

## TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA ADICCIÓN AL TABACO 2ª Edición actualizada

ELISARDO BECOÑA

Universidad de Santiago de Compostela

Facultad de Psicología

Unidad de Tabaquismo y Trastornos Adictivos



Curso válido para solicitar ser reconocido como miembro titular  
de la División de Psicología clínica y de la salud y  
División de Psicoterapia

FORMACIÓN  
*continuada a distancia*



## Contenido

DOCUMENTO BASE .....	3
Tratamiento psicológico de la adicción al tabaco	
FICHA 1 .....	14
Ejemplo de un tratamiento psicológico eficaz: El programa para dejar de fumar	
FICHA 2 .....	17
La prevención de la recaída	

# Documento base.

## Tratamiento psicológico de la adicción al tabaco

### LA ADICCIÓN AL TABACO

Fumar está asociado con la producción de 35 enfermedades (Doll et al., 2004) y es la primera causa evitable de mortalidad y morbilidad (WHO, 2009; USDHHS, 2014). Fumar es responsable de la producción de 5.000.000 de muertes anuales en el mundo, cifra que podría duplicarse en el año 2030 (WHO, 2009). En España, la mortalidad atribuible al consumo de tabaco es muy elevada, de 58.573 muertes anuales (45.028 varones, 13.545 mujeres), un 16.15% de todos los fallecimientos (Hernández-García, Sáenz-González y González-Celador, 2010). Las patologías que más se relacionan con la mortalidad en fumadores son la EPOC, junto con el cáncer de pulmón y las enfermedades cardiovasculares. En el año 2012 las muertes por cáncer de pulmón en España fueron en total 20.327 (17.605 V y 2.722 M). Pero además, fumar complica el tratamiento de la diabetes, influye en el sistema inmunitario y en la inflamación sistémica e incide en distintos problemas reproductivos. Con respecto a esto último, recientemente han cobrado un notable interés las enfermedades reproductivas que produce fumar y las consecuencias que tiene en los recién nacidos. El consumo de tabaco durante el embarazo produce efectos perjudiciales en el feto, como retardo intrauterino, ruptura prematura de las membranas, placenta previa, abortos espontáneos, períodos de gestación cortos, bajo peso al nacer, incremento en la mortalidad infantil por síndrome de muerte infantil súbita y por síndrome de distrés respiratorio y retardo en el desarrollo psicológico, emocional y físico del niño (Nerín y Jané, 2007; U.S.D.H.H.S., 2014).

El tabaco explica hoy el 27% de todas las muertes en varones y un 6% de las muertes de mujeres en Europa (Martín-Moreno, Soerjomataram y Magnusson, 2008). La cruda realidad es que fumar constituye hoy en día uno de los mayores problemas sanitarios. Por todo ello, es nuestra obligación aconsejar y ayudar a todo fumador a dejar de fumar. Los beneficios son claros dado que la vida se acorta 11 años de media en las mujeres y 12 en los hombres que fuman (Jha et al., 2013). Todo lo anterior justifica la necesidad de que las personas dejen de fumar y la obligación que tenemos los psicólogos, como el resto de los profesionales sanitarios, de intervenir en las personas que fuman para que dejen de fumar, aparte de que tenemos tratamientos efectivos para hacerlo.

La nicotina es la droga que contiene el tabaco. Los efectos psicofarmacológicos de la nicotina se deben a su poder altamente reforzante, tanto a través del refuerzo positivo (placer, satisfacción, etc.) como del refuerzo negativo para la evitación de los síntomas del síndrome de abstinencia. Entre los factores que contribuyen al reforzamiento positivo se encuentran: mejora de la concentración, del estado de ánimo, disminución de la ira y el peso, efecto en el cerebro casi inmediatamente después de la inhalación, capacidad de modular la cantidad que se necesita con la profundidad de las caladas y es una conducta que se repite continuamente a lo largo del día y que se asocia a distintas señales que dan lugar a la repetición de la conducta por condicionamiento (Becoña, 2004).

### TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA DEPENDENCIA DEL TABACO

En torno a los años 60 del s. XX, junto con la aparición de las técnicas psicológicas de modificación de conducta, surgieron los primeros tratamientos psicológicos para dejar de fumar. Desde ese momento 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.

Las técnicas aversivas fueron las primeras que se emplearon (ej., fumar rápido, retener el humo, saciación, etc.), seguidas o complementadas posteriormente por otras como la autoobservación, la relajación, el control de estímulos, el desvanecimiento, fumar controlado, manejo de contingencias, desensibilización imaginada, terapia de estimulación ambiental restringida, contratos de contingencias, técnicas de autocontrol, paquetes de tratamiento, programas de prevención de la recaída, etc. (Abrams et al., 2003; Becoña, 2006, 2010; Fiore et al., 2008; Hartmann-Boyce et al., 2013; Schlam y Baker, 2013).

A pesar de todo esto, no debemos olvidar que la mayoría de los fumadores intentan dejar su dependencia del tabaco por ellos mismos, sin acudir a un tratamiento. Es por ello, que las personas que demandan tratamiento para dejar de fumar suelen tener más dependencia de la nicotina y una mayor comorbilidad psiquiátrica, lo que lleva a que sean pacientes más difíciles de tratar y que les cueste más dejar de fumar (Fiore et al., 2008; Royal College of Physicians, 2013). Por eso el tratamiento de la dependencia del tabaco, al igual que el tratamiento de otras dependencias, ha de pasar por una serie de fases (Becoña, 2010). Siguiendo la propuesta de Baker et al. (2011) y Collins et al. (2011), éstas serán las de: preparación para el cambio, preabandono, deshabituación psicológica y la prevención de recaída o mantenimiento. Por tanto, desde hace décadas, el tratamiento de los fumadores pasa por una fase de preparación para el cambio seguida por otra de pre-abandono en las que son centrales incrementar la motivación para el cambio y que la persona decida que tiene que dejar de fumar; una tercera fase de abandono, en la que se aplicarán técnicas psicológicas con eficacia demostrada y, finalmente, un entrenamiento en técnicas de prevención de la recaída para evitar que recaiga una vez que ha conseguido la abstinencia.

## LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS MULTICOMPONENTES Y LA MANUALIZACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS

En los años 80, ante la combinación de distintas técnicas conductuales y cognitivas para dejar de fumar, se empezó a denominar a los tratamientos para dejar de fumar como programas o tratamientos multimodales (Lichtenstein, 1982). Es lo que hoy conocemos como tratamientos protocolizados o manualizados, dado que a su vez los tratamientos psicológicos para dejar de fumar fueron de los primeros en estar en formato de manual de tratamiento (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000).

En los últimos años, el tratamiento psicológico de los fumadores va en paralelo al tratamiento de cualquier adicción (Becoña, 2016b; Becoña et al., 2011), dada la acumulación de conocimientos que se ha producido en la conducta de fumar como en el resto de las adicciones. La psicología es la ciencia que ha hecho aportaciones centrales para todos los aspectos del tratamiento, con técnicas específicas (motivacionales, de deshabituación psicológica y de prevención de la recaída).

