

Diagnóstico, evaluación y tratamientos clínicos para dejar de fumar.

Vázquez, F. L. y Becoña, E.

Universidad de Santiago de Compostela (España).

Resumen

El consumo de tabaco se ha citado como la principal causa evitable de enfermedad y muerte en nuestra sociedad. A pesar de las trágicas consecuencias de fumar para la salud, los profesionales de la salud fracasan con frecuencia al evaluar y tratar el consumo de tabaco de modo constante y eficaz. Muchos clínicos no saben cómo evaluar a los fumadores rápida y eficazmente, qué tratamientos son más eficaces, cómo se aplican tales tratamientos y la eficacia de los diferentes tratamientos. En esta revisión tratamos estas cuestiones basándonos en la literatura científica relevante existente. Hay un amplio rango de procedimientos de evaluación que se han o se podrían aplicar a la conducta de fumar. Desafortunadamente mientras muchos de ellos tienen una validez adecuada su utilidad clínica es limitada. Hemos incluido aquellas que se utilizan más cuando un tratamiento intensivo se aplica en una clínica especializada para fumadores. En esta revisión, nos hemos centrado en los tratamientos psicológicos y farmacológicos que funcionan mejor. Después de bastantes años en los que el progreso fue limitado, actualmente hay métodos de tratamiento para dejar de fumar efectivos y coste-efectivos.

Palabras Clave

Dependencia de la nicotina, evaluación, tratamiento para dejar de fumar

Summary

Tobacco consumption has been cited as the chief avoidable cause of illness and death in our society. Despite the tragic health consequences of smoking, health care clinicians often fail to assess and treat tobacco consumption consistently and effectively. Many

— Correspondencia a: —

Fernando L. Vázquez. Universidad de Santiago de Compostela, Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. 15706 Campus Universitario Sur, Santiago de Compostela, Galicia (España). E-mail: pfer@uscmil.usc.es



clinicians lack knowledge about how to identify quickly and easily smokers, which treatments are efficacious, how such treatments can be delivered, and the relative effectiveness of the different treatments. In this review, we approach these issues on the basis of relevant existing scientific literature. There is a wide range of assessment procedures which have been, or could be, applied against smoking behavior. Unfortunately while many of them have face validity, their clinical utility is limited. We have included the more usual when an intensive treatment is offered in a specialized clinic for smokers. In this review, we have focused both pharmacological and psychological interventions which work better. For a long time the progress has been very limited but there are currently effective and cost-effective treatments to give up smoking.

Key Words

Nicotine dependence, assessment, treatment to give up smoking.

Résumé

La consommation de tabac est considérée comme la principale cause évitable de maladie et de décès dans notre société. Malgré les tragiques conséquences du tabac sur la santé, les professionnels de la santé ont de sérieuses difficultés pour évaluer et traiter la consommation de tabac avec constance et efficacité. Beaucoup d'entre eux ne savent pas comment évaluer les fumeurs rapidement et efficacement, quels sont les traitements les plus efficaces, comment se réalisent ces traitements, et quelle est l'efficacité des divers traitements. Malheureusement, bien que beaucoup d'entre eux ont une certaine validité, leur utilité clinique est limitée. Nous avons considéré les plus utilisées lors de l'application de traitements intensif dans les cliniques spécialisées. Pour cette étude, nous avons examiné les traitements psychologiques et pharmacologiques plus efficaces. Ayant eu une très lente progression au long des années, maintenant nous pouvons affirmer qu'il y a des méthodes pour abandonner le tabac valables et viables.

Mots clé

Dépendance à la nicotine. Évaluation. Traitement pour abandonner le tabac.



I. INTRODUCCIÓN

Hasta la actualidad, el consumo de tabaco se ha asociado a más de veinticinco enfermedades. En España, al igual que en los demás países desarrollados, el consumo de tabaco resulta ser la principal causa aislada de mortalidad prematura evitable. El problema de esta adicción es que se ha convertido rápidamente en una causa de muerte e incapacidad mayor que cualquier otra enfermedad por sí sola. Fumar mata más personas cada año que el alcohol, otras drogas, homicidios, suicidio, accidentes ocasionados por vehículos de motor, incendios y sida, considerando todas estas causas de mortalidad en conjunto (Centers for Disease Control, 1991). Si consideramos esto desde una perspectiva económica, el coste de tratar las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco se calcula que es de aproximadamente 2.06 dólares por cada paquete de cigarrillos vendido (Medical Care Expenditures, 1994).

El DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) consideran que fumar es una adicción. El tabaco comparte cierto número de factores con otros euforizantes conocidos (cocaína, opiáceos y alcohol); produce efectos que intervienen en el estado de ánimo, su privación produce una conducta de búsqueda, en los animales se ha observado que actúa como un reforzador, etc. (Henningfield et al., 1993). A diferencia de otras adicciones, no se ha reconocido ampliamente que el consumo de tabaco produzca alteraciones psicológicas importantes, aparte de la necesidad imperiosa de fumar (*craving*) y la dificultad para dejar de fumar. La

investigación más profunda sobre la naturaleza de la adicción de la nicotina en las dos últimas décadas ha llevado a la conclusión de que la nicotina tiene un elevado potencial adictivo (USDHHS, 1988).

Existe una amplia variabilidad individual en la intensidad de la dependencia y, aunque un gran número de fumadores dejan el tabaco por sí mismos con éxito, otros muchos pueden beneficiarse de una serie de intervenciones. La cada vez más clara vinculación entre fumar y la aparición de enfermedades graves ha supuesto un aumento de las demandas de intervenciones eficaces para dejar de fumar. En las últimas décadas se ha dado un avance muy importante en la eficacia de los tratamientos del tabaquismo (American Psychiatric Association, 1996; Becoña y Vázquez, 1998a; Jarvis y Sutherland, 1998; USDHHS, 1996). No obstante, todavía sigue siendo una prioridad perfeccionar las estrategias de intervención. La identificación de intervenciones efectivas para dejar de fumar podrían fomentar que los fumadores intentasen abandonar los cigarrillos y aumentar los porcentajes de abstinencia, reduciendo de este modo la prevalencia de fumar y el sufrimiento, la enfermedad y las pérdidas económicas que produce el tabaco (Wetter et al., 1998).

En este artículo se revisa el conocimiento sobre la prevalencia de fumar en España, las características asociadas con la conducta de fumar, el papel que juega la nicotina en el tabaquismo y expone cómo diagnosticar y evaluar la dependencia de la nicotina. También se revisan las estrategias más importantes que actualmente tiene el clínico para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar.



2. PREVALENCIA DE LA CONDUCTA DE FUMAR

España ocupa un lugar destacado en el consumo de cigarrillos entre los países industrializados, aunque en los últimos años se ha producido un descenso significativo. Según los datos de la última Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996), la prevalencia de fumar entre la población de 16 o más años fue del 36.9%, mientras que la obtenida en la Encuesta Nacional de Salud realizada en 1987 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989) fue del 38.1%.

Los patrones de consumo varían considerablemente según el sexo y la edad. Fuma el 47.2% de los hombres, mientras lo hace el 27.2% de las mujeres. Comparando el consumo de tabaco en la variable sexo de esta última encuesta con la realizada en el año 1987, observamos un claro descenso en el consumo en los hombres (de 55% a 47.2%) y un aumento significativo en las mujeres (de 55% a 47.2%). Por grupos de edad (ver **Tabla 1**), el porcentaje más elevado de fumadores se observa en el de 25 a 44 años (51.2%), seguido por aquellos de 16 a 24 años (45.6%), aunque en este último grupo es donde se ha producido un mayor descenso del consumo de tabaco desde el año 1987.

El consumo de tabaco en los más jóvenes es preocupante. Entre los jóvenes escolarizados de 14 a 18 años, fuman un 17.1% de los jóvenes y un 24.1% de las jóvenes. Por grupos de edad, esta prevalencia varía entre un 8.1% a los 14 años a un 36.2% a los 18 años. La edad de inicio al consumo de tabaco cada vez se hace a edades más tempranas. A los 11 años ya han probado tabaco el 18.5% de los niños y el 13.7% de las niñas.

A los 15 años las cifras se disparan, encontrándose que el 55.2% de los niños y el 66.1% de las niñas ya han fumado alguna vez.

La prevalencia del tabaquismo varía en función de la comunidad autónoma. En la Encuesta Nacional de Salud realizada en 1993 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995) se encontró que los porcentajes más elevados de consumo de tabaco se registraban en Murcia (40%) y en Cantabria (42%). Las comunidades con un prevalencia más baja fueron la de Castilla-La Mancha, Baleares y Aragón.

3. CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS CON LA CONDUCTA DE FUMAR

La media de edad de inicio de la conducta de fumar es a los 15 años (USDHHS, 1994). A los pocos años después de iniciar un consumo regular, la mayoría de los fumadores han desarrollado dependencia (USDHHS, 1994). El 50% de los fumadores entre los 20 y 30 años reúnen los criterios de dependencia del DSM-III-R (Breslau et al., 1994). También después de llevar fumando regularmente algunos años, los fumadores experimentan los síntomas de abstinencia del síndrome de dependencia de la nicotina cuando intentan abandonar los cigarrillos (USDHHS, 1994). Se estima que el 87% de los adultos fumadores diarios de más edad reúnen los criterios del DSM-IV para la dependencia de la nicotina (Hale et al., 1993). Los predictores psicopatológicos de la conducta de fumar en los jóvenes incluyen el uso y abuso del alcohol y de otras drogas, trastornos por déficit de atención y síntomas depresivos. Sin embargo, fumar precede a la edad normal de comienzo



de la mayoría de los trastornos psiquiátricos (Glassman, 1993; Vázquez y Becoña, 1998a).

Aproximadamente un tercio de los adultos que fuman hacen un intento serio de abandono cada año (USDHHS, 1990). El 90% de estos intentos los hacen sin tratamiento formal. Los que intentan dejar el tabaco sin ayuda, el 33% logran estar abstinentes dos días y del 3%-5% siguen abstinentes al año (Cohen et al., 1989). La mayoría de los fumadores hacen algunos intentos antes de conseguir estar abstinentes definitivamente, de modo que el 50% de los fumadores lo dejan con el tiempo (USDHHS, 1990).

Los fumadores con una historia actual o pasada de ansiedad, depresión o esquizofrenia es menos probable que dejen de fumar (Becoña y Vázquez, 1998a). Esto podría ser debido a algunos factores, incluyendo la experimentación de una mayor severidad del síndrome de abstinencia o dependencia de la nicotina, menos apoyo social o pocas estrategias de afrontamiento (Glassman, 1993). Aquellos fumadores que actualmente tienen problemas de dependencia o abuso del alcohol es poco probable que dejen de fumar a menos que se resuelva su problema.

Casi el 50% de los adultos que intentan dejar de fumar reunirían los criterios del DSM-IV de síndrome de abstinencia de la nicotina (Hughes y Hatsukami, 1992). Aquellos fumadores a los que el síndrome de abstinencia les produce depresión o una necesidad de nicotina severa es poco probable que sigan abstinentes (Glassman, 1993; Hughes y Hatsukami, 1992). El miedo a ganar peso parece ser el mayor impedimento para intentar dejar de fumar, especialmente entre las mujeres (Pomerleau y Kurth, 1997). La presen-

cia de señales asociadas a la conducta de fumar se piensa que es crucial en producir el síndrome de abstinencia.

4. LA NICOTINA PRODUCE UNA FUERTE DEPENDENCIA

Desde hace varias décadas sabemos, sin ningún tipo de dudas, que la nicotina es una droga, droga que explica la dependencia del tabaco. Así, en 1980 la Sociedad Americana de Psiquiatría la incluyó en los criterios diagnósticos en lo que atañe al síndrome de dependencia de la nicotina. Igualmente lo ha hecho en 1987 y 1994. El DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) recoge, dentro de los trastornos relacionados con sustancias, los trastornos relacionados con la nicotina; dentro de dicha categoría incluye la dependencia nicotínica, la abstinencia de la nicotina y el trastorno relacionado con la nicotina no especificado. De modo semejante, el CIE-10 o Sistema Clasificador de la Organización Mundial de la Salud para todas las enfermedades lo incluye en su última edición de 1992 (Organización Mundial de la Salud, 1992) en el apartado F17, con la denominación de "Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco", incluyendo distintos estados como intoxicación, síndrome de abstinencia, síndrome de dependencia, etc.

Pero ha sido en 1988, en el informe del *Surgeon General* de Estados Unidos (USDHHS, 1988), que anualmente tiene por ley que presentar al Congreso de los Estados Unidos, donde a lo largo de 639 páginas, en el que participaron 200 científicos y expertos norteamericanos en tabaquismo de



Tabla 1. Prevalencia del consumo de tabaco en la población de 16 o más años en función de la edad

Grupo de Edad	Fumador		Exfumador		No fumador	
	1987	1995	1987	1995	1987	1995
16-24	51	45.6	7	5.9	41	48.4
25-44	48	51.2	11	14.1	40	34.6
45-64	28	28.3	13	16.5	59	55.1
65 o más	15	13.9	20	19.7	64	66.2

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (1989; 1996)

los distintos campos de la salud, y después de revisar toda la evidencia disponible sobre la adicción a la nicotina, extrae tres conclusiones: 1) los cigarrillos y otras formas de tabaco son adictivas; 2) la nicotina es la droga en el tabaco que causa adicción; y 3) los procesos farmacológicos y conductuales que determinan la adicción al tabaco son similares a aquellos que determinan la adicción a drogas tales como la heroína y la cocaína. Otras revisiones recientes (ej., Stolerman y Jarvis, 1995) llegan a conclusiones semejantes, como de que "la evidencia claramente identifica a la nicotina como una poderosa droga adictiva, comparable a la heroína, la cocaína y el alcohol" (p. 2).

Una idea de la severidad de la dependencia de la nicotina nos la indica el hecho, como ya apuntamos anteriormente, de que sólo el 33% de las personas que dejan de fumar por sí mismas permanecen abstinentes durante dos días y a la larga menos del 5% logran seguir abstinentes al año (Cohen et al., 1989). La fuerza de la dependencia de la nicotina

producida por el consumo de cigarrillos es producto de varios factores: 1) la nicotina produce múltiples efectos de reforzamiento positivo (ej., mejorar la concentración, el estado de ánimo, disminuir la ira y el peso); 2) después de una inhalación la nicotina sólo tarda 10 segundos en llegar al cerebro, produciéndose un efecto de la sustancia casi instantáneo a su ingestión; 3) el fumador puede modular por la forma en que fuma el cigarrillo la dosis de nicotina que necesita; 4) la conducta de fumar se realiza muchas veces (por ejemplo, un fumador de un paquete de cigarrillos se administra nicotina aproximadamente unas 200 veces al día); y, 5) múltiples señales que eliciten la conducta de fumar, las cuales previamente se fueron asociando a la misma por procesos de condicionamiento (Hughes, 1989).

Todas las formas de tabaco (ej., cigarrillos, tabaco mascado, tabaco esnifado y pipas) tienen la capacidad de generar dependencia de la nicotina y producir el síndrome de abstinencia. Los sustitutivos de la nicotina (chicle



de nicotina, parche de nicotina, nebulizador intranasal de nicotina y el inhalador de nicotina) también tienen el potencial de producir dichos fenómenos.

El síndrome de abstinencia de la nicotina suele presentar una serie de síntomas característicos para esta sustancia (Hughes y Hatsukami, 1992). Además de estos síntomas, algunas veces se pueden observar una necesidad de tabaco (*craving*), el deseo de ingerir dulces, el aumento de tos y un deterioro en la realización de tareas de vigilancia. Los síntomas del síndrome de abstinencia comienzan al cabo de unas pocas horas (2-12 horas) y alcanzan su punto álgido a las 24-48 horas después de dejar de fumar (Hughes y Hatsukami, 1992). La mayoría de los síntomas duran un promedio de cuatro semanas, pero las sensaciones de hambre y necesidad de nicotina pueden durar 6 meses o más. Los síntomas de la abstinencia de la nicotina se deben, en gran parte, a la privación de la nicotina. Dejar de fumar puede producir enteltecimiento en el EEG, disminución en los niveles de catecolaminas y cortisol y descenso en la tasa metabólica. La media de la frecuencia cardíaca desciende aproximadamente 8 latidos por minuto y el promedio de peso que se aumenta es de 2 Kg (Becoña y Vázquez, 1998b). El síndrome de abstinencia de la nicotina por la interrupción brusca de fumar cigarrillos es más severo que el producido por otras formas de tabaco y los fármacos sustitutivos de la nicotina. La severidad del síndrome de abstinencia varía entre los pacientes. Dejar de fumar puede producir cambios clínicos significativos en los niveles sanguíneos de algunos fármacos, tanto para trastornos físicos como psiquiátricos. Por ejemplo, fumar disminuye los niveles de la

clozapina y del haloperidol en un 30%. Este efecto parece que es producido por los benzopirenos y los componentes relacionados con el sistema P450 (Hughes, 1993a).

Los síntomas del síndrome de abstinencia de la nicotina pueden remedar, disfrazar o agravar los síntomas de otros trastornos psiquiátricos o los efectos secundarios de otras medicaciones. La abstinencia de fumar puede causar ansiedad, insomnio, aumento del apetito, dificultad en la concentración, inquietud, dolor de cabeza y disminuir el temblor (Hughes y Hatsukami, 1986). Estudios empíricos indican que estos efectos pueden influir la precisión del diagnóstico de los trastornos principales tales como la abstinencia de drogas y la enfermedad de Parkinson. También, aunque menos común, dejar de fumar puede precipitar una depresión mayor (ej., Vázquez y Becoña, 1998b), un trastorno bipolar y problemas de alcohol/drogas (Glassman, 1993; Glassman et al., 1993).

5. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE LA DEPENDENCIA DE LA NICOTINA

Al igual que en otras conductas adictivas, en el tabaquismo la evaluación es un proceso indispensable antes, durante y al final del tratamiento, así como en los seguimientos que se lleven a cabo. En la actualidad se dispone de una amplia gama de instrumentos que permiten hacer un diagnóstico preciso del problema y recoger aquellos aspectos más relevantes relacionados con la conducta en vistas a programar una intervención eficaz. En un tratamiento especializado en el que se ofrezcan tratamientos intensivos para dejar



Tabla 2. Criterios para el diagnóstico del trastorno de dependencia de sustancias psicoactivas y ejemplos de su aplicación a la dependencia de la nicotina.

Síntoma (Se necesitan, como mínimo, tres de los siguientes síntomas, que ocurren durante un período de 12 meses)	Ejemplificación
<p>Tolerancia notable</p> <ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de incrementar considerablemente las cantidades de cigarrillos para conseguir el efecto deseado - Disminución notable de los efectos con el uso continuado de la misma cantidad de sustancia 	<p>La mayoría de los fumadores van progresivamente consumiendo más sustancia hasta fumar un paquete o más a los 25 años de edad</p> <p>Ausencia de náuseas, vértigo, sequedad de boca, etc.</p>
<p>Síntomas de abstinencia, manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Síntomas de abstinencia característicos de la sustancia consumida - La sustancia se consume para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia - La sustancia se hace en mayor cantidad o por un período más largo de lo que pretendía la persona 	<p>Muchos fumadores encienden un cigarrillo inmediatamente después de estar en un lugar donde esté prohibido fumar (ej., avión)</p> <p>La mayoría de los fumadores no quieren fumar 5 años más tarde de haber comenzado el hábito, pero aproximadamente el 70% sigue haciéndolo</p> <p>El 77% de los fumadores han intentado dejarlo, el 55% de estos no han sido capaces a pesar de hacer múltiples intentos y sólo del 5%-10% tiene éxito en los intentos de dejarlo sin ayuda</p> <p>Dejar el lugar de trabajo para fumar</p> <p>No coger un trabajo porque no se puede fumar en él</p>
<p>Uno o más esfuerzos inútiles para suprimir o controlar la sustancia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una gran parte del tiempo se emplea en actividades necesarias para obtener la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos - Reducción considerable o abandono de actividades sociales, laborales o recreativas a causa del uso de la sustancia <p>- Uso continuado de la sustancia a pesar de ser consciente de tener un problema físico o psicológico, persistente o recurrente, que está provocado o estimulado por el uso de la sustancia.</p>	<p>Muchos fumadores padecen una enfermedad cardíaca, una enfermedad pulmonar obstructiva crónica, úlceras, etc. y continúan fumando</p>

Adaptado de la Asociación de Psiquiatría Americana (American Psychiatric Association, 1996)



de fumar se suele hacer una evaluación sistemática de las características del paciente y es probable que incluya las siguientes medidas: 1) diagnóstico y severidad de la dependencia de la nicotina; 2) autorregistros u otras medidas objetivas de la conducta de fumar; 3) historia de fumar y variables demográficas; 4) motivación, intención o deseo de dejar de fumar; y, 5) medidas bioquímicas.

Para diagnosticar la dependencia de la nicotina se recomienda utilizar los criterios diagnósticos del DSM-IV (la dependencia nicotínica, la abstinencia de la nicotina y el trastorno relacionado con la nicotina no especificado). En la **Tabla 2** se exponen distintos ejemplos de cómo aplicar los criterios generales para el trastorno de dependencia de sustancias psicoactivas a la dependencia de la nicotina. La aplicabilidad y la fiabilidad de los criterios diagnósticos del DSM-IV para la dependencia de la nicotina parecen ser buenos (Hughes, 1993b). Sin embargo, su validez no ha sido suficientemente sometida a prueba.

La severidad de la dependencia de la nicotina se puede evaluar de formas diferentes (ej., cuestionarios, consumo de cigarrillos, marcadores bioquímicos etc.). Las medidas más utilizadas son los cuestionarios de dependencia de Fagerström. El planteamiento inicial del que partió para la construcción de su primer cuestionario, el Cuestionario de Tolerancia de Fagerström (1978), adaptado en castellano por Becoña et al. (1992), fue de que con la misma obtendría un valor equiparable a la evaluación fisiológica de la nicotina en el sujeto. Este cuestionario es una escala corta de 8 ítems, de administración sencilla y de gran utilidad para conocer el nivel de dependencia de la nicotina del sujeto. En una revisión comprensiva de estudios que utiliza-

ron este cuestionario se encontró que 14 de las 16 diferentes clases de datos, relacionando marcadores bioquímicos al cuestionario de tolerancia de Fagerström, tenían correlaciones significativas (Pomerleau et al., 1994). La puntuación de la escala oscila entre 0 y 11, siendo la adicción mayor a la nicotina cuanto más alta sea la cifra obtenida. Un valor igual o mayor a siete indica un nivel elevado de dependencia fisiológica. Una puntuación elevada en la escala es uno de los índices utilizados para la utilización o no de terapia sustitutiva de la nicotina. Una versión más actualizada de la anterior escala es el test de Fagerström de dependencia de la nicotina (Heatherton et al., 1991), adaptada al castellano por Becoña y Vázquez (1998c). También se sugiere para la misma como punto de corte 7.

5.1. AUTORREGISTROS

El autorregistro es un instrumento que sirve para registrar y cuantificar objetivamente las variables que controlan la conducta de fumar. El terapeuta debe indicar al fumador los parámetros concretos a observar (ej., frecuencia), el método más adecuado de registro y el contexto en el que debe registrar la conducta. Es posible que la conducta empiece a modificarse por el hecho mismo de estar observándola, fenómeno que se conoce por el nombre de *efecto reactivo* (McFall, 1978). Ello quizás sea debido a la motivación de procesos evaluativos o al hecho de que la autoobservación pone la atención del fumador en indicios relativos a las consecuencias futuras de la conducta que observa. No obstante, aunque la reactividad de la autoobservación es un fenómeno frecuente, sus efectos son poco duraderos (Becoña y



Gómez-Durán, 1991). La utilidad de la autoobservación por medio de registros puede ser muy significativa para motivar al fumador a continuar el proceso de dejar de fumar y establecer una relación entre su conducta de fumar y el medio que lo rodea.

5.2. CUESTIONARIOS PARA EVALUAR LA HISTORIA DE FUMAR

Antes de diseñar un tratamiento es necesario conocer exhaustivamente distintos aspectos relacionados con la conducta de fumar del sujeto (American Psychiatric Association, 1996; Becoña y Vázquez, 1998a). Entre las áreas más importantes de la conducta de fumar para evaluar se incluyen las variables demográficas, variables relacionadas con el consumo, intentos de abandono o reducción de cigarrillos previos, cuánto tiempo ha permanecido abstinente, razones para dejar de fumar en intentos previos, razones para dejarlo actualmente, algún cambio en el funcionamiento psiquiátrico cuando el sujeto ha intentado dejar de fumar; si ha acudido a algún tratamiento para dejar de fumar antes, procedimientos que ha seguido para dejar de fumar; causas de la recaída en otros intentos, apoyo social, creencias sobre la incidencia del tabaco sobre la salud, síntomas y molestias que padece o ha padecido por fumar cigarrillos, consumo de alcohol, café, otras drogas y medicamentos, deseo de dejar de fumar y expectativas sobre el programa.

5.3. LA MOTIVACIÓN Y LA INTENCIÓN DE DEJAR DE FUMAR

Los conceptos de motivación y la intención a cambiar la conducta de fumar se han integrado de un modo muy pragmático en el

modelo transteórico de cambio (Prochaska et al., 1992). Prochaska y colaboradores han elaborado varios cuestionarios para evaluar los estadios, procesos y niveles de cambio. Estos cuestionarios se conocen bajo el nombre de *The University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA) (ej., McConaughy et al., 1989; Velicer et al., 1992). Estas escalas nos permiten identificar qué procesos de cambio ha desarrollado un determinado cliente o paciente y, consiguientemente, conocer en qué estadios de cambio se halla. Esto propicia que el terapeuta conozca de forma mucho más sistemática qué procedimientos tiene que aplicar y/o enseñar para que la persona desarrolle los procesos de cambio que le permitan progresar hacia el próximo estadio. Por tanto, es un modelo útil en vistas a la adecuación de los diferentes procedimientos de intervención en cada momento del cambio individual.

5.4. MEDIDAS BIOQUÍMICAS

Hay cuatro indicadores bioquímicos fundamentales: 1) el monóxido de carbono en aire espirado; 2) cotinina en saliva, sangre o orina; 3) nicotina en sangre; y 4) tiocianato en saliva, sangre y orina (Becoña y Vázquez, 1997; Jarvis, Tunstall-Pedoe et al., 1987; Lando, 1989; Lerman et al., 1993; Velicer et al., 1992). Estas medidas se utilizan para estimar el grado de dependencia de la nicotina y para validar la abstinencia autoinformada. En la clínica el más útil y el que se ha utilizado más ampliamente es la medida de concentración de monóxido de carbono (CO) en aire espirado. Esta es una medida fácil de usar, no invasiva, proporciona *feedback* inmediato, es barata y no se precisa personal especializado. Los va-



lores de CO en partículas por millón (ppm) escogidos para estimar si el sujeto es fumador o no, oscilan en los estudios entre 5 y 10 ppm. Las principales limitaciones son que la vida media del CO es muy corta (2 a 5 horas) y puede haber otros factores que influyen en la medida del CO (otros fumadores, gases de automóviles, etc.).

