



Grado en Psicología
Trabajo de Fin de Grado
Curso 2020/2021
Convocatoria Junio

Modalidad: Propuesta de intervención.

Título: Propuesta de intervención para un caso de dependencia a la nicotina.

Autor: Loubna Er rahmouny.

Tutor: Dr. José Luis Carballo Crespo.

Elche a 3 de Junio de 2021

Índice

1. Resumen.....	2
2. Introducción.....	3
3. Método.....	5
4. Resultados.....	9
5. Propuesta de intervención.....	15
5.1 Sesión 1.....	16
5.2 Sesión 2.....	17
5.3 Sesión 3.....	18
5.4 Sesión 4.....	18
5.5 Sesión 5.....	19
5.6 Sesiones de Seguimiento.....	20
6. Discusión.....	21
7. Referencias Bibliográficas.....	22
Tabla 1.....	6
Tabla 2.....	10
Figura 1.....	10
Figura 2.....	12
Figura 3.....	12
Figura 4.....	13
Figura 5.....	13
Figura 6.....	14
Figura 7.....	14

Propuesta de Intervención Para un Caso de Dependencia a la Nicotina

Resumen:

El tabaco es uno de los problemas de mayor magnitud a nivel mundial debido a las consecuencias negativas que produce tanto a nivel individual como a nivel estatal, ambas prevenibles si se actúa. En el presente trabajo se desarrolla una propuesta de intervención para un caso de dependencia a la nicotina. Para ello, se ha realizado una fase de evaluación vía online. Durante esta fase se han utilizado diversos instrumentos: entrevista semiestructurada, Test de Fagerström, Test de Richmond, Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, Inventario de Depresión de Beck-II, Cuestionario del Síndrome de Abstinencia Minnesota Nicotine Withdrawal Scale y Cuestionario Breve de Confianza Situacional. Los resultados obtenidos indican una media de cigarrillos de 20, una alta dependencia a la nicotina, alta motivación y baja autoeficacia en la mayoría de las situaciones del cuestionario. Asimismo, muestra síntomas leves de abstinencia. En cuanto al grado de sintomatología depresiva es moderado y presenta un nivel de ansiedad alto. Por último, la propuesta de intervención se basará en el Programa Multicomponente de Becoña (2007), adaptándolo a este caso en concreto e incluyendo en la fase de abandono la técnica de retener humo.

Palabras clave: dependencia a la nicotina; propuesta de intervención; Programa Multicomponente; técnicas aversivas; abstinencia.

Introducción

El tabaco es el hábito de un gran número de personas en España (Plan Nacional sobre Drogas [PNSD], 2020), así como en otros países, a pesar de las consecuencias negativas que desencadena, ya que según la Organización Mundial de Salud (Organización Mundial de Salud [OMS], 2019) se ha vinculado con una gran cantidad de enfermedades como distintos tipos de cáncer y enfermedades respiratorias. De hecho, el 80-90% de los casos diagnosticados de cáncer de pulmón tuvieron contacto con el tabaco. Asimismo, se ha visto que es la principal causa de muerte cuando se tiene cáncer; en la misma línea, seguir consumiendo tabaco con un diagnóstico de cáncer de pulmón desencadena en el 80% de las veces la muerte del individuo (Centro de Control de Enfermedades, 2017).

En una investigación realizada por Chauvet, Martín-Escudero, Martínez-de-Haro y Cid-Yagüe (2018), cuyo objetivo fue identificar las consecuencias del tabaco en aquellos/as adolescentes que estaban iniciando el hábito de fumar, encontraron que estos tenían bajos niveles de función muscular, sus pulmones empezaban a debilitarse y el funcionamiento de su aparato respiratorio era peor que aquellos/as de su mismo rango de edad, no fumadores, sobre todo en mujeres.

En diversos estudios se observó que las personas fumadoras tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con la cardiometabolismo (Carrillo, García y Rosa, 2019; Marqués, Peralta, Santos, Martins, y Gaspar de Matos, 2019; Moral-García, Agraso-López, Ramos-Morcillo, Jiménez, & Jiménez-Eguizábal, 2020).

Además, de acuerdo con la OMS (2020), el hecho de ser fumador es un factor de riesgo en caso de dar positivo en COVID, ya que aumenta la probabilidad de desarrollar síntomas graves.

Asimismo, varios estudios muestran que los y las adolescentes fumadores/as suelen percibir su calidad de vida peor que aquellos/as con su misma edad que no fuman; en la misma línea, los y las adolescentes, y universitarios/as no fumadores/as, sobre todo las mujeres, piensan que tienen mejor calidad de vida que los/as de su misma edad fumadoras/es (Chauvet et al., 2018; Garcia-Canto, Rosa-Guillamon y Nieto-López, 2021; Milic, et al., 2020; Moral-García et al., 2020).

Los datos a nivel mundial indican que el tabaco es el causante de la muerte de aproximadamente 8 millones de personas, de entre ellos un gran porcentaje son fumadores activos y otro más reducido, pero impactante de fumadores pasivos (OMS, 2019). En España, los datos obtenidos de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en población general realizada en el 2017 muestra que el 40,9% de la población española entre el rango de edad de 15 a 64 años ha consumido tabaco en el último año, el 38,8% en el último mes y el 34% lo realiza diariamente (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2020).

Las consecuencias del tabaco no cesan aquí, sino que afectan también a nivel estatal debido al hecho de que muchas de las enfermedades en las que está involucrado este hábito son crónicas, requiriendo así de elevados costes sanitarios para su tratamiento, y para hacer frente a la pérdida del capital humano que desencadena su morbimortalidad. No obstante, todo ello se puede prevenir si se actúa (OMS, 2019).

En cuanto a los factores implicados en el inicio y mantenimiento del tabaquismo, diversas investigaciones concuerdan en los siguientes: personales, familiares, sociales, del entorno escolar y ambientales. Respecto a los factores personales destacan la edad, la baja autoestima, la búsqueda de sensaciones, los problemas como la ansiedad y la depresión entre otras (Gaete & Araya, 2017; Jiménez-Treviño, et al., 2019). Asimismo, en un estudio realizado por Garcia Canto et al. (2021), se ha visto que existe una relación entre la actividad física y el consumo de tabaco, ya que los resultados mostraron que aquellos/as adolescentes que realizan ejercicio físico, no suelen consumir tabaco en comparación con sus iguales inactivos/as. En cuanto a los factores familiares, destaca el hecho de que algún familiar sea fumador, los estilos de educación, los problemas familiares y la actitud permisiva entre otros. En referencia al entorno escolar, influye la comunicación de las consecuencias a nivel físico que se mencionen, el bajo rendimiento y el faltar a clase. Respecto a los factores sociales, afecta la percepción que se tenga del tabaco y si existen o no conflictos a nivel de grupo (Ambrosio y Fernández, 2011; Gaete & Araya, 2017; Miguel-Aguilar, Rodríguez-Bolaños, Caballero, Arillo-Santillán, y Reynales-Shigematsu, 2017; Wellman, et al., 2016). Por último, en cuanto a los factores ambientales, la publicidad y la disponibilidad (Kelly, Vuolo, Frizzell & Hernandez, 2018).

En cuanto a las variables que influyen a la hora de dejar de fumar destacan la presencia de depresión y ansiedad. Diversos estudios muestran que aquellas personas con alguno o ambos problemas de salud suelen consumir más cigarrillos así como tener más recaídas a la hora de dejarlo, en comparación con aquellos/as que no los presentan (Cook, et al., 2014; Secades-Villa, González-Roz, García-Pérez, & Becoña, 2017). Asimismo, tener una alta dependencia a la nicotina es un factor que dificulta deshacerse de este hábito (Williams, Steinberg, Griffith & Cooperman, 2013; Hughes, Klemperer & Peasley-Miklus, 2020), así como presentar una mayor sensibilidad al refuerzo que conlleva el consumo de la nicotina (Tidey & Miller, 2015; Tidey, et al., 2018). Otra de las variables que hay que destacar es el hecho de utilizar el consumo de cigarrillos como estrategia de afrontamiento ante situaciones de estrés (Audrain-McGovern, Leventhal & Strong, 2015; Tidey, et al., 2018). Por otro lado, una variable que influye de manera positiva es la existencia de una red de apoyo (Waring, Hébert, Alexander, Kendzor & Businelle, 2020).

