



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL
SANITARIA**

Curso 2018-2019

Trabajo Fin de Máster

**FACTORES RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA A TRATAMIENTO PSICOLÓGICO
GRUPAL Y LA ABSTINENCIA EN ADICTOS A LA NICOTINA**

Autora: Sandra Beltrán Abellán

Tutor académico: José Luis Carballo Crespo

Tutora profesional: M^a del Mar Sanz Pérez

Convocatoria: septiembre 2019

Resumen

Objetivos: Analizar la relación entre variables relacionadas con la adicción al tabaco y otras variables psicológicas y la adherencia y el éxito del tratamiento psicológico grupal de la adicción a la nicotina. **Método:** Estudio descriptivo de tipo longitudinal. Participaron 23 hombres y mujeres con una media de edad 56,13 años de los cuáles un 69,56% era la primera vez que asistía al grupo de tratamiento. Se emplearon herramientas de evaluación para medir las variables relacionadas con la dependencia al tabaco y otras variables psicológicas y posteriormente se realizaron análisis estadísticos para comprobar si las variables seleccionadas podrían estar relacionadas con la adherencia al tratamiento y la abstinencia a la nicotina. **Resultados:** Respecto a la adherencia, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de adherencia (GA) y no adherencia (GNA) para las variables analizadas. En cuanto a la abstinencia, se hallaron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo de no abstinencia (GNABS) en las variables dependencia física ($Z=2,037$; $p< ,05$) y número de cigarrillos que fumaban antes de comenzar el grupo ($Z= 2,271$; $p< ,05$). **Conclusiones:** Continuar investigando acerca de las variables relacionadas con la adherencia terapéutica y la abstinencia a la nicotina podría permitir la creación de un modelo que ayude a predecir la asistencia a las sesiones de tratamiento y el éxito del mismo.

Palabras clave: Adicción al tabaco, adherencia terapéutica, abstinencia a la nicotina, dependencia física, variables psicológicas.

Abstract

Objective: Analyse the relation between variables related to tobacco addiction, psychological variables and therapy adherence and psychological group treatment success. **Method:** Descriptive and longitudinal study. 23 men and women with average age of 56,13 years participated, of which 69,56% was the first time they attended the treatment group. Evaluation tools were used to measure variables related to tobacco dependence and other psychological variables and later statistical analysis were performed to check if the selected variables could be related to therapy adherence and nicotine abstinence. **Results:** The results showed that regarding adherence, no statistically significant differences were found between adherence group (GA) and non adherence group (GNA) for the variables analysed. In terms of abstinence, statistically significant differences were found in the variables physical dependence ($Z=2,037$; $p< ,05$) and the number of cigarettes smoked before starting the group ($Z= 2,271$; $p< ,05$). **Conclusions:** Further research on variables related to psychological therapeutic adherence and nicotine abstinence could allow the creation of a model that helps predict the treatment sessions attendance and its potential effectiveness.

Keywords: Tobacco addiction, therapy adherence, nicotine abstinence, physical dependence, psychological variables.

INTRODUCCIÓN

La adicción al tabaco es uno de los problemas de salud pública más importantes en la actualidad. Según el informe de la Organización Mundial de la Salud OMS (2018), existen 1.100 millones de fumadores adultos y aproximadamente 367 millones de fumadores pasivos, a nivel mundial. Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (2016) el consumo de tabaco provoca la muerte de más de 7 millones de personas anualmente, siendo consumidores directos más de 6 millones y unos 890.000 fumadores pasivos y la Encuesta Nacional de Salud (2017) refiere que un 25,6% de hombres y un 18,8% de mujeres fuman diariamente, concentrándose un 30% de ellos en el rango de edad de 25 a 54 años y disminuyendo a partir de los 55 años.

El consumo de tabaco es un factor de alto riesgo en el posible desarrollo de diversas enfermedades. Estudios epidemiológicos arrojan resultados que evidencian la relación entre el consumo de tabaco y el aumento del riesgo padecer una enfermedad cardiovascular (Doll, Peto y Borenham, 2004; Parish et al., 1995), además de la Enfermedad Obstructiva Crónica y diferentes tipos de cáncer como el de vejiga, esófago, riñón, laringe o el de pulmón que se asocian de forma causal con el hábito de fumar (Samet, 2002).

Además de las citadas como principales consecuencias para la salud, el consumo de tabaco repercute de forma negativa a nivel económico, laboral y sobre el bienestar psicológico de la persona fumadora, siendo relevante tanto la realización de actuaciones preventivas como el tratamiento de las personas con una adicción al tabaco para trabajar en el cese de dicha conducta y mejorar su calidad de vida y fomentar hábitos de conducta saludables.

Dadas estas consecuencias negativas del consumo de tabaco, existen diversas vías mediante las que los fumadores intentan dejar de fumar. Se han realizado investigaciones en las que los resultados indican el autoabandono como la forma preferida para intentar dejar de fumar (Carballo et al., 2008; Morphett, Patridge, Gartner, Carter y Hall, 2015) pero existen resultados dispares en las investigaciones cuyo objeto de estudio se ha centrado en el autoabandono. Smith, Chapman y

Dunlop (2015) obtuvieron entre un 54% y un 69% de éxito en el abandono del consumo de tabaco. Otros investigadores como Doran, Valenti, Robinson, Britt y Mattick (2006), refieren que aunque la tasa de éxito inicial suele ser alta, al año de haber comenzado con el intento, disminuye en un 40%. Según Almaraz y Alonso (2018), existen muchos casos en que los fumadores precisan de un tratamiento que les ayude a conseguir la abstinencia. Según Nerín et al. (2007) las personas con alta dependencia a la nicotina podrían beneficiarse del tratamiento en una unidad especializada para conseguir mantener la abstinencia a largo plazo. Además, el tener una dependencia alta a la nicotina parece estar relacionado con el incumplimiento terapéutico (Nardone et al., 2019).

