



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultat de psicologia

Treball de Fi de Grau

Revisió d'estratègies d'intervenció en la deshabitució del tabaquisme

Adrià De la Rosa Bosch

Grau de psicologia

Any acadèmic 2021-2022

Treball tutelat per Dr. Antoni Gomila Benejam

Departament de psicologia

Paraules clau del treball: tabaco, abuso de sustancias, adicción, estrategias de intervención, fármacos.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. OBJETIVOS	5
3. METODOLOGÍA	6
4. MARCO CONCEPTUAL	7
4.1. Componentes del tabaco	7
4.2. Dependencia, abstinencia y tolerancia al tabaco	9
4.3. Adicción.....	10
5. TIPOS DE INTERVENCIONES PARA LA DESHABITUACIÓN DEL TABAQUISMO	13
5.1. TÉCNICAS AVERSIVAS:.....	15
5.1.1. Fumar rápido:	16
5.1.2. Saciación.....	17
5.1.3. La técnica de retener el humo	17
5.2. LA TÉCNICA DE REDUCCIÓN GRADUAL DE LA INGESTIÓN DE NICOTINA Y ALQUITRAN (RGINA):.....	18
5.3. EXPOSICIÓN A INDICIOS, EXTINCIÓN Y CONTROL DE ESTÍMULOS:	19
5.4. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS:.....	20
5.5. PROGRAMAS MULTICOMPONENTES PARA DEJAR DE FUMAR:	21
5.6. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS:	22
5.7. TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS:	23
5.7.1. Terapia sustitutiva con nicotina (TSN):	23
5.7.2. Bupropión.....	25
5.7.3. Vareniclina.....	26
5.8. TRATAMIENTO COMBINADO:	26
6. CONCLUSIÓN.....	27
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29

Resumen

La idea principal de la siguiente investigación consiste en explicar y dar a conocer las diferentes estrategias de intervención para las personas consumidoras de tabaco que quieren dejar dicha conducta atrás, no para aquellos/as fumadores/as esporádicos/as, sino para los/las que están habituados/as al uso diario de esta sustancia. A pesar de que cada vez hay más investigaciones sobre lo perjudicial que son los cigarrillos, muchas personas hacen caso omiso a las recomendaciones de los/as profesionales de la salud. Por ello, el presente estudio se centra en revisar y extraer las mejores estrategias para la intervención, tanto psicológica como combinada, en la deshabituación del tabaquismo para diferentes casos. Antes de entrar en materia, se introducen conceptos relacionados con el tabaco así como; Nicotina, dependencia, tolerancia, *craving*...

Palabras clave: tabaco, abuso de sustancias, adicción, estrategias de intervención, fármacos.

Abstract

The main idea of the following research is to explain and make known the different intervention strategies for tobacco users who want to leave this behavior behind, not for sporadic smokers, but for those who are accustomed to the daily use of this substance. Despite increasing research on the harmfulness of cigarettes, many people ignore the recommendations of health professionals. Therefore, the present study focuses on reviewing and extracting the best strategies for intervention, both psychological and combined, in smoking cessation for different cases. Before getting into the subject, concepts related to tobacco are introduced, such as: Nicotine, dependence, tolerance, *craving*...

Key words: tobacco, substance abuse, addiction, intervention strategies, medicine.

1. INTRODUCCIÓN

El tabaco es consumido desde la época precolonial. En ese periodo, se le daba un uso totalmente diferente al actual, de hecho los mayas, lo utilizaban con fines religioso, político e, incluso, medicinales. Se creía que estaba dotado de propiedades curativas tanto para enfermedades respiratorias, como el asma, para fiebre, heridas producidas por animales, dificultades digestivas y enfermedades cutáneas. Así como muestra la historia, el tabaco fue descubierto por Cristóbal Colón en el 1492, al colonizar las Antillas, y no fue hasta el 1510 que se exportaron las primeras semillas de tabaco a España (Monteverde & Maraña, 2006).

A pesar de que el tabaco es una de las sustancias de las cuales tenemos más información sobre sus efectos a largo plazo, es considerada una de las sustancias adictivas más consumidas en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), el tabaco “es una de las mayores amenazas para la salud pública... Mata a más de 8 millones de personas al año, de las cuales más de 7 millones son consumidores/as directos/as y alrededor de 1,2 millones son no fumadores/as expuestos/as al humo ajeno” (OMS, 2021).

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), en el quinquenio 2010-2014, se produjeron en España 259.348 muertes atribuibles al tabaco, lo que supuso una media anual estimada de 51.870 muertes. 129.413 de dichas muertes fueron por cáncer. Por otro lado, 9 de cada 10 muertes atribuibles al tabaco ocurrieron en hombres (MSSSI, 2010-2014).

Atendiendo a la estadísticas, conforme la Encuesta Europea de Salud en España (EESE) del año 2020, un 16,4% de mujeres y un 23,3% de hombres fuman a diario. La población que fuma diariamente se concentra en las edades de 25 a 64 años, con porcentajes en torno al 30% en los hombres y al 20% en las mujeres. El 2,1% de las mujeres y el 2,6% de los hombres se declaran fumadores/as ocasionales y el 16,7% de las mujeres y el 27,6% de los hombres se declaran exfumadores/as (EESE, 2020).

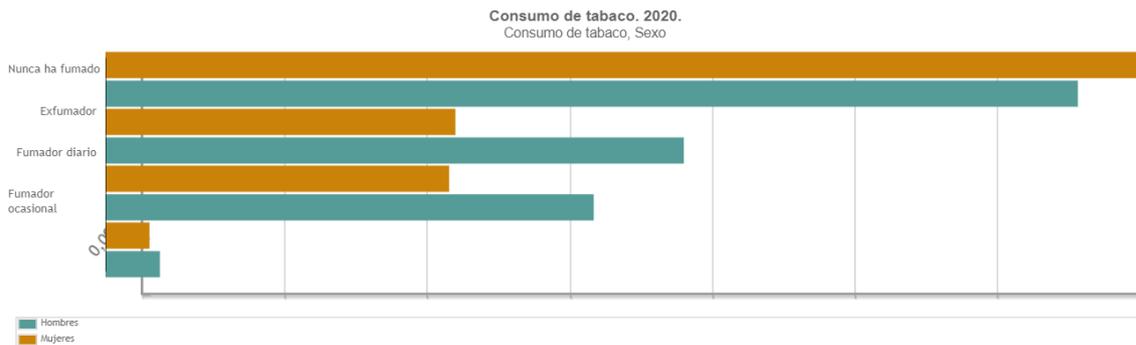


Tabla 1: Encuesta Europea de la salud en España 2020

Profundizando más en los datos de los últimos años, se puede observar que, más del 80% de consumidores (1.300 millones de personas que consumen tabaco) habitan en países con ingresos medios o bajos, por lo que la carga de morbilidad¹ es mayor. Además, según los informes del Observatorio Español de las Drogas y Adicciones (OEDA, 2021), la prevalencia de consumo diario de tabaco en la población entre 15-65 años en el 2019 fue de un 32,3% (36,8% en hombres y un 27,8% en mujeres) (OEDA, 2021).