En los últimos años, la fase de preparación para el cambio, donde se persigue un incremento de la motivación para dejar de fumar, ha cobrado una gran relevancia al surgir en los años 90 la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991). A partir de ella disponemos de un modelo para abordar adecuadamente esta primera fase, como podemos ver en los últimos desarrollos de la misma (Millar y Rollnick, 2013). El objetivo principal en la fase de preparación es motivar al fumador y que adquiera el compromiso de dejar de fumar. Para ello se han utilizado desde depósitos monetarios hasta contratos de contingencias. El fumador puede firmar un contrato (contrato de contingencia) y hace un depósito que irá recuperando según vaya cumpliendo lo pautado (ej., recupera el dinero contingentemente a su asistencia a las sesiones de tratamiento y seguimiento). También se utiliza revisar con el fumador las razones para dejar de fumar y los beneficios que obtendrá con el abandono de los cigarrillos. En esta fase el fumador también tiene que concienciarse y conocer lo más objetiva y exhaustivamente posible su conducta de fumar. Esto se puede conseguir registrando los cigarrillos que fuma y los antecedentes y consecuentes que siguen a esta conducta (técnica de autorregistro), así como representando en una gráfica su consumo. En esta fase también se fija la fecha en que el fumador va a dejar de fumar (ej., cuarta sesión), recomendándose en muchos casos no colocarla más allá de tres semanas, tiempo en la mayoría de los casos más que suficiente para que el fumador se prepare para dejar de fumar. Igualmente es en esta fase cuando hay que prepararle para dejar de fumar, enseñándole estrategias de automanejo (ej., relajación, identificar los estímulos que elicitaban su conducta de fumar, programar conductas alternativas para dejar de fumar, etc.).

En la fase de abandono se aplica una o más de las técnicas psicológicas que han demostrado ser eficaces en el abandono de los cigarrillos. Estas son las que hemos descrito anteriormente. Se ha utilizado una técnica que es eficaz aplicada sola (ej., reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán) o combinada con otras que han mostrado su utilidad, como técnica de control estimular, control del estrés, del estado de ánimo, etc. (Becoña, 2004, 2006). Como indica Fiore et al. (2008) en su guía, fruto de la investigación en el tratamiento psicológico, las técnicas de solución de problemas y el apoyo social vienen mostrando ser especialmente útiles para ayudar a las personas a dejar de fumar.

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). La prevención de recaídas exige al fumador adelantarse a las situaciones de riesgo y a tener respuestas elaboradas para enfrentarse a dichas situaciones. 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 en-

trenar a la persona en habilidades de afrontamiento para evitar los estímulos que eliciten el deseo de fumar, aprender a identificar y manejar situaciones de alto riesgo, afrontar adecuadamente las caídas. Cuando la persona no tenga apoyo suficiente para mantenerse abstinentemente 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 tratamientos psicológicos se podrían encuadrar en las técnicas de autocontrol.

## EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

La eficacia del tratamiento psicológico de los fumadores se ha demostrado de modo sistemático en los últimos 50 años. De modo breve comentaremos la guía de Fiore et al. (2008), la revisión de Hartman-Boyce et al. (2013), resumiendo las de la Cochrane Collaboration sobre los tratamientos existentes para dejar de fumar, y la guía de Siu, for the U. S. Preventive Service (2015) y Patnode et al. (2015) elaborada para el U.S. Preventive Service norteamericano.

La guía de Fiore et al. (2008) es una de las de referencia para conocer la eficacia del tratamiento de fumadores. Indica una odds ratio (OR) para el consejo conductual individual de 1.7 y para el grupal de 1.3. Aquí no indica que profesional es el que aplica el consejo, ya que en muchos casos no son psicólogos. Si aparece que a mayor tiempo de contacto mayor eficacia (OR=3.2 para 91-300 minutos, y OR=2.8 para más de 300 minutos), así como a mayor número de sesiones (OR=1.9 para 4-8 sesiones, y OR=2.3 para más de 8 sesiones). Dentro de las técnicas psicológicas muestran tener una OR superior a 1 las siguientes: reducción gradual de cigarrillos (OR=1.1), manejo del afecto negativo (OR=1.2), apoyo social durante el tratamiento (OR=1.3), apoyo social fuera del tratamiento (OR=1.5), entrenamiento en solución de problemas (OR=1.5), otros procedimientos aversivos (OR=1.7) y la técnica de fumar rápido (OR=2.0).

Como hemos insistido en distintas ocasiones (Becoña, 2003; 2010), en el campo del tratamiento de fumadores, y sobre todo por parte de profesionales ajenos a la psicología, se viene confundiendo sistemáticamente lo que es la aplicación de un tratamiento *en grupo* de lo que es un tratamiento *de grupo* o terapia de grupo. Desde hace años sabemos que la *terapia de grupo* es totalmente *ineficaz* para tratar a los fumadores. Lo que es *eficaz* es la aplicación grupal, o *tratamiento en grupo*, con técnicas psicológicas cognitivo-conductuales. La terapia grupal aparece en las guías como uno de los tratamientos más eficaces (RR = 1.98; Hartmann-Boyce et al., 2013).

También la guía de Fiore et al. (2008) indica que los procedimientos de autoayuda, todos basados en técnicas psicológicas, se han extendido ampliamente. No disponemos de otras técnicas más que las psicológicas para poner en práctica estos procedimientos de ayuda para que las personas puedan dejar de fumar. La ventaja de los mismos es que llegan a muchas personas, a bajo coste, y con un nivel de eficacia razonable, con OR de 1.2.

La revisión de Hartman-Boyce et al. (2013) destaca, dentro de los tratamientos farmacológicos, la terapia sustitutiva de la nicotina (TSN), bupropión y vareniclina, que han mostrado ser eficaces, habitualmente junto a consejo conductual como parte del mismo o al menos manejo clínico por parte del profesional sanitario que lo aplica, con RR entre 1.60 y 2.27). Pero varios, tienen importantes efectos secundarios. También destacaríamos que autoaplicados los fármacos son igual que el placebo (Pierce y Gilpin, 2002), ineficaces según distintos estudios, aunque no todos.

Dentro de las intervenciones conductuales para dejar de fumar destaca la terapia grupal, donde dejan el doble con la misma (RR = 1.98), el consejo individual (RR = 1.36), los procedimientos de autoayuda (RR = 1.45) y otros. Una limitación de estas revisiones es que no siempre indican quién es el profesional que ha aplicado estos tratamientos, ya que en muchos casos no son psicólogos.

TABLA 1 PRINCIPALES RESULTADOS DE LA COCHRANE COLLABORATION PARA LA TERAPIA CONDUCTUAL (HARTMAN-BOYCE ET AL., 2013)	
Comparación	Tamaño del efecto
<b>Terapias conductuales</b>	
Llamadas telefónicas proactivas adicionales a la línea de ayuda para dejar de fumar versus ninguna llamada adicional a la línea de ayuda	RR 1.37
Consejo telefónico versus no consejo telefónico	RR 1.29
Terapia grupal versus solo autoayuda	RR 1.98
Consejo individual versus control de mínimo contacto	RR 1.39
Intervenciones con teléfono móvil versus no intervención o intervención menos intensiva vía teléfono móvil	RR 1.71
Material de autoayuda versus no material	RR 1.45
Material de autoayuda basado en el estadio versus material de autoayuda estándar	RR 0.93
Consejo basado en el estadio versus consejo estándar	RR 1.00
Entrevista motivacional versus consejo breve/atención habitual	RR 1.27
Intervención de pareja versus intervención sin apoyo de la pareja	RR 0.99
<b>Combinación de terapia conductual y farmacoterapia</b>	
Incremento del apoyo conductual + farmacoterapia versus menos o no apoyo conductual + farmacoterapia	RR 1.16
Farmacoterapia + intervención conductual versus atención habitual/autoayuda/consejo breve	RR 1.82

La guía del U.S. Preventive Services (Siu, for the U.S. Preventive Services Task Force, 2015; Patnode et al., 2015) es la última guía relevante, elaborada con un alto nivel de meticulosidad y extensión, y para ese servicio norteamericano. La misma concluye claramente que las intervenciones conductuales aplicadas solas (apoyo y consejo conductual interpersonal, consejo telefónico y materiales de autoayuda) o combinados con la farmacoterapia aprobada para dejar de fumar mejoran significativamente los resultados del abandono del tabaco. En mujeres embarazadas, a las que dedican una atención especial, las intervenciones conductuales son el tratamiento de elección.

