

COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE DOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN TABAQUISMO

FRANCISCA LÓPEZ RÍOS, JESÚS GIL ROALES-NIETO y TEODORO AYLLÓN¹

Universidad de Almería
¹ Georgia State University

(Aceptado en julio de 2001)

En el presente estudio se compara la eficacia diferencial de dos programas de intervención en tabaquismo aplicados en forma grupal: un programa de reducción gradual de nicotina y un programa multicomponente denominado Romper el Hábito. Los resultados obtenidos tras 9 meses de seguimiento indican que el 31% y el 30% de los sujetos que participaron en el programa de reducción progresiva y en el de Romper el Hábito permanecían abstinentes. Se concluye que ambos programas presentan un nivel similar de eficacia para el tratamiento del tabaquismo, tanto por la tasa de abstinencia lograda y mantenida como por la tasa de recaída total que ambos programas han mostrado.

Palabras clave: Tabaquismo, reducción gradual, programa multicomponente.

Comparison of the efficacy of two smoking psychological intervention programs

The present study compares the differential effect of two smoking cessation programs: a nicotine fading program and a multicomponent program called Breaking the Habit. Results obtained at 9 month follow-up shows a 31% and a 30% of quit smoking rate, respectively. Results are discussed on the basis of a similar level of efficacy with respect to the percentage of subjects who maintained smoking abstinence and with regard to the total relapse rate.

Key words: Smoking treatment, nicotine fading, multicomponent program.

INTRODUCCIÓN

Fumar es uno de los factores de riesgo establecidos de modo más consistente para las principales causas de muerte en los países desarrollados como son el cáncer y los trastornos cardiovasculares. De hecho, se conoce que el 90% de los afectados por la enfermedad arterial periférica son fumadores, y que quienes fuman se exponen a un incremento del riesgo de accidente cardiovascular del 80% con respecto a quienes no fuman (Ocete, 1992; Joseph, 1996; Hurtado, 1990; Vicente Pérez, 1988). Los efectos del tabaquismo sobre el sistema respiratorio en

particular son, igualmente, harto evidentes como se pone de relieve en el hecho de que el riesgo atribuible al tabaco sea del 90% en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), del 82,5% en el cáncer de pulmón y del 84% en el cáncer de laringe (Vicente Pérez, 1988). Otros sistemas orgánicos se ven igualmente afectados, como por ejemplo, el gastrointestinal, el genitourinario o el hepático (Navarro y Beltrán, 1992; Baños y Peña, 1990). Todo ello se ha traducido en datos que señalan al tabaco como responsable del 25% de la mortalidad total en los países industrializados, constatándose epidemiológicamente la necesidad de disponer actuaciones destinadas a limitar tanto la incidencia como la prevalencia de dicha pauta de comportamiento. Así, en nuestro país, y aunque las cifras oscilan según la fuente, se estima que entre el

Correspondencia: Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Humanidades, Edif., A, Universidad de Almería, 04120 Almería. Correo-e: frlopez@ual.es; jgil@ual.es.

30% y el 35% de la población adulta son fumadores habituales, y que aproximadamente el 60% de los fumadores desea abandonar el consumo de tabaco (González, Villar, Rodríguez y Martín, 1997).

Las cifras señaladas, justifican las numerosas propuestas terapéuticas surgidas desde diferentes disciplinas relacionadas con la salud como son la medicina, la farmacología y la psicología, con objeto de facilitar el tránsito desde el consumo habitual hacia el abandono. Circunscribiéndonos al ámbito psicológico, las estrategias de intervención de mayor eficacia con que contamos podrían ser aglutinadas en tres categorías: tratamientos aversivos, estrategias de reducción gradual y programas multicomponentes.

Los programas aversivos basados en un procedimiento de fumar rápido o fumar focalizado han informado los mejores índices de eficacia, llegando al 100% de sujetos abstinentes al final del tratamiento, y en torno al 60% a los 6 meses de seguimiento (p. ej., Schmalh, Lichtenstein y Harris, 1972; Lichtenstein, Harris, Birchler, Wahl y Schmah, 1973). Sin embargo, este tipo de intervenciones no es aplicable a todos los fumadores, por razones de edad o de riesgo cardiovascular o respiratorio (Poole, Sanson-Fisher, German y Hakett, 1980), además de ser programas con un alto índice de abandono voluntario (Lando y McGovern, 1991). Por todo ello, los procedimientos aversivos han quedado reducidos a un empleo terapéutico poco menos que marginal o específico para determinados casos, sin posibilidad de convertirse en tratamientos de elección generalizada.

Entre los programas que se basan en una estrategia de reducción gradual del consumo de tabaco, especial mención requiere el programa de reducción gradual de los niveles de nicotina y alquitrán (RGNA) elaborado originalmente por

Foxx y Brown (1979) y Foxx y Axelroth (1983). El programa de RGNA tiene como objetivo facilitar el abandono del consumo de tabaco reduciendo en lo posible los síntomas de abstinencia derivados de la retirada de nicotina, para lo que se disponen cambios en el tipo de cigarrillos desde los consumidos habitualmente, hacia otros con menor contenido en nicotina y alquitrán, prescribiéndose en su versión original reducciones semanales del 30% en la ingesta de nicotina, hasta llegar a la abstinencia; de modo que a las cuatro semanas del inicio del tratamiento, los sujetos participantes deben estar en condiciones de abandonar el consumo de tabaco sin sufrir los efectos aversivos de la abstinencia brusca.

Los datos sobre porcentaje de abandonos logrado tras la aplicación de este tipo de tratamiento se han situado entre el 30% y el 70% de sujetos abstinentes a los 12 meses de seguimiento, según los diferentes estudios (por ejemplo, Foxx y Brown, 1979; Foxx y Axelroth, 1983; Prue, Krapfl y Martin, 1981; Lando y McGovern, 1985; Gil Roales-Nieto, 1992), considerando sólo las aplicaciones que han respetado el formato original del programa y pueden ser tenidas por repeticiones directas o sistemáticas del mismo. Por otro lado, estudios que incluyeron otro tipo de elementos terapéuticos no han conseguido incrementar la eficacia del formato original (ver por ejemplo, Brown, Lichtenstein, McIntyre y Harrington-Kosur, 1984; Becoña y Lista, 1989; McGovern y Lando, 1991).

Los programas multicomponentes son el resultado de adicionar elementos terapéuticos a una estrategia básica de abandono del tabaco, más o menos establecida en la literatura especializada con un cierto grado de eficacia, en un intento de optimizar los resultados logrados con las aplicaciones "puras" de las mismas, especialmente en lo que se refiere al mantenimiento de la abstinencia. Así, desde

que Hackett y Horan (1977) acuñaran el término programa comprensivo, que finalmente ha derivado en el de "programa multicomponente", la sucesión de combinaciones posibles puesta en el mercado por los investigadores parece interminable.

