



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL
SANITARIA**

Curso 2016-2017

Trabajo Fin de Máster

**Eficacia de un programa multicomponente para
el abandono del tabaco en población con
enfermedades respiratorias**

Autor/a: Marina Alba Oliete
Tutor: José Luis Carballo Crespo
Cotutora: Ainhoa Coloma Carmona

Convocatoria: febrero 2017



Resumen

Introducción: El consumo de tabaco es la primera causa de muerte evitable en el mundo. Las intervenciones clínicas para lograr el abandono se han mostrado eficaces pero es necesario su estudio en profundidad en población española. **Objetivo:** Analizar la eficacia de un programa de intervención multicomponente que combina el tratamiento farmacológico con Vareniclina junto con una intervención breve basada en el Programa de Autocambio Dirigido de Sobell & Sobell (1993).

Método: Participaron un total de 181 consumidores de tabaco, derivados desde el Servicio de Neumología del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) que presentaban dependencia a la nicotina, de los cuales, 68 cumplieron con los criterios de inclusión. Se evaluaron variables sociodemográficas, médicas, de consumo y psicológicas (dependencia a la nicotina, motivación para el cambio, ansiedad y depresión). Se realizaron análisis descriptivos, bivariados y análisis de la covarianza.

Resultados: La intervención farmacológica y la intervención multicomponente, que combina el uso de fármaco y la terapia psicológica, han mostrado su eficacia en el abandono del tabaco ($p < ,01$), aún así, la terapia psicológica ha mostrado beneficios añadidos como son un menor número de síntomas de abstinencia ($p < ,01$) y un menor número de semanas de consumo de fármaco ($p < ,05$) así como mejores tasas de abstinencia. **Conclusiones:** Ambas intervenciones se han mostrado eficaces pero la terapia psicológica ofrece beneficios para el afrontamiento de la prevención de recaídas y el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo. Son necesarios estudios con mayor muestra y seguimientos longitudinales más allá de la semana 24 para determinar los efectos del abandono sobre la salud de los pacientes aquejados de enfermedades respiratorias a largo plazo.

Palabras Clave: Adicción, Nicotina, Tabaquismo, Intervención Breve, Tratamiento

Abstract

Introduction: Tobacco consumption is the first cause of preventable death in the world.

Clinical interventions to achieve cessation have been shown to be effective but it is necessary to study them in depth in Spanish population. **Objective:** To analyze the efficacy of a multicomponent intervention program combining pharmacological treatment with Varenicline along with a brief intervention based on Guided Self-Change (GSC) Treatment (Sobell & Sobell, 1993).

Method: A total of 181 tobacco users who had a nicotine dependence, derived from the Pneumology Service of the General University Hospital of Alicante (HGUA) participated, 68 of which met the inclusion criteria. Sociodemographic, medical, consumer and psychological variables (nicotine dependence, motivation for change, anxiety and depression) were evaluated. Descriptive, bivariate and covariance analyzes were performed.

Results: Pharmacological intervention and multicomponent intervention, combining drug use and psychological therapy, have shown their efficacy in smoking cessation ($p < .01$); however, psychological therapy has shown added benefits such as lower number of withdrawal symptoms ($p < .01$) and fewer weeks of drug use ($p < .05$) as well as better abstinence rates.

Conclusions: Both interventions have been effective, but psychological therapy offers benefits for coping with relapse prevention and maintaining long-term abstinence.

Longer-term studies and longitudinal follow-up are needed beyond week 24 to determine the effects of dropout on the health of patients with long-term respiratory disease.

Keywords: Addiction, Nicotine, Smoking, Brief Intervention, Treatment

Introducción:

El tabaco es la primera causa de muerte evitable en el mundo, provoca alrededor de 6.000.000 de muertes al año (World Health Organization, 2013). La prevalencia de consumo de tabaco en el último año en España en población entre los 15 y los 64 años se sitúa cerca del 30% según las estadísticas del Plan Nacional Sobre Drogas (2015), siendo únicamente superada por el consumo de alcohol. El tabaquismo lleva asociadas múltiples consecuencias, de entre las cuales cabe destacar el cáncer, siendo el de pulmón el más representativo de ellos. Otras enfermedades relacionadas son las cardiovasculares y respiratorias como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (Murin, Bilello, & Matthay, 2000; Taylor, 2010).

Debido a la múltiples afectaciones derivadas del consumo de tabaco, el tratamiento del tabaquismo es un objetivo prioritario en términos de Salud Pública, tanto a nivel de prevención de enfermedades crónicas como de mejora de la calidad de vida de los pacientes con problemas respiratorios (Hylkema, Sterk, de Boer, & Postma, 2007). La consecución de la abstinencia podría requerir de múltiples intentos antes de lograr el éxito definitivo, aún así, existen intervenciones clínicas para combatir el tabaquismo que se han mostrado eficaces y eficientes (Fiore et al., 2001; Fiore et al., 2008; Stead, Koilpillai, Fanshawe, & Lancaster, 2016; Stead & Lancaster, 2012; Tønnesen et al., 2007).

Dos grandes líneas de intervención han mostrado eficacia para lograr el abandono del tabaco. En primer lugar, las intervenciones farmacológicas, de entre las cuales se identifican hasta el momento tres tratamientos eficaces: la Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN), el Bupropion y la Vareniclina (Muñoz & Ruiz, 2008). El

Bupropion actúa tanto inhibiendo la recaptación de dopamina como incidiendo sobre los receptores noradrenérgicos asociados a los efectos del síndrome de abstinencia, mecanismo que favorece la reducción de los síntomas de craving. La Vareniclina, por otro lado, es un agonista parcial selectivo de los receptores nicotínicos al que se le han asociado los efectos de control del craving, reducción de los síntomas de abstinencia e inhibición de los efectos placenteros de la nicotina. A pesar de que las tres intervenciones han probado su eficacia, es el tratamiento extendido con Vareniclina el que muestra mejores resultados en la abstinencia a largo plazo cuando es comparado con Placebo y con Bupropion, favoreciendo así el afrontamiento del proceso de prevención de recaídas (Hajek et al., 2013; Stead et al., 2016; Stead & Lancaster, 2012).