Destaca, a lo largo de la revisión, la conclusión de que hoy es del todo claro que las intervenciones conductuales para dejar de fumar, así como los fármacos aprobados para dejar de fumar, producen un claro beneficio cuando se utilizan, tanto en abandono del consumo de tabaco como en varios efectos beneficiosos para la salud.

## LA COMBINACIÓN DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO CON EL FARMACOLÓGICO

Dada la eficacia del tratamiento psicológico, es habitual, recomendable y a veces así lo sugieren las guías clínicas y la correcta administración de los fármacos, que se añada un tratamiento psicológico o un consejo conductual al tratamiento farmacológico (Ranney et al., 2006). Además, casi todos los ensayos clínicos con fármacos para dejar de fumar junto al fármaco incluyen técnicas de consejo derivadas de las psicológicas o mismo un tratamiento psicológico junto al fármaco. Esto ha llevado, erróneamente, a pensar a muchos clínicos, y a ser auspiciado por los laboratorios farmacéuticos, de que lo mejor para dejar de fumar es una combinación de fármaco y consejo/tratamiento conductual o psicológico (Becoña et al., 2014).

La evidencia de un gran número de estudios, incluso realizados en España, indican que no hay evidencia de que la combinación de un tratamiento psicológico para dejar de fumar y un fármaco “eficaz” para dejar de fumar mejore la eficacia de usar sólo el tratamiento psicológico (Secades, Díez y Fernández, 2009; García y Sanz, 2006, Fernández, García Vera y Sanz, 2014).

En el estudio de Secades-Villa et al. (2009) compararon la utilización de parche de nicotina añadido o no al consejo, autoayuda y tratamiento psicológico. Los resultados indicaron claramente que el parche de nicotina no añadía una mayor eficacia que usar sólo consejo (12 meses, 12.9% consejo; 12.5% consejo + parches), autoayuda (12 meses, autoayuda 27.6%, autoayuda + parches 30.9%) o tratamiento psicológico (12 meses, tratamiento psicológico 41.4%, tratamiento psicológico + parches 40.0%). En este último caso, como vemos, al año de seguimiento la eficacia era la misma, con solo utilizar el tratamiento psicológico o combinarlo con parches de nicotina (tabla 2).

En la misma línea que el estudio anterior, en el de Fernández, García-Vera y Sanz (2014) encuentran que los parches de nicotina no aportan nada a un tratamiento psicológico eficaz para dejar de fumar dado que no hay diferencias significativas de utilizar terapia cognitiva conductual intensiva o combinarla con parches de nicotina.

Consideramos que una parte de la confusión en este tema está en no diferenciar consejo conductual, que puede ser aplicado por múltiples profesionales, muchas veces no cualificados, con tratamiento psicológico que es aplicado con un psicólogo entrenado específicamente y profesionalmente para ello.

## LOS FACTORES COMUNES A LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFICACES PARA DEJAR DE FUMAR

Existe toda una serie de estudios llevados a cabo por Michie y sus colaboradores que han permitido conocer los factores comunes y eficaces que subyacen a los distintos tratamientos psicológicos para dejar de fumar. Estos autores encontraron que las técnicas conductuales se utilizaban sistemáticamente en el tratamiento de los fumadores (West, Evans y Michie, 2011), pero a pesar de ello no se sabía cual de ellas era más eficaz. Por ello, elaboraron una taxonomía de técnicas de cambio conductual empleadas en el apoyo conductual para dejar de fumar (Michie, Hyder, Waila y West, 2011). Para ello, seleccionaron manuales de tratamiento para dejar de fumar empleados en el Reino Unido y encontraron 44 técnicas conductuales (ej., proporcionar información sobre las consecuencias de fumar y dejar de fumar, aumentar la motivación y la autoeficacia, proporcionar refuerzos contingentes al dejar de fumar; fortalecer la identidad del exfumador, facilitar la identificación de barreras de solución de problemas, aconsejar sobre la reestructuración ambiental, etc.).

cas de cambio conductual empleadas en el apoyo conductual para dejar de fumar (Michie, Hyder, Waila y West, 2011). Para ello, seleccionaron manuales de tratamiento para dejar de fumar empleados en el Reino Unido y encontraron 44 técnicas conductuales (ej., proporcionar información sobre las consecuencias de fumar y dejar de fumar, aumentar la motivación y la autoeficacia, proporcionar refuerzos contingentes al dejar de fumar; fortalecer la identidad del exfumador, facilitar la identificación de barreras de solución de problemas, aconsejar sobre la reestructuración ambiental, etc.).

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 (TRAPSI)	79.3	51.7	41.4
TRAPSI + parches de nicotina	88.0	46.4	40.0

A partir de este estudio se llevaron a cabo investigaciones para analizar cuáles de estas técnicas se aplican en la realidad empleando grabaciones de audio y transcripciones de sesiones para dejar de fumar. De este modo, comprobaron que la mayoría de los componentes se usaban en un 88% de los casos mientras que este porcentaje descendía al 42% cuando el apoyo conductual se hacía por teléfono (Lorenatto, West, Bruguera y Michie, 2014). Además, existe una diferencia importante entre lo que los consejeros dicen que hacen y lo que realmente aplican; por ejemplo, el 81% señala que aplica estrategias de prevención de la recaída y afrontamiento cuando únicamente un 12% lo hace realmente (Lorenatto et al., 2014). También comprobaron en otro estudio que los consejeros (que eran habitualmente enfermeras, médicos de atención primaria y farmacéuticos) se adecuaban en el 66% a los contenidos de las técnicas de cambio conductual de los manuales de tratamiento que utilizaban, lo que significa que no aplicaban un tercio de los componentes (Lorenatto, West, Christopherson y Michie, 2013).

Lorenatto, West y Michie (2012) evaluaron también 7 intervenciones efectivas para dejar de fumar en mujeres embarazadas basados en las revisiones de la Cochrane Collaboration para analizar la taxonomía de 43 técnicas de cambio conductual (Michie et al, 2010). De las 7 intervenciones consiguieron los protocolos o manuales de tratamiento de sus autores. Aquí identificaron que 37 de las originales 43 técnicas de cambio conductual (el 86%) eran utilizadas al menos una vez dentro de los ensayos efectivos de apoyo conductual para mujeres embarazadas; y 11 de 43 (29.7%) en dos o más intervenciones, que era el criterio de resultado que utilizaron (ver tabla 3).

### NUEVOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

En los últimos años han surgido nuevos tratamientos psicológicos para el tratamiento de la dependencia del tabaco, como el manejo de contingencias con incentivos (Dunn, Saulsgiver y Sigmon, 2011), la terapia cognitivo-conductual basada en la afectividad (Haas, Muñoz, Humflet, Reus y Hall, 2004), la realidad virtual (García-Rodríguez et al., 2012), la terapia de exposición (Perkins, 2009), la terapia de activación conductual (MacPherson et al., 2010) y la terapia de aceptación y compromiso (Gifford et al., 2011; Hernández-López, Luciano, Bricker, Roales-Nieto y Montesinos, 2009). A continuación vamos a ver algunas de éstas.

