

ARTICULOS

La necesidad del tratamiento psicológico para los fumadores de cigarrillos

The need of psychological treatment to smokers

ELISARDO BECOÑA* y FERNANDO L. VÁZQUEZ*

RESUMEN

Fumar cigarrillos constituye la primera causa evitable de muerte de los países desarrollados. El tratamiento psicológico de los fumadores siempre ha ocupado un lugar destacado. En los últimos años, con el surgimiento de fármacos también efectivos para su tratamiento, se han ampliado los tipos de tratamiento para ayudar a los fumadores. El surgimiento de guías clínicas ha ayudado también a clarificar los tratamientos efectivos para las personas dependientes de la nicotina. A su vez se viene apreciando un incremento de la psicopatología asociada en los fumadores que acuden a tratamiento. Por ello, el psicólogo sigue teniendo un papel destacado en el tratamiento de fumadores y su relevancia se va a incrementar en el futuro. Finalmente, se lanza el reto de que todos asumamos la importancia de aplicar consejo psicológico sistemático a todos nuestros pacientes fumadores, aunque no acudan específicamente a tratamiento para dejar de fumar.

ABSTRACT

Smoking cigarettes constitutes the first avoidable cause of death in the developed countries. The psychological treatment for smoking has always occupied an outstanding position. In the last years, the emergence of effective pharmacotherapies for its treatment, has had to a wide range of treatments for smokers. The appearance of clinical guidelines for smoking cessation has also

* Universidad de Santiago de Compostela.

Dirección: Elisardo Becoña Iglesias. Universidad Santiago de Compostela. Unidad de Tabaquismo. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Campus Universitario Sur. 15706 Santiago de Compostela. Galicia. e-mail: pcelisar@usc.es.

helped to clarify effective treatments for patients with nicotine dependence. In turn, has increase the psychopathology associated to the smokers that go to the treatment. For it, psychologists continue to play a relevant role in the treatment of smokers and this relevance will increase in the future. Finally, it is necessary to assume the challenge of applying a systematic psychological advice for all our smoking patients, even if they do not demand an specific treatment to stop smoking.

PALABRAS CLAVE

Fumar, cigarrillos, tratamiento, consejo, psicológico.

KEY WORDS

Smoking, cigarettes, treatment, advice, psychological.

INTRODUCCIÓN

El tabaco sigue siendo la droga de uso más generalizado que se ha conocido a lo largo de la historia de la humanidad. Se calcula que en el mundo fuman 1.100 millones de personas (200 millones de hombres y 100 millones de mujeres en los países desarrollados y 700 millones de hombres y 100 millones de mujeres en los países en vías de desarrollo). De éstos, tres millones mueren cada año directamente a causa de fumar cigarrillos (OMS, 1996).

De los componentes del tabaco destacan la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono. Si tuviésemos que sintetizar el papel de cada uno de ellos diríamos que la nicotina es la responsable de la adicción, el alquitrán de la producción de diversos cánceres por los elementos carcinógenos y cocarcinógenos que contiene y el monóxido de carbono incide de modo negativo en el sistema circulatorio, produce el bajo peso al nacer, etc. Para nosotros la sustancia que más nos interesa es la nicotina por su poder adictivo.

La nicotina es una sustancia líquida, oleaginosa, incolora e intensamente alcalina, que adquiere una coloración marronácea cuando entra en contacto con el aire. Es la responsable de que los cigarrillos produzcan una fuerte

adicción. No sólo es adictiva sino que también es tóxica, sobre todo en un estado puro. Una gota en la cavidad bucal de un gato sería suficiente para matarlo. Con una dosis de 200 a 300 mg se podría matar un caballo; con un perro sería suficiente 1 mg por kilo. Una cantidad de 10-20 mg es tóxica para el hombre y la dosis capaz de producirle la muerte es de 0.5 a 1 mg por Kg. (Alfonso e Ibáñez, 1983). La nicotina se absorbe rápidamente y de forma intensa. Sólo tarda 9 segundos en atravesar la barrera hematoencefálica (Pomerleau y Pomerleau, 1989). El pico más alto de nicotemia se obtiene en los primeros minutos después de iniciar el consumo. Se concentra en el cerebro, la pituitaria y las glándulas suprarrenales. Es el factor primordial de los efectos conductuales y de determinadas consecuencias fisiológicas que produce el tabaco (USDHHS, 1988). El efecto de la nicotina es bifásico, a la vez estimulante y depresor ganglionar. Su acción se manifiesta en los sistemas nervioso central (SNC) y periférico, cardiovascular, endocrino, gastrointestinal y neuromuscular. Con poca cantidad se logra la estimulación del SNC y con dosis elevadas se bloquea. Dicho efecto es fruto de la dualidad de acción del sistema nervioso vegetativo (simpático y parasimpático). A consecuencia de la actuación de la nicotina en los receptores colinérgicos

del cerebro (los receptores están más densamente localizados en el córtex y en el sistema límbico), hay un incremento en la liberación de la acetilcolina y catecolaminas (noradrenalina, adrenalina y dopamina). Es probable que la nicotina actúe como estimulante en el córtex pero al mismo tiempo puede actuar sobre el sistema límbico como sedante; esto es, inhibiendo y amortiguando las emociones (Cabo, 1992).