Se pueden encontrar diferentes tipos de intervenciones terapéuticas pero las más empleadas en la actualidad y que cuentan con un mayor respaldo científico, son los tratamientos farmacológicos y los tratamientos cognitivo-conductuales (Becoña et al., 2014; Leiva y Quesada, 2019; Pirnia et al., 2019; Stead, Carroll y Lancaster, 2017). Incluso los resultados obtenidos en ciertas investigaciones, parecen indicar que el tratamiento psicológico grupal podría ser más efectivo que el individual (Camarelles, Asensio, Jiménez, Becerril, Rodero y Vidaller, 2002; Pascual et al., 2006).

Un aspecto relevante dentro del tratamiento es la adherencia, ya que parece relacionarse con el éxito del mismo. Varios estudios indican que una baja adherencia se relaciona con la baja aceptabilidad del tratamiento y como un determinante de la efectividad del mismo (Sabate y Staff, 2003; Westman, Behm, Simel y Rose, 1997) y resulta relevante tener en cuenta que alrededor de un 40% de los pacientes, no presenta adherencia a los tratamientos (Salvador y Ayesta, 2009).

Lograr una buena adherencia, no es una tarea sencilla y cuando conlleva además un cambio en el estilo de vida y en los hábitos de la persona, como ocurre en el caso de la adicción a la nicotina, suele disminuir el porcentaje anteriormente citado (Haynes, McDonald y Garg, 2002). Por ello, existen diversas investigaciones que han centrado su objeto de estudio en los factores que influyen en la adherencia al tratamiento. Según Salvador y Ayesta (2009) en el caso del tabaco, se podrían dividir en tres bloques: variables relacionadas con el paciente: percepción sobre el

problema, coste percibido de dejar de fumar, contexto personal y autoeficacia; variables de relación entre el terapeuta y el paciente: manejo de expectativas, adecuada comunicación y actitud activa del paciente; y otras variables o factores: características del régimen terapéutico, características del trastorno y la organización de los servicios de salud.

También existen, otros factores psicológicos que podrían estar relacionados con la adherencia al tratamiento o el abandono del mismo y el mantenimiento o no de la abstinencia a la nicotina.

En el caso de los factores relacionados con el estado de ánimo, Curtin, Brown y Sales (2000) encontraron en su estudio que los fumadores de mayor cantidad de cigarrillos y que presentan mayor sintomatología depresiva son más propensos a abandonar el tratamiento para dejar de fumar y por tanto, que no haya éxito terapéutico. Por su parte, Vázquez y Becoña (1998) concluyeron que para un fumador deprimido es más difícil dejar de fumar, por la presencia de síntomas de abstinencia más fuertes como la disforia, la irritabilidad y la ansiedad.

En cuanto a las habilidades o características psicológicas de la persona fumadora, por norma general, la mayoría de personas adictas a la nicotina comienzan a fumar en la adolescencia y se han encontrado indicios de que gran parte de los menores que presentan un locus de control externo son consumidores de alguna sustancia (Contreras, Molina y Cano, 2012) y que tener un locus de control más externo a los 16 años se relaciona con un aumento de consumo de tabaco a los 17 y 21 años (Lassi et al., 2019). En base a los resultados obtenidos en otros estudios como el de Stuart, Borland y McMurray (1994) se encontró relación entre el éxito del cese de la conducta de fumar y el mantenimiento de la abstinencia y la presencia de un locus de control interno junto al sentimiento de autoeficacia.

Respecto a la asertividad, se podría decir que las personas que son asertivas es más probable que rechacen el tabaco cuando alguien les ofrece fumar, actuando como factor protector en la adolescencia (Martínez-Lorca y Alonso-Sanz, 2003) y que en general, las personas fumadoras que asisten a tratamiento para dejar de fumar y que presentan una alta asertividad tienen tendencia a

finalizar el tratamiento, al contrario que los que tienen un grado de asertividad medio, que tienden al abandono a pesar de ello, las diferencias no son significativas (Leal, Ocampo y Cicero, 2010).

Otro factor a tener en cuenta es la deseabilidad social y cómo pueda afectar al mantenimiento de la adicción al tabaco, la adherencia y la finalización con éxito de la terapia, ya que es sabido que los adolescentes en muchas ocasiones, comienzan a fumar buscando la aceptación del grupo de iguales (Pérez-Milena et al., 2012) y en los adultos en tratamiento para dejar de fumar podría influir si el entorno es de gente fumadora o no y si apoyan su decisión de dejarlo o presionan en el sentido contrario.

Por otra parte, mantener la abstinencia al tabaco, se plantea como un reto y existe gran cantidad de estudios que han intentado analizar los factores que influyen en el éxito terapéutico y en el mantenimiento de la abstinencia a la nicotina a largo plazo. Godoy et al. (2016) obtuvieron resultados en su investigación que indicaban que la presencia de enfermedad física en la persona con adicción a la nicotina no influía en la abstinencia y éxito terapéutico. Por el contrario, El-Khoury, Bolze y Melchior (2018) hallaron resultados en su investigación que indicaban que el miedo a las consecuencias para la salud y la percepción de que fumar es peligroso estaban relacionados con el mantenimiento de la abstinencia a la nicotina.

También se encontró relación entre la recaída en el consumo de tabaco y varios factores como el consumo de alcohol y una menor red de apoyo social (Durmuş et al., 2015).

Planteado el problema de salud pública que supone la adicción al tabaco se hace necesario el estudio de los factores que puedan estar implicados en la asistencia a las sesiones de tratamiento para dejar de fumar y en la abstinencia a la sustancia, con el fin de aumentar las probabilidades del éxito terapéutico en el cese de la conducta adictiva.

Para el presente estudio se plantearon los siguientes objetivos:

-Analizar la relación entre las variables relacionadas con la adicción al tabaco como la dependencia física y psicológica, la motivación para dejar de fumar y el número de cigarrillos que fumaban antes de comenzar el grupo y la adherencia y el éxito del

tratamiento psicológico grupal de la adicción a la nicotina.

-Analizar la relación entre otras variables psicológicas como el locus de control, la asertividad, la deseabilidad social y la presencia de sintomatología depresiva y la adherencia y el éxito del tratamiento psicológico grupal de la adicción a la nicotina.