Ha llegado a afirmarse que los programas multicomponentes son el mejor, en cuanto que más eficaz, tipo de programa no aversivo disponible en este momento para el tratamiento del tabaquismo (por ejemplo, Becoña y Vázquez, 1998; Echeburúa, 1998; López de la Llave, Buceta y Pérez-Llantada, 1997), aún y cuando los datos disponibles no parecen corroborar tal afirmación. Así, tomando como ejemplo el estudio de López de la Llave y cols. (1997), en el que se utilizaron dos programas multicomponentes con dos estrategias de reducción del número de cigarrillos (una de ellas basada en un procedimiento de reducción gradual del tabaco consumido cada semana con o sin cambios de marcas, y la otra mediante eliminar fumar en dos situaciones elegidas en las que habitualmente se fumaba), los porcentajes de abstinencia informados a los 12 meses de seguimiento, fueron del 11,7% y del 46,6% para cada una de las dos condiciones, aunque dichos porcentajes se ofrecen tomando como referente el número de sujetos que finalizaron ambos tratamientos, no el número de sujetos que lo iniciaron. Si se considera este último dato, los porcentajes de éxito se reducen al 10% y al 31%, respectivamente.

Así pues, en términos generales, la mayor parte de los estudios de aplicación de programas multicomponentes no han informado índices de abstinencia superiores al 30-40% en seguimientos superiores a 6 meses (p. ej., Becoña y Gómez-Durán, 1993; Becoña y Vázquez, 1998; Hackett y Horan, 1979; McGovern y Lando, 1991; Paxton, 1980). Además, la gran variabilidad en las técnicas utilizadas en

los estudios que han empleado programas multicomponentes, así como la desigual duración de los períodos de seguimiento que informan, apenas permite extraer conclusiones equiparables respecto a cuáles son, en realidad, los más eficaces (aspecto de enorme importancia dada la radical diferencia entre programas multicomponentes en cuanto al componente central que incorporan).

Más aún, un reciente metaanálisis sobre los resultados obtenidos mediante programas multicomponentes aplicados al tratamiento del tabaquismo en nuestro país, que recoge hasta 37 estudios, viene a confirmar la amplia variabilidad de los tamaños del efecto, situándose el porcentaje promedio de sujetos abstinentes al finalizar el tratamiento en 51,6%, índice promedio que disminuye hasta el 27% a los 12 meses de seguimiento (Sánchez Meca, Olivares y Rosa, 1998). Así pues, los resultados disponibles para los programas multicomponentes parecen escasamente comparables a los informados con programas de RGNA, y similares a los obtenidos con otros procedimientos que nadie ha mencionado como ejemplos de eficacia (ver, por ejemplo, la revisión detallada que se ofrece en Schwartz, 1987, y en Gil Roales-Nieto y Calero, 1994). Más aún, aquellos programas multicomponentes que arrojan las mejores cifras de resultados resultan ser, con frecuencia, los que emplean una estrategia de reducción gradual como forma de abandono en su componente central.

Todo ello hace dudar de que la adición de componentes, hasta formar el complejo paquete de tratamiento que caracteriza a los actuales programas multicomponentes, haya supuesto, en realidad, un incremento significativo de los efectos terapéuticos respecto al empleo de procedimientos más sencillos, que justifique la complejidad que supone su aplicación. Es decir, la adición de componentes hace

el proceso de intervención más tedioso e intrusivo, siendo más probable que no se cumpla la totalidad de las instrucciones. Además, es necesario efectuar una cuidadosa retirada de los elementos terapéuticos introducidos de cara a facilitar el mantenimiento de los resultados. Nada de esto es un problema si aumenta las posibilidades de éxito terapéutico, sin embargo, esto es algo que está aún por comprobar.

En cualquier caso, el aspecto más problemático que presentan los programas multicomponentes a la hora de calibrar su eficacia comparada es, precisamente, la enorme variedad entre sus componentes de programa a programa, especialmente en lo que se refiere al componente central destinado a ser la principal herramienta terapéutica de abandono del tabaco, componente que en algunos de estos programas es una estrategia de reducción progresiva, en otros una estrategia de autocontrol y en otros una estrategia de abandono radical, mientras que en algunos llega a ser incluso una estrategia aversiva.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, equiparar los programas multicomponentes y señalar que "son la intervención más eficaz para dejar de fumar" es una afirmación muy imprecisa referida a un variado grupo formado por numerosos tratamientos que, de hecho, presentan enormes diferencias entre sí en cuanto a la concepción del comportamiento de fumar y las variables que lo sustentan, al tipo de funciones del tabaco sobre las que pretenden influir, al ritmo y control sobre la introducción de los diferentes componentes y su eliminación, al propio concepto de componente y, por supuesto, en cuanto a la eficacia mostrada.

Los estudios de comparación entre los diferentes tipos de intervenciones parecen ser el mejor medio para dilucidar la eficacia contrastada de los distintos tipos de programas disponibles. Sin embargo,

la comparación directa entre programas monocomponentes o sencillos y programas multicomponentes o complejos no parece haber despertado el necesario interés en los investigadores, cuando es el tipo de estudios que despejaría las dudas actuales sobre la eficacia comparada de ambos tipos de intervención.

El presente estudio se enmarca en esta línea de investigación comparativa, tratando de establecer la eficacia comparada de dos programas diferentes para el abandono del tabaco. Por un lado, un programa que cabría denominar multicomponente en tanto que representa un tipo de intervención con diferentes fases y variadas estrategias, aunque distinto de los programas multicomponentes típicos elaborados desde una opción teórica cognitiva. Por otro, un programa típico de reducción gradual fiel a la versión original de Foxx y Axelroth (1983). El programa multicomponente denominado *Romper el Hábito* (RH) fue originalmente desarrollado, desde una perspectiva funcional, por T. Ayllón y S. Garber en la Georgia State University, para su aplicación clínica individual. El programa RH es, pues, un tipo de programa multicomponente muy diferente a los programas multicomponentes habituales en la literatura especializada, en la medida que sus objetivos (y, por tanto, sus componentes) se orientan hacia la ruptura de las funciones del comportamiento de fumar y la génesis de comportamientos alternativos. Esta orientación funcional le diferencia de muchos otros programas que, sin embargo, llegan a ser considerados equivalentes o similares en función exclusivamente de su forma u organización.

Por otro lado, ambos programas de intervención se han puesto en práctica en grupo, lo que permitirá, además, extraer conclusiones sobre la relación coste-beneficio de su utilización clínica con grupos de fumadores.

MÉTODO

Sujetos y contexto

Los participantes fueron reclutados entre la población general mediante la inserción de anuncios en los medios de comunicación que ofrecían tratamiento psicológico para abandonar el consumo de tabaco. Todas las sesiones de ambos programas se desarrollaron en los laboratorios del grupo de investigación de Psicología y Salud en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Almería. Se admitió como participantes a fumadores que (a) llevaran más de 5 años fumando, (b) fumaran más de 10 cigarrillos al día como promedio, y (c) acudieran a las tres sesiones de evaluación dispuestas previamente a las sesiones de intervención.

