

Efectividad de los programas para dejar de fumar en función de finalizar o no el tratamiento.

Alvarez-Soto, E.

Unidad de Prevención y Reinserción Social de Drogodependencias de Cangas (Pontevedra)

Becoña, E.

Departamento de Psicología Clínica y Psicobiológica de la Universidad de Santiago de Compostela (La Coruña)

RESUMEN

Existe evidencia de que finalizar un tratamiento para dejar de fumar que se ha comenzado lleva a mejores tasas de eficacia que los que no lo acaban. En este estudio analizamos este aspecto en fumadores de población general utilizando tres grupos: sin tratamiento, los que asistieron a menos de la mitad del tratamiento y los que llevaron a cabo todo el tratamiento. Este estuvo compuesto fundamentalmente por la técnica de retener el humo. Los resultados indicaron que asistir a todas las sesiones del tratamiento produjo una tasa de abstinencia del 87.50% al final del mismo y del 50% al año de seguimiento. Por el contrario en los otros dos grupos, sin tratamiento y menos de la mitad del tratamiento, la tasa de abstinencia fue del 0% tanto al final del tratamiento como un año más tarde de haberse llevado a cabo el mismo.

Palabras Clave: *fumador, retener el humo, tratamiento completo.*

SUMMARY

There are evidence the subjects that conclude a treatment to stop smoking have best abstinence rates that subjects not conclude it. In this study we analyzed this aspect in smokers of general population utilizing three groups: non-treatment, half or less treatment, and complete treatment. This is composed

Correspondencia:

Elisardo Becoña. Universidad de Santiago de Compostela. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología.

Campus Universitario.

15705 Santiago de Compostela (La Coruña).

principally by smokeholding. The results showed what attend at all sesiones produce an abstinence of 87.50% at end of treatment, and 50% at 1-year follow-up. On the contrary in the other two groups, non treatment and half or less of treatment, the abstinence rate is of 0% in the end of treatment and in the 1-year follow-up.

Key Words: *smokers, smokeholding, complete treatment.*

RESUME

Selon toute évidence, achever un traitement après l'avoir entrepris pour abandonner le tabac conduit à de meilleurs résultats que ne pas le finir. Pour cet étude, nous utilisons cette référence pour les fumeurs de la population globale en constituant trois groupes: ceux qui n'ont suivi aucun traitement, ceux qui l'ont suivi moins de la moitié du temps, et ce qui ont achevé le traitement. Il se base essentiellement sur la technique de retenir la fumée. Les résultats ont montré qu'assistant à toutes les sessions du traitement, il s'est produit un taux d'abstinence de 87.50% à la fin de celui-ci, et 50% un an après. En revanche, dans les deux autres groupes, sans traitement ou moins de la moitié de celui-ci, le taux d'abstinence a été de 0%, aussi bien à la fin du traitement qu'un an après sa réalisation.

Mots Cles: *Fumeur, retenir la fumée, traitement complet.*

INTRODUCCION

En el tratamiento de fumadores las técnicas más eficaces en el momento presente son fundamentalmente las conductuales. Estas comenzaron a utilizarse en la década de los 60, pero no fue hasta las décadas de los 70 y 80 cuando se ha dado un salto cualitativo respecto a la eficacia de las mismas, rondando hoy las técnicas eficaces en torno al 100% de abstinencia al final de tratamiento, y del 50% de abstinencia un año más tarde de haber finalizado el tratamiento (Becoña, Galego y Lorenzo, 1988; Lichtenstein, 1982). Esta situación, que es aún insatisfactoria, sin embargo es esperanzadora respecto a las tasas del 15 a 20% que obtienen otras técnicas en el tratamiento de fumadores, o del promedio de un 20% de éxitos que se obtenían a comienzos de los 70 (Bernstein, 1969; Hunt, Barnett y Banch, 1971).

