



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2017-2018

Trabajo Fin de Máster

Intervención psicológica breve combinada con vareniclina en la dependencia al tabaco: un estudio de caso con EPOC.

Autora: Verónica Vidal Arenas

Tutor: Dr. José Luis Carballo Crespo

Convocatoria: febrero 2017

Resumen

Pese a existir una amplia literatura sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos y farmacológicos para el abandono del tabaco, en fumadores con EPOC son necesarios más estudios que determinen qué tipo de intervención es la más adecuada. Por ello, y considerando las bajas tasas de abandono en esta población, el objetivo del estudio fue evaluar la efectividad de una intervención breve, basada en el modelo del Auto-cambio Dirigido (ACD), en combinación con la vareniclina en un caso de EPOC, asistido en el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA). La intervención farmacológica fue supervisada y controlada por un médico especialista de la Unidad de Neumología del HGUA. La intervención psicológica se compuso de cuatro sesiones, con una frecuencia semanal, de 45 minutos cada una y fue realizada por una psicóloga formada para tal fin. Los objetivos principales fueron motivar al cambio y disminuir la ambivalencia y dotar de estrategias de afrontamiento para reducir el consumo y prevenir recaídas. Se emplearon técnicas propias de la Entrevista Motivacional (EM), del modelo de Prevención de Recaídas (PR) y otras propias de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). Al término de la intervención la paciente dejó de fumar y se observó una alta motivación y autoeficacia, por lo que la intervención aplicada fue efectiva. Se discuten las implicaciones de los resultados observados en el abandono del tabaco en fumadores con EPOC.

Palabras clave: Dejar de fumar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, estudio de caso, intervención psicológica breve, farmacoterapia, vareniclina.

Abstract

There are a wide variety of researches about the efficacy treatments to achieve smoking cessation. However, for smokers with COPD, there is a lack of literature and it is essential to study what kind of treatments are more appropriate for these patients. Consequently, and taking into account the low abstinence rates in this group of smokers, the aim of this study was to evaluate the effectiveness of brief psychotherapy in a clinical trial suffering from COPD to stop smoking. Based on the Guide-self Change model, it's combined with varenicline drug, at the General University Hospital of Alicante (GUHA). The pharmacological intervention was provided by a Doctor specialized in the pneumology area of GUHA. The psychological intervention was carried out over four 45 minutes' weekly sessions by a trained psychologist. Its main goals were to encourage changing strategies to decrease the ambivalence, reduce tobacco usage and prevent relapses. Motivational Interviewing (MI), Relapse Prevention (RP) and other techniques derived from Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) were used. At the end of the treatment the patient quit tobacco and high levels of motivation and self-efficacy were observed. Therefore, it can be concluded that the intervention was effective in this clinical trial. The implications of these outcomes for smoking cessation treatment in smokers with COPD are discussed.

Keywords: smoking cessation, chronic obstructive pulmonary disease, clinical trial, brief psychotherapy, drug therapy, varenicline.

Introducción

España se sitúa entre los cinco primeros países con mayor prevalencia de consumo de tabaco diario (OECD, 2015), estimado en un 30,8% según los últimos informes (OEDA, 2017). A nivel nacional, el tabaco se ha relacionado con más de 70000 muertes al año y con la mitad de los casos de cáncer registrados (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016). Asimismo, el 80 % de las patologías respiratorias relacionadas con el tabaco (23%) son de tipo obstructivas crónicas (EPOC), donde más de un millón de españoles no reciben un tratamiento adecuado y menos del 50% de los pacientes diagnosticados que fuman abandonan el tabaco (Jiménez-Muro, Samper, Marqueta, Rodríguez, y Nerín, 2012).

En este sentido, algunos estudios han evidenciado que los fumadores con EPOC presentan características que se podrían relacionar con las bajas tasas de abandono, como tener mayor dependencia al tabaco, menor autoeficacia, más años de consumo regular y baja intención de cambio, pues menos del 40% de los fumadores con EPOC han intentado dejar de fumar alguna vez (Jiménez-Ruiz et al., 2001).

Las intervenciones para dejar de fumar son diversas, donde actualmente la terapia psicológica multicomponente con prevención de aumento de peso es la recomendada por la *Society of Clinical Psychology* para población general fumadora (American Psychological Association, 2016). No obstante, las opciones existentes se pueden agrupar en intervenciones farmacológicas, consejo conductual intensivo y tratamientos psicológicos multicomponente y una combinación de ambas (Fiore et al., 2008; Hartmann-Boyce, Stead, Cahill y Lancaster, 2013; van Eerd, van der Meer, van Schayck y Kotz, 2016). Los estudios sobre la eficacia de estas opciones de intervención presentan datos similares en fumadores con y sin EPOC (van Eerd et al., 2016).

En esta línea, recientes metaanálisis sobre la eficacia de los tratamientos farmacológicos, en población fumadora con y sin EPOC, destacan la vareniclina en comparación con el bupropión o la terapia sustitutiva con nicotina (Cahill, Lindson-Hawley, Thomas, Fanshawe, y Lancaster, 2016; van Eerd et al., 2016). La vareniclina también muestra mejores resultados de eficacia frente al placebo, presentando un riesgo relativo (RR) de 2,24 (IC=2,06-2,43; n=12625) en población general fumadora en la abstinencia prolongada de seis meses. También se ha mostrado eficaz en fumadores con EPOC en la abstinencia prolongada a los 12 meses, presentando un RR de 3,35 (IC=1,89-5,94; n=504), superior al observado en población general (van Eerd et al., 2016).

Sin embargo, el uso de la vareniclina presenta diversas limitaciones relacionadas con la respuesta al fármaco y con el cumplimiento terapéutico (Cahill et al., 2016; Frandsen y Ferguson, 2014). La vareniclina se ha relacionado con muchos efectos secundarios, por ejemplo, náuseas o vómitos, y eventos adversos graves, pudiendo aumentar hasta un 25% la probabilidad de que aparezcan infecciones, alteraciones en el estado de ánimo o incluso ideaciones suicidas. Además, su uso está contraindicado en pacientes que presentan o tienen una alta probabilidad de tener problemas cardiovasculares (Cahill et al., 2016). De igual forma, se observan limitaciones en cuanto al cumplimiento terapéutico, pues algunos estudios han encontrado que solo el 15% habían consumido la vareniclina las 12 semanas pautadas (Frandsen y Ferguson, 2014).

Otra de las opciones terapéuticas es el consejo conductual intensivo, recomendada incluso en pacientes con alta dependencia, caracterizado principalmente por tener más de cuatro sesiones de al menos 10 minutos cada una (Fiore et al., 2008). Los estudios han mostrado que este formato de intervención incrementa las tasas de abstinencia en fumadores en 1,9 veces, en el caso de realizar más de cuatro sesiones, y 2,3 veces, en el caso de realizarlas durante más de diez minutos. Sin embargo, el número y duración de las sesiones no parece presentar

ningún efecto en las tasas de abstinencia cuando se realiza en combinación con agonistas o sustitutivos nicotínicos (Stead, Koilpillai, Fanshawe, y Lancaster, 2016).