La terapia de incentivos ha mostrado ser sumamente útil en el tratamiento de fumadores, incrementando claramente la abstinencia. Como un ejemplo, en el estudio de Secades-Villa et al. (2014), realizado en España, con un tratamiento psicológicos estándar lograron dejar de fumar el 59.2%, que subía al 95.3% en los que habían recibido ese tratamiento junto con terapia de incentivos. A los 6 meses de seguimiento estaban abstinentes el 28.6% del tratamiento estándar y un 51.2% con ese tratamiento y terapia de incentivos. Claramente, con la terapia de incentivos se puede lograr un alto nivel de eficacia.

Otra cuestión que cada vez coge más relevancia es el análisis de los problemas de estado de ánimo y su incidencia negativa en lograr dejar de fumar. De ahí, que también se vienen desarrollando terapias específicas para personas con depresión y que al mismo tiempo fuman. Por ejemplo, en el estudio de Rodríguez-Cano et al. (2016) la depresión, evaluada con el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), a lo largo de un seguimiento de 12 meses, incide negativamente en el proceso de abandono, al tiempo que los que están abstinentes a los 12 meses de seguimiento tienen un descenso en su sintomatología depresiva desde antes del tratamiento hasta los 12 meses. En cambio los grupos que no dejan de fumar o que recaen mantienen el mismo nivel de sintomatología depresiva. De ahí, la necesidad de lograr que dejen de fumar y se mantengan abstinentes, al menos 3 meses, tanto los que tienen alta como baja sintomatología depresiva. Por otra parte, meta-análisis como el de Histsman et al. (2013) sobre la relación entre depresión y dejar de fumar, concluyen que haber tenido depresión mayor en el pasado tiene un efecto negativo, aunque moderado, en la abstinencia en el consumo de tabaco. Aún así, también concluyen que aquellos fumadores que han tenido un episodio de depresión mayor en el pasado, pero no que han tenido un episodio reciente, son capaces de alcanzar la abstinencia en la misma medida que aquellos sin antecedentes depresivos.

**TABLA 3**  
**TÉCNICAS DE CAMBIO CONDUCTUAL IDENTIFICADAS EN DOS O MÁS ENSAYOS ALEATORIZADOS CONTROLADOS EFICACES PARA DEJAR DE FUMAR EN MUJERES EMBARAZADAS**

- ✓ Proporcionar refuerzos contingentes a dejar de fumar de manera exitosa
- ✓ Evaluación de CO en el aire espirado
- ✓ Facilitar el afrontamiento y la prevención de la recaída
- ✓ Proporcionar información sobre las creencias
- ✓ Facilitar la identificación de barreras y la solución de problemas
- ✓ Facilitar la planificación de la acción/identificación de los disparadores de la recaída
- ✓ Facilitar una revisión de los objetivos
- ✓ Evaluar la conducta de fumar actual y la pasada
- ✓ Evaluar la preparación y la capacidad de dejar de fumar
- ✓ Ofrecer/dirigir hacia materiales escritos adecuados
- ✓ Aconsejar sobre/facilitar el uso de apoyo social

Fuente: Lorenatto, West y Michie (2012).

Donde se están produciendo desarrollos continuos es en la utilización de tratamientos a través de procedimientos de autoayuda y de internet. Estos tienen un uso amplio, aunque son difíciles de evaluar. Pero hay buenos resultados en varios de ellos, al tiempo que es un buen sistema para sensibilizar a los fumadores para ir a un tratamiento más especializado si no logran dejar de fumar con un procedimiento de menor contacto como es éste.

En la revisión de Gaisbury y Blaszczynski (2011), sobre el uso de internet en el tratamiento de las adicciones, encontraron siete estudios para dejar de fumar, cuatro de ellos a través de una web y otros tres en llamadas de consejo telefónico simplemente con el uso de una web. En casi todos los estudios las personas lograban dejar de fumar más que el grupo de control, tanto a corto plazo como a largo plazo (6 meses de seguimiento). Estudios por nosotros realizados confirman esto (Míguez y Becoña, 2008).

### **CUANDO EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO ES EL DE ELECCIÓN PARA LOS FUMADORES**

Los tratamientos psicológicos se vienen utilizando con todo tipo de fumadores, ya que independientemente de su nivel de dependencia, sexo, edad, etc., funcionan (Becoña, 2010; Fiore et al., 2008; Patnode et al., 2015). Además, se han desarrollado y analizado intervenciones específicas para grupos concretos de fumadores, que destacan por su relevancia clínica, por sus características o cuando el tratamiento psicológico es el de elección.

Para mujeres fumadoras embarazadas el tratamiento de primera elección es el psicológico (Fiore et al., 2008, Le Foll et al., 2005; Patnode et al., 2015). Los tratamientos farmacológicos sólo deben utilizarse cuando fallan los anteriores o cuando los beneficios superan los riesgos. El tratamiento psicológico no tiene efectos secundarios; los fármacos para dejar de fumar hasta ahora comercializados tienen efectos secundarios que hacen que en muchos casos esté contraindicado en la mujer embarazada.

Lo mismo ocurre para jóvenes y adolescentes. Aunque son pocos los adolescentes que quieren dejar de fumar (Becoña, 2006), los que han acudido a tratamiento han conseguido dejar solo de fumar con los tratamientos cognitivo-conductuales (Mermelstein, 2003; Sussman et al., 2006). La utilización de fármacos (parches de nicotina) no incrementa la eficacia de aplicar solo el tratamiento conductual (ej., Stotts et al., 2003). En adolescentes el tratamiento más utilizado ha sido el entrenamiento en autocontrol, en habilidades de afrontamiento, en solución de problemas y en técnicas de incremento de la motivación para afrontar adecuadamente el síndrome de abstinencia.

En personas mayores en muchos casos la única alternativa para dejar de fumar es un tratamiento psicológico, dado el riesgo que puede tener en algunos de ellos consumir ciertos fármacos para dejar de fumar. En ellos se ha encontrado que el tratamiento psicológico es eficaz (Fiore et al., 2008), tanto a nivel ambulatorio como hospitalario. E, igualmente, en pacientes hospitalarios los tratamientos psicológicos son eficaces, aunque en muchos se usan en forma de consejo conductual o consejo sanitario por parte de otros profesionales. Los resultados indican que estas intervenciones son eficaces cuando el nivel de intervención es alto (intensidad 4 en la revisión de Rigotti et al., 2012), que ocurre en aquellos casos en los que se aplica consejo de tipo conductual, solo o combinado con otras estrategias, independientemente del tipo de enfermedad por la que están hospitalizados y donde el tratamiento psicológico parece ser especialmente eficaz en pacientes con enfermedad cardíaca coronaria, obteniendo Barth et al. (2006) en su metaanálisis una OR de 1.95 para las intervenciones psicológicas intensivas.

### **LA COMORBILIDAD**

Un grupo de gran interés actual es el de los pacientes psiquiátricos fumadores. A todo paciente psiquiátrico o con abuso y dependencia de sustancias se le debería recomendar que dejase de fumar (Ranney et al., 2006). A ellos podemos aplicarles los mismos tratamientos que a un fumador sin trastornos mentales. El proceso de dejar de fumar no interfiere con otros tratamientos que esté llevando a cabo. Además, muchas personas que demandan tratamientos para sus problemas o trastornos tienen más probabilidad de ser fumadores (Tiffany, Conklin, Shiffman y Clayton, 2004). Esto ha quedado claro en los países más desarrollados (como indica el estudio NESARC norteamericano), como igualmente ya ocurre en nuestro medio, especialmente para la depresión, trastornos de ansiedad, otros trastornos adictivos (dependencia del alcohol, cannabis, cocaína), trastorno de déficit de atención con hiperactividad, esquizofrenia, etc.