Una de estas técnicas que ha mostrado claramente su eficacia es la **técnica de fu-**

mar rápido, la cual se engloba dentro de las técnicas denominadas **aversivas** (Becoña, 1985). Consiste en que el sujeto fume ininterrumpidamente cada seis segundos, al ritmo de un metrónomo. En cada sesión de tratamiento se hacen tres ensayos de quince minutos de duración cada uno con cinco minutos de descanso entre ambos, donde se discuten los aspectos negativos de la experiencia. Las sesiones se llevan a cabo diariamente al comienzo y luego se van paulatinamente espaciando.

Las tasas de éxito con esta técnica están en torno al 100% al final del tratamiento. Son más de 100 los estudios que se han llevado a cabo con esta técnica para estudiar su eficacia. La misma suele estar en torno al 50% al año de seguimiento (Becoña y Galego, 1988). En un estudio en el que se analizaron a su vez distintos estudios, al llevar a cabo seguimientos con los sujetos entre 5 y 6 años después de haber finalizado el tratamiento se encontró una tasa de

abstinencia del 34% (Lichtenstein y Rodrigues, 1977). En poblaciones de alto riesgo (ej. personas que han sufrido un infarto de miocardio) se ha encontrado recientemente tasas de eficacia de hasta un 70% un año más tarde de haber finalizado el seguimiento (Hall, Sachs, Hall y Benowitz, 1984).

Debido a que a algunos sujetos les resulta desagradable la técnica de fumar rápido, se ha producido el desarrollo de una nueva técnica partiendo de principios semejantes a los de fumar rápido. Esta es la **técnica de retener el humo**, dada a conocer por Koppel, Suckerman y Baksht (1979). La misma consiste en que el sujeto retenga el humo de sus cigarrillos en su boca y garganta en intervalos comprendidos entre 30 y 45 segundos, al tiempo que sigue respirando normalmente por la nariz. Después de este ensayo descansa otros 30 segundos y se repite seis veces de este modo el procedimiento. En cada ensayo, cuando el sujeto tiene el humo en la boca se le van proporcionando instrucciones específicas sobre la experiencia.

Con esta técnica, de modo semejante a la anterior, se han obtenido buenas tasas de abstinencia al final del tratamiento, especialmente aplicada dentro de programas multicomponentes. Además, resulta menos desagradable que la técnica de fumar rápido y entre seis y diez sesiones el sujeto deja de fumar.

En uno de estos estudios Nepps (1984) aplicó la técnica de retener el humo en fumadores en su propio lugar de trabajo, una gran empresa. Utilizando un programa multicomponente compuesto por retener el humo, técnicas de autocontrol y un día fijo para dejar de fumar, obtuvo un 22'2% de abstinencia al final del tratamiento y un 13'9% a los seis meses de seguimiento. En este estudio el 47'2% de los sujetos sólo acudiendo a uno de los nueve módulos de que constaba el programa. Todos los sujetos que habían logrado la abstinencia habían completado ocho o nueve módulos. Considerando a los sujetos que llevaron a

cabo más de un módulo, la tasa de abstinencia pasaba al 42'1% al final del tratamiento y al 26'3% a los seis meses de seguimiento. Y, si se consideraba a aquellos fumadores que llevaron a cabo más de tres módulos del tratamiento, la tasa de abstinencia era del 66'7% al final del tratamiento y del 41'7% a los seis meses de seguimiento. En este estudio aparece claro que la adherencia al tratamiento es un factor importante para conseguir la abstinencia y luego mantenerse abstinentes.

En el estudio de Windsor, Cutter, Morris, Reese, Manzella, Bartlett, Samuelson y Spanos (1985), con mujeres embarazadas fumadoras, utilizaron la técnica de retener el humo como una de las diez habilidades que el sujeto debía conocer para dejar de fumar en siete días. Los resultados indicaron que sólo dejó de fumar el 14% y lo dejó o redujo el 31%. Estos pobres resultados pueden deberse a tan pocos días para el aprendizaje de tantas habilidades.

Otro estudio donde se ha utilizado la técnica de retener el humo es el de Lando y McGovern (1985). En él la combinaron con la técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán (Becoña, 1987 b; Foxx y Brown, 1979). Sus resultados indicaron un 85% de abstinencia al final del tratamiento, un 51% a los seis meses de seguimiento, y un 44% al año de seguimiento.

