



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA**

CURSO 2023-2024

Trabajo Fin de Máster

**DESHABITUACIÓN TABÁQUICA MEDIANTE TRATAMIENTO COMBINADO  
DE CITISINA Y TERAPIA PSICOLÓGICA BREVE BASADA EN AUTOCAMBIO  
DIRIGIDO EN FORMATO INDIVIDUAL Y GRUPAL**

Autor: Miguel Acebes Verdejo

Tutor: José Luis Carballo Crespo

Código de la Oficina de Investigación Responsable: TFM.MPG.JLCC.MAV.231220

*Convocatoria: Enero*

## Resumen

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que el tabaco causa más de 8 millones de muertes anuales. A pesar de una disminución en el consumo en España, sigue siendo preocupante. Diversas ramas de la salud han desarrollado tratamientos para dejar de fumar. Entre los farmacológicos, actualmente se prescribe Citisina. Desde la psicología, se aplican entre otros programas de intervención breve, destacando el Programa de Autocambio Dirigido (ACD) en formato individual o grupal. Los tratamientos combinados (psicológicos y farmacológicos) muestran tasas de éxito mayores. El objetivo del estudio es evaluar la efectividad de un programa que combine ACD con Citisina, y comparar los resultados entre tratamientos individuales y grupales. Se estudió la efectividad del tratamiento sobre dos pacientes uno formando parte de un grupo y otro de manera individual. Se encontraron aspectos positivos como la reducción notable en el número de cigarrillos o el aumento de la motivación de ambos pacientes. Entre los aspectos negativos, la no participación de los pacientes en el total de las sesiones o la no realización de los pacientes de los ejercicios para casa.

*Palabras clave:* Cesación tabáquica, ACD, Citisina, Terapia Grupal, Terapia

Individual

### **Abstract**

The World Health Organization (WHO) reports that tobacco causes more than 8 million deaths annually. Despite a decrease in consumption in Spain, it remains a cause for concern. Various branches of healthcare have developed treatments to quit smoking. Among pharmacological approaches, Cytisine is currently prescribed. From a psychological perspective, various interventions, including the Autodirected Change Program (ACD) in individual or group format, have been implemented. Combined treatments (psychological and pharmacological) show higher success rates. The objective of the study is to evaluate the effectiveness of a program that combines ACD with Cytisine and compare the results between individual and group treatments. The effectiveness of the treatment was studied on two patients, one participating in a group and the other individually. Positive aspects were found, such as a notable reduction in the number of cigarettes and an increase in motivation for both patients. Among the negative aspects were the non-participation of patients in all sessions or the failure of patients to complete home exercises.

*Keywords:* Smoking cessation, ACD, Cytisine, Group Therapy, Individual Therapy"

## Introducción

El consumo de tabaco, según la OMS (2023), ocasiona anualmente más de 8 millones de muertes en todo el mundo y genera daños en múltiples órganos. Se vincula con enfermedades pulmonares, cardiovasculares, reumáticas y con la disminución de la función inmunitaria (National Institute of Drug Abuse [NIDA], 2022).

En España, el tabaco es la droga más consumida de manera diaria. En 2022, el 33,1% de la población de entre 15 y 64 años consumió tabaco diariamente. Además, es la droga con el segundo inicio de consumo más temprano, 16,6 años (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDA], 2022).

Si bien estos datos son alarmantes, el consumo diario de tabaco ha bajado en los últimos años. Desde 2003 a 2022, ha bajado del 36,7% al 33,1% (OEDA, 2022). Además, según un estudio que midió cambios en el abandono de consumo desde 1987 hasta 2017, la proporción de abandono, (exfumadores entre personas fumadoras y exfumadoras), aumentó un 18,6% con un intervalo de confianza (IC) del 95% (Montes Martínez et al., 2023).

La preocupación por los problemas que conlleva el consumo de tabaco ha hecho que desde diferentes ramas se haya intentado abordar la deshabituación tabáquica, creando procedimientos de evaluación y tratamiento de la adicción al tabaco.

Para realizar una completa evaluación, además de una exploración médica y física, es fundamental obtener información sobre aspectos como el historial de consumo, la motivación para dejar de fumar, dependencia de la nicotina, posibles psicopatologías asociadas como depresión y ansiedad (Becoña et al., 2010)

El tratamiento de deshabituación tabáquica ha interesado a diferentes ramas de las ciencias de la salud. Una interesante clasificación es la propuesta por Fiore, la cual agrupa los tratamientos en: intervenciones farmacológicas, consejo conductual intensivo y tratamientos

psicológicos multicomponente y una combinación de ellas (Fiore et al., 2008; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2023).

Desde la medicina se han desarrollado diversos fármacos para el tratamiento del tabaco. Por un lado, se encuentra la Terapia de Sustitución de Nicotina (TSN), que consiste en la administración de nicotina de forma diferente al consumo de tabaco, con el objetivo de disminuir los síntomas de abstinencia sin crear dependencia (Regalado-Pineda et al., 2007; García-Galbis Marín et al., 2012; Gabriel y Vargas, 2019; García Lobato et al., 2020).

En segundo lugar, el Bupropión, es un fármaco no nicotínico que tiene efectos en la reducción de la ansiedad y los síntomas de abstinencia (Gabriel y Vargas, 2019; García-Galbis Marín et al., 2012).

Otra de las opciones farmacológicas es la Vareniclina (Champix como nombre comercial). Este medicamento trata de ayudar a controlar el craving y el síndrome de abstinencia (Bello, 2011; García-Galbis Marín et al., 2012; Gabriel y Vargas, 2019). Actualmente Pfizer, distribuidora del Champix, determinó su retirada de manera indefinida del mercado después de que se encontraran niveles de una sustancia carcinogénica.

Por último, se ha desarrollado la Citisina (Todacitán como nombre comercial). Es un inhibidor parcial de los receptores nicotínicos colinérgicos  $\alpha 4\beta 2$  (Córdoba García, 2012). En un estudio realizado por un hospital de Varsovia con una muestra de 740 fumadores en el que se midió la tasa de abstinencia a los 12 meses, el resultado fue de una tasa de abstinencia del 8,4% en los tratados con Citisina, mientras que en el grupo placebo fue del 2,4%, (IC del 95%) (Córdoba García, 2012). Además, un ensayo con 1310 participantes comparó la Citisina con la TSN y encontró mejores resultados de la Citisina a los seis meses de tratamiento (CR 1,43; IC del 95%: 1,13 a 1,80) (Cahill et al., 2016). En la actualidad, un metaanálisis de 14 estudios, con una muestra de 9953 personas determinó que la Citisina tiene una eficacia del 11.1% superior al placebo (IC 95%) y del 6.2% superior a la TSN (IC

95%) tras más de 6 meses de seguimiento (Ofori et al., 2023). Los buenos resultados de este medicamento, junto con su bajo precio y la retirada de la Vareniclina, han hecho que la Citisina sea actualmente el tratamiento farmacológico de elección.

Desde la psicología también se busca tratar la adicción a la nicotina. De hecho, la mayoría de ensayos clínicos con fármacos incluyen consejo derivado de las terapias psicológicas o tratamiento psicológico en sí (Becoña, 2014). Además de la efectividad de la terapia psicológica per se, si un fumador está motivado para dejar de fumar, es más probable que tenga éxito en el cese del consumo, por lo que las intervenciones psicológicas son imprescindibles para aumentar la efectividad de los fármacos (García Lobato et al., 2020). Lo que hace a los tratamientos psicológicos ser la primera elección en muchas ocasiones es su eficacia, efectividad y eficiencia demostrada en cientos de estudios (Becoña et al., 2010).

De entre los tratamientos psicológicos que existen, los tratamientos de elección son los tratamientos multicomponentes. Estos, presentan mayor eficacia, llegando a tasas de abstinencia de 60 a 80% al finalizar el tratamiento y de 30 a 50% tras un año de seguimiento (Mrozowicz et al., 2013). Un programa de referencia es el Programa para Dejar de Fumar de Becoña y Míguez (2006) cuya eficacia oscila entre el 58% y el 85% al final del tratamiento y entre el 30% y el 54% al año de seguimiento (Becoña et al., 2010).