En el caso de fumadores con EPOC, no hay suficiente evidencia para valorar la eficacia del consejo intensivo. Sin embargo, sí se ha visto eficaz en combinación con tratamientos farmacológicos, observándose un RR de 2,53 (IC=1,83-3,50) en las tasas de abstinencia prolongada, superior al observado en fumadores sin EPOC (Stead et al., 2016; van Eerd et al., 2016).

Con respecto a los tratamientos psicológicos multicomponentes, son escasos los datos en población fumadora con EPOC. En población general, los datos indican una eficacia superior a largo plazo en comparación con otros tipos de intervención (Becoña et al., 2014), manteniendo su eficacia en fumadores con distintas características sociodemográficas o diferentes niveles de dependencia al tabaco, por ejemplo (Fiore et al., 2008). Asimismo, la eficacia de los tratamientos psicológicos multicomponentes no mejora sustancialmente en combinación con farmacoterapia (Becoña et al., 2014; Fernández Arias, García-Vera, y Sanz, 2014).

En base a la literatura previa, parece necesario contar con más estudios que ayuden a determinar el tratamiento más eficaz para el abandono del tabaco en fumadores con EPOC. Dado que, como destacaba el estudio de (Becoña et al., 2014), las terapias y técnicas incluidas en los estudios de metaanálisis resultan complejas de estudiar por la alta variabilidad en sus contenidos y formatos.

Atendiendo a las características que presentan los fumadores con EPOC, el tratamiento basado en el modelo de Auto-cambio Dirigido (ACD) puede ser muy adecuado para esta población, tanto por los objetivos que persigue y las técnicas empleadas para lograrlos, como por su eficacia demostrada en diferentes estudios (Sobell y Sobell, 2016). Por ejemplo, uno

de los objetivos que se persigue es motivar al cambio, y dada la baja intención de dejar de fumar que presentan esta población clínica (Jiménez-Ruiz et al., 2001), el ACD puede resultar útil para aumentar las tasas de abandono. Para ello, este modelo condensa varias líneas de intervención, como la Entrevista Motivacional (EM), que han mostrado buenos resultados en el tratamiento de las drogodependencias (Sobell y Sobell, 2016). Por otro lado, el ACD ha resultado eficaz en el tratamiento para el consumo de diferentes sustancias, en distintos tipos de poblaciones y/o rangos de edad y en diferentes modalidades de intervención, incluyendo población de habla hispana (Sobell, Wagner, Sobell, Agrawal, y Ellingstand, 2006; Sobell y Sobell, 2005).

Por todo ello, el presente estudio tuvo como objetivo principal aplicar y evaluar la efectividad de un tratamiento combinado de una intervención psicológica breve basada en el ACD más el uso de vareniclina para la adicción a la nicotina, en un caso de EPOC atendido en la Unidad de Neumología del Hospital General Universitario de Alicante.

Método

Participante

Identificación del paciente

La paciente era una mujer de 46 años, separada, sin estudios y autónoma, que se dedicaba al sector de servicios, siendo propietaria de un puesto de feria. Convivía con su pareja, la cual no fuma.

Motivo de consulta

Fue derivada a la Unidad de Neumología (UN) del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) por su médico de cabecera por tos persistente y expectoración para que le realizaran una valoración por sospecha de EPOC leve e iniciara un tratamiento para dejar de fumar. No presentaba otros problemas de salud graves y consumía un total de cuatro

fármacos para la tensión, azúcar, hierro y un antidepresivo. Refirió no estar consumiendo otras sustancias ni en la actualidad ni en el pasado. No refirió ningún tratamiento psicológico presente ni pasado.

Variables e instrumentos

En este estudio se realizaron dos momentos de evaluación. Para la *evaluación inicial* del caso se realizó una entrevista estructurada con objeto de describir la historia de consumo y motivos para el cambio, la dependencia al tabaco y otras variables psicológicas (Cuadro 1). Para la *evaluación durante el tratamiento* se valoró el consumo de tabaco, preparación para el cambio y cumplimiento terapéutico. Finalmente, la *evaluación de seguimiento* se planteó en el diseño del estudio inicial, pero no se pudo realizar.

Cuadro 1. *Fases de evaluación y variables incluidas*

VARIABLES	Evaluación inicial	Evaluación durante el tratamiento	Evaluación de seguimiento
- Historia de consumo y motivos para el cambio	X		
- Importancia y confianza para dejar de fumar	X	X*	
- Dependencia al tabaco	X		X**
- Otras variables	X		X
- Consumo de tabaco		X	X
- Preparación para el cambio		X	X
- Cumplimiento terapéutico		X	

* Se evalúa en la última sesión

** Se evalúa solo si la paciente sigue fumando tras la intervención psicológica

Evaluación inicial

La evaluación inicial se realizó antes del tratamiento, lo que ayudó a planificarlo. Así, además de tener como objetivo recabar datos para describir el caso, con esta evaluación

también se buscó que la paciente reflexionase sobre porqué quería iniciar el tratamiento y qué esperaba conseguir del mismo.

Historia de consumo y motivos para el cambio

La historia de consumo y motivos para dejar de fumar se evaluaron mediante preguntas habituales en las entrevistas iniciales con fumadores (Becoña, 1994) recogidas en un cuestionario elaborado ad-hoc de 5 ítems que recogía: edad de inicio de consumo, años de consumo regular, número de intentos previos de abandono, motivos para el cambio y los principales apoyos sociales.

Importancia y confianza para dejar de fumar

Se pidió a la paciente que valorase la importancia y confianza que tenía en conseguir dejar de fumar. Para ello se utilizó una escala que oscilaba de 0 (no tiene mucha importancia/ no creo que vaya a conseguir mi meta) a 100 (es lo más importante que quiero conseguir en mi vida en este momento/ definitivamente creo que conseguiré mi meta), preguntando a la paciente “¿En qué medida es importante para ti conseguir tu meta de dejar de fumar?” y “¿En qué medida confías en que conseguirás tu meta de dejar de fumar?” (Sobell y Sobell, 2005).

Dependencia al tabaco

La dependencia al tabaco se evaluó mediante el *Test de Fagerström modificado* (TFM) para la dependencia a la nicotina, compuesto por 6 ítems, clasificando en baja (<4 puntos), media (5-6 puntos) y alta (>7 puntos) dependencia. Diversos estudios han mostrado buenas propiedades psicométricas, con un alfa igual a 0,75 y un fiabilidad test-retest de 0,91 en población general adulta fumadora y también española (Fagerstrom y Schneider, 1989; Mushtaq y Beebe, 2017; Sancho, 2015).