Tanto la nicotina como la cotinina se pueden medir en sangre, saliva u orina (Jarvis et al., 1987). Tienen la ventaja de que son altamente específicas para los consumidores de tabaco. Sin embargo, a diferencia de la nicotina, la cotinina puede ser medida de modo fiable en saliva y tiene un vida media mayor (15 a 20 horas la cotinina vs. 1-2 horas la nicotina). Los fumadores regulares tienen niveles entre 200 y 400 ng/ml. Los no fumadores tienen niveles por debajo de 10 ng/ml. El tiocianato, otra medida que se utiliza frecuentemente, puede evaluarse también en plasma, saliva y orina (Becoña y Vázquez, 1997). Es muy fiable con fumadores habituales, pero es un método poco fiable con fumadores de pocos cigarrillos o en no fumadores. Es una excelente medida para comprobar el estatus de fumador en los seguimientos.

6. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Las técnicas conductuales se han utilizado ampliamente en el tratamiento del tabaquismo durante casi los últimos 40 años. En la década de los sesenta, que es cuando se introducen estas técnicas, se entendía que la conducta de fumar, al igual que otras muchas conductas, era el resultado de un proceso de aprendizaje. Los principios del condicionamiento desempeñaban un papel crucial en producir este hábito, que era extremadamen-

te resistente a su eliminación del repertorio conductual del fumador. Por tanto, fumar fue considerado como una conducta sobreaprendida. Se resaltó el hecho de que un fumador duro podría haber dado millones de caladas que se habrían ido asociando a numerosos estímulos (internos y externos al sujeto), los cuales podrían posteriormente elicitar la que- rrencia o deseo condicionado de los cigarrillos. Aunque en la actualidad se considera que fumar es producto de factores farmacológicos, psicológicos y sociales, los aspectos conductuales siguen siendo esenciales (Becoña y Vázquez, 1998a; Lando, 1993; Lichtenstein y Glasgow, 1992; Schwartz, 1987; USDHHS, 1991). Las técnicas conductuales se enseñan utilizando métodos como la instrucción verbal, modelando las conductas deseadas, ensayo conductual, proporcionando *feedback* sobre la ejecución y entrenamiento en estrategias de afrontamiento específicas.

Hay un número importante de técnicas psicológicas disponibles para dejar de fumar. A continuación expondremos algunas de las más eficaces.

6.1. LA TÉCNICA DE FUMAR RÁPIDO

La técnica de fumar rápido se basa en los principios del condicionamiento aversivo, utilizando los propios cigarrillos como agente aversivo. Esta fue sistematizada por el equipo investigador de Lichtenstein de la Universidad de Oregón. En el formato estándar sugerido por Lichtenstein et al. (1973), los sujetos inhalan el humo de los cigarrillos de su marca preferida cada 6 segundos (se utiliza un metrónomo o aparato similar). En cada sesión se hacen tres ensayos de 15 minutos cada uno, con una pausa de 5 minutos de descanso entre ellos. Durante los ensayos el



sujeto debe prestar atención a los aspectos negativos de la situación que le va indicando el terapeuta. Los descansos entre ensayos se aprovechan para comentar los aspectos negativos de la experiencia y sugerirle asociaciones negativas acerca del hábito de fumar. En la aplicación de esta técnica es muy importante el contexto de tratamiento y los factores no específicos del mismo. Así, Lichtenstein y Danaher (1976) aconsejan el cultivo de una relación cálida, personal y persuasiva entre cliente y terapeuta. La seguridad del sujeto de que se pueda mantener abstinentemente y la autoeficacia son variables importantes que predicen que el sujeto se mantenga abstinentemente una vez ha finalizado el tratamiento. Algunos autores (ej., Horan et al., 1977) han hecho hincapié en que la utilización de esta técnica conlleva riesgos para la salud de los sujetos. Sin embargo, a nivel clínico no se ha encontrado consecuencias significativas negativas para los sujetos, incluso cuando se ha utilizado con pacientes con problemas cardíacos y pulmonares. La eficacia de dicha técnica en los distintos estudios es consistente (American Psychiatric Association, 1996; Schwartz, 1987). En torno al 100% al final del tratamiento y del 50% de abstinencia al año de seguimiento.

6.2. SACIACIÓN

La técnica de la saciación, aplicada al tratamiento de fumadores, fue inicialmente utilizada por Resnick (1968). El objetivo de esta técnica es que los aspectos positivos del fumar (sabor, deleite, satisfacción, etc) se hagan aversivos, a través de la pérdida del potencial reforzante de un reforzador positivo, que se hace disponible en una cantidad excesiva. Se le da instrucciones al sujeto para que aumente

de forma exagerada el consumo de cigarrillos. El sujeto tiene que duplicar, triplicar o cuadruplicar el consumo de cigarrillos respecto a los que fumaba al comienzo del tratamiento (a nivel basal) durante un intervalo de tiempo especificado (ej., una semana), produciéndose en este caso malestar, dolores, vómitos, etc. Después de que el sujeto lleva a cabo este proceso durante una o varias semanas, se le pide que abandone los cigarrillos. Con el procedimiento de la saciación se consiguen porcentajes de abstinencia entre el 15% y 35% al año de seguimiento (Schwartz, 1987). La eficacia de la saciación se incrementa significativamente dentro de programas multicomponentes, llegando a conseguirse porcentajes de abstinencia de aproximadamente el 50% al año de seguimiento (Lando, 1993).

6.3. LA TÉCNICA DE RETENER EL HUMO

Esta técnica, en combinación con hipnosis y consejo de no fumar, la aplicó por vez primera Tori (1978). Posteriormente, Kopel et al. (1979) la utilizaron sola. La técnica de retener el humo parte de los principios que sustentan los procedimientos aversivos, utilizando el propio humo de los cigarrillos como estímulo aversivo. No obstante, esta técnica conlleva efectos menos desagradables que la técnica de fumar rápido. El tratamiento para dejar de fumar con esta técnica consta de 8-10 sesiones. Estas comprenden un promedio de 3 ensayos con 5-6 retenciones de humo por cada uno. El proceso de retener el humo consiste en que el sujeto tiene que aguantar el humo del cigarrillo en la boca y garganta durante 30 segundos (45 segundos en algún estudio) y, al mismo tiempo, seguir respirando por la nariz. Los descansos entre las retenciones de humo son también de 30 se-



gundos, y entre los ensayos de 5 minutos. Cuando el sujeto tiene el humo en la boca se le proporcionan instrucciones específicas sobre la experiencia. Los porcentajes de abstinencia al año de seguimiento oscilan entre el 40%-50% (Becoña y Gómez-Durán, 1992).

6.4. LA TÉCNICA DE REDUCCIÓN GRADUAL DE LA NICOTINA

Esta técnica fue desarrollada por Foxx y Brown (1979). Implica un proceso paulatino de reducción de nicotina y alquitrán mediante el cambio semanal de la marca de cigarrillos. La reducción semanal respecto a la línea base es del 30%, 60% y 90%. Además, el sujeto tiene que cumplimentar los autorregistros y representar gráficamente el consumo de cigarrillos. Si el individuo no consigue dejar de fumar después del último cambio de marca, se procede a la reducción gradual de cigarrillos (Foxx y Axelroth, 1983). A pesar de que existen datos de laboratorio que apuntan a que los fumadores compensan la disminución del contenido de nicotina aspirando con más fuerza o con más frecuencia (Benowitz, 1985), el cambio en el contexto de un programa de tratamiento es eficaz si se enseña a los sujetos a evitar la compensación nicotínica. Los niveles de eficacia oscilan entre un 8% y un 50% al año de seguimiento, con un nivel promedio de eficacia a largo plazo del 34%. Además, un número muy importante de fumadores que no abandonan los cigarrillos pasan a fumar menos cigarrillos que los que fumaban antes del tratamiento (ej., Becoña y Míguez, 1995; Vázquez y Becoña, en prensa).

6.5. LOS CONTRATOS DE CONTINGENCIAS

Los contratos de contingencias son contratos que se establecen entre el terapeuta y el cliente. En ellos se especifican las conductas a realizar por el sujeto y el refuerzo o el castigo que va a recibir por parte del terapeuta. Los elementos esenciales en los contratos son el refuerzo que el sujeto recibe por parte del terapeuta, junto con los aspectos normativos que conlleva la firma del contrato. Una de las modalidades más utilizadas son los contratos de contingencia con coste de respuesta. Este procedimiento consiste en perder algo que sea valioso para el fumador (ej., dinero) cuando fume. El control aversivo se produce por la retirada de la estimulación reforzante cuando el sujeto ha emitido la conducta de fumar. Elliott y Tighe (1968) consiguieron un porcentaje de abstinencia del 36% a los 17 meses de finalizado el tratamiento. Esta estrategia suele ser parte básica de la primera fase de los programas multicomponentes. Por ejemplo, Paxton (1980, 1981, 1983) utilizando distintos tipos de depósitos, así como diferentes espaciaciones de reintegro del depósito, en programas multicomponentes, obtuvo en torno al 40% de abstinencia a los 6 meses de seguimiento. Esta estrategia suele ser parte básica de la primera fase de los programas multicomponentes.

