ampliamente utilizada es la de exposición a indicios, extinción y control de estímulos (Lichtenstein, 1992). Los fumadores, especialmente los que llevan muchos años fumando, se han expuesto a multitud de estímulos o señales ambientales que se han asociado con la conducta de fumar. La presencia de estos estímulos son los que desencadenan la conducta. Una vez que se deja de fumar, eventualmente la presencia de estos estímulos o el hecho de pensar en ellos podría provocar una respuesta condicionada de abstinencia (deseo y/o querencia de la droga). Teóricamente, desde el punto de vista de la psicología del aprendizaje, si esas señales que gobiernan la conducta de fumar se debilitan o se extinguen, dejar de fumar sería mucho más fácil. De hecho, distintos programas utilizan técnicas cuyo objetivo es la extinción. Por ello suele ser frecuente que se intente reducir el número de señales asociadas con fumar antes de que el sujeto consiguiese la abstinencia. Para ello, se utiliza con mucha asiduidad la estrategia de control de estímulos, reduciendo el hábito tabáquico aplicando una restricción progresiva de las situaciones en las cuales está permitido fumar. El fumador sólo puede fumar a ciertas horas o en ciertas situaciones (ej., no fumar en el coche o si antes se fumaba el primer cigarrillo a las 9 de la mañana ahora no puede fumarlo a esa hora). Este proceso podría terminar restringiendo la conducta de fumar sólo a un lugar concreto en el que se permitiese fumar, el cual sea poco atractivo (ej., garaje, balcón,...). Otro tipo de estrategia de control de estímulos es permitir fumar siguiendo una secuencia de tiempo determinado (ej., cada hora). Las técnicas de control de estímulos cuando se han utilizado aisladamente han obtenido resultados modestos. Pero dentro de un programa psicológico multicomponente es eficaz, junto a otras técnicas, en obtener altos niveles de eficacia. Por ello suele formar parte de la mayoría de los programas psicológicos multicomponentes actuales.

También es habitual utilizar como estrategia de afrontamiento técnicas como la del entrenamiento en solución de problemas. Sabemos que los individuos que afrontan activamente las tentaciones a fumar tienen más éxito en resistir las caídas. Los trabajos de Shiffman han sido especialmente influyentes en este área, encontrando que una combinación de respuestas de afrontamiento conductuales y cognitivas proporcionan una mayor protección para no volver a fumar en una situación de crisis (Shiffman et al., 1985, 1996).

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

El entrenamiento en solución de problemas es un procedimiento por el que se entrena a las personas a reconocer sus problemas, buscar soluciones adecuadas a los mismos e implantar la mejor solución en la situación donde ocurre el problema. Este entrenamiento consta de cinco fases: 1) orientación general hacia el problema; 2) definición y formulación del problema; 3) generación de soluciones alternativas; 4) toma de decisiones; y, 5) puesta en práctica y verificación de la solución. En el entrenamiento en solución de problemas, para pasar de una fase a otra, hay que superar previamente la anterior. Cuando no hay suficiente información en una fase concreta, se ha infravalorado o saltado una fase previa, se está en una fase de entrenamiento, o la solución elegida no resulta la adecuada, hay que volver a la fase o fases previas para que una vez haya sido realizada correctamente podamos continuar con las siguientes. En los últimos años el entrenamiento en solución de problemas se ha constituido en un elemento de muchos de los programas de tratamiento por su racionalidad, fácil de explicar al sujeto y la eficacia de su puesta en práctica. Es, además, una estrategia incluida en casi todos los programas de prevención de la recaída. Cuando se combina con un tratamiento estándar eficaz permite incrementar aún más su eficacia.

Los tratamientos psicológicos multicomponentes para dejar de fumar

Esta modalidad de tratamiento del tabaquismo, también conocida por paquete de tratamiento o tratamiento multimodal, data de principios de la década de los años 80 (Lichtenstein, 1982). Estos tratamientos se llaman multicomponentes porque incluyen varias técnicas o componentes de intervención psicológica. En la actualidad, los tratamientos psicológicos multicomponentes son los más utilizados en el tratamiento de los fumadores, a veces también conocidos como “terapia multicomponente cognitiva conductual con prevención de la recaída”(Chambless et al., 1998; Chambless y Ollendick, 2001).

Los programas psicológicos multicomponentes tienen tres fases: preparación para dejar de fumar, abandono de los cigarrillos y mantenimiento de la abstinencia (USDHHS, 1991) (ver Tabla 1). El objetivo principal en la fase de preparación es motivar al fumador y que adquiera el compromiso de dejar de fumar. Para ello se pueden utilizar depósitos monetarios y contratos de contingencias. También es recomendable revisar con el fumador las razones para dejar de fumar y los beneficios que obtendrá con el abandono de los cigarrillos. En esta fase el fumador también tiene que concienciarse y conocer lo más objetiva y exhaustivamente posible su conducta de fumar. Esto se puede conseguir registrando los cigarrillos que fuma y los antecedentes y consecuentes que siguen a esta conducta (técnica de autorregistro), así como representando en una gráfica su consumo. En esta fase también se fija la fecha en que el fumador va a dejar de fumar (ej., cuarta sesión). Igualmente es en esta fase cuando hay que prepararle para dejar de fumar, enseñándole estrategias de automanejo (ej., relajación, identificar los estímulos que elicitaban su conducta de fumar, programar conductas alternativas para dejar de fumar, etc.).

En la fase de abandono se aplica una de las técnicas que ha demostrado ser eficaz en el abandono de los cigarrillos, como las que ya hemos descrito anteriormente. Podemos utilizar una técnica que es eficaz aplicada sola (ej., reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán) u otra que haya obtenido una eficacia adecuada cuando se ha utilizado en un programa multicomponente (ej., saciación, sensibilización encubierta, contrato con fecha fija para dejarlo) (Becoña, 2003a; 2004a, 2006).

