





Nuevas aportaciones al tratamiento psicológico según los niveles de intervención

ELISARDO BECOÑA

Resumen

El tratamiento psicológico del tabaquismo es un procedimiento de primera elección en el tratamiento de los fumadores. La guía de Fiore et al. indica que tanto el tratamiento psicológico individual como el grupal son eficaces. Se han utilizado un gran número de tratamientos psicológicos en las últimas décadas aunque los más eficaces son los que se centran en la resolución de problemas generales, apoyo social dentro del tratamiento y fuera del mismo y distintas técnicas aversivas, que hoy no se utilizan. El tratamiento psicológico se ha aplicado a gran número de pacientes y en ocasiones es el tratamiento de primera elección (ej., adolescentes, mujeres embarazadas). También con frecuencia se combina el tratamiento psicológico con el farmacológico, se puede utilizar con distintos niveles de intensidad (consejo vs. tratamiento) y en formato de autoayuda. Una cuestión de gran relevancia actual es la aplicación de tratamientos a pacientes fumadores con comorbilidad asocia-

da. Todo ello indica la necesidad de contar con distintos tratamientos eficaces, tanto psicológicos como farmacológicos, ante la dificultad que muchos fumadores tienen para dejar de fumar y por los altos niveles de recaída que ocurren a largo plazo una vez que dejan de fumar.

Introducción

Desde hace años sabemos que la epidemia tabáquica es la principal causa de mortalidad y morbilidad de los países desarrollados, prediciendo un gran número de muertes prematuras cada año, unos 3 millones en el mundo, de los que corresponden a España unos 50.000¹. A pesar de que en los últimos años venimos asistiendo a un descenso en el consumo de tabaco, fundamentalmente en los varones, todavía fuma en España de modo diario u ocasional el 29.9% de las personas de 16 o más años (35.8% varones, 24.3% mujeres)².



La psicología, como ciencia del comportamiento humano, lleva muchas décadas estudiando la adicción al tabaco. Y, también, desarrollando tratamientos eficaces para que las personas puedan dejar de fumar, siendo en muchos casos tratamientos de primera línea³⁻¹². Los tratamientos psicológicos efectivos para dejar de fumar surgen en los años 60 del s. XX, con las técnicas psicológicas de modificación de conducta, y se expanden en los años 70. Desde esos primeros momentos hasta hoy se han ido desarrollado tratamientos psicológicos efectivos, con técnicas tan conocidas y utilizadas como son las técnicas psicológicas conductuales, cognitivas, motivacionales y de prevención de la recaída. Los tratamientos se pueden aplicar individualmente, en grupo o en formato de autoayuda y con distintos niveles de intensidad en su aplicación, desde el consejo psicológico hasta los tratamientos clínicos intensivos. Por su eficacia, bien el propio tratamiento psicológico o derivaciones del mismo en forma de consejo, constituyen en muchas ocasiones el mejor abordaje para ayudar a un fumador a dejar de fumar. Disponemos de una experiencia del tratamiento psicológico de los fumadores de casi 50 años, con cientos de estudios donde sistemática y consistentemente han mostrado su eficacia, efectividad y eficiencia^{3,5,10-13}. Todo ello explica la amplia difusión de los tratamientos psicológicos en el tratamiento de los fumadores, la utilización de los mismos por parte de otros profesionales de la salud en forma de consejo sanitario, o la combinación de los tratamientos psicológicos con los farmacológicos.

¿Por qué son tan eficaces las terapias psicológicas en los fumadores? Por el modelo teórico y técnicas psicológicas que aplica. El modelo teórico subyacente al tratamiento psicológico de la conducta de fumar propone que ésta puede ser explicada por tres tipos de factores: factores sociales (disponibilidad de la sustancia, accesibilidad, publicidad del consumo), factores psicológicos (reforzamiento positivo y negativo, procesos cognitivos asociados al consumo) y por la depen-

dencia fisiológica que causa la nicotina y el tabaco. Estos componentes sociales, psicológicos y fisiológicos explican por qué las personas fuman, han fumado o van a empezar a fumar^{5,14}.

En las páginas que siguen analizamos los tratamientos psicológicos en función de los resultados que presenta sobre el mismo la última guía de Fiore et al.¹⁰.

Niveles de intervención en fumadores y tratamiento psicológico

Entre el 95 y el 98% de los fumadores que intentan dejar de fumar por sus propios medios y sin ningún tipo de apoyo específico no consiguen su objetivo^{2,15}. Afortunadamente, contamos con un amplio abanico de intervenciones eficaces para el abandono del consumo de tabaco, que puede incrementar la probabilidad de éxito hasta un 30%¹⁰: el consejo mínimo sistemático o intervención breve, el tratamiento psicológico, y el tratamiento farmacológico. Existen además procedimientos de menor intensidad en formato de autoayuda (en forma de manual, llamadas telefónicas, programa por correo, televisión, etc.), procedimientos clínicos intensivos y programas comunitarios.

