



UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Trabajo fin de Máster



**EFICACIA PARA CAMBIAR LA CONDUCTA DE FUMAR DE UN  
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO BREVE GRUPAL COMBINADO CON  
VARENICLINA**

Autora: Estefanía Cruz Sicilia

Director: José Luís Carballo Crespo

## **Resumen**

Para comparar la eficacia para cambiar la conducta de fumar de un tratamiento psicológico grupal (*Guided Self-Change Treatment Model, GSTM*) combinado con terapia farmacológica con Vareniclina (*GSTM + TF*), frente al tratamiento farmacológico aplicado aisladamente (*TF*). Se realizó un estudio experimental de medidas repetidas pre y pos-tratamiento y un seguimiento a los 7 meses, con 85 pacientes asignados aleatoriamente a cada una de las dos modalidades de tratamiento, que demandaron asistencia para cambiar su conducta de fumar en el Servicio de Neumología del Hospital General de Alicante. Entre los pacientes que completaron el seguimiento ( $n=47$ ), el tratamiento *GSTM+TF* mostró tasas de abstinencia a los 7 meses mayores que la *TF*, pese a que no resultaron estadísticamente significativas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología ansiosa a los 7 meses, siendo menor en los pacientes del grupo *GSTM+TF*. Estos resultados apuntan que el tratamiento farmacológico puede conseguir tasas de abstinencia superiores cuando se aplica de manera combinada con un tratamiento psicológico, además de favorecer a la adhesión al tratamiento y a reducir la sintomatología asociada al proceso de deshabitación tabáquico.

## **Abstract**

To compare the effectiveness to change the smoking behaviour of a grupal psychologic treatment (*Guided Self-Change Treatment Model, GSTM*) mixed with pharmacologic therapy with varenicline (*GSTM+TF*), opposite to the pharmacologic treatment, applied individually (*TF*), it was conducted an experimental study of repeated measures pre and post-treatment, and a follow seven months later; with eighty five patients assigned randomly to each one of the two treatment' modalities, which demanded attendance to change their smoking behaviour in the Pulmonology

Department of the Hospital of Alicante. Between the patients who completed the follow (n=47), the treatment GSTM+TF showed abstinence rates at seven months, bigger than the TF, despite they didn't result statistically significant. Statistically significant differences were found in the anxiety symptomatology at seven months, being less in the patients of group GSTM+TF. These results point that the pharmacologic treatment can get higher abstinence rates when is applied in combination with a psychological treatment, besides stimulating the adhesion to the treatment and reducing the symptomatology associated to the detoxification smoking process.

## **Introducción**

En la actualidad el consumo de tabaco se considera una enfermedad crónica adictiva y es la principal causa de morbilidad y mortalidad prevenible en países desarrollados (Peto y López, 2001; World Health Organization, 2008). Además, es un factor etiológico establecido para muchas enfermedades físicas. En concreto, el tabaquismo está relacionado con más de 25 enfermedades. Entre ellas, el 30% de los cánceres diagnosticados en la población, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y enfermedades de corazón y cerebrovasculares (U.S.D.H.H.S., 2004)

Pese a que la mortalidad atribuible al tabaquismo ha empezado a disminuir en España en los últimos años, sigue constituyendo un importante problema de salud pública que requiere un abordaje multidisciplinario en el que deberían estar implicados todos los profesionales sanitarios (The Agency for Health Care Policy, Research on Smoking Cessation, 2000)

Desde 1996 son muchas las normativas elaboradas, consideradas referentes mundiales para la cesación tabáquica como: la Smoking Cessation Guidelines for Health Professionals: A Guide to Effective Smoking Cessation Interventions for the

Health Care System y la Clinical Practice Guidelaine del Department of Health and Human Services.

En la actualidad el tratamiento farmacológico ha sido una de las disciplinas en la que más avances se han producido. El cual debe llevarse a cabo exclusivamente con los medicamentos considerados de primera línea por la Clinical Practice Guideline del Human & Health Service de los EE. UU en su edición de 2008, terapia sustitutiva con nicotina, Bupropión y Vareniclina, que cuentan con evidencia tipo A.

Se define como terapia sustitutiva con nicotina (TSN) a la administración de nicotina a través de otra vía, diferente a la del consumo de cigarrillos, en una cantidad suficiente y controlada para disminuir el Síndrome de Abstinencia y no generar dependencia. El Bupropión de liberación sostenida fue el primer fármaco no nicotínico que se empleó eficazmente en el tratamiento de la adicción al tabaco. Actúa imitando el efecto de la nicotina a baja intensidad, reduciendo los síntomas del síndrome de abstinencia y sin generar dependencia al fármaco. Además, bloquea el refuerzo positivo que produce el consumo de tabaco, previniendo posibles recaídas. Por último, la Vareniclina, posee un mecanismo de acción diferente a los anteriores. Actúa como agonista parcial selectivo de los receptores nicotínicos de las neuronas del área tegmental ventral del mesencéfalo. Por lo que estimula el receptor nicotínico controlando el craving, el síndrome de abstinencia y bloquea los efectos que le nicotina produce sobre el receptor. Además, ayuda a evitar que una recaída se convierta en fracaso.

En base a la evidencia científica del tratamiento farmacológico, un meta-análisis (Cahill, et al., 2013), concluyó que la eficacia de la Vareniclina es superior a la TSN en cualquiera de sus cinco prestaciones y al Bupropión. Sin embargo, también concluye que no puede considerarse superior a la combinación de TSN

Desde la perspectiva psicológica, se entiende que fumar es una conducta explicada principalmente por factores sociales de disponibilidad, accesibilidad y publicidad. También influyen factores psicológicos de reforzamiento, procesos cognitivos y la dependencia fisiológica (Pomerleau y Pomerleau, 1984). Son estos tres componentes (sociales, psicológicos y fisiológicos) los que explican por qué una persona ha fumado, fuma o fumará (USDHHS, 1994).

Atendiendo a la evidencia científica, los programas multicomponentes o paquetes de tratamiento cuentan con mayor eficacia (Chambless y Ollendick, 2001; Lancaster y Stead, 2006a; Sánchez-Meca et al., 1998; Stead y Lancaster, 2006b). Se trata de programas desarrollados y aplicados por psicólogos, que se componen de tres fases: preparación para el cambio e incremento de la motivación para cambiar la conducta de fumar, fase de abandono, donde se aplican diferentes técnicas de abandono de los cigarrillos, y fase de mantenimiento de la abstinencia aplicando técnicas de prevención de recaídas, una vez los pacientes han abandonado el tabaco (U.S.D.H.H.S., 1991 y Becoña et al., 2001)

El tratamiento psicológico cuenta con más de 40 años de experiencia, siendo el tratamiento farmacológico un complemento del mismo. Así la combinación de ambos tratamientos contribuyen a aumentar las tasas de abstinencia, de retención y adhesión al tratamiento (NIH, 2008). Comprobado y avalado en estudios recientes, concretamente, Kralikova, Kmetova, Stepankova, Zvolska, Davis y West (2013), encontraron tasas superiores de abstinencia para la Vareniclina que para la terapia sustitutiva con nicotina cuando ambas empleaban componentes conductuales, 42.8% y 31% respectivamente.