En base a los objetivos mencionados, las hipótesis de trabajo planteadas fueron las siguientes:

-La presencia de un alto grado de dependencia física y psicológica a la nicotina junto con una baja motivación para dejar de fumar y un mayor número de cigarrillos fumados antes del tratamiento, serán factores que reducirán la adherencia al tratamiento y las tasas de abstinencia.

-La presencia de un locus de control externo, una baja asertividad, un bajo nivel de deseabilidad social y la presencia de sintomatología depresiva, se relacionarán con una baja adherencia terapéutica y menores tasas de abstinencia.

-La existencia de una buena adherencia terapéutica aumentará las posibilidades de que los participantes dejen de fumar.

MÉTODO

Participantes

En el presente estudio participaron 23 pacientes pertenecientes a los grupos de tratamiento de deshabituación tabáquica de la UCA del Centro de Salud del Toscar, basados en el Programa para dejar de fumar de Elisardo Becoña de 2007. Respecto a los participantes se contó con 14 mujeres y 9 hombres, con una media de edad de 56,13 años ($DT= 9,79$), de los cuales un 60,87 % estaban casados.

Del total de pacientes, un 69,56% sería la primera vez que asistía al grupo de tratamiento de deshabituación tabáquica y el resto, ya habían asistido al grupo anteriormente. Excepto uno de los

sujetos, el resto había intentado dejar de fumar mediante otros métodos como los fármacos, la hipnosis, la terapia psicológica individual o sin ayuda.

Variables e instrumentos

Variables sociodemográficas

Los datos sociodemográficos se recogieron mediante un autoinforme autoaplicado a los participantes. Se registró el sexo, la edad, el estado civil y la presencia o no de enfermedad física en el momento actual.

Variables relacionadas con el tratamiento y la adherencia terapéutica

Adherencia terapéutica: Se registró la asistencia a las sesiones del grupo de terapia mediante una rejilla con el fin de establecer la adherencia terapéutica de cada uno de los participantes. A partir de 9 sesiones se consideró una buena adherencia al tratamiento.

Abstinencia al tabaco: Tras la finalización de cada sesión del grupo de terapia, se registró la puntuación obtenida en el cooxímetro con el fin de comprobar la disminución o no del nivel de monóxido de carbono en aire expirado y como dato objetivo relacionado con la abstinencia al tabaco y/o con los cambios en el consumo del número de cigarrillos durante la duración de la terapia, este último medido mediante una gráfica de consumo durante la evolución de la terapia.

Variables relacionadas con la dependencia al tabaco

Otras variables que se recogieron mediante el autoinforme fueron los métodos empleados anteriormente para dejar de fumar, el tiempo máximo sin fumar, el número de cigarrillos fumados hasta el día antes del comienzo del grupo de tratamiento y si era la primera vez que asistía al grupo o ya había asistido anteriormente.

Dependencia Física: La dependencia a la nicotina, se midió mediante la aplicación del *Test de Fagerström*, versión española de Vázquez y Becoña (1998), que se compone de 6 ítems de los

cuales dos se responden mediante una escala tipo Likert de 4 puntos y los otros cuatro ítems son de respuesta dicotómica, la puntuación oscila entre 0 y 10 y puntuaciones a partir de 6 indicarían una dependencia alta (Fagerstrom et al., 1996). Es una escala muy empleada aunque su fiabilidad no es muy elevada, entorno a 0,60 en población española (Becoña y Vázquez, 1998), a pesar de ello presenta una estructura factorial consistente (de León, Becoña, Gurpegui, González-Pinto y Díaz, 2002).

Dependencia psicológica: Con el fin de evaluar el grado de dependencia psicológica, se utilizó el *Test de Glover-Nilsson*, versión española de Nerín et al. (2005) que consta de 11 ítems a los que se responde mediante una escala tipo Likert de 0 a 4 puntos y se considerará dependencia psicológica alta a partir de una puntuación de 23 (Nerín et al., 2005). Las propiedades psicométricas del test son buenas, con una consistencia interna de 0,82 (Rath, Sharma y Beck, 2013).

Motivación para dejar de fumar: Esta variable se midió mediante el *Test de Richmond*, versión española, compuesto por cuatro ítems a los que se responde mediante una escala tipo Likert de 0 a 3 puntos excepto el primer ítem que es de respuesta dicotómica. La puntuación total oscila entre 0 y 10 puntos y a partir de 8 puntos, se considerará que la motivación es alta, dato que se relaciona con el mantenimiento de la abstinencia a la nicotina a largo plazo (Richmond, Kehoe y Webster, 1993).

Otras variables psicológicas

Locus de control: Para evaluar la tendencia hacia un locus de control externo o interno, se empleó la *Escala de Locus de Control de Rotter*, versión española que consta de 29 ítems con dos afirmaciones cada uno, de las cuales hay que elegir la más se adapte a tu forma de pensar. La puntuación total máxima es de 29 puntos y a mayor puntuación total, se relacionará con un locus de control externo (Rotter, 1966). Es una escala que, a pesar de las limitaciones que presenta como predictor específico, parece ser útil como instrumento predictor general y en estudios en que interesa valorar la relación entre nuevas variables y el locus de control (Ferrando, Demestre,

Anguiano-Carrasco y Chico, 2011).

Deseabilidad social: La Deseabilidad Social, fue medida mediante la puntuación obtenida en la *Escala de Deseabilidad Social SDS* de Marlowe y Crowne, versión española de Ferrando y Chico, que está compuesta por 33 afirmaciones a las que hay que responder como verdadera o falsa para la persona. La puntuación total máxima que se puede obtener es de 33 y puntuaciones a partir de 20 puntos indican una alta deseabilidad social. La prueba presenta un coeficiente de fiabilidad de 0,78 con población española, considerándose aceptable (Ferrando y Chico, 2000).

Asertividad: Para evaluar el grado de asertividad, se empleó la *Escala de Asertividad de Rathus RAS* (1973), versión española. Se compone de 30 ítems a los que hay que responder en base a una escala de tipo Likert de seis puntos y cuya puntuación total oscila entre 90 y -90, siendo las puntuaciones totales negativas indicativas de falta de asertividad y las positivas de asertividad. La prueba presenta buenas propiedades psicométricas, con una fiabilidad test-retest de 0,78 moderada-alta (Rathus, 1973) y una consistencia interna de 0,82 (Gustafson, 1992).