También se evaluó la dependencia psicológica, social y gestual al tabaco mediante el *Test de Glover-Nilsson* (TGN; Glover et al., 2005), que se compone de 11 ítems (escala tipo

Likert) que clasifican en cuatro niveles: dependencia leve (0-11 puntos), moderada (12-22 puntos), fuerte (23-33 puntos) y muy fuerte (34-44 puntos).

Otras variables psicológicas

Se evaluó la sintomatología ansioso-depresiva y la motivación, puesto que son variables que pueden influir en el proceso de dejar de fumar (Martínez-Vispo y Becoña, 2016; Ussher, Kakar, Hajek, y West, 2016).

Para ello se administró la *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria* (HADS), compuesta por dos sub-escalas que evalúan ansiedad (HADS- A) y depresión (HADS- D), de 7 ítems cada una, puntuadas con una escala de tipo Likert, de 0 a 3. Una puntuación superior o igual a 11 es indicativo de presencia de sintomatología ansioso-depresiva, categorizando cada subescala en un nivel de gravedad normal (de 0 a 7 puntos), medio (8 a 10 puntos), moderado (de 11 a 14 puntos) y severo (de 15 a 21 puntos). La escala tiene una alta consistencia interna con un alfa de 0,86 para ambas sub-escalas y una elevada fiabilidad test-retest con un coeficiente de correlación superior a 0,85 (Quintana et al., 2003).

Por otro lado, la motivación fue evaluada con el *Test de motivación de Richmond* (TMR; Richmond, Kehoe, y Webster, 1993) que consta de 4 ítems de escala tipo Likert (de 0 a 3) y se clasifica según la puntuación en baja (≤ 4 puntos), moderada (5-6 puntos) y alta motivación (≥ 7 puntos) para dejar de fumar.

Evaluación durante el tratamiento

La evaluación durante el tratamiento tuvo como objetivo principal recoger información para evaluar la efectividad del tratamiento aplicado. También tuvo como finalidad ofrecer feedback a la paciente durante toda la intervención sobre su conducta, ayudándole a tomar decisiones y valorar sus cambios.

Consumo de tabaco

Para obtener una estimación retrospectiva del consumo de tabaco se utilizó un autorregistro conocido como *Time Line Followback* (TLFB) que ha mostrado buenas propiedades psicométricas (Robinson, Sobell, Sobell, y Leo, 2014). Este instrumento se presenta como un calendario, donde el paciente va anotando al inicio de la sesión el número de cigarros que consume cada día.

Preparación para el cambio

Se evaluó mediante una *regla motivacional*, un instrumento de escala, que va de 1 (no estoy preparada para dejarlo) a 10 (estoy completamente preparada para dejarlo), y que permite que el terapeuta identifique el nivel de motivación y autoeficacia del paciente (Miller y Rollnick, 2012; Sobell y Sobell, 2016).

Cumplimiento terapéutico

También se evaluó el cumplimiento terapéutico, en relación con la intervención psicológica, en términos de número de sesiones a las que la paciente asistió. En lo referente a la intervención farmacológica se evaluó en base al número total de semanas de consumo del fármaco, efectos secundarios y/o cambios en la pauta inicial.

Descripción del tratamiento combinado

Para el tratamiento se combinó una intervención breve basada en el modelo Auto-cambio Dirigido (ACD) más el uso de la vareniclina (*véase Cuadro 2*). El modelo de ACD emplea estrategias propias de la Entrevista Motivacional (EM; Miller, 1983; Miller y Rollnick, 2012), del modelo de Prevención de Recaídas (PR; Marlatt y Donovan, 1985) y de la terapia cognitivo-conductual. Así, se emplea un estilo de comunicación centrado en el paciente, evitando la confrontación, resolviendo las resistencias y la ambivalencia. Además, se

incluyen diferentes estrategias de afrontamiento y técnicas cognitivas enfocadas a la PR que, además, están recogidas en las guías internacionales (Fiore et al., 2008).

Los principales elementos y/o características del ACD son (1) el uso de autorregistros para controlar el propio consumo durante la intervención, (2) la elección del objetivo respecto al consumo es elegida por el/la paciente (abstinencia o reducción de consumo), (3) se ofrece información personalizada, por ejemplo el grado de dependencia que presenta al tabaco, (4) se proponen tareas y lecturas breves con el fin de trabajar aspectos relevantes de su conducta de consumo y, finalmente, (5) se utilizan estrategias de afrontamiento para la PR (Sobell y Sobell, 2005).

Asimismo, en este trabajo se incluyeron otras técnicas para ayudar a la paciente a controlar los síntomas de abstinencia y prevenir el consumo, como la Reducción Progresiva de Ingestión de Nicotina y Alquitrán (RGINA; Becoña, 1993) y estrategias de afrontamiento de control de la activación psicofisiológica, como la respiración profunda.

Procedimiento

La intervención fue llevada a cabo en el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), en las instalaciones de la Unidad de Psicología Hospitalaria (UPH). La paciente fue evaluada en la Unidad del Neumología (UN), donde se le facilitó una hoja informativa sobre las características de la intervención, los costes/beneficios, los posibles riesgos y se le explicó cómo se procedería, pudiendo resolver sus dudas. Posteriormente firmó el consentimiento informado. Esta intervención se enmarca en la investigación llevada a cabo por la Unidad de Conductas Adictivas e Intervención Breve (UCAB), de la Universidad Miguel Hernández (UMH), el cual fue aprobado por el comité ético del HGUA.

Así, el trabajo desarrollado se resume en el *Cuadro 2*. En lo referente al tratamiento farmacológico, la vareniclina fue pautaada y supervisada por un médico especialista de la UN.

Por otro lado, la intervención psicológica fue realizada por una psicóloga formada para tal fin. Además, recibió asesoramiento y apoyo, durante toda la intervención, del equipo de psicólogos especialistas de la UCAB.

Cuadro 2. *Estructuración del tratamiento combinado aplicado*

<i>Semana</i>		
0	Evaluación inicial	
1	<i>Intervención Farmacológica</i>	<i>Intervención Psicológica</i>
	2 tomas durante 3 días de 0,5 mg	
	2 tomas durante 4 días de 1 mg	
		Sesión 1
2-5	2 tomas diarias de 1 mg	Sesión 2
		Sesión 3
		Sesión 4
6-12	2 tomas diarias de 1 mg	
		Seguimiento
13	Planificación de retirada	

Durante la evaluación inicial, se le explicó a la paciente en qué consistía el tratamiento, se le facilitaron los materiales para la primera sesión y se le explicó cómo utilizar y rellenar los autorregistros de consumo para que comenzase el registro antes de iniciar la intervención psicológica.

Descripción de la intervención psicológica

La intervención psicológica se compuso de un total de cuatro sesiones (Cuadro 3), con una frecuencia semanal, de 45 minutos cada una. El objetivo general de la intervención fue ayudar a la paciente a cambiar su consumo de tabaco.