Una alternativa de gran interés psicológico por ser más eficiente, implicando menos sesiones y costes, es la intervención breve (IC). La Guía para el Manejo Clínico del Tabaquismo (Fiore et al., 2008) afirma que las IC son eficaces y deben ofrecerse a pacientes que quieran dejar de fumar. De entre las terapias breves, destaca el Programa de Autocambio Dirigido (ACD) diseñado por Sobell y Sobell, (2011) aplicable tanto en formato individual como en formato grupal de entre 6 a 8 personas. Este programa consta de 5 sesiones de frecuencia semanal. Está basado en la terapia cognitivo-conductual, utiliza técnicas de la entrevista motivacional como preguntas abiertas, afirmaciones, reflejos y resúmenes y cierra

con la prevención de recaídas. El estilo terapéutico que se aplica es directivo y centrado en el paciente, evitando la confrontación y promoviendo el cambio mediante la ambivalencia (Lindson et al., 2019; Carballo et al., 2020). También se hace uso de diferentes ejercicios para casa (Sobell y Sobell, 2011). Un estudio comparó la eficacia del ACD con la TSN y se encontraron mejores cifras de abstinencia a las 29 semanas en ACD con un 47,4% frente al 21,1% en TSN (OR=0,31, 95% IC: 0,022–0,545; p=0,001) (Zarghami et al., 2019).

El consenso actual indica que las intervenciones de cesación tabáquica deben tener dos componentes: psicológico y farmacológico ya que las tasas de éxito son mayores (Bello, 2011; NICE, 2023; Álvarez Mavárez et al., 2023). Así lo demuestra un metaanálisis de 52 estudios, en el que se incluyeron más de 19.000 participantes. El tratamiento psicológico combinado con TSN, Bupropión o Vareniclina aumentó las tasas de abandono tabáquico a los 6-12 meses en fumadores en comparación con el cuidado habitual, el consejo breve y el apoyo conductual poco intenso (RR 1,83, 95% IC 1,68 a 1,98) (Stead et al., 2016). Otro estudio con una muestra de 126 personas confrontó la efectividad de la Vareniclina combinada con ACD con la Vareniclina exclusivamente. Los resultados obtenidos mostraron un 75% de pacientes abstinentes en el primer grupo en comparación con un 57.4% en el segundo tras 12 semanas ( $\phi_c=0,21$ ), y de 62.9% y 52.5% respectivamente tras 24 semanas ( $\phi_c=0.10$ ) (Sancho-Domingo et al., 2024). Sin embargo, aún no hay grandes estudios que incluyan la combinación de Citisina y tratamiento psicológico.

Otra cuestión sobre la que se pone el foco es si es más eficaz realizar el tratamiento de cesación tabáquica en formato grupal o individual. En un estudio realizado en el centro de salud de Tapia de Casariego (Asturias), se evaluó la efectividad de una intervención psicológica intensiva basada en técnicas cognitivo-conductuales, dividido en modalidad individual y grupal. Al extraer los resultados en términos de abstinencia al año, se observó asociación entre “intervención grupal” ( $p < 0,05$ ) con haber dejado de fumar al año de la

intervención (Blanco Riopedre y Fernández Fernández, 2015). Por el contrario, la comparación de la eficacia entre terapia grupal e individual en un tratamiento de ACD ha sido menos explorada.

Una condición a tener en cuenta a la hora de cesar el consumo de tabaco, es la presencia de alguna enfermedad respiratoria, como EPOC, enfermedad cuyo factor de riesgo más importante es el consumo de tabaco y el cese de este la única medida eficaz para frenar su evolución (Arancibia H., 2017). Este tipo de enfermedades requieren un cese rápido del consumo. Igualmente, el tratamiento más recomendado es un enfoque multidisciplinar combinando fármacos y terapia psicológica (Arancibia H., 2017).

Con el fin de poner en práctica terapias lo más eficientes posibles para el tratamiento de la adicción al tabaco, este estudio pretende comprobar la efectividad de un programa de ACD combinado con Citisina. Además, explorar las diferencias que surgen al llevar a cabo el tratamiento de también manera grupal. Por ello, este estudio tiene 2 objetivos:

- Conocer la efectividad de un programa que combine el ACD y Citisina.
- Buscar diferencias entre la efectividad del tratamiento aplicado de manera individual y grupal.

## **Método**

### **Participantes**

#### *Criterios de Inclusión y Exclusión*

Para formar parte del estudio se siguieron unos criterios tanto de inclusión como de exclusión que se aplicaron a todos los participantes. Los criterios de inclusión fueron: ser fumador, tener más de 18 años, solicitar ayuda para dejar de fumar, asistir al menos a 4 sesiones de terapia y utilizar Citisina como tratamiento farmacológico.

Por el contrario, los criterios de exclusión fueron: consumir drogas ilegales (cannabis, cocaína, LSD, etc.), tener un problema de adicción al alcohol o pertenecer a Alcohólicos

Anónimos, consumir vaper, llevar más de 2 semanas sin consumir tabaco, tener algún trastorno de la personalidad o haber participado con anterioridad en grupos de tratamiento.

### *Motivo de Consulta*

Los pacientes asistieron a la Unidad de Neumología del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) con intención de abandonar su consumo de tabaco y desde el departamento se les ofreció la posibilidad de participar de la terapia psicológica como parte de su tratamiento.

### *Características de los Pacientes*

La paciente EMS de 66 años llevaba fumando desde los 14 años (52 años). Es una mujer casada y con dos hijos ya emancipados. Los motivos que le habían llevado a intentar dejar de fumar eran puramente médicos. Había realizado 2 intentos previos uno por su cuenta y otro con la ayuda de chicles de nicotina, aunque nunca había estado más de un mes sin fumar. Participó en el tratamiento psicológico de manera individual. El objetivo de EMS era abandonar su consumo de tabaco.

El paciente JMF de 50 años llevaba fumando desde los 17 (33 años). Es un hombre casado y con una hija recién nacida. El motivo que le llevó a tomar la decisión de dejar de fumar fue el nacimiento de su hija además de motivos de salud. Realizó un intento previo con ayuda de Vareniclina, aunque estuvo menos de un mes sin fumar. Participó en el tratamiento psicológico de manera grupal junto a 2 personas más. El objetivo de JMF era abandonar su consumo de tabaco.

### **Variables e Instrumentos**

Para determinar la efectividad del tratamiento, se evaluaron una serie de variables en tres momentos: pre tratamiento, en la entrevista individual; post tratamiento, al finalizar la última sesión de terapia; y tras x semanas de seguimiento. Las variables medidas fueron:

- Consumo de tabaco: registrado mediante el autorregistro Timeline Followback (TLFB), originalmente creado para evaluar el consumo de alcohol y actualmente adaptado a diferentes sustancias (Martin-Willett et al., 2020). La manera de registrar el consumo es apuntando el número de cigarrillos consumidos cada día a lo largo de las semanas.
- Motivación al cambio: evaluado mediante la Regla Motivacional de Miller y Rollnick, la cual mide de manera visual la preparación para el cambio en una escala del 1 (definitivamente no estoy listo para dejarlo) al 10 (definitivamente estoy listo para dejarlo); y el Test de Motivación de Richmond (TMR), una escala compuesta por 4 ítems con 3 niveles de puntuación: baja (<4), moderada (5-6) y alta (>7) (Richmond et al., 1993).
- Dependencia a la nicotina: medido a través de tres pruebas: El Test de Fagerström Modificado (TFM), una escala de 6 preguntas con tres niveles de puntuación: baja (<4), moderada (5-6) y alta (>7) y un alfa de Cronbach de 0,72 (Mushtaq & Beebe, 2017); El Test de Glover-Nilsson (TGN), una escala tipo Likert de 11 ítems con 5 opciones de respuesta desde 0 (nunca) a 4 (siempre) y cuatro niveles de puntuación leve (<12), moderada (12-22), fuerte (23-33) y muy fuerte (>33) y con un alfa de Cronbach de 0,76 (Carballo et al., 2023); y la Escala Breve de Evaluación de la Dependencia de la Nicotina (NDSS-S), una escala de tipo Likert con 5 opciones de respuesta desde 1 (no es cierto) a 5 (totalmente cierto), con un rango de puntuación de 6 a 30 donde el punto de corte para dependencia de la nicotina es 11 y con un alfa de Cronbach de 0,79 (Becoña et al., 2011).
- Síndrome de abstinencia: medida a través del Cuestionario Minnesota Nicotine Withdrawal Scale adaptado (MNWS), una escala de tipo Likert de 13 ítems que mide los síntomas del síndrome de abstinencia con 4 opciones de respuesta desde 0 (nunca)

a 3 (mucho), con un rango de puntuación de 0 a 39 y con un alfa de Cronbach de 0,76 (Al-Mrayat et al., 2020). Cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mayor es el síndrome de abstinencia experimentado.