Por último, en cuanto a los tratamientos destacan sobre todo dos tipos: los tratamientos basados exclusivamente en intervenciones psicológicas (terapia cognitivo-conductual) y los combinados, que consisten en realizar una intervención psicológica junto con un tratamiento farmacológico o asesoramiento médico. El primero y en el cual se centrará este trabajo, tiene una gran cantidad de estudios que apoyan su aplicación y se ha visto que con una buena adherencia al tratamiento, la probabilidad de éxito es alta (Perez-Pareja, García-Pazo, Jiménez, Escalas y Gervilla, 2020). Asimismo, tiene un nivel de evidencia 1++ y un grado de recomendación de tipo A (Fonseca-Pedrero, et al., 2021).

La aplicación de la terapia cognitivo-conductual permite alcanzar el objetivo de estar abstinentes, de hecho el éxito es del 30% al 54% (Alonso-Pérez et al., 2014; Becoña, Míguez, Fernández del Río y López, 2010, p.43). Asimismo, el tratamiento multicomponente de Becoña (2007) ha demostrado ser eficaz (Alonso-Pérez, et al., 2014; Becoña, et al., 2014). Respecto a su eficacia, oscila entre 58% y 85% al finalizar el tratamiento y entre el 30% y 54% al realizar el seguimiento al año de haber terminado la intervención (García & Becoña, 2000).

Tras esta búsqueda exhaustiva sobre el tabaquismo, los factores involucrados en este tipo de situaciones y partiendo de una perspectiva psicológica se establece el siguiente objetivo: realizar una propuesta de intervención para un caso de dependencia a la nicotina.

Método

Participante

Ana es una mujer de 21 años que vive en Elche con sus padres, su hermano y su hermana. Ella es la hija mediana. El nivel económico de sus padres es medio. Asimismo, comenta que como apoyo social tiene a dos amigas, una de ellas es fumadora y la otra no. Con ambas la relación es muy buena. Actualmente, se encuentra estudiando un Grado Superior en un Instituto de Elche. Nunca ha recibido ayuda psicológica y no refiere patologías graves.

Variables e instrumentos

Tras la realización de una búsqueda exhaustiva de las variables a tener en cuenta en este tipo de situaciones. Se procedió a seleccionar aquellos instrumentos que permitieran evaluar estas variables así como que tuvieran unas propiedades psicométricas adecuadas. A continuación, se puede visualizar en la tabla 1 las variables, instrumentos y características.

Tabla 1*Descripción de variables e instrumentos.*

Variables	Instrumentos	Características
Variables sociodemográficas y relacionadas con la conducta de fumar.	Entrevista basada en el Cuestionario sobre el hábito de fumar de Becoña (1994).	La entrevista consiste en obtener información sobre: <ul style="list-style-type: none">- Número de cigarrillos que fuma diariamente.- Marca habitual de cigarrillos (en miligramos de nicotina) y consumo de otras formas de tabaco (ej., pipa, puro, purito, etc.).- Años que lleva fumando.- Intentos de abandono o reducción de cigarrillos previos.- Tiempo abstinerente.- Razones para dejar de fumar en intentos previos.- Razones para dejarlo actualmente.- Si convive con otros fumadores.
Consumo actual.	Autorregistro.	Recopila información sobre la hora, la situación, estímulos antecedentes, consecuentes y el grado de placer experimentado del 0

		al 10, en el que 1 es nada y 10 mucho.
Dependencia física a la nicotina.	Test de Fagerström de dependencia de la nicotina (Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fagerstrom, 1991).	Consta de 6 ítems, con una puntuación del 0 al 10. Se ha utilizado en su versión española adaptada de Becoña, Gómez-Durán, Álvarez-Soto y García (1992). Su fiabilidad es adecuada (α de Cronbach = 0,76).
Grado de motivación.	Test de Richmond (Richmond, Kehoe & Webster, 1993).	Consta de 4 preguntas sencillas que valoran el grado de motivación entre 0-10. La fiabilidad es alta (α de Cronbach = 0,80).
Ansiedad estado y ansiedad rasgo.	Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1982).	Autoinforme constituido por 40 ítems con dos subescalas: rasgo y estado, con respuesta tipo Likert de 0 a 3. Evalúa el nivel de ansiedad actual y su predisposición al estrés. Tiene una buena consistencia interna en la adaptación española, en Ansiedad Estado, con un α de Cronbach de 0,9; y en Ansiedad Rasgo, con un α de Cronbach de 0,89 (Del Río Olvera, Cabello-Santamaría, Cabello-García, & Aragón-Vela, 2018).

Grado de sintomatología depresiva.	Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996).	Autoinforme compuesto por 21 ítems con una escala de tipo Likert, que evalúa la gravedad de la sintomatología depresiva. Se ha utilizado la versión adaptada en español de Sanz y Vázquez (1998). La consistencia interna es alta con un α de Cronbach de 0,89 (Sanz, Navarro, & Vazquez, 2003).
Síntomas de abstinencia.	Síndrome de abstinencia Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (Hughes & Hatsukami, 1986).	Esta escala está constituida por 8 ítems con un rango de puntuación de 0 a 4. Tiene una buena consistencia interna con un α de Cronbach entre 0,80 a 0,83. (Toll, O'Malley, McKee, Salovey, & Krishnan-Sarin, 2007).
Autoeficacia.	Cuestionario Breve de Confianza Situacional (Breslin, Sobell, Sobell & Agrawal, 2000).	La versión reducida consta de 8 situaciones que evalúan la necesidad que tiene la persona para resistir la necesidad de fumar. Tiene una consistencia interna alta con α de Cronbach de 0.85 (Nunnally, 1970).

En la siguiente tabla se encuentran tanto las variables que se han evaluado como los instrumentos que se han utilizado para alcanzar este fin. Asimismo figuran las propiedades psicométricas de los instrumentos.

Procedimiento

La evaluación se llevó a cabo en una hora y media a través de la plataforma Skype. Se inició la entrevista explicando a Ana que los datos que se obtendrían de la evaluación se utilizarían para un Trabajo de Fin Grado y no habría ningún tipo de intervención. A continuación, se obtuvo el consentimiento verbal. Posteriormente, se inició la entrevista. En cuanto a la administración de cuestionarios, se le explicó cómo sería el procedimiento y que ante cualquier duda preguntara. A continuación, se le leía los ítems y Ana respondía a estos, esta parte de la entrevista duró aproximadamente 35 minutos. Una vez acabada la entrevista, se le envió el autorregistro y se le explicó que durante una semana fuera cumplimentándolo, después tendría que reenviarlo por correo.

Resultados

A continuación, se expondrán los resultados obtenidos tanto de la entrevista como de los diferentes cuestionarios administrados, con la finalidad de describir el problema e identificar sobre qué variables interferir a la hora de desarrollar la intervención.

Ana probó por primera vez el tabaco a los 16 años junto a su amiga, y se transformó en un hábito a los 17 años. En el núcleo familiar, el padre y el hermano consumen nicotina de forma habitual.

Ana intentó dejar de fumar en dos ocasiones por sí sola, ambas veces en el 2020. La primera vez estuvo abstinerente aproximadamente 25 días y la segunda vez 1 día. Las razones fueron las mismas en ambas ocasiones, por su madre, ya que esta no quería que fumara y “siempre acabamos en una pelea muy grande, sin hablarnos durante periodos muy largos y esto no me gusta”. Por lo tanto, se podría decir que el motivo fundamental para dejar de fumar es que no quiere tener más discusiones con su madre por este tema.

Respecto al grado de tabaquismo, consume aproximadamente 20 cigarrillos diariamente. Esto se puede observar en los resultados obtenidos en el autorregistro cumplimentado durante una semana (tabla 2). El número de cigarrillos suele variar cuando hay algún problema o algún suceso estresante, en estos casos suele aumentar más. Asimismo, en el autorregistro se puede observar una pequeña reducción del consumo, fenómeno conocido como “efecto reactivo”. El Índice de Paquetes al Año fumados es de 5. Las marcas que suele consumir son Lucky Strike (12 mg. de alquitrán y 0,9 mg. de nicotina) y Camel (13 mg. de alquitrán y 0,9 mg. de nicotina). No consume ningún otro producto derivado del tabaco.