En los últimos años se han propuesto diferentes modelos de intervención breve que permitan aumentar la adhesión a las intervenciones y que supongan una alternativa para pacientes que no quieren asistir a modelos tradicionales de tratamiento. Entre estos

modelos, se puede destacar Modelo de AutoCambio Dirigido (Guided Self-Change Treatment Model, GSCM) (Sobell, & Sobell, 1993; Sobell, & Sobell, 2011). Este programa de intervención se ha mostrado eficaz en numerosos estudios en la solución de problemas relacionados con alcohol (Sobell, Sobell, & Agrawal, 2009; Sobell, Sobell, Leo, et al., 2002; Sobell, Sobell, & Gavin, 1995) y actualmente también se aplica a fumadores y consumidores de drogas ilegales. Se trata de un modelo que consta de 4 sesiones de tratamiento, basado en principios terapéuticos del enfoque cognitivo-conductual, el modelo de prevención de recaídas y técnicas de la entrevista motivacional.

En este contexto, el objetivo general del presente estudio es comparar la eficacia de un tratamiento psicológico grupal (*Guided Self-Change Treatment Model, GSTM*) combinado con terapia farmacológica (Vareniclina), frente al tratamiento farmacológico aplicado aisladamente en pacientes que presentan dependencia a la nicotina en el Servicio de Neumología del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA). Siendo la hipótesis principal que el GSTM + TF mostrará mejores tasas de eficacia que la TF sola en la reducción del consumo de tabaco.

## **Método**

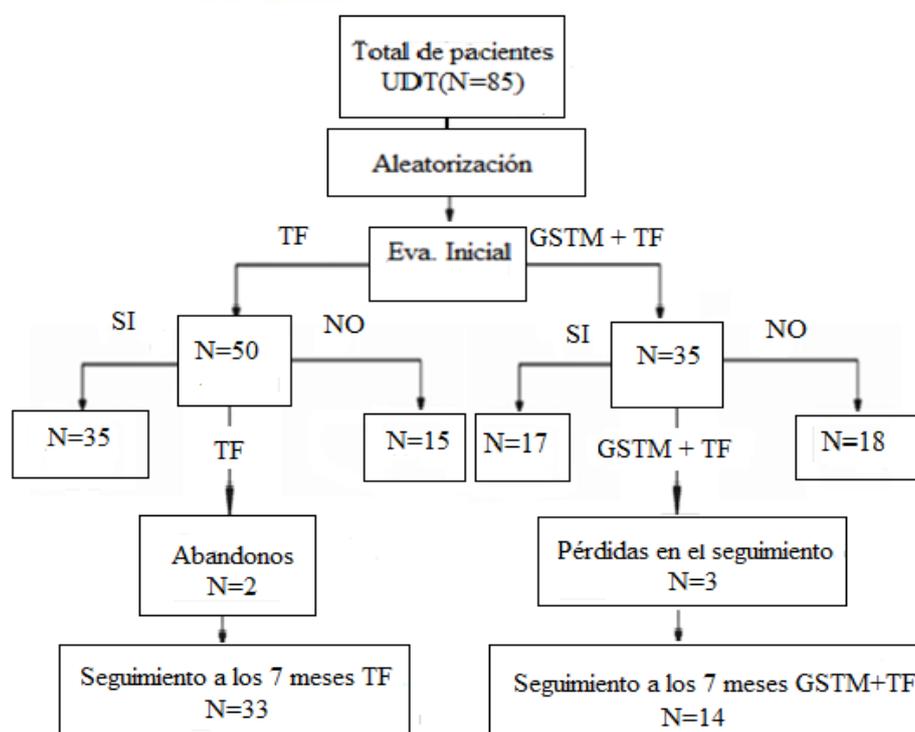
### **Participantes**

La muestra del estudio fue extraída de forma aleatoria del total de pacientes que demandaron tratamiento para dejar de fumar en el Servicio de Neumología del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) entre enero de 2014 y septiembre de 2015. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: ser mayor de edad, desear participar de forma voluntaria en todo el proceso de evaluación y tratamiento firmando un consentimiento informado, saber leer y escribir de forma adecuada y recibir tratamiento farmacológico con Vareniclina siguiendo el protocolo marcado en la Unidad de

Neumología del HGUA. La presencia de un trastorno mental grave diagnosticado, presentar dependencia al alcohol, estar recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico para problemas adictivos y/o de otro tipo y presentar consumo habitual de cannabis (al menos una vez por semana) y otras sustancias ilegales (al menos una vez por mes) se tomaron como criterios de exclusión.

De una muestra inicial de 85 sujetos fueron excluidos 33, que a pesar de cumplir los criterios de inclusión, no tomaron el fármaco cuatro semanas como mínimo y/o no acudieron a más de dos sesiones de terapia. Quedando formada la muestra final por 52 fumadores de cigarrillos (63,5% hombres y 36,5% mujeres). Su media de edad fue de 56,79 (D.T.=9,285). En el momento de iniciar el tratamiento fumaban una media de 17,50 cigarrillos al día (D.T.= 8,48). Un 5,7% (n=2) del grupo TF abandonaron el estudio, mientras que el 17,6% (n=3) de GSTM + TF fueron perdidas en el seguimiento. A continuación, se presenta en el cuadro 1 un esquema resumen de la muestra.

Cuadro 1. Esquema resumen de la muestra del estudio.



*Nota.* GSCT+TF= Modelo de AutoCambio Dirigido en su modalidad grupal más terapia farmacológica con Vareniclina; TF=Tratamiento farmacológico Vareniclina; UDT: unidad de deshabituación tabáquica: Eva. Inicial: Evaluación inicial.

## **VARIABLES E INSTRUMENTOS**

Por un lado, mediante el *Cuestionario sobre el hábito de fumar* (Becoña, 1994), (Adaptación del Biopsychosocial Smoking Assessment), en el que se recoge información sobre variables sociodemográficas y datos relativos al consumo de tabaco. Por otro lado, se ha evaluado el consumo de tabaco y el perfil adictivo de los participantes en el estudio, mediante los siguientes instrumentos:

### *a) Variables dependientes*

*Consumo de tabaco*, se utilizó el autorregistro Timeline Followback (TLFB, de Sobell y Sobell, 2003) adaptado al hábito de fumar y al contexto español ([www.mapi-institute.com](http://www.mapi-institute.com)), para el grupo de GSTM+TF. Así como diferentes pruebas médicas de detección de consumo para ambos grupos de tratamiento: Medición del nivel de monóxido de carbono (CO) en el aire espirado. Se ha utilizado el Microsmokerlyzer de Bedfont Micro III y Micro IV). Este aparato recoge muestras de aire espirado a través de la superficie del sensor indicando en partes por millón (ppm) el índice de monóxido de carbono por espiración alveolar del participante. Además, se realizaron otras pruebas complementarias: tensión arterial definida por la presencia de niveles de presión arterial sistólica/diastólica iguales o mayores que 140/90 mmHG (aparato automático validado y calibrado en el último año) y control de peso (balanza pesa-personas con una precisión de 100 gramos).