Mientras que en los estudios anteriores la técnica se ha utilizado fundamentalmente dentro de un programa multicomponente, Becoña y Froján (1988a, 1988b) han utilizado la técnica de retener el humo como elemento principal en un programa que desarrollaron para dejar de fumar. En un estudio de caso (Becoña y Froján, 1988a) aparece clara la eficacia de la técnica de retener el humo. En un diseño donde compararon la técnica de retener el humo y un programa multicomponente en población universitaria (Becoña y Froján, 1988b) sus resultados indicaron mejores resultados para la técnica de retener el humo a nivel de sujetos abstinentes, aunque no a nivel

de diferencias entre grupos. En su estudio utilizaron la técnica diariamente. Cada día se hacían tres ensayos y, en cada uno de ellos, se hacían cinco retenciones de humo de 45 segundos con descansos de 30 segundos. Entre cada ensayo se hacía un descanso de cinco minutos. El tratamiento constó de ocho sesiones de tratamiento y cuatro de mantenimiento, ya una vez los sujetos habían dejado de fumar. Sus resultados indicaron una abstinencia del 90'90% al final del tratamiento, del 54'54% a los seis meses de seguimiento y del 27'27% al año de seguimiento.

En otro estudio, por parte de este mismo grupo investigador (Becoña y Guillén, 1988) combinando la técnica de retener el humo con prevención de la recaída, obtuvieron un 100% de abstinencia al final del tratamiento y un 66'6% a los seis meses de seguimiento, aunque en el grupo de comparación donde sólo se aplicó retener el humo la tasa de abstinencia fue de sólo el 25% al final del tratamiento y del 12'5% a los seis meses del tratamiento.

Los anteriores resultados indican que la técnica de retener el humo ha obtenido resultados diversos, pero que algunos de ellos apuntan a que utilizada adecuadamente puede ser sumamente efectiva e, igualmente, su implantación dentro de programas multicomponentes sumamente útil. Uno de los objetivos de la presente investigación es ampliar el corpus científico acerca de la eficacia de esta técnica. La segunda es aplicarla a la población general para comprobar si se mantienen los buenos niveles de eficacia que con ella hemos obtenido en anteriores estudios. La tercera es analizar la influencia de finalizar o no el tratamiento y su relación con la abstinencia conseguida. Este es un fenómeno conocido tanto en la conducta de fumar como en las drogodependencias en general, y que es preciso clarificar. Así, estudios como los de Glasgow, Schaver y O'Neill (1981), Breteler y Rombouts (1988) y Breteler, Rombouts y Mertesns (1988), con fumadores, han comprobado cómo el acudir

a las sesiones de terapia es un predictor del éxito, y que los sujetos que llegan al final del tratamiento son los que más se mantienen abstinentes en los sucesivos seguimientos.

METODO

Sujetos

Los sujetos que participaron en el presente estudio fueron un total de 29 (19 hombres y 10 mujeres) que acudieron a tratamiento a través de anuncios insertados en la prensa local de la ciudad de Vigo (Pontevedra), en los que se ofrecía un programa para dejar de fumar grupal de unas dos semanas de duración y gratuito, bajo los auspicios de la Cruz Roja.

La media de edad de los sujetos era de 38'36 años (D.T.=12'70), con una media de inicio del hábito de 15'40 años (D.T.=2'49). La media del consumo de cigarrillos era de 22'13 (D.T.=7'20).

Grupos 1, 2 y 3

Grupo 1. El primer grupo quedó constituido por aquellos sujetos que, informados del contenido del programa para dejar de fumar, no querían participar en el mismo. Quedó formado por 14 sujetos, constituyendo un grupo control denominado grupo sin tratamiento (Kazdin, 1980). Los restantes 15 sujetos que participaron en el tratamiento fueron divididos en los grupos 2 y 3 en función del número de sesiones a las que asistieron.

Grupo 2. Formado por 7 sujetos, este grupo está constituido por aquellos sujetos que participaron en menos de la mitad de las diez sesiones de que constó el tratamiento.