La segunda de las líneas de intervención sobre el tabaquismo es la intervención psicológica. De entre las múltiples alternativas destaca el consejo individual, la terapia grupal, el consejo telefónico (Stead et al., 2016), el uso de las nuevas tecnologías y los materiales de auto-ayuda (Roberts, Kerr, & Smith, 2013). Todas ellas pueden presentarse en formato de intervención breve y suelen incluir la evaluación de la motivación para el cambio, la generación de un plan de acción, el manejo de detonantes de consumo y la búsqueda de apoyo social (Cofta-Woerpel, Wright, & Wetter, 2007). A pesar de que ambas alternativas se han mostrado eficaces, las intervenciones conductuales combinadas con la terapia farmacológica, o los tratamientos multicomponente, aumentan las probabilidades de éxito en las tasas de abstinencia cuando son comparadas con la atención habitual recibida por los pacientes fumadores (Martín Cantera et al., 2015).

El abandono del tabaco es un objetivo especialmente relevante cuando se trata de población aquejada de enfermedades respiratorias graves como es el caso de la EPOC,

cuyo principal factor de riesgo es su consumo y en la que se constituye como primera línea de intervención terapéutica la cesación tabáquica (Safka & McIvor, 2015). A pesar de ello, son los pacientes con enfermedades respiratorias los que muestran mayores dificultades para el abandono del tabaco (Jiménez, Vallejo, & Slocker, 2016; Jiménez-Ruiz et al., 2001). En el caso de los pacientes con EPOC, se ha observado un patrón distinto en el consumo de tabaco que incluye mayor número de cigarrillos, mayor dependencia física y concentraciones más elevadas de CO en aire exhalado (Jiménez-Ruiz et al., 2001). Aún así, el consejo médico, el tratamiento farmacológico y las intervenciones conductuales se han mostrado eficaces (Yap, Lunn, Pang, Croft, & Stern, 2015).

La guía para el manejo clínico del tabaquismo (Fiore et al., 2000; Fiore et al., 2008) afirma que las intervenciones breves para el tratamiento de la dependencia a la nicotina son eficaces y deben ofrecerse a los pacientes que quieren dejar de fumar. Uno de los programas que han demostrado su eficacia en el tratamiento de los trastornos relacionados con el uso de sustancias es el Programa de Autocambio Dirigido . Se trata de una intervención con un formato breve que consiste en 4 sesiones de terapia grupal. Aunque inicialmente fue desarrollado para tratar a los consumidores problemáticos de alcohol, ha demostrado su eficacia en el tratamiento de otros trastornos relacionados con el consumo de drogas como son la cocaína y el cannabis. Los beneficios que añade el formato grupal respecto a la intervención individual son las mejoras en términos de coste-beneficio; que junto con la cohesión del grupo, se constituyen como elementos que proporcionan mayor eficacia a la terapia (Sobell, Sobell, & Agrawal, 2009). Los componentes que forman el esqueleto central del programa provienen de la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 1991), del Modelo Transteórico del Cambio

desarrollado por Prochaska & Diclemente (1992), y de algunas técnicas cognitivo-conductuales.

Ante la falta de estudios en población española en pacientes aquejados de enfermedades respiratorias graves que presentan dependencia a la nicotina, el objetivo de este trabajo es analizar la eficacia de un programa de intervención multicomponente que combina el tratamiento farmacológico con Vareniclina junto con una intervención breve basada en el Programa de Autocambio Dirigido de Sobell & Sobell (1993) en el Servicio de Neumología del Hospital General Universitario de Alicante.

Método

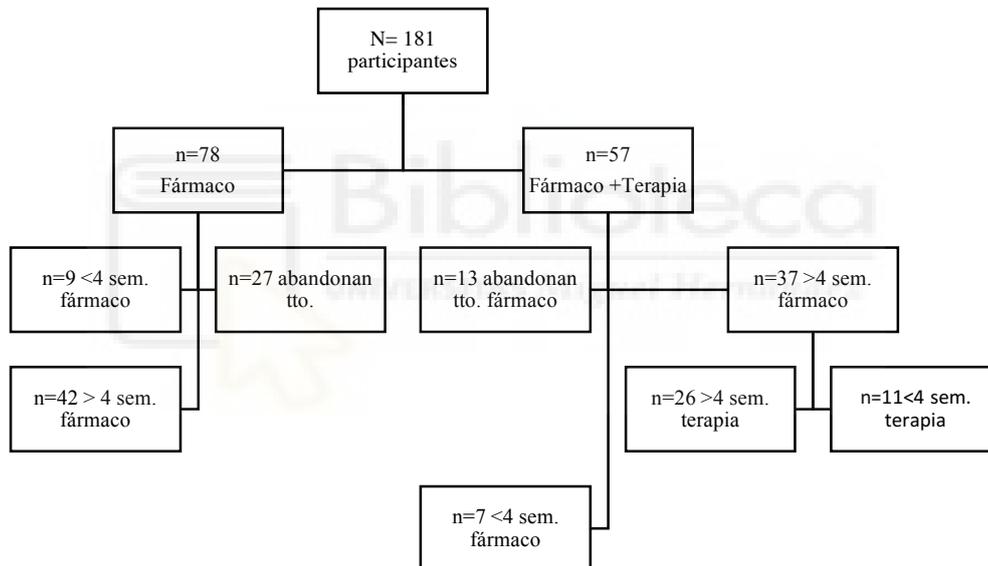
Participantes

En este estudio participaron un total de 181 consumidores de tabaco derivados desde el Servicio de Neumología del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), de los cuales 68 fueron incluidos finalmente en el estudio.

Se establecieron como criterios de inclusión: (a) ser mayor de edad, (b) firmar un consentimiento informado aceptando participar en el proceso de evaluación y tratamiento, (c) tener autonomía para rellenar cuestionarios de evaluación y material de tratamiento, (d) estar en tratamiento con Vareniclina según las pautas marcadas en la Unidad de Neumología del HGUA y presentar dependencia a la nicotina: puntuación >10 puntos en escala breve de evaluación del síndrome de dependencia a la nicotina (NDSS-S; Becoña et al., 2011). Los criterios de exclusión para participar en el estudio fueron: (a) presencia de patología mental grave (psicosis, demencia, etc.), (b) estar recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico para problemas adictivos u otro tipo

de problemas psicológicos, (c) presencia de dependencia al alcohol y/o consumo habitual de cannabis (al menos 1 vez/semana) y (d) otras drogas ilegales (al menos 1 vez/mes). Además, todos los participantes tomaron un mínimo de 4 semanas de fármaco, y aquellos que fueron asignados al grupo experimental, asistieron a un mínimo de 3 sesiones de terapia para ser incluidos en el análisis.