*Motivación*, el cuestionario utilizado fue el *Test de Richmond* (Richmond, Kehoe, & Webster, 1993). Valora el grado de motivación del sujeto para dejar de fumar y el rango de puntuación oscila entre 0 y 10, donde los puntos de corte detectados son

de 0 a 3: nula o baja motivación para dejar de fumar, de 4 a 5: dudoso, de 6 a 7: motivación moderada y de 8 a 10: alta motivación.

*Dependencia física a la nicotina*, para ello se utilizó el *Test de Fagerström* Modificado de dependencia de la nicotina (FTND) (Heatherton, Kozlowski, Frecker, & Fagerström, 1991). Un sujeto con una alta dependencia es aquel que puntúa 6 o más. Cuenta con un alfa de Cronbach de 0,66 y ha sido validado con medidas fisiológicas del contenido de nicotina en sangre, resulta muy útil para medir el grado de dependencia fisiológica, concretamente, se utilizó la adaptación española (Becoña & Vázquez, 1998).

*Sintomatología ansioso-depresiva*, se utilizó el HADS (*Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión*) (Zigmond & Snaith, 1983), con el fin de medir la ansiedad (HADS-A) y depresión (HADS-D) en pacientes afectados por enfermedades físicas. Las puntuaciones mayores de 10 se consideran indicativas de morbilidad. Una puntuación de 8 a 10 se interpreta como caso fronterizo y las puntuaciones inferiores a 8 indican ausencia de morbilidad significativa validado en población española (Castresana, Pérez, & de Rivera, 1995).

*Cumplimiento terapéutico*: En esta variable se recogieron el número de semanas que los pacientes tomaban el fármaco así como la dosis y los posibles efectos secundarios. En el caso de los pacientes que recibieron el tratamiento combinado se recogió, además el número de sesiones a las que acudían. Todos los datos relativos al fármaco fueron suministrados por el personal de enfermería de la Unidad de Deshabituación Tabáquica del Servicio de Neumología del HGUA.

*Satisfacción* se utilizó el (instrumento). Valora el grado de satisfacción global del sujeto con los servicios que ha recibido en la Unidad de Deshabituación Tabáquica y en la terapia psicológica. La puntuación oscila entre 0 y 3, donde 0 es nada satisfecho y 3 muy satisfecho.

En el seguimiento de 7 meses se administró el cuestionario de seguimiento (Becoña y Míguez, 1995) en función del estatus del sujeto en ese momento (fumador/no fumador). El autoinforme de abstinencia en el seguimiento se corroboró con la medición de monóxido de carbono en aire espirado (CO). Considerándose validada la abstinencia autoinformada si ésta estaba corroborada por un nivel de CO menor de 8 partículas por millón (Becoña y Vázquez, 1998a).

*b) Variable independiente*

La variable independiente cuenta con dos niveles:

1) Aplicación del Tratamiento de Autocambio Guiado (Guided Self-Change Treatment Model, GSCTM) grupal (Sobell y Sobell, 2011) en pacientes que reciben además, terapia farmacológica (Vareniclina), siguiendo el protocolo de la Unidad de Deshabitación Tabaco del HGUA. Se aplicó en formato grupal, a través del espíritu colaborativo, evocativo y favorecedor de la autonomía de los pacientes.

La duración del tratamiento, basado en principios terapéuticos del enfoque cognitivo-conductual, fue de 5 semanas (una sesión por semana de aproximadamente 90 minutos). Los sujetos fueron tratados en grupos de entre 3 y 6 fumadores. En la aplicación de tratamiento participaron dos psicólogas con formación y entrenamiento previo en este tipo de intervención.

En las cinco sesiones se aplicaron diversas técnicas que se emplean en este tipo de intervenciones. Tales como la realización de preguntas abiertas; el empleo de la escucha activa; la devolución de las reflexiones que comentaban los fumadores; el empleo de la empatía; la utilización de afirmaciones y de la validación a lo que los pacientes comentaban; la utilización de lenguaje hipotético así como de pensamiento positivo; el trabajo de la ambivalencia a través del balance decisional de seguir fumando y de dejar de fumar; la exploración de las metas y planes para el cambio; resúmenes; y administración de feedback. En todo momento, se evitó la confrontación y se manejó cualquier resistencia que pudiera surgir.

Además de lo anterior, se trabajaron diferentes aspectos como la reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán, control de estímulos, estrategias para reducir el síndrome de abstinencia de la nicotina, entrenamiento en estrategias de prevención de recaídas, control de peso y consumo de alcohol, autorreforzamiento y mantenimiento de la abstinencia.

2) Sujetos que reciben únicamente terapia farmacológica. En términos generales el tratamiento farmacológico con Vareniclina dura 12 semanas, siendo la dosis estándar de 1mg cada 12 horas. El tratamiento se inició una semana antes de cambiar la conducta de fumar. Se inició con una dosis inicial de 0,5 mg/día durante los tres primeros días aumentándola después a 0,5 mg/12horas otros tres días consecutivos, aumentándola luego 0,5 mg/12horas tres días más, al séptimo día se estableció la dosis definitiva de 1mg/12horas. Las dos condiciones del presente estudio que se desarrollaron en paralelo, las cuales se presentan en el cuadro 2.

### **Procedimiento**

El estudio fue aprobado por la comisión de ética e investigación de la Universidad Miguel Hernández de Elche y del Hospital General Universitario de Alicante y se llevó a cabo con respeto a los principios enunciados en la declaración de Helsinki y a las normas de buena práctica clínica.

#### *Fase I: selección de los participantes, sesiones de evaluación y tratamiento*

En primer lugar, se procedió a seleccionar a los participantes, todos ellos, pacientes que demandaron atención para cambiar su conducta de fumar en la Unidad de Neumología del HGUA tratados con Vareniclina. Se les propuso participar en el presente estudio facilitándoles documentación, folletos e información del desarrollo del mismo.

Se establecieron dos modalidades de tratamiento: A) una en la que solamente se recibieron farmacoterapia (Vareniclina) y que fue supervisada por los facultativos del Servicio de Neumología. B) Una segunda en la que se acompañó a la modalidad A) de intervención grupal psicológica. Los sujetos fueron distribuidos al azar, los 8 primeros que acudieron a la Unidad de Neumología del HGUA únicamente fueron evaluados, mientras que los siguientes 8 sujetos, además de ser evaluados recibieron intervención grupal y así sucesivamente.