Grupo 3. Formado por 8 sujetos, este grupo está constituido por aquellos sujetos que llevaron a cabo todas las sesiones del tratamiento o más de la mitad del tratamiento.

Procedimiento

El sujeto, una vez acudía a informarse

del tratamiento, se le pasaba una entrevista semi-estructurada acerca de diversas cuestiones relacionadas con su consumo de cigarrillo, así como otros datos personales. Los que deseaban participar en el programa tenían que cumplimentar diariamente un registro de su consumo de cigarrillos, indicando la hora en que fumaban cada cigarrillo, el placer que le producía en una escala de 0 a 10 (0 ningún placer; 10 placer máximo), situación donde lo fumaba y pensamientos asociados con esa situación. Estos fueron cumplimentados al menos durante 7 días, constituyendo la línea base. En esos días se les pidió que siguiesen fumando normalmente. Antes de finalizar este primer encuentro, los sujetos firmaban un contrato de tratamiento donde se comprometían a realizar diariamente los registros y acudir a las sesiones de tratamiento. Igualmente, a colaborar en los seguimientos.

El **tratamiento** se comenzó en la siguiente sesión. En ésta se analizaron las hojas de autoregistro de la semana anterior, y especialmente los antecedentes y consecuentes de la conducta de fumar (Becoña, 1987a), y así localizar las situaciones de alto riesgo, para sobre las mismas poder desarrollar habilidades de enfrentamiento. Para ello se les dieron por escrito varias reglas prácticas para disminuir el consumo (ej. no aceptar ofrecimientos de cigarrillos), así como que indicasen a familiares y amigos su determinación a abandonar el tabaco. A continuación se ponía en práctica la técnica de retener el humo. Los sujetos debían fumar sin inhalar el humo, reteniéndolo en la boca y garganta cinco veces durante cuarenta y cinco segundos, respirando normalmente por la nariz y dejando treinta segundos de descanso entre una y otra vez. Una vez finalizados los cinco ensayos, se hacía una pausa de cinco minutos durante los que se comentaban los efectos adversivos de la técnica y se hacía incapié en el malestar producido por el humo retenido en la boca. Las series se repetían dos veces más, con una pausa de cinco minutos

entre ellas. Mientras los sujetos retenían el humo se les instaba a concentrarse en las sensaciones desagradables que iban experimentando en la garganta y boca: irritación, picor, exceso de salivación, saliva espesa, etc.

La duración de ésta como de las sucesivas sesiones fue de aproximadamente una hora.

La **segunda a décima sesión de tratamiento** se llevaron a cabo en días sucesivos. En cada una de ellas se revisaban los autorregistros y las gráficas de consumo; se comentaban las estrategias que habían utilizado para ir eliminando cigarrillos y se les proponían otras nuevas para enfrentarse a situaciones más difíciles; se les pedía que controlasen su consumo de café y alcohol; se les indicaba que eliminasen cigarrillos muy ligados a situaciones concretas (ej. al acabar de desayunar o comer, al ir conduciendo el coche, antes de acostarse, etc.) o con bajo grado de placer. A continuación se realizaba la sesión de retener el humo del modo anteriormente indicado. Aunque los sujetos quedasen abstinentes antes de la última sesión, se seguían haciendo los ensayos de retener hasta que realizaban cuatro sesiones de mantenimiento, momento en el cual abandonaban el tratamiento tras firmar un contrato de abstinencia por los días que restaban hasta el día de la última sesión. Dicho día, todos los sujetos abstinentes firmaban un primer contrato de un mes de duración.

También a partir de esta segunda sesión los sujetos llevaron a cabo hasta el final del tratamiento, y una vez finalizados los ensayos de retener el humo, entrenamiento en relajación. Se utilizó un procedimiento abreviado siguiendo a Schultz (1969). En cada sesión se instaba a los sujetos a evocar respuestas de relajación muscular a través de sugerencias adecuadas, que comprendían grupos característicos y ordenados de músculos, hasta llegar a una vivencia generalizada de relajación.