El consejo mínimo sistemático, o intervención breve, es un procedimiento coste-efectivo que se utiliza ampliamente en atención primaria. Utiliza estrategias de consejo sanitario a partir, en muchos casos, de las técnicas de tratamiento psicológico especializado adaptado al contexto de otros profesionales sanitarios para aplicar en poco tiempo y con menos recursos. El tratamiento farmacológico exige en la mayoría de los casos que se combine con un procedimiento psicológico o conductual para obtener adecuados resultados.

Desde el surgimiento de los tratamientos psicológicos para los fumadores, éste ha evolucionado de modo



importante. Desde su aparición, se han utilizado y evaluado diversas técnicas conductuales y cognitivas^{15,16}, y entre las más estudiadas se encuentran: terapias aversivas (fumar rápido, saciación, fumar aversivo regular, retener el humo, sensibilización encubierta, shock eléctrico); la autoobservación; relajación; control de estímulos; desvanecimiento (reducción gradual de ingesta de nicotina y alquitrán); fumar controlado; manejo de contingencias; desensibilización sistemática; terapia de estimulación ambiental restringida; contrato de contingencias; método de auto-manejo y autocontrol; programas multicomponentes; y programas de prevención de recaídas.

Los tratamientos psicológicos para dejar de fumar más eficaces son los conocidos hoy como programas multicomponentes o paquetes de tratamiento^{4,6}. Estos utilizan estrategias y técnicas psicológicas en sus tres fases: fase de preparación para el cambio e incremento de la motivación para dejar de fumar, fase de abandono, en donde se aplican técnicas de abandono de los cigarrillos, y fase de mantenimiento de la abstinencia mediante técnicas de prevención de la recaída, una vez que los pacientes han dejado de fumar^{10-11,17}.

Como un ejemplo destacaríamos en España el tratamiento psicológico cognitivo conductual para dejar de fumar *Programa para dejar de fumar*⁶, con una historia de 25 años. Este se lleva a cabo en la Universidad de Santiago de Compostela, está bien evaluado, y su eficacia ha oscilado en distintos estudios entre el 58% y el 85% al final del tratamiento y del 30% al 54% al año de seguimiento¹⁸⁻¹⁹. En formato de autoayuda los resultados son algo inferiores a los del formato clínico pero excelentes para este tipo de intervención²⁰⁻²², con un 20-30% de abstinencia al año de seguimiento. El mismo se ha aplicado en una Unidad de Tabaquismo, en empresas, en hospitales públicos y en tratamientos para fumadores ofrecidos por ayuntamientos.

También en los últimos años un nuevo tipo de programas ha cobrado gran relevancia: los procedimientos de autoayuda. Estos han surgido ante la necesidad de llegar al mayor número de fumadores con el menor coste posible. Lo que se pretende con los mismos es que sea el propio fumador el que siga distintos procedimientos para que intente dejar de fumar por su cuenta. Se han utilizado distintos procedimientos, como manuales de autoayuda, teléfono de ayuda, utilización del correo para hacerle llegar materiales, medios de comunicación de masas como la radio o la televisión, etc. De ellos los más populares en los últimos años han sido los manuales de autoayuda y los teléfonos de ayuda o *hotlines*²³, aunque también se ha utilizado la televisión, la radio o Internet. La mayoría de estos procedimientos lo que hacen es adaptar un programa clínico efectivo a un formato de menor contacto entre terapeuta y cliente, o bien convencer a la persona de que siga un procedimiento que le puede ser accesible y fácil de seguir (ej., viendo un programa de televisión).

En los últimos años se le ha prestado una atención especial a la prevención de la recaída. Los objetivos de las técnicas de prevención de la recaída son prevenir la ocurrencia de caídas iniciales después de que un individuo haya llevado a cabo el tratamiento y prevenir que un desliz (probar un cigarrillo) finalice en una recaída²⁴.