Depresión: Para medir esta variable, se aplicó el *Inventario de Depresión de Beck BDI-II* (1996), versión española adaptada por Sanz, Perdígón y Vázquez (2003). Está formado por 21 ítems a los que se responde mediante una escala tipo Likert de cuatro puntos de 0 a 4 puntos, excepto los ítems 16 y 18 que tienen 7 categorías. La puntuación máxima es de 63 puntos, siendo el punto de corte de 14 puntos en adelante y cuanto más elevada sea la puntuación total obtenida, mayor severidad de los síntomas depresivos. Las propiedades psicométricas son muy buenas, con una consistencia interna de 0,87 (Sanz, Perdígón y Vázquez, 2003).

Procedimiento

La muestra seleccionada fueron los participantes de los grupos de deshabituación tabáquica de la Unidad de Conductas adictivas del Centro de Salud del Toscar y se accedió a ellos durante el período de prácticas del Máster en Psicología General Sanitaria.

Todos los participantes fueron informados del estudio que iba a llevarse a cabo y se solicitó

su participación voluntaria en el mismo. Firmaron un consentimiento informado mediante el cual aceptaban que se pudieran emplear los datos obtenidos, siempre garantizando la confidencialidad de los mismos.

En la primera sesión del grupo, se recogieron los datos sociodemográficos y se aplicaron las pruebas de evaluación relacionadas con las variables objeto de estudio, procurando que el ambiente fuera el adecuado para permitir responder a las cuestiones con la mayor sinceridad posible y resolver las dudas. No se excluyeron participantes ya que se revisaron los cuestionarios para evitar respuestas en blanco o que no se ajustaran a las instrucciones dadas para la cumplimentación. Durante el resto de sesiones, se registró la asistencia a las mismas y el dato obtenido al final de cada sesión sobre el nivel de monóxido de carbono en aire espirado.

Tipo de diseño

Se trata de un diseño descriptivo de tipo longitudinal.

Análisis de datos

Se creó una base de datos con el programa estadístico informático IBM SPSS Statistics versión 25 para posteriormente analizarlos. Se realizaron análisis descriptivos como la media, las frecuencias y la desviación típica. Para la comparación de medias de las variables continuas, se utilizó la prueba U de Mann Whitney, que es una prueba no paramétrica, seleccionada en este caso debido a que el tamaño muestral era pequeño ($n=23$). Para las variables no continuas, se empleó la prueba Chi cuadrado. El nivel de confianza empleado fue del 95%. Además, se calcularon los tamaños del efecto calculando la r de Rosenthal para U de Mann Whitney y Phi de Cramer para Chi cuadrado. También se utilizó una regresión logística binaria con el fin de predecir el resultado del éxito del tratamiento en base a las variables dependencia física, número de cigarrillos que fumaban antes de comenzar el grupo y número de sesiones a las que habían asistido del grupo de terapia.

RESULTADOS

Se distribuyó a los sujetos en dos grupos para realizar las comparaciones entre los participantes que tuvieron buena adherencia (GA) (n=11), cuyo criterio empleado fue la asistencia de 9 sesiones en adelante y los que no tuvieron buena adherencia (GNA) (n=12) ya que asistieron a menos de 9 sesiones de un total de 11 sesiones. También se distribuyó en dos grupos a los participantes para realizar la comparación entre los sujetos que consiguieron mantenerse abstinentes a la nicotina (GABS) (n=9) y los que no al finalizar el grupo (GNABS) (n=14).

En primer lugar, se compararon los grupos GA y GNA en cuanto a variables sociodemográficas, variables relacionadas con la dependencia al tabaco y otras variables psicológicas. Se puede observar en los resultados que se presentan en la Tabla 1 como no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo GA y el grupo GNA para ninguna de las variables sociodemográficas seleccionadas.

Tabla 1

Diferencias en variables sociodemográficas entre el Grupo de Adherencia (GA) y Grupo de No Adherencia (GNA)

Variabes	GA (n=11)	GNA (n=12)	Z / χ^2 (p) ^a	r/ ϕ ^b
Edad M (DT)	54,55 (11,290)	57,58 (8,426)	0,617 (,538)	,128
Sexo n (%)				
Masculino	4 (36,4)	5 (41,7)	0,68 (,794)	,054
Femenino	7 (63,6)	7 (58,3)		
Estado civil n (%)				
Soltero	3 (27,3)	2 (16,7)	6,862 (,076)	,480
Casado	5 (45,5)	9 (75,0)		
Divorciado	3 (27,3)	0 (0,0)		
Viudo	0 (0,0)	1 (8,3)		
Enfermedad física n (%)				
Si	7 (63,6)	8 (66,7)	0,23 (,879)	,032
No	4 (36,4)	4 (33,3)		

* $p < ,05$

^aPara variables continuas se utilizó la U de Mann-Whitney y para las no continuas Chi cuadrado

^bPara tamaño del efecto se utilizó r de Rosenthal y Phi de Cramer

Respecto a las variables relacionadas con la dependencia al tabaco, los resultados obtenidos se reflejan en la Tabla 2. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las variables relacionadas con la dependencia al tabaco entre ambos grupos GA y GNA.