Una vez abstinentes, los sujetos firmaban un contrato donde se comprometían a

mantenerse abstinentes. Así se comenzaba el periodo de seguimiento. Estos se firmaron al mes, dos meses, tres meses y seis meses, por periodos de un mes al principio y de tres y seis meses después. De este modo los sujetos acudían a vernos y nos indicaban su estatus de fumador. Esta información se contrastaba con otras personas relevantes para los mismos, normalmente familiares o personas en contacto diario con cada sujeto.

RESULTADOS

En la tabla 1 presentamos las características de cada grupo de sujetos. Aplicando pruebas de análisis de varianza no se aprecia diferencia entre los diferentes grupos de edad, cigarrillos fumados ni edad de comienzo del hábito. En la tabla 2 se indican las medias y desviaciones típicas de los cigarrillos fumados antes del tratamiento, al final del mismo, y en los seguimientos en cada grupo. En la tabla 3 mostramos las tasas de abstinencia de cada uno de los grupos en los distintos tiempos de la intervención. Como se aprecia en la misma, al final del tratamiento no está abstinente ninguno de los sujetos sin tratamiento ni

los que llevaron a cabo menos de la mitad del mismo. En cambio están abstinentes el 87'50% de los sujetos que finalizaron el tratamiento (7 de los 8 sujetos). El cuadro de no abstinencia se mantiene igual en los grupos sin tratamiento y de menos de la mitad del tratamiento a lo largo de los sucesivos seguimientos hasta un año más tarde. En ese periodo de los que no acudieron a tratamiento, ni de los que dejaron el tratamiento en menos de la mitad, logró la abstinencia. Por su parte aquellos sujetos que finalizaron el tratamiento, hasta los tres meses estaban abstinentes el 75% de los mismos (6 de 8), a los seis meses el 62'5% (5 de 8) y un año más tarde el 50% (4 de 8). Presentamos también en la tabla 3 las tasas de abstinencia al combinar a todos los sujetos que al menos acudieron a una sesión de tratamiento, los grupos 2 y 3, resultando en dichos casos tasas de abstinencia moderadas: del 46'66% al final del tratamiento, del 40% hasta el tercer mes, del 33'33% al sexto mes, y del 26'66% al año de seguimiento. Como es de esperar, utilizando análisis de varianza, el grupo 3 de tratamiento completo es significativamente más efectivo que los otros grupos ($F=18.46$, $p<.0001$).

Tabla 1. Características de cada grupo de sujetos

	Grupo 1 (ST) Sin tratamiento (n=14)	Grupo 2 (MT) Menos de la mitad del tratamiento (n=7)	Grupo 3 (TT) Tratamiento completo (n=8)
Edad			
Media	35.15	37.00	40.40
D.T.	12.09	11.67	14.81
Cigarrillos fumados			
Media	21.28	26.14	20.12
D.T.	5.91	8.07	8.50
Sexo			
Hombres	10	4	5
Mujeres	4	3	3
Edad media de inicio del hábito de fumar			
Media	15.65	16.00	14.29
D.T.	1.74	2.65	3.41

Tabla 2. Cigarrillos fumados antes del tratamiento, al final y en los seguimientos en cada grupo

Cigarrillos	Grupo 1 (ST)		Grupo 2 (MT)		Grupo 3 (TT)	
	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.	\bar{X}	D.T.
Antes del tratamiento	21.28	5.91	26.14	8.07	20.12	8.50
Final del tratamiento	21.50	6.45	18.85	7.96	0.12	0.35
Seguimiento 1 mes	21.42	6.40	18.71	8.32	3.37	6.52
Seguimiento 2 meses	21.42	5.91	18.42	8.22	2.50	4.75
Seguimiento 3 meses	21.21	5.79	18.42	9.32	2.25	4.20
Seguimiento 6 meses	21.18	5.73	24.28	6.70	6.87	11.63
Seguimiento 12 m.	21.21	5.72	24.00	5.37	7.87	9.95

ST: Sin tratamiento.

MT: Menos de la mitad del tratamiento.