Figura 1. *Participantes que cumplieron los criterios de inclusión en el estudio*



Del total de participantes (N= 181), 78 fueron asignados al grupo control. De los cuales, 40 tomaron más de 4 semanas de fármaco, 27 no volvieron a la consulta y 1 tomó menos de 4 semanas de fármaco. De los 181, 57 pacientes fueron asignados al grupo experimental, de los cuales, 37 tomaron más de 4 semanas de fármaco y de esos, únicamente 20 acudieron a más de 4 sesiones de terapia, 7 pacientes dejaron de tomar el fármaco y 13 lo tomaron menos de 4 semanas. De los 181 participantes en total, 68 cumplieron con los criterios para participar en el estudio (N=68), de los cuales el 55,9%

eran hombres (n=38), y el 44,1% eran mujeres (n=30) con edades comprendidas entre los 33 y los 80 años y una edad media (DT) de 56,94 (8,094).

Variables e Instrumentos

Se elaboró una entrevista estructurada que agrupaba las siguientes variables:

Variables sociodemográficas: se evaluaron mediante un cuestionario elaborado ad hoc que recogía: edad, género, nivel educativo y situación laboral.

Historia de consumo: cuestionario elaborado ad hoc que evalúa edad de inicio, número de cigarrillos, frecuencia y evolución del consumo e intentos previos de abandono.

Variables Dependientes

Variables médicas:

Pruebas de detección de consumo: Medición del nivel medio de monóxido de carbono (CO) en el aire espirado.

Pruebas médicas: medidas de tensión arterial, control de peso, tomando medida del peso inicial y el aumento de peso en los seguimientos; nº de semanas que tomó el fármaco, efectos secundarios del fármaco y stop precoz del tratamiento farmacológico.

Variables psicológicas:

Motivación para el cambio para dejar de fumar: Test de Richmond (Richmond, Kehoe, & Webster, 1993): Se trata de un test para población general fumadora que evalúa el grado de motivación para dejar de fumar. Consta de 4 ítems con distintas modalidades de respuesta: el ítem 1 puntúa de 0 a 1 y el resto de 0 a 3. El rango de puntuación oscila entre 0 y 10, donde los puntos de corte detectados son de 0 a 3: nula o baja motivación para dejar de fumar, de 4 a 5: dudoso, de 6 a 7: motivación moderada y de 8 a 10: alta motivación.

Dependencia física: Test de Fagerström Modificado de Dependencia de la Nicotina (FTND): Se trata de una escala de 6 ítems con dos o cuatro alternativas de respuesta. Es utilizado para medir el grado de dependencia física puesto que ha sido validado con medidas del contenido de nicotina en sangre por Becoña y García (1995 citado en Becoña, 2010). El coeficiente alfa de Cronbach es de 0.66.

Dependencia psicológica: Test de Glover-Nilsson (G-NSBQ) (Glover et al., 2005). La versión más reciente de este cuestionario evalúa la dependencia psicológica a través de la puntuación obtenida en 11 ítems con 5 modalidades de respuesta, de 0 a 4. La puntuación obtenida es leve por debajo de 12, moderada si el sujeto puntúa entre 12 y 22, fuerte entre 23 y 33 y muy fuerte si puntúa por encima de 33.

Dependencia a la nicotina: Escala Breve de Evaluación de la Dependencia de la Nicotina (NDSS-S) (Shiffman, Waters, & Hickcox, 2004). Se utiliza la versión española (Becoña, Fernández del Río, López & Míguez, 2009). La característica principal es que sigue los criterios del DSM-IV-TR. Consta de 6 ítems con 5 modalidades de respuesta que van de 1 a 5. Las dimensiones que evalúa cada ítem son: Impulso (drive), prioridad, tolerancia, continuidad y estereotipia. El punto de corte para la dependencia a la nicotina es de 11 o más. El instrumento ha mostrado una buena fiabilidad, con un coeficiente alfa de Cronbach para la escala total de 0.80. (Becoña et al., 2009).

Síndrome de abstinencia: Escala de Síntomas de Abstinencia de la Nicotina (Hughes & Hatsukami, 1986): Esta escala de tipo Likert consta de una lista de 13 síntomas de abstinencia de la nicotina basada en los síntomas característicos establecidos por Hughes y Hatsukami (1986). La puntuación oscila entre 0 y 44.

Sintomatología ansioso-depresiva: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983) en la versión validada en España (Quintana et al., 2003). Se trata de un instrumento de cribado diseñado para medir la ansiedad y

depresión en pacientes aquejados de enfermedades físicas. Consta de 14 ítems que se dividen en dos series, la mitad miden depresión y la otra mitad ansiedad. Cada ítem es valorado en una escala de 0 a 3. Una puntuación igual o superior a 10 puntos se considera indicativa de morbilidad. El instrumento muestra una alta fiabilidad test-retest, con un coeficiente de correlación por encima de 0.85 y una alta consistencia interna, alfa de 0.86 en la escala de ansiedad y 0.86, en la escala de depresión (Quintana et al., 2003).

Retención en el tratamiento: Medida con el número de semanas que acudieron a la Unidad del Tabaco para recibir tratamiento.

Cuestionario de Calidad y Satisfacción percibida por el paciente: Cuestionario elaborado ad hoc para medir la calidad de la atención recibida y la satisfacción con el servicio por parte de los usuarios de la UCAB y la Unidad del Tabaco del HGUA. Se trata de una escala de tipo Likert con puntuaciones del 1 al 5 y una puntuación total que oscila entre 18 y 99 puntos.

Variable Independiente

La variable independiente contó con dos niveles:

- a) Terapia farmacológica: los sujetos que recibieron únicamente terapia farmacológica con Vareniclina.
- b) Intervención Psicológica Grupal basada en el Modelo de Autocambio Dirigido a aquellos pacientes que recibieron terapia farmacológica. Se aplicó un programa de intervención basado en el Modelo de Autocambio Dirigido (Sobell & Sobell, 1993) que constó de 5 sesiones de 90 minutos de duración. Los grupos de intervención estaban formados de 6 a 8 participantes y 2 coterapeutas. El objetivo de la intervención era lograr la abstinencia, para ello a lo largo de las sesiones se proporcionó a los participantes estrategias de reducción de consumo y prevención de recaídas. Se

trabajaron las siguientes actividades: (a) feedback personalizado sobre el consumo de tabaco, (b) ejercicios de balance decisional, (c) consejo sobre objetivos tratamiento, (d) uso de la entrevista motivacional, (e) reforzamiento individual y por parte del grupo, (f) autorregistros de consumo, (g) lecturas y tareas para casa, (h) técnicas de prevención de recaídas que incluían el desarrollo de planes de acción, (i) reforzamiento del grupo y modelado, (j) trabajo sobre consumo de alcohol, ganancia de peso y estilos de vida saludables y (k) técnicas de relajación para hacer frente a los síntomas de abstinencia. La intervención fue aplicada en las instalaciones del HGUA por psicólogas en el rol de coterapeutas entrenadas para tal fin. En la Tabla 1, a continuación, se muestra un resumen de los objetivos y actividades de cada sesión:

Tabla 1. *Resumen de sesiones y actividades de la adaptación del Programa de Autocambio Dirigido*

Sesión	Objetivos
Sesión 1	Establecimiento normas grupales Autorregistro Feedback evaluación inicial Balance decisional
Sesión 2	Psicoeducación dependencia fisiológica y abstinencia Reducción gradual nicotina
Sesión 3	Psicoeducación dependencia psicológica Costes de fumar (familia, dinero) Fijar fecha abandono
Sesión 4	Situaciones de riesgo y detonantes de consumo Consumo de alcohol y aumento de peso
Sesión 5	Carta de despedida del tabaco Importancia y confianza Prevención de recaídas
Seguimiento ^a	Balance decisional Detonantes consumo y planes acción Importancia y confianza Prevención de recaídas

^a La asistencia a la sesión de seguimiento era opcional.

Procedimiento

El proyecto ha sido aprobado por dos comités de ética, el comité del Hospital General Universitario de Alicante y el comité de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Se trata de un diseño de grupos al azar con medidas pre y postest que se divide en las siguientes fases:

Fase 1: Selección participantes

Se seleccionaron como participantes los pacientes que acudían a la consulta de la Unidad del Tabaco y cumplían con los criterios de inclusión establecidos para el estudio. Se les propuso participar en la investigación facilitándoles documentación, folletos e información. Todos ellos fueron tratados con Vareniclina en la Unidad del Tabaco. Aquellos que aceptaron participar fueron remitidos a la UCAB, donde todos fueron evaluados y en el caso de aquellos que participaron en los grupos de intervención, recibieron atención psicológica grupal. Se dividió a los participantes en dos grupos: grupo Fármaco (sujetos que recibieron tratamiento farmacológico y que únicamente fueron evaluados) y grupo Fármaco + Terapia (sujetos que recibieron tratamiento farmacológico y psicológico grupal).

Los sujetos fueron distribuidos al azar, los 7 primeros en llegar fueron solamente evaluados, los 6 siguientes recibieron intervención grupal y así sucesivamente. Las dos condiciones se desarrollaron en paralelo.

Fase 2: Evaluación pretratamiento

Una vez firmado el consentimiento informado, las psicólogas entrenadas para dicha finalidad administraron la batería de evaluación inicial. La duración aproximada de la entrevista fue de 30 minutos. La intervención grupal se llevó a cabo en las instalaciones de la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud del HGUA.

Fase 3: Intervención psicológica

Las 5 sesiones de terapia tuvieron una frecuencia semanal y una duración de 90' aproximadamente.

Fase 4: Evaluación postratamiento y seguimientos

Se realizaron seguimientos o bien en la consulta o de manera telefónica en las semanas 10, 16 y 24 desde la sesión de evaluación inicial.

Tabla 2. *Esquema del diseño del estudio*

Fase 0		Selección participantes (n=181)	
Contacto y evaluación. Distribución en grupos: 7 primeros sujetos GF+T, 7 siguientes GF			
Semanas/Visitas	Grupo Fármaco + Terapia		Grupo Fármaco
	T. Psicológica	T. Farmacológica	T. Farmacológica
Semana 1	Evaluación inicial		Evaluación inicial
Semana 2	Sesión 1 Intervención	Inicio 0,5 mg/día día 1-3 1 mg/día días 4-7	
Semana 3	Sesión 2 Intervención	2x1 mg/día	
Plan abandono tabaco		2x1 mg/día	
Semana 4	Sesión 3 Intervención	2x1 mg/día	
Semana 5	Sesión 4 Intervención	Seguimiento	
Semana 6	Sesión 5 Intervención	2x1 mg/día	
Semana 10	Evaluación seguimiento	Planificación retirada TF 0,5 mg/día	
Semanas 11-12		Retirada TF	
Semanas 13-16			
Semana 16	Evaluación seguimiento	Evaluación seguimiento	
Semana 24	Evaluación seguimiento	Evaluación seguimiento	

Tipo de diseño

Se trata de un diseño longitudinal de tipo experimental en el que se compararon los resultados del grupo experimental, el cual recibió a modo de tratamiento la combinación de terapia farmacológica e intervención psicológica breve, y el grupo control; que únicamente contó con la intervención farmacológica con Vareniclina. Los pacientes fueron asignados de manera aleatoria a los grupos experimentales según el orden de llegada. Se tomó una medida previa a la intervención y tres medidas posteriores a la intervención a modo de seguimiento en las semanas 10, 16 y 24.

Análisis de datos

Los datos recogidos fueron codificados y analizados mediante el programa estadístico SPSS Statistics 21. Se realizaron análisis descriptivos y análisis bivariados. Se utilizó la prueba chi-cuadrado para las variables no continuas, la prueba t de Student para la comparación de medias en muestras independientes cuando la variable continua se distribuía de manera normal y cumplía con el criterio de independencia y homocedasticidad, y U de Mann-Whitney como alternativa no paramétrica en los casos en que no se cumplían los anteriores criterios. Se utilizó la prueba t de Student para muestras relacionadas para la comparación de medias intragrupo entre las medidas previas y posteriores a la evaluación. Se utilizó el análisis de la covarianza (ANCOVA) para controlar el efecto de las variables extrañas sobre el tratamiento. Para el cálculo del tamaño del efecto se utilizó la d de Cohen en el caso de las variables continuas y r de Rosenthal en los casos que no seguían una distribución.

Resultados

Variables sociodemográficas

En la Tabla 3, a continuación, se pueden observar los estadísticos descriptivos que hacen referencia a las Variables Sociodemográficas medidas antes del tratamiento.

Con la finalidad de confirmar la equivalencia de los grupos experimentales, se realizó una comparación de medias mediante la prueba χ^2 para las variables sexo, situación laboral y nivel educativo de los participantes. Para la variable edad se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes. Los resultados muestran que no existen diferencias significativas en ninguna de las variables sociodemográficas antes de aplicar el tratamiento ($p > ,05$).