Tabla 2

Diferencias en variables relacionadas con la dependencia al tabaco entre el Grupo de Adherencia (GA) y Grupo de No Adherencia (GNA)

VARIABLES	GA (n=11)	GNA (n=12)	Z / χ^2 (p) ^a	r/ ϕ ^b
Depend. Física <i>M (DT)</i>	5,73 (2,53)	6,00 (1,595)	0,404 (,686)	,084
Depend. Psicol. <i>M (DT)</i>	20,82 (8,304)	22,50 (6,829)	0,587 (,557)	,116
Motiv. Dejar fum. <i>M (DT)</i>	8,36 (1,748)	7,83 (1,850)	0,723 (,470)	,098
Métodos anteriores <i>n (%)</i>				
Por si mismo	6 (54,5)	7 (58,3)	8,490 (,75)	
Fármacos	1 (9,1)	5 (41,7)		
Terapia psicológica	2 (18,2)	0 (0,0)		
Otros	1 (9,1)	0 (0,0)		
Tiemp.máx.sinfum <i>M(DT)</i>	3,00 (1,897)	3,08 (1,564)	0,63 (,950)	,131
Nºcigarrillos antes <i>M (DT)</i>	19 (13,431)	19,92 (12,479)	0,450 (,653)	,093
1ª vez asiste grupo <i>n (%)</i>				
Si	8 (72,7)	8 (66,7)	0,100 (,752)	,066

* $p < ,05$

^aPara variables continuas se utilizó la U de Mann-Whitney y para las no continuas Chi cuadrado

^bPara tamaño del efecto se utilizó r de Rosenthal y Phi de Cramer

En la Tabla 3, se presentan los resultados obtenidos para las variables psicológicas. Al comparar las diferencias de medias obtenidas se puede observar como no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos GA y GNA, en relación a la adherencia.

Tabla 3

Diferencias en variables psicológicas entre el Grupo de Adherencia (GA) y Grupo de No Adherencia (GNA)

Variables	GA		GNA		Z (p)	r
	(n=11)		(n=12)			
	M	DT	M	DT		
Locus de control	11,18	2,601	10,75	4,288	,495	(,620) ,103
Deseabilidad social	19,45	4,967	17,33	4,774	1,176	(,240) ,245
Asertividad	-40,82	19,260	-29,42	10,370	1,416	(,157) ,295
Depresión	10,45	4,906	16,75	10,288	1,634	(,102) ,34

* $p < ,05$

En segundo lugar, se compararon los grupos GABS y GNABS en cuanto a variables sociodemográficas, variables relacionadas con la dependencia al tabaco y otras variables psicológicas. Como se observa en la Tabla 4, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las variables sociodemográficas entre los grupos de GABS y de GNABS.

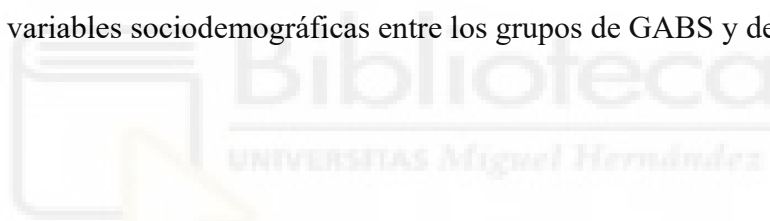


Tabla 4

Diferencias en variables sociodemográficas entre el Grupo de Abstinencia (GABS) y Grupo de No Abstinencia (GNABS)

Variables	GABS	GNABS	Z / χ^2 (p) ^a		r/ ϕ ^b
	(n=9)	(n=14)			
Edad M (DT)	58,22 (10,779)	54,79 (9,258)	1,073	(,283)	,223
Sexo n (%)					
Masculino	3 (33,3)	6 (42,9)	0,210	(,646)	,095
Femenino	6 (66,7)	8 (57,1)			
Estado civil n (%)					
Soltero	2 (22,2)	3 (21,4)	9,511	(,23)	,592
Casado	3 (33,3)	11 (78,6)			
Divorciado	3 (33,3)	0 (0,0)			
Viudo	1 (11,1)	0 (0,0)			
Enfermedad física n (%)					
Si	7 (77,8)	8 (57,1)	1,064	(,302)	,211
No	2 (22,2)	6 (42,9)			

* $p < ,05$

^aPara variables continuas se utilizó la U de Mann-Whitney y para las no continuas Chi cuadrado

^bPara tamaño del efecto se utilizó r de Rosenthal y Phi de Cramer

En la Tabla 5 se encuentran las diferencias obtenidas entre los grupos de GABS y GNABS para las variables relacionadas con la dependencia al tabaco. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos a favor del grupo GNABS en las variables dependencia física ($Z=2,037$; $p< ,05$) y número de cigarrillos que fumaban antes de comenzar el grupo ($Z= 2,271$; $p< ,05$).

En la Tabla 6, se puede observar como no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las variables psicológicas estudiadas entre el grupo GABS y el grupo GNABS. Por lo que se podría concluir que las variables seleccionadas no se relacionan con la abstinencia al tabaco tras finalizar el grupo de tratamiento.

Tabla 5

Diferencias en variables relacionadas con la dependencia al tabaco entre el Grupo de Abstinencia (GABS) y Grupo de No Abstinencia (GNABS)

Variabes	GABS (n=9)	GNABS (n=14)	Z / χ^2 (p) ^a	r/ ϕ ^b
Depend. Física M (DT)	4,78 (1,48)	6,57 (2,1)	2,037 (,042*)	,424
Depend. Psicol. M (DT)	21,00 (8,888)	22,14 (6,678)	,348 (,728)	,072
Motiv. Dejar fum. M (DT)	7,89 (2,147)	8,21 (1,578)	,225 (,822)	,047
Métodos anteriores n (%)				
Por si mismo	5 (55,6)	8 (57,1)	5,828 (,212)	,442
Fármacos	2 (22,2)	4 (28,6)		
Terapia psicológica	0 (0,0)	2 (14,3)		
Otros	1 (11,1)	0 (0,0)		
No	1 (11,1)	0 (0,0)		
Tiemp.máx.sinfum M(DT)	3,44 (1,740)	2,79 (1,672)	1,034 (,301)	,215
Nº cigarrillos antes M(DT)	12,67 (6,185)	23,86 (13,950)	2,271 (,023*)	,47
1ª vez asiste a grupo n (%)				
Si	8 (88,9)	8 (57,1)	2,867 (,090)	,337
No	1 (11,1)	6 (42,9)		
Nº de sesiones M (DT)	9 (1,58)	6,86 (2,98)	1,76 (,077)	,36

* $p< ,05$

^aPara variables continuas se utilizó la U de Mann-Whitney y para las no continuas Chi cuadrado.