2. OBJETIVOS

- GENERALES:
 - Revisar las diferentes estrategias de deshabituación del tabaquismo.
- ESPECÍFICOS:
 - Comparar las diferentes estrategias.
 - Concluir mejor estrategia actual según las evidencias científicas.
 - Concienciar los peligros del consumo de tabaco.

¹ Tasa de muerte en una población en un tiempo determinado

3. METODOLOGÍA

La siguiente revisión bibliográfica, se realizó en el 2022, mediante las bases de datos SCOPUS y, principalmente, Google Scholar.

En este estudio incluimos los siguientes criterios de búsqueda:

- Tipo de intervención: Cualquier tipo de intervención psicológica o combinada en personas adictas a fumar tabaco, basadas en evidencias científicas.
- Tipo de Participante: Cualquier paciente humano mayor de edad, sin importar sexo o edad, fumador habitual
- Idioma: Solo artículos escritos en inglés o castellano.

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1. Componentes del tabaco

Tal y como afirma el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), el tabaco es una droga estimulante del sistema nervioso central (SNC). Uno de sus componentes principales es la nicotina (*Nicotiniana tabacum*), esta es conocida por su gran capacidad adictiva y, en consecuencia, por la dependencia que produce en el cerebro humano. Durante la combustión de un cigarrillo, se producen más de 4000 productos tóxicos diferentes. Los más destacados por su potencial peligrosidad son:

- Alquitrans: responsables de los distintos tipos de cáncer.
- Monóxido de carbono (CO): favorece las enfermedades cardiovasculares.
- Irritantes (fenoles, amoníacos, ácido cianhídrico): responsables de enfermedades respiratorias como la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar.
- Nicotina: causante de la dependencia al tabaco. Tiene una vida media aproximada de dos horas, pero a medida que disminuye su concentración en sangre, se incrementa el deseo de fumar.

Haciendo hincapié en los elementos mencionados anteriormente, basándonos en el estudio de Molero Chamizo y Muñoz Negro (2005), “el alquitrán se desprende de la combustión del papel y del propio tabaco, además, el alquitrán contiene la mayoría de las sustancias químicas que causan cáncer y otras sustancias químicas nocivas del humo de tabaco. Cuando se inhala el humo de tabaco, el alquitrán forma una capa pegajosa en el interior de los pulmones”. En segundo lugar, al inhalar el humo, el CO se une en la sangre con la hemoglobina, formando el complejo carboxihemoglobina, impidiendo un adecuado abastecimiento de oxígeno a las células del organismo. En adición, el CO es el principal responsable de los infartos de miocardio, muerte súbita, arteriosclerosis y enfermedades respiratorias crónicas (Molero y Muñoz, 2005).

En tercer lugar, Molero y Muñoz (2005) afirman que la nicotina es un alcaloide presente en la planta del tabaco, esta sustancia puede provocar, a través del sistema circulatorio,

taquicardias, vasoconstricción periférica, activación y/o depresión del SNC, menor capacidad funcional cardíaca y otras alteraciones cardiovasculares, aumento de la presión arterial, incremento de plaquetas en sangre, apoplejía, etc. Debido a su gran potencial adictivo, esta sustancia provoca graves alteraciones en el funcionamiento natural del organismo.

A nivel neurofisiológico, la nicotina tiene gran repercusión sobre los receptores de neurotransmisores en el cerebro. Es por ello que el tratamiento farmacológico tendrá gran importancia en el abandono del tabaco. La nicotina actúa sobre los receptores acetilcolinérgicos, activándolos o bloqueándolos. Por otro lado, la activación de los receptores nicotínicos produce una liberación de dopamina en el núcleo accumbens, lo que conlleva una sensación de recompensa aumentando la probabilidad de repetir la conducta (Díaz-Maroto Muñoz & Jiménez-Ruiz, 2008).

A pesar de que la forma más conocida del uso del tabaco es mediante la combustión del cigarrillo o puro, existen otras maneras de consumirlo. Entre ellas se encuentra el rapé (polvo de tabaco), este derivado de la hoja del tabaco se puede consumir bien mediante la inhalación directa o la masticación del mismo. En el 1758, en España, más concretamente en Sevilla, se construye La Real Fábrica de Tabaco, en ella se empezó a fabricar el rapé que tuvo mucho éxito en toda Europa, de hecho tuvo tanto éxito que, tan solo 3 años más tarde ya se observaba una relación entre el cáncer de nariz y el consumo de rapé esnifado (Pascual y Vicéns, 2004).

Por ello, entre otras circunstancias, el uso del rapé fue decayendo y, por el contrario, incrementó el uso de puros. Cuba tuvo una participación notable, debido a que gran parte de la producción mundial de tabaco provenía de allí. A partir del 1900, se comenzó la fabricación de las cajetillas de cigarrillos que conocemos actualmente, con diferentes marcas y tipos de tabaco (Pascual y Vicéns, 2004).

4.2. Dependencia, abstinencia y tolerancia al tabaco

Una vez entendidos los componentes principales del tabaco y las consecuencias de su consumo, es momento de asimilar tres conceptos claves; la dependencia, abstinencia y la tolerancia.

La dependencia física es aquel estado en el que se manifiestan diversas alteraciones fisiológicas al retirar o suspender la administración continuada de una droga. Suelen padecerse síntomas opuestos a los efectos de la propia droga, los cuales conforman el síndrome de abstinencia. Además, para adquirir dicha dependencia física suele verse implicado la tolerancia a la sustancia, es decir, una menor sensibilidad por parte del organismo a los efectos de la droga, a medida que se consume de manera habitual. Por ello, el/la consumidor/a suele aumentar la cantidad con el fin de lograr los mismos efectos deseados. Por otro lado, la retirada de una droga la cual se ha consumido durante un tiempo de manera periódica y que, por consiguiente, ya ha creado cierta tolerancia en nuestro organismo, producirá el síndrome de abstinencia ya que los mecanismos que reducen la sensibilidad a ésta siguen actuando sin poderse contrarrestar (Molero Chamizo & Muñoz Negro, 2005).

Así mismo, Chamizo y Muñoz (2005), explican que “el concepto de dependencia psíquica hace referencia al estado de placer, o a la evitación de sensaciones desagradables, que proporciona una sustancia”. Por lo general, en primera instancia, el consumo de una droga se realiza por los efectos placenteros que conlleva, aunque no solo estos efectos son los que ayudan al mantenimiento de la conducta, de hecho los efectos desagradables de la retirada de dicha droga pueden también contribuir a la conservación del hábito.