Eficacia de los tratamientos psicológicos en la guía de Fiore et al. (2008)

Las guías de Fiore et al.⁸⁻¹⁰, para el tratamiento de los fumadores son un referente para todos los clínicos. Para la elaboración de cada guía han participado entre expertos y revisores unas 100 personas especialistas en el tema, lo que le da una gran consistencia a los





resultados obtenidos con una revisión exhaustiva de los miles de artículos publicados en lengua inglesa sobre tratamiento (con grupo experimental y control), con una serie de meta-análisis y la presentación de los resultados mediante odds ratio (OR). En una línea semejante a la anterior están las revisiones de la *Cochrane Collaboration* que también comentaremos. También destacan varias guías de distintos organismos de salud (ej., el NICE del Reino Unido, www.nice.org), o asociaciones nacionales (ej., Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo⁷, www.cnpt.es) o de sociedades científicas¹¹.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO INDIVIDUAL

La terapia individual suele ser el modo habitual en que un psicólogo lleva a cabo un tratamiento, como conocemos bien en los distintos trastornos clínicos y de salud en los que la psicología aplica tratamientos eficaces²⁵. A diferencia de otros trastornos, en la adicción al tabaco el tratamiento grupal también es de gran relevancia (Tablas I y II). Ello ha venido motivado por ser un trastorno muy prevalente en la población general y porque también se han desarrollado tratamientos grupales con un alto nivel de eficacia^{10,26}.

La primera guía de Fiore et al.⁸, mediante odds ratio (OR), concluía que el tratamiento psicológico individual y el grupal en los fumadores era igual de eficaz (OR=2.2 en ambos casos). En la guía del 2000⁹, el consejo en grupo tiene una OR=1.3 y el consejo individual una OR=1.7, encontrándose que a mayor tiempo de contacto mayor eficacia (OR=3.2 para 91-300 minutos, y OR=2.8 para más de 300 minutos), así como a mayor número de sesiones (OR=1.9 para 4-8 sesiones, y OR=2.3 para más de 8 sesiones). Dentro de las técnicas psicológicas muestran tener una OR superior a 1 las siguientes: reducción gradual de cigarrillos (OR=1.1), manejo del afecto negativo (OR=1.2), apoyo social durante el tratamiento

(OR=1.3), apoyo social fuera del tratamiento (OR=1.5), entrenamiento en solución de problemas (OR=1.5), otros procedimientos aversivos (OR=1.7) y la técnica de fumar rápido (OR=2.0).

En la última guía, la de 2008¹⁰ presenta los mismos resultados que en la del año 2000⁹. Esto indica la eficacia, utilidad y eficiencia de las distintas técnicas psicológicas en comparación con otras o con un grupo de control.

Resultados semejantes a los de Fiore et al.¹⁰ los encontramos en la *Cochrane Collaboration* (OR=1.56 para el consejo conductual individual²⁷ y OR=2.08 para la terapia aversiva para dejar de fumar²⁸) así como en distintas guías elaboradas en España¹². Otras revisiones recientes²⁹ como otros meta-análisis³⁰ llegan a los mismos resultados que hemos indicado.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO GRUPAL EN EL TRATAMIENTO DE FUMADORES

Actualmente, la terapia grupal tiene una gran relevancia en el tratamiento de los fumadores. Rose³¹ define la terapia grupal cognitiva-conductual como una aproximación que ocurre en grupos y que hace uso de métodos de cambio conductuales (ej., modelado y reforzamiento), cognitivos (ej., reestructuración cognitiva, entrenamiento autoinstruccional, solución de problemas) y relacional, así como procedimientos de grupo para mejorar las habilidades de afrontamiento de los participantes y para resolver o aminorar los problemas relacionados que pueden estar experimentando. Las habilidades de afrontamiento se refieren al grupo de conductas y cogniciones que facilitan la adaptación a las situaciones cotidianas estresantes o problemáticas.

Una confusión frecuente en los tratamientos para dejar de fumar, especialmente en España, es entre tra-

**Tabla I.- Resultados de estudios meta-analíticos que evalúan el impacto de varios tipos de consejo y de terapias conductuales (64 estudios).**

Contenido	Número de grupos de estudio	Odd ratio estimada (95% IC)	Tasa estimada de abstinencia (95% IC)
Sin contacto	35	1.0	11.2
Relajación/respiración	31	1.0 (0.7, 1.3)	10.8 (7.9, 13.8)
Contrato de contingencias	22	1.0 (0.7, 1.4)	11.2 (7.8, 14.6)
Control del peso/dieta	19	1.0 (0.8, 1.3)	11.2 (8.5, 14.0)
Reducción progresiva de los cigarrillos	25	1.1 (0.8, 1.5)	11.8 (8.4, 15.3)
Afecto negativo	8	1.2 (0.8, 1.9)	13.6 (8.7, 18.5)
Apoyo social intra-tratamiento	50	1.3 (1.1, 1.6)	14.4 (12.3, 16.5)
Apoyo social extra-tratamiento	19	1.5 (1.1, 2.1)	16.2 (11.8, 20.6)
Resolución de problemas generales	104	1.5 (1.3, 1.8)	16.2 (14.0, 18.5)
Fumar rápido	19	2.0 (1.1, 3.5)	19.9 (11.2, 29.0)
Otras técnicas aversivas	19	1.7 (1.04, 2.8)	17.7 (11.2, 24.9)

Adaptado de Fiore et al. (9, p. 66) y Fiore et al. (10, p. 97). OR y abstinencia para seguimientos a largo plazo (> 5 meses).