6.6. EL CONTROL DE ESTÍMULOS Y LA EXTINCIÓN

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 que- rencia de la droga). El trabajo de Abrams (1986) muestra que el fenómeno de la reactividad condicionada a esas señales asociadas con la conducta de fumar pueden ser un importante predictor de la recaída. En algunos estudios se ha intentado reducir el número de señales asociadas con fumar antes de que el sujeto consiguiese la abstinencia. Para ello, se utiliza con mucha asiduidad la estrategia de control de estímulos, reduciendo el hábito tabáquico aplicando una restricción progresiva de las situaciones en las

cuales está permitido fumar o siguiendo una secuencia de tiempo determinado (ej., cada hora). Con la técnica de control de estímulos se consiguieron resultados modestos cuando se ha utilizado aisladamente. No obstante, utilizada en tratamientos multicomponentes bien evaluados (ej., Becoña, 1993) es una estrategia sumamente útil.

6.7. LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE LA RECAÍDA

Las estrategias de prevención de la recaída se han convertido en un elemento indispensable en los programas para dejar de fumar (USDHHS, 1996). Los objetivos de la

Tabla 3. Estrategias de prevención de recaída

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



prevención de la recaída son prevenir la ocurrencia de caídas iniciales después de que un fumador haya llevado a cabo un tratamiento para dejar de fumar y prevenir que una caída finalice en una recaída (Marlatt y Gordon, 1985). Las técnicas de prevención de la recaída o mantenimiento son con fre-

cuencia incluidas en los tratamientos multicomponentes (Míguez y Becoña, 1997). Estos componentes tienen la finalidad de reducir la recaída, prolongando el tratamiento más allá de la fecha elegida para dejar de fumar y/o proporcionar estrategias específicas de afrontamiento para fomentar la abstinencia

Tabla 4. Fases de un programa multicomponente

Fase	Elementos
<i>Preparación</i>	<p>Movilizar la motivación y el compromiso del cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depósitos monetarios contingentes a la asistencia a las sesiones de tratamiento - Revisar las razones para dejar de fumar y los beneficios de abandonar los cigarrillos <p>Autoobservación: aumento de la concienciación y del conocimiento de la propia conducta</p> <p>Establecer el día en que va a dejar de fumar (de 1 a 3 semanas)</p> <p>Entrenarlo en técnicas de automanejo y autocontrol</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilización de autorregistros para identificar los estímulos que elicitaban la conducta de fumar - Identificar posibles conductas alternativas a la conducta de fumar - Entrenamiento en manejo del estrés: relajación o ejercicio
<i>Abandono</i>	<p>Estrategias aversivas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fumar rápido - Retener el humo - Saciación - Sensibilización encubierta <p>Estrategias no aversivas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán - Contratos en los que conste el día de la fecha de abandono <p>Estrategias farmacológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia sustitutiva de la nicotina (chicles y parches de nicotina)
<i>Mantenimiento</i>	<p>Sesiones de seguimiento o llamadas telefónicas</p> <p>Entrenamiento en estrategias de afrontamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estrategias de automanejo para evitar los estímulos elicitadores 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 (aprender del desliz, etc.) <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 sujeto (esposa, amigos)

Adaptado de USDHHS(1991)



continuada (ver **Tabla 3**). En la prevención de recaídas se pueden distinguir procedimientos generales y específicos de intervención (Brownell et al., 1986). Las principales estrategias de intervención pueden clasificarse en tres categorías: 1) entrenamiento en destrezas (respuestas de afrontamiento con situaciones de alto riesgo, tanto cognitivas como comportamentales); 2) procedimientos de cogniciones alternativas; y, 3) estrategias de intervención en el estilo de vida (ej., relajación y ejercicio físico). Entre las estrategias de intervención específicas las más habituales son el autorregistro, la observación directa, escalas de autoeficacia, descripciones de recaídas pasadas o fantasías de recaída, entrenamiento en relajación y procedimientos de manejo de estrés y la matriz de decisión.

6.8. LOS PROGRAMAS MULTICOMPONENTES

Son el procedimiento conductual más utilizado en la actualidad para dejar de fumar. Tienen tres fases: preparación para dejar de fumar, abandono de los cigarrillos y mantenimiento de la abstinencia (USDHHS, 1991) (ver **Tabla 4**). El objetivo principal en la fase de preparación es motivar al fumador y que adquiera el compromiso de dejar su conducta. Para ello se suelen utilizar los depósitos monetarios y los contratos de contingencias. El fumador firma un contrato (contrato de contingencia) y hace un depósito que irá recuperando según vaya cumpliendo lo pautado (ej., recupera el dinero contingentemente a su asistencia a las sesiones de tratamiento y seguimiento). También es recomendable revisar con el fumador las razones para dejar de fumar y los beneficios que obtendrá con el abandono de los cigarrillos. En esta fase el fumador también tiene que concienciarse y

conocer lo más objetiva y exhaustivamente posible su conducta de fumar. Esto se puede conseguir registrando los cigarrillos que fuma y los antecedentes y consecuentes que siguen a esta conducta (técnica de autorregistro), así como representando en una gráfica su consumo. En esta fase también se fija la fecha en que el fumador va a dejar de fumar (ej., venir abstinente en cuarta sesión), tiempo más que suficiente para que el sujeto se prepare para dejar de fumar. Igualmente es en esta fase cuando hay que preparar al sujeto 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., fumar rápido, retener el humor o la reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán) u otra que haya obtenido una eficacia adecuada cuando se ha utilizado en un programa multicomponente (ej., saciación, sensibilización encubierta, contrato con fecha fija para dejarlo). Cuando el fumador ya dejó de fumar, entramos en otra fase, la de mantenimiento, también conocida como fase de prevención de la recaída (Marlatt y Gordon, 1985). Se considera como la fase orientada a mantener las ganancias del tratamiento a largo plazo. En esta fase se llevan a cabo sesiones de seguimiento, que se pueden realizar personalmente, por teléfono o por carta. También se puede entrenar al sujeto en habilidades de afrontamiento para evitar los estímulos que elicitaban el deseo de fumar; aprender a identificar y manejar situaciones de alto riesgo o afrontar ade-



cuadramente las caídas. Cuando el sujeto no tenga apoyo suficiente para mantenerse abstinentemente se puede entrenar al mismo en cómo conseguirlo y a las personas más cercanas para que lo apoyen adecuadamente. Este tipo de programas es el más eficaz a largo plazo (Schwartz, 1987). Los programas multicomponentes más efectivos han informado de porcentajes de abstinencia de aproximadamente el 50% al año de finalizado el tratamiento. Decenas de estudios apoyan dicha afirmación. Hay algunos programas multicomponentes que combinaron terapia psicológica y farmacológica, mostrando una buena eficacia (ej., Cinciripini et al., 1996; Richmond et al., 1997; Salvador et al., 1988).

7. PRODUCTOS SUSTITUTIVOS DE LA NICOTINA

La terapia sustitutiva de la nicotina para dejar de fumar incluye el chicle de nicotina, el parche de nicotina, el nebulizador intranasal y el inhalador de nicotina (American Psychiatric Association, 1996; Becoña y Vázquez, 1998a; Shiffman, Mason y Henningfield, 1998; USDHHS, 1996). Actualmente, se venden sin receta médica en las farmacias el chicle de nicotina (*Nicorette*, 1 y 4 mg) y el parche de nicotina (*Nicotrol*, 15 mg; y *Nicoderm*, 21, 14 y 7mg). Los sustitutos de la nicotina, si se utilizan adecuadamente (ver **Tabla 5**), producen algunos beneficios entre los que se incluye la reducción de los síntomas del síndrome de abstinencia, la reducción del nivel de nicotina en el cuerpo y una menor toxicidad comparada con los cigarrillos. Cada uno de los productos de nicotina presenta diferencias farmacocinéticas en la cantidad de nicotina absorbida por unidad de dosis, en el

método de administración y en los efectos secundarios y contraindicaciones. El chicle y el parche de nicotina han demostrado que son eficaces para dejar de fumar, y de los otros sustitutos parece que también pueden ser beneficiosos, aunque los datos publicados acerca de estos productos son limitados (USDHHS, 1996).

7.1. EL CHICLE DE NICOTINA

Fue desarrollado bajo el supuesto de que el síndrome de abstinencia de la nicotina ocurre y es necesario aliviarlo para que el fumador deje de fumar inicialmente y, conforme transcurre el tiempo, el sujeto abandone el hábito psicológico de los cigarrillos al no precisarlos. Contiene nicotina unida a un ión que intercambia resina, el cual controla la liberación de nicotina, y un tampón con pH alcalino que aumenta su absorción por la mucosa oral. El contenido de cada chicle puede ser de 2 mg o 4 mg. Se recomienda utilizar el de 4 mg con los fumadores que tienen una elevada dependencia de la nicotina (Hughes, 1996).