- **Sintomatología ansiosa y depresiva:** evaluada mediante la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) una escala de 14 ítems y cuatro opciones de respuesta, compuesta por dos subescalas: (HADS-D) para la depresión y (HADS-A) para la ansiedad. El punto de corte para la subescala de ansiedad oscila entre 7 y 10 y para la subescala de depresión entre 3 y 8. Esta escala cuenta con un alfa de Cronbach superior a 0,8 (Terol-Cantero et al., 2015)
- **Calidad de sueño:** A través del Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), el cual es el único instrumento estandarizado que engloba los indicadores relevantes para evaluar la calidad del sueño (Mollayeva et al., 2016). Cuenta con un alfa de Cronbach de 0,83 (Chiu & Hsu, 2016). Cuanto mayor es la puntuación obtenida, peor calidad de sueño percibida.

También se evaluaron las variables asistencia a las sesiones y realización de los ejercicios para casa. Estas variables aportaron información añadida sobre el transcurso de la terapia y se midieron con las anotaciones del terapeuta.

### **Tabla 1.**

*Variables medidas, instrumentos utilizados y momento de la medición*

Variable	Instrumento	Momento		
		Pre tratamiento	Post tratamiento	Seguimiento
Consumo de tabaco	TLFB	SÍ	SÍ	SÍ
		SÍ	SÍ	Fumador No fumador

	Regla motivacional	SÍ	NO		
Motivación al cambio	TMR	SÍ	NO	Fumador	No fumador
				SÍ	NO
	TFM	SÍ	NO	Fumador	No fumador
				SÍ	NO
Dependencia a la nicotina	TGN	SÍ	NO	Fumador	No fumador
				SÍ	NO
	NDSS-S	SÍ	NO	Fumador	No fumador
				SÍ	NO
Síndrome de abstinencia	MNWS	NO	NO		SÍ
Síntomas ansiedad	HADS-A	SÍ	NO		SÍ
Síntomas depresión	HADS-D	SÍ	NO		SÍ
Calidad de sueño	PSQI	SÍ	NO		SÍ
Asistencia	Anotaciones del terapeuta	NO	SÍ		NO
Realización de ejercicios	Anotaciones del terapeuta	NO	SÍ		NO

### Procedimiento

El tratamiento presentó dos componentes diferenciados, el tratamiento médico y el tratamiento psicológico. El tratamiento médico corrió de la mano del neumólogo especialista del tabaco del HGUA. Él realizó la evaluación médica de los pacientes, y les prescribió el tratamiento con Citisina. El tratamiento psicológico compuesto por la evaluación inicial, la

intervención psicológica y el seguimiento telefónico fue llevado a cabo por el autor de este Trabajo Fin de Máster.

La intervención se llevó a cabo en dos lugares del HGUA. Tanto la intervención del neumólogo del tabaco, como la evaluación psicológica inicial de los pacientes se realizaron en la Unidad de Neumología (UN) y las sesiones de terapia se llevaron a cabo en la Unidad de Psicología Hospitalaria (UPH).

La evaluación inicial consistió en una entrevista estructurada en la que se llevó a cabo el pase de los cuestionarios iniciales para obtener las medidas pre tratamiento. Además, se les informó de en qué consistía la terapia en la que iban a participar, dónde y cuándo iba a llevarse a cabo y se les hizo entrega de las primeras actividades para casa: un folleto informativo sobre la abstinencia, preguntas frecuentes antes de comenzar la intervención, un ejercicio de balance decisional y un autorregistro en el que debían apuntar día y hora de cada consumo de cigarrillo. Por último, los pacientes firmaron un consentimiento informado con el que autorizaron que sus datos fueran utilizados para la investigación realizada por la Unidad de Conductas Adictivas e Intervención Breve (UCAB) de la UMH, aprobada por el comité ético del HGUA.

### *Intervención*

El grueso de la intervención psicológica se compuso inicialmente de un total de cinco sesiones de entre 60 y 90 minutos. Las sesiones tuvieron lugar los martes. La intervención llevada a cabo se basó en el ACD, utilizando técnicas cognitivo-conductuales, técnicas de la Entrevista Motivacional y prevención de recaídas, con el objetivo de conseguir un programa breve y eficaz como lo demuestran los estudios de Zarghami et al. (2019) y Sancho-Domingo et al. (2024) mencionados en la introducción. El contenido tratado durante las mismas se desarrolla a continuación.

#### **Sesión 1. Presentación y Balance.**

Objetivos:

- Aumentar la conciencia sobre su consumo de tabaco
- Aumentar la motivación al cambio

La sesión 1 comenzó con la presentación del terapeuta y de los pacientes y se establecieron 4 normas: puntualidad, no juzgar, no interrumpir y confidencialidad. También, se dejó claro que dejar de fumar era una decisión personal de cada uno.

A continuación, los pacientes completaron el TLFB utilizando el autorregistro que se les entregó en la evaluación inicial. Este autorregistro se fue rellenando durante todas las sesiones de terapia. La siguiente actividad consistió en entregarles los resultados del test de Fagerström completado en la entrevista. Se aprovechó este momento para hablarles de la diferencia entre dependencia física y psicológica y se reflexionó sobre si estaban de acuerdo con los resultados obtenidos. Ej.: *T: -Según el test de Fagerström tu puntuación es de 8, es decir, tienes una alta dependencia a la nicotina. ¿Crees que encaja con la realidad?*

Con el objetivo de aumentar su motivación al cambio, se realizó el ejercicio “balance decisional” en el cual, el terapeuta anotó en una tabla por un lado las “cosas buenas” y por otro las “cosas no tan buenas” de fumar que fueron sugiriendo los pacientes. Después se señalaron discrepancias entre “cosas buenas” y “no tan buenas” y por último se buscaron alternativas a las “cosas buenas” de fumar. Ej.: *EMS: -Cosas buenas de fumar: me relaja. Cosas no tan buenas de fumar: Me pongo muy nervioso cuando no tengo tabaco. T: - Por un lado, has dicho que fumar te relaja, pero por otro lado que cuando no tienes tabaco estás muy nerviosa ¿Qué piensas de esto? EMS: -Alternativa a “me relaja”: También me relajo mucho cuando escucho las olas del mar.*

Además, se les hizo entrega del “Cronograma de Curación”, un folleto en el que se ven reflejados los beneficios para la salud de dejar de fumar, desde los primeros minutos, hasta 15 años después del cese del consumo.

Para acabar, se utilizó la regla motivacional para indicar del 1 al 10, como de motivados se sentían para dejar de fumar. Tras ello, se les preguntó el porqué de esa nota. Este ejercicio también se llevó a cabo en todas las sesiones. Ej.: *T: - ¿En qué puntuación os encontraréis ahora mismo? JMF: -Un 6. T: -¿Por qué esa puntuación? JMF: -Porque creo que es pronto aún. T: -¿Qué haría falta para que aumentara la semana que viene? JMF: - Necesito buscar con mi mujer una fecha para dejarlo.*

Antes de marcharse, tanto los pacientes como el terapeuta contestaron a la pregunta “¿qué es lo que más destacarías de la sesión de hoy?”, para facilitar el intercambio de ideas. Ej.: *T: -¿Qué destacaríais de la sesión de hoy? JMF: - Me gusta el grupo que somos y creo que nos podremos ayudar entre todos.* Esta pregunta también se realizó en todas las sesiones.