La evaluación inicial de los fumadores se llevó a cabo en una única sesión individualizada en la propia unidad, en la que se le administraron los instrumentos descritos en el apartado anterior. Todos los fumadores dieron su consentimiento informado para participar en el estudio. A continuación se presentan las dos condiciones del presente estudio que se desarrollaron en paralelo siguiendo el siguiente esquema:

Cuadro 2. Esquema resumen estudio

<i>Selección de participantes</i>					
(n=52)					
<i>Fase 0</i>	- Contacto y evaluación de Screenig				
	- Distribución en grupos: 8 primeros sujetos GSCT+TF grupal; 8 sujetos siguientes TF y así sucesivamente				
<i>Visitas/semanas</i>	<i>Grupo GSCT +TF</i>			<i>Grupo TF</i>	
	(n=17)			(n=35)	
	<i>TF= Vareniclina</i>			<i>TF= Vareniclina</i>	
	<i>GSCT</i>	<i>TF</i>		<i>TF</i>	
<i>1ª Sem. 1</i>		E.I		E.I	
<i>2ª Sem. 2</i>	Sesión 1	Inicio		Inicio	
	GSCT	0,5	mg/día	0,5	mg/día

		(primeros 3 días)	(primeros 3 días)
		1 mg/día en dos tomas (cuarto a séptimo día)	1 mg/día en dos tomas (cuarto a séptimo día)
<i>3ª Sem. 3</i>	Sesión 2	2 comprimidos 1 mg/día	2 comprimidos 1 mg/día
<i>(Plan Abandono tabaco*)</i>	GSCT		
<i>4ª Semana 4</i>	Sesión 3	2 comprimidos 1 mg/día	2 comprimidos 1 mg/día
	GSCT		
<i>5ª Semana 5</i>	Sesión 4	2 comprimidos 1 mg/día	2 comprimidos 1 mg/día
	GSCT		
<i>6ª Semana 6</i>	Sesión 5	- 2 comprimidos 1 mg/día	- 2 comprimidos 1 mg/día
	GSCT	- Planificación retirada TF	- Planificación retirada TF
<i>Semanas 10-12</i>		0,5 mg/día (primeros 3 días) 1 mg/día en dos tomas (cuarto a séptimo día) y retirada.	0,5 mg/día (primeros 3 días) 1 mg/día en dos tomas (cuarto a séptimo día) y retirada.

<i>Seguimiento: 7</i>	<i>Grupo GSCT +TF</i>	<i>Grupo TF</i>
<i>meses</i>	(n=14)	(n=33)
	<i>TF= Vareniclina</i>	<i>TF= Vareniclina</i>

*Nota.* GSCT= Modelo de AutoCambio Dirigido en su modalidad grupal; TF=Tratamiento farmacológico Vareniclina.

#### *Fase2: Seguimiento a los 7 meses*

Una vez finalizado el tratamiento en cada una de las dos modalidades, se realizó un seguimiento presencial a los 7 meses en la Unidad de Deshabitación Tabáquica del HGUA. Donde se le administró a los pacientes el cuestionario del seguimiento correspondiente (fumador/no fumador) ya mencionado, además se corroboró con la medición del nivel de CO en aire espirado. Cuando la persona no acudía al seguimiento presencial únicamente se le pasaba el cuestionario por teléfono. Se consideró a un participante abstinente, cuando obtenían un valor de CO inferior a 8 partículas por millón (Becoña y Vázquez, 1998a).

#### **Tipo de diseño**

El presente estudio corresponde a un diseño experimental de grupos al azar con medidas repetidas pre y pos-tratamiento y un seguimiento a los 7 meses desde que los participantes finalizaron el tratamiento, en el que se compararon dos: TF y GSCT+TF.

#### **Análisis de datos**

En primer lugar se llevaron a cabo análisis descriptivos de los diferentes grupos para analizar la homogeneidad de los mismos. En segundo lugar, se realizaron análisis de las diferencias entre ambos grupos en las variables dependientes del estudio en los distintos momentos de evaluación. Se utilizó chi-cuadrado para las variables no cuantitativas, t de Student para comparar muestras relacionadas e independientes en las

variables cuantitativas con un nivel de confianza del 95%, se presentaron datos del tamaño del efecto  $d$  de Cohen. Se utilizó el paquete estadístico utilizado el SPSS-22 para Windows, estableciendo una significación para valores de  $p < 0,05$ .

## **Resultados**

Se incluyeron 52 participantes dependientes de nicotina del Servicio de Neumología del HGUA. La media de edad fue de 56,79 (D.T.=9,285) y el 63,5% de la muestra fueron hombres. Realizaron el seguimiento a los 7 meses el 63,7% (N=33) del grupo de TF y un 32,7% (N=14) de los pacientes a los que se les aplicó la GSTM+TF. La dosis de Vareniclina mayoritariamente empleada fue de 1mg/12horas, durante doce semanas, tras la fase inicial de las primeras dos semanas. En cuanto a la terapia psicológica grupal, se aplicó el Modelo de AutoCambio Dirigido (GSCM) (Sobell, & Sobell, 1993; Sobell, & Sobell, 2011), durante 5 semanas, con una prioridad semanal. En la Tabla 1 se describen las principales características generales y las comorbilidades asociadas que presentaban los pacientes en cada una de las modalidades de tratamiento.

Tabla 1. Características generales iniciales y diferencias en comorbilidad entre los pacientes de TF y GSTM+TF

	<i>TF</i>	<i>GSTM+TF</i>	<i>X<sup>2</sup>/t(p)</i>
	(35)	(17)	
<b>Características sociodemográficas</b>			
%(n) Hombres	68,6(24)	52,9(9)	
%(n) Mujeres	631,4(11)	47,1(8)	
M(DT) Edad	55,8(10,24)	58,7(6,79)	-1,039(0,304)
<b>Comorbilidad asociada</b>			
%(n) <i>Bronquitis</i>	14,3(5)	29,4(5)	1,69(0,177)
%(n) <i>Asma</i>	0(0)	1,8(2)	4,28(0,103)
%(n) <i>EPOC crónico</i>	2,9(15)	35,3(6)	0,27(0,416)
%(n) <i>Apneas del sueño</i>	11,4(4)	11,8(2)	0,001(0,649)
%(n) <i>Hipertensión</i>	14,3(5)	6,3(1)	0,37(0,365)
%(n) <i>Cardiopatía</i>	2,9(1)	5,9(1)	0,283(0,551)
M(DT) <i>HADS - A</i>	6,65(3,85)	4,94(2,86)	1,578(0,121)
M(DT) <i>HADS - D</i>	4,71(3,72)	2,81(1,87)	1,917(0,061)

*Nota.* EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HADS-A: ansiedad; HADS-D: depresión; \*p< 0,05.