Desde hace varias décadas sabemos, sin ningún tipo de dudas, que la nicotina es la droga que produce la dependencia del tabaco. Así en 1980 la American Psychiatric Association la incluyó en los criterios diagnósticos en lo que atañe al síndrome de dependencia de la nicotina. Igualmente lo ha hecho en 1987 y 1994. El DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) recoge, dentro de los trastornos relacionados con sustancias, los trastornos relacionados con la nicotina; dentro de dicha categoría incluye la dependencia nicotínica, la abstinencia de la nicotina y el trastorno relacionado con la nicotina no especificado. De modo semejante el CIE-10 o Sistema Clasificador de la Organización Mundial de la Salud para todas las enfermedades lo incluye, en su última edición de 1992 en el apartado F17 con la denominación de *Trastornos mentales y del comportamiento debidos*

al consumo de tabaco, incluyendo distintos estados como intoxicación, síndrome de abstinencia, síndrome de dependencia, etc. (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Pero ha sido en 1988, en el informe del Surgeon General norteamericano (USDHHS, 1988), en el que participaron 200 científicos y expertos norteamericanos en tabaquismo de los distintos campos de la salud, y donde después de revisar toda la evidencia disponible sobre la adicción a la nicotina, concluyeron que: *1) los cigarrillos y otras formas de tabaco son adictivas; 2) la nicotina es la droga en el tabaco que causa adicción; y, 3) los procesos farmacológicos y conductuales que determinan la adicción al tabaco son similares a aquellos que determinan la adicción a drogas tales como la heroína y la cocaína.*

Otras revisiones recientes (por ej., Stolerman y Jarvis, 1995) llegan a conclusiones semejantes, como que «la evidencia claramente identifica a la nicotina como una poderosa droga adictiva, comparable a la heroína, la cocaína y el alcohol» (p. 2).

Por lo tanto, en la actualidad, el consumo de tabaco es considerado como una más entre todas las otras drogodependencias, aducándose varias razones para ello (Becoña, 1999): 1) por el paralelismo con otras conductas adictivas;

2) la relación entre fumar cigarrillos y consumo de otras drogas, desde alcohol, la marihuana, la heroína o cocaína, entre otras, y la clara relación tabaco-alcohol-café; 3) el consumo de drogas legales facilita la entrada al consumo de las drogas ilegales; y, 4) las personas que consumen drogas, que producen dependencia, son con frecuencia consumidores de cigarrillos.

FUMAR CIGARRILLOS COMO EL PRIMER PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Los primeros estudios epidemiológicos rigurosos (años 50 y 60) demostraron claramente los riesgos que conlleva fumar para la salud. El informe de Doll y Hill (1956) puso de manifiesto la relación entre fumar cigarrillos y cáncer de pulmón. En los años 60, informes como el del Royal College of Physicians (1962), y el primer informe del Surgeon General sobre el tabaco, conocido popularmente como informe Terry (USDHHS, 1964) apuntalan las consecuencias adversas del tabaco sobre la salud. Esto provoca una percepción distinta de su uso en la comunidad científica y en la población general. A consecuencia del cambio actitudinal, hacia la consideración de los efectos del tabaco, aparecen las primeras legislaciones restrictivas que inciden en los anuncios de los

distintos medios de comunicación de masas, en la venta de cigarrillos a menores, en la cantidad de los distintos componentes de los cigarrillos, en los lugares donde se restringe fumar, etc. Además, se emprenden campañas educativas, preventivas y otras campañas disuasorias con la finalidad de conseguir un descenso en el número de fumadores.

Los efectos del tabaco sobre la salud y los efectos farmacológicos de la nicotina se conocen desde hace varias décadas. Desde entonces la lista de investigaciones que demuestran que fumar cigarrillos es una causa directa de problemas de salud se ha hecho interminable; a modo de ejemplo, el Surgeon General en 1990, en su informe sobre la salud y los beneficios de dejar de fumar, afirmaba que fumar representaba la causa de enfermedad más ampliamente investigada en toda la historia de la investigación biomédica (USDHHS, 1990). El informe del Surgeon General de 1979, dedicado a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad, afirmaba que dejar de fumar era la mayor causa evitable de enfermedad y muerte prematura en Estados Unidos (USDHHS, 1979). Y, en el informe de 1982, en el que se trató la relación entre fumar y cáncer, fue contundente a la hora de hablar de este problema afirmando que el tabaquismo era el

problema de salud pública más importante de nuestro tiempo (USDHHS, 1982). En la actualidad podemos afirmar que el consumo del tabaco es la principal causa evitable de enfermedad y mortalidad en los países desarrollados; contribuye a distintos cánceres (pulmón, cavidad oral, faringe...), enfermedades cardiovasculares (angina de pecho e infarto de miocardio), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (bronquitis crónica y enfisema), úlcera péptica (úlceras de estómago y úlcera duodenal), efectos perjudiciales sobre el feto y otras enfermedades médicas. En la misma línea, el influyente estudio de Doll y Peto (1989), con respecto a las causas del cáncer en EEUU, afirma que «no se conoce ninguna medida aislada que pueda tener mayor impacto sobre el número de muertes atribuibles al cáncer, como la reducción del consumo del tabaco, o un cambio a un uso menos peligroso. El principal impacto se registraría sobre la incidencia del cáncer de pulmón, que hacia los 40-50 años de edad es más de cien veces superior entre fumadores habituales de cigarrillos que en los que nunca han fumado» (p. 49).

Fumar cigarrillos produce en la actualidad la muerte prematura de 46.000 fumadores en España, más de 500.000 en Europa y 3 millones en el mundo. Cifras tan abultadas indican claramente la necesidad de

tomar conciencia y, al mismo tiempo, medidas para controlar y, de ser posible, erradicar la «epidemia del tabaquismo». Cada diez segundos, una persona muere en el mundo como consecuencia del consumo de tabaco. Los productos del tabaco han sido los responsables de unos tres millones de muertes cada año durante la década de los noventa, y el número de muertes sigue aumentando. A menos que la tendencia de fumar tome otra dirección, la cifra podría alcanzar los diez millones de muertes al año dentro de 20 ó 30 años, con el 70% de estas muertes en los países en desarrollo (OMS, 1999). Los exfumadores tienen un riesgo de mortalidad más bajo que aquellos que continúan fumando. El riesgo de mortalidad va declinando progresivamente en función del incremento del tiempo desde que se haya dejado de fumar. Por lo general, los sujetos que han permanecido abstinentes 15 o más años se observa que tienen un riesgo de mortalidad similar a aquéllos que no han fumado nunca. Sin embargo, muchos beneficios para la salud, como por ejemplo la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular, ocurren mucho más rápido, con frecuencia en los primeros 12 meses después de dejar de fumar. En la tabla 1 exponemos los principales beneficios de dejar de fumar que se ha observan a corto y a largo plazo.