Cuando el fumador ya dejó de fumar, entraríamos en otra fase, la de mantenimiento, también conocida como fase de prevención de la recaída (Marlatt y Gordon, 1985; Marlatt y Donovan, 2005). Se considera como la fase orientada a mantener las ganancias del tratamiento a largo plazo. En esta fase se llevan a cabo sesiones de seguimiento, que se pueden realizar personalmente, por teléfono o por carta. También se puede entrenar a la persona en habilidades de afrontamiento para evitar los

Tabla 1
Fases de un tratamiento psicológico multicomponente y algunas de sus técnicas

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

Adaptado de USDHHS (1991) y Becoña (2004a)

estímulos que elicitan el deseo a fumar, aprender a identificar y manejar situaciones de alto riesgo, afrontar adecuadamente las caídas. Cuando la persona no tenga apoyo suficiente para mantenerse abstinente puede entrenarse en cómo conseguirlo y a las personas más cercanas para que lo apoyen adecuadamente. También hay que indicar que la mayoría de los programas psicológicos multicomponentes se podrían encuadrar en las técnicas de autocontrol .

¿Por qué es tan eficaz el tratamiento psicológico con fumadores?

La evidencia actual es clara acerca de la eficacia del tratamiento psicológico de tipo cognitivo-conductual con fumadores. Los programas psicológicos multicomponentes son hoy el tratamiento de elección de tipo psicológico para tratar a un fumador de modo eficaz. Con ellos un 60-80% dejan de fumar al final del tratamiento, llegando al 30-50% de abstinencia al año de haber finalizado el tratamiento. Decenas de estudios apoyan estos resultados, como las revisiones de las distintas guías clínicas, como la Cochrane Collaboration (ej., Lancaster y Stead, 2006a; Stead y Lancaster, 2006). El tratamiento psicológico para dejar de fumar es uno de los tratamientos más eficaces de los existentes. Así lo indica toda la evidencia internacional disponible en la que se revisan los estudios de calidad, como se ejemplifica en la guía de Fiore et al. (2000), la *Cochrane Collaboration*, etc., como la evidencia a nivel nacional de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitaria (Sancho et al., 2003). En la tabla 2 pueden verse las Odds Ratio, OR (el valor de la OR se interpreta del siguiente modo: dejan de fumar las personas que se indica en cada tratamiento (ej., 1.62) en relación a 1 que dejan de fumar en el grupo control, que tiene una OR=1) de estos tratamientos psicológicos eficaces.

La relevancia y eficacia de estas técnicas de intervención y tratamiento con los fumadores es tal que hoy constituye la base del tratamiento psicológico de los fumadores, en los distintos tipos y formatos, e incluso en muchas ocasiones son un complemento imprescindible del tratamiento farmacológico para que éste funcione, aunque no siempre se indica claramente que es tratamiento psicológico, sino disfrazado con otros nombres. Por ello, hoy disponemos de una experiencia del tratamiento psicológico de los fumadores de más de 40 años, con cientos y cientos de estudios donde sistemática y consistentemente han mostrado su eficacia, efectividad y eficiencia (ej., Fiore et al., 1996, 2000).

En la base del desarrollo y eficacia del tratamiento psicológico está el hecho de que fumar es una conducta, no una enfermedad. Por ello debe ser tratada esa conducta con un adecuado tratamiento psicológico. Aunque en los últimos años en algunos sectores se pretende un reduccionismo fisiológico para la explicación de esta conducta, la de fumar cigarrillos, auspiciado por los intereses de la industria farmacéutica que tiene productos para su tratamiento, este reduccionismo no tiene base científica ni apoyo empírico, porque los componentes sociales, psicológicos y fisiológicos están claros para explicar por qué las personas fuman, han fumado o van a empezar a fumar. Todos estos factores son necesarios tenerlos en cuenta para el abandono de los cigarrillos, para dejar de fumar y para mantenerse abstinente a corto, medio y largo plazo.

El lugar idóneo donde podemos ayudar a las personas a dejar de fumar es a través del tratamiento clínico. Para que una persona deje de fumar tiene que pasar por varias fases, como son las de motivarle para que deje de fumar, o fase de preparación; la fase relativa a ayudarle a conseguir que deje de fumar, o fase de abandono; y, finalmente, tenemos que entrenarle para que sea capaz de mantener la abstinencia a lo largo del tiempo y prevenirle de que recaiga. Es lo que llamamos fase de mantenimiento. Las tres fases son importantes y no hay que considerar que cada una de ellas es menos importante que otra (Becoña, 2004a; 2007). Sin la primera es difícil llegar a la segunda y sin llegar a la segunda difícil va a ser llegar a la tercera y que la persona deje de fumar y se mantenga abstinente. Por ello, los tratamientos psicológicos multicomponentes son actualmente el procedimiento de elección para tratar a los fumadores.

Un tipo especial de tratamiento al que debemos prestar una especial atención es a la terapia grupal en el tratamiento de fumadores. Esta no solo es eficaz sino que es muy eficiente (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000). Según la revisión de Stead y Lancaster (2006), los programas grupales han sido llevados a cabo por psicólogos clínicos, educadores de la salud, enfermeras, médicos y,

Autor	Tratamiento	OR
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 et al. (2006)	Intervenciones conductuales con pacientes hospitalizados	1.82
Lancaster y Stead (2006b)	Intervenciones de autoayuda	
	- Materiales no personalizados	1.24
	- Materiales personalizados	1.42

ocasionalmente, por usuarios exitosos de un tratamiento anterior. También indican que ha sido un método popular de administración de intervenciones conductuales. Tiene la ventaja de que los fumadores pueden compartir sus problemas y experiencias dentro del grupo y, al tiempo, es más barato en su aplicación a nivel de costes y obtiene los mismos o mejores resultados que la terapia individual.