En resumen, para diferenciar el concepto de dependencia y adicción, hay que tener claro que el primero se refiere a los estados derivados del consumo repetido de una droga, mientras que el segundo hace referencia al patrón de consumo de una sustancia.

4.3. Adicción

Etimológicamente, adicción proviene del latín *addicere* (hacer sumación). Antiguamente, para los romanos el *addictus* era aquella persona que tras haberse endeudado sin poder saldar dicha deuda, se convertía en el esclavo de su acreedor como método de pago (Gil Verona et al., 2003).

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la adicción a las drogas se puede definir como el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas de forma que, “el/la consumidor/a o adicto/a, se intoxica continuamente mostrando un deseo compulsivo de tomar una o varias sustancias, además, tiene una enorme dificultad para interrumpir o modificar el consumo voluntariamente y se muestra decidido/a a obtener dichos extractos a cualquier precio” (Cano-García, M. P, 2019).

En resumidas cuentas, lo que caracteriza a una persona adicta, es el hecho de perder el control voluntario de la conducta y los problemas personales que puedan causar (intoxicación, abstinencia, tolerancia, *craving*²...) (Ares et al., 2018).

Por otro lado, según el DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), los trastornos relacionados con sustancias abarcan 10 tipos de drogas diferentes: el alcohol, la cafeína, los alucinógenos, los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, los estimulantes, el tabaco y otras. Estas sustancias conllevan cambios en el circuito cerebral, provocan la activación del sistema de recompensa cerebral, lo que implica un refuerzo de dicha conducta y además, recuerdos de placer al consumirlas. Los/as sujetos que muestran mayor predisposición a desarrollar trastornos por el uso de sustancias son aquellos/as con niveles de autocontrol bajos y disfunciones en los mecanismos de inhibición cerebral.

Según los estudios, en neuroimagen y genética, de Koob y Volkow (2010), muestran que las acciones caracterizadas por la dopamina en el sistema límbico de recompensa y que la disforia aguda debido a la abstinencia, están mediadas por circuitos del prosencéfalo y de la amígdala. Y que el ansia por consumir (*craving*) y la preocupación

² Deseo (o necesidad psicológica) intenso e irrefrenable que conduce al individuo a abandonar la abstinencia. El manejo del *craving* es determinante para la adherencia al tratamiento de las personas farmacodependientes puesto que es el factor más importante de abandono terapéutico.

interviene en las funciones ejecutivas implicadas en el refuerzo condicionado y el procesamiento de la información contextual (Koob y Volkow 2010).

Algunos estudios demuestran que, a rasgos generales, la personalidad de los/as sujetos está directamente relacionada tanto con el tipo como con la intensidad de la adicción. En la gente más inquieta, predomina el uso de la cocaína así como la obsesión con el trabajo, la limpieza, la velocidad y todo lo implicado con la adrenalina. Por el contrario, la gente más calmada, preferirá el cannabis, la comida y todo lo que genere estados de relajación y tranquilidad. Aunque esto no es una regla universal, también existen los casos de personas con más energía que busca la calma y personas más tranquilas que busca la estimulación y excitación mediante las drogas (Rossi, 2008).

Asimismo, Pérez (2008), reafirma la importancia de la relación entre los rasgos de personalidad y la adicción. Explicando que no hay una única personalidad ligada a la adicción sino que existen patrones desadaptativos que pueden desarrollar dicho interés para el consumo.

Relacionando de nuevo los rasgos de la personalidad y las adicciones, podemos observar como la gente más impulsiva, buscadora de nuevas experiencias, con una menor capacidad de autocontrol, está vinculada a un inicio más temprano y al abuso. En cambio, las personalidades más neuróticas, aquellas más sensibles emocionalmente y pesimistas, estarán ligadas con el mantenimiento del hábito, la dependencia y la severidad de dicha adicción (Pérez, 2008).

De acuerdo con el último Informe Anual del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT, 2010), existe un alto nivel de demanda de tratamiento por consumo de drogas ilegales en la Unión Europea (UE), estimando que en el año 2007 un millón de personas recibió tratamiento en la UE. Es por ello, que se le ha dado tanta importancia en las últimas décadas, desarrollando un sólido marco teórico y empírico sobre las conductas adictivas y su tratamiento, instrumentos de evaluación cada vez más sensibles, específicos y refinados, e intervenciones cada vez más eficaces (García Fernández et al., 2011).

Por todo ello, el tratamiento dirigido a combatir cualquier adicción, requiere de un tratamiento personalizado y multidisciplinar, es por ello que aún quedan muchas

investigaciones por delante, tanto para entender el desarrollo como para buscar el tratamiento más eficaz y eficiente (García Fernández et al., 2011).

5. TIPOS DE INTERVENCIONES PARA LA DESHABITUACIÓN DEL TABAQUISMO

Centrándonos en los procesos de actuación en la guía de intervención individual para el tratamiento del tabaquismo de Gorreto López et al. (2017), se puede destacar que al intervenir en una deshabituación del consumo de tabaco, cualquier profesional tiene que tener claro que el tabaquismo es una adicción tanto física como psicológica, además de una conducta aprendida y una dependencia social. Por lo tanto, será necesario superar dicha adicción mediante intervención psicológica y, si se requiere, con la ayuda de fármacos, con el objetivo de desaprender dicha conducta con estrategias conductuales y modificar las influencias del entorno.

Al igual que en cualquier cambio de conducta, en el proceso de dejar de fumar, se observan diversas fases cíclicas, éstas se ven influidas tanto por estímulos externos como internos. Según el modelo transteórico de los estadios del cambio comportamental de Proshaska y DiClemente (1984), se diferencian 6 fases:

1. Precontemplación: cuando la persona no se plantea el dejar de fumar ya que no cree que sea perjudicial o no siente un malestar directo, aun sabiendo que es dañino para la salud (25-30% de los fumadores/as).
2. Contemplación: la persona ya se plantea el dejar de fumar de manera concienzuda en los próximos 6 meses, aunque tiene dudas ya que no percibe los daños a corto plazo. En esta fase donde se puede empezar a dejar de fumar, aunque se contrapongan los sentimientos de querer dejarlo y de seguir fumando. Por ende, el trabajo de la persona profesional será ofrecer toda la información posible para pasar a la siguiente fase (50-60% de los fumadores).
3. Preparación: la persona ya está decidida a dejar de fumar y se lo plantea de manera seria. Será imprescindible que el sujeto tome la decisión por el mismo y que la persona profesional este a su lado apoyándole y dándole toda la psicoeducación posible (información, beneficios, herramientas...) (10-15% de los fumadores).