Hay un gran número de estudios que indican una importante relación entre fumar y depresión (ej., Luger, Suls y Wag, 2014), aparte de que sabemos que la nicotina tiene una clara función antidepresiva (Salín-Pascual et al., 1996). En los programas clínicos de un 30 a un 60% de las personas que acuden a dejar de fumar han tenido una historia previa de depresión mayor (Wilhelm, Wedgwood, Niven y Hay-Lambkin, 2006) lo que lleva a que tengan un peor pronóstico en el abandono del tabaco. Hughes (1998) ha sugerido que puede haber un elemento común que predis-

pone a ciertos individuos tanto para la depresión como para fumar, entre los que apunta la baja autoestima, baja habilidad asertiva, o alguna causa genética. En un estudio de Becoña et al. (2014) encuentra que la historia previa de depresión es la que explica el descenso en la eficacia de los tratamientos.

Algo semejante a lo indicado para la depresión ocurre con los trastornos de ansiedad. Por ejemplo, Johnson et al. (2000) evaluaron en una muestra representativa de jóvenes del estado de Nueva York la prevalencia de consumo de tabaco y de distintos trastornos mentales a los 16 años y, posteriormente, a los 22 años. 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 como agorafobia (OR de 6.79); trastorno de ansiedad generalizada (OR = 5.53), trastorno de pánico (OR = 15.58), no hallando relación para el trastorno de ansiedad social (OR = 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.

En la línea de lo anterior, los estudios encuentran consistentemente una relación entre fumar y tener mayor número de ataques de pánico (Moylan et al., 2012).

En la actualidad sabemos que fumar está relacionado con un peor estado de salud física pero también mental (Aubin et al., 2012). De hecho se ha señalado que las tasas de prevalencia de dependencia del tabaco son de dos a cuatro veces más elevadas en estos pacientes que en población general (Royal College of Physicians, 2013; Rütther et al., 2014) y que cuanto más grave es la condición psiquiátrica mayor es también el consumo de tabaco (Royal College of Physicians, 2013; Schroeder y Morris, 2010). Además, las personas con trastornos mentales fuman más y son más dependientes de la nicotina. De hecho, en un estudio realizado en Estados Unidos, a pesar de que aproximadamente un 22% de la población tiene un trastorno mental, éstos consumen el 44% del tabaco que se vende (Schroeder y Morris, 2010). Es decir, el doble.

La alta incidencia del consumo de tabaco en pacientes con trastornos mentales podría deberse a una mejora en la cognición y el estado de ánimo gracias a la nicotina (Aubin et al., 2012). También se ha indicado que los pacientes psiquiátricos podrían emplear el tabaco para hacer frente al trastorno o al craving generado por el propio tabaco, por placer, por aburrimiento y para aliviar el estrés (Aubin et al., 2012; Thornton et al., 2012). Otra hipótesis que sostiene que las personas con trastornos mentales fuman para automedicarse, es decir, para mejorar o aliviar los síntomas causados por su trastorno o los efectos secundarios de la medicación. Sin embargo, los síntomas de los trastornos mentales pueden ser confundidos por los del síndrome de abstinencia del tabaco, por lo que resultaría en una falsa atribución al alivio de los efectos de los trastornos mentales (Royal College of Physicians, 2013).

## CONCLUSIÓN

Por lo visto hasta aquí es indudable la eficacia que tiene el tratamiento psicológico en conseguir que las personas que fuman dejen de fumar. A pesar de ello, lo cierto es que muchos fumadores dejan de fumar por ellos mismos, otros prefieren procedimientos “mágicos” o “sencillos”, aunque sean ineficaces, y tenemos además la publicidad omnipresente de distintos fármacos para dejar de fumar, que autoaplicados pueden ser igual de eficaces que el placebo, como indica el estudio en California de Pierce y Gilpin (2002).

Desde hace años (ver Becoña, 2003, 2016; Becoña et al., 2014), venimos insistiendo en que existen toda una serie de barreras que impiden la completa implantación del tratamiento psicológico para el tratamiento de los fumadores, como son: 1) la situación de la psicología clínica dentro del sistema sanitario, 2) la no publicitación de los tratamientos psicológicos efectivos para los distintos trastornos; 3) la publicitación, a veces sesgada, de la eficacia de la terapia farmacológica, 4) el interés de la industria farmacéutica por comercializar sus productos, sin considerar la existencia de otros tratamientos alternativos igual o más eficaces; y 5) el deseo de los fumadores de dejar de fumar con el mínimo esfuerzo. También, ha existido una labor continua, persistente e interesada, y a veces poco ética, de confusión y descafeinamiento de los tratamientos psicológicos eficaces, por parte de otros profesionales. Nos referimos al uso de palabras como “apoyo psicológico”, para justificar el uso de cualquier procedimiento psicológico por otros profesionales, u otros términos confusos como soporte psicológico, estrategias conductuales, intervención psicosocial, etc. También, estamos asistiendo al intento de convertir la dependencia del tabaco en una enfermedad cerebral (Becoña, 2016a), cara a reducir su tratamiento a la mera toma de un fármaco para dicha enfermedad.

Pero, de un modo u otro, los psicólogos tenemos un papel clave en este tema, en el que se gasta no menos del 15% del total del gasto sanitario (unos 15.000 millones de euros cada año). Y, nuestra experiencia acumulada como profesión desde hace más de 50 años aportando tratamientos eficaces para los fumadores es clara. Esto lo vemos en el nivel de satisfacción de nuestros pacientes y usuarios, sobre todo al haberse incrementado la comorbilidad, y ser en muchos casos necesario aplicar un tratamiento psicológico en paralelo para los distintos problemas asociados. Aparte, los pacientes saben cada vez más que el tratamiento psicológico es eficaz (ej., depresión, ansiedad, estrés, etc.) o de gran ayuda (trastorno bipolar esquizofrenia, etc.).

En nuestra consideración (Becoña et al., 2014) son varios los pasos que hay que dar para potenciar los tratamientos psicológicos en los fumadores: 1) Dar a conocer que el tratamiento psicológico para dejar de fumar es un tratamiento eficaz, racional y barato. 2) Publicitar más nuestro trabajo, nuestros resultados, ya que la “competencia” de la industria farmacéutica lo hace a diario. De ahí que sea preciso difundir más lo que hacemos, los resultados que obtenemos y el intenso trabajo que se realiza con los fumadores. Y, 3) insistir con que el tratamiento psicológico es muy potente, resuelve los problemas de las personas, hace que éstas reduzcan su sufrimiento y, en el caso del tabaco, dejar de fumar hace que su calidad de vida se incremente considerablemente.