En cuanto a los principales motivos para cambiar la conducta de fumar y características asociadas del consumo de tabaco. En general, el 86,5% de los pacientes acudieron por problemas de salud y el 36,8% porque se lo había pedido un familiar. En cuanto al promedio de años que llevaban fumando fue de 36,61 (DT=12,32) años. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al número de cigarrillos que fumaban, intentos previos y dependencia física a la nicotina entre los dos grupos de tratamiento, TF y GSTM+TF. A continuación, en la tabla 2 aparecen los principales motivos que mostraron los pacientes para cambiar la conducta de fumar y las características de su conducta comparando ambas modalidades de tratamiento.



Tabla 2. Diferencias entre ambas modalidades de tratamiento en los motivos de consulta y las características asociadas al consumo de tabaco.

	<i>TF</i>	<i>GSTM+TF</i>	<i>X<sup>2</sup>/t(p)</i>
	(35)	(17)	
<b>Principales motivos de consulta</b>			
% (n) <i>Salud</i>	80(28)	100(17)	3,929(0,060)
% (n) <i>Económicos</i>	20(7)	11,8(2)	0,542(0,377)
% (n) <i>Familiares</i>	37,1(13)	17,6(3)	2,042(0,133)
<b>Características del consumo de tabaco</b>			
M(DT) <i>Intentos previos</i>	2(2,06)	2,4(2,3)	-0,557(0,580)
M(DT) <i>Años fumando</i>	37(12,57)	35,5(12,1)	0,438(0,663)
M(DT) <i>Cigarrillos diarios</i>	18,39(6,99)	15,76(11,22)	1,039(0,304)
M(DT) <i>Puntuación Fagerström</i>	5,86(2,35)	5,76(2,66)	0,127(0,899)
M(DT) <i>Puntuación Richmond</i>	7,23(1,573)	7,23(1,57)	-0,778(0,440)
M(DT) <i>Presión arterial S</i>	121,74(24,55)	132,35(18,89)	-1,568(0,123)
M(DT) <i>Presión arterial D</i>	3,93(15,64)	77,71(9,46)	-0,915(0,365)
M(DT) <i>Peso</i>	95,37(89,07)	67,69(21,03)	1,221(0,228)

*Nota.* \*p< 0,05; Presión arterial S: presión arterial sistólica; Presión arterial d: presión arterial diastólica.

Por otro lado, en la tabla 3 se presentan los efectos secundarios producidos por el fármaco aplicado (Vareniclina) a los pacientes según el tratamiento aplicado y el número de semanas que tomaron el fármaco. En cuanto a los efectos secundarios, con una media de semanas tomando el fármaco de ocho, los pacientes del grupo TF respecto a GSTM+TF presentaron más insomnio (28%), sin resultados concluyentes en los demás síntomas. Mientras que en lo que respecta al número de semanas que tomaron el fármaco los participantes en cada una de las modalidades de tratamiento, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, se puede observar que dentro del grupo TF es mayor, concretamente 8,49 semanas de media (DT= 5.39), mientras que el grupo TF, 7.12 de media (DT=3.57).



Tabla 3. Diferencia entre ambos grupos de tratamiento en cuanto al número de semanas que tomaron en fármaco y los efectos secundarios que presentaron tras finalizar el tratamiento.

	<i>TF</i>	<i>GSTM+TF</i>	<i>X<sup>2</sup>/t(p)</i>
	(35)	(17)	
M(DT) <i>Nº semanas fármaco</i>	8,49(5,39)	7,12(3,57)	0,948(0,348)
<b>Efectos secundarios (Vareniclina)</b>			
%(n) <i>Nauseas</i>	28(7)	47,1(8)	1,601(0,174)
%(n) <i>Dolor de cabeza</i>	0(0)	6,7(1)	1,709(0,375)
%(n) <i>Insomnio</i>	28(7)	0(0)	5,091(0,026)*
%(n) <i>Sueños vivos</i>	12(3)	13,3(2)	0,015(0,631)
<i>Mareos %</i>	4(1)	0(0)	0,0615(0,625)

Tabla 3. Nota. \*p< 0,05.

Atendiendo a las diferencias intra-grupales, en el grupo de tratamiento de TF a los 7 meses se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las siguientes variables: Media del número de cigarrillos que fumaban, sintomatología ansiosa y en los niveles de CO. Concretamente, los pacientes del grupo de TF pasaron de una media inicial de 18(DT=7,14) cigarrillos la semana a 1,65(DT=5,77) ( $t=6,45$ ,  $p<0,05$ ) con un tamaño del efecto ( $d$  Cohen= 2,52) grande; En sintomatología ansiosa de una puntuación inicial de 6,75(D.T.=3,88) inicial a 5,63(D.T.=3,20) ( $t= 2,47$ ,  $p<0,05$ ) con un tamaño del efecto ( $d$  Cohen= 0,3) pequeño; por último, en los niveles de CO también

se produjo una disminución significativa, de una media de 15,45(DT=10,87) a 5,67(DT=8,76), ( $t=2,330$ ,  $p< 0,05$ ), con un tamaño del efecto grande( $d$  Cohen= 0,99) .

Mientras que el grupo GSTM+TF presentó diferencias estadísticamente significativas en las variables: media del número de cigarrillos que fumaban, niveles de CO y en la tensión arterial diastólica. De una media de 11,88(DT=12,28) cigarrillos a la semana pasaron a 0 cigarrillos ( $t=2,74$ ,  $p< 0,05$ ) tras el tratamiento, con un tamaño del efecto grande ( $d$  Cohen= 1,37); En lo que respecta a los niveles de CO se pasó de una media inicial de 17,89(DT=12,58) a 1(DT= 0,87), ( $t=4,098$ ,  $p< 0,05$ ) mostrando un tamaño del efecto pequeño ( $d$  Cohen=0,21); Finalmente, en lo que respecta a la tensión arterial diastólica, mejoró, los pacientes presentaron una media inicial de 78,33(DT=10,00) frente a 67,22(DT=12,53) tras el tratamiento mostrando ( $t=2,329$ ,  $p< 0,05$ ) y con un tamaño del efecto grande ( $d$  de Cohen=0,98). A continuación, en la tablas 4 y 5 se presenta un resumen de las variables descritas.

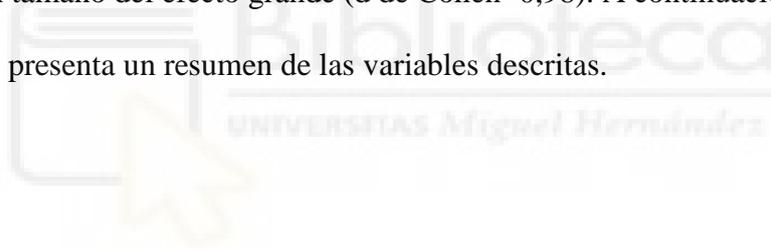


Tabla 4. Comparación intra-grupal pre-tratamiento y seguimiento en los pacientes del grupo TF en número de cigarrillos y sintomatología asociada.