La muestra final contó con 36 sujetos, 15 varones y 21 mujeres, cuya media de edad en el momento de la selección era de 37 años (rango: 25-52 años), la tasa media de consumo era de 24 cigarrillos diarios (rango: 10-40 cigarrillos), y la cronicidad del hábito de 20,7 años de promedio (rango: 5- 34 años).

Diseño

El estudio empleó un diseño cuasiexperimental entre grupos teniendo como variable independiente (VI) el tipo de tratamiento utilizado, y que consta de dos niveles: el primero representado por el tratamiento de RGNA aplicado a 16 sujetos (que en adelante denominaremos *grupo RGNA*), y el segundo representado por el tratamiento multicomponente aplicado a 20 sujetos (que en adelante denominaremos *grupo RH*). La asignación de sujetos a los programas de intervención no siguió otro criterio que el orden de incorporación a la oferta de tratamiento.

Como variable dependiente principal (VD) se empleó la situación como fumador (abstinencia o fumar).

Materiales y medidas

La evaluación de las variables relacionadas con la conducta de fumar, las características sociodemográficas de los sujetos y las medidas de la variable dependiente, se llevó a cabo mediante los instrumentos de medición que se describen a continuación:

1. Un *Cuestionario General sobre Comportamiento de Fumar* elaborado específicamente para este estudio y aplicado en forma de entrevista, mediante el cual se recabó información sobre,

- a) Datos personales como la edad y sexo, la profesión, el nivel educativo (con cuatro categorías: 0 estudios primarios, 1 secundarios, 2 titulado medio y 3 titulado superior), personas con las que convive, actividades de ocio, etc.;
- b) Historia de consumo de tabaco, incluyendo la edad y el modo de inicio en el hábito, la cronicidad del mismo (años como fumador), marca de tabaco consumida habitualmente, el historial de intentos por lograr la abstinencia tomando como referencia el período máximo de abstinencia logrado (valorando como 0 si no hay ningún intento de abstinencia anterior, como 1 si el período de mayor abstinencia logrado duró entre 1 y 3 meses, como 2 si duró entre 3 y 6 meses, y como 3 si fue mayor de 6 meses), la forma en la que se produjo la recaída, etc.;
- c) Las características del patrón de consumo actual, incluyendo la tasa promedio informada de consumo (en número de cigarrillos diarios), la

marca específica de tabaco consumida en el momento de inicio del estudio, la distribución contextual y temporal de los cigarrillos fumados a lo largo del día, la topografía de fumar característica, etc.;

- d) Contexto social relacionado con el consumo, incluyendo la presencia de fumadores en los diferentes contextos habituales (valorado como 0 si había ausencia de fumadores en contextos habituales familiar, laboral y social o de ocio, como 1, 2 o 3 si había presencia de fumadores en alguno, en dos o en todos los contextos, respectivamente)

2. Un *Cuestionario sobre el estado y los problemas de salud*, elaborado específicamente para este estudio, con el que se han evaluado el (a) el estado de salud actual de cada sujeto (como porcentaje de enfermedades o molestias padecidas de entre una amplia relación de problemas), (b) el nivel de información de cada sujeto sobre los efectos del tabaco en la salud (porcentaje de aciertos en enfermedades relacionadas con fumar de acuerdo a la bibliografía especializada, sobre una amplia lista de todo tipo de enfermedades), y (c) las creencias de los efectos del tabaco sobre su salud particular (porcentaje de enfermedades o molestias de las informadas por cada sujeto que éste relaciona con el consumo de tabaco);

3. Un *Sistema de Autorregistro* de la conducta de fumar, en forma de cuadernillo con hojas impresas que contenían una tabla que permitía registrar el consumo de hasta 25 cigarrillos, y en la cual debían anotar para cada cigarrillo fumado la hora, la actividad concurrente, el contexto de consumo y el tipo general de sensaciones producidas por el cigarrillo (positivas o placenteras, negativas o desagradables, de indiferencia, etc.).

4. *Evaluación de los niveles de CO espirado* llevada a cabo mediante un

EC50 Micro II Smokerlyzer Portable CO Monitor (Bedfont Technical Instruments Ltd., Sittingbourne, Kent, U.K.), instrumento que cuenta con una pantalla digital en la que se indican las cifras de CO espirado en partes por millón (ppm) y el porcentaje de carboxihemoglobina, calculado a partir de la medida de CO espirado. El CO espirado es un parámetro que proporciona información relativa al CO inhalado y acumulado hasta el momento del día en que se produce la medida. Por ello, se trata de una medida variable en función de la topografía de consumo de tabaco, el momento del día en que se toma la medida, el tiempo transcurrido desde que se fumó el último cigarro, etcétera. A pesar de ello, entre las ventajas que se le atribuyen está su sensibilidad a los cambios y su utilidad como instrumento de control del informe del sujeto, así como su utilidad como señal de feedback del nivel de intoxicación del aire espirado y la posibilidad de utilizarlo como medida de la evolución del consumo de cigarrillos a lo largo de la interacción terapéutica.

Como medidas de eficacia o resultado de los tratamientos se tomaron, de forma prioritaria las siguientes:

- a) *Tasa de abstinencia*, definida como el porcentaje de sujetos de cada grupo terapéutico que abandonan completamente el consumo de tabaco; medida que se realizó tanto al final de la aplicación de los programas como a lo largo de los diferentes períodos de seguimiento.
- b) *Tasa de recaída total*, definida como el porcentaje de sujetos que habiendo logrado la abstinencia al final del tratamiento vuelven a fumar regular y diariamente a lo largo del período de seguimiento; medida que se realizó al final del período de seguimiento.

Como medidas secundarias de la eficacia de los programas se tomaron el consumo diario de cigarrillos y el nivel de CO espirado.

Procedimiento

El procedimiento general para ambos grupos de sujetos consta de una sesión inicial o fase de evaluación, una fase de tratamiento con cinco sesiones, y una fase de seguimiento de cuatro sesiones.

A) *Fase de evaluación.* Todos los sujetos participantes realizaron una evaluación inicial común que se llevó a cabo de forma individual. En dicha fase de evaluación se obtuvieron, mediante entrevista, tanto los datos personales de cada sujeto como información sobre las características históricas y actuales del hábito de fumar, además de información relacionada con el nivel de adherencia a prescripciones mostrado por el sujeto, el tipo de dieta, su nivel de actividad física sistemática, y la presencia o no de fumadores en sus contextos habituales (familiar, laboral, de ocio, etc.). Como colofón a esta fase de evaluación, los sujetos llevaron a cabo un autorregistro de su consumo de tabaco durante la semana previa al inicio de la intervención. En la sesión de entrega del registro semanal, se llevó a cabo una evaluación del nivel de CO espirado, explicando el significado de dicha medida.