Cuadro 3. *Objetivos y tareas durante el tratamiento*

Sesión	Objetivos de la sesión	Tareas para casa
1	<ol style="list-style-type: none"> 1) Revisar la evolución del consumo (TLFB) 2) Ofrecer información personalizada basada en la evaluación inicial 3) Realizar un balance decisional 4) Evaluar la preparación para el cambio 5) Explicar las tareas para casa 	<ul style="list-style-type: none"> - Lectura: Sustancias químicas en el tabaco. - Autorregistro de consumo
2	<ol style="list-style-type: none"> 1) Revisar la evolución del consumo (TLFB) 2) Explicar e identificar síntomas de abstinencia 3) Explicar estrategias para controlar el síndrome de abstinencia 4) Evaluar la preparación para el cambio 5) Explicar las tareas para casa 	<ul style="list-style-type: none"> - Lectura: Ideas para venir el aumento de peso - Actividad: Coste económico de fumar, cómo afecta a la familia y ejercicio de identificación de detonantes. - Autorregistro de consumo
3	<ol style="list-style-type: none"> 1) Revisar la evolución del consumo (TLFB) 2) Identificar situaciones de alto riesgo 3) Diseñar planes de acción 4) Prevenir el aumento de peso 5) Evaluar la preparación para el cambio 6) Explicar las tareas para casa 	<ul style="list-style-type: none"> - Lectura: Montaña “dejar de fumar”. - Actividad: Carta de despedida al tabaco - Autorregistro de consumo
4	<ol style="list-style-type: none"> 1) Revisar la evolución del consumo (TLFB) 2) Discutir las recaídas como un proceso de aprendizaje 3) Dotar de estrategias de afrontamiento de la activación psico-fisiológica. 4) Evaluar la preparación para el cambio 5) Finalizar el tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - CD Auto-guía para la práctica guiada de la relajación muscular progresiva.

Sesión 1

Al inicio de esta sesión se le explicó a la paciente de nuevo la estructuración, la finalidad del tratamiento y se resolvieron sus dudas. También se clarificó que el objetivo respecto a su consumo lo decidiría ella misma y que tampoco se hablaría sobre qué cosas negativas tiene el

tabaco, sino sobre qué cosas podía hacer ella para cambiar su conducta, en base a estrategias psicológicas científicamente probadas.

Todas las sesiones se iniciaban y finalizaban de la misma forma. Se comenzaba preguntando a la paciente qué cambios habían ocurrido esa semana y se pasaba a revisar el consumo de tabaco. Asimismo, una vez se trabajaba la autoeficacia con la regla motivacional, se finalizaba preguntando qué destacaría de lo trabajado durante la sesión (Cuadro 4).

Cuadro 4. *Ejemplos de frases utilizadas al inicio y al término de la sesión*

<i>Técnica/estrategias</i>	Inicio de las sesiones	Finalización de las sesiones
<i>Preguntas abiertas</i>	¿Qué cambios has notado esta semana?	¿Qué cosas destacarías de la sesión de hoy?
<i>Escucha reflexiva</i>	Pareces contenta con que tu casa y tu ropa ya no huelan a tabaco	Por lo que dices, parece que te encuentras más preparada ahora que al inicio de la sesión
<i>Apoyar la autoeficacia</i>	¿Qué cosas has hecho para lograrlo?	¿Cómo te sientes al ver estos cambios?
<i>Afirmaciones</i>	El hecho de que vengas a la terapia refleja lo importante que es para ti cambiar	Pese al estrés que has tenido esta semana, has conseguido no fumar más de 9 cigarros

El TLFB se cumplimentaba en base al autorregistro de consumo que iba realizando la paciente durante las semanas de tratamiento. Además, los autorregistros presentan otras utilidades: 1) ofrecer información adecuada sobre la conducta, 2) aumentar la conciencia del consumo y la motivación, 3) permitir que el paciente hable sobre su consumo de forma abierta y que asuma su responsabilidad en el cambio (Becoña, 2010; Sobell y Sobell, 2016). Durante el ejercicio del TLFB, se ayudó a la paciente a identificar los cambios y las cosas que permitían reducir el consumo (Cuadro 5).

Cuadro 5. Ejemplos de frases utilizadas para trabajar el TLFB

Objetivo	Ejemplos
Identificar cambios	“Respecto a la semana pasada, ¿qué te llama la atención de tu calendario de consumo?”
	“Muchos fumadores cuando reducen su consumo notan algunos beneficios en salud. ¿Qué cambios has notado físicamente?”
	“En otras sesiones has comentado que hablas con tu hija todo lo que vas avanzando. ¿Qué cambios ha notado en ti?”
Reforzar cambios	“Fíjate que has reducido un total de 23 cigarros esta semana. ¿Cómo te sientes?”
	“Además de reducir tu consumo, esta semana has empezado a tener más actividad fuera de casa y parece que te sientes bien por ello”.
Identificar acciones o situaciones que permiten el cambio	“Por lo que cuentas parece que esta semana ha sido difícil para ti. Pero pese a ello has conseguido mantener tu consumo y no aumentarlo. ¿Qué cosas has hecho para conseguirlo?”
	“Por un lado el día que más estresada te has sentido has fumado más y, por otro lado, el día que más tranquila has estado has fumado menos. ¿Por qué crees que ha ocurrido esto?”

Por lo que se refiere a la motivación y autoeficacia, se trabajó mediante la *regla motivacional*, que permitió identificar el nivel de preparación de la paciente durante todas las sesiones y que ella misma reconociera tres aspectos: 1) cómo había cambiado, 2) qué necesitaba para cambiar y 3) qué sentía respecto al cambio (Cuadro 6). Este último ejercicio fue especialmente importante puesto que la paciente al inicio del tratamiento refería sentirse poco capaz por ser la primera vez que intentaba dejar de fumar.

Cuadro 6. Ejemplos de frases para apoyar la autoeficacia mediante la regla motivacional

- “¿Qué ha pasado para que esta semana te puntúes un ocho?”
- “¿Cómo has pasado de un 8 a un 10?”
- “¿Qué haría falta para que la semana que viene te pongas un nueve?”
- “¿Qué cosas han pasado para que esta semana para que te mantengas en un 10?”

El objetivo general de la sesión uno fue motivar al cambio y disminuir la ambivalencia. Para ello se realizó un *balance decisional* disminuyendo las posibles discrepancias, donde la paciente tenía que identificar las cosas buenas (fumar tomando café con una amiga que también fuma) y menos buenas del tabaco (problemas de salud, dinero, malestar personal, preocupación familiar, olor, etc.), concluyendo ella misma que en su caso, pesaban más las cosas menos buenas.

También se proporcionó información para ayudar a tomar decisiones sobre el cambio. Por ejemplo, se discutió los aspectos positivos de abandonar el tabaco, puesto que muchos fumadores piensan que tendrán pocos beneficios en su salud porque llevan muchos años fumando (Sobell y Sobell, 2016).