	<i>TF</i>		<i>t(p)</i>	<i>d Cohen</i>
	(33)			
	Pre-Tto	Seguimiento		
Variables analizadas				
M(DT) <i>Nº cigarrillos</i>	18(7,14)	1,67(5,77)	6,45(0,001)*	2,52
M(DT) <i>HADS- A</i>	6,75(3,88)	5,63(3,20)	2,47(0,019)*	0,3
M(DT) <i>HADS- D</i>	4,91(3,75)	4,50(3,89)	0,694(0,493)	
M(DT) <i>CO</i>	15,45(10,87)	5,67(8,76)	2,330(0,040)*	0,99
M(DT) <i>TA Sistólica</i>	113,73(36,89)	115,45(16,95)	-0,244(0,812)	
M(DT) <i>TA diastólica</i>	66,25(22,83)	74(4,60)	-1,158(0,277)	
M(DT) <i>Peso</i>	72,88(29,13)	73,82(20,99)	-1,337(0,208)	

Nota. \*p< 0,05.

Tabla 5. Comparación intra-grupal pre-tratamiento y seguimiento en los pacientes del grupo GSTM+TF en número de cigarrillos y sintomatología asociada.

	<i>GSTM+TF</i>		<i>t(p)</i>	<i>d Cohen</i>
	(14)			
	Pre-Tto	Seguimiento		
Variables				
M(DT) <i>Nº cigarrillos</i>	11,88(12,28)	0(0)	2,74(0,029)*	1,37
M(DT) <i>HADS- A</i>	5,13(2,85)	3,80(2,51)	1,54(0,148)	
M(DT) <i>HADS- D</i>	2,60(1,72)	2,73(3,22)	-0,171(0,867)	
M(DT) <i>CO</i>	17,89(12,58)	1(0,87)	4,098(0,003)*	0,21
M(DT) <i>TA Sistólica</i>	135,56(20,07)	117,78(25,39)	1,512(0,169)	
M(DT) <i>TA diastólica</i>	78,33(10,00)	67,22(12,53)	2,329(0,048)*	0,98
M(DT) <i>Peso</i>	65,54(12,98)	67,48(11,84)	-1,337(0,223)	

Nota. \* $p < 0,05$ .

Respecto a las diferencias encontradas tras el seguimiento a los 7 meses comparando ambos grupos de tratamiento. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología ansiosa, siendo mayor en el grupo de TF con una media de 5,63(DT=3,20) frente a 3,80(DT=2,51) del grupo GSTM+TF con  $p < 0,05$  y un tamaño del efecto medio. Además y pese a que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas la abstinencia del grupo GSTM+TF fue mayor con

respecto a la encontrada en los pacientes tratados con TF. Concretamente, 64,7% frente a 54,4% respectivamente. Tales datos se obtuvieron a través del pase del cuestionario fumador/no fumador y de las mediciones de CO en la Unidad de Deshabitación Tabáquica del HGUA. A continuación, en la tabla 6 se presentan estos resultados.

Tabla 6. Comparación de ambas modalidades de tratamiento en el seguimiento a los 7 meses en abstinencia y sintomatología asociada.

	<i>TF</i>	<i>GSTM+TF</i>	<i>t(p)</i>	<i>d Cohen</i>
	(33)	(14)		
Variables				
M(DT) <i>HADS- A</i>	5,63(3,20)	3,80(2,51)	2,037(0,047)*	0,63
M(DT) <i>HADS- D</i>	4,50(3,89)	2,73(3,22)	1,589(0,119)	
M(DT) <i>CO</i>	5,67(8,76)	1(0,87)	1,582(0,130)	
% (n) <i>No fumador</i>	54,4(15)	64,7(11)	3,228(0,068)	

Nota. \* $p < 0,05$ .

Finalmente, y pese a que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en lo que se refiere a la satisfacción global de los servicios recibidos por parte de la Unidad de Deshabitación Tabáquica, los participantes de ambos grupos de tratamiento: el 60,9% y el 84,4% de TF y TF, respectivamente refirieron sentirse muy satisfechos.

## Discusión

Debido a que el tabaquismo sigue siendo considerado una de las enfermedades con mayor tasa de prevalencia continúan siendo necesarios estudios orientados a determinar la eficacia del tratamiento psicológico combinado con el tratamiento farmacológico en la cesación del consumo de tabaco. Circunstancia que puede otorgar un cierto atractivo al presente estudio. Además, es importante mencionar que dicho estudio se llevó a cabo con una adecuada aleatorización y que las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que formaron cada uno de los grupos de tratamiento se mostraron homogéneos entre sí al inicio de los mismos.

El objetivo general del presente estudio era comparar en un mismo estudio la eficacia para cambiar la conducta de fumar de un tratamiento psicológico grupal combinado con terapia farmacológica (GSTM+TF), frente al tratamiento farmacológico aplicado aisladamente (TF), y examinar los posibles beneficios de dicha combinación.

En primer lugar, en este estudio se examinaron las tasas de abstinencia continua a los 7 meses, siendo ligeramente superiores a las encontradas en la literatura científica (Becoña y Gómez-Durán, 1993; Becoña y Míguez, 2008; Becoña y Vázquez, 1997; García-Vera y Sanz, 2006; Alonso-Pérez et al., 2007) en torno al 40 -58%. En concreto, el 64,7% (n=11) del grupo GSTM+TF frente al 54,4% (n=15) de TF. Sin embargo, al comparar ambas modalidades de tratamiento no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Pese a ello, los resultados obtenidos apuntan a que el tratamiento farmacológico puede conseguir tasas de abstinencia superiores cuando se aplica de manera combinada con un tratamiento psicológico. Como ya reflejaron estudios recientes, por ejemplo, Kralikova, Kmetova, Stepankova, Zvolska, Davis y West (2013) hallaron tasas de abstinencia superiores para la Vareniclina (42,8%) que la terapia de sustitución de nicotina (31%) cuando ambas contenían componentes

conductuales. En definitiva, atendiendo a los resultados del presente estudio acerca de la eficacia, se corrobora que la introducción de un componente conductual aumenta la eficacia del tratamiento farmacológico. Resultando la combinación de estos especialmente eficaz (NIH, 2008).

Sin duda la adhesión a los tratamientos para cambiar la conducta de fumar es una de las dificultades más comunes en todos ellos, así como el cumplimiento de los mismos. En el presente estudio la tasa media de abandono fue del 23,3%, que pese a ser inferior a las encontradas en otros estudios por ejemplo, 38,4% en Jorenby et al., (1999) y 50% en Leal, Ocampo y Cicero, (2010), es preciso tenerla en cuenta, pues conlleva a una reducción del éxito de los mismos.