Tabla 3. *Análisis descriptivos en las variables sociodemográficas previos a la intervención.*

VARIABLES	Fármaco n=42	Fármaco+Terapia n=26	t ^a / χ^2 ^b (p)*
% (n) Hombres	61,9% (26)	46,2% (12)	1,616 (,204)
Media (DT) Edad	56,57 (9,05)	57,54 (6,39)	-0,476 (,636)
Situación Laboral			
% (n) Jornada Completa	47,6% (20)	42,3% (11)	
% (n) Media Jornada	0% (0)	7,7% (2)	
% (n) Desempleado	26,2% (11)	23,1% (6)	5,7 (,336)
% (n) Baja laboral	4,8% (2)	0% (0)	
% (n) Jubilado	19% (8)	26,9% (7)	
Nivel Educativo			
% (n) Ninguno	2,4% (1)	3,8% (1)	
% (n) Primaria	14,3% (6)	15,4% (4)	
% (n) Secundaria	28,6% (12)	15,4% (4)	4,663 (,701)
% (n) FP/Bachiller	40,4% (17)	49,9% (13)	
% (n) Universitarios	14,3% (6)	15,3% (4)	

^a Se utilizó t de Student para las variables continuas. ^b Se utilizó la χ^2 para las variables cualitativas.

* $p < ,05$

Variables médicas, de consumo y psicológicas

En cuanto a la comparación de medias en las variables médicas y de consumo, como se puede observar en la Tabla 4, no se encontraron diferencias significativas

previas a la intervención en las variables de consumo años/paquete, número de cigarrillos ni CO. Tampoco en las pruebas médicas, tensión sistólica, diastólica ni peso.

Tabla 4. *Comparación de medias en las variables médicas entre grupos previa a la intervención*

Variables	Fármaco (n=42)	Fármaco+Terapia (n=26)	t ^a /Z ^b (p)*
<i>Consumo Nicotina</i>			
Media (DT) Años/Paquete	44,14 (18,91)	40,65 (21,33)	0,704 (,484)
Media (DT) Cigarrillos	18,24 (7,61)	15,96 (10,46)	-1,257 (,209)
Media (DT) CO	17,15 (8,82)	16,31 (9,55)	0,367 (,715)
<i>Pruebas Médicas</i>			
Media (DT) Tensión Sistólica	120,76 (22)	126,35 (18,96)	-1,071 (,29)
Media (DT) Tensión Diastólica	73,87 (14,57)	73,69 (11,16)	-0,469 (0,639)
Media (DT) Peso	80,83 (25,76)	71,12 (20,66)	1,60 (,11)

^a Se utilizó t de Student y ^b U de Mann Whitney para para la comparación de medias de muestras independientes

* p<,05

En cambio, tal como se observa en la Tabla 5 a continuación, sí se encontraron diferencias significativas en las variables psicológicas, en las que se utilizó el estadístico U de Mann Whitney para muestras independientes como alternativa no paramétrica en la variable Sintomatología Ansiosodepresiva medida con la Escala HADS (Z=-2,838; p<,01), con 4,85 puntos de media por debajo en el grupo experimental, en las medidas recogidas antes del tratamiento. El tamaño del efecto para dichas diferencias fue medio-alto. No se observaron diferencias en el resto de variables psicológicas.

Tabla 5. Comparación de medias en las variables psicológicas entre grupos previa a la intervención

VARIABLES	Fármaco (n=42)	Fármaco+Terapia (n=26)	t ^a /Z ^b (p)*	r/δ
<i>Motivación cambio</i>				
Media (DT) Preparación	6,83 (2,68)	7,63 (1,87)	-1,335 (,186)	
Media (DT) Importancia	87,5 (18,45)	88,27 (15,49)	-1,777 (,86)	
Media (DT) Confianza	67,8 (24,88)	72,8 (27,62)	-0,759 (,451)	
Media (DT) Richmond	7,57 (1,67)	7,92 (1,5)	-0,848 (,396)	
<i>Dependencia Nicotina</i>				
Media (DT) Fagerström	5,83 (2,28)	5,85 (2,34)	-0,22 (,982)	
Media (DT) Glover Nilsson	20,4 (8,07)	19,42 (7,47)	0,501 (,618)	
Media (DT) NDSS	17,33 (5,55)	16,27 (4,36)	0,831 (,409)	
<i>Síntomas Abstinencia</i>				
Media (DT) Síntomas Abstinencia	10,07 (4,79)	10,27 (5,7)	-0,154 (,878)	
<i>Ansiedad y depresión ansiosodepresiva</i>				
Media (DT) Sintomatología ansiosodepresiva	12,17 (6,56)	7,32 (4,02)	-2,838 (,005)*	0,344

^a Se utilizó t de Student y ^b U de Mann Whitney para para la comparación de medias de muestras independientes

* p<,05

Variables medidas después de la intervención

En la Tabla 6, que recoge las diferencias de medias posteriores a la aplicación del tratamiento sobre el grupo experimental, se utilizó la técnica ANCOVA para el control de la variable extraña Sintomatología Ansiosodepresiva que se mostró significativa (p<0,01) en la comparación de medias previa al tratamiento, con una puntuación inferior para el grupo experimental. Una vez controlado el efecto de dicha variable sobre el resto, no se observaron diferencias entre grupos en las puntuaciones de la Escala de Síntomas de Abstinencia pero sí se observaron diferencias en las puntuaciones de la Calidad y Satisfacción (F(1,33) =20,098; p<,01). Por otro lado, se encontraron también diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la toma de fármaco, tomando el grupo experimental una media de 3,28 semanas menos (F(1,65)

=6,223; $p < ,05$). No se observaron diferencias en el resto de variables médicas como son efectos secundarios, stop precoz en consumo de fármaco o en las medidas de tensión arterial.

Tabla 6. Comparación de medias en las variables psicológicas y médicas entre grupos posterior a la intervención

VARIABLES	Fármaco (n=42)	Fármaco+Terapia (n=26)	F/ χ^2 (p)*	η^2
<i>Variables psicológicas</i>				
Media (DT) Síntomas Abstinencia	8,70 (5,66)	6,75 (4,089)	0,210 (,648)	
Media (DT) Calidad y Satisfacción	71,644 (3,134)	93,674 (3,643)	20,098 (,001)*	0,386
<i>Variables médicas</i>				
Media (DT) CO	5,433 (1,605)	2,705 (2,203)	0,96 (,335)	
Media (DT) TAS	120,95(17,58)	115 (22,36)	0,421 (,521)	
Media (DT) TAD	71 (8,97)	68,33 (11,15)	1,063 (,311)	
Media (DT)Aumento Peso (Kg)	2,70 (,615)	2,22 (,884)	0,192 (,664)	
Media (DT) Semanas Fármaco	10,490 (,717)	7,417 (,948)	6,223 (,015)*	0,089
% (n) Efectos Secundarios	57,1% (24)	61,5% (16)	0,128 (,720)	
% (n) StopPrecozFármaco	7,5% (3)	9,1% (2)	0,048 (,826)	