^bPara tamaño del efecto se utilizó r de Rosenthal y Phi de Cramer

Tabla 6

Diferencias en variables psicológicas entre el Grupo de Abstinencia (GABS) y Grupo de No Abstinencia (GNABS)

Variables	GABS		GNABS		Z (p)	r
	(n=9)		(n=14)			
	M	DT	M	DT		
Locus de control	11,44	1,51	10,64	4,38	,475 (,635)	,099
Deseabilidad social	18,22	5,310	18,43	4,783	,032 (,975)	,006
Asertividad	-34,11	18,238	-35,36	15,113	,473 (,636)	,098
Depresión	12,56	6,839	14,50	9,757	,284 (,776)	,059

*Nota: $p < ,05$

Tras las comparaciones se realizó un análisis de regresión logística binaria con el objetivo de crear un modelo que permitiera predecir el éxito o no del tratamiento en base a ciertas variables. Se incluyeron 3 variables: dependencia física ($Z=2,037$; $p < ,05$) y número de cigarrillos que fumaban antes de comenzar el grupo de terapia ($Z= 2,271$; $p < ,05$), ambas con diferencias estadísticamente significativas y número de sesiones a las que asistieron por tener un tamaño del efecto moderado ($r= 0,36$). Se obtuvo una ecuación de regresión estadísticamente significativa con una Chi cuadrado de 13,409, una R^2 de Nagelkerke de 0,59 como valor de la varianza explicada por el modelo y un 82,6 como porcentaje de casos clasificados correctamente.

En la Tabla 7, se puede observar como el número de sesiones a las que habían asistido ($OR=2,268$; $p < ,05$), de 9 sesiones en adelante, sería el mejor predictor para que los participantes del grupo dejen de fumar y que de esta manera, funcione el tratamiento. Por tanto, a mayor número de sesiones del grupo de terapia a las que se hubiera asistido existiría una mayor probabilidad de cambio.

Tabla 7

Resultados para la regresión logística binaria para predecir el éxito terapéutico

Variables predictoras	<i>B</i>	<i>E.E</i>	<i>Wald</i>	<i>OR</i>	<i>I.C. 95,0% para OR</i>	<i>p</i>
Dependencia física	-0,125	,361	,120	,882	,435-1,792	,729
Nº cigarros fuma antes grupo	-2,23	,125	3,185	,800	,626-1,022	,074
Nº de sesiones	,819	,400	4,191	2,268	1,035-4,967	,041*

*Nota: $p < ,05$

DISCUSIÓN

En primer lugar, mencionar que respecto a las variables sociodemográficas, no se encontró que el tener una enfermedad física influyera en la abstinencia al tabaco, al igual que hallaron en estudios como el de Godoy et al. (2016).

En base a la primera hipótesis planteada y a los resultados obtenidos, se puede observar como la hipótesis se rechazaría porque no se hallaron diferencias estadísticamente significativas para las variables dependencia psicológica y motivación para dejar de fumar y únicamente las variables dependencia física y número de cigarrillos fumados antes de comenzar el tratamiento estarían relacionadas con la abstinencia a la nicotina.

El número de cigarrillos que fumaban antes de grupo, parece estar relacionado con la abstinencia, tal y como hallaron Curtin, Brown y Sales (2000) que encontraron que a mayor cantidad de cigarrillos fumados existía mayor probabilidad de continuar con la conducta adictiva de fumar. Estudios como el de Nardone et al. (2019) indicaban que una dependencia alta a la nicotina estaría relacionada con la no abstinencia a la nicotina, coincidiendo con los resultados que se obtuvieron en los que se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la variable dependencia física entre los grupos GABS y GNABS.

Por otra parte, no se encontró relación entre el número de cigarrillos y la adherencia terapéutica entre los grupos GA y GNA, lo que difiere de los resultados del estudio de Curtin, Brown y Sales (2000) en el que hallaron que un mayor número de cigarrillos fumados se

relacionaría con una menor adherencia.

Respecto a la adherencia, tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos GA y GNA para las variables dependencia física, dependencia psicológica y motivación para dejar de fumar pudiendo deberse a que las puntuaciones medias obtenidas en dichas variables fueron prácticamente iguales en ambos grupos.

En cuanto a la segunda hipótesis relacionada con las variables psicológicas seleccionadas, la adherencia y la abstinencia, la hipótesis se rechazaría y se podrían establecer diversas conclusiones. Curtin, Brown y Sales (2000) y Vázquez y Becoña (1998) encontraron relación entre la presencia de sintomatología depresiva, el abandono del tratamiento y la dificultad para dejar de fumar; en base a los resultados obtenidos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de GA y GNA ni en los de GABS y GNABS.

Por otra parte, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas para la adherencia y la abstinencia entre los grupos GA y GNA y los grupos GABS y GNABS y la variable de locus de control, dato que difiere de los resultados de estudios como el de Stuart, Borland y McMurray (1994) que encontraron relación entre la presencia de locus de control interno y abstinencia. Todos los participantes del grupo de terapia, obtuvieron un resultado de locus de control externo en la escala empleada para evaluarlo, lo que podría relacionarse con los hallazgos de estudios como el de Contreras, Molina y Cano (2012) en que se encontró relación entre la presencia de locus de control externo y consumo de sustancias en adolescentes, aunque nuestra muestra sea de adultos.

En cuanto a la asertividad y la deseabilidad social, las investigaciones muestran que las personas fumadoras con alto grado de asertividad tienden a finalizar el tratamiento (Leal, Ocampo y Cicero, 2010). El presente estudio informa de que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de asertividad que se relacionen con la asistencia al grupo de terapia y la abstinencia al tabaco. Estudios como el de Martínez-Lorca y Alonso-Sanz (2003) hablan de la asertividad como factor de protección en la adolescencia pero la edad media de nuestra muestra es mayor.

Tampoco se encontraron diferencias para la variable de discapacidad social, lo que parecería indicar que esta variable no influiría respecto a la adherencia y a la abstinencia pero la puntuación media del grupo GA en discapacidad social es más elevada que el grupo GNA, lo que se podría tener en cuenta para posibles investigaciones futuras.