## 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 Press.
- Aubin, H. J., Rollema, H., Svensson, T. H. y Winterer, G. (2012). Smoking, quitting, and psychiatric disease: A review. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 36, 271-284.
- Baker, T. B., Mermelstein, R., Collins, L. M., Piper, M. E., Jorenby, D. E., Smith, S. S., Fiore, M. C. (2011). New methods for tobacco dependence treatment research. *Annals of Behavioral Medicine*, 41, 192-207.
- Barth, J., Critchley, J. y Bengel, J. (2006). Efficacy of psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis *Annals of Behavioral Medicine*, 32, 10-20.
- Becoña, E. (2003). El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. *Papeles del Psicólogo*, 85, 48-69.
- Becoña, E. (2004). *Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar*. Socidrogalcohol: Valencia.
- Becoña, E. (2006). *Tabaco. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. (2007). *Programa para Dejar de Fumar*. Vigo: Nova Galicia Edicións.
- Becoña, E. (Ed.) (2010). *Dependencia del tabaco. Manual de casos clínicos*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Becoña, E. (2016a). La adicción “no” es una enfermedad cerebral. *Papeles del Psicólogo*, 37, 118-125.
- Becoña, E. (2016b). *Trastornos adictivos*. Madrid: Síntesis.
- Becoña, E., Cortés, M., Arias F., Barreiro, C., Iraurgi, J., Llorente, J. M., Villanueva, J.J. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Becoña, E., Fernández del Río, E., López-Durán, A., Martínez, U., Martínez Vispo, C. y Rodríguez-Cano, R. A. (2014). Tratamiento psicológico de la dependencia del tabaco. Eficacia, barreras y retos para el futuro. *Papeles del Psicólogo*, 35, 161- 168.
- Becoña, E., López-Durán, A., Fernández del Río, E. y Martínez, U. (2014). Changes in the profiles of smokers seeking treatment and its effectiveness in Galicia (Spain) 2001-10. *BMC Public Health*, 14, 613.
- Collins, L. M., Baker, T. M., Mermelstein, R. J., Piper, M. R. Jorenby, D. E., Smith, S. S.,... Fiore, M. C. (2011). The multiphase optimization strategy for engineering effective tobacco use interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 41, 208-226.
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J. y Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 328, 1519.
- Dunn, K. E., Saulsgiver, K. A. y Sigmon, S. C. (2011). Contingency management for behavior change: Applications to promote brief smoking cessation among opioid-maintained patient. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 19, 20-30.
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., ... Leitzke, C. (2008). *Treating tobacco use and dependence: 2008 Update*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.

- Fernández, I. G., Garcia-Vera, M. P. y Sanz, H. (2014). Cuanta más psicología mejor: eficacia para dejar de fumar de la terapia cognitiva conductual intensiva y de los parches de nicotina combinados con terapia cognitiva conductual intensiva y menos intensiva. *Clínica y Salud*, 25, 1-10.
- Gainsbury, S. y Blaszczynski, A. (2011). A systematic review of internet-based therapy for the treatment of addictions. *Clinical Psychology Review*, 31, 490-498.
- 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.
- García-Rodríguez, O., Pericot-Valverde, I., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M. y Secades-Villa, R. (2012). Validation of smoking-related virtual environments for cue exposure therapy. *Addictive Behaviors*, 37, 703-708.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Pierson, H. M., Piasecki, M. P., Antonuccio, D. O. y Palm, K. M. (2011). Does acceptance and relationship focused behavior therapy contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy for smoking cessation. *Behavior Therapy*, 42, 700-715.
- 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.
- Hartmann Boyce, J., Stead, L. F., Cahill, K., & Lancaster, T. (2013). Efficacy of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2012 reviews. *Addiction*, 108(10), 1711-1721.
- Hernández-López, M., Luciano, M. C., Bricker, J. B., Roales-Nieto, J. G. y Montesinos, F. (2009). Acceptance and commitment therapy for smoking cessation: A preliminary study of its effectiveness in comparison with cognitive behavioral therapy. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23, 723-730.
- Hitsman, B., Papandonatos, G. D., McChargue, D. E. et al. (2013). Past major depression and smoking cessation outcome: A systematic review and meta-analysis update. *Addiction*, 108, 294-306.
- Hughes, J. R. (1998). Clonidine, depression and smoking cessation. *Journal of American Medical Association*, 254, 2901-2902.
- 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. *Journal of the American Medical Association*, 28, 2348-2351.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Le Foll, B., Melihan-Cheinin, P.M., Rostoker, G., Lagrue, G, for the working group of AFSSAPS (2005). Smoking cessation guidelines. Evidence-based recommendations of the French Health Products Safety Agency. *European Psychiatry*, 20, 431-441.
- Lichtenstein, E. (1982). The smoking problem: A behavioral perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 804-819.
- Lichtenstein, E. y Glasgow, R. E. (1992). Smoking cessation. What have we learned over the past decade? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 518-527.
- Lorencatto, F., West, R., Bruguera, C. y Michie, S. (2013). A method for assessing fidelity of delivery of telephone behavioral support for smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 482-491.
- Lorencatto, F., West, R., Christopherson, C. y Michie, S. (2013). Assessing fidelity of delivery of smoking cessation behavioural support in practice. *Implementation Science*, 8, 40.
- Lorencatto, F., West, R. y Michie, S. (2012). Specifying evidence-based behavior change techniques to aid smoking cessation in pregnancy. *Nicotine & Tobacco Research*, 14, 1019-1026.
- Luger, T. M., Suls, J. y Weg, M. W., V. (2014). How robust is the association between smoking and depression in adults? A meta-analysis using linear mixed-effects models. *Addictive Behaviors*, 39, 1418-1429.
- Marlatt, G. A. y Donovan, D. M. (Eds.) (2005). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. 2<sup>nd</sup> ed. Nueva York: Guildford Press.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guildford Press.
- Martín-Moreno, J. M., Soerjomataram, I. y Magnusson, G. (2008). Cancer causes and prevention: A condensed appraisal in Europe in 2008. *European Journal of Cancer*, 44, 1390-1403.

- MacPherson, L., Tull, M. T., Matusiewicz, A. K., Rodman, S., Strong, D. R., Kahler, C. W., Lejuez, C. W. (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.
- Mermelstein, R. (2003). Teen smoking cessation. *Tobacco Control, 12 (Supl. 1)*, 25-34.
- Michie, S., Hyder, N., Walia, A. y West, R. (2011). Development of a taxonomy of behaviour change techniques used in individual behavioural support for smoking cessation. *Addictive Behaviors, 36*, 315-319.
- Míguez, M. C. y Becoña, E. (2008). Abstinence from smoking ten years after participation in a randomized controlled trial 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: Guildford Press.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing. Helping people change* (3rd. ed.). Nueva York, NY: Guildford Press.
- Moylan, S., Jacka, F. N., Pasco, J. A. y Berk, M. (2012). Cigarette smoking, nicotine dependence and anxiety disorders: a systematic review of population-based, epidemiological studies. *BMC Medicine, 19*;10:123.
- Nerín, I. y Jané, M. (Eds.) (2007). *Libro blanco sobre mujer y tabaco. Abordaje desde una perspectiva de género*. Madrid: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo/Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Patnode, C. D., Henderson, J. T., Thompson, J. H., Senger, C. A., Fortmann, S. P. y Whitlock, E. P. (2015). Behavioral counseling and pharmacotherapy interventions for tobacco cessation in adults, including pregnant women: A reviews for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine, 163*, 608-621.
- Perkins, K. A. (2009). Does smoking cue-induced craving tell us anything important about nicotine dependence? *Addiction, 104*, 1610-1616.
- Pierce, J. P. y Gilpin, E. A. (2002). Impact of over-the-counter sales on effectiveness of pharmaceutical aids for smoking cessation. *JAMA, 288*, 1260-1264.
- 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. (2012). Interventions for smoking cessation in hospitalized patients (Cochrane Review). En *The Cochrane Library, Issue 4*. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
- Rodríguez-Cano, R., López-Durán, A., Fernández del Río, E., Martínez-Vispo, C., Martínez, U. y Becoña, E. (2016). Smoking cessation and depressive symptoms at 1-, 3-, 6-, and 12-months follow up. *Journal of Affective Disorders, 191*, 94-99.
- Royal College of Physicians (2013). *Smoking and mental health*. Londres: Royal College of Physicians.
- Rüther, T., Bobes, J., De Hert, M., Svensson, T. H., Mann, K., Batra, A., Möller, H. J. (2014). EPA Guidance for smoking on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. *European Psychiatry, 29*, 65-82.
- Salín-Pascual, R., Rosas, M., Jiménez-Genchi, A., Rivera-Meza, B. y Delgado-Parra, V. (1996). Antidepressant effect of transdermal nicotine patches in nonsmoking patients with major depression. *Journal of Clinical Psychiatry, 57*, 387-389.
- Schlam, T. R. y Baker, T. B. (2013). Interventions for tobacco smoking. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 675-702.
- Secades, R., Díez, A.B. y Fernández, J.R. (2009). Eficacia de un programa multicomponente para dejar de fumar con y sin chicle de nicotina. *Psicología Conductual, 7*, 107-118.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., López-Nuñez, C., Alonso-Pérez, F. y Fernández-Hermida, J. R. (2014). Contingency management for smoking cessation among Treatment-seeking patients in a community setting. *Drug and Alcohol Dependence, 140*, 63-68.
- Schroeder, S. A. y Morris, C. D. (2010). Confronting a neglected epidemic: tobacco cessation for persons with mental illness and substance abuse problems. *Annual Review of Public Health, 31*, 297-314.
- Siu, for the U.S. Preventive Services Task Force (2015). Behavioral and pharmacotherapy interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant women: U. S. Preventive Services Task Force Recommendations Statement. *Annals of Internal Medicine, 163*, 622-634.
- Stotts, R.C., Roberson, P.K., Hanna, E.Y. y Smith, C.K. (2003). A randomised clinical trial of nicotine patches for treatment of spit tobacco addiction among adolescents. *Tobacco Control, 12 (Supl. 4)*, 11-15.