Tabla II.- Tratamientos psicológicos eficaces según los meta-análisis de la Cochrane Collaboration, en odds ratio (OR).

Autor	Tratamiento	OR
Lancaster y Stead (27)	Consejo/terapia conductual individual	1.56
Stead y Lancaster (26)	Terapia conductual en grupo	2.17
Hajek y Stead (28)	Terapia aversiva para dejar de fumar	1.98
Rigotti et al. (39)	Intervenciones conductuales con pacientes hospitalizados	1.82
Lancaster y Stead (23)	Intervenciones de autoayuda	
	- Materiales no personalizados	1.24
	- Materiales personalizados	1.42

tamiento *en* grupo y tratamiento *de* grupo o terapia de grupo. El primero se caracteriza por un mayor grado de dirección y de intervención del terapeuta, se centra más en las conductas individuales de los miembros del grupo, siendo en este tipo de tratamiento más relevante la relación de los miembros del grupo con el terapeuta. Esto es, cada individuo es el centro del tratamiento que lleva a cabo el terapeuta. En modo alguno el grupo como tal grupo es el centro del tratamiento. Por el contrario, en el tratamiento de grupo, la influencia del grupo sobre sus miembros es mayor, el tratamiento está orientado grupalmente, a todo el grupo, y se promueven, facilitan y animan las interacciones entre los miembros del grupo. Mientras que la finalidad del tratamiento en grupo es maximizar la eficacia del trabajo del terapeuta, la del tratamiento de grupo es potenciar la eficacia terapéutica de los procesos de grupo.

En el tratamiento de fumadores el grupo ideal es aquel formado por 6 a 12 personas, lo que permite ser llevado por un solo terapeuta³². Con estas personas las sesiones pueden ser de una hora y en ese tiempo se permite desarrollar bien la sesión y que la atención para cada fumador sea suficiente. El grupo permite la buena utilización de las técnicas psicológicas de manejo de contingencias. Otros grupos duran hora y media o dos horas. Esto permite que las sesiones puedan ser semanales, una por semana, con una duración de 6 sesiones de tratamiento (6 semanas). Lo habitual es que el número de sesiones oscile de 5 a 7 de media, como concluye Fiore et al.^{9,9}, y como en la práctica encontramos en casi todos los tratamientos⁹.

Desde hace años sabemos que la *terapia de grupo* es totalmente *ineficaz* para tratar a los fumadores¹⁵.



Lo que es *eficaz* es la aplicación grupal, o *tratamiento en grupo*, con técnicas psicológicas cognitivo-conductuales²⁶. Sin embargo, algunas publicaciones siguen confundiendo la terapia de grupo con la terapia en grupo. La terapia grupal aparece en las guías de Fiore et al.⁹⁻¹⁰ como uno de los tratamientos más eficaces. Así, en la primera guía de 1996⁹, la eficacia del tratamiento grupal en los fumadores tenía una OR = 2.2. En la guía del 2000⁹ una OR = 1.3. Y, en la última guía, la de 2008¹⁰, aparece la misma OR anterior.

Dentro de la Cochrane Collaboration, indican para el programa de terapia conductual grupal para el abandono del tabaco una OR=2,17²⁶. Meta-análisis recientes³⁰ llegan a resultados semejantes a los anteriores. Los programas grupales han sido llevados a cabo por psicólogos clínicos, educadores de la salud, enfermeras, médicos y, ocasionalmente, por usuarios exitosos de un tratamiento anterior. También indican que ha sido un método popular de administración de intervenciones conductuales. Tiene la ventaja de que los fumadores pueden compartir sus problemas y experiencias dentro del