B) *Fase de tratamiento.* En cada grupo se aplicó el correspondiente programa de tratamiento a lo largo de cinco sesiones realizadas con una periodicidad semanal:

— *Programa de RGNA.* La aplicación del procedimiento de RGNA que se ha desarrollado en este estudio, es una réplica del llevado a cabo originalmente por Foxx y Axelroth (1983). De modo resumido, el pro-

grama consiste en prescribir reducciones de las cantidades de nicotina y alquitrán ingeridos diariamente, a través del consumo de marcas de cigarrillos con menor contenido en dichos componentes. Otras actividades incluidas en el procedimiento son el autorregistro del consumo diario de tabaco, así como la representación gráfica de los niveles de nicotina y alquitrán ingeridos diariamente. La aplicación del programa se desarrolló a lo largo de cinco sesiones cuyos objetivos y actividades (incluyendo los materiales empleados) se detallan en el Cuadro 1. Los 16 sujetos que se expusieron a este programa de intervención fueron divididos en dos grupos de 8, con objeto de hacer más manejables las sesiones en grupo.

— *Programa Romper el Hábito (RH),* programa multicomponente aplicado a grupos por primera vez en este estudio, en el que se empleó una versión ligeramente modificada respecto a la versión original desarrollada por el tercer autor y empleada en la práctica clínica individualizada. Los diferentes componentes que lo forman tienen como objetivo principal que cada sujeto discrimine su propio comportamiento como fumador y genere comportamientos alternativos en las condiciones que lo hacen más probable. En el Cuadro 2 se resumen los objetivos, actividades, instrucciones y materiales que componen el programa en cada sesión. La aplicación del programa se hace a lo largo de cinco sesiones. Los 20 sujetos participantes en este programa fueron divididos en dos grupos de 10 sujetos cada uno por razones de operatividad.

La organización de las sesiones siguió una secuencia similar en ambos progra-

Cuadro 1. Sesiones del programa de reducción gradual de los niveles de nicotina y alquitrán (RGNA)

PRIMERA SESIÓN*Objetivos:*

1. Describir el programa.
2. Inicio de la reducción de niveles de nicotina y alquitrán.

Actividades:

1. La terapeuta describe en qué consiste el programa de reducción gradual de los niveles de nicotina y alquitrán.
2. Reparto del material para realizar las gráficas de la nicotina y del alquitrán consumido diariamente. Ensayo del cálculo y representación gráfica con los valores obtenidos en los autorregistros realizados en los días previos a la sesión.
3. Medidas de CO espirado.
4. Elección de marcas para reducir entre el 25 y el 30% de la nicotina y el alquitrán consumidos

SEGUNDA SESIÓN Y TERCERA SESIÓN*Objetivos:*

1. Comprobar el seguimiento de las tareas prescritas.
2. Establecer nuevos objetivos de reducción.

Actividades:

1. Cada sujeto informaba de los cigarrillos fumados, de la realización de los registros, mostraba las gráficas describiendo las reducciones alcanzadas.
2. Planteamiento del siguiente objetivo de reducción, indicándose la marca de cigarrillos a consumir durante dicha semana.
3. Medidas de CO espirado.

CUARTA SESIÓN*Objetivos:*

1. Comprobar el seguimiento de las tareas prescritas;
2. Establecer nuevos objetivos de reducción/v/ abstinencia.

Actividades:

1. Cada sujeto informaba de los cigarrillos fumados, de la realización de los registros, mostraba las gráficas describiendo las reducciones alcanzadas.
2. Planteamiento de la abstinencia en los próximos días, o la reducción del número de cigarrillos fumados si superan los 5 cigarrillos diarios.
3. Medidas de CO espirado.

QUINTA SESIÓN*Objetivos:*

1. Comprobar consecución de la abstinencia o de las reducciones del número de cigarrillos indicada.

Actividades:

1. Revisión del cumplimiento de las reducciones o del mantenimiento de la abstinencia.
2. Establecimiento de los índices de abstinencia como finalización del programa. Quienes debían conseguir la abstinencia en dichas semana debían regresar la semana siguiente para el certificación del primer seguimiento
3. Medida de CO espirado y muestra de saliva.

mas; es decir, cada sujeto indicaba la tasa de consumo diario, además del cumplimiento o no de las prescripciones proporcionadas en la sesión anterior y que debía quedar reflejado en un autorregistro de prescripciones. De este modo, en caso de cumplimiento de dichas prescripciones se felicitaba públicamente a cada sujeto, describiendo la importancia de los avances de cara

al abandono de tabaco. Aquellos sujetos que no habían reducido el consumo y o seguido las demás prescripciones exponían sus razones.

Tanto en el programa RGNA como en el RH los sujetos debían alcanzar la abstinencia tras las primeras cuatro sesiones, aunque se permitió una sesión más a aquellos sujetos que necesitaron una semana más para alcanzar la abstinencia completa.

Cuadro 2. Sesiones del programa multicomponente Romper el Hábito (RH)