4. Acción: la persona deja de fumar por menos de 6 meses.
5. Mantenimiento: la persona sigue sin fumar durante más de 6 meses. Es de gran importancia acompañar al/la paciente en las primeras semanas/meses para evitar recaídas i controlar la abstinencia, mediante el enseñamiento de conductas alternativas y/o con la ayuda de fármacos.
6. Exfumador/a: se considera exfumador/a a aquella persona que lleva más de un año sin volver a fumar.
7. Recaída: es una etapa muy frecuente y por ello se incorpora en las fases de dejar de fumar, por lo general se pueden necesitar 3 o 4 intentos antes de conseguir dejar de fumar definitivamente. En esta etapa es muy importante despenalizar la situación, aprender de la experiencia, revisar los errores... En caso de que haya habido recaída, será necesario realizar un nuevo compromiso con el/la paciente para seguir con el tratamiento, dejando pasar un tiempo.

En la práctica, existen varios planteamientos para conseguir que los pacientes dejen de fumar:

1. Intentar convencer al/la fumador/a para que deje de fumar por el/ella mismo/a, ya sea mediante los medios de comunicación, la subida de precio del tabaco, restricción de lugares donde consumir...
2. Convencer al fumador/a para la deshabitación de dicha conducta mediante el consejo de profesionales (médicos, enfermeros, psicólogos...)
3. Proporcionar métodos psicológicos de autoayuda.
4. Informar a su médico particular para la administración de ayuda farmacológica adecuada en cada caso.
5. En casos más severos, asistir a tratamientos psicológicos o combinados (psicológico y farmacológico) más especializados.
6. Finalmente, en casos sumamente necesarios, asistir a tratamientos concretos para abordar la dependencia a la nicotina y las secuelas asociadas, bien puedan ser tratamientos psicológicos o combinados.

Los inicios de los tratamientos psicológicos para personas fumadoras, en España, datan de la década de los 70, aunque no fue hasta la década de los 80 donde se empezó a trabajar con tratamientos puramente psicológicos o combinados (tratamiento psicológico junto a chicles de nicotina). A finales de los años 90, se le dio mayor valor a los aspectos psicológicos, ya que se comprendió la necesidad de tratar los aspectos motivacionales del/la paciente hacia el cambio, los problemas en la fase de abandono y las posibles recaídas (Becoña, 2004).

Como explica en su monografía Elisandro Becoña (2004), a medida que evolucionan las sociedades, las técnicas también se ven modificadas, por lo que se pueden diferenciar diversos tipos de intervenciones. En primer lugar, se encuentran las técnicas aversivas, las primeras que se pusieron en práctica, a medida que avanzaba la psicología se propusieron otras como la técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán, la exposición a indicios, extinción y control de estímulos, diversas estrategias de afrontamiento... A continuación se explican más detalladamente:

5.1. TÉCNICAS AVERSIVAS:

Estas técnicas son las más antiguas y tal y como indica el propio nombre, estas estrategias pretenden crear una asociación donde la conducta de fumar se asocie con un estímulo negativo, para ello será indispensable buscar una respuesta condicionada negativa. El objetivo principal es reducir el placer provocado por el acto de fumar y/o aumentar el nivel de desagrado hacia la conducta de fumar. Dentro de estos tipos de técnicas, podemos destacar 3 principales (Becoña, 2004):

5.1.1. **Fumar rápido:** para implementar correctamente esta técnica propuesta por Lichtenstein y sus colaboradores en el 1973, será necesario tratar al cigarrillo como el propio estímulo negativo. Para ello, el/la paciente deberá fumar cigarrillos, de su marca predilecta, de manera consecutiva, inhalando el humo cada 6 segundos, a su vez deberá prestar atención a la información que le proporcionará el/la terapeuta sobre los aspectos negativos de la conducta.

Cuando la persona consumidora es incapaz de seguir fumando, se realiza un descanso de 5 minutos donde se debate la información proporcionada por el/la profesional. Tras este descanso se realiza otro ensayo igual al anterior y, si fuese necesario y asequible para el/la paciente, un tercero. Se trata de una técnica sencilla de aplicar, rápida y eficaz.

El tratamiento completo suele durar unas 6 sesiones (2-3 semanas) y al finalizarlo alrededor del 100% de los/as pacientes muestran abstinencia, aunque hay que comprobar que se mantienen los resultados en el futuro (Becoña, 1985; 1987a).

A pesar de la gran eficacia de esta técnica, hay que tener en cuenta los posibles riesgos en cuanto a la salud de los/as pacientes. En el estudio de Becoña (1987a) resalta que algunos autores hacen hincapié en la gran ingesta de nicotina que conlleva (Horan, Linberg y Hackett, 1977), el nivel de carboxihemoglobina (Da naher, Lichtenstein y Sullivan, 1976; Lichtenstein y Glasgow, 1977) y los posibles cambios electrocardiográficos (Horan, Hackett, Nicholas, Linberg, Stone y Lıkaski, 1977) entre otros.

Por ende, antes de realizar dicha intervención hay que minimizar los posibles riesgos. Para ello, se recomienda realizar un análisis médico.

En el caso de que el EEG (electroencefalograma) sea normal, la función respiratoria sea adecuada y que el/la sujeto sea menor de 40 años, se podrá sopesar la ejecución de la técnica *fumar rápido*. Además es imprescindible una buena explicación de la técnica junto al contrato terapéutico entre ambas partes (Becoña, 2004).

5.1.2. **Saciación:** en esta técnica, se pretende que los aspectos reforzantes del fumar se conviertan en negativos, es decir, una pérdida del potencial reforzante del reforzador positivo (Resnick, 1968).

Según expone Elisandro en su monografía de las adicciones del 2004, en primer lugar, habrá que evaluar los niveles basales de número de cigarrillos consumidos por día del/la paciente. A partir de estos datos, el/la sujeto deberá duplicar, triplicar o, incluso cuaduplicar, el consumo de cigarrillos diarios, durante una semana. Al alcanzar el nivel de malestar provocado por la ingesta excesiva de cigarrillos, se le pide al/la paciente que deje de fumar durante una o más semanas. Esta técnica es menos eficaz a la anterior y también será imprescindible un control médico exhaustivo al igual que en la técnica de fumar rápido (Becoña, 2004).

5.1.3. **La técnica de retener el humo:** La técnica de retener el humo, o de saciación al sabor del tabaco, fue aplicada por primera vez por Tori (1978), puede combinarse con hipnosis y/o consejos de no fumar (González, 2006). Esta, se basa en los principios de los procedimiento aversivos, siendo el humo de los propios cigarrillos el que se convierte en el estímulo negativo. Esta técnica conlleva menos riesgos que las anteriores y tiene una tasa de abstinencia similar a la de fumar rápido, 40-50% tras un año de seguimiento (Becoña & Froján, 1988a; 1988b; Lando, 1989).