- Sussman, S., Sun, P. y Dent, C.W. (2006). A meta-analysis of teen cigarette smoking cessation. *Health Psychology, 25*, 549-557.
- Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N. y Aveyard, P. (2014). Change in mental health after smoking cessation: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal, 348*, g1151.
- Thornton, L. K., Baker, A. L., Lewin, T. J., Kay-Lambkin, F. J., Kavanagh, D., Richmond, R., Johnson, M. P. (2012). Reasons for substance use among people with mental disorders. *Addictive Behaviors, 37*, 427-434.
- 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.
- U.S.D.H.H.S. (2014). *The health consequences of smoking-50 years of progress. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, Office of the Surgeon General.
- West, R., Evans, A. y Michie, S. (2011). Behavior change techniques used in group-based behavioral support by the English Stop-Smoking Services and preliminary assessment of association with short-term quit outcomes. *Nicotine & Tobacco Research, 12*, 742-747.
- Wilhelm, K., Wedgwood, L., Niven, H. y Kay-Lambkin, F. (2006). Smoking cessation and depression: Current knowledge and future directions. *Drug and Alcohol Review, 25*, 97-197
- Witkiewitz, K. y Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems. This was zen, this is tao. *American Psychologist, 59*, 224-235.
- World Health Organization (2009). *WHO Tobacco Framework Convention on Tobacco Control*. Ginebra, Suiza: Autor.

# Ficha 1.

## Ejemplo de un tratamiento psicológico eficaz: El programa para dejar de fumar

En los más de 30 años que llevamos tratando fumadores 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 cognitivo-conductual para dejar de fumar, 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 del peso y autorreforzamiento).

La ventaja de este tratamiento psicológico cognitivo-conductual 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, sirve para 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 y Trastornos Adictivos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela (<http://www.usc.es/es/servizos/tabaquismo/>), han llevado a cabo alguno de nuestros tratamientos unos 14.000 fumadores. Los manuales de tratamiento han sido seguidos por otros 20.000 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 nuestra Unidad, en otras unidades de tratamiento de fumadores, en Unidades de Trastornos Adictivos, en empresas, en ayuntamientos, en hospitales públicos, en consulta privada y por parte de distintos profesionales en sus lugares de trabajo. 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; Becoña et al., 2014). 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 et al., 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, con consejo telefónico, internet, etc. Sí se aprecia, al tener datos de varias décadas, que conforme disminuye la prevalencia de los fumadores en la población también desciende el nivel de eficacia, sobre todo debido al surgimiento de psicopatología asociada en los fumadores más recientes (Becoña et al., 2014; Rodríguez-Cano et al., 2016).

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.
- Becoña, E., López-Durán, A., Fernández del Río, E., Martínez, U (2014). Changes in the profiles of smokers seeking treatment and its effectiveness in Galicia (Spain) 2001-10. *BMC Public Health, 14*, 613. doi: 10.1186/1471-2458-14-613.
- García, M..P. y Becoña, E. (2000). Evaluation of the amount of therapist contact in a smokind 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.
- Rodríguez-Cano, R., López-Durán, A., Fernández del Río, E., Martínez-Vispo, C., Martínez, U. y Becoña, E. (2016). Smoking cessation and depressive symptoms at 1-, 3-, 6-, and 12-months follow up. *Journal of Affective Disorders, 191*, 94-99.

# 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 de los cigarrillos. Queda otro paso igual de importante: el mantenimiento de la abstinencia. O, lo que es lo mismo, la prevención de la recaída. Esto es debido a que del 50 al 75% de las personas que dejen de fumar recaerán a lo largo del siguiente año. Por ello, recaer es una parte del proceso adictivo.

En la prevención de la recaída se distingue entre caída y recaída (Marlatt, 1993). La primera es un consumo puntual o un desliz; la segunda, es el restablecimiento de un hábito previamente eliminado, como consecuencia de no responder adecuadamente a las situaciones de caída.

Según el modelo de Witkiewitz y Marlatt (2004) tendríamos tanto determinantes intrapersonales como interpersonales de la recaída. Dentro de las determinantes intrapersonales se encuentran la autoeficacia, las expectativas de resultado, el *craving*, la motivación, el afrontamiento y los estados emocionales. La autoeficacia, o grado en que un individuo se siente seguro y capaz de llevar a cabo una cierta conducta en un contexto situacional específico, es un elemento central en este modelo. Sabemos que un nivel mayor de autoeficacia es un buen predictor del resultado del tratamiento. Las expectativas de resultado, o la anticipación que hace el individuo sobre los efectos de una experiencia futura, influyen también en lograr buenos resultados en el tratamiento.

El *craving* es un concepto central en las adicciones como en este modelo. Sabemos de la importancia que tienen los indicios (o estímulos concretos) como disparadores del *craving* y de la recaída (Allen *et al.*, 2008).

Otro componente de los factores intrapersonales es la motivación. Ésta se relaciona con la recaída de dos modos distintos: la motivación para el cambio de conducta positiva y la motivación para implicarse en la conducta problemática. La motivación a cambiar suele estar relacionada con la autoeficacia y con las expectativas de resultado. También el reforzamiento, positivo o negativo, tiene aquí un importante papel en la motivación.

Junto a lo anterior, este modelo de recaída se encuadra dentro de un sistema complejo y multidimensional en el que se ponen en relación disposiciones, contextos y experiencias pasadas y actuales, aunque poniendo el énfasis en la dinámica situacional más que en los cambios del desarrollo. Utiliza para ello los principios de la auto-organización incorporando factores antecedentes (ej., años de dependencia, historia familiar, apoyo social y comorbilidad), estados fisiológicos (ej., síntomas de abstinencia físicos), procesos cognitivos (ej., autoeficacia, expectativas de resultado, *craving*, efecto de violación de la abstinencia, motivación) y habilidades de afrontamiento. A su vez, considera que hay factores de riesgo de recaída distales y próximos. Los distales serían predisposiciones estables que incrementan la vulnerabilidad individual a la caída, mientras que los próximos serían precipitantes inmediatos que aumentan el riesgo de una caída.