De las distintas investigaciones con el chicle de nicotina se pueden comentar varios aspectos del mismo (American Psychiatric Association, 1996). El chicle de nicotina elimina el síndrome de abstinencia de la nicotina. La nicotina del chicle precisa más tiempo para la absorción por el organismo que la nicotina de los cigarrillos. Con una cantidad de 8-30 chicles diarios, los sujetos pueden ser capaces de dejar de fumar cigarrillos dentro del tratamiento. El nivel de nicotina en el torrente sanguíneo que se consigue con los chicles de 2 y 4 mg es aproximadamente uno y dos tercios menor, respectivamente, del que consigue el fumador cuando fuma cigarrillos,



Tabla 5. Normas de utilización correcta de los sustitutos de la nicotina

¿Quién debe usar terapia sustitutiva de la nicotina?	La investigación disponible demuestra que la terapia sustitutiva en general incrementa los porcentajes de fumar. Por lo tanto, excepto en la presencia de precauciones médicas de consideración y un grado de dependencia bajo, el clínico puede animar a su paciente que utilice junto a un procedimiento conductual la terapia sustitutiva de nicotina
¿Se debe adaptar la terapia sustitutiva de nicotina a cada fumador?	<p>La investigación no apoya la adaptación de dosis concretas a individuos concretos (excepto con los fumadores con baja dependencia). La dosis se prescribirá de acuerdo con lo indicado anteriormente</p> <p>La investigación si apoya la adaptación de la dosis el caso de que se utilice chicle de nicotina. Se recomiendan los chicles de nicotina de 4 mg para los fumadores altamente dependientes (los que fuman más de 20 cigarrillos/día, los que fuman su primer cigarrillo en un periodo no superior a 30 minutos después de despertarse y los que tienen dificultades para no fumar en los sitios prohibidos), mientras que los de 2 mg para los fumadores menos dependientes. En caso de que el sujeto no deje de fumar con chicles de nicotina de 2 mg también es recomendable utilizar los chicles de nicotina de 4 mg</p>
¿Se debería prescribir a los pacientes chicles o parches de nicotina?	<p>Aunque ambas sustancias son eficaces, es más recomendable utilizar el parche de nicotina cuando es un uso clínico rutinario. Para ello se puede argumentar que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes presentan una mayor adherencia al tratamiento con parche de nicotina - La terapia con parches de nicotina le supone un menor tiempo al clínico y al paciente para usarla adecuadamente <p>Las razones que aconsejan el uso del chicle de nicotina son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preferencia del paciente por esta modalidad de tratamiento - Fracasos anteriores con el parche de nicotina - Contraindicaciones específicas del parche de nicotina (ej., reacciones de la piel severas)

pues la nicotina de los cigarrillos se absorbe directamente en la circulación arterial.

Hay varios metaanálisis que presentan datos sobre la eficacia del chicle de nicotina. De ellos, cuatro prácticamente analizaron la mayoría de los estudios que se han llevado a cabo con chicle de nicotina: el de Lam et al. (1987), el de Cepeda-Benito (1993), el de Tang et al. (1994) y el de Silagy et al. (1994). De estos metaanálisis se extraen las siguientes conclusiones: 1) el chicle de nicotina mejo-

ra los porcentajes de abstinencia a los 12 meses de seguimiento aproximadamente en un 40%-60% comparado con las intervenciones control. Estos cuatro metaanálisis encontraron que el chicle era una ayuda eficaz para que los fumadores dejaran de fumar, y esta mejora se observó en los pacientes que fueron a tratamiento por ellos mismos y aquellos que no fueron seleccionados; 2) el chicle de nicotina es más eficaz que la intervenciones control independientemente de la intensidad de la intervención psicológica, aunque



la eficacia es mayor cuando se combina con una terapia psicológica; y, 3) el chicle de nicotina de 4 mg es más eficaz que el de 2 mg en los fumadores altamente dependientes de la nicotina. Hay que hacer notar que el chicle de nicotina no debe ser utilizado en embarazadas ni en personas con enfermedades cardiovasculares (Transdermal Nicotine Study Group, 1992). Incluso en estos casos podría ser menos perjudicial para el sujeto consumir chicle de nicotina que cigarrillos.

7.2. EL PARCHÉ DE NICOTINA

En las revisión de Fagerström et al. (1993) y de Fiore et al. (1992) se analizan de modo exhaustivo la efectividad y otros aspectos clínicos del parche de nicotina. En dichas revisiones se analizan 11 estudios, los cuales muestran que entre el parche de nicotina y el parche placebo existen diferencias significativas. Al final del tratamiento los porcentajes de abstinencia se sitúan entre el 18% y el 77%, a los 6 meses entre el 22% y el 44% y a los 12 meses entre el 17% y el 26%. Estudios posteriores obtuvieron resultados semejantes (ej., Fiore, Kenford et al., 1994). Los autores de ambas revisiones creen que factores como la experiencia de los terapeutas, selección de sujetos, motivación a dejar de fumar, duración del tratamiento, dosis de la nicotina liberada por los parches, etc., pueden explicar la variabilidad de resultados. Hay varios metaanálisis que han analizado la eficacia del parche de nicotina. Los más representativos son los de Fiore, Smith et al., 1994, Gourlay, 1994, Po, 1993, Silagy et al., 1994 y Tang et al., 1994. Son varias las conclusiones que se pueden sacar de los mismos: 1) la eficacia del parche de nicotina a los 6 y 12 meses es aproximadamente el doble que la que se

obtiene en las intervenciones placebo. Se concluye, por tanto, que el parche de nicotina es una ayuda efectiva para dejar de fumar; 2) el parche de nicotina es consecuentemente más eficaz que las intervenciones placebo, indiferentemente de la aportación del tratamiento psicológico coadyuvante. Sin embargo, la aplicación conjunta con intervenciones psicológicas aumenta los porcentajes de abstinencia que se obtienen con aquellos sujetos que se les administra parche o placebo; y, 3) los fumadores se ajustan más a las instrucciones del parche de nicotina que a las del chicle de nicotina. A diferencia del chicle de nicotina, los parches se han utilizado con personas con trastornos arteriales coronarios y embarazadas. Los efectos secundarios más frecuentes son las reacciones cutáneas locales (picor, eritema leve o moderado) que afectan al 35%-54% de los casos en la revisión de Fiore et al. (1992) y entre el 10%-97% en la de Fagerström et al. (1993). Suelen desaparecer con la aplicación local de esteroides y antihistamínicos, no pareciendo ser significativos estos efectos secundarios.

7.3. EL NEBULIZADOR INTRANASAL

El nebulizador intranasal es una solución de nicotina que permite su administración a través de las fosas nasales (Shiffman et al., 1998). Ha aparecido como un posible sustituto del chicle de nicotina, en aquellos casos en que la utilización del chicle estuviese desaconsejada. Permite una absorción más rápida y completa de la nicotina que el chicle y sus efectos son similares a la inhalación del humo. El nivel de nicotina en sangre que proporciona esta solución intranasal es intermedio entre el chicle y los cigarrillos. Una vez que se ha administrado la nicotina, alcanza su



pico más alto en los primeros 10 minutos. El nivel de nicotina que se consigue en sangre es de aproximadamente dos tercios del que se consigue fumando los cigarrillos. Los pocos estudios que se han realizado hasta la actualidad indican que puede ser una ayuda útil para evitar la recaída y los síntomas de abstinencia. Jarvis, Hajeck et al. (1987) consiguieron una abstinencia del 35% después de aproximadamente unos 11 días utilizando el nebulizador intranasal. En una investigación posterior, Sutherland et al. (1992) demostraron que esa abstinencia al final del tratamiento fue más del doble para el grupo de tratamiento (26%) que para el placebo.

7.4. EL INHALADOR DE NICOTINA

El inhalador de nicotina es un aparato con forma de tubo similar a la forma de un cigarrillo que contiene un receptáculo con nicotina colocado en su interior. Este receptáculo produce vapor de nicotina cuando el aire caliente pasa a través de él, con lo cual el aire es saturado de nicotina antes de ser inspirado. La absorción del inhalador de nicotina es fundamentalmente bucal más que respiratoria (Shiffman et al., 1998). Las versiones más recientes de inhaladores de la nicotina producen incrementos de niveles de nicotina en sangre más rápidamente que el chicle de nicotina, pero más lentos que los de los nebulizadores nasales, con niveles de nicotina en sangre de aproximadamente un tercio que los que se consiguen fumando cigarrillos (Sutherland et al., 1993). En el estudio de Tonnesen et al. (1993) se consiguieron unos porcentajes de abstinencia del 15% al año de seguimiento utilizando el inhalador de nicotina. El inhalador también se usa según el indi-

viduo tiene necesidad durante aproximadamente 12 semanas.