TABLA 1

Beneficios para la salud a corto y a largo plazo al dejar de fumar

Veinte minutos después del último cigarrillo

- La tensión arterial baja a cifras normales
- La frecuencia cardíaca recupera los niveles normales
- La temperatura de las manos y de los pies aumenta hasta valores normales

Veinticuatro horas después de dejar de fumar

- Disminuye el riesgo de un ataque al corazón

Cuarenta y ocho horas después de dejar de fumar

- Las terminaciones nerviosas comienzan a rebrotar
- Mejora el olfato y el gusto

Setenta y dos horas después de dejar de fumar

- Relajación de los bronquios, que lleva a respirar mejor
- Incremento de la capacidad pulmonar

Medio mes a tres meses después de dejar de fumar

- Mejora la circulación y el funcionamiento de los pulmones en un 30%

De uno a nueve meses después de dejar de fumar

- Disminuye la tos, el cansancio y la sensación de ahogo
- Aumenta la sensación de bienestar
- Mejora la capacidad para limpiar el pulmón y se tienen menos infecciones

Diez años después de dejar de fumar

- Reducción de la tasa media de muerte por cáncer a un 12 por 100.000
 - Reducción a niveles equiparables a los que nunca han fumado de padecer cáncer de boca, laringe, esófago, vejiga, riñón y páncreas
-

ABORDAJES PARA DEJAR DE FUMAR Y SU EFICACIA

Es indudable el avance que se ha producido en los últimos años en el tratamiento de las personas dependientes de la nicotina o tabaquismo. Hoy sabemos que las medidas que vienen a ser más efectivas para

conseguir reducir el número de fumadores de una población son tanto de tipo general como de tipo específico, dependiendo del tipo de fumador o a qué grupo nos queremos dirigir cuando diseñamos o ponemos en marcha un programa de intervención. Al tiempo se ha incrementado de modo importante

la demanda de tratamientos junto a campañas de tipo público para que las personas dejen de fumar, sin olvidar otras medidas necesarias para conseguir buenos resultados, como consejo médico, información pública sobre los efectos del tabaco sobre la salud, facilitarles materiales a los fumadores para que puedan dejar de fumar, ofertarles distintos tratamientos para dejar de fumar en unidades especializadas (Becoña y Vázquez, 1998), sin olvidar que no hay nada mejor que la prevención en etapas escolares y adolescentes (Becoña, Palomares y García, 1994) para que las personas no fumen y así luego evitar sus riesgos.

Aunque pueda parecer que lo más idóneo es dejar de fumar por uno mismo, como hacen la mayor parte de los fumadores que intentan dejar de fumar, es necesario disponer de buenos programas clínicos por varios motivos: 1) por la necesidad de conseguir en muchos casos que un fumador deje de fumar porque su vida corre un grave riesgo de no hacerlo; 2) para conocer los elementos esenciales que llevan al abandono; 3) para transferir los principios básicos del cambio en la conducta de fumar del nivel clínico al nivel de autoayuda y al nivel comunitario; 4) porque un porcentaje de los fumadores solicitan tratamiento para dejar de fumar, que en número de sujetos

son muchos, debido a la alta prevalencia de fumadores existentes en la población; 5) porque el liderazgo en los programas de abandono, del tipo que sea, siempre ha sido ejercido por los clínicos con dilatada experiencia en ayudar a las personas a dejar de fumar.

En esta línea, la situación en España, como en otros países, muestra que cada vez más los fumadores dejan de fumar y, al mismo tiempo, cada vez son más los que solicitan tratamientos especializados. Sabemos por los estadios de cambio de Prochaska (ej., Prochaska y Prochaska, 1993), que cuando un fumador no deja de fumar por sí mismo (por ej., abandono brusco) pasa a procedimientos más complejos (ej., procedimientos de autoayuda) o a un tratamiento especializado de tipo clínico.

En los últimos años el hecho más destacado para conocer la eficacia de los tratamientos para dejar de fumar es analizar éstos a través de distintas guías clínicas. Estas han sido elaboradas por distintos organismos para diferenciar y clarificar lo que funciona y lo que no funciona tanto en éste como en otros trastornos. Dentro de la dependencia de la nicotina las guías clínicas más importantes son la de la *Agency for Health Care Policy and Research* (USDHHS, 1996), la de Fiore et al. (2000) de la *Agency for Health Care Policy and*

Quality, la de la American Psychiatric Association (1996) y la británica (Raw, McNeill y West, 1998), esta última aceptada como de referencia por una docena de importantes sociedades científicas médicas de ese país. En este momento se están elaborando otras en distintos países.

La guía de directrices para la práctica clínica en el tratamiento de pacientes con dependencia de la nicotina de la Asociación de Psiquiatría Americana (American Psychiatric Association, 1996) contiene todo un conjunto de pautas para tratar la dependencia de la nicotina, especialmente la de los fumadores de cigarrillos. Esta guía fue pensada fundamentalmente para que la utilicen los psiquiatras. Las pautas que se recogen en la misma van dirigidas especialmente para tratar a aquellos fumadores que podrían acudir a la consulta psiquiátrica. La guía analiza los tratamientos psicossociales y los tratamientos somáticos. Entre los tratamientos somáticos, que incluyen farmacoterapia, la guía considera la terapia sustitutiva de la nicotina (chicle de nicotina, el parche de nicotina, el nebulizador intranasal, el inhalador de nicotina, las pastillas de nicotina y la lobelina), terapia antagonista, terapia para hacer aversiva la ingestión de la nicotina y las medicaciones que no contienen nicotina y que mimetizan los

efectos de la nicotina. En las terapias somáticas que no utilizan medicación incluyen a la acupuntura y los filtros o aparatos similares (American Psychiatric Association, 1996). Los tratamientos psicossociales que se analizan en la guía son: las terapias de conducta (prevención de recaídas/entrenamiento en estrategias de afrontamiento, control de estímulos, terapia aversiva, apoyo social, manejo de contingencias, exposición estimular, reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán, relajación y feedback fisiológicos), materiales de autoayuda, grupos de apoyo y educacionales, hipnosis y otras terapias.