En lo que respecta a los efectos secundarios notificados por los pacientes del estudio (nauseas, dolor de cabeza, insomnio, sueños vivos y mareos), se presentaron de manera similar en ambos grupos de tratamiento, solamente se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al insomnio presentado por los participantes, 28% frente a 17,5%, siendo superior en el grupo tratado solamente con TF. Es preciso destacarlo, puesto que los efectos secundarios están considerados la principal desventaja del tratamiento farmacológico. Resultando inefectivo en un elevado porcentaje de pacientes, provocando el abandonando del tratamiento a consecuencia de dichos efectos secundarios (Díaz-Maroto Muñoz, y Jiménez-Ruiz, 2008; García-Galbis Marín, Leal Hernández, Hernández Menarguez y Abellán Alemán, 2012).

Del total de las pérdidas del estudio, el 23,3% resulta llamativo que fuesen mayor en el grupo GSTM+TF. Esto se pudo deber a la existencia de criterios más estrictos, si se comparan con los del tratamiento farmacológico. Es decir, el tratamiento combinado implicaba no solamente acudir a la unidad para supervisar el tratamiento con Vareniclina, sino también asistir a un mínimo de sesiones, concretamente tres.

Claramente el nivel de exigencia fue mayor en el tratamiento combinado, pues requería de una mayor disponibilidad por parte de los pacientes, compromiso y esfuerzo. Siendo mayor el coste de respuesta.

Así, si atendemos a las diferencias intergrupales, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en la sintomatología ansiosa en el seguimiento de 7 meses, siendo menores en el grupo de GSTM+TF. Del mismo modo, tanto los niveles de monóxido de carbono, sintomatología depresiva como en el número de semana que los pacientes tomaron el fármaco, fueron menores en el grupo tratado con GSTM+TF frente a los que solamente recibieron TF, pese a que no fueron estadísticamente significativas. En relación con estos resultados, diversos estudios reflejan la relación existente entre la ansiedad y el mantenimiento de la adicción al tabaco, de hecho se han encontrado diferencias a la hora de abandonar el consumo de tabaco en función de dicha sintomatología ansiosa (Klepac, Dowling y Hauge, 1982). Así pues, en la cesación del consumo de tabaco no influyen solamente las propiedades adictivas de la nicotina o nivel de dependencia, sino también la valoración cognitiva que los sujetos realizan acerca de su situación, la ansiedad que les genera, el estilo de afrontamiento, etc., de manera que tienen mayor probabilidad de éxito aquellos que sufren o experimentan menos ansiedad a la hora de abandonar el consumo de tabaco (Covey et al., 1994; West y Hajek, 1997; Zvolensky, Baker et al., 2004; Zvolensky, Lejuez et al., 2004). En definitiva, parece evidente el papel modulador que ejerce la ansiedad en la adicción y cesación del consumo de tabaco (Zvolensky, Feldner et al., 2005).

En relación a lo anterior, estos resultados además tienden a reflejar que la combinación de ambos tratamientos, así como el seguimiento por parte de las unidades de deshabituación tabáquica parece aumentar las probabilidades de éxito en la cesación del consumo de tabaco, facilitando conductas y comportamientos tales como favorecer

la adhesión al tratamiento, la expresión de las propias experiencias y el intercambio de vivencias. Además, permite reducir la sintomatología asociada al proceso de deshabituación tabáquico frente a la alternativa de TF aplicada de forma independiente.

El presente estudio no está exento de limitaciones metodológicas que dificultan la generalización de los resultados. En primer lugar, el pequeño tamaño muestral, siendo todavía menor en el grupo de GSTM+TF. En segundo lugar, las pérdidas en el seguimiento y el abandono de los participantes, que influyeron evidentemente en la pérdida muestral.

Salvando las limitaciones, los resultados del presente corroboran la importancia del tratamiento psicológico cognitivo-conductual en la adicción al tabaco y a la sintomatología asociada al proceso de deshabituación, especialmente cuando son aplicados con la intensidad adecuada y por equipos multidisciplinares. De cara a futuras investigaciones sería necesario contar con una muestra más amplia que permitiese replicar los resultados y buscar estrategias para retenerlos, con el objetivo de continuar fomentando alternativas eficaces para el abandono del consumo de tabaco.

## Referencias

- Alonso-Pérez, F., Secades, R., y Duarte, G. (2007). ¿Son eficaces los tratamientos para dejar de fumar? *Trastornos Adictivos*, 9, 21-30.
- Becoña, E. (1993). La utilidad de la teoría de la acción razonada en la predicción de la abstinencia en el tratamiento de fumadores. *Revista Española de Drogodependencias*, 18, 3-14.
- Becoña, E. (1994). Tratamiento del tabaquismo. En J.L Graña Gómez (ed.), *Conductas adictivas. Teoría, Evaluación y Tratamiento* (pp.457-493). Madrid: Debate.
- Becoña, E., Córdoba, T., Díaz-Maroto, J.L., López, V., Jiménez, C., Planchuelo, M. A., et al. (2001). Guía de procedimientos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. *Adicciones*, 13, 211-216.
- 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 Míguez, M. C. (2008). Group behaviour therapy for smoking cessation. *Journal of Groups in Addiction and Recovery*, 3, 63-78.
- Becoña, E., y Vázquez, F. L. (1997). Does using relapse prevention increase the efficacy of a program for smoking cessation?: An empirical study. *Psychological Reports*, 81, 291-296.
- Becoña, E., y Vázquez, F. L. (1998a). Self-reported smoking and measurement of expired air carbon monoxide in a clinical treatment. *Psychological Reports*, 83, 316-318.
- Becoña, E., & Vázquez, F. L. (1998). The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological reports*, 83(3 Pt 2), 1455-1458.

- Bobes, J., Bascarán, M.T., Bobes-Bascarán, T., Carballo, J.L., Díaz, E.M., Flórez, G.,... Sáiz, P.A. (2007). Valoración de la gravedad de la adicción: aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos de los tratamientos. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ValoracionGravedadAdiccion.pdf>.
- Cahill, K., Stevens, S., Perera, R., y Lancaster, T. (2013). Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Status and date: *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Chambless, D.L., y Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Covey, L. S., Hughes, D. C., Glassman, A. H., Blazer, D. G., y George, L. K. (1994). Ever-smoking, quitting, and psychiatric disorders: Evidence from the Durham, North Carolina, Epidemiologic Catchment Area. *Tobacco Control*, 3, 222–227.
- De las Cuevas Castresana, C., García-Estrada Pérez, A., & González de Rivera, J. L. (1995). «Hospital anxiety and depression scale» y psicopatología afectiva. En *Anales de psiquiatría* (Vol. 11, pp. 126–130). Recuperado a partir de [http://www.psicoter.es/dmdocuments/95\\_A138\\_03.pdf](http://www.psicoter.es/dmdocuments/95_A138_03.pdf).
- Díaz-Maroto Muñoz, J. L., y Jiménez-Ruiz, C. A. (2008). Tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Sistema Nacional de Salud*, 32(3), 71-82.
- Fiore, M. (2008). Treating tobacco use and dependence: *Clinical practice guideline*, DIANE Publishing, 2008.
- Fiore, M.C., Jaén, C.R., Baker, T.B., Bailey, W.C., Benowitz, N.L., Curry, S.J., et al. (2008). *Treating tobacco use and dependence: 2008 Update*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.