^aSe utilizó ANCOVA, la covariable utilizada fue la puntuación de la sintomatología asiosodepresiva y ^bChi Cuadrado para las variables continuas y cualitativas, respectivamente

* $p < ,05$

En cuanto a las medidas intragrupo posteriores a la intervención, en relación a las variables psicológicas que pueden observarse en la Tabla 7, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los Síntomas de Abstinencia en el grupo experimental ($t = 2,993$; $p < ,01$), con un tamaño del efecto medio. En relación a las variables médicas y de consumo, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el grupo experimental y control en las medidas de Monóxido de Carbono (CO) ($t = 3,954$; $p < ,01$) en el grupo control ($t = 4,182$; $p < ,01$) y en el grupo experimental, ambas con un tamaño del efecto medio; en la variable peso medida en Kgs. ($t = -4,56$; $p < ,01$) ($t = -2,597$; $p < ,05$) en los grupos control y experimental

respectivamente, con un tamaño del efecto medio, y en el número de cigarrillos consumidos ($t=6,456$; $p<,01$) en el grupo de solo fármaco y ($t=4,107$; $p<,01$) para el grupo de fármaco más terapia psicológica. El tamaño del efecto fue alto y medio, respectivamente.

Tabla 7. Comparación de medias en las variables psicológicas y médicas intragrupo

Media (DT) Variables	Fármaco (n=42)			Fármaco + Terapia (n=26)		
	PRE	POST	t(p)*	PRE	POST	t(p)*
<i>Variables psicológicas</i>						
Síntomas Abstinencia	10,35(4,73)	8,7(5,65)	1,821(,075)	10,9(0,99)	6,75(,089)	2,993(,007)* ^a
S. Ansiosodepresiva	12,5(6,54)	10,5(6,68)	2,989(,005)* ^b	7,10(4,4)	5,75 (4,24)	1,004(,328)
<i>Variables Médicas y Consumo</i>						
CO	16,05(8,53)	5,77(8,6)	3,954(,001)* ^c	17,08(11,56)	2,08(4,46)	4,182(,002)* ^d
TAS	124,33(17,79)	120,95(17,58)	0,579(,569)	128,33(21,67)	115(22,36)	1,431(,180)
TAD	73(9,09)	71(19,97)	0,818(,423)	75,42(10,326)	68,33(11,15)	1,653(,126)
Peso (Kg)	81,14(17,87)	83,77(18,15)	-4,56 (,001)* ^e	62,303(11,46)	64,65(11,09)	-2,597(,027)* ^f
NºCigarrillos	18,6(8,72)	3,2(6,75)	6,456 (,001)* ^g	14,69(10,7)	2,69(5,99)	4,107(,001)* ^h

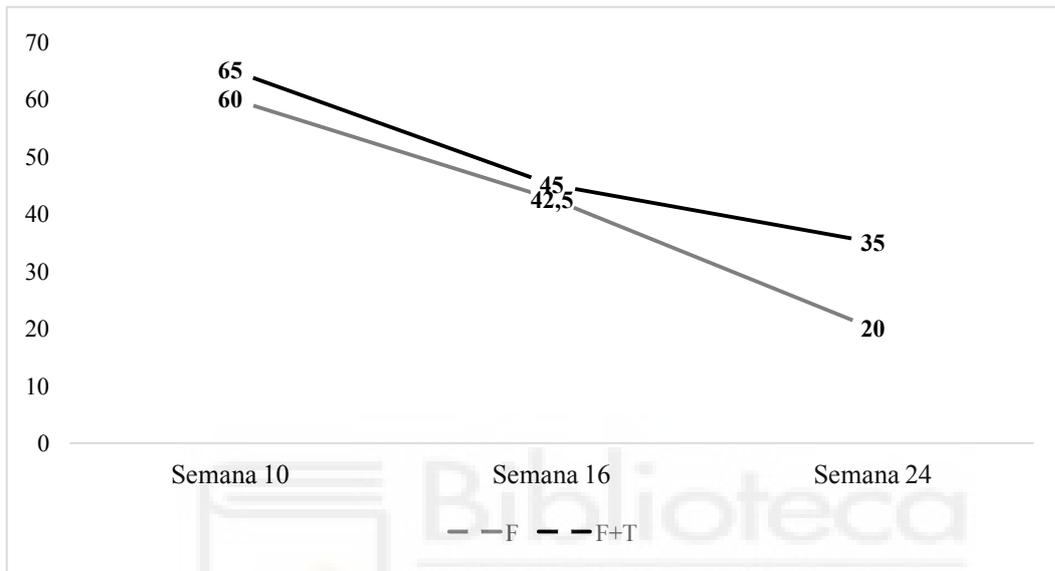
* $p<,05$

^a $\delta= 0,363$; ^b $\delta= 0,362$; ^c $\delta= 0,479$; ^d $\delta=0,507$; ^e $\delta= 0,553$; ^f $\delta= 0,315$; ^g $\delta= 0,783$; ^h $\delta=0,499$

En la Figura 2, que se encuentra a continuación, se observan los porcentajes de abstinencia para los grupos control y experimental en los distintos momentos temporales del tratamiento. En el primer seguimiento, realizado en la semana 10 tras finalizar el tratamiento, el 60% de los pacientes (n=24) del grupo control se mantuvieron abstinentes, mientras que en el grupo experimental, la tasa de abstinencia se situó en el 65% (n=13). En el segundo seguimiento, realizado en la semana 16 tras finalizar el tratamiento, el 42,5% (n=17) de los pacientes del grupo control se mantenían en la abstinencia, mientras que en el grupo experimental se situaron en el 45% (n=9). Por último, en la semana 24, el 20% (n=8) de los pacientes del grupo control estaban sin

fumar, mientras que para el grupo experimental las tasas de abstinencia se situaban en el 35% (n=7).

Figura 2 *Tasas abstinencia en las semanas 10, 16 y 24 para los grupos control y experimental*



Discusión

El objetivo principal del trabajo era el análisis de la eficacia de un programa multidisciplinar para el abandono del tabaco además del estudio de los beneficios de la intervención psicológica basada en el Modelo de Autocambio Dirigido (Sobell & Sobell, 1993) sobre el tratamiento farmacológico con Vareniclina.