8. CONCLUSIÓN

El objetivo de este artículo fue proporcionar información reciente sobre factores conductuales, fisiológicos y epidemiológicos relacionados con la conducta de fumar y la dependencia de la nicotina que puedan ser útiles a nivel clínico para abordar el tratamiento del tabaquismo. También se revisaron las terapias clínicas más importantes, de tipo psicológico y farmacológico, que se están utilizando hoy en día en los tratamientos para dejar de fumar. El problema del consumo de cigarrillos es sumamente complejo, ya que como mencionamos a lo largo de este artículo, en él confluyen variables fisiológicas, psicológicas y sociales (Becoña y Vázquez, 1998a). Ello es la causa de que aunque en la actualidad hay terapias psicológicas y farmacológicas eficaces (American Psychiatric Association, 1996; Becoña y Vázquez, 1998a; USDHHS, 1996), los resultados de los tratamientos para dejar de fumar no siempre son los que deseamos los clínicos. Quizás la clave de obtener mejores resultados y afrontar más adecuadamente la complejidad inherente a la conducta de fumar haya que buscarla en el proceso de evaluación. No perdamos de vista que de la evaluación depende el acotar correctamente el problema y las variables que lo están manteniendo, establecer los objetivos que se quieren lograr con el tratamiento, dar la información necesaria para escoger las técnicas más adecuadas y valorar los resultados tanto durante la intervención como al final de la misma (Becoña y Vázquez, 1997). Como hemos visto, hay suficientes instrumentos y con suficiente calidad para hacer un diag-



nóstico y una evaluación correcta. La utilización de unas u otras herramientas vendrá dada por las peculiaridades del fumador que acuda a la clínica.

También, como hemos visto a lo largo de esta revisión, en la actualidad disponemos de un arsenal muy importante de técnicas psicológicas y farmacológicas para dejar de fumar. Los estudios que evalúan las intervenciones para dejar de fumar han indicado que los tratamientos que incorporan enfoques comportamentales son los más eficaces. Resulta paradójico que a pesar de los buenos resultados que han obtenido algunas de las técnicas aversivas como las de fumar rápido, retener el humo o saciación, estos métodos son poco empleados en la actualidad en comparación con su aplicación en los años setenta. Lo desagradable de los procedimientos aversivos limita su interés para los fumadores y por quienes aplican los programas. Sin embargo, para el clínico las técnicas aversivas son un instrumento terapéutico más que puede ser útil en un momento determinado. De hecho, por ejemplo, la Asociación de Psiquiatría Americana (American Psychiatric Association, 1996) recomienda la técnica de fumar rápido como un componente de la terapia para aquellos fumadores que deseen dejar de fumar con este procedimiento. Aunque hoy disponemos de técnicas psicológicas que obtienen los mismos resultados que con este tipo de técnicas, su utilización podría ser adecuada cuando: 1) el fumador no ha dejado de fumar con otra técnica de tratamiento, valora mucho conseguir la abstinencia del modo que sea y tiene un buen nivel motivacional; o, 2) cuando el fumador dispone de poco tiempo para dejar de fumar (ej., una semana) y tiene suficiente motivación para llevar a cabo un tratamiento intensivo diario (Becoña y Vázquez, 1998a). Los pro-

gramas multicomponentes (ej., Becoña, 1993) y otras técnicas psicológicas son los tratamientos más utilizados en la actualidad.

En la última década se ha incorporado la terapia de sustitución de la nicotina. Los chicles y los parches de nicotina han demostrado que son los productos de esta clase más eficaces. Este tipo de intervenciones también se ha integrado satisfactoriamente con los enfoques cognitivos-comportamentales (Transdermal Nicotine Study Group, 1992). Cada vez es más usual la utilización conjunta de ambos tipos de terapia (Shiffman et al., 1998).

En realidad, contamos ya con excelentes procedimientos clínicos para dejar de fumar. Durante las últimas décadas numerosas personas se han beneficiado de los tratamientos especializados para dejar de fumar. Existen suficientes intervenciones para elegir, aunque cualquiera que sea la que se elija, debe tener un objetivo específico. En la sabia utilización de una técnica por parte del terapeuta está la clave para optimizar la eficacia de las posibles tratamientos disponibles. La mayoría de las veces el fracaso en el tratamiento no es debido a la técnica en sí, sino a la deficiente preparación del terapeuta en aplicar la misma.

BIBLIOGRAFÍA

Abrams, D.B. (1986). Roles of psychosocial stress, smoking cues and coping in smoking-relapse prevention. *Health Psychology, 5* (Suppl.), 91-92.

American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (1996). Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *American Journal of Psychiatry, 153*: 1-31.



- 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. y Gómez-Durán, B.J. (1991). Descenso del consumo de cigarrillos en la línea base y eficacia de un programa para dejar de fumar. *Revista Española de Drogodependencias*, 16: 277-283.
- Becoña, E. y Gómez-Durán, B.J. (1992). La técnica de retener el humo: una revisión. *Adicciones*, 4: 339-358.
- Becoña, E., Gómez-Durán, B.J., Álvarez-Soto, E. y García, M.P. (1992). Scores of Spanish smokers on Fagerström's Tolerance Questionnaire. *Psychological Reports*, 71: 1227-1233.
- Becoña, E. y Míguez, M.C. (1995). Abstinencia, recaída y no abandono en un programa para dejar de fumar. *Adicciones*, 7: 41-58.
- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1997). La evaluación de la conducta de fumar. *Psicología Conductual*, 5: 345-364.
- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1998 a). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson.
- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1998b). Smoking cessation and weight gain in smokers participating in a behavioral treatment at 3-year follow-up. *Psychological Reports*, 82: 999-1005.
- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1998c). The Fagerström test for nicotine dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports*, 83: 1455-1458.
- Benowitz, N. (1985). The use of biologic fluid samples in assessing tobacco smoke consumption. En J. Grabowski y C. Bell (Eds.), *Measurement in the analysis and treatment of smoking*. NIDA Research Monograph (Vol 48, pp. 6-26). Rockville, MD: Department of Health and Human Services.
- Breslau, N., Kilbey, M.M. y Andreski, P. (1994). DSM-III-R nicotine dependence in young adults: Prevalence, correlates and associated psychiatric disorders. *Addiction*, 89: 743-754.
- Brownell, K.D., Marlatt, G.A., Lichtenstein, E. y Wilson, G.T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41: 765-782.
- Centers for Disease Control. (1991). Smoking-attributable mortality and years of potential life lost: United States, 1998. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 40: 62-63, 69-71.
- Cepeda-Benito, A. (1993). Meta-analytical review of the efficacy of nicotine chewing gum in smoking treatment programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61: 822-830.
- Cinciripini, P., Cinciripini, L., Waalfisch, A., Haque, W. y Van Vunakis, H. (1996). Behavior therapy and the transdermal nicotine patch: Effects on cessation outcome, affect, and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64: 314-323.
- Cohen, S., Lichtenstein, E., Prochaska, J.O., Rossi, J.S., Gritz, E.R., Carr, C.R., Orleans, C.T., Schoenbach, V.J., Biener, L., Abrams, D., DiClemente, C., Curry, S., Marlatt, G.A., Cummings, K.M., Emont, S.L., Giovino, G. y Ossip-Klein, D. (1989). Debunking myths about self-quitting. Evidence from 10 prospective studies of persons who attempt to quit smoking by themselves. *American Psychologist*, 4: 1355-1365.



Elliott, R. y Tighe, T. (1968). Breaking the cigarette habit: Effects of a technique involving threatened loss of money. *Psychological Record*, 18: 503-508.

Fagerström, K.O. (1978). Measuring degree of physical dependence on tobacco smoking with references to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3: 235-241.

Fagerström, K.O., Säwe, U. y Tonnesen, P. (1993). Therapeutic use of nicotine patches: Efficacy and safety. *Journal of Drug Deviation*, 5: 191-205.

Fiore, M.C., Jorenby, D.E., Baker, T.B. y Kenford, S.L. (1992). Tobacco dependence and the nicotine patch: Clinical guidelines for effective use. *Journal of the American Medical Association*, 268: 2687-2694.

Fiore, M.C., Kenford, S.L., Jorenby, D.E., Wetter, D.W., Smith, S.S. y Baker, T.B. (1994). Two studies of the clinical effectiveness of the nicotine patch with different counseling treatments. *Chest*, 105: 524-533.

Fiore, M.C., Smith, S., Jorenby, D. y Baker, T. (1994). The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 271: 1940-1947.

Foxx, R.M. y Axelroth, E. (1983). Nicotine fading, self-monitoring and cigarette fading to produce cigarette abstinence or controlled smoking. *Behavior Research and Therapy*, 21: 17-27

Foxx, R.M. y Brown, R.A. (1979). Nicotine fading, self-monitoring for cigarette abstinence or controlled smoking. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12: 115-125.

Glassman, A.H. (1993). Cigarette smoking: Implications for psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 150: 546-553.

Glassman, A.H., Covey, L.S., Dalack, G.W., Stetner, F., Rivelli, S.K., Fleiss, J. y Cooper, T.B. (1993). Smoking cessation, clonidine, and vulnerability to nicotine among dependent smoker. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 54: 670-679.

Gourlay, S. (1994). The pros and cons of transdermal nicotine therapy. *Medical Journal of Australia*, 160: 152-159.