Esta guía concluye que los tratamientos de elección clínica serían, dentro de las terapias psicossociales, la terapia de conducta multicomponente, dentro de las terapias somáticas el chicle de nicotina, parche de nicotina y la combinación de chicle o parche de nicotina con terapia de conducta. También tendrían una recomendación clínica, pero moderada, el entrenamiento en estrategias/prevención de la recaída, control de estímulos, fumar rápido y materiales de autoayuda, en lo que atañe a las terapias psicossociales; en las terapias somáticas el chicle más parche de nicotina, la clonidina y el nebulizador intranasal. De las demás no habría suficiente evidencia de su eficacia.

La terapia de conducta se basa en la teoría de que los procesos de aprendizaje intervienen en el desarrollo, mantenimiento y abandono de los cigarrillos. Las principales metas de intervención de la terapia de conducta en el hábito de fumar son cambiar los antecedentes de la conducta de fumar, reforzar la abstinencia y enseñar estrategias para afrontar adecuadamente las situaciones de alto riesgo para reiniciar el consumo. La American Psychiatric Association (1996) indica que hay aproximadamente unos 100 estudios prospectivos controlados que demuestran la eficacia de la terapia de conducta. Se indica que el procedimiento más utilizado son los programas multicomponentes que incluyen distintas técnicas de las revisadas en la guía. La eficacia de la terapia de conducta en el tratamiento del tabaquismo es tan sólida y consistente que la American Psychiatric Association (1996) la recomienda como el tratamiento de elección, dado que «los pacientes psiquiátricos, incluyendo aquellos con abuso y dependencia de sustancias es más probable que se beneficien de la terapia de conducta debido a su alta incidencia de problemas psicosociales, pobres habilidades de afrontamiento y, a menudo, una historia pasada de beneficios con esta terapia» (p. 11).

A pesar de esta conclusión indican que el problema fundamental de la terapia de conducta es que

«aunque claramente efectiva, la terapia de conducta no está a menudo disponible para los pacientes o sólo está disponible intermitentemente, es costosa, y no está integrada dentro del sistema de cuidado de la salud» (p. 11). Tanto con el primer argumento como con el último estamos de acuerdo, justificado la mayoría de las veces por enormes intereses (ej., dinero de los laboratorios en promocionar procedimientos farmacológicos) (Hughes, 1996) que impide su implantación en el sistema de salud (ej., Abrams, 1993), pero en cuestión de costes no estamos de acuerdo. Un fumador con un tratamiento para dejar de fumar con chicles o parches de nicotina tiene que gastar entre las 20 y las 40.000 pts., sólo en terapia sustitutiva de nicotina, mientras que en la terapia de conducta el coste en material es muy reducido, en torno a 1.000 o 2.000 pts. En ambos casos habría que añadirle el coste del terapeuta y el de otro personal. Cuando el tratamiento se aplica en grupo este es claramente más eficiente que a nivel individual.

En líneas generales estas conclusiones son similares a las de la *AHCPR Smoking Cessation Guide - line* (USDHHS, 1996), la de Fiore et al. (2000) y la de Raw et al. (1998), aunque en ésta última se carga aún más las tintas en el tratamiento farmacológico, especialmente porque

la misma va dirigida a ser aplicada en el sistema del cuidado de la salud por parte del médico y no por psicólogos.

Una clara conclusión de lo anterior es que hay toda una serie de procedimientos que se han mostrado claramente efectivos para aplicar en la práctica clínica con los fumadores. De estos tratamientos el primero de elección es el psicológico de tipo conductual y específicamente los programas conductuales multicomponentes. También se ha mostrado que dentro de los procedimientos farmacológicos el chicle y el parche de nicotina son efectivos en relación al placebo, y claramente recomendables, aunque en Estados Unidos los procedimientos farmacológicos hay que aplicarlos junto a un programa conductual. Por ejemplo, en la caja con los chicles o parches va también un folleto o un manual de tipo conductual para que lo sigan junto al mismo (ver Fiore et al., 1990). Por tanto, en uno como en otro caso, el procedimiento conductual siempre está presente.

EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LOS FUMADORES

Los primeros tratamientos psicológicos para dejar de fumar surgen a la par de la aparición de las técnicas de terapia y modificación de

conducta a principios de los años 60. Desde la aparición de las técnicas conductuales se han utilizado gran número de las mismas, como procedimientos aversivos (fumar rápido, saciación, fumar aversivo regular, retener el humo, sensibilización encubierta, shock eléctrico), autoobservación, relajación, control de estímulos, reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán, fumar controlado, manejo de contingencias, desensibilización sistemática, terapia de estimulación ambiental restringida, contratos de contingencias, métodos de automanejo y autocontrol, y programas multicomponentes (Becoña, 1993, 1994b; Becoña y Vázquez, 1998; Gil y Calero, 1994; Lando, 1993; Lichtenstein y Glasgow, 1992; Schwartz, 1987; USDHHS, 1988, 1991). Técnicas como las aversivas han mostrado ser un modo de abordaje útil y eficaz al tener como objetivo básico conseguir que una conducta agradable, fumar, se convirtiese en aversiva, consiguiendo así eliminar el hábito, desvanecer el ansia por fumar posteriormente y, de este modo, mantener así la abstinencia. Las mismas se basan en los principios de la psicología del aprendizaje. Un buen ejemplo es la utilización de la técnica de fumar rápido en Estados Unidos, dado que con esta técnica dejaron allí de fumar varias decenas de miles de fumadores en las décadas de los años 60 y 70.