Respecto a la tercera hipótesis de trabajo, del estudio parece confirmarse la relación entre una buena adherencia terapéutica y el aumento de las posibilidades de que los participantes dejen de fumar y que funcione el tratamiento, ello se corresponde con estudios como los de Sabate y Staff (2003) o el de Westman, Behm, Simel y Rose (1997) en los que se informaba de que una baja adherencia se relacionaría con la baja aceptabilidad del tratamiento y que la adherencia determinaría la efectividad del tratamiento.

Resulta importante destacar el hecho de que hay estudios que indican que aproximadamente un 40% de los pacientes, no tienen buena adherencia al tratamiento (Salvador y Ayesta, 2009) y que en el caso de las adicciones, disminuye (Haynes, McDonald y Garg, 2002), dato que se corresponde con los participantes de nuestro estudio ya que un 52,17 % no han presentado una buena adherencia o asistencia a las sesiones grupales de tratamiento.

El presente estudio contó con una serie de limitaciones. La limitación principal sería el reducido tamaño muestral con el que se contó, ya que ello podría haber influido en que la muestra no sea representativa y que no se puedan generalizar los resultados obtenidos.

Por otro lado, durante el estudio se valoró el mantenimiento de la abstinencia a la nicotina hasta que finalizó el grupo de terapia pero convendría un seguimiento y valoración de la abstinencia de los participantes a largo plazo.

De cara a las posibles investigaciones futuras sería conveniente considerar la realización de estudios experimentales con grupos de control para continuar estudiando las variables relacionadas con la adherencia terapéutica y la abstinencia a la nicotina a largo plazo.

Como conclusión cabe resaltar la importancia de la asistencia a las sesiones del grupo de tratamiento para conseguir la abstinencia al tabaco. Una recogida de información completa sobre la

información relacionada con la adicción de cada participante y una posible sesión grupal de carácter motivacional antes del comienzo del grupo, para resaltar la importancia de la asistencia, podría aumentar la probabilidad de la asistencia al grupo y de conseguir la abstinencia al tabaco.

Resulta importante continuar investigando en profundidad sobre las posibles variables relacionadas con la adherencia al tratamiento y la abstinencia al tabaco y así poder construir un modelo que permita predecir la probabilidad de que un paciente se adhiera al tratamiento y de que consiga la abstinencia a la nicotina. Esto podría ser de gran ayuda para personalizar ciertos aspectos de la terapia y reforzar con intervención individual u otras acciones el tratamiento, en los casos que resultara preciso, aumentando las probabilidades de éxito de la terapia grupal.



REFERENCIAS

- Almaraz, D.A. y Alonso, M.M. (2018). Terapia cognitivo conductual para dejar de fumar: Revisión sistemática. *Enfermería comunitaria*, 14, e11470.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition manual*, San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Becoña, E., Fernández del Río, E., López-Durán, A., Martínez, U., Martínez, C. y Rodríguez, R.A. (2014). El tratamiento psicológico de la dependencia del tabaco. Eficacia, barreras y retos para el futuro. *Papeles del Psicólogo*, 35 (3), 161-168.
- Becoña, E. y Mínguez, M. (2007). Dejar de fumar desde casa: "El Programa 2001 para Dejar de Fumar". *Psicooncología*, 3 (2-3), 319-336.
- Becoña, E. y Vázquez, F. (1998). The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports*, 83, 1455-1458.
- Camarelles, F., Asensio, A., Jiménez-Ruiz, C., Becerril, B., Rodero, D. y Vidaller, O. (2002). Efectividad de la intervención grupal para la deshabituación tabáquica. Ensayo clínico aleatorizado. *Medicina Clínica*, 119, 53-57. doi: 10.1016/S0025-7753(02)73312-5
- Carballo, J.L., Fernández-Hermida, J.R., Sobell, L.C., Dum, M., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., ... Alhalabí-Díaz, S. (2008). Differences among substance abusers in Spain who recovered with treatment or on their own. *Addictive Behaviors*, 33, 94-105.
- Contreras, L., Molina, V., y Cano, M.C. (2012). Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas. *Adicciones*, 24 (1), 31-38.
- Curtin, L., Brown, R.A. y Sales, S.D. (2000). Determinants of attrition from cessation treatment in smokers with a history of major depressive disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14, 134-142.
- De Leon, J., Becoña, E., Gurpegui, M., González-Pinto, A. y Díaz, F.J. (2002). The association between high nicotine dependence and severe mental illness may be consistent across countries. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 812-816.

- Doll, R., Peto, R., Boreham, J. y Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ Journals*, 328, 1519-1528.
- Doran, C.M., Valenti, L., Robinson, M., Britt, H. y Mattick, R.P. (2006). Smoking status of Australian general practice patients and their attempts to quit. *Addictive Behaviors*, 31 (5), 758-766.
- Durmuş Koçok, N., Eren, A., Sibel, B., Ülkü Aka, A., Ülkem Angin, Ö., Sibel, A y Aysun, S. (2015). Relapse rate and factors related to relapse in a 1-year follow-up of subjects participating in a smoking cessation program. *Respiratory care*, 60 (12), 1796-1803.
doi: 10.4187/respcare.03883
- El-Khoury Lesueur, F., Bolze, C. y Melchior, M. (2018). Factors associated with successful vs. unsuccessful smoking cessation: Data from a nationally representative study. *Addictive behaviors*, 80, 110-115.
- Fagerstrom, K.O., Kunze, M., Schoberberger, R., Breslau, N., Hughes, J.R., Hurt, R.D., ... Zatonski, W. (1996). Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers. *Tobacco Control*, 5 (1), 52-56.
- Ferrando, P.J. y Chico, E. (2000). Adaptación y análisis psicométrico de la escala de discapacidad social de Marlowe y Crowne. *Revista Psicothema*, 12, nº3, 383-389.
- Ferrando, P.J., Demestre, J., Anguiano-Carrasco, C. y Chico, E. (2011). Evaluación TRI de la Escala I-E de Rotter: Un nuevo enfoque y algunas consideraciones. *Psicothema*, 23 (nº2), 282-288.
- Godoy, R., Callejas, F.J., Tornero, A.I., Molina, A., Agustín, F. y Tárraga, P.J. (2016). Factores asociados al éxito de los tratamientos del tabaquismo. *Journal of negative and no positive results*, 1 (4), 131-137. doi: 10.19230/jonnpr.2016.1.4.1028
- Gustafson, R. (1992). A Swedish psychometric test of the Rathus Assertiveness Schedule. *Psychological Reports*, 71 (6), 479. doi: 10.2466/pr0.71.6.479-482
- Haynes, R.B., McDonald, H.P. y Garg, A.X. (2002). Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. *Journal of American Medical Association*, 288 (22), 2880-2883.