Sesión 2

En esta sesión se persiguió que la paciente considerase el síndrome de abstinencia como una situación de riesgo de consumo y que aprendiese técnicas eficaces para controlarlo (prevención de recaídas). Para ello se explicó a la paciente lo que era el síndrome de abstinencia, la importancia de éste durante las primeras semanas y se pusieron ejemplos de síntomas. Una vez la paciente identificó un síntoma propio, la ansiedad en su caso, se pasó a explicar que conforme pasase el tiempo, se reduciría en intensidad y en ocurrencia a lo largo de las semanas.

Así, para que pudiera manejar estos síntomas y reducir el malestar asociado, se le explicó el programa de RGINA. Esta técnica incluye cambiar la marca de tabaco reduciendo la nicotina, incorporar normas conductuales, eliminar claves contextuales relacionadas con el tabaco y reducir progresivamente el número de cigarrillos. También se comentó brevemente la posibilidad de utilizar sustitutivos nicotínicos, siempre bajo la supervisión de un médico especialista.

Con este ejercicio también se trabajan otros aspectos del modelo de PR ayudando a tomar una perspectiva realista del cambio. Se le explicó que puede reducir su consumo gradualmente y no de golpe. Puesto que, algunos fumadores que intentan cambiar su consumo piensan que la única opción válida es hacerlo “de golpe”, al día siguiente de tomar la decisión. Este pensamiento puede crear frustración y disminuir las expectativas de éxito. Por ello, se le explicó que son igual de válidas ambas opciones (reducir de forma gradual o no), puesto que, al final, el objetivo perseguido es el mismo.

Sesión 3

En esta sesión se trabajaron aspectos fundamentalmente de PR. El objetivo general fue ayudar a la paciente a identificar las situaciones de riesgo y desarrollar planes de acción. Para ello se trabajó el concepto de hábito y su implicación en el proceso de dejar de fumar. De tal forma que cuando se inicia el cambio de la conducta de fumar, se deben considerar aquellas situaciones o lugares más asociados al tabaco, puesto que en esos casos el riesgo de consumo se puede incrementar. Por ejemplo, la paciente identificó como principal detonante el estrés y propuso como plan de acción aplicar estrategias de pensamiento positivo (pensar en sus avances y las mejorías que iba notando respecto a su salud y a nivel personal) y de evitación (llamar a su hija para evitar comprar tabaco).

Por otro lado, en base las actividades realizadas en casa, se trataron los costes que tenía el tabaco, tanto económicos como familiares y/o personales, ayudando a la paciente a calcular cuánto dinero se había gastado en el tabaco en los años que llevaba fumando. El principal objetivo es que valore otras consecuencias de su conducta de fumar y que vea que con su cambio gana, no solo en salud, sino que mejora su situación económica y personal. También se dan unas pautas para prevenir el aumento de peso, exponiendo ideas para tener una actividad física moderada y dándole, por ejemplo, un listado de comidas de bajo contenido calórico.

Sesión 4

En la última sesión, se persiguió como objetivo principal motivar al mantenimiento de cambios y seguir trabajando aspectos de PR. La paciente leyó la actividad facilitada en la última sesión, que consistía en redactar una *carta de despedida al tabaco*, que permitió la verbalización de su cambio y los motivos de este. Por otro lado, como ejercicio central de esta sesión, se discutió la recaída como un proceso de aprendizaje y se le ofreció a la paciente una perspectiva realista del cambio, donde los momentos de consumo se pueden analizar y reestructurar o diseñar un nuevo plan de acción. Para ello se expuso un ejercicio conocido como *la montaña “de dejar de fumar”* (Figura 1).



Figura 1. Apoyo visual utilizado para el ejercicio la montaña de “dejar de fumar”.

Con esta imagen se le explica que el proceso de cambiar la conducta de fumar puede ser lento y que alguna vez podemos tener una caída. Pero que en esos momentos hay que pararse y pensar sobre lo ocurrido (identificar el detonante), modificar el plan si es necesario y continuar el proceso.

Se incluyeron otras estrategias para ayudar a manejar la activación psicofisiológica, por ejemplo, se practicó con ella la respiración abdominal y se le facilitó un CD de auto-guía para

practicar en casa la relajación muscular progresiva. Además, se realizó un ejercicio sobre la importancia y confianza de mantener sus cambios, lo que permitió evaluar el nivel de autoeficacia, donde la paciente verbalizó sentirse muy segura, motivada y muy satisfecha de haber conseguido dejar de fumar.

Tipo de diseño

Se trata de un estudio longitudinal de N=1 de series temporales (diseño AB).

Resultados

Evaluación inicial

La paciente comenzó a fumar a los 14 años, sin intentos previos de abandono de consumo. Lleva fumando de forma regular 30 años con una media de 40 cigarrillos diarios, acumulando un total de 30 años de consumo regular (50 años/paquete). El motivo para cambiar la conducta de fumar fue por salud y petición familiar. También informó de que recibiría apoyo principalmente de sus hijos. Refirió una alta importancia (80/100) y confianza (100/100) en cambiar su conducta de fumar.

Tras la aplicación de los cuestionarios (*Tabla 1*) se observó que la paciente presentaba una alta dependencia, tanto física (TFM=9), como psicológica, social y gestual al tabaco (TGN=23). Se observó que en el momento de la evaluación la paciente presentaba alta motivación para dejar de fumar (TMR=8). También se observaron niveles moderados de ansiedad (HADS-A=14) y depresión (HADS-D=12).

Tabla 1. *Resultados de los cuestionarios aplicados en la evaluación inicial*

	EI	Rango
Test de Fagerström Modificado (TFM)	9	0-10
Test de Glover-Nilsson (TGN)	23	10-44
Test de Motivación de Richmond (TMR)	8	0-12
HADS	26	0-42
HADS-A	14	0-21
HADS-D	12	

Evaluación durante el tratamiento

Consumo de tabaco y preparación al cambio

En la *primera sesión* se observó una reducción de 10 cigarros diarios (Figura 2) en comparación al momento de la evaluación inicial (40 cigarros diarios). La paciente refirió estar muy motivada para cambiar.

En la *segunda sesión* se puede observar una reducción de 17 cigarros y un aumento de la autoeficacia de 4 puntos en comparación a la primera sesión (Figura 3). La paciente refirió sentirse más preparada para conseguir su objetivo y durante esa semana notó cambios tanto físicos como personales (menos fatiga, mejor olor en su casa y en su ropa, mejor relación con su hija, etc.). El principal síntoma de abstinencia que presentó esa semana fue la ansiedad, la cual manejaba con estrategias de distracción (pensar en otra cosa o escuchar la radio, por ejemplo).