Tanto en esta revisión, como en otra dedicada al tratamiento individual (Lancaster y Stead, 2006a) no aparecen pruebas de que añadir terapia sustitutiva de nicotina mejore la eficacia de utilizar solo el tratamiento psicológico cognitivo-conductual. Por ello Stead y Lancaster (2006) sugieren que “en ausencia de pruebas claras que evidencien lo contrario, parece razonable suponer que las intervenciones conductuales y las farmacológicas contribuyan al abandono de forma independiente y con éxito” (p. 13). Otros resultados apuntan a que programas grupales más complejos que incluirían componentes de entrenamiento en habilidades sociales o terapia cognitivo-conductual con programas de control de la misma duración, son mejores (OR = 1.36). No se encontró que incluir intervenciones específicas para ayudar a controlar el estado ánimo a largo plazo fuese eficaz (OR= 1.06), aunque para aquellos con antecedentes de problemas de estado de ánimo los estudios apuntan en esta dirección (OR = 1.35).

¿Son más eficaces los tratamientos combinados que aplicar sólo tratamiento psicológico en fumadores?

Una de las creencias arraigadas en muchos profesionales y en las personas de la calle es que el mejor modo para dejar de fumar es tomando fármacos. Y, entre otros, que sin fármacos, se aplique o no tratamiento psicológico, no es posible dejar de fumar. Como veremos a continuación, hasta este momento no hay ninguna evidencia de esta creencia.

Hoy sabemos que los tratamientos psicológicos de tipo conductual, como distintos farmacológicos (terapia sustitutiva de nicotina, bupropión y varenicline) son eficaces en ayudar a las personas a dejar de fumar en contextos clínicos. Los estudios de comparación mediante asignación aleatoria a grupos experimental y control muestran que con ellos se duplica habitualmente el nivel de abandono respecto al grupo de control o placebo. También sabemos que los tratamientos farmacológicos incrementan su eficacia si a los mismos se les añade consejo conductual o tratamiento psicológico (Ranney et al., 2006). De ahí que muchos ensayos clínicos con fármacos para dejar de fumar incluyan junto al fármaco distintos tipos de consejo conductual o de tratamiento psicológico. En cambio, no tenemos ninguna evidencia de que la combinación de un tratamiento psicológico para dejar de fumar al que se le añade un fármaco para el abandono incremente la eficacia del tratamiento psicológico (Alonso, Secades y Duarte, 2007; García y Sanz, 2006; Hitsman et al., 1999). Son pocos los estudios que se han hecho de este tipo, pero cuando se hace queda claro que añadir un tratamiento farmacológico a un tratamiento psicológico eficaz no aumenta la eficacia (ej., Alonso et al., 2007; García y Sanz, 2006). Esto viene a decir que la unión de dos tipos de tratamientos, que han mostrado ser eficaces independientemente, el psicológico por una parte, y el farmacológico por otra, cuando se combinan no tienen un efecto sinérgico y no se incrementa el porcentaje de abstinencia que por sí obtiene el tratamiento psicológico utilizado solo. Ello en parte es debido a que el tratamiento psicológico suele ser más intensivo, más estructurado o con más tiempo de atención del fumador (aunque no de más tiempo para el terapeuta, en los tratamientos grupales), permite adecuarse mejor a las necesidades del fumador. Siendo éste un tema importante se aprecia una clara falta de estudios en la literatura científica en la que se compare un tratamiento psicológico independiente con otro farmacológico independiente, y la combinación de ambos.

Un caso especial en el que el clínico debe valorar la utilidad de combinar un tratamiento psicológico con

Tabla 3
Programas conductuales de formato grupal versus otro formato

Comparación	Nº de estudios	Nº de participantes	Odds Ratio (OR)
Programa grupal vs. control sin intervención	7	815	2.17
Programa grupal vs. programa de autoayuda	16	4.395	2.04
Programa grupal vs. terapia individual	5	1.409	0.86
Programa grupal + TSN vs. TSN sola	2	454	1.05

Fuente: Stead y Lancaster (2006)

Tabla 4
Estudio de Alonso et al. (2005), con N=164, en pacientes de atención primaria. Porcentaje de fumadores abstinentes

Tratamiento aplicado	Final del Tratamiento	Resultados en % en el seguimiento de:	
		6 meses	12 meses
Consejo	-	7.4	12.9
Consejo + parches de nicotina	-	20.8	12.5
Autoayuda y seguimiento telefónico (ST)	42.9	37.9	27.6
Autoayuda, ST y parches de nicotina	42.3	36.0	30.9
Tratamiento Psicológico	79.3	51.7	41.4
Trat. Psicológico + parches de nicotina	88.0	46.4	40.0

otro farmacológico es en aquellos fumadores que tienen más dificultades para dejar de fumar, aceptan un tratamiento combinado, tienen poca adherencia al tratamiento, o padecen un trastorno psiquiátrico o de abuso o dependencia de sustancias. Esto es distinto a lo que conocemos bien desde hace tiempo de que siempre debemos aplicar junto a un tratamiento farmacológico consejo conductual o un tratamiento psicológico, como igualmente de que el tratamiento farmacológico es eficaz por sí mismo en contextos clínicos como el psicológico. Por ello, ésta es una de las áreas en las que es necesario hacer más investigaciones por su relevancia clínica. Como dicen Ranney et al. (2006), en relación a las condiciones psiquiátricas y de abuso de sustancias, “las intervenciones que utilizan alguna forma de consejo con farmacoterapia producen incrementos significativos de las tasas de abstinencia de fumar” (p. 853), al tiempo que también dice, según su revisión, de que “no hay suficiente evidencia para hacer una recomendación en este sentido para esta población”.

Conclusión

Hoy hay un acuerdo unánime de que las intervenciones que ayudan a las personas a dejar de fumar son el consejo mínimo sistemático, el tratamiento psicológico, el tratamiento farmacológico, procedimientos de menor intensidad en formato de autoayuda, bien sea en forma de manual, llamadas telefónicas, programa por correo, televisión, etc., los procedimientos clínicos intensivos y los programas comunitarios (Becoña, 2004a; Fiore et al., 2000; Pereiro et al., 2007).