grupo y, al tiempo, es más barato en su aplicación a nivel de costes y obtiene los mismos o mejores resultados que la terapia individual. Tanto en esta revisión de la Cochrane Collaboration, como en otra dedicada al tratamiento individual²⁷ no aparecen pruebas de que añadir terapia sustitutiva de nicotina mejore la eficacia de utilizar solo el tratamiento psicológico cognitivoconductual. Por ello Stead y Lancaster²⁷ sugieren que en ausencia de pruebas claras que evidencien lo contrario, parece razonable suponer que las intervenciones conductuales y las farmacológicas contribuyan al abandono de forma independiente y con éxito¹³. Otros resultados apuntan a que programas grupales más complejos que incluirían componentes de entrenamiento en habilidades sociales o terapia cognitivoconductual con programas de control de la misma duración, son mejores (OR = 1.36). No se encontró que incluir intervenciones específicas para ayudar a controlar el estado ánimo a largo plazo fuese eficaz (OR= 1.06), aunque para aquellos con antecedentes de problemas de estado de ánimo los estudios apuntan en esta dirección (OR = 1.35). (Tablas III, IV y V).

Tabla III.- Resultados del meta-análisis de Motillo et al. (30).

Tratamiento	N	OR	95% IC
Intervención clínica mínima	9	1.50	0.84-2.78
Consejo individual	23	1.49	1.08-2.07
Consejo grupal	12	1.76	1.11-2.93
Consejo telefónico	10	1.58	1.58-2.29

**Tabla IV.- Programas conductuales de formato grupal versus otro formato (en OR).**

Comparación	N1 de estudios	N1 de participantes	OR
Programa grupal vs. control sin intervención	7	815	2.17
Programa grupal vs. programa de autoayuda	16	4.395	2.04
Programa grupal vs. terapia individual	5	1.409	0.86
Programa grupal + TSN vs. TSN sola	2	454	1.05

Fuente: Stead y Lancaster (26).

Tabla V.- Estudio de Alonso et al. (33), en pacientes de atención primaria (N=164). Porcentaje de fumadores abstinentes.

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



Los procedimientos de autoayuda

En los últimos años la utilización de los procedimientos psicológicos en los procedimientos de autoayuda está muy extendido. No disponemos de otras técnicas más que las psicológicas para poner en práctica estos procedimientos de ayuda para que las personas puedan dejar de fumar. La ventaja de los mismos es que llegan a muchas personas, a bajo coste, y con un nivel de eficacia razonable. En la guía clínica de Fiore et al. de 1996⁸ indicaba para los procedimientos de autoayuda una OR= 1.2. En las guías de 2000 y 2008⁹⁻¹⁰ los resultados siguen siendo los mismos, con una OR = 1.2 (95% IC, 1.02-1.3), con un nivel promedio de abstinencia del 12.3% a seis o más meses de seguimiento (95% IC, 10.9-13.6). A su vez la evaluación del consejo telefónico proactivo tiene la misma OR = 1.2 que con los procedimientos de autoayuda (95% IC, 1.1-1.4) con un nivel de abstinencia promedio del 13.1% a 6 o más meses de seguimiento (95% IC, 11.4-14.8).

De modo semejante, la revisión de la Cochrane Collaboration indica para la autoayuda una OR=1.23. A su vez los materiales personalizados fueron más efectivos que los estándar (OR=1.41) y el consejo telefónico proporcionado por una persona entrenada incrementa la eficacia (OR=1.62). Meta-análisis más recientes³⁰ indican una OR =1.58 (95% IC, 1.58-2.29).

Tratamientos combinados psicológicos y farmacológicos

Hoy sabemos que los tratamientos psicológicos de tipo conductual, como distintos farmacológicos (terapia sustitutiva de nicotina, bupropión y varenicline) son eficaces en ayudar a las personas a dejar de fumar en

contextos clínicos¹⁰. Los estudios de comparación mediante asignación aleatoria a grupos experimental y control muestran que con ellos se duplica habitualmente el nivel de abandono respecto al grupo de control o placebo. También sabemos que los tratamientos farmacológicos incrementan su eficacia si a los mismos se les añade consejo conductual o tratamiento psicológico¹⁰. De ahí que muchos ensayos clínicos con fármacos para dejar de fumar incluyan junto al fármaco distintos tipos de consejo conductual o de tratamiento psicológico. En cambio, no tenemos ninguna evidencia de que la combinación de un tratamiento psicológico eficaz para dejar de fumar al que se le añade un fármaco para el abandono del tabaco incrementa la eficacia del tratamiento psicológico³³⁻³⁴. Son pocos los estudios que se han hecho de este tipo, pero cuando se hace queda claro que añadir un tratamiento farmacológico a un tratamiento psicológico eficaz no aumenta la eficacia³³⁻³⁴. Esto viene a decir que la unión de dos tipos de tratamientos, que han mostrado ser eficaces independientemente, el psicológico por una parte, y el farmacológico por otra, cuando se combinan no tienen un efecto sinérgico y no se incrementa el porcentaje de abstinencia que por sí obtiene el tratamiento psicológico utilizado solo. Ello en parte es debido a que el tratamiento psicológico suele ser más intensivo, más estructurado o con más tiempo de atención del fumador (aunque no de más tiempo para el terapeuta, en los tratamientos grupales), permite adecuarse mejor a las necesidades del fumador. Siendo éste un tema importante se aprecia una clara falta de estudios en la literatura científica en la que se compare un tratamiento psicológico independiente con otro farmacológico independiente, y la combinación de ambos.