TT: Tratamiento completo.

Tabla 3. Porcentaje de abstinencia en cada grupo a lo largo de los diversos tiempos del tratamiento y seguimiento

Grupo	Final del	Seguimientos (en meses)				
	tratamiento	1	2	3	6	12
1. Sin tratamiento (N=14)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2. Menos de la mitad del tratamiento (N=7)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
3. Tratamiento completo (N=8)	87.50	75.00	75.00	75.00	62.50	50.00
Combinación de los grupos 2 y 3 (N=15)	46.66	40.00	40.00	40.00	33.33	26.66

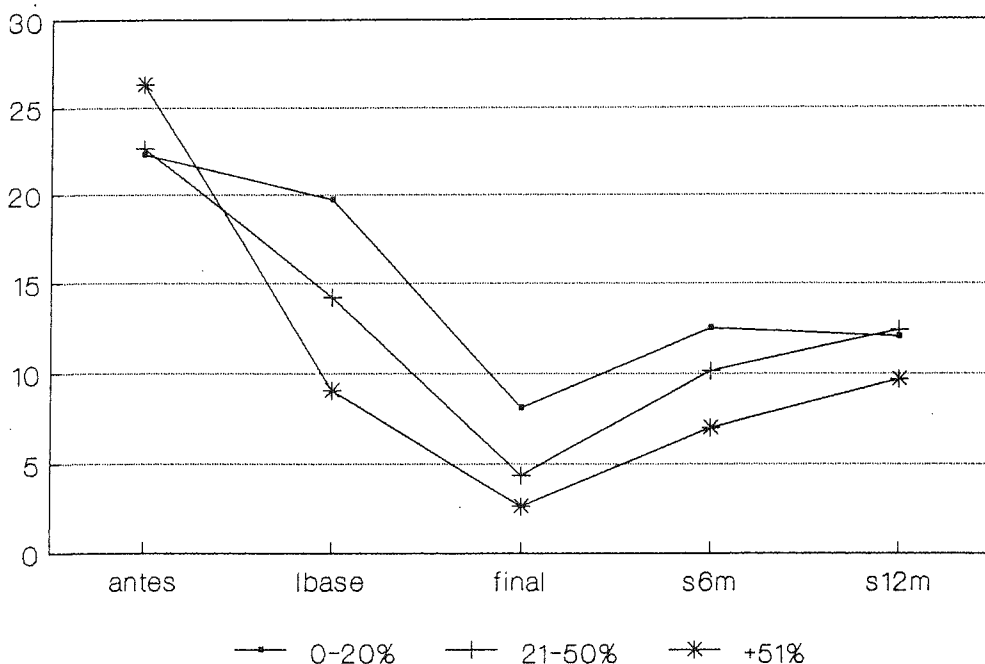
DISCUSION

Los resultados obtenidos nos indican que cuando el sujeto no finaliza un tratamiento para dejar de fumar, y lo abandona antes de llegar a su mitad, resulta totalmente inefectivo el esfuerzo que ha realizado para dejar de fumar. Por su parte los sujetos que acuden a un programa formal para dejar de fumar y que lo llevan a cabo hasta el final son los que obtienen altas tasas de abstinencia tanto al final del trata-

miento como en los sucesivos seguimientos. Los sujetos que acuden a informarse a programas para dejar de fumar pero no llevan a cabo dichos programas no abandonan los cigarrillos en el siguiente año por su propio esfuerzo.

Los resultados que hemos obtenido están en la línea de la de otros autores (ej. Breteler y Rombouts, 1988) que han incidido en la importancia de llevar a cabo el tratamiento completo para dejar de fumar, una vez que se comienza, para que los suje-

cigarrillos en cada tiempo en funcion del % de descenso



tos queden abstinentes de los cigarrillos y mantengan dicha abstinencia en el seguimiento.