En los años 70 se amplían las técnicas de intervención con las técnicas cognitivas y en los años 80 con las estrategias de prevención de la recaída (Marlatt y Gordon, 1985). Con la aparición y posterior desarrollo de los programas multicomponentes se combinan varias de las anteriores técnicas para optimizar la eficacia, incluyendo también en algunos casos el chicle de nicotina para los sujetos altamente dependientes de los cigarrillos. En nuestra actual década el mayor interés está en aplicar estos programas a nivel comunitario (Lando, 1993), tales como el ASSIST (American Stop-Smoking Intervention Study for Cancer Prevention) o el COMMIT (Community Intervention Trial for Smoking Cessation).

En lo que sí hay acuerdo es que en el momento presente las técnicas que mejor funcionan en el tratamiento clínico de fumadores, las que tienen el mejor nivel de coste-efectividad, y las que se deben utilizar como principal abordaje para dejar de fumar son las técnicas conductuales. Además, la validación objetiva de su eficacia y de la abstinencia ha sido un elemento esencial desde la aparición de las mismas (Becoña, 1994a; Velicer et al., 1992), de ahí que con ellas se hayan tratados muchos miles de fumadores en distintos países.

Las técnicas conductuales efectivas logran un alto nivel de abstinencia al final del tratamiento en programas clínicos, entre el 60%-90%, siendo al año de seguimiento en los mejores programas del 30%-50% de abstinencia (American Psychiatric Association, 1996; Fiore et al., 2000; Schwartz, 1987, USDHHS, 1996). Por ello, el mejor modo de dejar de fumar es con un programa psicológico multicomponente (Fiore et al., 2000). Estos programas psicológicos reciben el nombre de multicomponentes porque incluyen distintas técnicas de intervención terapéutica, es decir, varios componentes, de ahí el nombre de multicomponente, para las fases por las que pasa un fumador en un programa especializado para dejar de fumar: preparación para dejar de fumar, abandono de los cigarrillos y mantenimiento de la abstinencia (USDHHS, 1991).

En la fase de preparación el objetivo es incrementar la motivación y el compromiso del cliente para que abandone los cigarrillos. Un método comúnmente utilizado consiste en que firme un contrato de contingencias y haga un depósito, que irá recuperando contingentemente a la asistencia a las distintas fases del tratamiento y en los sucesivos seguimientos. También en esta fase es importante que el fumador aumente el conocimiento de la propia conducta. Esto se logra mediante autorregistros y la repre-

sentación gráfica de su consumo. En esta fase también se decide de modo exacto (fecha fija) o aproximado cuando va a abandonar los cigarrillos (cuarta sesión, penúltima, etc.). Igualmente se le enseña en esta fase cualquier otra técnica para el posterior abandono de los cigarrillos. Una vez finalizada la etapa de preparación, en la de abandono, es cuando se lleva a cabo la aplicación de una de las técnicas que han mostrado su eficacia en el abandono de los cigarrillos, como las de fumar rápido, retener el humo, reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán, u otras que han obtenido buenos resultados dentro de programas multicomponentes como la saciación, la sensibilización encubierta, contrato con fecha fija de dejarlo, etc. (ver Becoña y Vázquez, 1998).

Una vez que el fumador ha quedado abstinentes, en la tercera fase, la de mantenimiento, se llevan a cabo distintas estrategias para que el fumador se mantenga abstinentes, tales como sesiones de asistencia o mantenimiento a lo largo del tiempo, entrenamiento en habilidades para afrontar situaciones, o apoyo social. Esta fase sería propiamente la fase de prevención de la recaída que desde otras perspectivas se han sugerido como imprescindibles en cualquier tratamiento para mantener las ganancias del tratamiento a largo plazo.

EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PARA OTROS PROBLEMAS PSICOPATOLÓGICOS ASOCIADOS A FUMAR CIGARRILLOS

En las dos últimas décadas se han realizado distintos estudios analizando la relación entre fumar y otras psicopatologías. Hay evidencia de relación entre fumar y depresión, ansiedad, alcoholismo y esquizofrenia (Becoña y Vázquez, 1999). La relación entre fumar y estos trastornos psiquiátricos se traduce en una mayor dificultad de estas personas para dejar de fumar y, si lo consiguen, una mayor vulnerabilidad a la recaída. Hoy sabemos que se pueden dar múltiples relaciones entre fumar y otras patologías: 1) los factores de riesgo de cada trastorno pueden interactuar y traslaparse; 2) las psicopatología del eje I o II del DSM-IV pueden servir como factor de riesgo para fumar; 3) la adicción a la nicotina puede ser un factor de riesgo de la psicopatología; 4) los trastornos psiquiátricos pueden llevar a iniciar el consumo de cigarrillos; 5) algunos trastornos psiquiátricos pueden emerger cuando el sujeto deja de fumar; 6) la psicopatología puede modificar el curso de la adicción a la nicotina en términos de rapidez del curso, respuesta al tratamiento, cuadro sintomático y resultado a largo plazo; y, 7) aspectos de mantenimiento (personal y

social) del trastorno psiquiátrico pueden llevar a una progresión continuada, consolidación y recaída al consumo de cigarrillos.

Estas relaciones entre fumar y psicopatología tienen como resultado una mayor dificultad para dejar de fumar en aquellas personas que presentan comorbilidad, así como una mayor vulnerabilidad para iniciarse y mantenerse en el hábito. No obstante, todavía ni están claras, ni han sido ampliamente investigadas las razones de esta comorbilidad.

La relación más estudiada y conocida se da entre fumar y depresión. La depresión mayor, ya sea historia de depresión mayor, actual o subsindrómica, representa un desafío para muchos fumadores cuando dejan de fumar (Glassman, 1993). También se ha encontrado relación entre fumar y la sintomatología depresiva, tanto a nivel clínico como a nivel poblacional, y el afecto negativo. La relación entre fumar y depresión o sintomatología depresiva está bien establecida al inicio del hábito de fumar, en el mantenimiento de la adicción a la nicotina, cuando se deja de fumar y en la recaída (Glassman, 1993; Hall, Muñoz y Reus, 1994; Vázquez y Becoña, 1996).