En primer lugar, los resultados del descenso del número de cigarrillos fumados en ambos grupos, tanto el que recibió únicamente el tratamiento farmacológico como el que asistió, además, a la intervención psicológica, evidenciados con el descenso en los niveles de Monóxido de Carbono, muestran que ambas intervenciones son eficaces, como indican las guías de manejo clínico del tabaquismo publicadas hasta el momento

(Fiore et al., 2001; Fiore et al., 2008; Martín Cantera et al., 2015; Stead, Koilpillai, Fanshawe, & Lancaster, 2016; Stead & Lancaster, 2012; Tønnesen et al., 2007;).

En relación a las variables médicas, no se encontraron diferencias entre grupos en cuanto a los efectos secundarios reportados por los pacientes ni tampoco en la tasa de abandonos del fármaco. Del mismo modo, tampoco se encontraron diferencias en las medidas de tensión arterial, ni en el aumento de peso; que se dio por igual en ambos grupos. Estos resultados van en consonancia con lo que apuntan Muñoz & Ruiz (2008) en relación a la seguridad del uso del fármaco y a los efectos secundarios a considerar, como es el caso del aumento de peso propio del abandono de la nicotina, que ya fue reportado en su estudio. Aún así, un dato que es necesario destacar es que los pacientes que asistieron a las sesiones de terapia tomaron una media de 3,283 semanas de fármaco menos que los pacientes que únicamente recibieron tratamiento farmacológico. Como indican Sobell et al. (1993), la intervención psicológica grupal añade beneficios en términos de eficiencia a los ya probados en eficacia para otros tratamientos, como podría ser en este caso el tratamiento farmacológico. Además, la intervención se basa en el fomento de la autoeficacia de los pacientes para hacer frente al proceso de cambio, lo cual puede explicar que necesiten un menor número de semanas de fármaco para lograr con éxito el abandono del uso de sustancias. Este resultado difiere del metanálisis de Hajek et al. (2013), que afirma que es el tratamiento extendido con Vareniclina la alternativa más eficaz para lograr la abstinencia. En el presente estudio, las mayores tasas de éxito han sido asociadas al grupo que consumió una media inferior de semanas de fármaco. Además, incluir la terapia psicológica en el grupo de pacientes que tienen dificultades como son los problemas respiratorios, sumado al uso de Vareniclina, deja las tasas de éxito en condiciones similares a las de los fumadores que no presentan problemas similares.

En relación a las variables psicológicas, en cuanto a los síntomas de abstinencia, a pesar de que antes de iniciar el tratamiento no se encontraron diferencias entre grupos, una vez finalizada la intervención, el grupo experimental mostró puntuaciones estadísticamente significativas inferiores en la Escala de Hughes & Hatsukami (1986), lo cual puede explicarse por el hecho de que dos de los objetivos prioritarios de la intervención psicológica son el manejo de la dependencia física y psicológica. Los resultados van en consonancia con el estudio de Stead et al. (2016), que afirmó que a pesar de que ambas opciones se mostraron eficaces en cuanto al logro del abandono, la terapia psicológica añadía beneficios para hacer frente a la abstinencia a largo plazo. En este caso, las puntuaciones inferiores en síntomas de abstinencia podrían resultar un factor especialmente relevante para el mantenimiento de los logros, ya que han sido relacionados con el aumento en la probabilidad de recaídas. En el presente estudio, además, se encontró una media inferior de semanas de toma de fármaco en los pacientes que asistieron al grupo de terapia psicológica, hecho que se traduce en un menor impacto económico para el paciente además de una menor probabilidad de sufrir efectos secundarios. Considerando las tasas de abstinencia en los seguimientos, a pesar de que el porcentaje de recaídas es alto, y que los resultados no fueron estadísticamente significativos, si se observaron tasas de abstinencia más altas en el grupo que recibió atención psicológica. En el primer seguimiento, las diferencias fueron mínimas, con un 60% de los pacientes abstinentes en el grupo farmacológico y un 65% en el de fármaco y terapia. En el segundo seguimiento, se mantuvieron las diferencias con un porcentaje del 42,5% en el grupo de fármaco y un 45% en el de terapia. Pero teniendo en cuenta el último seguimiento realizado en la semana 24, las diferencias aumentaron de manera significativa, con el 20% de los pacientes que tomaban únicamente fármaco en abstinencia mientras que en el grupo que asistió a terapia las tasas se situaron en el 35%.

Este dato va en consonancia con las revisiones de Stead & Lancaster (2012) y Stead et al. (2016), que apuntaron los beneficios de añadir la terapia psicológica de cara a la prevención de recaídas a medio y largo plazo.

En cuanto a las puntuaciones de la Escala HADS de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, se encontraron diferencias previas al tratamiento y tuvieron que ser controladas como variables extrañas con el uso de ANCOVA. Aún así, no resultaron relevantes para explicar los cambios producidos en el resto de variables psicológicas, es decir, no modificaron la variabilidad del tratamiento. Considerando las medidas de Calidad y Satisfacción percibidas por el paciente, se observan diferencias significativas a favor del grupo de pacientes que asistieron a las sesiones de terapia. Éste es un hecho relevante ya que la Calidad y Satisfacción del paciente han sido relacionadas con una actitud favorable hacia el tratamiento y, a su vez, como un factor decisivo en la adherencia terapéutica en el ámbito de las drogodependencias (Boubeta, Pérez, Tobío, & Mallou, 2010). Estos datos avalan la necesidad de ofrecer alternativas psicológicas a las farmacológicas, contemplando la importancia del apoyo psicológico y las intervenciones conductuales en el tratamiento de problemas de salud.

Por último, es necesario añadir que el presente estudio muestra algunas limitaciones. En primer lugar, las relativas a la muestra ya que se trata de un perfil sesgado de participantes puesto que no todos los que podrían tomar el fármaco lo toman debido al hecho de que el Sistema Nacional de Salud no lo financia. A pesar de que las guías clínicas recomiendan su uso y de la existencia de estudios que lo avalan como alternativa coste-efectiva, su elevado coste económico supone uno de los principales motivos de abandono reportados por los pacientes, la mayor parte de ellos, además, con enfermedades respiratorias asociadas. En segundo lugar, además, sería necesario el estudio en profundidad del impacto de los factores psicológicos relacionados con los

pacientes aquejados de enfermedades respiratorias sobre el proceso de abandono del tabaco, que ya han recibido atención científica (Jiménez et al., 2016; Jiménez-Ruiz et al., 2001) para determinar el éxito de cada alternativa de tratamiento, lo cual, a su vez, permitiría diseñar un tipo de intervención a medida sobre las necesidades de esta población especialmente vulnerable y que requiere de una mayor atención clínica.