PRIMERA SESIÓN		
Objetivos y actividades	Instrucciones	Materiales
1. Descripción del programa.	1. Depositar las colillas en un tarro.	1. Autorregistro de seguimiento de prescripciones
2. Distribución y descripción del material.	2. Registrar el nº de cigarrillos fumados.	2. Lista a elaborar de señales personales asociadas con el tabaco: situaciones/ actividades
3. Medida de CO espirado.	3. No comprar cartones de tabaco.	3. Cassette de entrenamiento en relajación con guía y la descripción escrita del procedimiento a seguir.
	4. Anotar el número de cigarrillos fumados acumulados durante la semana.	4. Diario de entrenamiento en relajación.
	5. Usar cerillas para encender los cigarrillos.	
	6. Fumar en lugares distintos a los habituales.	
	7. Retrasar el primer cigarrillo y adelantar el último.	
	8. Entrenamiento en relajación.	
	9. 5 minutos de ejercicio.	
	10. Informar a las personas cercanas.	
	11. Cumplimentar la lista de racionalizaciones.	
	12. Revisar las razones para dejar de fumar.	
SEGUNDA SESIÓN		
Objetivos y actividades	Instrucciones	Materiales
1. Revisar el cumplimiento de prescripciones.	1. Depositar colillas en un tarro.	1. Autorregistro de seguimiento de prescripciones.
2. Establecer nuevas prescripciones con objeto de conseguir nuevas reducciones en el consumo de tabaco.	2. Registrar el nº de cigarrillos fumados.	2. Lista de sustitutos orales y táctiles
3. Medida de CO espirado.	3. Eliminar los mecheros.	3. Lista de declaraciones positivas por no fumar.
	4. Sólo fumar en lugares restringidos	4. Descripción de síntomas de abstinencia .
	5. Demorar los cigarrillos que se fuman ante señales (actividades/situaciones) previamente detectadas.	5. Consejos generales.
	6. Modificar la topografía de coger el cigarro.	
	7. Utilizar el aerosol de respiración cuando se tengan deseos de fumar.	
	8. 10 minutos de ejercicio.	
	9. Práctica de relajación.	
	10. Rechazar ofrecimientos de tabaco.	
	11. Cumplimentar la lista de racionalizaciones.	
	12. Revisar las razones para dejar de fumar.	
TERCERA SESIÓN		
Objetivos y actividades	Instrucciones	Materiales
1. Comprobar el cumplimiento de prescripciones.	1. Depositar las colillas en un tarro.	1. Autorregistro de seguimiento de prescripciones
2. Establecer las nuevas prescripciones con objeto de conseguir nuevas reducciones y la abstinencia en la siguiente semana	2. Registrar el nº de cigarrillos fumados.	2. Instrucciones para dejarlo asertivamente, haciendo frente a las presiones para fumar
3. Medida de CO espirado.	3. Colocar cartel de aviso sobre el intento de dejar de fumar, tanto en casa como en el trabajo.	3. Hoja en la que indicar una lista de declaraciones positivas sobre dejar de fumar.
	4. Cambiar a marcas de menor contenido en nicotina	
	5. Se fuma en lugares restringidos centrándose en la experiencia de fumar.	
	6. Incrementar el consumo de agua	
	7. Tensar y relajar brazos y piernas en condiciones como conducir , reuniones, etcétera.	
	8. 15-20 minutos de ejercicio.	
	9. Pedir a otros que no fumen.	
	10. Rechazar ofrecimientos de tabaco.	
	11. Cumplimentar la lista de racionalizaciones.	
	12. Revisar las razones para dejar de fumar.	
CUARTA Y QUINTA SESIONES		
Objetivos y actividades	Instrucciones	Materiales
1. Revisar el cumplimiento de prescripciones.	1. Depositar dinero ahorrado por no fumar en un tarro.	1. Autorregistro de seguimiento de prescripciones.
2. Comprobar la consecución de la abstinencia/v/ reducciones de consumo.	2. Registrar el nº de días de no consumo	2. Lista de sustitutos orales y táctiles
3. Establecer las condiciones para conseguir la abstinencia en la siguiente semana	3. Colocar cartel de aviso de no fumar tanto en casa como en el trabajo.	3. Lista de declaraciones positivas por no fumar.
4. Medida de CO espirado.	4. Recopilar noticias sobre los efectos de fumar.	4. Descripción de síntomas de abstinencia
	5. Arreglar el ambiente eliminando elementos relacionados con fumar y proporcionando un ambiente limpio de olores.	5. Consejos generales.
	6. Usar ayudas orales y táctiles.	
	7. Incrementar el consumo de agua y zumo de naranja.	
	8. Tensar y relajar brazos y piernas en condiciones como conducir, reuniones, etcétera.	
	9. 9.30 minutos de ejercicio.	
	10. Práctica de respuestas asertivas en los casos en que no se cumpla la normativa sobre consumo de tabaco.	

C) *Fase de Seguimiento*. Para los sujetos de ambos grupos de intervención se tomaron cuatro medidas de seguimiento: una semana después de finalizar los tratamientos, y a los tres, seis y nueve meses. El procedimiento seguido en los diferentes seguimientos fue idéntico, consistiendo en la toma de una muestra de CO espirado y otra de saliva, informando a los sujetos que ésta se emplearía para obtener el nivel de tiocianato en saliva, una medida que da cuenta del consumo medio de tabaco a lo largo del último mes. No obstante, la muestra de saliva se empleó sólo como *bogus pipeline* y la única medida efectivamente valorada fue la del CO espirado. Por ello, la medición de la abstinencia en el seguimiento se llevó a cabo mediante el informe del sujeto y la verificación a través de los niveles de CO de la abstinencia inmediata. Si el informe del sujeto indicaba abstinencia de fumar y el de CO indicaba que el sujeto había fumado, el dato se tomaba de acuerdo al valor de CO.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra tanto los datos promediados de ambos grupos de tratamiento respecto a la cronicidad del hábito, tasa de consumo diario, niveles de CO en línea base, presencia de fumadores en el contexto habitual e historia de intentos de abstinencia anteriores, como los datos relativos a otras características de los grupos, como son el promedio de edad, la distribución por sexos, el nivel de estudios, los problemas de salud informados, las enfermedades que se relacionan con el consumo de tabaco y las enfermedades o problemas de salud personales atribuidos al consumo de tabaco.

El análisis comparativo mediante la prueba no paramétrica para muestras independientes de Mann Whitney ha señalado la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en la distribución de los valores en ambas muestras en las variables edad, cronicidad del hábito, tasa de consumo en línea de base, niveles de CO en la primera sesión, en los problemas de salud

Tabla 1. Características de los sujetos y de su comportamiento de fumar

Variable	Valores	Frecuencia (%)		Media (DT)	
		G. RGNA	G. RH	G. RGNA	G. RH
Sexo	Hombres	8 (50%)	7 (30%)		
	Mujeres	8 (50%)	13 (70%)		
Edad	Años			36,6 (6,34)	37,6 (8,33)
Nivel Educativo	Estudios primarios	—	1 (5%)		
	Estudios secundarios	5 (31,5%)	5 (25%)		
	Estudios medios	8 (50%)	9 (45%)		
	Estudios superiores	3 (18,5%)	5 (25%)		
Cronicidad del hábito	Años como fumador			19,1 (7,41)	22 (8,28)
Cons. en línea de base	Cigarrillos/día			23,31 (10,87)	24,4 (6,57)
Intentos de dejar de fumar	Ninguno	6 (37,5%)	14 (70%)		
	Uno o varios	10 (62,5%)	6 (30%)		
Problemas de salud informados				38,18 (14,72)	31,35 (14,72)
Enfermedades que relacionan con el tabaco				62,18 (23,71)	53,3 (22,32)
Enfermedades atribuidas al tabaco				77,62 (27,68)	79,5 (15,19)

Tabla 2. Evolución de la asistencia, tasas de consumo de cigarrillos y CO espirado por sesión en ambos tratamientos

Tipo de tratamiento	Medidas	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5
RGNA	Número de sujetos	20	20	14	10	10
	Cigarrillos/día (promedio)	18,5	14,2	9,2	8	5,4
	Niveles de CO (promedio)	20,3	11,6	10,3	8,8	6,5
RH	Número de sujetos	16	14	14	9	8
	Cigarrillos/día (promedio)	17	13	10	5	2
	Niveles de CO (promedio)	18	12	9	7	5

informados, enfermedades atribuidas al tabaco, el índice de problemas de su propia salud que atribuye a fumar. Por otro lado, las pruebas Chi-Cuadrado han señalado ausencia de diferencias significativas en la distribución de las variables sexo, nivel educativo, intentos previos de abandono del tabaco, estudios y presencia de fumadores en su contexto habitual

El análisis descriptivo indica que el grupo de intervención RGNA se configuró con el mismo número de varones que de mujeres, que la mayoría contaba con estudios de tipo medio, convivían con fumadores y habían intentado abandonar el tabaco al menos en una ocasión. A su vez, el grupo de intervención RH, muestra unas características similares salvo que el número de mujeres es mayor y que la mayoría de los sujetos no informaron intentos previos de abandono.