Para una adecuada intervención , se deberá llevar a cabo entre 8-10 sesiones, de 3 ensayos cada una con unas 5-6 retenciones de humo por ensayo. El fumador debe aguantar el humo en la boca/garganta mientras respira por la nariz, durante estos momentos se le facilitan instrucciones sobre la experiencia, con o sin hipnosis.

5.2. LA TÉCNICA DE REDUCCIÓN GRADUAL DE LA INGESTIÓN DE NICOTINA Y ALQUITRAN (RGINA):

La siguiente técnica fue desarrollada por Foxx y Brown (1979), según los estudios de estos autores, la nicotina es el principal factor responsable de la dependencia de los cigarrillos. El comportamiento de fumar, es una conducta mantenida por factores fisiológicos y psicológicos. Esta técnica implica una reducción continua del consumo de nicotina y alquitrán, concretamente del 30% cada semana. Para ello se deberá permutar de marca de cigarrillos hacia otras con menor contenido de estas sustancias. Además, será indispensable el uso del autoregistros y una gráfica sobre el consumo de cigarrillos. Si no se consigue dejar de fumar, se llevará a cabo una reducción del consumo de cigarrillos (Foxx y Axelroth, 1983).

Sin embargo, es necesario controlar adecuadamente el proceso de reducción de cigarrillos ya que puede llegar a ser, incluso, más reforzantes (Buceta y López, 1989).

Tal y como afirman algunos autores, esta técnica, bien realizada, cuenta con ciertas ventajas: 1) se consigue un nivel de abstinencia adecuado y proporciona una meta alternativa para aquellos que continúan fumando; 2) se tienen en cuenta los factores fisiológicos y psicológicos inherentes a la conducta de fumar; 3) presenta un alto grado de validez, pues contiene el mismo tipo de modelo persuasivo subyacente que otros tratamientos, para dejar de fumar, que obtienen buenos resultados; 4) como consecuencia de su no aversividad, se puede aplicar a todo tipo de fumadores/as y es menos probable que estos abandonen el tratamiento, 5) este método es fácil de poner en práctica y, 6) presenta las ventajas del tratamiento individual y de grupo (Foxx y Axelroth, 1983).

A pesar de estas ventajas, pueden aparecer varios problemas. Debido a la estandarización del contenido de nicotina de las marcas de tabaco, que se venden en el estanco o en las máquinas expendedoras, el porcentaje de nicotina puede ser diferente al consumido previamente por los/as fumadores/as. Esta diferencia puede compensarse cambiando la forma de inhalar, haciendo que la profundidad

de las caladas sea mayor, más largas o más frecuentes o cubriendo con los dedos los agujeros que tiene el filtro para facilitar la combustión, reforzando así el consumo de tabaco (Kozlowski, Pope y Lux, 1988).

Algunos estudios han observado que los/as sujetos que han dejado de fumar siguiendo este procedimiento tienen alta probabilidad de recaer, aunque, lo suelen hacer con las marcas con un menor contenido de nicotina y alquitrán que la que fumaba en la línea base (Becoña y Gómez-Durán, 1993).

5.3. EXPOSICIÓN A INDICIOS, EXTINCIÓN Y CONTROL DE ESTÍMULOS:

Estas técnicas se sustentan en la premisa de que los/as sujetos que llevan muchos años fumando, han estado expuestos a varios estímulos ambientales asociados con la conducta de fumar. Al dejar de fumar, dichos estímulos pueden provocar la respuesta condicionada de abstinencia. Según Abrams (1986), esto es uno de los principales factores de recaída.

Algunos autores (ej., Orleans, Rimer, Fleisher, Keintz, Telepchak y Robinson, 1989) afirman que las técnicas de extinción pueden ser favorables como estrategias de preparación para dejar de fumar.

Con el objetivo de disminuir el número de estímulos asociados con el consumo de tabaco, se puede utilizar la estrategia de control de estímulos donde se aplica una reducción progresiva de los momentos en los que se puede fumar (ej., no fumar al tomar el café), hasta el punto de solo dejar fumar en un sitio, con poco atractivo (ej., en el garaje de casa, donde se está sin ninguna compañía y con un ambiente poco apetecible). Estas técnicas usadas de forma aislada, no han obtenido resultados muy significantes. Sin embargo, tal y como afirma Becoña (1993a), es una técnica muy útil para los programas multicomponentes actuales, citados más adelante.

5.4. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS:

Algunos autores como Shiffman (1982), afirman que los sujetos que afrontan activamente el deseo de fumar tienen mayor probabilidad de éxito de no recaer, tanto con respuestas de afrontamiento conductuales como cognitivas.

En relación a las respuestas conductuales, se diferencian las estrategias tales como el ejercicio físico, la relajación, abandonar una posible situación de riesgo... Por otro lado, a nivel cognitivo, se debe practicar la revisión mental de los beneficios de dejar de fumar o, por contrario, las consecuencias negativas de continuar haciéndolo y el ensayo mental de estrategias de afrontamiento para situaciones de alto riesgo (Lando, 1993).

Dicho entrenamiento de solución de problemas es un tratamiento realmente eficaz para dejar de fumar y mantener la abstinencia. Donde se entrenan a los/as pacientes para que en el futuro, puedan reconocer sus propios problemas, buscar las soluciones más idóneas e instaurar la mejor solución para cada problema y cada situación (Becoña, 1993b; D'Zurilla, 1992).

Esta estrategia, consta de cinco fases:

1. Orientación general hacia el problema: identificar las situaciones problemáticas y las respuestas inadecuadas y, posteriormente, normalizar las dificultades.
2. Definición y formulación del problema: para dicha fase, será necesario la realización de un autoinforme (situación, pensamientos automáticos, estado emocional y conducta y resultado) para identificar y corregir los pensamientos más intrínsecos.
3. Generación de soluciones alternativas: A continuación, se deberá hacer un *brainstorming*³.

³ Lista de posibles conductas alternativas, con todas las que se le ocurra.

4. Toma de decisiones: hacer una valoración sobre las conductas alternativas de la fase anterior mediante, como por ejemplo una lista de pros y contras.
5. Puesta en práctica y verificación de la solución: tras elegir la mejor conducta, se pondrá en práctica y se verificará el cumplimiento de los objetivos. Si no cumple con dichos objetivos, habrá que probar con otra solución.

5.5. PROGRAMAS MULTICOMPONENTES PARA DEJAR DE FUMAR:

Dichos programas reciben el nombre de multicomponentes, por el hecho de que incluyen varias técnicas de intervención en la misma estrategia. Estos son los más utilizados actualmente, ya que tienen en cuenta las individualidades de los individuos para la elección más conveniente. A pesar de que este tratamiento puede parecer el más adecuado debido a la combinación de técnicas, ello puede incluso ser negativo en relación a la eficacia (Lichtenstein y Glasgow, 1992).