Por último, un mayor tamaño muestral así como un seguimiento más allá de la semana 24 tras finalizar el tratamiento podrían facilitar la comprensión de los procesos relacionados con el abandono y la abstinencia en la adicción al tabaco.



Referencias

- Becoña, 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., & Míguez Varela, M. C. (2009). The Nicotine Dependence Syndrome Scale (NDSS) in a sample of smokers who demand smoking cessation treatment. *Psicothema*, 21(4), 579-584.
- Boubeta, A. R., Pérez, N. T., Tobío, T. B., & Mallou, J. V. (2010). Relación entre la calidad asistencial percibida y la actitud frente al tratamiento en drogodependencias. *Psicothema*, 22(4), 574-580.
- Cofta-Woerpel, L., Wright, K. L., & Wetter, D. W. (2007). Smoking cessation 3: multicomponent interventions. *Behavioral Medicine (Washington, D.C.)*, 32(4), 135-149. <https://doi.org/10.3200/BMED.32.4.135-149>
- DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive behaviors*, 7(2), 133-142. [http://dx.doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90038-7](http://dx.doi.org/10.1016/0306-4603(82)90038-7)
- Fernández de Bobadilla Osorio, J., Sánchez-Maestre, C., Brosa Riestra, M., Arroyo, O., Sanz de Burgoa, V., & Wilson, K. (2008). Análisis coste-efectividad de vareniclina (Champix®) en el tratamiento del tabaquismo en España. *Anales de Medicina Interna*, 25(7), 342-348. <https://doi.org/10.4321/S0212-71992008000700006>
- Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., Dorfman, S. F., Goldstein, M. G., Gritz, E. R., & Mecklenburg, R. E. (2000). Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, 00-0032.

- Fiore, M. C., Jaen, C. R., Baker, T., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. E. E. A., & Henderson, P. N. (2008). Treating tobacco use and dependence: 2008 update. *Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.*
- Hajek, P., Stead, L. F., West, R., Jarvis, M., Hartmann-Boyce, J., & Lancaster, T. (2013). Relapse prevention interventions for smoking cessation. En *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. Recuperado a partir de <http://onlinelibrary.wiley.com/publicaciones.umh.es:8080/doi/10.1002/14651858.CD003999.pub4>
- Hughes, J. R., & Hatsukami, D. (1986). Signs and symptoms of tobacco withdrawal. *Archives of general psychiatry*, 43(3), 289-294.
- Hylkema, M. N., Sterk, P. J., de Boer, W. I., & Postma, D. S. (2007). Tobacco use in relation to COPD and asthma. *The European Respiratory Journal*, 29(3), 438-445. <https://doi.org/10.1183/09031936.00124506>
- Jiménez, G. M., Vallejo, M. A., & Slocker, L. V. (2016). Demographic, psychological and smoking characteristics of users of an on-line smoking cessation programme in the Spanish language. *Gaceta sanitaria: Organó oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, 30(1), 18-23.
- Jiménez-Ruiz, C. A., Masa, F., Miravittles, M., Gabriel, R., Viejo, J. L., Villasante, C., & Sobradillo, V. (2001). Smoking Characteristics: Differences in Attitudes and Dependence Between Healthy Smokers and Smokers With COPD. *Chest*, 119(5), 1365-1370. <https://doi.org/10.1378/chest.119.5.1365>
- Martín Cantera, C., Puigdomènech, E., Ballvé, J. L., Arias, O. L., Clemente, L., Casas, R., Granollers, S. (2015). Effectiveness of multicomponent interventions in primary healthcare settings to promote continuous smoking cessation in adults: a systematic review. *BMJ Open*, 5(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015->

008807

- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change their addictive behavior*. New York: Guilford.
- Muñoz, J. L. D.-M., & Ruiz, C. A. J. (2008). Tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 32(3), 71–82.
- Murin, S., Bilello, K. S., & Matthay, R. (2000). Other smoking-affected pulmonary diseases. *Clinics in Chest Medicine*, 21(1), 121-137.
- Quintana, J. M., Padierna, A., Esteban, C., Arostegui, I., Bilbao, A., & Ruiz, I. (2003). Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(3), 216-221.
- Richmond, R. L., Kehoe, L. A., & Webster, I. W. (1993). Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction (Abingdon, England)*, 88(8), 1127-1135.
- Roberts, N. J., Kerr, S. M., & Smith, S. M. S. (2013). Behavioral Interventions Associated with Smoking Cessation in the Treatment of Tobacco Use. *Health Services Insights*, 6, 79-85. <https://doi.org/10.4137/HSI.S11092>
- Safka, K. A., & McIvor, R. A. (2015). Non-Pharmacological Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *The Ulster Medical Journal*, 84(1), 13-21.
- Shiffman, S., Waters, A., & Hickcox, M. (2004). The nicotine dependence syndrome scale: a multidimensional measure of nicotine dependence. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 6(2), 327-348. <https://doi.org/10.1080/1462220042000202481>
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Agrawal, S. (2009). Randomized controlled trial of a

- cognitive-behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(4), 672-683. <https://doi.org/10.1037/a0016636>
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., Toneatto, T., & Leo, G. I. (1993). What triggers the resolution of alcohol problems without treatment? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17(2), 217-224.
- Stead, L. F., Koilpillai, P., Fanshawe, T. R., & Lancaster, T. (2016). Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD008286. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008286.pub3>
- Stead, L. F., & Lancaster, T. (2012). Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008286.pub2>
- Taylor, J. D. (2010). COPD and the response of the lung to tobacco smoke exposure. *Pulmonary Pharmacology & Therapeutics*, 23(5), 376-383. <https://doi.org/10.1016/j.pupt.2010.04.003>
- Tønnesen, P., Carrozzi, L., Fagerström, K. O., Gratziou, C., Jimenez-Ruiz, C., Nardini, S., West, R. (2007). Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *European Respiratory Journal*, 29(2), 390-417. <https://doi.org/10.1183/09031936.00060806>
- World Health Organization. (2013). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2013 enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*. Geneva: World Health Organization. Recuperado a partir de <http://site.ebrary.com/id/10931319>
- Yap, S. Y., Lunn, S., Pang, E., Croft, C., & Stern, M. (2015). A psychological

intervention for smoking cessation delivered as treatment for smokers with chronic obstructive pulmonary disease: Multiple needs of a complex group and recommendations for novel service development. *Chronic Respiratory Disease*, 12(3), 230-237. <https://doi.org/10.1177/1479972315586198>

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