La Tabla 2 señala los cambios en el consumo de cigarrillos y los niveles de CO espirado, a lo largo del tratamiento en cada uno de los grupos de intervención, así como el número de sujetos que acudieron a cada sesión. Puede observarse como en ambos grupos se produjo una disminución final del 50% en el número de sujetos que

permanecieron en el tratamiento hasta el final del mismo. Mediante la prueba de Cochran no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de la aplicación de ambos programas tanto al finalizar el período de tratamiento como en los diferentes seguimientos. Igualmente, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables medidas en la evaluación entre quienes consiguieron la abstinencia y quienes no, en cada uno de los grupos de intervención. No obstante, un análisis detallado de los resultados de cada grupo señala algunos aspectos de interés más allá de esta comparación general no significativa, aspectos que destacamos a continuación.

Así, en el caso del grupo de RGNA la reducción en el promedio de cigarrillos fumados muestra una tendencia de descenso de aproximadamente un 25% semanal, excepto para el período que va de la sesión cuarta a la quinta, en el que se agudizó el descenso, resultados que se ajustan a las prescripciones establecidas en el programa. Sin embargo, en este grupo la media de la última sesión de 5,4 cigarrillos diarios fumados indica un consumo final, antes del paso

Tabla 3. Sujetos que inician y finalizan el tratamiento, y sujetos que se mantienen abstinentes al final del tratamiento y en las distintas evaluaciones de seguimiento

Tipo de tratamiento	Sujetos que inician el tratamiento	Sujetos que finalizan el tratamiento	Sujetos abstinentes al final del tratamiento	Sietps abstinentes a los 3 meses	Subjetos abstinentes a los 6 meses	Sujetos abstinentes a los 9 meses
RGNA	16	8 (50%)	7 (43%)	5 (31%)	5 (31%)	5 (31%)
RH	20	10 (50%)	9 (45%)	8 (40%)	8 (40%)	6 (30%)

al objetivo de la abstinencia, superior al promedio mostrado por el grupo RH en el mismo período, que fue de 2 cigarrillos diarios.

Los resultados en cuanto a sujetos abstinentes se muestran en la Tabla 3, que recoge el número y porcentaje de sujetos abstinentes por cada grupo (respecto al número inicial de sujetos por grupo), al final del tratamiento y en cada una de las evaluaciones de seguimiento, tomando como medida de abstinentes al final del tratamiento la evaluación realizada una semana después de la última sesión de tratamiento. El análisis de la recaída en ambos grupos señala un patrón distinto, ya que mientras en el grupo RGNA se aprecia un patrón brusco y pronto de recaída (dos sujetos recaen entre la primera y segunda medidas de seguimiento y ya no se producen nuevas recaídas), el patrón mostrado por el grupo RH señala una recaída distribuida a lo largo de todo el seguimiento, y dos ocurriendo entre la tercera y cuarta evaluaciones.

Los resultados obtenidos considerando el total de sujetos que iniciaron el estudio en cada uno de los tratamientos indican que, tras la aplicación del programa de RGNA, al finalizar el tratamiento se encontraba sin fumar el 43% de los participantes que iniciaron este programa, mientras que en las distintas evaluaciones de seguimiento permanecieron abstinentes invariablemente el 31% de los sujetos. En términos absolutos, de los 16 fumadores que iniciaron el tratamiento 8 se retiraron antes de finalizarlo, y de los 8 que completaron el tratamiento siete lograron la abstinencia y 5 se mantenían sin fumar en la última evaluación de seguimiento realizada a

los 9 meses. La recaída total desde el final del tratamiento hasta la última de las evaluaciones de seguimiento fue, por tanto, del 28%.

El abandono del programa sin completarlo puede estar respondiendo a variables específicas del programa y diferentes a las que interesa analizar como responsables del logro de la abstinencia para aquellos sujetos que permanecen hasta el final. La Tabla 4 muestra estos mismos resultados considerando sólo los sujetos que finalizaron el tratamiento, datos que permiten medir la eficacia del cumplimiento pleno del programa como tal para conseguir y mantener la abstinencia. Así en el grupo RGNA el 87,5% de los sujetos que finalizaron el tratamiento logra alcanzar la abstinencia y el 62,5% la mantiene en la última evaluación de seguimiento.

Los resultados de la aplicación del programa múltiple RH indican que de los participantes iniciales el 50% finaliza el tratamiento y el 45% del total de fumadores que iniciaron la intervención logra alcanzar la abstinencia de fumar. En términos absolutos, de los 20 fumadores que iniciaron el tratamiento 10 se retiraron antes de finalizarlo, y de los 10 que completaron el tratamiento 9 lograron la abstinencia y 6 se mantenían sin fumar en la última evaluación de seguimiento realizada a los 9 meses. La recaída total desde el final del tratamiento hasta la última de las evaluaciones de seguimiento fue, por tanto, del 34%.

En la Tabla 4 se muestran los resultados del programa RH considerando sólo los sujetos que finalizaron el tratamiento, resultando que el 90% de los sujetos que

Tabla 4. Sujetos que finalizan el tratamiento y se mantienen abstinentes

Tipo de tratamiento	Sujetos que finalizan el tratamiento	Sujetos abstinentes al final del tratamiento	Sujetos abstinentes a los 9 meses	Tasa de recaída total
RGNA	8	7 (87,5%)	5 (62,5%)	28%
RH	10	9 (90%)	6 (60%)	34%

terminan el programa alcanzan la abstinencia y el 60% se mantenía abstinentes en el último seguimiento.

Finalmente, en todos los casos y durante las fases de tratamiento y de seguimiento nunca se encontraron discrepancias entre los datos provistos por los informes de los participantes y los resultados de los análisis de CO.

DISCUSIÓN

El presente estudio tenía como objetivo principal la comparación directa entre dos tipos de intervención en tabaquismo en un intento por arrojar luz sobre la eficacia comparada de dos de los programas de empleo más frecuente, un programa de reducción progresiva y un programa multicomponente o múltiple. Por otro lado, resulta una práctica cada vez más frecuente la organización de grupos de fumadores que pretenden abandonar el consumo de tabaco y llevan a cabo el programa de tratamiento en forma conjunta. Habida cuenta de las cifras de fumadores parece conveniente estudiar si la aplicación en grupo de los programas que resultan más eficaces en el ámbito clínico individual, se acompaña de una menor eficacia o, por contra, los programas mantienen similares cifras de éxito en su aplicación colectiva.