Tabla 2

Resumen del autorregistro.

Número de días registrados	Media de número de cigarrillos por día	Valor medio placer	Situaciones predominantes
7	20	8	Después de las comidas, ante situaciones estresantes (exámenes y conflictos con compañeros o familia) y cuando está con los amigos. Cuando está en casa suele subir a la terraza para fumar.

Este es un resumen del autorregistro donde figura el número de días registrados, la media de cigarrillos, el valor medio de placer y las situaciones predominantes en las que suele fumar.

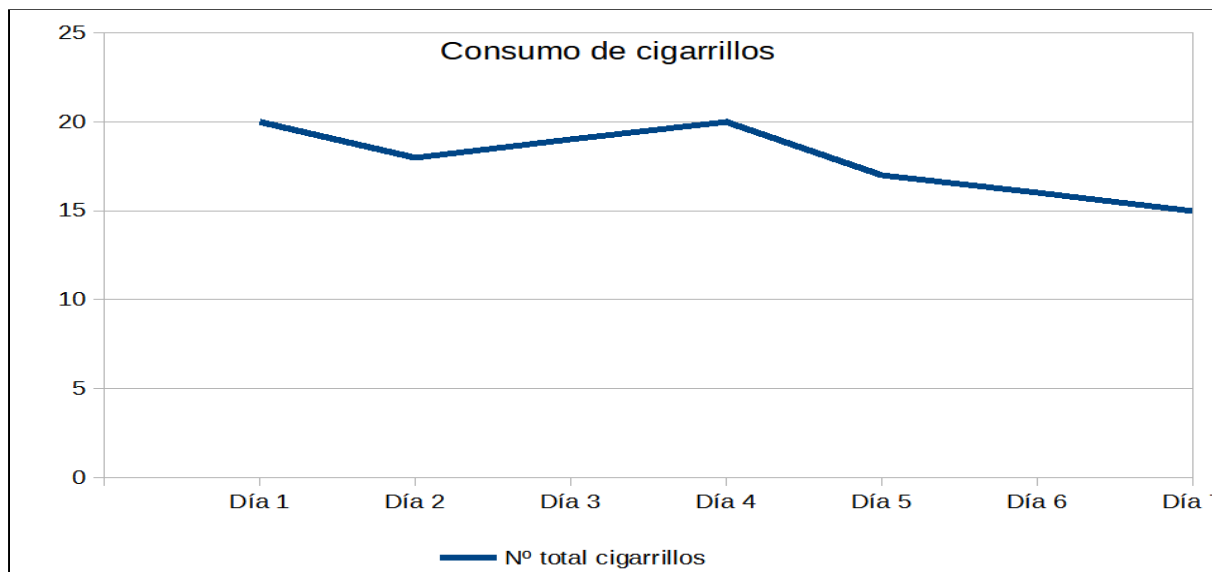


Figura 1. Consumo de cigarrillos a lo largo de la semana.

Análisis del caso

Tras realizar el análisis funcional, se vio que la conducta problema es el número de cigarrillos fumados diariamente. Ana suele fumar el cigarrillo entero, dando caladas profundas. Las situaciones en las cuales se suele dar esta conducta, es decir, los antecedentes son: inmediatamente al despertarse, antes de coger el autobús para ir al Instituto, a la hora de los descansos junto a sus compañeros, después de las comidas (siempre sube a la terraza para fumar) y cuando queda con su amiga. Asimismo, cuando tiene algún examen, está enfadada o ha tenido alguna discusión con alguien. Hay que destacar que Ana esconde a su familia el hecho de que fuma, sin embargo, cuando su madre descubre que aún no lo ha dejado, discuten y pueden estar varias semanas sin hablar. Dificultando de esta manera que Ana pueda conciliar el sueño y su estado de ánimo sea bajo, ya que a nivel cognitivo empiezan a frecuentar los pensamientos de tipo “soy una mala hija”, “esto no hubiera pasado, si lo hubiera dejado”... A nivel fisiológico, aumenta su ritmo cardíaco y “siento que no puedo respirar”. Todo esto se da sobre todo por la noche. Todo esto último, serían las consecuencias del hecho de realizar la conducta.

Ana explica que en algunas de las situaciones como al despertarse, tras la comida y cuando está con sus amigos/as, tras consumir siente placer, “me siento bien, más relajada”. Por lo tanto, la conducta se mantiene por reforzamiento positivo, ya que esa conducta la realiza porque tiene consecuencias positivas para ella como es el sentirse bien. Por otra parte, se mantiene por reforzamiento negativo, ya que tras fumar comenta que disminuye su nivel de ansiedad y piensa que así se “relaja” cuando está ante un evento estresante, por lo tanto se podría decir que es su estrategia de afrontamiento. Sin embargo, a largo plazo las consecuencias son que se siente culpable y se arrepiente por haber vuelto a fumar, ya que “por esto me estoy distanciando de mi madre”, intenta dejarlo, no obstante comenta que no puede pasar un día sin fumar. Entrando así en un bucle, en el que seguir fumando retroalimenta su estado de ánimo bajo así como su nivel de ansiedad, manteniendo de esta manera la conducta.

Dependencia física a la nicotina

Respecto al *Test de Fagerström*, ha obtenido una puntuación de 7 sobre 10 lo que indica una dependencia alta a la nicotina, ya que comenta que fuma el primer cigarro del día en la primera media hora tras despertarse e incluso cuando está tan enferma que ha de guardar cama, continúa realizando la conducta.

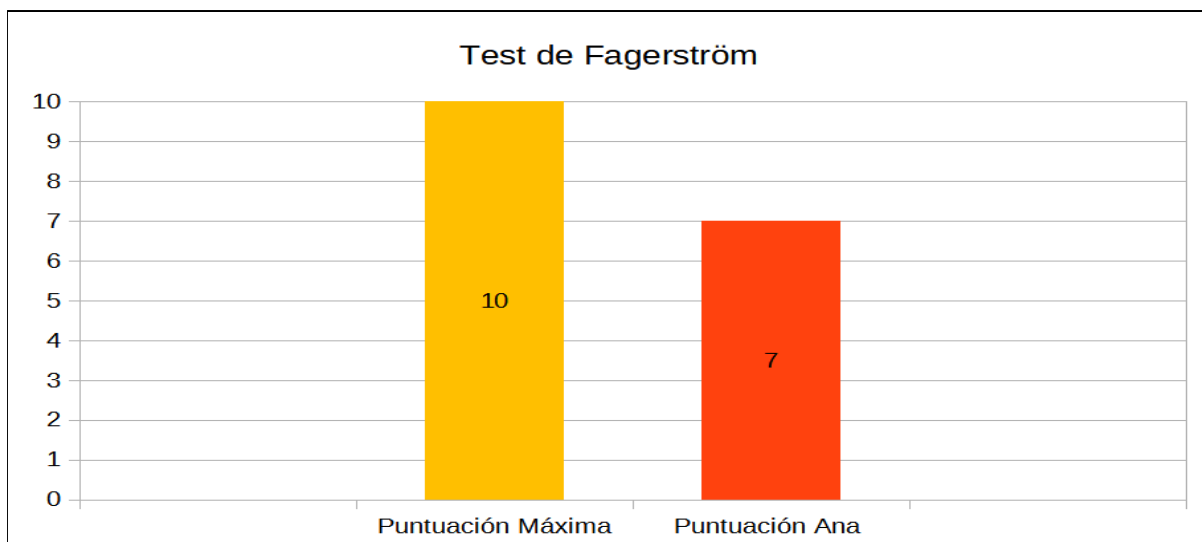


Figura 2. Resultado del test de Fagerström y puntuación máxima de dicho test.

Grado de motivación

En cuanto al *Test de Richmond*, se ha obtenido una puntuación de 10 sobre 10, lo que indica que el grado de motivación para dejar de fumar es alto. Esto concuerda con la información recopilada, ya que comenta que lo quiere dejar lo antes posible.