Un caso especial en el que el clínico debe valorar la utilidad de combinar un tratamiento psicológico con otro farmacológico es en aquellos fumadores que tienen más dificultades para dejar de fumar, aceptan un tratamiento combinado, tienen poca adherencia al tratamiento, o padecen un trastorno



psiquiátrico o de abuso o dependencia de sustancias. Esto es distinto a lo que conocemos bien desde hace tiempo de que siempre debemos aplicar junto a un tratamiento farmacológico consejo conductual o un tratamiento psicológico, como igual-

mente de que el tratamiento farmacológico es eficaz por sí mismo en contextos clínicos como lo es el psicológico (Tabla VI). Por ello, ésta es una de las áreas en las que es necesario hacer más investigaciones por su relevancia clínica.

Tabla VI.- Eficacia de la combinación de medicación y consejo, en OR.

Tratamiento	N.º de brazos	OR (95% IC)	% de abstinencia
Solo medicación	8	1.0	21.7
Medicación y consejo	39	1.4 (1.2-1.6)	27.6 (25.0-30.3)
Sólo consejo	11	1.0	14.6
Medicación y consejo	13	1.7 (1.3-2.1)	22.1 (18.1-26.8)

Fuente: Fiore et al. (10, p. 102-103).

Eficacia del tratamiento psicológico en grupos concretos

Los tratamientos psicológicos se han utilizado en diversos grupos de fumadores. En todos ellos el tratamiento ha demostrado ser eficaz⁹⁻¹¹, aunque su nivel puede depender del grupo concreto al que nos refiramos. Aunque el tratamiento de fumadores de tipo psicológico funciona para cualquier fumador, o para un fumador "normal", es cierto que se han de-

sarrollado o se han analizado intervenciones específicas para grupos concretos de fumadores que destacan por su relevancia clínica o por sus características. Estos grupos sobre los que existe abundante documentación son los de mujeres embarazadas, adolescentes y jóvenes, personas mayores, pacientes hospitalizados, pacientes psiquiátricos, pacientes con abuso o dependencia de sustancias, personas en su lugar de trabajo, y en aquellos que solo quieren reducir su consumo de cigarrillos pero no dejar de fumar.



En el caso de las mujeres fumadoras embarazadas el tratamiento de primera elección es el psicológico^{10, 35}. Los tratamientos farmacológicos sólo deben utilizarse cuando fallan los anteriores o cuando los beneficios superan los riesgos. Por ello el tratamiento farmacológico para embarazadas se considera de segunda línea¹⁰. El tratamiento psicológico no tiene efectos secundarios; los fármacos para dejar de fumar hasta ahora comercializados tienen efectos secundarios que hacen que en muchos casos esté contraindicado en la mujer embarazada. En la revisión de Lumley et al.³⁶, el riesgo relativo encontrado en los 20 ensayos clínicos incluidos en su metaanálisis en los que utilizaron estrategias cognitivo-conductuales en mujeres embarazadas fue de 0.95.

Algo semejante a las embarazadas encontramos en los jóvenes y adolescentes. Aunque son pocos los adolescentes que quieren dejar de fumar⁵, los que han acudido a tratamiento han conseguido dejar solo de fumar con los tratamientos cognitivo-conductuales^{5, 37}. La utilización de fármacos (parches de nicotina) no incrementa la eficacia de aplicar solo el tratamiento conductual³⁸.

Otro grupo importante que debe dejar de fumar por razones de salud son las personas mayores. Los distintos estudios realizados con estas personas¹⁰, indican que el tratamiento psicológico es igual de eficaz en estas personas que en las de mediana edad y en muchos casos es el de elección por no tener efectos secundarios. Algo semejante encontramos en pacientes hospitalizados. Para ellos se han desarrollado y aplicado tratamientos específicos para dejar de fumar dentro de su estancia hospitalaria, incluyendo desde consejo médico, solo o complementado por la enfermera o un consejero; asesoramiento más intensivo, normalmente realizado por la enfermera, el propio médico o un consejero; la utilización de terapia sustitutiva de nicotina; y otros procedimientos como videos, autoayuda, etc. La mayoría de los estudios ofrecieron

apoyo de seguimiento después del alta hospitalaria. Los resultados indican³⁹ que estas intervenciones son eficaces cuando el nivel de intervención es alto, que ocurre en aquellos casos en los que se aplica consejo de tipo conductual, solo o combinado con otras estrategias, independientemente del tipo de trastorno por el que están hospitalizados (OR=1.82)³⁹. Donde el tratamiento psicológico parece ser especialmente eficaz es en pacientes con enfermedad cardíaca coronaria, obteniendo Barth et al.⁴⁰ en su metaanálisis una OR=1.95 para las intervenciones psicológicas intensivas.