A su vez, la aplicación del programa de RGNA en grupo, pretendía replicar de modo sistemático los resultados informados en los estudios de los autores que originalmente diseñaron este tipo de tratamiento, en un intento por lograr comparaciones lo menos contaminadas posible por la adición de componentes que dificultan el análisis interestudios. Si tenemos en cuenta que a los 12 meses de seguimiento, el índice de abstinencia obtenido en los estudios que mantuvieron una versión fiel a la original del programa RGNA suele rondar el 30%, y en el presente estudio hemos obtenido un

31% de sujetos abstinentes a los 9 meses de seguimiento sin recaídas en los últimos seis meses, podemos considerar que los resultados de los estudios pioneros han quedado replicados con los datos aquí obtenidos, y que la eficacia real de tal tipo de programa puede establecerse en dicho porcentaje de abstinencia.

Por otro lado, y respecto al programa RH, los resultados obtenidos lo equiparan también al rango de eficacia habitual obtenido con la aplicación de programas tipo RGNA y multicomponentes, llegando incluso a superar el nivel del 30% que típicamente muestran los programas multicomponentes a los 6 meses de seguimiento, ya que el periodo de seguimiento de nuestro estudio ha sido de 9 meses. Ello, igualmente, lleva a recomendar la necesidad de ampliar hasta un mínimo de 9 meses el seguimiento de los estudios que utilicen programas multicomponentes, en tanto que periodos de seguimiento menores parecen no garantizar resultados que puedan considerarse estables (por ejemplo, haber cerrado nuestro estudio a los 6 meses de seguimiento hubiera supuesto una tasa de éxito del 40% para el programa RH frente al 31% del programa RGNA, lo que hubiera llevado a conclusiones equivocadas sobre la eficacia de ambos).

La eficacia comparada de ambos programas puede decirse, en términos generales que resulta similar. No obstante, cabe señalar algunas facetas de interés que aparecen en el análisis pormenorizado de ambos resultados. Por una parte, parece que el programa RGNA resulta más conveniente en cuanto a mantenimiento de la abstinencia, como lo muestra el hecho de la menor recaída mostrada en los sujetos que terminaron el programa como abstinentes. Visto así, parecería que aquellos sujetos a los que se adaptan mejor los fundamentos del programa se mantienen bien como abstinentes una vez lo han logrado. Por contra, en la aplicación del programa RH se

observa un “goteo” de recaídas a lo largo de todo el período de seguimiento que deja abierta la duda de su posible prolongación si éste se hubiera extendido en el tiempo. Cabría pensar que entre los sujetos que logran el éxito al final del tratamiento la instauración de la abstinencia no se muestra tan firme.

Aunque las limitaciones de este estudio no permiten analizar las razones reales que produjeron este diferente patrón de recaída, tentativamente se podría inferir que una de las razones de este distinto patrón de recaída pudiera residir en la aplicación grupal de un programa pensado para su aplicación individual. Esto es, el programa RH utilizado en este estudio es un programa integral diseñado específicamente para romper las diferentes funciones del comportamiento de fumar y generar comportamientos alternativos, enfatizando estrategias que hagan presente las consecuencias futuras del abandono. Sin embargo, el formato de aplicación grupal que hemos empleado en este estudio puede haber desvirtuado, al menos en parte, las condiciones originales de aplicación del programa y, con ello, la eficacia final obtenida en tanto que no se pormenorizó su aplicación selectiva sujeto a sujeto. Por otro lado, el programa RH aparece como una intervención que genera un descenso paulatino del consumo más firme y previsible que el programa RGNA.

Si el análisis se detiene en los programas sin atender a otros aspectos la conclusión de este estudio es que ambos tipos de intervención presentan un nivel de eficacia similar en cuanto al logro de la abstinencia para fumadores cuya tipología se asemeje a la mostrada por los sujetos de este estudio. Además, que la aplicación en grupo presente niveles de eficacia similares a su aplicación individual (en el caso específico del programa RGNA) es un resultado positivo en tanto que reduce el tiempo y el coste de la apli-

cación. En tanto no se dispone de datos sobre estudios controlados de aplicación individual del programa RH, esta cuestión permanece por ser explorada, si bien adquiere otra dimensión diferente. Esto es, la estructura y filosofía funcional del programa RH puede mermar su eficacia en aplicaciones grupales en las que los requisitos se establecen en manera colectiva. Que, a pesar de ello, este programa haya ofrecido niveles de eficacia similares a las del programa de RGNA, viene a señalar su fortaleza. Quizá algunos cambios que adecuen su naturaleza a los condicionantes de la aplicación grupal podrían incrementar notablemente los resultados obtenidos con este tipo de programa, aspecto que permanece por ser explorado en ulteriores estudios.

Ahora bien, desde una perspectiva de relación coste-beneficio cabría señalar que los resultados similares en cuanto a eficacia parecen beneficiar al programa de RGNA dada la sencillez de sus componentes y la facilidad de su aplicación. Si bien la cuestión de elección de un programa u otro, a nuestro modo de ver, depende más de las características de los sujetos y su mejor acoplamiento con las características de cada una de las intervenciones.

Por otro lado, el empleo de la medida de eficacia terapéutica que hemos denominado *tasa de recaída total*, ayuda a valorar un aspecto de la eficacia de los programas frecuentemente mencionado pero raramente cuantificado en una manera que permita la comparación interestudios. La tasa de recaída total de ambos programas ha resultado similar, aunque ligeramente superior en el programa RH (34% de recaídas) a la del programa RGNA (28% de recaídas). Ello significa que aproximadamente un tercio de los sujetos que logran la abstinencia vuelve a fumar en un período de 9 meses. Futuros estudios deberían incluir este parámetro a fin de permitir un fácil con-

traste entre los resultados de diferentes programas. Igualmente, el estudio de las características de los sujetos que recaen y sus diferencias en función del programa seguido, podrían ser otras maneras de establecer ciertos paralelismos entre tipología de los programas, tipología de los fumadores y recaída, que mejorase nuestro conocimiento acerca del complejo y variado proceso de abandono de la adicción tabáquica.

Este estudio muestra una vez más ciertas constantes en los estudios sobre tratamiento del tabaquismo. Por ejemplo, vuelve a repetirse en nuestro estudio el hecho de que el éxito terapéutico en un seguimiento mínimo de 9 meses no logre superar el límite del 30-40%, o el hecho de que cualquier programa presente, al menos, un tercio de recaídas entre los participantes que logran terminar abstinentes. Todo ello plantea la posibilidad de que en el tratamiento del tabaquismo se esté llegando al límite o asíntota de la sofisticación en los programas de intervención utilizados, hasta el punto que esta línea de trabajo haya agotado sus posibilidades de aportar mejoras en los índices de abstinencia posibles. Buscar las razones por las que alrededor del 70% de los fumadores que participan en cualquier estudio que aplique programas mono o multicomponentes no logran la abstinencia, bien por abandonar el tratamiento bien por recaer en el consumo, aparece claramente como uno de los objetivos prioritarios de la investigación en tratamiento del tabaquismo; objetivo que obliga a volver la mirada sobre las características de los fumadores más que sobre los programas de tratamiento disponibles.