El modelo de prevención de la recaída considera a las adicciones como un hábito adquirido que puede cambiarse aplicando los principios del condicionamiento clásico, operante y vicario. Además da una gran importancia a los factores cognitivos implicados en la recaída. Las estrategias de prevención de la recaída se orientan a anticipar y prevenir la ocurrencia de recaídas después del tratamiento y como ayudar a los pacientes a afrontar la recaída si se produce. Es un programa de autocontrol donde se enseña a los pacientes a anticipar y a afrontar eficazmente los problemas que aparezcan después del tratamiento o en el seguimiento. Por ello, la prevención de la recaída se puede aplicar como estrategia de mantenimiento, para prevenir la recaída, o con un enfoque más general para cambiar el estilo de vida.

En la prevención de recaídas se pueden distinguir procedimientos generales y específicos de intervención (Marlatt y Gordon, 1985; Marlatt y Donovan, 2005; Parks *et al.*, 2004). Hay tres principales estrategias para utilizar en los procesos de prevención de la recaída (Parks *et al.*, 2004):

- 1) Estrategias de entrenamiento en habilidades de afrontamiento., que incluyen tanto técnicas conductuales como cognitivas para afrontar adecuadamente las situaciones de alto riesgo y mejorar la autoeficacia.
- 2) Procedimientos de terapia cognitiva para entrenarle en corregir las distorsiones cognitivas e introducir estrategias de afrontamiento basadas en la imaginación para afrontar las urgencias y el *craving*.
- 3) Estrategias de modificación del estilo de vida. Se orientan a desarrollar y mantener una nueva identidad social con

individuos no consumidores, o que no llevan a cabo la conducta adictiva, rompiendo con sus antiguos amigos consumidores de drogas, desarrollando nuevos intereses y contactos sociales y aprendiendo nuevos métodos de afrontar las emociones negativas. Se puede usar para ello ejercicio, meditación, adquirir nuevos hábitos saludables, de ocio y tiempo libre, etc., con el objetivo de reducir la frecuencia e intensidad del deseo de consumir sustancias.

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 tabaco, sin cigarrillos a mano, facilita mantenerse abstinentes y no recaer o retrasar el volver a fumar. La clave está en que si la persona es capaz de ejecutar una respuesta de afrontamiento eficaz en una situación de alto riesgo, la probabilidad de recaída disminuye.

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. Las causas principales de la recaída en las adicciones son los estados emocionales negativos, conflicto interpersonal y presión social (ej., Marlatt y Donovan, 2005). Y, en nuestros fumadores 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, Piñeiro y Becoña, 2013). 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 estado de ánimo (terapia cognitiva), aparte de entrenarle en cómo controlar el peso si ha engordado más de lo previsto, especialmente en mujeres.

Todas las situaciones anteriores son importantes en unos u otros fumadores. Por ello, es de gran importancia detectar en cada concreto fumador sus 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 pareja, 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.

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 fuma-

**TABLA 1**  
**COMPONENTES DE LAS INTERVENCIONES MÍNIMAS DE PREVENCIÓN DE LA RECAÍDA**

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 le ha ayudado el dejar de fumar? Los temas más relevantes son del tipo:
  - ✓ 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).

dor deja de fumar de golpe. Con el entrenamiento adicional consigue mantenerse abstinente. Sin embargo, no siempre siguen un procedimiento psicológico sino que en estos casos el abordaje suele ser médico-biológico o dentro de un modelo farmacológico.

**REFERENCIAS**

Allen, S. S., Bade, T., Hatsukami, D. y Center, B. (2008). Craving, withdrawal, and smoking urges immediately prior to smoking relapse. *Nicotine and Tobacco Research*, 10, 35-45.

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., ... 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.,...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(2nd. ed.)*. Nueva York: Guildford Press.

Parks, G. A., Anderson, B. K. y Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention therapy. En N. Heather y T. Stockwell (Eds.), *The essential handbook of treatment and prevention of alcohol problems* (pp. 87-104). Chichester, Reino Unido: Wiley

Piñeiro, B. y Becoña, E. (2013). Relapse situations according to Marlatt's Taxonomy in smokers. *Spanish Journal of Psychology*, 16, e91, 1-12.

Witkiewitz, K. y Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems. *This was zen, this is tao. American Psychologist*, 59, 224-235.

<b>TABLA 2</b> <b>ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE RECAÍDA</b>	
<i>Estrategias de intervención específicas</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evaluar las situaciones de alto riesgo.</li> <li>✓ Evaluar las habilidades de afrontamiento.</li> <li>✓ Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Control de estímulos (evitación, escape o retraso de la acción).</li> <li>✓ Habilidades de afrontamiento (técnicas para la reducción del miedo a la ansiedad (ej., relajación, desensibilización sistemática, entrenamiento en solución de problemas, ensayo de conducta, etc).</li> <li>✓ Ensayo de recaída (a nivel imaginario o con role-playing).</li> <li>✓ Entrenamiento en relajación y en el manejo del estrés (ej., meditación, relajación, ejercicio, técnicas de manejo del estrés, etc.).</li> </ul> </li> <li>✓ Mejora de la autoeficacia.</li> <li>✓ Desafiar las expectativas de resultado positivas del consumo.</li> <li>✓ Afrontar las recaídas y el efecto de violación de la abstinencia (procedimientos de emergencia de recaída; cartulinas de recuerdo).</li> </ul>	
<i>Estrategias de intervención globales</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evaluación del estilo de vida equilibrado (a nivel de familia, empleo, satisfacción laboral, situación financiera, creencias, etc.).</li> <li>✓ Incrementar el estilo de vida equilibrado o procedimientos de modificación del estilo de vida.</li> <li>✓ Afrontar los deseos de darse el gusto de consumir y sustituirlos por otros más adaptativos sin consumir.</li> </ul>	
<i>Afrontamiento del craving y de las urgencias a consumir</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Utilizar la técnica de control de estímulos.</li> <li>✓ Exposición a indicios.</li> <li>✓ Afrontamiento en imaginación (ej., la técnica de la ola).</li> <li>✓ Auto-registrar las conductas de urgencia o craving.</li> <li>✓ Tarjeta de qué hacer para afronta el craving.</li> </ul>	
<i>Afrontar las distorsiones cognitivas</i> (ej., las decisiones aparentemente irrelevantes).	
Fuente: Parks et al. (2004).	

<b>TABLA 3</b> <b>ESTRATEGIAS DE CONSEJO PRÁCTICO BASADO EN EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS</b>	
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"> <li>✓ Afecto negativo</li> <li>✓ Estar al lado de otros fumadores</li> <li>✓ Tomar bebidas alcohólicas</li> <li>✓ Experimentar urgencias a fumar</li> <li>✓ Estar agobiado</li> </ul>
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"> <li>✓ Aprende a anticipar y a evitar la tentación a fumar</li> <li>✓ Aprender estrategias cognitivas para disminuir el estado de ánimo negativo</li> <li>✓ Llevar a cabo cambios en el estilo de vida que reduzcan el estrés, mejoren la calidad de vida o resulten gratificantes</li> <li>✓ Aprender actividades cognitivas y conductuales para afrontar las urgencias de fumar (ej., distracción de la atención)</li> </ul>
Proporcionar información básica acerca de fumar y de cómo dejar exitosamente de fumar	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El hecho de fumar algo (aunque solo sea una calada) incrementa la probabilidad de una recaída total</li> <li>✓ El síndrome de abstinencia suele descender entre 1 a 3 semanas después de dejar de fumar</li> <li>✓ Los síntomas de abstinencia incluyen el estado de ánimo negativo, urgencias a fumar y dificultades en concentrarse</li> <li>✓ La naturaleza adictiva de fumar</li> </ul>
Fuente: Fiore et al. (2000)	