- García-Galbis Marín, J., Leal Hernández, M., Hernández Menarguez, F. y Abellán Alemán, J. (2012). Tratamiento farmacológico en la deshabituación tabáquica. Ventajas e inconvenientes de los trastornos actuales. *Semergen*, 38, 505—510.
- García-Vera, M. P., y Sanz J. (2006). Análisis de la situación de los tratamientos para dejar de fumar basados en terapia cognitivo conductual de los parches de nicotina. *Psicooncología*, 3, 269-289.
- Grau, A., Font-Mayolas, S., Gras Pérez, M. E., Suñer, R., y Noguera, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud y consumo de tabaco. *Intervención Psicosocial. Revista Sobre Igualdad y Calidad de Vida*, 16, 79-92.
- Jiménez Ruiz, C.A., Mayayo Ulibarri, M., Cicero Guerrero, A., Amor Besada, N., Ruiz Martin, J.J., Maribel Cristobal Fernandez, M., et al. (2009). Resultados asistenciales de una unidad especializada en tabaquismo. *Arch Bronconeumol*, 45, 540-4.
- Jorenby, D. E., Leischow, S. J., Nides, M. A., Rennard, S. I., Johnston, J. A., Hughes, A. R.,...Baker, T. B. (1999). A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *New England Journal of Medicine*, 340, 685-691.
- Klepac, R. K., Dowling, J., y Hauge, G. (1982). Characteristics of clients seeking therapy for the reduction of dental avoidance: reactions to pain. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 13, 293-300.
- Kralikova, E., Stepankova, L., Davis, R., & West, R. (2013). Fifty-two-week continuous abstinence rates of smokers being treated with varenicline versus nicotine replacement therapy. *Addiction*, 108,1497-1520.

- Lancaster, T., y Stead, L. F. (2006a). Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). En *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
- Lancaster, T., y Stead, L. F. (2006b). Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). En *The Cochrane Library*, 4. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
- Leal, B. M., Ocampo, M. A., y Cicero, R. (2010). Niveles de asertividad, perfil sociodemográfico, dependencia a la nicotina y motivos para fumar en una población de fumadores que acude a un tratamiento para dejar de fumar. *Salud Mental*, 33, 489-497.
- Nerín, I., Novella, P., Beamonte, A., Gargallo, P., Jiménez-Muro, A., y Marqueta A. (2007). Resultados del tratamiento del tabaquismo en una unidad especializada. *Arch Bronconeumol*, 43, 669-73.
- NIH. (2008). Guideline Update Development and Use. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63947/>.
- Pascual-Lledó, J.F., De la Cruz-Amorós, E., Bustamante-NavarroR., Buades-Sánchez M.R., Contreras-Santos, C., y Castillo-Aguilar C. (2006). Abstinencia de tabaquismo tras 12 meses de seguimiento en una unidad de tabaquismo integral. *Med Clin*, 126, 601-6.
- Pereiro, C, Becoña, E., Córdoba, R., Martínez, J., y Pinet, C. (2008). *Tabaquismo. Guías clínicas de Socidrogalcohol basadas en evidencia científica*. Palma de Mallorca: Socidrogalcohol.
- Peto, R., y López, A.D. (2001). Future worldwide health effects of current smoking patterns. En C.E. Koop, C.E. Pearson y M.R. Schwarz (Eds.): *Critical issues in global health*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Pomerleau, O.F., y Pomerleau, C.S. (1984). Neuroregulators and reinforcement of smoking: Towards a biobehavioral explanation. Neuroscience biobehavioral explanation. *Neuroscience Biobehavior Review*, 8, 503-513.
- Richmond, R. L., Kehoe, L. A., & Webster, I. W. (1993). Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction (Abingdon, England)*, 88(8), 1127-1135.
- Sánchez Meca, J., Olivares, J., y Alcázar, A. I. (1998). El problema de la adicción al tabaco: meta-análisis de las intervenciones conductuales en España. *Psicothema*, 10, 535-549.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Agrawal, S. (2002). Self-change and dual recoveries among individuals with alcohol and tobacco problems: current knowledge and future directions. *Alcoholism, Clinical Experimental Research*, 26(12), 1936-1938.
- Sobell, L.C., Sobell, M. B., & Agrawal, S. (2009). Randomized controlled trial of a cognitive- behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders. [Randomized Controlled Trial]. *Psychol Addict Behav*, 23(4), 672-683. doi: 10.1037/a0016636.
- Sobell, L.C., Sobell, M. B., Leo, G.I., Agrawal, S., Johnson-Young, L., & Cunningham, J. A. (2002). Promoting self-change with alcohol abusers: a community-level mail intervention based on natural recovery studies. [Clinical Trial Comparative Study Randomized Controlled Trial Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Alcohol Clin Exp Res*, 26(6), 936-948.
- Sobell, L.C., & Sobell, M. B. (2011). *Group therapy for Substance Use Disorders*. New York: Guilford.
- Sobell, M.B., & Sobell, L.C. (1993). *Problem drinkers : guided self-change treatment*.

New York: Guilford Press.

- Sobell, M.B., Sobell, L.C., & Gavin, D.R. (1995). Portraying alcohol treatment outcomes: Different yardsticks of success. *Behavior Therapy*, 26(4), 643-669.
- U.S.D.H.H.S. (1991). *Strategies to control tobacco use in the United States: A blueprint for public health action in the 1990s*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- U.S.D.H.H.S. (2004). *The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- West, R., & Hajek, P. (1997). What happens to anxiety levels on giving up smoking? *American Journal of Psychiatry*, 154, 1589–1592.
- West, R., McNeill, A., & Raw, M. (2000). Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Health Education Authority*, 55, 987-99.
- World Health Organization (2008). *First WHO European recommendations on treatment of tobacco dependence. Evidence based core recommendations for health care systems in Europe*. Regional Office for Europe. Denmark.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.
- Zvolensky, M. J., Baker, K. M., Leen-Feldner, E., Bonn-Miller, M. O., Feldner, M. T., & Brown, R. A. (2004). Anxiety sensitivity: Association with intensity of retrospectively-rated smoking-related withdrawal symptoms and motivation to quit. *Cognitive Behaviour Therapy*, 33, 114–125.

Zvolensky, M. J., Feldner, M. T., Leen-Feldner, E. W., y McLeish, A. C. (2005).

Smoking and panic attacks, panic disorder, and agoraphobia: a review of the empirical literature. *Clin Psychol Rev*, 25,761-789.

Zvolensky, M. J., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., y Brown, R. A. (2004). Nonclinical panic attack history and smoking cessation: an initial examination. *Addict Behav*, 29, 825-830.