La eficacia del tratamiento psicológico es clara, bien se aplique en formato individual o grupal. Además, el tratamiento psicológico es esencial en muchos casos donde están presentes problemas de comorbilidad asociados a la adicción o dependencia de la nicotina o del tabaco, que cada vez es más frecuente en los fumadores que acuden a tratamiento, y en muchos casos sin tratamiento psicológico, sea solo o combinado con otro farmacológico, va a ser difícil o imposible que la persona deje de fumar.

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

En conclusión, disponemos de buenos tratamientos psicológicos para el tratamiento de los fumadores con los que se obtienen altos niveles de abstinencia, siendo hoy claro que el tratamiento psicológico es el tratamiento más completo de todos los que existen para tratar a los fumadores.

Referencias

- 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.
- Alonso, F., Secades, R. y Duarte, G. (2007). ¿Son eficientes los tratamientos psicológicos para dejar de fumar?. *Trastornos Adictivos*, en prensa.
- Becoña, E. (2003a). El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. *Papeles del Psicólogo*, 85, 48-69.
- Becoña, E. (2003b). Tabaco y salud mental. *Revista Thomson Psicología*, 1, 119-137.
- Becoña, E. (2004a). *Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar*. Palma de Mallorca: Socidrogalcohol.
- Becoña, E. (2004b). Tratamiento psicológico del tabaquismo. *Adicciones*, 16 (Supl. 2), 237-263.
- Becoña, E. (2006). *Tabaco. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. (2007). *Programa para dejar de fumar*. Vigo: Nova Galicia Edicións.
- Becoña, E., Vázquez, F.L., Fuentes, M.J. y Lorenzo, M.C. (1999). Anxiety, affect, depression and cigarette consumption. *Personality and Individual Differences*, 26, 113-119.

- Breslau, N., Kilbery, M.M. y Andreski, P. (1991). Nicotine dependence, major depression and anxiety in young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1069-1074.
- Breslau, N., Kilbery, M.M. y Andreski, P. (1993). Nicotine dependence, major depression and anxiety in young adults: New evidence from a prospective investigation. *Archives of General Psychiatry*, 50, 31-35.
- Breslau, N. y Klein, D.F. (1999). Smoking and panic attacks: An epidemiological investigation. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1141-1147.
- Chambless, D.L. y Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chambless, D.L., Baker, M., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S. et al. (1988). Update on empirically validated therapies, II. *Clinical Psychology*, 51, 3-16.
- Covey, L.S., Bombback, A. y Yin Yan, G.W. (2006). History of depression and smoking cessation: A rejoinder. *Nicotine & Tobacco Research*, 8, 315-319.
- Dodgen, C.E. (2005). *Nicotine dependence*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J., Dorfman, S.F., Goldstein, M.G., Gritz, E.R., Heyman, R.B., Holbrook, J., Jaén, C.R., Kottke, T.E., Lando, H.A., Mecklenburg, R.E., Mullen, P.D., Nett, L.M., Robinson, L., Stitzer, M.L., Tommasello, A.C., Villejo, L. y Wewers, M.E. (1996). *Clinical Practice Guideline # 18 Smoking Cessation*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research.
- Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J., Dorfman, S.F., Goldstein, M.G., Gritz, E.R., Heyman, R.B., Jaén, C.R., Kottke, T.E., Lando, H.A., Mecklenburg, R.E., Mullen, P.D., Nett, L.M., Robinson, L., Stitzer, M.L., Tommasello, A.C., Villejo, L., Wewers, M.E., Baker, T., Fox, B.J. Y Hasselblad, V. (2000). *Treating tobacco use and dependence*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Foxx, R.M. y Brown, R.A. (1979). Nicotine fading, self-monitoring for cigarette abstinence or controlled smoking. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 115-125.
- García, M.P. y Sanz, J. (2006). Análisis de la situación de los tratamientos para dejar de fumar basados en terapia cognitiva-conductual y en parches de nicotina. *Psicooncología*, 3, 269-289.
- Glassman, A.H., Helzer, J.E., Covey, L.S., Cottler, L.B., Stetner, F., Tipp, J.E. y Johnson, J. (1990). Smoking, smoking cessation, and major depression. *JAMA*, 264, 1546-1549.
- Hajek, P. y Stead, L.F. (2006). Aversive smoking for smoking cessation (Revisión Cochrane traducida). En *The Cochrane Library, Issue 4*. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
- Hajek, P. y Stead, L.F., West, R. y Jarvis, M. (2006). Intervenciones para la prevención de la reincidencia en el hábito de fumar. En *The Cochrane Library, Issue 4*. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
- Haas, A.L., Muñoz, R.F., Humfleet, G.L., Reus, V.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.
- Hitsman, B., Pingitore, R., Spring, B., Mahabeshwarkar, A., Mizes, J.S., Seigraves, K.A. et al. (1999). Antidepressant pharmacotherapy helps some cigarette smokers more than others. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 547-554.
- Hughes, J.R. (1988). Clonidine, depression and smoking cessation. *JAMA*, 254, 2901-2902.
- Hughes, J.R., Hatsukami, D.K., Mitchell, J.I.E. Y Dahlgren, L.A. (1986). Prevalence of smoking among psychiatry outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 143, 993-997.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Pine, D.S., Klein, D.F., Kasen, S. y Brook, J.S. (2000). Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *JAMA*, 284, 2348-2351.
- Kendler, K.S., Neale, M.C., MacLean, C.J., Eaves, L.J. y Kessler, R.C. (1993). Smoking and major depression. A causal analysis. *Archives of General Psychiatry*, 50, 36-43.
- 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, Issue 4*. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
- Lichenstein, E. (1982). The smoking problem: A behavioral perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 804-819.

- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guildford Press.
- Marlatt, G.A. y Donovan, D.M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guildford Press.
- McMahon, S.D. y Jason, L.A. (1998). Stress and coping in smoking cessation: A longitudinal examination. *Anxiety, Stress, and Coping*, 11, 327-343.
- Parrott, A.C. (1999). Does cigarette smoking cause stress? *American Psychologist*, 54, 817-820.
- Patton, G.C., Carlin, J.B., Coffey, C., Wolfe, R., Hibbert, M., Bowes, G. (1998). Depression, anxiety, and smoking initiation: A prospective study over 3 years. *American Journal of Public Health*, 88, 1518-1522.
- Pereiro, C., Becoña, E., Córdoba, R., Martínez, J. y Pinet, C. (2007). *Tabaquismo. Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica*. Palma de Mallorca. Socidrogalcohol.
- Piasecki, M. (2000). Smoking, nicotine, and mood. En M. Piasecki y P.A. Newhouse (Eds.). *Nicotine in psychiatry* (pp. 131-147). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Pomerleau, C.S. (1997). Co-factors for smoking and evolutionary psychobiology. *Addiction*, 92, 397-408.
- Ranney, L., Melvin, C., Lux, L., McClain, E. Y Lohr, K.N. (2006). Systematic review: Smoking cessation intervention strategies for adults and adults in special populations. *Annals of Internal Medicine*, 145, 845-856.
- Rigotti, N.A., Munafo, M.R., Murphy, M.F.G. y Stead, L.F. (2006). Intereventions for smoking cessation in hospitalized patients (Cochrane Review). En *The Cochrane Library, Issue 4*. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
- Salín-Pascual, R.J., Rosas, M., Jiménez-Genchi, A., Rivera-Meza, B.L. y Delgado-Parra, V. (1996). Antidepressant effect of transdermal nicotine patches in nonsmoking patients with major depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 387-389.
- 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 Salud Carlos III.
- Shiffman, S., Kassel, J., Gwaltney, V.A. y Song, Y.S. (2005). Relapse prevention for smoking. En G.A. Marlatt y D.M. Donovan (Eds.), *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp. 92-129). Nueva York: Guildford Press.
- Shiffman, S., Read, L., Maltese, J., Rapkin, D. y Jarvik, M.E. (1985). Preventing relapse in exsmokers. A self-management approach. En G.A. Marlatt y J.R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp. 472-520). Nueva York: Guildford Press.
- Shiffman, S., Hickcox, M., Paty, J.A. Gnys, M., Kassel, J.D. y Richards, T.J. (1996). Progression from a smoking lapse to relapse: Prediction from abstinence violation effects nicotine dependence, and lapse characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 993-1002.
- Stead, L.F. y Lancaster, T. (2006). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). En *The Cochrane Library, Issue 4*. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
- 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 (Supl. 1), 78-86.
- USDHHS (1991). *Strategies to control tobacco use in the United States: A blueprint for public health action in the 1990s*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- USDHHS (2000). *Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

Ficha 1.

EJEMPLO DE UN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EFICAZ: *EL PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR*

En los últimos 25 años nos hemos centrado en desarrollar, evaluar y diseminar tratamientos psicológicos eficaces para dejar de fumar. En este periodo de tiempo hemos evaluado distintas técnicas de tratamiento psicológico en todo tipo de personas fumadoras. Esto nos ha permitido ir delimitando un adecuado programa de tratamiento con el que se obtiene un buen nivel de eficacia a corto y a largo plazo. Bajo la denominación de *Programa para dejar de fumar* hemos desarrollado un tratamiento psicológico conductual multicomponente, cuyo primer manual de tratamiento publicamos en 1993 y su última versión en 2007 (Becoña, 2007).

El tratamiento psicológico *Programa para dejar de fumar* (Becoña, 1993, 2007), se compone de los elementos siguientes: 1) contrato de tratamiento; 2) autorregistro y representación gráfica del consumo de cigarrillos; 3) información sobre el tabaco; 4) técnica de desvanecimiento: reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán; 5) técnica de control de estímulos; 6) actividades para no padecer los síntomas del síndrome de la abstinencia de la nicotina; 7) feedback fisiológico del consumo de cigarrillos (monóxido de carbono en el aire espirado); y, 8) estrategias de prevención de la recaída (entrenamiento en aserción, entrenamiento en solución de problemas, cambio de creencias erróneas, manejo de la ansiedad y de la ira, ejercicio físico, control peso y autorreforzamiento).

Las ventajas de este tratamiento psicológico conductual multicomponente es que incluye técnicas de tratamiento psicológico efectivas, aborda los componentes fisiológicos, psicológicos y sociales de la adicción al tabaco, es aplicable en 6 sesiones de 1 hora 1 vez por semana, puede utilizarse en formato de tratamiento individual, grupal y autoayuda, es aplicable a todo tipo de fumador, no tiene efectos secundarios, es fácil de seguir por el fumador por la racionalidad de sus componentes, es un programa adaptado a nuestro medio y, sobre todo, tiene un buen coste-efectividad en tratamientos clínicos y comunitarios, de los mejores, y mucho mejor que los tratamientos farmacológicos o combinados. El éxito de este tratamiento se ha visto reflejado en que en nuestra Unidad de Tabaquismo de la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela, han llevado a cabo alguno de nuestros tratamientos ya casi 10.000 fumadores. Aparte, los manuales de tratamiento han sido seguidos por otros 15.000 fumadores hasta ahora. Al ser un tratamiento manualizado reúne todos los requisitos de calidad (manual de tratamiento, manual técnico, evaluación, etc.) y éste es sin duda el tratamiento psicológico para dejar de fumar mejor evaluado en España. En toda una serie de estudios de comparación entre grupos de control, hemos encontrado un buen nivel de eficacia con el mismo, del 60-90% al final del tratamiento en distintos estudios y contextos, y del 30-50% de abstinencia al año de seguimiento. El mismo ha sido aplicado en la Unidad de Tabaquismo de la Universidad de Santiago de Compostela, en empresas, en hospitales públicos y en tratamientos para fumadores ofrecidos por ayuntamientos. En todos los casos el resultado ha sido semejante a corto y a largo plazo (Becoña y Gómez-Durán, 1993; Becoña y García, 1993; Becoña y Vázquez, 1997; García y Becoña, 2000). En formato de autoayuda los resultados son algo inferiores a los del formato clínico pero excelentes para este tipo de intervención (ej., Becoña y Vázquez, 2001; Míguez y Becoña, 2007; Míguez, Vázquez y Becoña, 2002), con un 20-30% de abstinencia al año de seguimiento. Este tratamiento está, además, disponible en forma de manual de tratamiento (Becoña, 2007). También se ha extendido su utilización en formato de autoayuda a través del correo postal (web: www.usc.es/pdf2001), acompañada por consejo telefónico.