## **Sesión 2. Síntomas de Abstinencia.**

Objetivos:

- Conocer y afrontar los síntomas de abstinencia

Desde esta sesión, todas comenzaron con una pregunta general acerca de cómo había ido la semana, en aspectos del día a día y en relación a su consumo de tabaco. De esta manera se enlazaba con la cumplimentación del TLFB y la posterior indagación en los cambios conseguidos y los problemas encontrados. Ej.: *T: - ¿Qué tal ha ido la semana EMS? ¿Cómo ha sido tu consumo de tabaco? EMS: -Estoy muy nerviosa, pero he conseguido reducir a 6 o 7 cigarros al día.*

A continuación, se habló sobre los síntomas de abstinencia, recalcando la importancia de que los síntomas son pasajeros y más potentes durante las primeras semanas. También se les pidió que hablaran de algún síntoma de abstinencia que estuvieran experimentando. Ej.: *T: -¿Qué síntomas estás experimentando con más fuerza? EMS: -Ahora tengo mucha ansiedad, me dan ganas de quitarle el tabaco a la gente que veo fumando y darle una calada.*

Después se plantearon dos estrategias para afrontar los síntomas de abstinencia. En primer lugar, el cambio de marca de tabaco progresivamente hacia cigarrillos con menos nicotina y alquitrán, confrontando pensamientos desadaptativos. Ej.: *JMF: -El próximo paquete que compre será R1, pero no me sabrá a tabaco de verdad, no sé si me va a gustar. T: -¿Crees que eso sería un problema o una ayuda para dejar de fumar? JMF: -Bueno, si no me apetece fumar mejor, claro.* En segundo lugar, se explicó el cronograma de reducción, el cual pudieron tener como guía en su reducción de consumo. Este cronograma incluye una reducción gradual en función de cuantos cigarros consumas en ese momento, además de consejos para facilitar la disminución. Ej.: *T: -Según tu consumo actual, ¿Cómo podrías aplicar esta reducción? JMF: - Puedo fumar 5 menos la semana que viene, otros 5 menos la siguiente y a la tercera ya no fumar.*

En esta sesión se les comentó la posibilidad de acompañar su tratamiento actual con TSN para reducir los síntomas de abstinencia. Siempre con consentimiento del neumólogo.

Se entregaron las actividades para realizar en casa y como en la sesión anterior se complementó la regla motivacional y se preguntó que destacarían de la sesión.

### **Sesión 3. El Hábito de Fumar.**

Objetivos:

- Conocer más información sobre el tabaco
- Diferenciar entre enfermedad y hábito
- Conocer su gasto en tabaco y en qué invertirlo
- Reflexionar cómo afecta su consumo a sus seres queridos
- Buscar una fecha para dejarlo

La sesión comenzó preguntando a los pacientes acerca de la semana y su consumo de tabaco. Se completó el TLFB y se comentaron los cambios.

Para comenzar, se repasó un folleto que contiene información sobre las sustancias que conforman el cigarrillo, datos generales sobre consumo y problemas asociados, relación con el consumo de alcohol y preguntas que invitan a la reflexión. Ej.: *T: Con los datos que conocemos sobre el tabaco actualmente, ¿Pensáis que, si fuera una droga nueva, sería legal?*  
*EMS: -No, pero ahora mueve mucho dinero. No puede ser fácil ilegalizarlo.*

Con el fin de entender el consumo de tabaco como un hábito y no como enfermedad, se realizó el ejercicio “¿cuántas caladas?”, en el que se toma conciencia del número de caladas que una persona ha dado a lo largo de su vida. Ej.: *EMS: -Con todo lo que he fumado en mi vida, habré dado unas 5.475.000 caladas. T: -Como ves, es una conducta que tienes muy interiorizada, como podría ser lavarte las manos.*

También se realizó el ejercicio “costes de fumar”, con el que los pacientes calcularon cuánto dinero habían gastado a lo largo de sus vidas en tabaco, cuánto podrían ahorrar y en qué podrían invertir el dinero. Ej.: *JMF: -Según los cálculos me he gastado en mi vida más o menos 60.000€ en tabaco. T: -Si dejases de fumar, ¿En qué te gastarías el dinero ahorrado?*  
*JMF: -En un año podría irme de viaje con mi mujer, en 5 años me podría comprar una moto como la que tengo y en 30 el coche.*

Otro ejercicio que se llevó a cabo fue “¿cómo afecta a la familia?” con este ejercicio los pacientes tomaron conciencia de las consecuencias que su consumo de tabaco provocaba en sus seres queridos y cómo les afectarían a estas mismas personas que finalizaran su consumo. Ej.: *EMS: Sé que si dejara de fumar discutiría mucho menos con mis hijos, porque están muy preocupados por mí. JMF: Ahora que ha nacido mi hija, quiero que se críe en una casa sin tabaco, además mi mujer me “mete mucha caña” con que tengo la tos fatal.*

Para acabar, se les pidió que se planteasen una fecha para dejarlo y se barajaron estrategias que les ayudarían a afrontar ese día, como consejos para preparar sus casas y

lugares de trabajo o la planificación de su rutina el primer día sin fumar. Ej.: *JMF: -Yo lo tengo calculado para el día 10 de diciembre no fumar, ya he avisado en casa y al neumólogo.*

Como en las anteriores sesiones se trabajó con la regla motivacional, se entregaron actividades para casa y se comentó lo que más destacarían de la sesión.

#### **Sesión 4. Detonantes.**

Objetivos:

- Identificar situaciones detonantes
- Desarrollar planes de acción en estas situaciones

La sesión comenzó preguntando a los pacientes acerca de la semana y su consumo de tabaco. Se completó el TLFB y se comentaron los cambios.

En primer lugar, se trabajó el ejercicio de los detonantes. Este ejercicio consiste en localizar situaciones en las que es más probable que las personas fumen y describirlas. Una vez descritas, deben tratar de encontrar estrategias de afrontamiento que les alejen de fumar. Ej.: *EMS: -Cuando mi hijo viene a comer sé que lleva tabaco y me dan muchas ganas de cogerle un cigarrillo de la cartera. T: -¿De qué manera podrías actuar para que esa situación no suponga una oportunidad para fumar? EMS: -Creo que le voy a pedir que se deje el tabaco en el coche y si quiere fumar que se baje. Seguro que lo hace por mí.* También se explicaron estrategias de afrontamiento genéricas para cualquier situación, tales como demorar, sustituir la conducta, dejar la situación, o las “Tarjetas Flash”.

Para acabar, se trabajó con la regla motivacional, se entregaron actividades para casa y se comentó lo que más destacarían de la sesión.

#### **Sesión 5. Prevención de Recaídas.**

Objetivos:

- Despedirse del tabaco
- Aumentar su motivación al cambio

- Diferenciar caída y recaída
- Aprender una técnica de relajación

La sesión comenzó preguntando a los pacientes acerca de la semana y su consumo de tabaco. Se completó el TLFB y se comentaron los cambios.

En primer lugar, se les ofreció leer la carta de despedida al tabaco, una manera de decirle adiós a una parte de sus vidas que los ha acompañado durante mucho tiempo, pero de la cual es momento de despedirse. Ninguno de los dos pacientes decidió leerla.

A continuación, se valoró la importancia que le daban a su objetivo de dejar de fumar y la confianza que tenían en conseguirlo, con el objetivo de reforzar su motivación. Ej.: *JMF:*

*-Para mí dejar de fumar es más importante que la mayoría de cosas que me gustaría conseguir. No lo pongo lo más importante, porque ahora mismo es que mi hija esté bien. Creo que tengo un 100% de posibilidades de conseguirlo, aunque no lo haya hecho en el plazo que esperaba, sé que lo voy a hacer.*

Para trabajar la prevención de las recaídas, se realizó el ejercicio de la montaña “deja de fumar”. Este ejercicio compara el proceso de cesación tabáquica con escalar una montaña, en la que cada uno puede llevar un camino, un ritmo o hacer más o menos paradas, pero lo importante es llegar a la cima y mantenerse en ella. También, se hizo hincapié en la diferencia entre caída y recaída, y que un volver a fumar en un momento concreto no significa partir desde el principio, sino una situación detonante que analizar y a la que poner solución para la próxima vez que se enfrenten a ella. Ej.: *EMS: -Tienes toda la razón, yo he hecho un sacrificio muy grande dejando de fumar con todo lo que fumaba antes. Si en algún momento fumo un cigarro no querrá decir que he fracasado, pero no puedo volver a fumar como lo hacía antes.*

Además, se les instruyó en la técnica de relajación “respiración diafragmática”, para que supieran y pudieran utilizarla en situaciones en las que las ganas de fumar les provocasen un aumento de la ansiedad.