Nuestros resultados sugieren también la necesidad de concienciar a la población de que los programas para dejar de fumar requieren un tiempo y que no basta una simple hora para dejar de fumar. También que la persona tiene que poner un poco de esfuerzo de su parte para vencer un hábito que lleva arrastrando durante 5, 10, 15, 20 o hasta 50 años, como hemos visto en casos que hemos tratado de personas que querían dejar de fumar. Igualmente, una vez que el sujeto se enrola en un tratamiento es necesario conseguir que se mantenga en el mismo para, de este modo, obtener mejoras que aumenten las tasas de eficacia. Esto puede realizarse por diversos medios, como es el caso de los depósitos monetarios que se devuelven contingentemente

con asistir a las reuniones de tratamiento (Lichtenstein, 1982), aunque en nuestro caso no fue posible por ser la primera experiencia de este tipo que se realizaba bajo los auspicios de una entidad (Cruz Roja) que ofertaba gratuitamente el programa para dejar de fumar. El alto número de sujetos, aproximadamente la mitad, que informados del programa no quisieron participar en el mismo, nos indica también la necesidad de que se incida en la necesidad de abandonar los cigarrillos y de que se cree una atmósfera social adecuada para hacerlo.

A la luz de las tasas de éxito obtenidas en esta muestra de fumadores de población general, podemos afirmar que con la técnica de retener el humo se pueden conseguir buenos resultados con la misma, aunque naturalmente su combinación con otras técnicas (ej. Lando y McGovern,

1985) en un programa multicomponente pueden mejorarse aún más los obtenidos. En el grupo de tratamiento completo, al final del tratamiento estaban abstinentes el 87'50% de los sujetos, a los seis meses el 62'5% y al año de seguimiento el 50%. Estos resultados son semejantes a los obtenidos por otros autores (Becoña y Froján, 1988b; Lando y McGovern, 1985). Utilizando un criterio más restringido, el de que el sujeto que al menos acude a una sesión de tratamiento se considera dentro del grupo tratado, los resultados son inferiores, y al año de seguimiento la abstinencia sería del 26'26%.

A pesar de haber aplicado la técnica de retener el humo junto con un paquete de técnicas diversas, creemos que en este caso el entrenamiento en relajación sirvió a algunos sujetos como una técnica más de enfrentamiento para reducir su consumo de cigarrillos y mantenerse abstinentes. Aunque no creemos que esta técnica contribuya directamente a que los fumadores abandonen su hábito de fumar, si que posiblemente les ayuda a reducir su consumo y mantener la abstinencia. Esto por dos razones principalmente: a) por la reducción de la ansiedad asociada con el síndrome de abstinencia, y b) por la instauración de nuevas estrategias de enfrentamiento que eliminan o mitigan la sensación de ansiedad, pánico y/o desamparo de los fumadores al ir reduciendo el consumo y obtener la abstinencia, actuando como una operante que permite al sujeto cierta capacidad de control (autocontrol) y evitar el estímulo aversivo (síndrome de abstinencia). También nos fundamentamos para nuestra afirmación de la poca contribución de la relajación en que esta técnica por si sola no es efectiva para que los sujetos dejen de fumar, aunque sí en reducir su consumo o reducirles la ansiedad asociada con el síndrome de abstinencia de la nicotina (Becoña, Galego y Lorenzo, 1988; Lichtenstein, 1982).

Queremos resaltar también que los presentes resultados vienen a indicar que no

existen fuertes diferencias entre fumadores a partir del final de la adolescencia (fumadores estudiantes universitarios vs. fumadores de 30 años en adelante), debido a que a partir de ese época los hábitos están en la mayoría de los sujetos bien establecidos.