Este tratamiento aparece resumido en la tabla 1. Se puede llevar a cabo en formato individual o en grupo, en formato de autoayuda o clínico y en distintos contextos. Su versatilidad lo hace muy útil para el clínico y su eficacia un punto de referencia para la selección como tratamiento psicológico para los fumadores. Además, es un procedimiento atractivo para los fumadores, para todo tipo de fumadores incluyendo a los jóvenes. Una ventaja adicional de este tratamiento, en formato de autoayuda, es que puede ser seguido por el propio fumador.

Tabla 1
Esquema de las tareas a realizar en el *Programa para dejar de fumar*

UNIDAD 1 (1ª semana)

1. Indicar las razones para dejar de fumar actualmente.
2. Lectura de "Aspectos generales del tabaco" y de "Tabaco o salud".
3. Hacer una lista de las razones a favor y en contra de fumar cigarrillos actualmente.
4. Indicar los antecedentes y consecuentes de la conducta de fumar.
5. Realizar los registros y la representación gráfica del consumo de cigarrillos.
6. Comunicar a otras personas de su entorno que va a dejar de fumar en los próximos 30 días.
7. Cambiar de marca de cigarrillos (un 30% menos de nicotina que la actual).
8. Aplicar las siguientes reglas para reducir el consumo de cigarrillos:
 - 8.1. Fumar un tercio menos de cigarrillo.
 - 8.2. No aceptar ofrecimientos de cigarrillos.
 - 8.3. Reducir la profundidad de la inhalación.
 - 8.4. Llevar el cigarrillo a la boca sólo para fumarlo.

UNIDAD 2 (2ª semana)

1. Realizar los registros y la representación gráfica del consumo de cigarrillos.
2. Aumentar la parte del cigarrillo sin fumar.
3. No aceptar ofrecimientos de cigarrillos.
4. Cambiar de marca de cigarrillos (un 60% menos de nicotina que los que se fumaban al principio) o reducir el consumo de los mismos (un 30% menos que en la semana anterior).
5. Si fuma antes de desayunar o después de levantarse retrasar ese cigarrillo por lo menos 15 minutos.
6. Indicar los antecedentes y consecuentes más importantes de su conducta de fumar en la semana anterior.
7. Seleccionar tres situaciones en las que dejará de fumar.
8. Analizar las reacciones que produjo el comunicarle a otras personas que dejará de fumar en los próximos 30 días.
9. Actividades a realizar para no tener ningún problema en la reducción del consumo de cigarrillos.
10. Ejercicios de respiración profunda

UNIDAD 3 (3ª semana)

1. Realización de los registros y de la representación gráfica del consumo de cigarrillos.
2. Fumar como máximo la mitad de cada cigarrillo.
3. No aceptar ofrecimientos de cigarrillos.
4. Retrasar un mínimo de 30 minutos el cigarrillo de después de levantarse o desayunar.
5. (Si aún no lo hizo) Retrasar un mínimo de 15 minutos los cigarrillos de después de comer, del café y de la cena.
6. Cambiar de marca (un 90% menos que el que fumaba al principio) o reducir el número de cigarrillos fumados (un 30% menos que en la semana anterior).
7. Indicar los antecedentes y consecuentes más importantes de su conducta de fumar en la semana anterior.
8. Indicar las situaciones en que dejará de fumar.
9. Reacciones que produjo en la presente semana el conocimiento de que va a dejar de fumar.
10. Indicar sus reacciones ante los hechos relacionados con el tabaco que vio en los medios de comunicación.
11. Seleccionar actividades para controlar la reducción del consumo de cigarrillos sin problemas.
12. Continuar haciendo los ejercicios de respiración profunda
13. Analizar como come y si precisa controlar su forma de comer
14. Comenzar a hacer ejercicio físico. Comenzar a planificarlo en esta semana

UNIDAD 4 (4ª semana)

1. Realización de los autorregistros y de la representación gráfica del consumo de cigarrillos.
2. Fumar como máximo la mitad del cigarrillo.
3. No aceptar ofrecimientos de cigarrillos.
4. Retrasar un mínimo de 45 minutos el cigarrillo de después de levantarse o de después del desayuno.
5. Retrasar un mínimo de 30 minutos los cigarrillos de después de comer, del café o después de cenar.
6. Indicar los antecedentes y consecuentes más importantes de la última semana.
7. Indicar las situaciones en donde ya no va a fumar ningún cigarrillo.
8. Reducir en esta semana el número de cigarrillos día a día de modo que al final de la misma ya no fume ninguno.
9. Cuando tenga una tentación o impulso a fumar analícelos y vea como desaparecen en escasos segundos sin tener que encender un cigarrillo.
10. Reflexionar sobre la distinción entre caída y recaída y analizar las creencias sobre esta cuestión.
11. Identificar las posibles situaciones de ansiedad, estrés, agresividad e ira y poner en práctica el modo de controlarlas
12. Hacer los ejercicios de solución de problemas tanto para los problemas que pueda tener actualmente como para otros que le puedan surgir

UNIDAD 5 (5ª y 6ª semana)

1. Revisión de las tareas de la semana anterior
2. Análisis de las dificultades que hayan surgido
3. Abstinencia total del tabaco.
4. Beneficios que nota al dejar de fumar.
5. Sensaciones que puede notar en esta semana sin tabaco.
6. Creencias erróneas sobre el tabaco.
7. La vida futura como no fumador.

Adaptado de Becoña (2007).