Por último, realizaron unos cuestionarios con los que valorar la calidad de la atención recibida y el clima grupal en el caso de haber participado de un grupo.

Para acabar, se les preguntó qué les había resultado más interesante de las sesiones de terapia, se les informó de que se les llamaría para hacer el seguimiento y se les sugirió que aprovecharan el momento de la terapia para realizar alguna actividad placentera.

Es necesario mencionar que, aunque los participantes del estudio no asistieron a 5 sesiones de terapia por incompatibilidades de horario, se trabajaron todos los objetivos y técnicas expuestos en la propuesta de intervención.

El seguimiento de los pacientes se realizó telefónicamente 11 semanas después. Se contactó con los pacientes para realizar una entrevista similar a la llevada a cabo en la evaluación inicial en la que se valoró consumo o no de tabaco, síntomas de abstinencia, sintomatología ansiosa y depresiva y calidad de sueño. Además, en el caso de que los pacientes siguieran fumando o hubieran recaído también se evaluó motivación al cambio y dependencia a la nicotina.

## **Resultados**

### **Evaluación Inicial**

La paciente EMS participó en el tratamiento psicológico de manera individual combinado con Citisina. Su consumo de tabaco al inicio del tratamiento era de 30 cigarrillos al día. En la regla motivacional indicó un 6 y su puntuación en el TMR fue de 5, estas puntuaciones indicaron una motivación al cambio moderada. Las puntuaciones en los test que miden dependencia a la nicotina fueron: 8 en el TFM 32 en el TGN y 12 en el NDSS-S, coincidiendo en una fuerte dependencia a la nicotina. En la escala HADS obtuvo una

puntuación de 9 en ansiedad y 11 en depresión, informando de posibles problemas de ambos tipos. Por último, en el test PSQI obtuvo una puntuación de 13.

El paciente JMF participó en el tratamiento psicológico de manera grupal combinado con Citisina. Su consumo de tabaco al inicio del tratamiento era de 24 cigarrillos al día. En la regla motivacional indicó un 8 y su puntuación en el TMR fue de 10, estas puntuaciones indicaron una motivación al cambio alta. Las puntuaciones en los test que miden dependencia a la nicotina fueron: 7 en el TFM 25 en el TGN y 14 en el NDSS-S, coincidiendo en una fuerte dependencia a la nicotina. En la escala HADS obtuvo una puntuación de 3 en ansiedad y 1 en depresión, descartando la posibilidad de problemas de ambos tipos. Por último, en el test PSQI obtuvo una puntuación de 9.

**Tabla 2.**

*Puntuaciones pacientes en evaluación inicial*

Variable	Instrumento	Puntuación	
		EMS	JMF
Formato terapia	-	Individual	Grupal
Tratamiento farmacológico	-	Citisina	Citisina
Consumo de tabaco	TLFB	30	24
Motivación al cambio	Regla motivacional	6	8
	TMR	5 (moderada)	10 (alta)
Dependencia a la nicotina	TFM	8 (alta)	7 (alta)
	TGN	32 (fuerte)	25 (fuerte)
	NDSS-S	12 (dependiente)	14 (dependiente)
Síntomas ansiedad	HADS-A	9 (ansiedad)	3 (no ansiedad)
Síntomas depresión	HADS-D	11 (depresión)	1 (no depresión)

Calidad de sueño	PSQI	13	9
------------------	------	----	---

### Tratamiento

En primer lugar, como ya se ha comentado, los pacientes asistieron a 4 de las 5 sesiones programadas. Además, las sesiones no fueron consecutivas semana tras semana por problemas de horario de los pacientes. En las tablas 4 y 5 se refleja el número de sesiones y la fecha de cada una de ellas con cada paciente.

### Tabla 3.

*Asistencia y fecha de las sesiones EMS*

Fecha	13/06	20/06	27/06	04/07	11/07	X
Sesión	Sesión 1	X	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5

### Tabla 4.

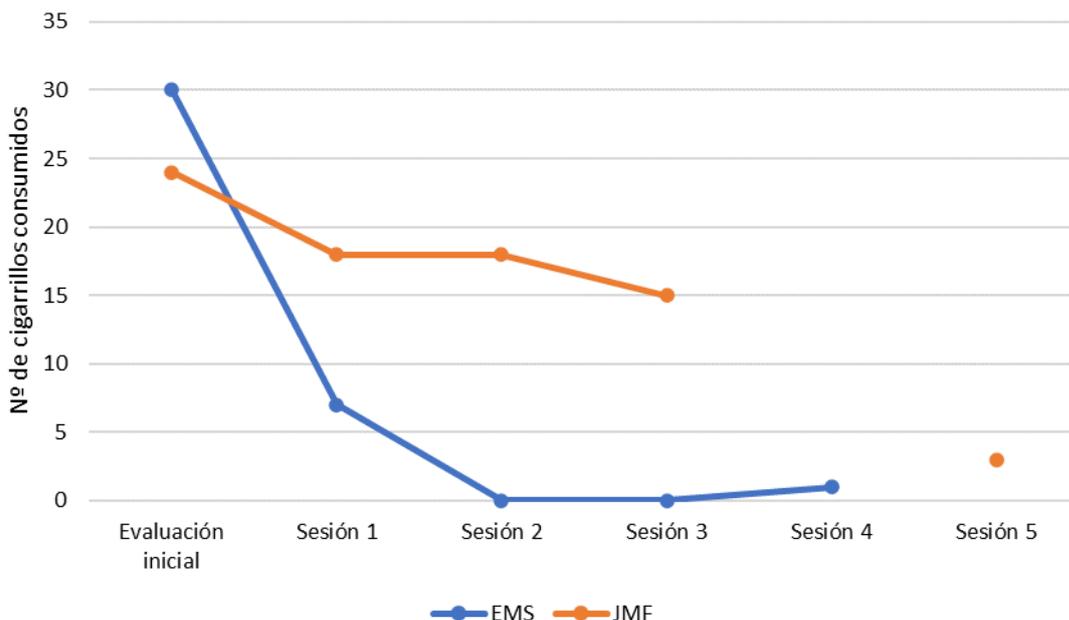
*Asistencia y fecha de las sesiones JMF*

Fecha	07/11	14/11	21/11	28/11	X	12/12	19/12
Sesión	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	X	Sesión 4	X	Sesión 5

Durante el transcurso de las sesiones se anotó el consumo de cigarrillos mediante el TLFB, el cual fue reduciendo en ambos pacientes de forma muy diferente. La paciente EMS redujo el número de cigarrillos consumidos de manera abrupta y desde la sesión 2 ya no consumía, salvo en la última sesión en la cual indicó que había fumado 1 cigarro. Por su parte el paciente JMF redujo su consumo de manera mucho más progresiva, pero no llegó a abandonarlo completamente, acabando la última sesión con 3 cigarrillos al día.