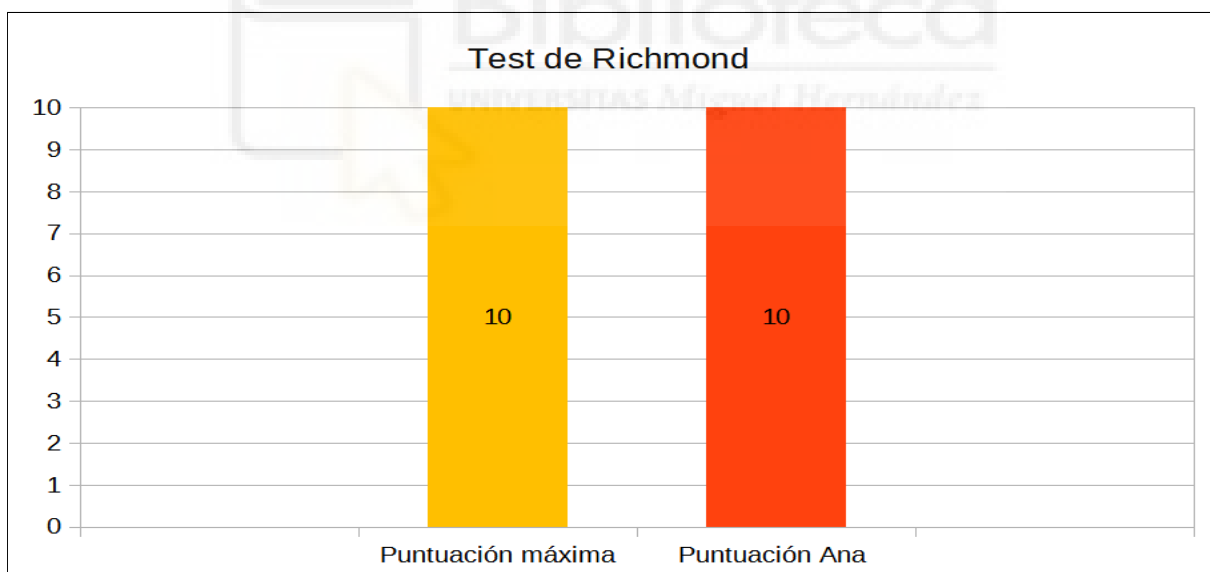


Figura 3. Resultado del Test de Richmond y puntuación máxima de dicho test.

Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado

En cuanto al *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo*, Ana ha obtenido una puntuación de 32 en Ansiedad Estado, lo que corresponde a un percentil 77 y una puntuación de 32 en Ansiedad Rasgo, lo que corresponde a un percentil 75. Estas puntuaciones indican su nivel de ansiedad tiende a ser alto.

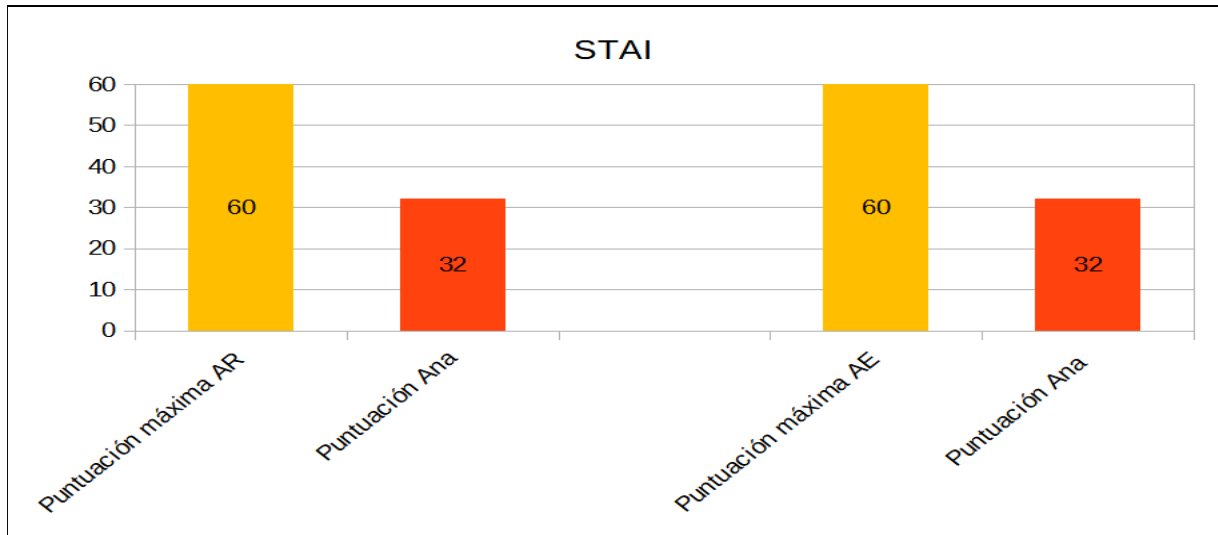


Figura 4. Resultados del *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo* junto a las puntuaciones máximas de dicho test.

Gravedad de sintomatología depresiva

En cuanto al *BDI-II*, la puntuación obtenida es de 26, lo que indica una depresión moderada, esto podría deberse al hecho de que hace poco tuvo una discusión con su madre.

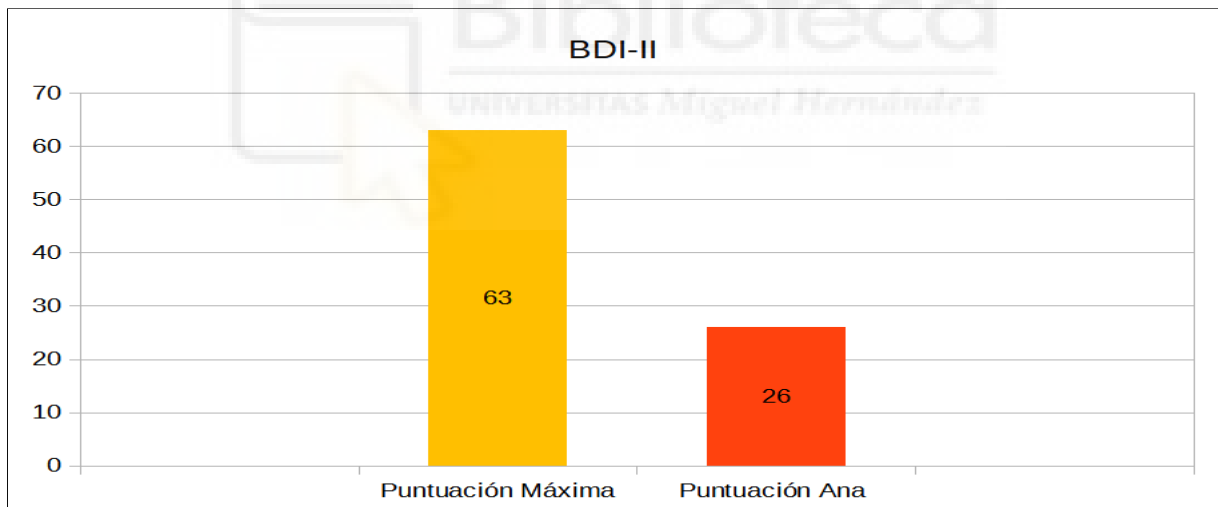


Figura 5. Resultados del *Inventario de Depresión de Beck II* junto a la puntuación máxima de dicho test.

Síntomas de abstinencia

En referencia a la *Escala de Síntomas de Abstinencia de la Nicotina de Minnesota (MNWS)*, Ana tuvo una puntuación de 14, siendo la máxima 36, lo que indica unos síntomas leves de abstinencia. Cabe recalcar que ha puntuado alto en los ítems ganas de fumar, e irritabilidad e ira.