En la *tercera sesión* se redujo el número de cigarros a 7, se observaron 3 días de abstinencia esa semana (Figura 4) y la paciente refirió sentirse completamente preparada para dejar de fumar. Describió menos intensidad en los síntomas de ansiedad, relacionándolo con el hecho de haber tenido menos estrés esa semana. Como estrategias utilizadas durante la semana para conseguir reducir por completo el consumo, puso en práctica algunos contenidos tratados en la segunda sesión, como recordar la poca duración (menos de un minuto) de los momentos más intensos de deseo de consumo para manejar los síntomas de ansiedad y evitar el consumo, o seguir utilizando la distracción.

Así, en la última y *cuarta sesión* se mantuvo el consumo en cero, observándose 10 días de abstinencia acumulados. En esta ocasión la paciente refirió haber aplicado estrategias relacionadas con el manejo de algunas claves contextuales asociadas al tabaco (eliminación de ceniceros, mecheros o cajetillas de su casa) y también comentó que intentaba aumentar su

actividad diaria fuera de casa. Se evaluó la importancia y confianza en mantener los cambios y refirió alta importancia (100/100) y confianza (100/100).

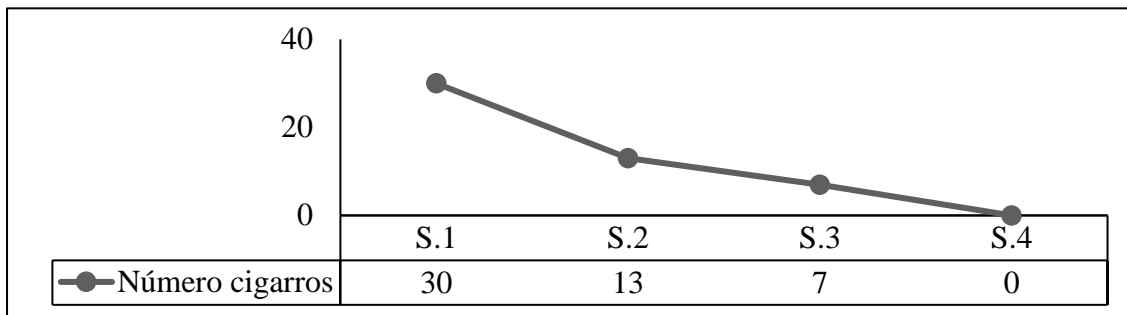


Figura 2. Evolución del consumo medio de tabaco durante la intervención.

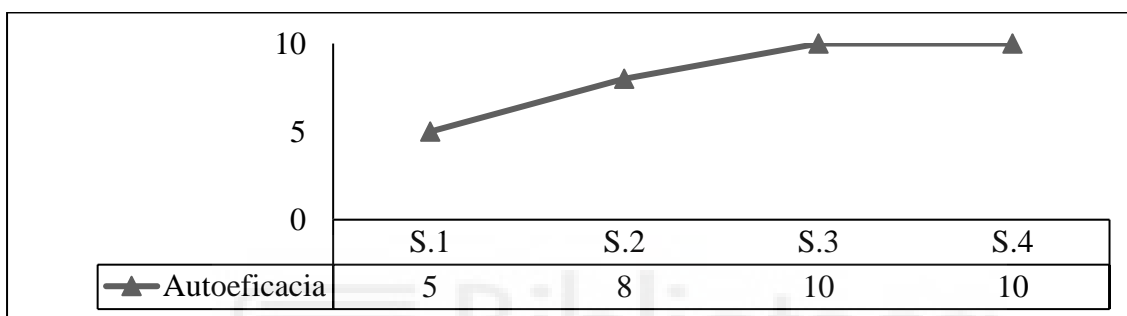


Figura 3. Autoeficacia para cambiar el consumo durante la intervención.

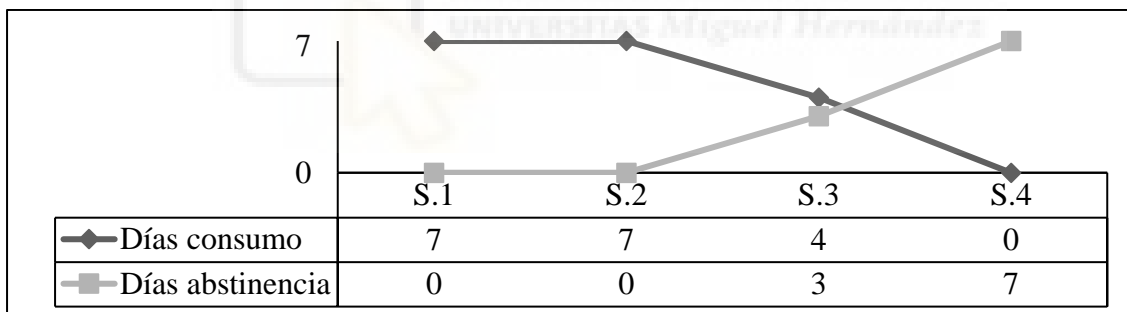


Figura 4. Días de consumo y abstinencia semanal durante la intervención.

Cumplimiento terapéutico

Finalmente, del tratamiento programado al inicio, se cumplió el 100% del componente psicológico, dado que de las sesiones programadas la paciente acudió a las cuatro (Tabla 2).

Del componente farmacológico se cumplieron 6 semanas de tratamiento (50% del tratamiento), produciéndose el stop precoz de la vareniclina (menos de 10 semanas).

Tabla 2. *Cumplimiento terapéutico*

	% Cumplido	Semanas cumplidas/ Semanas pautadas
IF ¹	50	6*/12
	% Cumplido	Sesiones cumplidas/Sesiones programadas
IP ²	100	4

¹IF= Intervención Farmacológica; ²IP= Intervención Psicológica; *Stop precoz.

Respecto al uso del fármaco, la paciente no refirió ningún efecto secundario. Sin embargo, durante la última sesión de tratamiento decidió dejarlo porque no tenía percepción de utilidad de este y consideraba que con sus propias estrategias podía mantener los cambios logrados y suponía un gasto económico.

Discusión

El objetivo principal del estudio fue evaluar la efectividad de una intervención psicológica breve, basada en el modelo de Auto-cambio Dirigido (ACD), en combinación con la vareniclina, para el abandono del tabaco en un caso de EPOC. En la quinta semana de tratamiento, tras finalizar la terapia psicológica, se observó que la paciente dejó de fumar, por lo que la intervención se mostró efectiva.

En este sentido, durante la intervención se observó que, conforme se reducía el consumo, la paciente fue identificando situaciones de mayor riesgo y aplicando estrategias para evitar el consumo. Por ejemplo, ver en casa objetos relacionados con el tabaco como mecheros o ceniceros y tirarlos o guardarlos, realizando, por lo tanto, un manejo de claves contextuales. Esto sugiere que, las técnicas aplicadas con el objetivo de ayudar a reducir el consumo fueron útiles, como la identificación de detonantes y desarrollo de estrategias o planes de acción. Un resultado congruente con un reciente metaanálisis que concluyó que estas técnicas psicológicas, más los autorregistros, son las más eficaces para el abandono del tabaco en fumadores con EPOC (Bartlett, Sheeran, y Hawley, 2014).