### Figura 1.

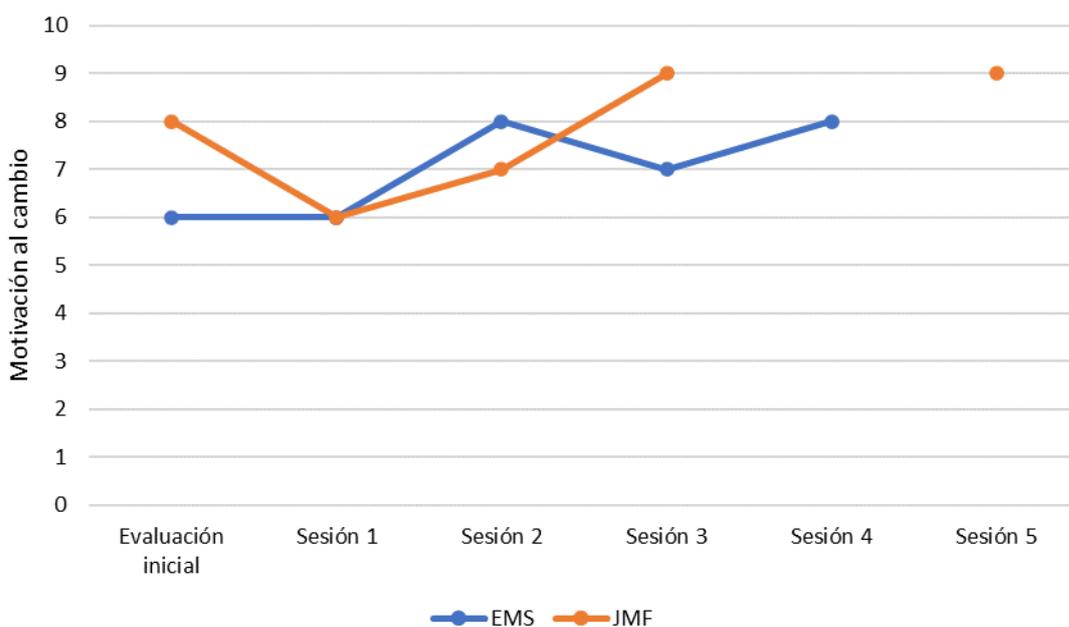
*Consumo de cigarrillos a lo largo del tratamiento*



Por otro lado, también se midió la motivación al cambio sesión a sesión con la Regla Motivacional. Ambos pacientes terminaron el tratamiento con una motivación más elevada que en la mostrada en la evaluación inicial. EMS puntuó 6 en la evaluación inicial y 8 en la última sesión y JMF puntuó 8 y 9 respectivamente. Pese a eso, ninguno de los dos experimentó un incremento constante.

**Figura 2.**

*Puntuación en regla motivacional a lo largo del tratamiento*



También se midió la realización o no de los ejercicios para casa. Las tareas para casa tienen la utilidad de empezar la sesión con parte del contenido visto en casa para poder trabajarlo mejor durante la misma. Se enviaron actividades en la evaluación inicial y en las sesiones 2, 3 y 4. El compromiso de los pacientes en la realización de las tareas fue escaso, no obstante hubo diferencias. Mientras que el paciente JMF realizó tres ejercicios (autorregistro, ejercicio: “¿Cómo afecta a mis seres queridos que yo fume?” y ejercicio: “¿Qué estás quemando junto con el cigarrillo?”), la paciente EMS no llevó completadas las tareas para casa en ninguna sesión.

**Tabla 5.**

*Realización de las actividades para casa*

Sesión	Tareas	EMS	JMF
Evaluación inicial	Autorregistro	NO	SÍ
	Balance decisional	NO	NO
Sesión 2	Ejercicio: “¿Sabías qué?”	NO	NO
	Ejercicio: “¿Cómo afecta a mis seres queridos que yo fume?”	NO	SÍ
	Ejercicio: “¿Qué estás quemando junto con el cigarrillo?”	NO	SÍ
	Plantéate una fecha para dejarlo	NO	NO
Sesión 3	Ejercicio detonantes	NO	NO
Sesión 4	Carta de despedida	NO	NO
	Ejercicio: “Escalando la montaña Deja de fumar”	NO	NO

### Seguimiento

El seguimiento se realizó tras 11 semanas. Se compararon los resultados de los cuestionarios con los obtenidos en la sesión de evaluación.

En primer lugar, en el consumo de tabaco se obtuvieron notables diferencias entre un paciente y otro. Mientras que el paciente JMF cesó en su consumo, la paciente EMS afirmó fumar 2 cigarros al día 4 días a la semana, correspondiendo con los días que su hijo iba a visitarla.

Se obtuvieron también medidas del síndrome de abstinencia de ambos pacientes a través del MNWS. EMS obtuvo una puntuación de 12 y JMF una puntuación mayor (19). Ambas puntuaciones indican la presencia de síndrome de abstinencia, explicada por la gran reducción en el número de cigarrillos de la paciente EMS y el abandono total de JMF.

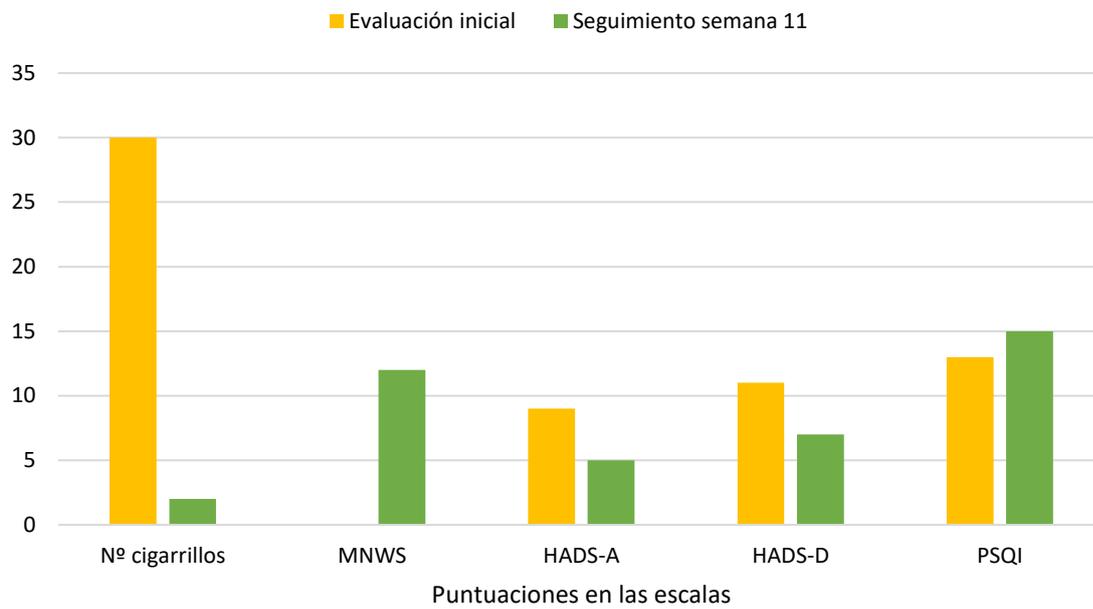
En cuanto a la sintomatología ansiosa y depresiva, EMS redujo sus niveles tanto de ansiedad como de depresión obteniendo puntuaciones de 5 en ansiedad y 7 en depresión. Por el contrario, JMF aumentó sus niveles de ansiedad (8) y de depresión (3).

También se midió la calidad de sueño de ambos. En este aspecto los cambios fueron mínimos para ambos pacientes obteniendo una puntuación de 15 EMS y de 10 JMF.

En las figuras 3 y 4 se representan los cambios de cada paciente en cada una de las variables.