En distintos estudios realizados en España (Becoña, Vázquez, Lorenzo y Fuentes, 1998; Vázquez y Becoña, 1998, 1999) se encuen-

tra que la mayor sintomatología depresiva lleva a que las personas no dejen de fumar o recaigan con más frecuencia.

Otro problema que tiene gran relevancia en nuestro medio es el consumo de alcohol. La dependencia del alcohol se ha asociado con un consumo elevado de cigarrillos, fracaso en los tratamientos para dejar de fumar y recaída (ver Becoña y Vázquez, 1999). La prevalencia de fumar en alcohólicos, estén abstinentes o no, se estima entre el 80% y el 90%. Esto constituye un fenómeno muy importante, dado que, por ejemplo en España, no menos del 5% de la población pueden tener un trastorno de dependencia alcohólica. Estos son fumadores de alto riesgo de enfermedades cardiovasculares y de otras asociadas con una ingesta de alcohol excesiva y de fumar cigarrillos. El uso combinado de tabaco y alcohol presenta un riesgo incrementado para la salud, dados los efectos sinérgicos de estas sustancias. Por ejemplo, el estudio de Hurt et al. (1994) ha encontrado que las enfermedades relacionadas con el tabaco son la causa principal de muerte entre los sujetos que fueron tratados antes de su dependencia del alcohol. Por lo tanto, los alcohólicos representan un importante grupo para las intervenciones para dejar de fumar. Además, las personas que han dejado de beber

tienen un mayor grado de dependencia de la nicotina y tienen más dificultades para dejar de fumar. Dejar de fumar también parece que está asociado con la abstinencia a largo plazo del alcohol. Dejar de fumar no afecta de modo negativo a aquellos sujetos que están abstinentes del alcohol u otras drogas.

El consumo de cigarrillos también es muy frecuente entre las personas que padecen esquizofrenia. Aproximadamente entre el 70% y el 90% de los pacientes con esquizofrenia crónica son fumadores. Cada vez son más los que quieren dejar de fumar, aunque el nivel de eficacia con los mismos es bajo (American Psychiatric Association, 1996).

Todo lo anterior nos muestra un cuadro distinto para el futuro. La conducta de fumar cigarrillos cada vez será más relevante para los clínicos, por encontrar en ellos otros trastornos psicopatológicos asociados. Recientemente, en una revisión sobre esta cuestión, concluimos (Becoña y Vázquez, 1999) que nos podemos encontrar con que: 1) existen estudios significativos que demuestran con claridad la relación entre fumar y otras psicopatologías; 2) dejar el tabaco es mucho más difícil para los pacientes que presentan otros trastornos psiquiátricos que para el resto de la población; 3) los fumadores a menudo intentan dejar de fumar y quizás

sean incapaces por un trastorno psiquiátrico adicional; 4) los fumadores con psicopatología tienen más probabilidades de fracasar en sus intentos de dejar de fumar; 5) los que siempre han fumado tienen mayor probabilidad de tener otros trastornos psiquiátricos en comparación con quienes no han fumado nunca; 6) otras investigaciones muestran que fumar cigarrillos puede asociarse a distintos síntomas psicopatológicos más que a la psicopatología misma; 7) el grado de dependencia del tabaco se relaciona con la probabilidad de experimentar otros trastornos psiquiátricos; 8) los fumadores que previamente han presentado otras patologías psiquiátricas tienen mayor probabilidad de convertirse en adictos a la nicotina; 9) quienes han fumado durante un largo período de tiempo es probable que también experimenten psicopatologías adicionales; 10) los síntomas comunes de abstinencia del tabaco, incluyendo irritabilidad, nerviosismo y disforia, son más graves en quienes presentan una historia de trastorno psiquiátrico que el resto de la población que deja de fumar; y, 11) un historial de fumar y otros trastornos psiquiátricos acabará probablemente en seguir fumando. La evidencia anterior confirma que los sujetos con historia o padecimiento actual de otros trastornos psiquiátricos es más probable que se inicien en el hábito de fumar y, poste-

riormente, tienen más dificultad para dejar de fumar y una mayor probabilidad de recaída.

PRESENTE Y FUTURO DEL PSICÓLOGO EN EL TRATAMIENTO DE LOS FUMADORES DE CIGARRILLOS

Claramente, por lo expuesto hasta aquí, el psicólogo tiene un papel relevante en el tratamiento de los fumadores. Sin embargo, este papel ya ha sido proporcionalmente más relevante en el pasado de lo que lo es actualmente. Hoy, a diferencia del pasado, distintos profesionales se ocupan de este tema (ej., varias especialidades de la medicina). Hasta hace pocos años no había fármacos efectivos para el tratamiento de los fumadores. Hoy hay un gran número de otros profesionales que se preocupan de la intervención con fumadores, tanto con intervenciones mínimas o de consejo (médico de atención primaria, farmacéutico, consejo de enfermería, etc.), como con tratamientos farmacológicos, o su combinación con tratamientos psicológicos de diverso nivel de intensidad y especialización. Con ello ha aumentado el interés por el tratamiento de fumadores y el número de psicólogos trabajando en este tema porque globalmente cada vez hay más demanda de todo tipo de tratamientos para dejar de fumar.

Un hecho que se debe asumir por parte de los psicólogos es la necesidad de tomar un papel activo, basado en los conocimientos científicos de nuestra profesión y en nuestra práctica clínica cotidiana, de que debemos ayudar a nuestros pacientes a dejar de fumar, tanto a los que acuden específicamente a dejar de fumar como a todos los demás que acuden por otros trastornos y son fumadores. En esta línea, en la tabla 2 presentamos una guía para que cualquier clínico pueda ayudar a sus pacientes a que dejen de fumar. Debemos preguntar a todo paciente que acude a nuestra consulta si fuma; si lo hace aconsejarle que deje de fumar, ayudarlo a conseguirlo y, una vez abstinentes, reforzarle por la abstinencia para que siga sin fumar y no recaiga.