Estos programas constan de tres fases: la preparación para dejar de fumar, el abandono de los cigarrillos y el mantenimiento de la abstinencia (USDHHS, 1991).

1. En cuanto a la preparación, se trata de motivar al/la sujeto y que se comprometa a dejar de fumar, esto se puede incentivar con un contrato de contingencia e, incluso, haciendo un depósito de dinero que se irá recuperando a medida que cumplan las condiciones estipuladas. Por otro lado, es aconsejable revisar los beneficios de dejar de fumar para seguir estimulando su motivación. En resumen, el objetivo principal es que el/la fumador/a sea consciente de su conducta y de las consecuencias, esto se

puede lograr mediante tablas de autoregistros, gráficas y técnicas de automanejo⁴ (Mayor Silva, L. I., 2010)

2. En la fase de abandono, se pueden utilizar cualquiera de las técnicas mencionadas anteriormente, identificando la más acorde con el/la sujeto.
3. Al dejar de fumar, hay que conseguir mantener esta nueva conducta y prevenir las recaídas. Para ello, se realizaran sesiones de seguimiento, mediante el teléfono, mensajes o a nivel personal, además es recomendable entrenar a la persona en habilidades de afrontamiento, para eludir el deseo y las situaciones de riesgo, y en técnicas de autocontrol (Becoña, 1993a).

Algunos estudios muestran una eficacia que oscila entre el 58% y el 85% al final del tratamiento y del 30% al 54% al año de seguimiento (Becoña y Gómez-Durán, 1993; Becoña y García, 1993; Becoña y Vázquez, 1997; García y Becoña, 2000).

5.6. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS:

Los objetivos de la prevención de la recaída son prevenir la ocurrencia de caídas iniciales después de que un individuo haya llevado a cabo el programa y prevenir que un desliz finalice en una recaída (Marlatt y Gordon, 1985), por lo que su finalidad será reducir las recaídas, mantener el tratamiento y/o facilitar estrategias para encarar la abstinencia.

Entre este tipo de estrategias encontraremos procedimientos generales y específicos de intervención (Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson, 1986). Más concretamente diferenciamos tres rangos: 1) Entrenamiento en destrezas, respuestas de afrontamiento con situaciones de alto riesgo, tanto cognitivas

⁴ Las técnicas de automanejo van orientadas a la participación del/la paciente en el tratamiento o la educación sobre su condición o enfermedad incluyendo los aspectos biológico, emocional, psicológico y social.

como comportamentales; 2) procedimientos de cogniciones alternativas y 3) estrategias de intervención en el estilo de vida (ej., relajación y ejercicio físico).

Las actuaciones en prevención de recaídas forman parte de casi todas las estrategias para dejar el tabaco, tanto a nivel psicológico como farmacológico. Tal y como afirma Becoña (2004), esto se debe a que los resultados del entrenamiento en la prevención de la recaída son positivos (ej., Becoña y Vázquez, 1997), aunque a veces es más eficaz aplicar un tratamiento efectivo por sí mismo que añadir un procedimiento de prevención de la recaída a un procedimiento de bajo nivel de eficacia (Becoña, 2004).

5.7. TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS:

Hoy en día, la FDA (Food and Drug Administration de EE.UU.) contempla tres tipos de tratamientos con medicinas para dejar de fumar, a la espera de nuevas investigaciones (Bello S. et al., 2008):

5.7.1. Terapia sustitutiva con nicotina (TSN): Consiste en la administración de nicotina por vías diferentes al consumo de cigarrillos, con la dosis suficiente para reducir el síndrome de abstinencia pero sin llegar a producir dependencia. Se puede administrar tanto por vía oral, por ejemplo con chicles o parches de nicotina, o por vía nasal, en el caso del spray nasal. Es imprescindible explicar el correcto uso de los sustitutivos ajustando la dosis al grado de dependencia de la persona (Díaz-Maroto Muñoz & Jiménez-Ruiz, 2008).

En el caso del chicle de nicotina, para su uso óptimo se deberá masticar lentamente hasta el punto de sentir un sabor fuerte, en ese momento dejara de masticar y situara el chicle entre la mejilla y la encía hasta que desaparezca el sabor, para una absorción adecuada de la nicotina mediante las mucosas. La tasa de cesación de los chicles oscila entre el 30-35% al cabo del año de seguimiento (Díaz-Maroto Muñoz & Jiménez-Ruiz, 2008).

En cuanto a los parches de nicotina, existen dos tipos de parches, los cuales se diferencian según la duración de la liberación de la nicotina. Unos liberan nicotina durante 24h, por lo tanto deberán llevarse durante todo el día. Los otros liberan durante 16h y deberán llevarse durante el tiempo que este el sujeto despierto. Para su correcto uso, se deberá adherir el parche a una zona limpia y sin vello, en la parte superior del cuerpo (tronco o brazos). Se recomienda cambiar la colocación todos los días para evitar posibles efectos adversos locales (eczema, prurito, eritema y exantema). La tasa de cesación de los parches oscila entre el 30-35% al cabo del año de seguimiento (Díaz-Maroto Muñoz & Jiménez-Ruiz, 2008).

La combinación de TSN con distintas formas de liberación aumenta la eficacia de este tratamiento. La más común es la combinación de chicles, con una liberación más rápida para controlar el *craving*, y los parches, para un mayor control del síndrome de abstinencia. Es importante recalcar que el aumento en eficacia no se debe al incremento de la dosis de nicotina sino al tipo de administración de esta (Díaz-Maroto Muñoz & Jiménez-Ruiz, 2008).

A pesar de que la tasa de eficacia sea positiva, hay que tener en cuenta los posibles efectos negativos de las diferentes vías (véase en la tabla 2).

Tabla 2: Principales efectos negativos y contraindicaciones de las TSN (extraído de Fernández Arias, 2012)

Tipo de terapia sustitutiva de nicotina	Efectos secundarios	Contraindicaciones
Chicles de nicotina	Indigestión, náuseas, flatulencia, diarrea, dolor de boca, garganta	Infarto agudo de miocardio reciente (menos de 4 semanas), angina inestable, arritmias graves, problemas dentales, problemas articulatorios de la mandíbula
Parches de nicotina	Picor, eritema y quemazón en la zona del parche (35 % de los pacientes), cefalea (4%), náuseas (4%), insomnio (12%), disomnias (5%), vértigo (4%) y, en algunos casos, tos, palpitaciones y sudoración	Úlcera péptica, eccema o dermatitis atópica, hipertensión arterial no controlada, infarto de miocardio reciente (menos de 4 semanas de evolución), angina de pecho inestable, hipertiroidismo
Espray nasal de nicotina	Irritación nasal y de garganta y estornudos (73- el 100% de los paciente), tos (46- 82%)	Problemas nasosinusales, asma, alergias
Inhalador bucal de nicotina	Irritación bucofaríngea, tos	Irritación bucofaríngea, úlceras en la boca

5.7.2. **Bupropión:** Es considerado el primer fármaco para el tratamiento de la dependencia al tabaquismo no nicótico. Es un antidepresivo bloqueador de los recaptadores de noradrenalina (NA) y de dopamina (DA). Varios estudios apuntan a que actúa como bloqueador del circuito de recompensa cerebral, simulando el efecto de la nicotina interfiriendo en los síntomas de abstinencia (Fernández, 2012).