Otro grupo sobre el que hay un alto interés actualmente es el de los pacientes psiquiátricos fumadores (con depresión mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, etc.). A todo paciente psiquiátrico o con abuso y dependencia de sustancias se le debería recomendar que dejase de fumar¹⁰. A ellos podemos aplicarles los mismos tratamientos que a un fumador sin trastornos mentales¹⁰ y el proceso de dejar de fumar no interfiere con otros tratamientos que esté llevando a cabo.

Otra cuestión de gran actualidad es la necesidad de manejar y tratar al mismo tiempo que la dependencia del tabaco otros trastornos psiquiátricos o del comportamiento. Es lo que conocemos por comorbilidad. Por ello, el tratamiento de fumadores hoy debemos verlo no sólo como una conducta que hacen muchas personas, sino que a veces lo debemos enmarcar en una perspectiva más amplia ya que una parte importante de las personas que demandan tratamiento, o que tienen problemas con la dependencia del tabaco¹⁴, es porque tienen asociados otros problemas de salud mental. Así, en los últimos años, distintos estudios han encontrado una clara relación entre el consumo de tabaco y la presencia de otros trastornos psicopatológicos, tales como depresión, trastornos de ansiedad, otros trastornos adictivos (dependencia del alcohol, cannabis, cocaína), trastorno de déficit de atención con hiperactividad y esquizofrenia¹³. Esta relación que





se encuentra consistentemente en los adultos comienza a surgir en la adolescencia. De ahí que los que fuman incrementan las probabilidades de tener estos problemas.

Conclusión

Por suerte cada vez más disponemos de distintos procedimientos efectivos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Esto facilita no sólo el que podamos ayudarles a dejar de fumar, sino que podemos conseguir que muchos de ellos puedan dejar de fumar para siempre. Quedan, sin embargo, distintas cuestiones que precisan una mayor investigación, como es el proceso de la recaída que se produce en una parte de los fumadores una vez que han dejado de fumar, la comorbilidad cada vez más frecuente en los fumado-

res que demandan tratamientos formales para dejar de fumar, cómo abordar los pacientes que tienen poca motivación para dejar de fumar, y las complejidades de manejar aquellos pacientes que no quieren dejar de fumar pero precisan hacerlo por su salud o su supervivencia. En suma, que a pesar de lo mucho que hemos avanzado en los últimos años con los procedimientos de consejo mínimo, tratamiento psicológico y tratamiento farmacológico, como indica claramente la guía de Fiore et al.¹⁰, todavía nos queda un largo camino por recorrer para poder ayudar a todo fumador que nos demanda ayuda para dejar el tabaco. Sin duda alguna, en los próximos años seguiremos avanzando con la aparición de nuevos abordajes psicológicos y el perfeccionamiento de los existentes para poder ayudar a los fumadores a dejar de fumar.



Bibliografía

1. Montes A, Pérez M, Gestal JJ. Impacto del tabaquismo sobre la mortalidad en España. *Adicciones* 2004; 16 Supl. 2: 75-82.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 2006. En: www.msc.es/salud/epidemiologia/ies/encuesta2006/encuesta.htm.
3. Abrams DB, Niaura R, Brown RA, Emmons KM, Goldstein MG, Monti PM. The tobacco dependence treatment handbook. A guide to best practices. Nueva York: Guildford; 2003
4. Becoña E. Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Valencia: Socidrogalcohol; 2004.
5. Becoña E. Tabaco. Prevención y tratamiento. Madrid: Pirámide; 2006.
6. Becoña E. Programa para Dejar de Fumar. Vigo: Nova Galicia Edicións; 2007.
7. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo; 2008.
8. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Clinical Practice Guideline # 18 Smoking Cessation. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research; 1996.
9. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Treating tobacco use and dependence. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2000.
10. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. (2008). Treating tobacco use and dependence: 2008 Update. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008.
11. Pereiro C, Becoña E, Cordoba R, Martínez J, Pinet C. Tabaquismo. Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica. Palma de Mallorca: Socidrogalcohol; 2008.
12. Sancho JL de, Gorgojo L, González J, Salvador T. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III; 2003.
13. Dodgen CE. Nicotine dependence. Washington, DC: American Psychological Association; 2005.