Finalmente, los resultados de este estudio han de ser contemplados a la luz de las limitaciones del mismo. El hecho de que la aplicación terapéutica fuera gratuita para los fumadores participantes puede haber condicionado en alguna medida la retirada de algunos de los sujetos (que

podrían haber acudido no suficientemente motivados por dejar de fumar y más atraídos por la oportunidad de "probar" sin costo económico la oportunidad de dejar el tabaco). Por otro lado, no debe olvidarse que se trata de la primar aplicación en grupo y de forma controlada del programa RH, un programa de cierta complejidad diseñado originalmente para su aplicación individual, de modo que la sutileza clínica específica para cada fumador, hubo de ser sacrificada en aras de una aplicación normalizada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baños, G., y Peña, M. (1990). Efectos del tabaquismo en la cavidad bucal. En F.J. Rico y L.G. Ruiz. *Tabaquismo*. México: Trillas.
- Becoña, E., y Froján, M.X. (1988). Tratamiento de fumadores con la técnicas de retener el humo. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 1, 31-48.
- Becoña, E., y Gómez Durán, B. (1993). Programas de tratamiento en grupo de fumadores. En D. Maciá, F.X. Méndez y J. Olivares (Eds.) *Intervención psicológica: Programas aplicados de Tratamiento* (pp. 203-230). Madrid: Pirámide.
- Becoña, E., y Lista, J. (1989). Tratamiento de fumadores con la técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán. *Psiquis*, 10, 30-44.
- Becoña, E., y Vázquez, F. L. (1998). Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Dykinson.
- Brown R. A., Lichtentein, E., McIntyre K.O., y Harrington-Kosur, J. (1984). Effects of nicotine fading and relapse prevention on smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 307-308.
- Echeburúa, E. (1998). ¿Qué terapias de conducta son eficaces? Un reto ante el año 2000. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 149-160.
- Foxx, R. M., y Axelroth, E. (1983). Nicotine fading and self-monitoring for cigarette to produce cigarette abstinence or controlled smoking. *Behavior Research and Therapy*, 2, 17-27.

- Foxx, R.M., y Brown, R.A. (1979). Nicotine fading and self-monitoring for cigarette abstinence or controlled smoking. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11, 111-125.
- Gil Roales-Nieto, J. (1992). Reducción progresiva de la ingesta de nicotina y desvanecimiento de los controles externos, como procedimiento de control del tabaquismo. *Psicothema*, 4, 397-412.
- Gil Roales-Nieto, J., y Calero, M.D. (1994). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid, McGraw Hill/ Interamericana.
- González Enríquez, J., Villar, F., Banegas, J.R., Rodríguez, F., y Martín, J.M. (1997). Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. *Medicina Clínica*, 109, 577-582.
- Hackett, G., y Horan, J.J. (1977). Behavioral control of cigarette: a comprehensive program. *Journal of Drug Education*, 7, 71-79.
- Hackett, G., y Horan, J.J. (1979). Partial component analysis of a comprehensive smoking program. *Addictive Behaviors*, 4, 259-262.
- Hurtado, R. (1990). Efectos del tabaquismo en el corazón y los grandes vasos. En F.J. Rico y L.G. Ruiz. *Tabaquismo*. México: Trillas.
- Joseph, A.M. (1996). Nicotine replacement therapy for cardiac patients. *American Journal of Health Behavior*, 20, 261-269.
- Lando, H.A., y McGovern, P.G. (1985). Nicotine fading as a nonaversive alternative in a broad spectrum treatment for eliminating smoking. *Behavior Research and Therapy*, 16, 153-161.
- Lando, H.A., y McGovern, P.G. (1991). The influence of group cohesion on the behavioral treatment of smoking: a failure to replicate. *Addictive Behaviors*, 16, 111-121.
- Lichtenstein, E., Harris, D.E., Birchler, G.R., Wahl, J.M., y Schmahl, D.P. (1973). Comparison of rapid smoking, warm, smoke air and attention placebo in the modification of smoking behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 92-98.
- López de la Llave, A., Buceta, J.M. Pérez-Llantada, M.C. (1997). Tratamiento psicológico del hábito de fumar: comparación de dos métodos de reducción gradual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 223-242.
- McGovern, P.G., y Lando, H.A. (1991). Reduced nicotine exposure and abstinence outcome in two nicotine fading methods. *Addictive Behaviors*, 16, 11-17.
- Navarro, M.C., y Beltrán, E. (1992). Tabaco y sistema genito-urinario. En M. Miró (Ed). *Tabaquismo: consecuencias para la salud*. Granada: SPUG.
- Ocete, M.A. (1992). Tabaco y aparato cardiovascular. En M. Miró (Ed). *Tabaquismo: consecuencias para la salud*. Granada: SPUG.
- Paxton, R. (1980). The effects of a deposit contract as a component for stopping smoking. *Behavior Research and Therapy*, 18, 55-60.
- Poole, A.D., Sanson-Fisher, R.W., German, G. A. Hackett, J. (1980). The rapid smoking technique: some physiological effects. *Behavior Research and Therapy*, 19, 381-586.
- Prue, D.M., Krapfl, J.E., y Martin, J.E. (1981). Brand fading: The effects of gradual changes to low tar and nicotine cigarettes on smoking rate, carbon monoxide and thiocyanate levels. *Behavior Therapy*, 12, 400-416.
- Rennard, S.I., y Daughton, D.M. (1998) Nicotine replacement therapy: What are the options today? *The Journal of Respiratory Diseases*, 19, S20-S25.
- Rosa, A.I, Sánchez Meca, J., y Olivares, J. (1998). Técnicas de autocontrol y adicción al tabaco: meta-análisis de la literatura española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 829-850.
- Sánchez Meca, J., Olivares, J., Rosa, A.I. (1998). El problema de la adicción al tabaco: meta-análisis de las intervenciones conductuales en España. *Psicothema*, 10, 535-549.
- Schmahl, D.P., Lichtenstein, E., y Harris, D.E. (1972). Successful treatment of habitual smokers with warm, smokly air and rapid smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 105-111.
- Schwartz, J.L. (1987) *Review and evaluation of smoking cessation methods: The U.S. and Canada, 1978-1985* Division of Cancer Prevention and Control, National Cancer Institute, Public Health Service (NIH Publication No. 87-2940). Bethesda, MD.
- Vicente, J.A. (1988). Tabaco, información y salud. *Revista Área de Salud*, 1, 20-22.