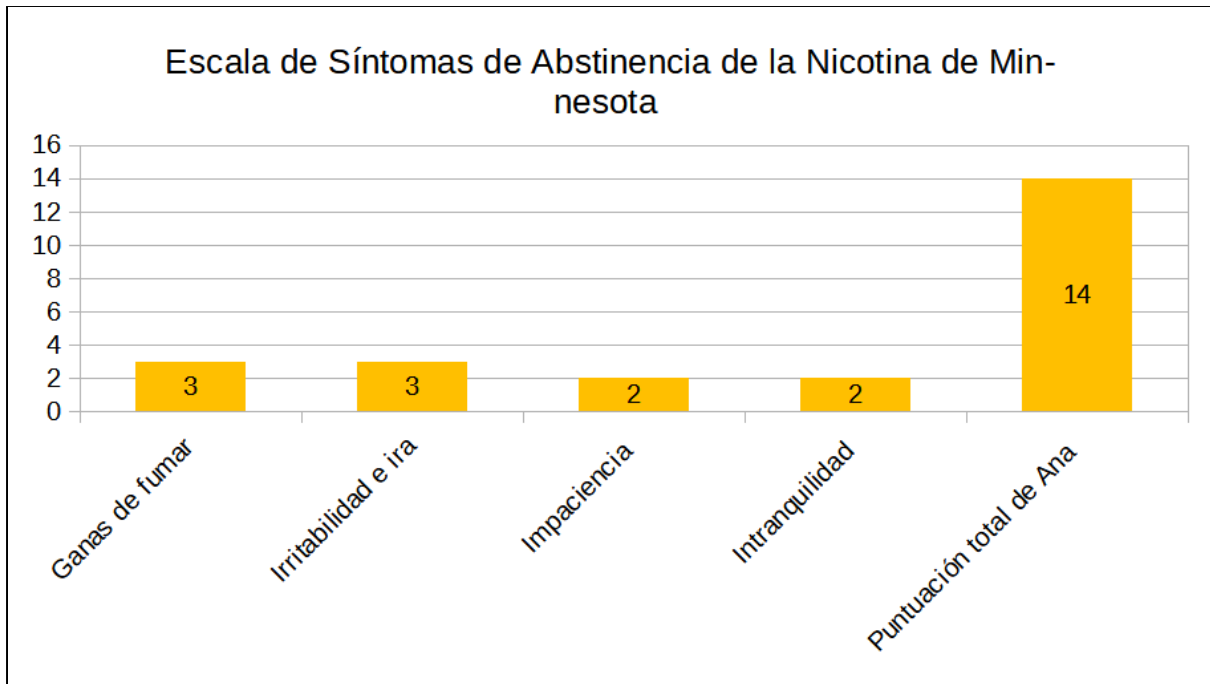


Figura 6. Resultados de la Escala de Síntomas de Abstinencia de la Nicotina de Minnesota junto a la puntuación total de los ítems.

Autoeficacia

En cuanto a la autoeficacia, evaluada por medio del *Cuestionario Breve de Confianza Situacional*, Ana ha señalado que le cuesta resistir la conducta en situaciones que impliquen emociones desagradables (10%) y emociones agradables (30%) sobre todo. La media es de 59,75, lo que se consideraría una baja autoeficacia.

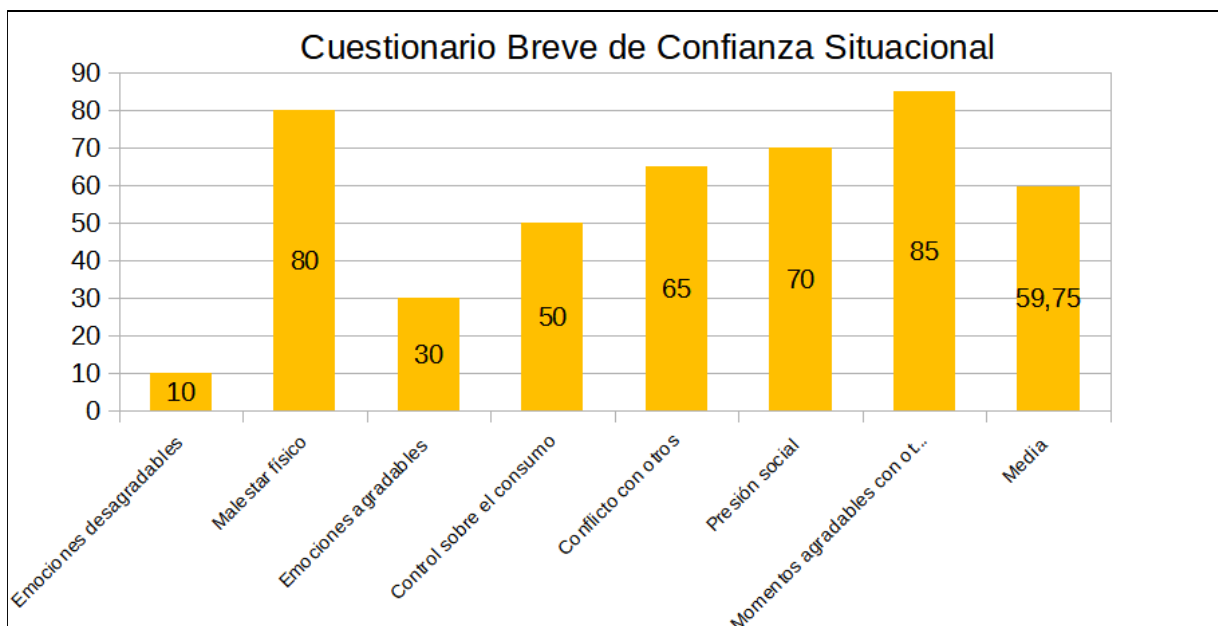


Figura 7. Resultado del Cuestionario Breve de Confianza Situacional junto a la media.

Propuesta de intervención

La propuesta de intervención para el presente caso está basada en uno de los programas de referencia, el Programa para Dejar de Fumar de Becoña (2007). Este programa está formado por 3 fases (preparación para dejar de fumar, abandono de los cigarrillos y prevención de recaída) y ha demostrado ser eficaz para dejar de fumar (Alonso-Pérez et al., 2014; Becoña et al., 2014).

En este caso, se harán modificaciones con el fin de adaptarlo a las características y necesidades de Ana. Del mismo modo, se incluirá la técnica aversiva, que es una técnica eficaz con un grado de recomendación de tipo A. De hecho, fue una de las técnicas psicológicas más eficaces en los años 60 con un nivel de evidencia 1 (Becoña, 2004; Fiore, et al., 2000; Hajek & Stead, 2006). Sin embargo, en los últimos años ha caído en desuso debido a la aparición de técnicas igual de eficaces y no aversivas. En concreto se utilizará la técnica de retener el humo porque Ana cumple los requisitos asociados a su aplicación, ya que no presenta ningún tipo de problema de salud, no llega a los 40 años de edad, tiene un buen nivel motivacional, como se ha visto anteriormente en el Cuestionario de Motivación de Richmond, y quiere dejar de fumar lo antes posible.

Diversos estudios muestran que la técnica de retener humo junto a otras técnicas en un programa para dejar de fumar ha sido eficaz, su eficacia oscila entre el 87,5% y el 100% al finalizar la intervención, entre el 33% y el 66% a los 6 meses de seguimiento y entre el 11% y el 27,27% al año de seguimiento (Álvarez-Soto y Becoña, 1991; Becoña 1989; Becoña y Froján, 1988a; 1988b; Becoña y Gómez-Durán, 1993; Becoña y Guillán, 1988).

La intervención constará de 5 sesiones y otras tres de seguimiento al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año. En cuanto a las sesiones, tendrán una duración de 50 minutos cada una, a excepción de las sesiones de seguimiento, que durarán aproximadamente 20 minutos. Se harán dos sesiones por semana, salvo la primera, por lo tanto la intervención durará 3 semanas, sin tener en cuenta la sesión dedicada a la evaluación. Dicha intervención se llevará a cabo de manera presencial en una clínica, a excepción de las sesiones de seguimiento, que se realizarán por teléfono.

Partiendo de que ya se da por hecho la fase de evaluación y la administración del autorregistro antes de la primera sesión, se desarrollan a continuación las sesiones que se llevarían a cabo. En primer lugar, en todas las sesiones se dedicarán los 5 primeros minutos para revisar los autorregistros, aclarar dudas y reforzar la realización de dichas tareas, y los 5 últimos minutos para explicar las tareas que tendrá que realizar en casa.