El tratamiento consiste en 8-12 semanas según el caso y la dosis recomendada por los profesionales es de 150 mg al día en la primera semana, y duplicando la dosis la segunda semana (Gurrea y Pinet, 2004).

En el metaanálisis realizado por Eisenberg et al. (2008), concluyen que este tratamiento tiene una tasa de abstinencia del 30, 3%. A pesar de que el bupropión muestra eficacia en el tratamiento del tabaquismo en fumadores con o sin depresión, se cree que los pacientes con depresión o trastornos de ansiedad se podrían beneficiar más con bupropión que con otro tipo de medidas (CARRERAS J M, 2003).

Finalmente, entre los efectos adversos del bupropión, destacan la sequedad bucal, insomnio, náuseas y dolor de cabeza (Fiore y Theobald, 2006)

5.7.3. **Varencilina:** En los últimos años, se le ha dado gran relevancia a este fármaco, debido a su eficacia. La varencilina, es considerado como un agonista parcial de los receptores de nicotina, los cuales incrementan el nivel dopaminérgico en el núcleo acumbens (Fernández, 2012).

El tratamiento recomendado con este fármaco, dura aproximadamente 14 semanas, con una dosis de 1 o 2 mg al día (Fiore et al., 2008). Aunque falta más información para concretar sobre este complemento, Tonsands et al. (2006) han observado tasas de abstinencia de hasta el 44% a las 12 semanas de haber dejado de fumar. Además, en el estudio de Fiore et al. (2008), encontraron que a los 6 meses, los pacientes tratados con dicho fármaco tenían un promedio de tasa de abstinencia del 33,2 %.

Como contrapartida, cabe destacar los efectos adversos de la varencilina, entre ellos destacan las náuseas, alteraciones en los patrones del sueño (insomnio, pesadillas...), estreñimiento, flatulencias y vómitos (NICE, 2007b).

5.8. TRATAMIENTO COMBINADO:

Dichos tratamientos, consisten en la unión de alguna de las intervenciones psicológicas comentadas anteriormente junto al uso de fármacos. La unión de ambas técnicas permite aumentar la eficacia de los tratamientos, debido a que los

fármacos aumentan las habilidades motoras, cognitivas y emocionales de los pacientes, por lo que se facilita la aplicación de las prácticas psicológicas (Hervás, 2006). Cabe destacar que no consisten simplemente en la unión de ambos tratamientos sin previa investigación científica, ni se refiere al conocido “apoyo psicológico”, que se entiende como una intervención de tipo motivacional, sin estructura previa ni fundamentos teóricos, como podría observarse en un tratamiento puramente farmacológico (Herrero y Moreno, 2004).

Los tratamientos combinados precisan de una estructuración acorde a las necesidades del paciente, basadas en modelos teóricos eficaces y ejecutados o supervisadas por profesionales, como pueden ser médicos o psicólogos.

Según varias guías clínicas, como por ejemplo la de American Psychological Association, recomiendan la combinación de enfoques cognitivo-conductuales junto a TSN, ya que tienen en consideración un gran abanico de variables que influyen en la conducta de fumar. En un estudio publicado por Herrero y Morrendo (2004), aseguran que la duración recomendada de dicha intervención debe ser alrededor de 7 sesiones, durante 2 meses junto a su posterior seguimiento, para obtener la mayor eficacia. Además afirman que la utilización de tratamiento combinado en la deshabituación del consumo de tabaco multiplica por 1,7 la probabilidad de logro en relación a los que sólo realizan asesoramiento psicológico y por 1,4 con respecto a los pacientes que simplemente usan tratamiento farmacológico (Herrero y Morendo, 2004).

6. CONCLUSIÓN

A modo de conclusión y basándonos en la revisión bibliográfica realizada, los tratamientos combinados médico-psicológicos, son los más utilizados en la actualidad, debido a su gran eficacia y a los pocos efectos adversos que conllevan. A pesar de que aún queda mucha investigación por realizar, el tratamiento cognitivo-conductual junto a las terapias sustitutivas con nicotina, son la principal elección por parte de los profesionales.

Dentro de las intervenciones psicológicas, cabe destacar las estrategias de afrontamiento. Según recientes estudios, las personas que afrontan activamente el deseo de fumar tienen mayor probabilidad de logro. Además, al ejercita al paciente en técnicas de prevención de recaídas ayuda a asentar los avances y aumenta la probabilidad de finalizar la estrategia con éxito.

Por otro lado, a pesar de la alta tasa de éxito de las técnicas averisvas, no se recomienda su uso debido a los posibles efectos negativos de inhalar tal exceso de humo.

Cabe destacar la aportación del Instituto Nacional de abuso a las drogas (NIDA, 1999), donde formalizan trece principios generales relacionados con el tratamiento a las adicciones. Entre estos principios, hay cuatro que pueden ser de gran interés para los lectores:

1. “No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas”, es necesario contar con más de una opción en cuanto a los recursos para poder adaptar las intervenciones a cada paciente y sus necesidades (principio 1).
2. “El tratamiento efectivo debe abarcar las múltiples necesidades de la persona, no solamente su uso de drogas”, este tiene que tener en cuenta tanto el consumo de tabaco diario, las condiciones psicológicas y sociales de la persona y el entorno (principio 3).
3. “La terapia individual y/o de grupo y otros tipos de terapias de comportamiento constituyen componentes críticos del tratamiento efectivo de la adicción” (principio 6).
4. “Para muchos pacientes, los medicamentos forman un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con los diferentes tipos de terapia” (principio 7)
5. “La desintoxicación médica es solamente la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el uso de drogas a largo plazo”, es por ello que es muy importante enseñar estrategias de afrontamiento y tener un seguimiento del paciente al terminar la intervención (principio 9).