Otra cuestión nada despreciable es lo que ha representado en otros países el surgimiento de guías clínicas y lo que va a representar pronto en el nuestro su aparición y utilización generalizada. Estas son elaboradas por profesionales distintos a la psicología, en donde aunque aparece claro que el tratamiento psicológico es el más eficaz en un contexto clínico, o de los más eficaces, en la práctica se resaltan las tintas en el tratamiento farmacológico por ser el que les resulta, especialmente a los médicos y otras profesiones sanitarias,

TABLA 2

Cómo pueden los psicólogos ayudar a sus pacientes a dejar de fumar mediante consejo psicológico sistemático

-
1. Pregunte sobre los hábitos en relación con el tabaco siempre que tenga oportunidad.
 2. Aconseje a sus pacientes dejar de fumar. El consejo debe ser claro, firme, inequívoco y personalizado.
 - Si el paciente está dispuesto a dejar de fumar realice la evaluación.
 - Si el paciente no está dispuesto a dejar de fumar en este momento:
 - proporciónale información o folletos para motivarlo
 - vuelva a preguntarle la próxima vez
 3. Ayude a su paciente a dejar de fumar
 - Decida una fecha para dejar de fumar y proporciónale material de autoayuda
 - Propóngale estrategias de autocontrol (reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán, contrato de contingencias, control de estímulos, etc.) o de tipo aversivas (ej., retener el humo)
 - Propóngale estrategias farmacológicas si no se ve capaz de superar por sí mismo el síndrome de abstinencia
 4. Ayude a su paciente a mantenerse sin fumar
 - Realice sesiones de seguimiento o llamadas telefónicas
 - Entrénelo en estrategias de prevención de la recaída
 - Proporciónale o indíquele cómo conseguir apoyo social
-

el más cómodo, accesible y fácil de sugerir o de recetar a sus fumadores cuando acuden al sistema de salud o buscan ayuda para dejar de fumar. Como un ejemplo, cuando un médico o un psiquiatra tiene que recomendar un tratamiento para dejar de fumar la probabilidad de que recomiende, en primer lugar, un tratamiento farmacológico en vez de uno psicológico, es mayor. Siguiendo, por ejemplo, las guías clínica publicadas

nos podemos encontrar con que, curiosamente, aunque coinciden entre ellas a grandes rasgos, también nos encontramos importantes diferencias que marcan una mejor o peor intervención clínica en función del cliente y no de un grupo profesional. Por suerte, en éste como en otros temas, disponemos de varias guías, meta-análisis y revisiones exhaustivas de la literatura científica que nos permiten concluir con relativa certeza qué

funciona y qué no funciona en el tratamiento de los fumadores (Becoña y Vázquez, 1998). Otra cosa bien distinta es la posibilidad de implantar adecuadamente lo que mejor funciona o es más efectivo, si los usuarios solicitan ese tratamiento efectivo, el papel que tienen los medios de comunicación de masas en difundir los tratamientos fáciles de seguir y que parece que van a tener un efecto inmediato, sin olvidarnos de los intereses comerciales que subyacen a los fármacos en contra de cualquier otro tratamiento que, aunque sea efectivo (y habitualmente barato como es el conductual), va a tener menos valedores por ser menos rentable a nivel comercial. Esto ya se relaciona con la difusión y el marketing de los tratamientos (Sobell, 1996), tema que los psicólogos siempre hemos tenido muy descuidado, pero que es de gran relevancia para la implantación de una profesión en el contexto social.

Finalmente hay otra cuestión que ya está cobrando gran relevancia en otros países y que en pocos años se incrementará aquí. Nos referimos a la psicopatología asociada en los fumadores que acuden a tratamiento y a cierta psicopatología que aflora en una parte de los fumadores cuando dejan de fumar. Nos referimos fundamentalmente a la depresión (Vázquez y Becoña, 1998) o al

incremento del número de fumadores que acuden a tratamiento y que tienen al mismo tiempo un problema de alcoholismo o de esquizofrenia. Aquí claramente el tratamiento tiene que orientarse no sólo a que la persona deje de fumar, sino también a que supere el problema psicopatológico asociado. Por ello debemos tener un cuidado especial en que la intervención se realice adecuadamente para que la persona deje de fumar y después se mantenga abstinentemente.

El problema de la recaída es de gran relevancia en el tratamiento de fumadores. Su manejo adecuado pasa por aplicar buenos tratamientos y controlar los factores asociados a la misma, como es la psicopatología asociada, la presión social al consumo, etc. Aquí hemos desarrollado buenos tratamientos (por ej., Marlatt y Gordon, 1985), que hay que seguir perfeccionando (Becoña y Vázquez, 1997; Míguez y Becoña, 1995).

Como conclusión final, podemos afirmar que al psicólogo se le abre un importante campo de intervención en un problema como es el tratamiento de los fumadores. A éstos es necesario, en muchos casos, hacerles una minuciosa evaluación para aplicarle aquel mejor tratamiento para que dejen de fumar y sin olvidarnos de los posibles problemas que pue-

dan tener asociados a nivel psicopatológico. Desde hace varias décadas los psicólogos venimos tratando efectivamente a los fumadores y haciendo aportaciones que han sido de gran relevancia. Nos corresponde, junto a otros profesionales, seguir avanzando y