Sesión 1. Psicoeducación

Objetivos:

1. Analizar los autorregistros con el fin de que Ana se concientice de la cantidad de cigarrillos que consume diariamente.
2. Que Ana tenga varios motivos por los cuales dejar de fumar.
3. Que Ana disponga de información objetiva sobre el tabaco, sus componentes y sus consecuencias.
4. Que Ana conozca y sepa identificar creencias erróneas sobre el abandono del tabaco.
5. Que Ana sea capaz de rechazar los cigarrillos que le ofrezcan.
6. Que Ana identifique aquellas actividades que son agradables para ella.

Tareas para realizar en la primera sesión

- Proporcionar información objetiva sobre el tabaco, sus componentes y sus consecuencias.
- Explicar el análisis funcional de su conducta.
- Reforzar la iniciativa de dejar de fumar y su alta motivación para dejar de fumar.
- Evaluar pros y contras de seguir fumando.
- Conocer y saber identificar creencias erróneas sobre el abandono del tabaco.
- Realizar una lista de actividades agradables.
- Que Ana utilice una marca de cigarrillo que contenga un 30% menos de nicotina que su marca actual.

Descripción

En esta sesión se continuará trabajando la alianza terapéutica, ya que es una variable clave para que la persona se adhiera al tratamiento. Al inicio de la sesión, se verá el autorregistro y se explicará en qué consiste el análisis funcional, para que en este caso Ana aprenda a interpretar la información, analizarla y poder así modificar su conducta. Además, se iniciará la técnica de desvanecimiento, ya que Ana presenta una dependencia alta a la nicotina, según el Test de Fagerström, por lo tanto puede que si se empieza a reducir el nivel de nicotina, disminuya la probabilidad de presentar el síndrome de abstinencia posteriormente. Como el principal motivo por el que quiere dejar de fumar es su madre, se llevará a cabo la evaluación pros y contra de seguir fumando, para que este no sea el único motivo y que vea que hay más consecuencias negativas que positivas al continuar con este hábito. Del mismo modo, se trabajarán las creencias erróneas sobre el abandono del tabaco, con el fin de que tenga información objetiva.

Después, se realizará una lista de actividades agradables con el fin de que la paciente tome conciencia de aquellas actividades que le gustan, para que posteriormente al dejar el hábito de fumar, ocupe ese tiempo sin fumar con estas actividades. Además, como actualmente presenta un grado moderado de sintomatología depresiva, estaría bien que tomara conciencia de aquellas actividades que le gustan y las realizara.

Sesión 2. Inicio del abandono I.

Objetivos:

1. Introducir la técnica de aversión (retener el humo).
2. Que Ana empiece a asociar el humo del tabaco como un estímulo desagradable.
3. Que Ana conozca diferentes estrategias para evitar el síndrome de abstinencia.

Tareas para realizar en la segunda sesión

- Preguntar cómo ha llevado el hecho de cambiar de marca.
- Aplicar la técnica de retener el humo.
- Proporcionar estrategias para evitar el síndrome de abstinencia como son beber agua abundante, realizar ejercicio físico, tomar caramelos sin azúcar...
- Realizar una lista de situaciones donde suele fumar y ordenarlas en función de la dificultad que tiene para dejar de fumar en dichas situaciones.
- Explicar la técnica de control de estímulos, para que posteriormente ella la aplique.
- Que Ana cambie de marca de tabaco con 60% menos de nicotina que su marca actual.

Descripción

Se aplicará la técnica de retener el humo, para que empiece a asociar el humo como un estímulo desagradable, ya que una de las razones por las cuales se está manteniendo la conducta de fumar es por reforzamiento positivo, pues Ana asocia el fumar como algo agradable, le hace sentirse bien. Por lo tanto, lo que se pretende es modificar esa sensación agradable por una desagradable. Para ello, Ana retendrá el humo del cigarrillo durante 30 segundos en la boca y la garganta a la vez, y continuará respirando por la nariz. Habrá descansos de 30 segundos entre las retenciones y 5 minutos entre los ensayos. El promedio de ensayos será de 3 con 5 a 6 retenciones de humo por cada uno. Durante su aplicación, se hará hincapié en la sensación desagradable que se produce al fumar.

Como se está reduciendo gradualmente el nivel de nicotina y cabe la posibilidad de que pueda aparecer el síndrome de abstinencia, se le proporcionarán estrategias para poder evitarlo.

Por último, Ana enumerará una serie de situaciones en las que suele fumar y seleccionará tres, las más fáciles, en las que dejará de fumar a partir del día siguiente. Esta técnica será útil en este caso, ya que suele fumar en determinadas situaciones y lugares como la terraza, en los patios con los amigos/as, después de las comidas... Por lo tanto, se puede observar que hay una asociación entre fumar y estas situaciones, de este modo se estaría rompiendo esa asociación que estaba formada.

Sesión 3. Inicio del abandono II.

Objetivos:

1. Reducir el número de situaciones en las que Ana fume.
2. Que haya disminuido su nivel de nicotina.
3. Que haya cierto rechazo hacia el tabaco.

Tareas para realizar en la tercera sesión

- Aplicar la técnica de retener el humo.
- Analizar antecedentes y consecuentes de la conducta.
- Identificar las estrategias que está utilizando para hacer frente al síndrome de abstinencia.
- Continuar con la técnica de control de estímulos (seleccionar 3 situaciones más en las que va a dejar de fumar).
- Comprobar que se están alcanzando los objetivos establecidos previamente.

Descripción

Se volverá a aplicar la técnica de retener el humo. A continuación, se analizará los antecedentes y consecuentes de la conducta de fumar con el fin de comprobar si se ha producido algún cambio, ya que en este momento el número de antecedentes tendría que haber descendido. A continuación se le preguntará por la marca que está utilizando. Asimismo, qué estrategias está utilizando para hacer frente a los posibles síntomas de abstinencia que esté presentando, ya que puede que Ana presente irritabilidad e ira, síntomas con mayor puntuación en la *Escala de Síntomas de Abstinencia de la Nicotina de Minnesota*, administrada en la fase de evaluación.

Sesión 4. Desarrollo de estrategias.

Objetivos:

1. Que Ana rechace el consumo de cigarrillos.
2. Que Ana sepa aplicar la técnica de relajación.
3. Que Ana sepa distinguir entre caída y recaída.

Tareas para realizar en la cuarta sesión

- Aplicar la técnica de relajación.
- Que Ana empiece a verse como una persona no fumadora.
- Explicar la distinción entre caída y recaída.
- Abordar el tema del peso.

Descripción

Se aplicará la técnica de retener el humo, a partir de aquí puede que ya se haya formado la asociación del humo del cigarrillo como un estímulo aversivo, y que ya no quiera seguir fumando, por las consecuencias negativas que desencadena en ella. A continuación, se le explicará en qué consiste la técnica de relajación. Esta técnica será útil en este caso, ya que Ana presenta un nivel de ansiedad alto como se observa en el los resultados del *STAI*. Asimismo, durante la entrevista comenta que en ocasiones, cuando se pone nerviosa, fuma para “relajarse”, por lo tanto presentándole esta técnica la podría utilizar posteriormente cuando deje de fumar y se sienta nerviosa. Además, se hará hincapié en la diferencia entre caída y recaída, ya que ella intentó dejar de fumar dos veces, la primera fue una recaída, pero la segunda podría haber sido una caída si hubiera sabido que tanto las caídas como las recaídas se suelen dar cuando existe dependencia a alguna sustancia. Por último, se abordará el tema del peso, es decir, se le explicará que puede que al dejar de fumar aumente su peso, por lo tanto en función de la importancia que Ana le dé a este tema, se procederá o no a tomar medidas al respecto.

Sesión 5. Prevención de recaídas.

Objetivos:

1. Que Ana tenga clara la diferencia entre caída y recaída.
2. Reforzar la participación activa de Ana a lo largo del proceso.
3. Que Ana conozca la técnica de solución de problemas y que pueda posteriormente aplicarla por sí misma.
4. Que Ana disponga de estrategias de afrontamiento ante situaciones de riesgo.

Tareas para realizar en la quinta sesión

- Comentar las consecuencias positivas y negativas que haya detectado tras dejar de fumar.
- Insistir en la diferencia entre caída y recaída.
- Reforzar todas las actividades como las estrategias que ha puesto en marcha.

- Completar el Cuestionario de Evaluación Final de Tratamiento (Becoña, 1994), BDI-II y el STAI y la Escala de Síntomas de Abstinencia de la Nicotina de Minnesota (MNWS).