14. Tiffany ST, Conklin CA, Shiffman S, Clayton RR. What can dependence theories tell us about assessing the emergence of tobacco dependence? *Addiction* 2004; 99 Supl. 1: 78-86.
15. Yong H, Borland R, Hyland A, Siahpush M. How does a failed quit attempt among regular smokers affect their cigarette consumption? Finding from the International Tobacco Control Four-Country Survey (ITC-4). *Nicotine Tobac Res* 2008; 10: 897-905.
15. Schwartz JL. Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada, 1978-1985. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 1987.
16. Becoña E, Vázquez FL. Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Dykinson; 1998.
17. U. S. D. H. H. S. 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; 1991.
18. García MP, Becoña E. Evaluation of the amount of therapist contact in a smoking cessation program. *Spanish J Psychol* 2001; 3: 28-36.
19. Becoña E, Vázquez FL. Does using relapse prevention increase the efficacy of a program for smoking cessation?: An empirical study. *Psychol Rep* 1997; 81: 291-296.
20. Becoña E, Vázquez FL. Effectiveness of personalized written feedback through a mail intervention for smoking cessation: A randomized-controlled trial in Spanish smokers. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 33-40.
21. Míguez MC, Becoña E. Evaluating the effectiveness of a single telephone contact as an adjunct to a self-help intervention for smoking cessation in a randomized controlled trial. *Nicotine Tobac Res* 2008; 10: 129-135.
22. Míguez MC, Becoña E. Abstinence from smoking ten years after participation in a randomized controlled trial of a self-help program. *Addict Beh* 2008; 33: 1369-1374.
23. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd; 2006
24. Shiffman S, Kassel J, Gwaltney C, McChargue D. Relapse prevention for smoking. En: Marlatt GA, Donovan, DM, editores, *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*, 2nd ed. Nueva York: Guildford Press, 2005. p. 92-129.
25. Labrador FJ, Echeburúa E, Becoña E. Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica. Madrid: Dykinson; 2000.
26. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.; 2006.
27. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.; 2006.
28. Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation (Revisión Cochrane traducida). En: *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.; 2006.



29. Niaura R. Nonpharmacological therapy for smoking cessation: Characteristics and efficacy of current approaches. *Am J Med* 2008; 121 4A: S11-S19.
30. Mottillo S, Fillion KB, Bélisle P, Joseph L, Gervais A, O'Loughlin J, et al. Behavioural interventions for smoking cessation: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur Heart J Advan* 2009; 30: 718-730.
31. Rose SD. Group therapy: A cognitive-behavioral interactive approach. En: Bellack AS, Hersen M, Salkovskis P, editors, *Comprehensive clinical psychology. Volume 6. Adults: Clinical formulation and treatment*. Oxford, RU: Elsevier; 1998. p. 319-377.
32. Becoña E, Míguez MC. Group behaviour therapy for smoking cessation. *J Groups Addict Recovery* 2008; 3: 63-78.
33. Alonso F, Secades R, Duarte G. ¿Son eficientes los tratamientos psicológicos para dejar de fumar? *Trastornos Adictivos* 2007; 9: 21-30.
34. García MP, Sanz J. Análisis de la situación de los tratamientos para dejar de fumar basados en terapia cognitiva-conductual y en parches de nicotina. *Psicooncología* 2006; 3: 269-289.
35. Le Foll B, Melihan-Cheinin PM, Rostoker G, Lagrue G for the working group of AFSSAPS. Smoking cessation guidelines. Evidence-based recommendations of the French Health Products Safety Agency. *Eur Psychiat* 2005; 20: 431-441.
36. Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Intervenciones para promover el abandono del hábito de fumar durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: *The Cochrane Library, Issue 4*. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.; 2006.
37. Sussman S, Sun P, Dent CW. A meta-analysis of teen cigarette smoking cessation. *Health Psychol* 2006; 25: 549-557.
38. Stotts RC, Roberson PK, Hanna E, Smith CK. A randomised clinical trial of nicotine patches for treatment of spit tobacco addiction among adolescents. *Tobacco Control* 2003; 12 Supl. 4: 11-15.
39. Rigotti NA, Munafo MR, Murphy MFG, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library, Issue 4*. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.; 2006.
40. Barth J, Critchley J, Bengel J. Efficacy of psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. *Ann Beh Med* 2006; 32: 10-20.