aportando nuestros conocimientos para poder ayudar a reducir y, quizás, casi erradicar, lo que hoy constituye la primera causa evitable de morbi-mortalidad en los países desarrollados y una de las primeras en los países en vías de desarrollo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams, D. B. (1993). Treatment issues: Towards a stepped-care model. *Tobacco Control*, 2, S17-S37.
- Alfonso, M. e Ibañez, P. (1983). *El tabaco*. Madrid: Mezquita.
- American Psychiatric Association (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1996). Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1-31.
- Becoña, E. (1993). *Programa para dejar de fumar*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela (2ª y 3ª ed. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, 4ª ed., Sevilla: Comisionado para la Droga).
- Becoña, E. (1994a). Evaluación de la conducta de fumar. En J. L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 403-454). Madrid: Debate.
- Becoña, E. (1994b). Tratamiento del tabaquismo. En J. L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 457-491). Madrid: Debate.
- Becoña, E. (1996). *Programa para dejar de fumar por correo*. A Coruña: R.P.P.I. (nº 2123).
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E., Palomares, A. y García, M. P. (1994). *Prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1996). La prevención del tabaquismo: una necesidad para la mejora de la salud y del bienestar. *Extensiones*, 3, 21-29.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1997). Does using relapse prevention increase the efficacy of a program for smoking cessation?: An empirical study. *Psychological Reports*, 81, 291- 296.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1998). Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Dykinson.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1999). Psicopatología del tabaquismo. *Trastornos Adictivos*, 1, 27- 33.
- Becoña, E., Vázquez, F. L., Fuentes, M. J. y Lorenzo, M. C. (1988). Anxiety, affect, depression, and cigarette consumption. *Journal of Personality and Individual Differences*, 26, 113- 119.
- Cabo, M. M. (1992). Farmacocinética y sistema nervioso central. En Miró (Ed.), *Tabaquismo: consecuencias para la salud* (pp. 27-36). Granada: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada.
- Doll, R. y Hill, A. B. (1956). The mortality of doctors in relation to their smoking habits: A preliminary report. *British Medical Journal*, 4877, 1451-1455.
- Doll, R. y Peto, R. (1989). *Las causas del cáncer*. Barcelona: Salvat.
- Escohotado, A. (1989). *Historia de las drogas* (Vol. 1). Madrid: Alianza Editorial.
- Fiore, M. C., Pierce, J., Remington, P. y Fiore, B. (1990). Cigarette smoking: The clinician's role in cessation, prevention and public health. *Disease-a-Month*, April, 205-224.
- Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., Dorfman, S. F., Goldstein, M. G., Gritz, E. R., Heyman, R. B., Jaén, C. R., Kottke, T. E., Lando, H. A., Mecklenburg, R. E., Mullen, P. D., Nett, L. M., Robinson, L., Stitzer, M. L., Tommassello, A. C., Villejo, L. y Wewers, M. E. (2000). *Treating tobacco use and dependence*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.

- Gil, J. y Calero, M.D. (1994). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill.
- Glassman, A. H. (1993). Cigarette smoking: Implications for psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 150, 546-553.
- Hall, S. M., Muñoz, R. F., Reus, V. I. (1994). Cognitive-behavioral intervention increases abstinence rates for depressive-history smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 141-146.
- Hughes, J. R. (1996). Treatment of nicotine dependence. En C. R. Schuster, S. W. Gust y M. J. Kuhar (Eds.), *Pharmacological aspects of drug dependence: Toward an integrative neurobehavioral approach: Handbook of experimental psychology series* (Vol 11, pp. 599-618). Nueva York: Springer-Verlag.
- Hurt, R. D., Eberman, K. M., Croghan, I. T., Offord, K. P., Davis, L. J., Morse, R. M., Palmen, M. A. y Bruce, B. K. (1994). Nicotine dependence treatment during inpatient treatment for other addictions: A prospective intervention trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18, 867-872.
- Lando, H. A. (1993). Formal quit smoking treatments. En C. T. Orleans y J. Slade (Eds.), *Nicotine addiction. Principles and management* (pp. 221-244). Nueva York: Oxford University Press.
- Lichtenstein, E. y Glasgow, R. E. (1992). Smoking cessation: What have we learned over the past decade?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 518-527.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guildford Press.
- Míguez, M. C. y Becoña, E. (1997). El proceso de recaída y sus causas en ex-fumadores. *Adicciones*, 9, 405-436.
- Organización Mundial de la salud (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* (CIE-10). Ginebra; Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (1996). *The tobacco epidemic: A global public health emergency*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (1999). *Tira la cajetilla, deja de fumar. 31 de mayo, Día Mundial sin Tabaco*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Pomerleau, O. F. y Pomerleau, C. S. (1989). A biobehavioral perspective on smoking. En T. Ney y A. Gale (Eds.), *Smoking and human behavior* (pp. 69-88). Chichester: Wiley.
- Prochaska, J. O. y Prochaska, J. M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de recaídas* (pp. 85-136). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Raw, M., McNeill, A. y West, R. (1998). Smoking cessation guidelines and their cost effectiveness. *Thorax*, 53 (suppl), S1-S38.
- Royal College of Physicians (1962). *Smoking and Health*. Londres. Pitman.
- Schwartz, J. L. (1987). *Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada, 1978-1985*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Sobell, L. C. (1996). Bridging the gap between scientist and practitioners: The challenge before us. *Behavior Therapy*, 27, 297-320.
- Stolerman, I. P. y Jarvis, M. J. (1995). The scientific case that nicotine is addictive. *Psychopharmacology*, 117, 2-10.
- USDHHS (1964). *Smoking and Health. Report of Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Services*. Rockville, Maryland: U.S. Department of Public Health Service.

USDHHS (1979). *Smoking and health. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health, Education and Welfare.

USDHHS (1982). *The health consequences of smoking: Cancer. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Office on Smoking and Health.

USDHHS (1983). *The health consequences of smoking: Cardiovascular disease. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Office on Smoking and Health.

USDHHS (1988). *The health consequences of smoking: Nicotine addiction. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

USDHHS (1990). *The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.

USDHHS (1991). *Strategies to control tobacco use in the United States: A blueprint for public health action in the 1990s*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

USDHHS (1996). *Clinical Practice Guideline # 18 Smoking Cessation*. Washington, DC: US Government Printing Office.

Vázquez F. L, Becoña, E. (1996). ¿El hábito de fumar tiene relación con la depresión?. *Psicothema*, 10, 229-239.

Vázquez F. L. y Becoña, E. (1998). Treatment of major depression associated with smoking cessation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 507-508.

Vázquez, F. L. y Becoña, E. (1999). Depression and smoking in a smoking cessation program. *Journal of Affective Disorders*, 55, 125-132.

Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Rossi, J. S. y Snow, M. G. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychological Bulletin*, 111, 23-41.