Descripción

Se iniciará la sesión introduciendo la técnica de entrenamiento en solución de problemas, ya que Ana suele aumentar su consumo de cigarrillos sobre todo ante situaciones estresantes, por lo tanto puede que esté utilizando como estrategia de afrontamiento el fumar. Por este motivo, es de gran utilidad trabajar esta técnica, ya que es una estrategia que podría utilizar cuando tenga algún problema que requiera una solución. Se comentarán las consecuencias positivas y negativas que ha detectado tras haber dejado de fumar, resaltando sobre todo las consecuencias positivas. Asimismo, se le preguntará cómo se ve ahora, sin fumar, y cómo creía que estaría cuando dejase de fumar al principio, ya que de esta forma Ana verá que puede dejar de fumar, que lo ha conseguido por sí sola y que puede mantenerse así en el futuro. Por último, se completarán los cuestionarios.

Sesiones de seguimiento

Una vez finalizado el tratamiento, se realizarán seguimientos al mes, a los tres, a los seis y a los doce meses. Los objetivos en estas sesiones son que Ana:

- siga abstinente.
- tenga una actitud favorable de su nueva vida como no fumadora.
- en el caso de que haya pasado por una caída o recaída, la haya identificado, y haya actuando en consecuencia utilizando las estrategias proporcionadas durante la intervención.

En la última sesión de la fase de seguimiento, se le proporcionará un número o un correo electrónico de contacto por si en un futuro quisiera contactar con él/ella y se le explicará que aunque la intervención haya llegado a su fin, el vínculo terapeuta-paciente puede retomarse en cualquier momento. Asimismo, se le reforzará todo lo que ha estado haciendo desde el inicio de la intervención hasta ahora, para conseguir mantenerse abstinente. Posteriormente, se le preguntará si aportaría alguna sugerencia constructiva para futuras intervenciones, ya que ella ha vivido la experiencia y si hay algo que se podría hacer de otra forma, ayudaría al profesional. Finalmente, se le agradecerá su participación activa durante el proceso.

Por último, cabe destacar que si en algún momento en la fase de seguimiento Ana informa de que ha recaído, en este caso, se procederá a realizar la evaluación, para planificar posteriormente la intervención.

Discusión

El presente trabajo tenía como objetivo desarrollar una propuesta de intervención para un caso de dependencia a la nicotina que estuviera basado en una relación mutualista, que fomentara la toma de decisión de la paciente en todo momento y que sea esta, una agente activa en el proceso. Además, de que sea viable y coherente con el objetivo establecido, se considera que la intervención planteada cumple todos estos aspectos. La efectividad de esta propuesta no está comprobada, ya que no se ha llegado a llevar a cabo, por lo tanto está sujeta a su posible práctica en el futuro. No obstante, como se ha utilizado el Tratamiento Multicomponente de Becoña (Becoña, 2007) de base, tratamiento de referencia en estos casos y que ha demostrado ser eficaz en diversos estudios (Alonso-Pérez et al., 2014; Becoña et al., 2014), puede que se alcance el objetivo establecido que es conseguir que Ana deje de fumar y se mantenga abstinentes. Asimismo, se han utilizado técnicas cognitivas conductuales como la técnica de solución de problemas y la técnica de relajación, que según la revisión sistemática realizada por Fonseca-Pedrero et al. (2021), tienen un grado de recomendación alto y son eficaces en Trastornos debidos al consumo de sustancias.

Por otra parte, cabe recalcar que otra de las finalidades de dicho trabajo es recordar que las técnicas aversivas, son otra herramienta a disposición del o de la psicólogo/a que han demostrado ser eficaces en diversos estudios (Álvarez-Soto y Becoña, 1991; Becoña 1989; Becoña y Froján, 1988a; 1988b; Becoña y Gómez-Durán, 1993; Becoña y Guillán, 1988) y que se pueden utilizar en la clínica como otra alternativa más para abordar el tabaquismo. Del mismo modo, hay que recalcar la importancia de los seguimientos, ya que son el feedback que le permite al o la terapeuta saber si el tratamiento realizado ha sido eficaz o no.

Cabe destacar que el profesional que lleve a cabo esta intervención debe tener conocimientos sobre la técnica de aversión utilizada (retener el humo), es decir, debe tener una formación de base.

Por último, las posibles limitaciones son la ausencia de resultados concluyentes de esta intervención, ya que no se ha aplicado y la falta de medidas objetivas como la medición de monóxido de carbono.

Referencias Bibliográficas:

- Alonso-Pérez, F., Alonso-Cardenoso, C., García-Gonzalez, J. V., Fraile-Cobos, J. M., Lobo-Llorente, N., y Secades-Villa, R. (2014). Efectividad de un programa multicomponente para dejar de fumar aplicado en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 28, 222-224. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.11.002>
- Álvarez-Soto, E., y Becoña, E. (1991). Efectividad de los programas para dejar de fumar en función de finalizar o no el tratamiento. *Revista Española de Drogodependencias*, 16, 19-28
- Ambrosio, E., y Fernández, E. (2011). *Fundamentos neurobiológicos de las adicciones*. En Pedrero, E., Ruiz, J., Verdejo, A., Llanero, M., y Ambrosio, E. Neurociencia y Adicción (pp. 19-47). España: Sociedad Española de Toxicomanías.
- Audrain-McGovern, J., Leventhal, A. M., & Strong, D. R. (2015). The role of depression in the uptake and maintenance of cigarette smoking. *International Review of Neurobiology*, 124, 209-243. <https://doi:10.1016/bs.irn.2015.07.004>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). BDI-II. *Beck Depression Inventory Second Edition*. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Becoña, E. (1989). Nicotine fading and smokeholding in smoking cessation. Paper presented at the *Third European Conference on Health Psychology*, Utrech, Holanda.
- Becoña, E. (1994). *Evaluación de la conducta de fumar*. En J. L. Graña (Ed.), Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento (pp. 403-454). Madrid: Debate.
- Becoña, E. (2007). *Programa para dejar de fumar*. Vigo: Nova Galicia Edicions.
- Becoña, E., Fernández, E., López-Durán, A., Martínez, Ú., Martínez, C., y Rodríguez, R. A. (2014). El tratamiento psicológico de la dependencia del tabaco. Eficacia, barreras y retos para el futuro. *Papeles Del Psicólogo*, 35, 161-168.
- Becoña, E., y Froján, M.J. (1988a). La técnica de retener el humo en el tratamiento de fumadores. *Revista Española de Drogodependencias*, 13, 131-136.
- Becoña, E., y Froján, M.J. (1988b). Tratamiento de fumadores con la técnica de retener el humo. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 1, 31-48.
- Becoña, E., Gómez-Durán, B., Álvarez-Soto, E., & García, M. (1992). Scores of Spanish smokers on Fagerström's Tolerance Questionnaire. *Psychological Reports*, 71, 1227-1233 (1ª versión). Versión reproducida de Becoña (1994).
- Becoña, E., y Gómez-Durán, B.J. (1993). *Programas de tratamiento en grupo de fumadores*. En D. Macià, F.X. Méndez y J. Olivares (Eds.), Intervención psicológica: programas aplicados de tratamiento (pp. 203-230). Madrid: Pirámide.
- Becoña, E., y Guillén, J.C. (1988). Aportación de la prevención de la recaída a la técnica de retener el humo en el tratamiento de fumadores. Comunicación presentada en el IV

Congreso de la Asociación Española de Terapia del Comportamiento, Gandía, Valencia.