- Lassi, G., Taylor, A.E., Mahedy, L., Heron, J., Eisen, T y Munafo, M.R. (2019). Locus of control is associated with tobacco and alcohol consumption in young adults of the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Royal Society Open Science*, 6.
<http://dx.doi.org/10.1098/rsos.181133>
- 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 (4), 489-497.
- Leiva, K. y Quesada, V. (2019). Nuevas estrategias farmacológicas para el tratamiento de cesación de tabaco. *Revista Médica Sinergia*, 4 (6), 73-80. doi: <https://doi.org/10.31434/rms.v4i6.246>
- Martínez-Lorca, M. y Alonso-Sanz. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación?. *Adicciones*, 15 (2), 145-158.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). Encuesta Nacional de Salud de España 2017. Recuperado de:
<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España, 2000-2014. Recuperado de:
<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/MuertesTabacoEspana2014.pdf>
- Morphett, K., Patridge, B., Gartner, C., Carter, A. y Hall, W. (2015). Why don't smokers want help to quit? A qualitative study of smokers' attitudes towards assisted vs. unassisted quitting. *International Journal of Environment Research Public Health*, 12 (6), 6591-6607.
- Nardone, N., Benowitz, N.L., Smith, T.T., Denlinger-Apte, R., Hatsukami, D.K., Koopmeiners, J.S., ... Donny, E.C. (2019). Reasons for non-compliance in a trial of reduced nicotine cigarettes. *Tobacco Regulatory Science*, 5, 87-93. doi: <https://doi.org/10.18001/TRS.5.1.8>
- Nerín, I., Crucelaegui, A., Novella, P., Beamonte, A., Sobradie, N., Bernal, V. y Gargallo, P. (2005). Evaluación de la dependencia psicológica mediante el test Glover-Nilsson en el tratamiento del tabaquismo. *Archivos de Bronconeumología*, 41, 493-498. doi: 10.1157/13078651

- Nerín, I., Novella, P., Beamonte, A., Gargallo, P., Jiménez-Muro, A y Marqueta, A. (2007). Resultados del tratamiento del tabaquismo en una unidad especializada. *Archivos de Bronconeumología*, 43 (12), 669-673.
- Parish, S., Collins, R., Peto, R., Youngman, L., Barton, J., Jayne, K., ... Cederholm-Williams, S. (1995). Cigarette smoking, tar yields and non-fatal myocardial infarction: 14.000 cases and 32.000 controls. *BMJ Journals*, 311, 471-477.
- Pascual, J.F., De la Cruz, E., Bustamante, R., Buades, M.R., Contreras, C. y Castillo, C. (2006). Abstinencia de tabaquismo tras 12 meses de seguimiento en una unidad de tabaquismo integral. *Medicina Clínica*, 126 (nº16), 0-640. doi: 10.1157/13087715
- Pérez-Milena, A., Martínez-Fernández, M.L., Redondo-Olmedilla, M., Álvarez, C., Jiménez, I y Mesa, I. (2012). Motivaciones para el consumo de tabaco entre los adolescentes de un instituto urbano. *Gaceta Sanitaria*, 26 (1), 51-57. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.03.021
- Pirnia, B., Akhondi, M., Pirnia, K., Malekanmehr, P., Farzaneh, S., Deilaml, K., ... Zahiroddin, A. (2019). A single-case experimental design to study the combination of cognitive-behavioral therapy and pharmacotherapy for smoking cessation. *Crescent Journal of Medical and Biological Sciences*, 6 (1), 136-139.
- Rath, J.M., Sharma, E. y Beck, K.H. (2013). Reliability and validity of the Glover-Nilsson smoking behavioral questionnaire. *American Journal Health Behavior*, 37 (3), 310-317. doi:10.5993/AJHB.37.3.3.
- Rathus, S.A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior therapy*, 4 (Issue 3), 398-406. doi: [10.1016/S0005-7894\(73\)80120-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(73)80120-0)
- Richmond, R.L., Kehoe, L.A. y Webster, I.W. (1993). Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*, 88, 1.127-1.135.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (nº1), (Whole No 609).
- Sabate, E. y Staff, W. (2003). Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Geneva:

World Health Organization. Recuperado de:

https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

Salvador, M. y Ayesta, F.J. (2009). La Adherencia Terapéutica en el Tratamiento del Tabaquismo. *Intervención Psicosocial*, 18 (nº3), 233-244.

Samet, J.M. (2002). Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. *Salud pública de México*, 44, suplemento 1.

Sanz, J., Perdigón, A.L y Vázquez, C. (2003). Adaptación española al Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14 (3), 249-280.

Smith, A.L., Chapman, S. y Dunlop, S.M. (2015). What do we know about unassisted smoking cessation in Australia? A systematic review, 2005-2012. *Tobacco control*, 24, 18-27.
doi:10.1136/tobaccocontrol-2013-051019

Stead, L.F., Carroll, A.J. Y Lancaster, T. (2017). Group behavior therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
doi:10.1002/14651858.CD001007.pub3.

Stuart, K., Borland, R. y McMurray, N. (1994). Self-efficacy, health locus of control, and smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 19, 1-12. doi: 10.1016/0306-4603(94)90046-9

Vázquez, F. y Becoña, E. (1998). ¿El hábito de fumar tiene relación con la depresión?. *Psicothema*, 10 (2), 229-239.

Westman, E.C., Behm, F.M., Simel, D.L. y Rose, J.E. (1997). Smoking behavior on the first day of a quit attempt predicts long-term abstinence. *Archives of Internal Medicine*, 157 (3), 335-340.

World Health Organization. (2018). WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025, second edition. Recuperado de:

<https://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/trends-tobacco-smoking-second-edition/en/>