Hale, K.L., Hughes, J.R., Olivetto, A.H., Helzer, J.E., Higgins, S.T., Bickel, W.K. y Cottler, L.B. (1993). Nicotine dependence in a population-based sample. En L.S. Harris (Ed.), *Problems of Drug Dependence: NIDA Research Monograph* (Vol. 132, p. 181). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C. y Fagerström, K.O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addictions*, 86: 1119-1127.

Henningfield, J.E., Cohen, C. y Pickworth, W.B. (1993). Psychopharmacology of nicotine. En C.T. Orleans y J. Slade (Eds.), *Nicotine addiction: Principles and management* (pp. 24-45). Nueva York: Oxford University Press.

Horan, J.J., Linberg, S.E. y Hackett, G. (1977). Nicotine poisoning and rapid smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45: 344-347

Hughes, J.R. (1989). Dependence potential and abuse liability of nicotine replacement therapies. *Biomedical Pharmacotherapy*, 43: 11-17.

Hughes, J.R. (1993a). Pharmacotherapy for smoking cessation: Unvalidated assumptions, anomalies, and suggestions for future research.



Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61: 751-760.

Hughes, J.R. (1993b). Smoking as a drug dependence: A reply to Robinson and Pritchard. *Psychopharmacology* (Berl), 113: 282-283.

Hughes, J.R. (1996). Treatment of nicotine dependence. En C.R. Schuster, S.W. Gust y M.J. Kuhar (Eds.), *Pharmacological aspects of drug dependence: Toward an integrative neurobehavioral approach: Handbook of experimental psychology series* (Vol 11, pp.599-618). Nueva York: Springer-Verlag.

Hughes, J.R. y Hatsukami, D.K. (1986). Signs and symptoms of tobacco withdrawal. *Archives of General Psychiatry*, 43: 289-294.

Hughes, J.R. y Hatsukami, D.K. (1992). The nicotine withdrawal syndrome: A brief review and update. *International Journal of Smoking Cessation*, 1: 21-26.

Jarvis, M., Hajek, P. y Russell, M. (1987). Nasal nicotine solution as an aid to cigarette withdrawal: A pilot clinical trial. *British Journal of Addictions*, 82: 983-988.

Jarvis, M.J. y Sutherland, G. (1998). Tobacco smoking. En A. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology* (Vol. 8, pp. 645-674). Nueva York: Elsevier Science Ltd.

Jarvis, M.J., Tunstall-Pedoe, H., Feyerabend, C., Vesey, C.J. y Saloojee, Y. (1987). Comparison of tests used to distinguish smokers from nonsmokers. *American Journal of Public Health*, 77: 405-409.

Kopel, S., Suckerman, K. y Baksht, A. (1979). *Smoke holding: An evaluation of physiological effects and treatment efficacy of a new nonhazardous aversive smoking procedure*. Paper presented at the 13th Meeting of the

Association for Advancement of Behavior Therapy, San Francisco.

Lam, W., Sze, P., Sacks, H. y Chalmers, T. (1987). Meta-analysis of randomised controlled trials of nicotine chewing-gum. *The Lancet*, 2: 27-30.

Lando, A.H. (1989). Treatment outcome evaluation methodology in smoking cessation: Strengths and key issues. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 11: 201-214.

Lando, H.A. (1993). Formal quit smoking treatments. En C.T. Orleans y J. Slade (Eds.), *Nicotine addiction. Principles and management* (pp. 221-244). Nueva York: Oxford University Press.

Lerman, C., Orleans, C.T. y Engstrom, P.F. (1993). Biological markers in smoking cessation treatment. *Seminars of Oncology*, 20: 359-357.

Lichtenstein, E. y Danaher, B.G. (1976). Modification of smoking behavior: A critical analysis of theory, research and practice. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 3, pp. 169-206). Nueva York: Academic Press.

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.

Lichtenstein, E., Harris, D.E., Birchler, G.R., Wahl, J.M. y Schmahl, D.P. (1973). Comparison of rapid smoking, warm, smoky air, and attention placebo in modification of smoking behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40: 92-98.

Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guildford Press.



- McConnaughy, E.A., DiClemente, C.C., Prochaska, J.O. y Velicer, W.F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 4: 494-503.
- McFall, R.M. (1978). Smoking-cessation research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46: 704-712.
- Medical Care Expenditures attributable to cigarette smoking-United States, 1993. (1994). *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 43: 469-472.
- Míguez, M.C. y Becoña, E. (1997). El proceso de recaída y sus causas en ex-fumadores. *Adicciones*, 9: 405-436.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1989). *Encuesta Nacional de Salud de España 1987*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1995). *Encuesta Nacional de Salud de España 1993*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1996). *Encuesta Nacional de Salud de España 1995*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (CIE-10)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Paxton, R. (1980). The effects of a deposit contract as a component in a behavioural programme for stopping smoking. *Behaviour Research and Therapy*, 18: 45-50.
- Paxton, R. (1981). Deposit contracts with smokers: Varying frequency and amount of repayments. *Behaviour Research and Therapy*, 19: 117-123.
- Paxton, R. (1983). Prolonging the effects of deposit contracts with smokers. *Behaviour Research and Therapy*, 21: 425-433.
- Po, A.L.W. (1993). Transdermal nicotine in smoking cessation: A meta-analysis. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 45: 519-528.
- Pomerleau, C.S., Carton, S.M., Lutzke, M.L., Flessland, K.A. y Pomerleau, O.F. (1994). Reliability of the Fagerström Tolerance Questionnaire and the Fagerström Test for Nicotine Dependence. *Addictive Behaviors*, 19: 33-39.
- Pomerleau, C.S. y Kurth, C. (1997). Willingness of female smokers to tolerate postcessation weight gain. *Journal of Substance Abuse*, 8: 371-378.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47: 1102-1114.
- Resnick, J.H. (1968). The control of smoking behavior by stimulus satiation. *Behavior Research and Therapy*, 6: 113-114.
- Richmond, R., Kehoe, L., Cesar de Almeida, A. (1997). Effectiveness of a 24-hour transdermal nicotine patch in conjunction with a cognitive behavioural programme: One year outcome. *Addiction*, 92: 27-31.
- Salvador, T., Marín, D., González, A., Iniesta, C., Castellvi, E., Muriana, C. y Agustí, A. (1988). Tratamiento del tabaquismo: eficacia de la utilización del chicle de nicotina. Estudio a doble ciego. *Medicina Clínica*, 90: 646-650.
- Schwartz, J.L. (1987). *Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada, 1978-1985*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.



- Shiffman, S., Mason, K.M. y Hennigfield, J.E. (1998). Tobacco dependence treatments: Review and prospectus. *Annual Review Public Health*, 19: 335-358.
- Silagy, C., Mant, D., Fowler, G. y Lodge, M. (1994). Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *The Lancet*, 343: 139-142.
- Stolerman, I.P. y Jarvis, M.J. (1995). The scientific case that nicotine is addictive. *Psychopharmacology*, 117: 2-10.
- Sutherland, G., Russell, Stapleton, J., Feyerabend, C. y Ferno, O. (1992). Nasal nicotine spray: A rapid nicotine delivery system. *Psychopharmacology*, 108: 512-518.
- Sutherland, G., Russell, M.A.H., Stapleton, J. y Feyerabend, C. (1993). Glycerol particle cigarettes: A less harmful option for chronic smokers. *Thorax*, 48: 385-387.
- Tang, J.L., Law, M. y Wald, N. (1994). How effective is nicotine replacement therapy in helping people to stop smoking? *British Medical Journal*, 308: 21-26.
- Tonnesen, P., Norregaard, J., Mikkelsen, K., Jorgensen, S., Nilsson, F. (1993). A double-blind trial of a nicotine inhaler for smoking cessation. *Journal of the American Medical Association*, 269: 1268-1271.
- Tori, C.D. (1978). A smoking satiation procedure with reduced medical risk. *Journal of Clinical Psychology*, 34: 574-577.
- Transdermal Nicotine Study Group (1992). Transdermal nicotine for smoking cessation. *Journal of the American Medical Association*, 266: 3133-3138.
- USDHHS (1988). *The health consequences of smoking: Nicotine addiction. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- USDHHS (1990). *The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- USDHHS (1991). *Strategies to control tobacco use in the United States: A blueprint for public health action in the 1990s*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- USDHHS (1994). *Preventing tobacco use among young people. A report of the Surgeon General*. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services.
- USDHHS (1996). *Clinical Practice Guideline # 18. Smoking Cessation*. Washington, DC: US Government Printing Office.
- Vázquez, F.L. y Becoña, E. (1998a). ¿El hábito de fumar tiene relación con la depresión? *Psicothema*, 10: 229-239.
- Vázquez, F.L. y Becoña, E. (1998b). Treatment of major depression associated with smoking cessation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97: 1-2.
- Vázquez, F.L. y Becoña, E. (en prensa). Depression and smoking in a smoking cessation program. *Journal of Affective Disorders*.
- Velicer, W.F., Prochaska, J.O., Rossi, J.S. y Snow, M.G. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychological Bulletin*, 111: 23-41.
- Wetter, D.W., Fiore, M.C., Gritz, E.R., Lando, H.A., Stitzer, M.L., Hasselblad, V. y Baker, T. (1998). The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. *American Psychologist*, 53: 657-669.