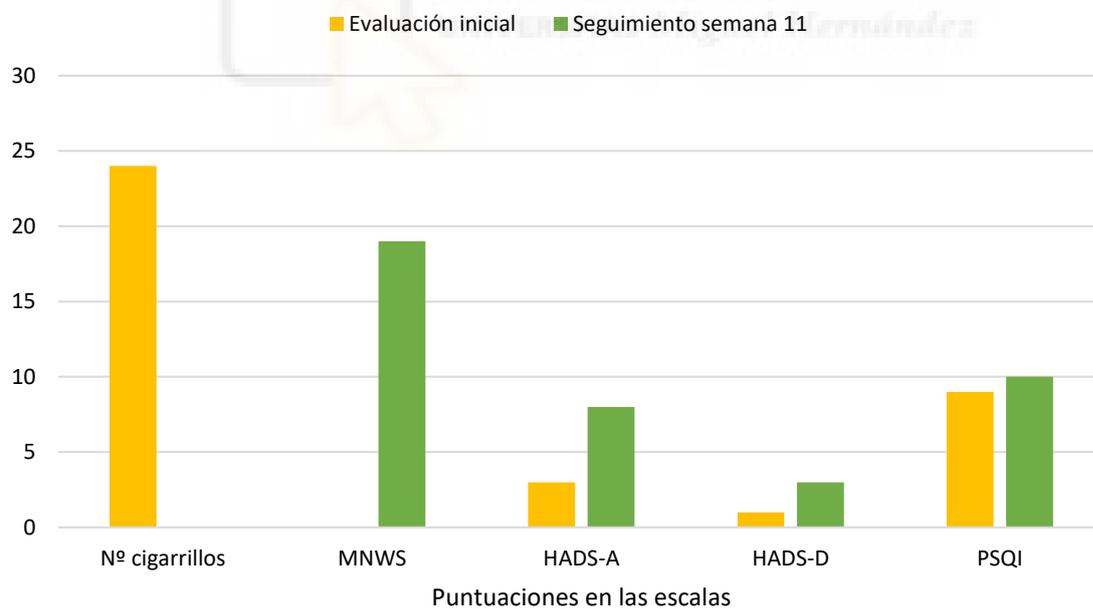
**Figura 3.**

*Medidas pretratamiento y postratamiento de EMS*



**Figura 4.**

*Medidas pretratamiento y postratamiento de JMF*



Ya que la paciente EMS informó de que consumía tabaco, también se evaluó su motivación al cambio y su dependencia a la nicotina.

La motivación al cambio se incrementó respecto a las puntuaciones iniciales obteniendo un 7 en la regla motivacional y un 9 en TMR. La dependencia a la nicotina también se vio reducida en los tres cuestionarios que se administraron, con puntuaciones de 1 en TFM, 12 en TGN y 7 en NDSS-S.

**Tabla 6.**

*Medidas pre y post en motivación al cambio y dependencia a la nicotina de EMS*

Variable	Instrumento	Puntuación	
		Evaluación inicial	Seguimiento
Motivación al cambio	Regla motivacional	6	7
	TMR	5 (moderada)	9 (alta)
Dependencia a la nicotina	TFM	8 (alta)	1 (baja)
	TGN	32 (fuerte)	12 (moderada)
	NDSS-S	12 (dependiente)	7 (no dependiente)

### Discusión

Como se señala en los objetivos de la investigación, el propósito de la misma fue valorar la efectividad de un programa de ACD junto con Citisina empleando un formato individual y otro grupal.

Con los resultados obtenidos hasta la fecha no es posible determinar aún la efectividad o no del tratamiento. Sin embargo, se pueden definir varios puntos fuertes y débiles del mismo a partir de la información recopilada.

Comenzando con los puntos fuertes, tanto EMS como JMF experimentaron una reducción muy notable en su consumo tras las sesiones de terapia. Estos resultados refuerzan lo mencionado en la Guía para el Manejo Clínico del Tabaquismo de Fiore et al. (2008) en la

que se recomiendan las intervenciones breves en pacientes motivados para dejar de fumar, y el estudio de Zarghami et al. (2019). Además, la paciente EMS mostró en el seguimiento una alta motivación para continuar con el proceso y el tratamiento farmacológico. Tal y como afirman García Lobato et al. (2020), el tratamiento psicológico aumentó la adherencia al fármaco y por tanto su efectividad.

En cuanto a las diferencias entre tratamiento individual y grupal. El hecho de que JMF, paciente que realizó el tratamiento de manera grupal, pusiera fin a su consumo de tabaco, apoya los resultados del estudio de Blanco Riopedre y Fernández Fernández (2015), en el que se concluyó que la intervención grupal se asociaba con una mayor abstinencia. Merece la pena señalar que el paciente JMF, una vez finalizaron las sesiones de terapia, continuó con el uso de Citisina hasta abandonar completamente su consumo de tabaco, apoyando la eficacia de este medicamento como demuestran los estudios de Córdoba García (2012), Cahill et al. (2016) y Ofori et al. (2023).

Un aspecto a tener en consideración es el momento de la mayor reducción de consumo de cigarrillos, que coincidió en los dos pacientes con el punto en que convergieron tratamiento farmacológico y psicológico. Esto reafirma que la combinación de ambos tratamientos es la intervención que cuenta con el consenso actual, como manifiestan Bello (2011), Álvarez Mavárez (2023) y los estudios de Stead et al. (2016) y Sancho-Domingo et al. (2024).

Analizando los puntos débiles del tratamiento, podemos hablar de diferentes factores. En primer lugar, ninguno de los pacientes participó de las 5 sesiones programadas de terapia y no todas las sesiones fueron consecutivas, como se recomienda en su aplicación (Lindson et al., 2019; Carballo et al., 2020). Por otro lado, los pacientes no realizaron las tareas para casa, siendo estos ejercicios parte relevante de la terapia como indican sus autores Sobell y Sobell (2011). Otro factor importante, en el caso de JMF es el participar en un grupo de terapia

formado por 3 personas, cuando la terapia grupal está pensada inicialmente para grupos de 6 a 8 miembros (Sobell y Sobell, 2011). Por todo ello, aunque el ACD sea uno de los tratamientos de elección (Fiore et al., 2008), estos impedimentos en la correcta aplicación del tratamiento pudieron afectar a su eficacia.

### **Limitaciones**

Una limitación del estudio fue que los pacientes no iniciaron el tratamiento farmacológico en el mismo momento, sin embargo, se controló que este comenzara entre una semana antes del inicio del tratamiento psicológico y la penúltima sesión de terapia.

Por otro lado, los participantes no asistieron a las 5 sesiones de terapia programadas, pero se adaptaron las sesiones para que se trabajaran todos los objetivos del tratamiento y las actividades más importantes.

Por último, para determinar la efectividad del tratamiento sería necesario realizar un seguimiento de los pacientes tras 6 meses, 1 año o incluso más adelante.

### **Líneas de Investigación Futuras**

Para futuras investigaciones sería fundamental contar con grupos de tratamiento de entre 6 y 8 miembros. Se debería analizar una muestra más amplia tanto de pacientes individuales como de grupos, para poder realizar un buen análisis de datos y concluir la eficacia del tratamiento.

Algunas líneas de investigación que merecerían más estudio pueden ser la relación entre los motivos para dejar de fumar y la efectividad del tratamiento y los problemas emocionales y la efectividad del tratamiento. Ya que para este estudio han sido variables extrañas, pero han podido influir en la eficacia del tratamiento.

Por último, es necesario realizar más estudios con Citisina, ya que es el tratamiento farmacológico actual y hay pocos trabajos que comprueben su efectividad junto con tratamiento psicológico.

## Referencias

- Al-Mrayat, Y. D., Okoli, C. T. C., Studts, C. R., Rayens, M. K., & Hahn, E. J. (2020). The Psychometric Properties of the Minnesota Tobacco Withdrawal Scale Among Patients With Mental Illness. *Biological Research For Nursing*, 22(2), 247-255.  
<https://doi.org/10.1177/1099800419895573>
- Álvarez Mavárez, J. D., Mirambeaux Villalona, R. M., Raboso Moreno, B., Segrelles Calvo, G., Cabrera César, E., & de Higes-Martínez, E. B. (2023). Preguntas y respuestas en tabaquismo. *Open Respiratory Archives*, 5(1), 100230.  
<https://doi.org/10.1016/j.opresp.2022.100230>
- Arancibia H., F. (2017). Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Tabaquismo. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 33(3), 225-229. <https://doi.org/10.4067/s0717-73482017000300225>
- Becoña, E. (2010). Dependencia del tabaco. *Manual de casos clínicos. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.*
- Becoña, E. y Míguez, M.C. (2006). Dejar de fumar desde casa: “el programa 2001 para dejar de fumar”. *Psicooncología*, 3, 319-336.
- Becoña, E., Nogueiras, L., Flórez, G., & Álvarez, S. (2011). *La escala breve de evaluación del Síndrome de Dependencia de la Nicotina (NDSS-S) en fumadores españoles.*
- Becoña, E., Fernández del Río, E., López Durán, A., Martínez Pradedá, Ú., Martínez Vispo, C. y A. Rodríguez Cano, R. (2014). El tratamiento psicológico de la dependencia del tabaco. Eficacia, barreras y retos para el futuro. *Papeles del psicólogo*, 35(3), 161-168.
- Bello, S. (2011). Tratamiento del Tabaquismo. *Revista chilena de cardiología*, 30(3), 230-239. <https://doi.org/10.4067/S0718-85602011000300007>