BIBLIOGRAFIA

- BECOÑA, E. (1985) «*La técnica de fumar rápido: una revisión.*» Revista Española de Terapia del Comportamiento, 3, 209-243.
- BECOÑA, E. (1987a) «*La intervención psicológica para la eliminación del hábito de fumar.*» En J.M. Buceta (Ed.), Psicología clínica y salud: aplicación de estrategias de intervención (pp. 257-282). Madrid: UNED.
- BECOÑA, E. (1987b) «*La técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina para dejar de fumar.*» Psiquis, 8, 49-58.
- BECOÑA, E. y FROJAN, M.J. (1988a) «*La técnica de retener el humo en el tratamiento de fumadores.*» Revista Española de Drogodependencias, 13, 131-136.
- BECOÑA, E. y FROJAN, M.J. (1988b) «*Tratamiento de fumadores con la técnica de retener el humo.*» Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 1, 31-48.
- BECOÑA, E. y GALEGO, P. (1988) «*El tratamiento actual del hábito tabáquico.*» Medicina Integral, 12, 302-311.
- BECOÑA, E. GALEGO, P. y LORENZO, M.C. (1988) «*El tabaco y su abandono.*» Santiago de Compostela: Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia.
- BECOÑA, E. y GUILLEN, J.C. (1988) «*Aportación de la prevención de la recaída a la técnica de retener el humo en el tratamiento de fumadores.*» Comunicación presentada al IV Congreso de la Asociación Española de Terapia del Comportamiento. Gandía (Valencia).

- BERNSTEIN, D.A. (1969) «*Modification of smoking behavior. An evaluative review.*» Psychological Bulletin, 71, 418-440.
- BRETELER, M.H.M. y ROMBOUITS, R. (1988) «*Smoking cessation programs: What is the crux?*» En M.H.M. Breteker (Ed.), Smoking cessation: some determinants of motivation and success (pp. 57-66). Nijmegen: Netherland Heart Foundation.
- BRETELER, M.H.M. ROMBOUITS, R. y MERTENS, E.H.M. (1988) «*Smoking cessation with nicotine gum: a meta-analysis of placebo-controlled interventions studies.*» En M.H.M. Breteles (Ed.), Smoking cessation: some determinants of motivations and success (pp. 23-38). Nijmegen: Netherland Heart Foundation.
- FOXX, R.M. y BROWN, R.A. (1979) «*Nicotine fading and self-monitoring for cigarette abstinence or controlled smoking.*» Journal of Applied Behavior Analysis, 12, 115-125.
- GLASGOW, R.E. SCHAFER, L. y O'NEILL, H.K. (1981) «*Self-help books and amount of therapist contact in smoking cessation programs.*» Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49, 659-667.
- HALL, R.G. SACHS, D.P.L., HALL, S.M. y BENOWITZ, N.L. (1984) «*Two-year efficacy and safety of rapid smoking therapy in patients with cardiac and pulmonary disease.*» Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 574-581.
- HUNT, W.A. BARNETT, L.W. y BRANCH, L.G. (1971) «*Relapse rates in addiction programs.*» Journal of Clinical Psychology, 27, 455-456.
- KAZDIN, A.E. (1980) «*Research design in clinical psychology.*» New York: Harper and Row.
- KOPEL, S. SUCKERMAN, K. y BAKSHT, A. (1979) «*Smokeholding: An evaluation of physiological effects and treatment efficacy of a new non hazardous aversive smoking procedure.*» Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. Toronto, Canadá.
- LANDO, H.A. y MCGOVERN, P.G. (1985) «*Nicotine fading as a nonaversive alternative in a broad-spectrum treatment for eliminating smoking.*» Addictive Behaviors, 10, 153-161.
- LICHTENSTEIN, E. (1982) «*The smoking problem: A behavioral perspective.*» Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, 804-819.
- LICHTENSTEIN, E. y RODRIGUES, M.R.P. (1977) «*Long-term effects of rapid smoking treatment for dependent cigarette smokers.*» Addictive Behaviors, 2, 109-112.
- NEPPS, M.M. (1984) «*A minimal contact smoking cessation program at the worksite.*» Addictive Behaviors, 9, 291-294.
- SCHULTZ, J.H. (1969) «*Entrenamiento autógeno.*» Barcelona: Científico-Médica.
- WINDSOR, R.A. CUTTER, G. MORRIS, J. REESE, Y. MANZELLA, B. BARTLETT, E.E. SAMUELSON, C. y SPANOS, D. (1985) «*The effectiveness of smoking cessation methods for smokers in public health maternity clinics: A randomized trial.*» American Journal of Public Health, 75, 1.389-1.392.