- Becoña, E., Míguez, M. C., Fernández del Río, E., y López, A. (2010). *El tratamiento psicológico de los fumadores*. En E. Becoña (Ed.), Dependencia del tabaco. Manual de casos clínicos (pp. 43-60). Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense. Madrid, España.
- Breslin, C., Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Agrawal, S. (2000). A comparison of a brief and long version of the Situational Confidence Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1211-1220.
- Carrillo, P. J. García, E., y Rosa, A. (2019). Relación del desayuno con la calidad de la dieta en escolares de educación secundaria obligatoria de un centro escolar de Murcia. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 25(1), 1135-3074.
- Centers for Disease Control (Published May 31, 2017). *What Are the Risk Factors for Lung Cancer?* Retrieved from: https://77cdc.gov/cancer/lung/basic_info/risk_factors.htm.
- Chauvet, M., Martín-Escudero, M. P., Martínez-de-Haro, V., y Cid-Yagüe, L. (2018). Actividad física y hábito tabáquico en estudiantes adolescentes / Physical Activity and Smoking Habit in Adolescent Students. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 18(69), 151-164.
- Cook, B., Wayne, G. F., Kafali, E. N., Liu, Z., Shu, C., & Flores, M. (2014). Trends in smoking among adults with mental illness and association between mental health treatment and smoking cessation. *JAMA*, 311, 172-182. doi:10.1001/jama.2013.284985.
- Del Río Olvera, F. J., Cabello Santamaría, F., Cabello García, M. A., y Aragón Vela, J. (2018). Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI): análisis psicométrico y funcionamiento en una muestra de drogodependientes y controles. *Universitas Psychologica*, 17(1), 1-10. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-1.caer>
- Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J., Dorfman, S.F., Goldstein, M.G., Gritz, E.R., Heyman, R.B., ... & Hasselblad, V. (2000). Treating tobacco use and dependence. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñiz, J., López-Navarro E.,... Marrero, R.J. (2021). Tratamientos Psicológicos Empíricamente Apoyados Para Adultos: Una Revisión Selectiva. *Psicothema*, 33, (2), 188-197. Recuperado en: <http://www.psicothema.com/pdf/4663.pdf>
- Gaete, J., & Araya, R. (2017). Individual and contextual factors associated with tobacco, alcohol, and cannabis use among Chilean adolescents: a multilevel study. *Journal of Adolescence*, 56, 166-178
- García-Canto, E., Rosa-Guillamon, A., y Nieto-López, L. (2021). Nivel de actividad física, consumo habitual de tabaco y alcohol, y su relación con la calidad de vida en

- adolescentes españoles. *Retos*, 39, 112-119.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7587478>
- García, M. P., y Becoña, E. (2000). Evaluation of the amount of therapist contact in a smoking cessation program. *Spanish Journal of Psychology*, 3, 28-36.
- Jiménez-Treviño L., Velasco Á., Rodríguez-Revuelta J., Abad I., De la Fuente-Tomás L., González-Blanco L., García-Álvarez L.,... & Sáiz P.A. (2019). Factors associated with tobacco consumption in patients with depression. *Adicciones*. 31(4):298-308. doi: 10.20882/adicciones.1191. PMID: 31018000.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerstrom, K. O. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal Addiction*, 86, 1119-1127.
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
- Hughes, J. R., Klemperer, E. M., & Peasley-Miklus, C. (2020). Possible New Symptoms of Tobacco Withdrawal II: Anhedonia-A Systematic Review. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 22(1), 11–17.
<https://doi.org/10.1093/ntr/nty171>
- Hughes, J. R., & Hatsukami, D. K. (1986). Signs and symptoms of tobacco withdrawal. *Archives of General Psychiatry*, 43, 289-294.
- Kelly B.C., Vuolo M, Frizzell L.C., & Hernandez E.M. (2018). Denormalization, smoke-free air policy, and tobacco use among young adults. *Soc Sci Med*. 211. 70-77.
- Marqués, A., Peralta, M., Santos, T., Martins, J., & Gaspar de Matos, M. (2019). Self-rated health and health-related quality of life are related with adolescents' healthy lifestyle. *Public Health*, 170, 89-94.
- Miguel-Aguilar, C. F., Rodríguez-Bolaños, R. A. Caballero, M., Arillo-Santillán, E., y Reynales-Shigematsu, D. (2017). Fumar entre adolescentes: análisis cuantitativo y cualitativo de factores psicosociales asociados con la decisión de fumar en escolares mexicanos. *Salud Pública de México*, 59, S63-S72. <http://doi.org/10.21149/7835>
- Milic, M., Gazibara, T., Pekmezovic, T., Kusic-Tepavcevic, D, Maric, G., Aleksandra Popovic, A., Stevanovic, J., Patil, K. & Levine, H. (2020) Tobacco smoking and health-related quality of life among university students: Mediating effect of depression. *PLOS ONE* 15(1): e0227042.
- Moral-García, J. E., Agraso-López, A. D., Ramos-Morcillo, A. J., Jiménez, A., & Jiménez-Eguizábal, A. (2020). The Influence of Physical Activity, Diet, Weight Status and Substance Abuse on Students' Self-Perceived Health. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17,(4), 1387. doi:10.3390/ijerph17041387.
- NIDA.2020, Junio 2. *¿Qué consecuencias trae el consumo de tabaco para la salud física?*
Retrieved from:

- <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/el-tabaco-contiene-otras-sustancias-quimicas-que-pueden-contribuir-su-adic>
- Nunnally, J. C. (1970). *Introduction to psychological measurement*. New York: McGrawHill.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2020). *Informe 2020. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Ministerio de Sanidad: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.* <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (26 de Julio de 2019). *Nota descriptiva sobre tabaquismo.* Recuperado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Organización Mundial de la Salud. (11 de mayo de 2020). *Declaración de la OMS: Consumo de tabaco y COVID-19.* Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/11-05-2020-who-statement-tobacco-use-and-covid-19>
- Perez-Pareja, F. J., García-Pazo, P., Jiménez, R., Escalas, T., y Gervilla, E. (2020). Dejar de fumar, terapia cognitivo-conductual y perfiles diferenciales con árboles de decisión. *Clínica y Salud*, 31(3), 137-145. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a12>
- Plan Nacional sobre Drogas. (2020). *Encuesta sobre alcohol, drogas y otras adicciones en España (EDADES) 2019-2020.* Recuperado de https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2019-2020_resumenweb.pdf
- Richmond, R. L., Kehoe, L., & Webster, I. W. (1993). Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioner. *Addiction*, 88, 1127-1135. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02132.x>
- Rosales-García, M., Cruz-Morales, S.E., y Lira-Mandujano, J. (2018). Funciones ejecutivas como predictores del consumo y la dependencia al tabaco. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 12(3) ISSN-e 0718-4123. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439657072002>
- Sanz, J., Navarro, M. y Vazquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*. 29(124) 239-288. En: *Análisis y modificación de conducta Valencia 2003*, v. 29, n. 124; p. 239-288
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
- Secades-Villa, R., González-Roz, A., García-Pérez, Á., & Becoña, E. (2017). Psychological, pharmacological, and combined smoking cessation interventions for smokers with

- current depression: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 12, e0188849. doi:10.1371/journal.pone.0188849
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA
- Tidey, J. W., Davis, D. R., Miller, M. E., Pericot-Valverde, I., Denlinger-Apte, R. L., & Gaalema, D. E. (2018). Modeling nicotine regulation: A review of studies in smokers with mental health conditions. *Preventive Medicine*, 117, 30-37. doi:10.1016/j.ypmed.2018.07.003.
- Tidey, J. W., & Miller, M. E. (2015). Smoking cessation and reduction in people with chronic mental illness. *BMJ*, 351, h4065. doi:10.1136/bmj.h4065.
- Toll, B.A., O'Malley, S.S., McKee, S.A., Salovey, P., y Krishnan-Sarin, S. (2007). Análisis factorial confirmatorio de la escala de abstinencia de nicotina de Minnesota. *Psicología de las conductas adictivas*, 21 (2), 216-225. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.21.2.216>
- Waring, J., Hébert, E. T., Alexander, A. C., Kendzor, D.E., & Businelle, M. S. (2020). Evaluating the influences of social support and smoking cues on daily smoking abstinence among socioeconomically disadvantaged adults. *Addictive behaviors*, 100, 106-107. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106107>
- Wellman, R., Dugas, E., Dutczak, H., O'Loughilin, E., Datta, G., Lauzon, B., & O'Loughlin, J. (2016). Predictors of the onset of cigarette smoking. A systematic review of longitudinal population-Based studies in youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 51, 767-778. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2016.04.003>
- Williams, J., Steinberg, M., Griffith, K., & Cooperman, N. (2013). Smokers with behavioral comorbidity should be designated a tobacco disparity group. *American Journal of Public Health*, 103, 1549-1555. doi:10.2105/ajph.2013.301232.