Otro objetivo específico fue aumentar la preparación para el cambio, el cual se logró a lo largo de las sesiones, finalizando el tratamiento con una alta autoeficacia y motivación. Asimismo, se observa que, al final del tratamiento, su motivación pasó de ser de carácter extrínseca, por consejo médico y petición familiar, a intrínseca, por bienestar personal. Esta observación es congruente con el cambio esperado tras la aplicación de las técnicas de la Entrevista Motivacional (EM), donde la realización de tareas que disminuyen la ambivalencia y que apoyan la autoeficacia, provocan una motivación intrínseca al cambio y disminuyen la probabilidad de recaída (Miller y Rollnick, 2012; Sobell y Sobell, 2016).

Sin embargo, la valoración de la utilidad de la EM en el tratamiento de la dependencia al tabaco resulta compleja, puesto que ningún estudio revisado aplicaba las técnicas a lo largo de toda la intervención, ni por profesionales formados para tal fin (Burke, Arkowitz y Menchola, 2003; Lindson-Hawley et al., 2015; Piñeiro, Fernández del Río, López-Durán y Becoña, 2014; Piñeiro Neiro, Mínguez y Becoña, 2010).

Por otro lado, la paciente presentaba una alta dependencia y un alto consumo diario de tabaco (más de 20 cigarrillos) al inicio de la intervención, características que se han relacionado con una menor probabilidad de abandono (Fiore et al., 2008). Sin embargo, también presentó características que se han descrito como predictores de abstinencia y que han podido influir positivamente en los resultados observados (Fiore et al., 2008). Por ejemplo, a lo largo de la intervención la paciente refería un gran apoyo familiar, donde su pareja e hijos no fumaban, y una alta motivación y autoeficacia al término del tratamiento, lo que se ha relacionado con una menor probabilidad de recaída (Fiore et al., 2008; Marlatt y Donovan, 1985).

En relación con el tratamiento farmacológico, no se cumplió la pauta programada, un resultado acorde con otros estudios que describen un bajo cumplimiento terapéutico en el uso de la vareniclina para dejar de fumar (Frandsen y Ferguson, 2014). La paciente no tuvo percepción de utilidad del fármaco y consideraba que con las estrategias que estaba

empleando eran suficientes. Además, otro factor que consideró para el stop precoz era el coste económico, una de las limitaciones reconocidas de los tratamientos farmacológicos (Becoña et al., 2014). Otra posible explicación para este resultado es que la paciente tenía una edad inferior a 50 años y un alto consumo de tabaco al inicio del tratamiento, características que disminuyen la probabilidad de conseguir la abstinencia con vareniclina (Noor, Koegelenberg, Esterhuizen, y Irusen, 2017).

De los posibles problemas para interpretar la eficacia de los tratamientos que incluyen un componente de intervención psicológica, uno podría ser que son aplicados por personal no especializado, como médicos de cabecera o incluso dentistas y/o higienistas (Lindson-Hawley et al., 2015; Stead et al., 2016).

Así, en este trabajo se ha primado que la intervención sea aplicada por una psicóloga con formación específica por dos motivos: (1) porque resulta un aspecto fundamental que garantiza el posterior estudio de las técnicas incluidas y su valoración en el tratamiento para el abandono del tabaco en pacientes con EPOC, y (2) para asegurar la máxima eficacia en el tratamiento aplicado. Puesto que los datos muestran que, cuando el tratamiento combinado para dejar de fumar es realizado por un/una psicólogo/a especialista y se aplica un tratamiento psicológico específico, aumenta hasta 3,25 veces la probabilidad de mantener la abstinencia frente a 1,61 veces cuando se combina con un breve consejo sanitario (Kotz, Brown, y West, 2014).

Por otro lado, el modelo de tratamiento basado en el ACD incluye algunas diferencias respecto a otras intervenciones cognitivo-conductuales. Por ejemplo, el objetivo respecto al consumo es elegido por el paciente y este realiza un análisis funcional de su propia conducta y desarrolla su plan de tratamiento (Sobell y Sobell, 2016). También se enfatiza en la aplicación de la EM como un estilo de comunicación centrado en el paciente, directiva, donde el terapeuta no juzga y promueve el cambio a lo largo de toda la intervención y se trabajan

desde los aspectos positivos del cambio. Se ofrece información personalizada al paciente durante todo el tratamiento e incluye otros elementos cognitivos del modelo de prevención de recaídas, durante todas las sesiones, como tomar perspectiva realista del cambio y considerar la recaída como un proceso de aprendizaje (Sobell y Sobell, 2016).

Limitaciones y líneas futuras

Una de las principales limitaciones de este estudio es que no se pudo realizar una evaluación post-tratamiento ni seguimiento tras la finalización de la intervención. En este sentido, sería interesante que futuros estudios incluyeran la evaluación de síntomas ansiosos-depresivos y de abstinencia al término de la intervención, tal y como se recomienda en los manuales de adicciones (Becoña, 2010). También sería interesante considerar la posibilidad de realizar sesiones adicionales o de seguimiento, al mes de finalizar la intervención, con el objetivo de evaluar los cambios y prevenir recaídas.

Además, tratándose de un estudio de caso, los resultados no pueden ser extrapolados a población general. Siendo necesarios más estudios con diseños experimentales y con muestras más amplias para determinar la eficacia del tratamiento aplicado. Asimismo, tampoco se controlaron variables extrañas, como, por ejemplo, el posible efecto del tipo de relación con el resto de personal sanitario en los resultados observados.

En futuros estudios sería interesante clarificar el papel del componente farmacológico y psicológico en el tratamiento combinado en fumadores con EPOC. Puesto que, en este estudio se ha observado que, pese a no completar las 12 semanas de tratamiento con vareniclina, la paciente dejó de fumar. Por lo que podría indicar que, o bien que la vareniclina fue un coadyuvante a la terapia psicológica, o bien que esta última ayudó a reducir la duración del tratamiento farmacológico, o ambas cosas.

El presente estudio ilustra un caso en que se aplica con éxito un tratamiento combinado en una fumadora con EPOC. Por su formato breve, objetivos y técnicas, el consistente fundamento teórico-empírico que presenta y los datos de eficacia observados en otros consumos, una intervención psicológica breve basada en el ACD, en combinación con vareniclina, podría ayudar a aumentar las tasas de abstinencia observadas en esta población.