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ares, E., Becoña, E., Lloret, D., Molina, A. J., Morell, R., Moriano, J. A., & Rodríguez, M. A. (2018). Nuevas formas de adicción y patrones de consumo. *DInova*, 34, 12. https://dianova.es/wp-content/uploads/2018/06/Infonova_34_web.pdf.
- Becoña, E. (1985). La técnica de fumar rápido: una revisión. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 3, 209-243.
- Becoña, E. & Froján, M.J. (1988a). La técnica de retener el humo en el tratamiento de fumadores. *Revista Española de Drogodependencias*, 13, 131-136.
- Becoña, E. & Froján, M.J. (1988b). Tratamiento de fumadores con la técnica de retener el humo. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 1, 31-48.
- Becoña, E. (1987a). La modificación del comportamiento de fumar por medio de la técnica de fumar rápido. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 19, 19-30.
- Becoña, E. (1993a). 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. (1993b) Terapia de solución de problemas. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (p. 710-743). Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. (2004). Tratamiento psicológico del tabaquismo. *Adicciones*, 16(Supl 2), 237-63.
- Buceta, J.M. y López, A. (1989). Aplicación de un programa de intervención cognitivo-comportamental para la cesación del comportamiento de fumar. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 3, 81-99.
- CARRERAS J M. Tratamiento farmacológico no nicotínico del tabaquismo. En: Calvo JR, López A (eds). *El Tabaquismo*. Madrid. Cometa. 2003.
- Chamizo, A. M., & Negro, J. M. (2005). Psicofarmacología de la nicotina y conducta adictiva. *Trastornos adictivos*.
- Danaher, B. G., Lichtensteín, N. E., Y Sullivan, J. M. (1976). Comparative effects of rapid and normal smoking on heart rate and carboxyhemoglobin. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 14, 556-563.

- Eisenberg, M. J., Filiol, K. B., Yavin, D., Bélisle, P., Mittillo, S, Joseph, L., et al. (2008). Pharmacotherapies for smoking cessation: A Meta-analysis of randomized cotrolled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 179, 135- 144.
- Fernández Arias, I. G. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo conductual, los parches de nicotina y su combinación para dejar de fumar.
- Fernández, G. G., Rodríguez, O. G., & Villa, R. S. (2011). Neuropsicología y adicción a drogas. *Papeles del psicólogo*, 32(2), 159-165.
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, W. C., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., et al. (2008). *Treating tobacco use and dependence: 2008 Update*. Rockville, MD: U.S. Departament of Health and Human Service, Public Health Service.
- Foxx, R.M. & Brown, R.A. (1979). Nicotine fading, self-monitoring for cigarette abstinence or controlled smoking. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 115-125.
- Foxx, R.M. & Axelroth, E. (1983). Nicotine fading, self-monitoring and cigarette fading to produce cigarette abstinence or controlled smoking. *Behavior Research and Therapy*, 21, 17-27.
- Gorreto López, L., Duro Robles, R., Aguiló Juanola, M. C., Hidalgo Campos, I., & Méndez Castell, C. (2017, abril). Guia d'intervenció individual per al tractament del tabaquisme. GOIB. https://www.caib.es/sites/tabaquisme/ca/material_de_suport_0/.
- Gurrea, A. y Pinet, C. (2004). Tabaco y patología afectiva. *Adicciones*, 16 (2),156- 176.
- HERRERO GARCÍA DE OSMA, Francisco Javier; MORENO ARNEDILLO, José Javier. Tratamientos combinados del tabaquismo: psicológicos y farmacológicos. *Adicciones (Palma de Mallorca)*, 2004, p. 287-320.
- Hervás, E. S. (2006). Tratamientos combinados en la adicción a drogas. *Trastornos Adictivos*, 8(1), 42-52.
- Horan, J. J., Linberg, S. E., y Hackett, G. (1977). Nicotine poisoning and rapid smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 344-347.
- Horan, J. J. Hackett, G., Nicholas, W. C., Linberg, S. E., Stone, C. r, y Lukaski, H. C. (1977). Rapid smoking: A cautionary note. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 341-343.
- INE. (2020). *Encuesta Europea de Salud en España 2020*. España: Instituto Nacional de Estadística

- Koob G.F. y Volkow N.D. (2010). Neurocircuitry of Addiction. *Neuropsychopharmacology Reviews*. (35). 217-238.
- Kozlowski, L.T., Pope, M.A. y Lux, J. (1988). Prevalence of the misuse of ultra-low tar cigarettes by blocking filter vents. *American Journal of Public Health*, 78, 694-695.
- Lando, A.H. (1989). Treatment outcome evaluation methodology in smoking cessation: Strengths and key issues. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 11, 201-214.
- Levounis, P., & Zerbo, E. (2017). *Guía para la evaluación y el tratamiento de las adicciones* (1.a ed.). Elsevier España, S.L.U.
- Lichtenstein, E., y Glasgow, R. E. (1977). Rapid smoking. Side effects and safeguards. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 815-821
- Mayor Silva, L. I. (2010). *Estrategias metacognitivas en la intervención del tabaquismo*.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España, 2000-2014*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016.
- Monteverde, R. H., & Maraña, A. R. (2006, diciembre). Breves comentarios sobre la historia del tabaco y el tabaquismo. *scielo*. [Http://scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-75852006000400013&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-75852006000400013&lng=en&nrm=iso&tlng=es).
- Muñoz, J. L. D. M., & Jiménez–Ruiz, C. A. (2008). Tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 32(3), 71-82.
- NICE, National Institute of Clinical Excellence. (2007b). Final appraisal determination: Varenicline for smoking cessation. Recuperado el 12 de junio de 2009 en: <http://www.guidance.nice.org.uk>.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2010). *Informe Anual 2010: El problema de la drogodependencia en Europa*. Descargado de http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_120104_ES_EMCCDDA_AR_2010_ES.pdf el 3 de Enero del 2011.
- Orleans, C.T., Rimer, B., Fleisher, L, Keintz, M.K., Telepchak, J. y Robinson, R. (1989). *Clear Horizons*. Philadelphia: Fox Chase Cancer Center.

- Pascual, F. & Vicéns, S. (2004). Aspectos históricos, sociales y económicos del tabaco. *Adicciones*, 16(Supl. 2), 13-24.
- Pérez, E. J. P. (2008). Personalidad y adicciones: relaciones empíricas desde diversos modelos teóricos e implicaciones para el tratamiento. *Revista Peruana de Drogodependencias–Vol*, 6(1), 9-54.
- Purificación, M. (2019). Programa de Intervención Cognitivo Conductual dirigido a adolescentes adictos al cannabis. UJA. <http://tauja.ujaen.es/jspui/handle/10953.1/9789%C3%A7>.
- Resnick, J.H. (1968). Effects of stimulus satiation on the overlearned maladaptative response of cigarette smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 501-505.
- Rossi, P. (2008). *Las drogas y los adolescentes*. Alianza Editorial.
- Tonstad, S., Tonnesen, P., Hajek, P., Williams, K.E., Billing, C.B., Reeves, K.R., et al. (2006). Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*, 296, (1), 64-71.
- Tori, C.D. (1978). A smoking satiation procedure with reduced medical risk. *Journal of Clinical Psychology*, 34, 574-577.