Referencias

- Becoña, E. (1993). *Programa para dejar de fumar*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela (2ª y 3ª ed. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, 4ª ed., Sevilla: Comisionado para la Droga).
- Becoña, E. (2007). *Programa para dejar de fumar*. Vigo: Nova Galicia Edicións.
- 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. (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 Vázquez, F.L. (1997). Does using relapse prevention increase the efficacy of a program for smoking cessation?: An empirical study. *Psychological Reports*, 81, 291-296.
- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (2001). Effectiveness of personalized written feedback through a mail intervention for smoking cessation: A randomized-controlled trial in spanish smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 33-40.
- 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
- Míguez, M.C. y Becoña, E. (2007). Evaluating the effectiveness of a single telephone contact as an adjunct to a self-help intervention for smoking cessation in a randomized controlled trial. *Nicotine and Tobacco Research*, 10, 129-135.
- Míguez, M.C., Vázquez, F.L. y Becoña, E. (2002). Effectiveness of telephone contact as an adjunct to a self-help program for smoking cessation. A randomized controlled trial in Spanish smokers. *Addictive Behaviors*, 27, 139-144.

Ficha 2.

LA PREVENCIÓN DE LA RECAÍDA

Aunque dejar de fumar es algo muy importante, dejando de fumar el fumador no ha finalizado todo el proceso de abandono definitivo, o abstinencia, de los cigarrillos. Queda otro paso igual de importante o aún más importante: el mantenimiento de la abstinencia. O, lo que es lo mismo, la prevención de la recaída, elemento esencial del tratamiento y del mantenimiento.

Para el mantenimiento de la abstinencia o prevención de la recaída hay dos estrategias básicas que se pueden utilizar. La primera es incrementar el apoyo social. La segunda es entrenar al fumador, a lo largo del tratamiento cuando aun fuma o, cuando ya ha dejado de fumar, en estrategias de prevención de la recaída. Hay clara evidencia de que aumentar el apoyo social es un elemento predictor de la mayor abstinencia a largo plazo. Si el tratamiento se hace en grupo debemos potenciar el apoyo social dentro del mismo. Fuera del mismo debe buscar apoyo en las personas más cercanas, como esposo/a, amigos/as, compañeros/as, otros familiares, etc., que le animen y refuercen en su abstinencia y que no le tienten para que vuelva a fumar. Rodearse de un adecuado ambiente, a poder ser libre de humo, sin cigarrillos a mano, facilita mantenerse abstinentes y no recaer o retrasar el volver a fumar.

En la prevención de recaídas se pueden distinguir procedimientos generales y específicos de intervención (Marlatt y Gordon, 1985; Marlatt y Donovan, 2005). Las principales estrategias de intervención pueden clasificarse en tres categorías: 1) entrenamiento en destrezas (respuestas de afrontamiento con situaciones de alto riesgo, tanto cognitivas como comportamentales); 2) procedimientos de cogniciones alternativas; y, 3) estrategias de intervención en el estilo de vida (ej., relajación y ejercicio físico). Entre las estrategias de intervención específicas las más habituales son el auto-registro, la observación directa, escalas de autoeficacia, descripciones de recaídas pasadas o fantasías de recaída, entrenamiento en relajación y procedimientos de manejo de estrés y la matriz de decisión.

De modo más técnico se han desarrollado tratamientos específicos de entrenamiento en habilidades y de prevención de la recaída, como son el entrenamiento en estrategias de afrontamiento, en solución de problemas, manejo del estrés y del afecto negativo, control del peso, etc. Sabemos que las causas fundamentales de la recaída en nuestros fumadores son tres: los estados emocionales negativos (ira, frustración, ansiedad, depresión, etc.), la presión social al consumo (invitaciones, tentarle, etc.) y los estados emocionales positivos en situaciones interpersonales (ej., en una fiesta donde lo está pasando muy bien) (Becoña, 2004). Estos estados además se producen en algunos casos relacionados con el incremento de peso (que lleva a un estado emocional negativo), con el consumo excesivo de alcohol (con mayor probabilidad de pérdida de control en una situación como una fiesta) y con el mantenimiento a lo largo del tiempo del síndrome de abstinencia de la nicotina (lo que incrementa el estado emocional negativo). Por ello, las estrategias de mantenimiento tienen que orientarse hacia estos aspectos. A la persona se le puede entrenar en detectar las situaciones potencialmente peligrosas para recaer, que distinga la caída (un simple evento) de la recaída (volver a su consumo anterior), que pueda contactar con alguien o pedir ayuda ante los primeros consumos (amigo, otro ex-fumador, teléfono de autoayuda), entrenarlo en cómo resolver problemas (técnica de solución de problemas), entrenarlo en cómo afrontar situaciones (técnicas autoinstruccionales), entrenamiento en manejo del estrés (entrenamiento en relajación), entrenamiento en manejo del humor (terapia cognitiva), aparte de entrenarlo en cómo controlar el peso si ha engordado más de lo previsto, especialmente en mujeres, ofrecerle tratamiento farmacológico si tiene un alto síndrome de abstinencia de la nicotina, etc.

Todas las situaciones anteriores son importantes en unos u otros fumadores. Por ello, es de gran importancia detectar en cada concreto fumador las situaciones de alto riesgo, como se encuentra, entre otras cuando sale a cenar, cuando consume alcohol abusivamente, cuando va al partido de fútbol con sus amigos, cuando tiene discusiones con su marido, etc. Estas situaciones pueden detectarse a lo largo del tratamiento pero también a lo largo del seguimiento, una vez que ya ha dejado de fumar. De ahí la relevancia de seguir manteniendo contacto con el ex-fumador y hacer periódicas visitas de seguimiento para que mantenga la abstinencia o le ayudemos a no recaer. Tener

en cuenta cuestiones de comorbilidad, que ya comentamos anteriormente, en el tratamiento y en el seguimiento, puede ser de gran importancia para evitar en muchos ex-fumadores la recaída.