Referencias

- American Psychological Association. (2016). Smoking Cessation with Weight Gain Prevention | Society of Clinical Psychology. Recuperado de <https://www.div12.org/psychological-treatments/treatments/smoking-cessation-with-weight-gain-prevention/>
- Bartlett, Y. K., Sheeran, P. y Hawley, M. S. (2014). Effective behaviour change techniques in smoking cessation interventions for people with chronic obstructive pulmonary disease: A meta-analysis. *British Journal of Health Psychology*, 19(1), 181-203. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12071>
- Becoña Iglesias, E. (1994). Evaluación de la conducta de fumar. En J. L. Graña Gómez (Ed.), *Conductas adictivas* (pp. 373-402). Madrid: Debate.
- Becoña Iglesias, E. (2010). *Dependencia del tabaco. Manual de casos clínicos*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Becoña Iglesias, 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.
- Burke, B. L., Arkowitz, H. y Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843-861. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.5.843>

- Cahill, K., Lindson-Hawley, N., Thomas, K. H., Fanshawe, T. R. y Lancaster, T. (2016). Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5), CD006103.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006103.pub7>
- Fagerstrom, K. O. y Schneider, N. G. (1989). Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 159-182.
- Fernández Arias, I. G., García-Vera, M. P. y Sanz, J. (2014). Cuanta más psicología, mejor: eficacia para dejar de fumar de la terapia cognitiva conductual intensiva y de los parches de nicotina combinados con terapia cognitiva conductual intensiva y menos intensiva: Primer premio de la XX edición del Premio de Psicología Aplicada “Rafael Burgaleta” 2013. *Clínica y Salud*, 25(1), 1-10. [https://doi.org/10.1016/S1130-5274\(14\)70022-2](https://doi.org/10.1016/S1130-5274(14)70022-2)
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L. y Curry, S. J. (2008). *Treating tobacco use and dependence: 2008 Update*. U. S. Department of Health and Human Services.
- Frandsen, M. y Ferguson, S. G. (2014). Physician and pharmacist care of varenicline users in a real-world setting. *Journal of Smoking Cessation*, 8(1), 11-16.
<http://dx.doi.org/publicaciones.umh.es:8080/10.1017/jsc.2013.2>
- Glover, E., Nilsson, F., Westin, A., Glover, P., Laflin, M. y Persson, B. (2005). Developmental History of the Glover-Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire. *American journal of health behavior*, 29(5), 443-455.
<https://doi.org/10.5993/AJHB.29.5.7>

- Hartmann-Boyce, J., Stead, L. F., Cahill, K. y Lancaster, T. (2013). Efficacy of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2012 reviews. *Addiction (Abingdon, England)*, *108*(10), 1711-1721. <https://doi.org/10.1111/add.12291>
- Jiménez-Muro, A., Samper, M. P., Marqueta, A., Rodríguez, G. y Nerín, I. (2012). Prevalencia de tabaquismo y exposición al humo ambiental de tabaco en las mujeres embarazadas: diferencias entre españolas e inmigrantes. *Gaceta Sanitaria*, *26*(2), 138-144. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.015>
- Jiménez-Ruiz, C. A., Masa, F., Miravittles, M., Gabriel, R., Viejo, J. L., Villasante, C., y Sobradillo, V. (2001). Smoking characteristics: differences in attitudes and dependence between healthy smokers and smokers with COPD. *Chest*, *119*(5), 1365-1370.
- Kotz, D., Brown, J. y West, R. (2014). «Real-world» effectiveness of smoking cessation treatments: a population study. *Addiction (Abingdon, England)*, *109*(3), 491-499. <https://doi.org/10.1111/add.12429>
- Lindson-Hawley, N., Thompson, T. P. y Begh, R. (2015). Motivational interviewing for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD006936. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006936.pub3>
- Marlatt, G. A. y Donovan, D. M. (1985). *Relapse Prevention. Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors* (Segunda). Guilford Press.
- Martínez-Vispo, C. y Becoña, E. (2016). La sensibilidad a la ansiedad y el consumo de tabaco: una revisión. *Ansiedad y Estrés*, *22*(2-3), 118-122. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.10.005>
- Miller, W. R. (1983). Motivational Interviewing with Problem Drinkers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *11*(02), 147-172. <https://doi.org/10.1017/S0141347300006583>

- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2012). *Motivational Interviewing: Helping People Change*. Guilford Press.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España, 2000-2014*. Madrid. Recuperado de <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/MuertesTabacoEspana2014.pdf>
- Mushtaq, N. y Beebe, L. (2017). Psychometric Properties of Fagerström Test for Nicotine Dependence for Smokeless Tobacco Users (FTND-ST). *Nicotine y Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntx076>
- Noor, F., Koegelenberg, C. F. N., Esterhuizen, T. M., y Irusen, E. M. (2017). Predictors of treatment success in smoking cessation with varenicline combined with nicotine replacement therapy vs varenicline alone. *South African Medical Journal*, 108(1), 45-49.
- OECD. (2015). Health Status. Recuperado de http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT
- OEDA. (2017). *INFORME 2017. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España* (p. 244). Madrid. Recuperado de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2017OEDA-INFORME.pdf>
- Piñero Neiro, B.P, Fernández del Río, E., López-Durán, A. y Becoña, E. (2014). ¿Mejora la entrevista motivacional la eficacia del tratamiento psicológico para dejar de fumar? *Anales de Psicología*, 30(1), 123-132. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.131961>

- Piñeiro Neiro, B. P., Míguez Varela, M. C. y Becoña Iglesias, E. (2010). La entrevista motivacional en el tratamiento del tabaquismo: una revisión. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 22(4), 353-364.
- Richmond, R. L., Kehoe, L. A. y Webster, I. W. (1993). Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction (Abingdon, England)*, 88(8), 1127-1135.
- Robinson, S. M., Sobell, L. C., Sobell, M. B. y Leo, G. I. (2014). Reliability of the Timeline Followback for cocaine, cannabis, and cigarette use. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 28(1), 154-162. <https://doi.org/10.1037/a0030992>
- Sancho, J. M. (2015). *Propiedades psicométricas del test de fagerström con dos preguntas reformuladas*. Universidad Miguel Hernández de Elche. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=68061>
- Sobell, L. C. y Sobell, M. B. (2016). *Terapia de grupos para los trastornos por consumo de sustancias: un enfoque cognitivo conductual*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Sobell, L., Wagner, E., Sobell, M., Agrawal, S. y Ellingstand, T. (2006). Guided Self-Change: A Brief Motivational Intervention for Cannabis Users. *Cannabis Dependence: Its Nature, Consequences, and Treatment*, 204-224.
- Sobell, M. B. y Sobell, L. C. (2005). Guided Self-Change Model of Treatment for Substance Use Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 199-210. <https://doi.org/10.1891/jcop.2005.19.3.199>
- Stead, L. F., Koilpillai, P., Fanshawe, T. R. y Lancaster, T. (2016). Combined pharmacotherapy and behavioral interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD008286. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008286.pub3>

Ussher, M., Kakar, G., Hajek, P. y West, R. (2016). Dependence and motivation to stop smoking as predictors of success of a quit attempt among smokers seeking help to quit. *Addictive Behaviors*, 53, 175-180. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.10.020>

van Eerd, E. A. M., van der Meer, R. M., van Schayck, O. C. P. y Kotz, D. (2016). Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), CD010744.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010744.pub2>