- Cahill, K., Lindson-Hawley, N., Thomas, K. H., Fanshawe, T. R., & Lancaster, T. (2016). Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006103.pub7>
- Carballo, J. L., Carmona, A. C., Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (2020). Programa de Auto-cambio Dirigido en abuso de alcohol en población española: un estudio de caso. *Revista de PSICOLOGÍA DE LA SALUD*, 8(1). <https://doi.org/10.21134/pssa.v8i1.1156>
- Carballo, J. L., Rodríguez-Espinosa, S., Sancho-Domingo, C., & Coloma-Carmona, A. (2023). Validation of the Glover–Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire (GN-SBQ) to Evaluate Nicotine Dependence in Spanish Clinical Settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), Article 2. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021119>
- Chiu, N.-Y., & Hsu, W.-Y. (2016). Chapter 62—Sleep Disturbances in Methadone Maintenance Treatment (MMT) Patients. En V. R. Preedy (Ed.), *Neuropathology of Drug Addictions and Substance Misuse* (pp. 608-615). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800634-4.00062-7>
- Córdoba García, R. (2012). Ensayo controlado de citisina para la cesación tabáquica. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 19(3), 193. [https://doi.org/10.1016/S1134-2072\(12\)70345-6](https://doi.org/10.1016/S1134-2072(12)70345-6)
- Fiore, M. C., Jaen, C. R., Baker, T., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. E. E. A., & Henderson, P. N. (2008). Treating tobacco use and dependence: 2008 update. *Rockville, MD: US Department of Health and Human Services*.
- Gabriel, K. L., & Vargas, V. Q. (2019). Nuevas estrategias farmacológicas para el tratamiento de cesación de tabaco. *Revista Medica Sinergia*, 4(6), Article 6. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i6.246>

- García-Galbis Marín, J., Leal Hernández, M., Hernández Menarguez, F., & Abellán Alemán, J. (2012). Tratamiento farmacológico en la deshabituación tabáquica. Ventajas e inconvenientes de los tratamientos actuales. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 38(8), 505-510. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2012.04.018>
- García Lobato, E., García Ortiz, A. & Álvarez Requejo, A. (2020). Tratamiento farmacológico para la deshabituación tabáquica. *Sacylite. Boletín de Información Terapéutica, 1*. [https://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/facm/1412051/1518583-SACYLITE%202020%201\\_tratamiento%20farmacol%C3%B3gico%20deshabituaci%C3%B3n%20tab%C3%A1quica.pdf](https://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/facm/1412051/1518583-SACYLITE%202020%201_tratamiento%20farmacol%C3%B3gico%20deshabituaci%C3%B3n%20tab%C3%A1quica.pdf)
- Linda Carter Sobell & Mark B. Sobell. (2011). *Terapia de grupo para los trastornos por consumo de sustancias*. Pirámide.
- Lindson, N., Thompson, T. P., Ferrey, A., Lambert, J. D., & Aveyard, P. (2019). Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006936.pub4>
- M<sup>a</sup> Covadonga Blanco Riopedre & Eduardo Fernández Fernández. (2015). *Efectividad de un programa de deshabituación tabáquica llevado a cabo en el centro de salud de Tapia de Casariego (Principado de Asturias)*.
- Martin-Willett, R., Helmuth, T., Abraha, M., Bryan, A. D., Hitchcock, L., Lee, K., & Bidwell, L. C. (2020). Validation of a multisubstance online Timeline Followback assessment. *Brain and Behavior*, 10(1), e01486. <https://doi.org/10.1002/brb3.1486>
- Mollayeva, T., Thurairajah, P., Burton, K., Mollayeva, S., Shapiro, C. M., & Colantonio, A. (2016). The Pittsburgh sleep quality index as a screening tool for sleep dysfunction in clinical and non-clinical samples: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 25, 52-73. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.01.009>

- Montes Martínez, A., Pérez-Ríos, M., Ortiz, C., Gtt-See, & Galán Labaca, I. (2023). Cambios en el abandono del consumo de tabaco en España, 1987-2020. *Medicina Clínica*, 160(6), 237-244. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2022.06.024>
- Mushtaq, N., & Beebe, L. A. (2017). Psychometric Properties of Fagerström Test for Nicotine Dependence for Smokeless Tobacco Users (FTND-ST). *Nicotine & Tobacco Research*, 19(9), 1095-1101. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntx076>
- National Institute for Health and Care Excellence. 2023. *Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng209/resources/tobacco-preventing-uptake-promoting-quitting-and-treating-dependence-pdf-66143723132869>
- National Institute of Drug Abuse (2022). ¿Qué consecuencias trae el consumo de tabaco para la salud física? Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/el-tabaco-contiene-otras-sustancias-quimicas-que-pueden-contribuir-su-adic>
- OEDA. (2022). INFORME 2022. *INFORME 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid. Recuperado de <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2022OEDA-INFORME.pdf>
- Ofori, S., Lu, C., Olasupo, O. O., Dennis, B. B., Fairbairn, N., Devereaux, P. J., & Mbuagbaw, L. (2023). Cytisine for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 251, 110936. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.110936>
- Regalado-Pineda, J., Lara-Rivas, G., Oshio-Echanove, J. y Ramírez-Venegas, A. (2007). *Tratamiento actual del tabaquismo*. Salud Pública de México. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2007.v49suppl2/s270-s279/es>

- Richmond, R. L., Kehoe, L. A., & Webster, I. W. (1993). Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*, 88(8), 1127-1135. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02132.x>
- Sancho-Domingo, C., Carballo, J. L., Coloma-Carmona, A., van der Hofstadt, C., García del Castillo-López, Á., & Asensio Sánchez, S. (2024). Effectiveness of the Brief Guided Self-Change Therapy Combined with Varenicline under “Real-Life” Conditions and Mediators for Smoking Cessation. *Substance Use & Misuse*, 59(1), 110-118. <https://doi.org/10.1080/10826084.2023.2262021>
- Stead, L. F., Koilpillai, P., Fanshawe, T. R., & Lancaster, T. (2016). Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*, (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008286.pub3>
- Terol-Cantero, M. C., Cabrera-Perona, V., & Martín-Aragón, M. (2015). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología*, 31(2), 494-503. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.172701>
- Zarghami, M., Taghizadeh, F., Sharifpour, A., & Alipour, A. (2019). Efficacy of guided self-change for smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease patients: A randomized controlled clinical trial. *Tobacco Induced Diseases*, 17, 90. <https://doi.org/10.18332/tid/114227>

## INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 21/12/2023

Nombre del tutor/a	José Luis Carballo Crespo
Nombre del alumno/a	Miguel Acebes Verdejo
Tipo de actividad	Adherido a un proyecto autorizado
Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	DESHABITUACIÓN TABÁQUICA MEDIANTE TRATAMIENTO COMBINADO DE CITISINA Y TERAPIA PSICOLÓGICA BREVE BASADA EN AUTOCAMBIO DIRIGIDO EN FORMATO INDIVIDUAL Y GRUPAL
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional	231220040747
Código de autorización COIR	<b>TFM.MPG.JLCC.MAV.231220</b>
Caducidad	2 años

Se considera que la presente actividad no supone riesgos laborales adicionales a los ya evaluados en el proyecto de investigación al que se adhiere. No obstante, es responsabilidad del tutor/a informar y/o formar al estudiante de los posibles riesgos laborales de la presente actividad.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **DESHABITUACIÓN TABÁQUICA MEDIANTE TRATAMIENTO COMBINADO DE CITISINA Y TERAPIA PSICOLÓGICA BREVE BASADA EN AUTOCAMBIO DIRIGIDO EN FORMATO INDIVIDUAL Y GRUPAL** ha sido realizada en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere ninguna evaluación adicional. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, **se autoriza** la realización de la presente actividad.

Atentamente,



Alberto Pastor Campos  
Jefe de la Oficina de Investigación Responsable  
Vicerrectorado de Investigación y Transferencia

Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/solicitud-de-evaluacion/tfg-tfm/>