Al haberse introducido tratamientos farmacológicos eficaces en los últimos años, las estrategias de solución de problemas y el entrenamiento en habilidades han cobrado una gran relevancia como elementos de un programa de prevención de la recaída. Con el tratamiento farmacológico el fumador deja de fumar. Con el entrenamiento adicional consigue mantenerse abstinentes. En los próximos años se desarrollarán más este tipo de estrategias terapéuticas. Sin embargo, no siempre siguen un procedimiento psicológico sino que en estos casos el abordaje suele ser médico biológico o dentro de un modelo médico biológico.

En las tablas 1 a 3, indicamos los componentes mínimos que tiene que tener cualquier estrategia de prevención de la recaída, elementos que suelen tener los procedimientos de prevención de la recaída y las estrategias de consejo práctico basado en el entrenamiento en habilidades de solución de problemas.

Tabla 1 Componentes de las intervenciones mínimas de prevención de la recaída
<ol style="list-style-type: none"> 1. Todo fumador que recibe prevención de la recaída debe recibir felicitaciones, ánimos y una clara manifestación de interés por parte del clínico para que permanezca abstinentes. 2. El clínico debe animar a los pacientes a una discusión activa sobre los temas que suelen preocuparles. Se le deben hacer preguntas abiertas diseñadas para así poder iniciar la solución de los distintos problemas que se le vayan presentando al paciente (ej., ¿cómo te ha ayudado el dejar de fumar? Los temas más relevantes son del tipo: <ul style="list-style-type: none"> - Los beneficios de dejar de fumar, incluyendo los potenciales beneficios para la salud que el paciente puede obtener al dejar de fumar. - Cuando ha tenido previos episodios exitosos en los que haya dejado de fumar (duración de la abstinencia, reducción del síndrome de abstinencia, etc.). - Los problemas que van surgiendo o los que se prevén que puedan surgir a lo largo del mantenimiento de la abstinencia (ej., depresión, aumento de peso). - Los temores para mantener la abstinencia (ej., sentido de incapacidad, baja autoestima, nivel de dependencia de la nicotina). 3. Volver de nuevo a aplicarle consejo para dejar de fumar o un tratamiento más intensivo para que pueda conseguir de nuevo la abstinencia, teniendo una especial atención al proceso de recaída y a que aprenda del proceso previo de recaída por el que ha pasado.
Adaptado y ampliado a partir de Marlatt y Gordon (1985) y Fiore et al. (1996).

Tabla 2 Estrategias de prevención de recaída
<ul style="list-style-type: none"> - Evitar situaciones de riesgo (especialmente durante las primeras semanas) - Escape (abandonar la situación de riesgo) - Distracción <ul style="list-style-type: none"> - Estrategias cognitivas <ul style="list-style-type: none"> - Imaginación (asociar fumar con consecuencias aversivas del tabaco) - Reestructuración cognitiva (cambio de percepción de la situación) - Autoinstrucciones (darse a uno mismo instrucciones para mantenerse abstinentes) <ul style="list-style-type: none"> - Estrategias comportamentales <ul style="list-style-type: none"> - Relajación - Actividad física, ejercicio - Comportamientos alternativos más adecuados (ej., beber un vaso de agua o de zumo, mascar chicle sin azúcar, dar un paseo, llamar a un amigo/a por teléfono, etc) - Habilidades asertivas (rehusar cigarrillos, solicitar apoyo durante una crisis, etc.) - Retrasar el deseo de fumar - Recordar caídas o recaídas que se hayan tenido en el pasado

Tabla 3 Estrategias de consejo práctico basado en el entrenamiento en habilidades de solución de problemas	
Estrategias de consejo práctico	Ejemplos
Reconocer situaciones de peligro: Identifica eventos, estados internos o actividades que incrementan el riesgo de fumar o recaer	<ul style="list-style-type: none"> - Afecto negativo - Estar al lado de otros fumadores - Tomar bebidas alcohólicas - Experimentar urgencias a fumar - Estar agobiado
Desarrollar habilidades de afrontamiento: Identificar y practicar habilidades de afrontamiento o de solución de problemas. Típicamente, estas habilidades se proponen para afrontar situaciones de peligro	<ul style="list-style-type: none"> - Aprender a anticipar y a evitar la tentación de fumar - Aprender estrategias cognitivas para disminuir el estado de ánimo negativo - Llevar a cabo cambio en el estilo de vida que reduzcan el estrés, mejoren la calidad de vida o resulten gratificantes - Aprender actividades cognitivas y conductuales para afrontar las urgencias de fumar (ej. distracción de la atención)
Proporcionar información básica acerca de fumar y de cómo dejar exitosamente de fumar	<ul style="list-style-type: none"> - El hecho de fumar algo (aunque solo sea una calada) incrementa la probabilidad de una recaída total - El síndrome de abstinencia suele descender a las 1-3 semanas después de dejar de fumar - Los síntomas de abstinencia incluyen el estado de ánimo negativo, urgencias a fumar y dificultad en concentrarse - La naturaleza adictiva de fumar
<i>Fuente:</i> Fiore et al. (2000)	

Referencias

- Becoña, E. (2004). *Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar*. Palma de Mallorca: Socidrogalcohol.
- Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J., Dorfman, S.F., Goldstein, M.G., Gritz, E.R., Heyman, R.B., Holbrook, J., Jaén, C.R., Kottke, T.E., Lando, H.A., Mecklenburg, R.E., Mullen, P.D., Nett, L.M., Robinson, L., Stitzer, M.L., Tommasello, A.C., Villejo, L. y Wewers, M.E. (1996). *Clinical Practice Guideline # 18 Smoking Cessation*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research.
- Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J., Dorfman, S.F., Goldstein, M.G., Gritz, E.R., Heyman, R.B., Jaén, C.R., Kottke, T.E., Lando, H.A., Mecklenburg, R.E., Mullen, P.D., Nett, L.M., Robinson, L., Stitzer, M.L., Tommasello, A.C., Villejo, L., Wewers, M.E., Baker, T., Fox, B.J. Y Hasselblad, V. (2000). *Treating tobacco use and dependence*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guildford Press.
- Marlatt, G.A. y Donovan, D.M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guildford Press.