



# EL HÁBITO DE FUMAR Y SU TRATAMIENTO: REVISIÓN DE LOS AVANCES EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS DE INVESTIGACIÓN

M<sup>a</sup> XESÚS FROJÁN PARGA<sup>1</sup> (\*)  
ELISARDO BECOÑA IGLESIAS (\*\*)

\* Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid.

\*\* Departamento de Psicobiología e Psicología Clínica, Universidad de Santiago de Compostela.

## Resumen

La prevalencia del hábito de fumar se ha modificado mucho en los últimos años sin que se haya podido explicar con exactitud las causas de tales cambios. Podría ser la confirmación de los efectos nocivos del tabaco sobre la salud, o las presiones económicas hacia el no consumo, o el éxito de las intervenciones de toda índole sobre el abandono del tabaco o, lo que es más probable, la interacción de estos y otros factores que se revisan en este trabajo. Por otra parte, las investigaciones en la actualidad se centran en clarificar el valor de las distintas variables consideradas relevantes en el proceso de dejar de fumar y mantenerse abstinentes con el fin de utilizar los resultados obtenidos para optimizar las intervenciones futuras. En cuanto a éstas, existe una clara tendencia en la actualidad a utilizar fármacos, solos o en combinación con otro tipo de procedimientos. Los resultados de los tratamientos farmacológicos son cuestionables, como veremos en el presente artículo.

**Palabras clave:** hábito de fumar, abandono, recaídas, tratamiento.

## Abstract

The prevalence of smoking has changed very much during the last years without anyone knowing the causes for such changes. It could be because of the information of its harmful effects on health, or the economic pressures over "no consumption" or even more probably the interaction of these and others factors that are reviewed in this study. On the other hand, current researches focus on clarifying the role that different variables play in the smoking quitting and abstinence keeping processes with the aim of using the results to improve future interventions. Currently, interventions show a clear tendency to use drugs, alone or in combination with other procedures. As we'll see in this paper, pharmacological treatments outcomes are questionable.

**Key Words:** Smoking habit, Smoking quitting, relapse, treatment.

<sup>1</sup>Para correspondencia: María Xesús Froján Parga. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. Ciudad Universitaria de Cantoblanco, 28049 Madrid, España. E-mail: mxesus.frojan@uam.es.

## 1. El consumo de tabaco en la actualidad

En los últimos quince años, se ha reducido considerablemente en los países del llamado primer mundo el número de fumadores. En Estados Unidos y Gran Bretaña, el 40% de los que alguna vez han fumado regularmente lo han dejado y sólo entre 1/4 y 1/3 de los adultos son fumadores (Jarvis, 1994). En el primero de estos países, el porcentaje de fumadores varones decreció del 52% en 1965 al 28% en 1992. Se está produciendo un movimiento social en contra del tabaco que tuvo su auge en Estados Unidos hace unos cinco años y que se está afianzando actualmente en Europa. Actualmente apenas se cuestionan los efectos del tabaco sobre la salud, después de las dudas iniciales sobre los mismos (a principios de siglo, la opinión médica apoyaba un fumar moderado en los adultos y sólo adoptó gradualmente una postura más crítica respecto al fumar juvenil (Welshman (1996)). Thun, Day-Lally, Calle, Flanders y Heath (1995) examinan los cambios ocurridos en la tasa de mortalidad entre los años 60 a los años 80 (20 años). Se compararon dos estudios prospectivos, uno de 1959 a 1965 y otro de 1982 a 1988. Desde el primer al segundo estudio, las tasas de cáncer de pulmón (por 100.000) entre fumadores habituales incrementan del 26 al 155 en mujeres y del 187 al 341 en hombres. Las tasas entre no fumadores permanecían estables. La tasa conjunta de mortalidad prematura diferencial entre fumadores y no fumadores se dobló para las mujeres y fue estable para los hombres. El incremento de tasa de mortalidad mayor fue de cáncer de pulmón, enfermedad que ha quedado prácticamente relegada a los fumadores. Incluso los daños menos importantes tienen cada vez más confirmación: el estudio de Emster, Grady, Milke, Black, Selby y Kerlikowske (1995) comprueba como la piel de las mujeres fumadoras envejece (se arruga) más y más precozmente que la de aquellas que nunca fumaron.

Pero no es únicamente la confirmación de la nocividad del tabaco la razón que pueda explicar la reducción en el número de fumadores; son múltiples, y no excluyentes, las posibles explicaciones de estos cambios: intereses económicos, moda, etc. Lo que sin duda está claro es que la gente está dejando de fumar (más que no empezando a hacerlo, esta es una cuestión fundamental) sin una demanda clara individual en este sentido. No podemos olvidar, sin embargo, que en los últimos años se han puesto en marcha múltiples intervenciones aprovechando los recursos sanitarios existentes en cada país y dirigidas a personas que no pedían ayuda para dejar de fumar sino por cualquier otra cuestión de salud (por ejemplo, una revisión dental); aprovechando el contacto con estos individuos, se iniciaban acciones más o menos específicas, más o menos sistematizadas, que sin resultar costosas probablemente hayan tenido y estén teniendo un efecto sobre la reducción del número de fumadores. Evaluar el resultado de estas acciones es difícil, cuando no imposible ya que, en general, no son programas (en un sentido estricto del término) o, si lo son, carecen de planificación y objetivos definidos en un intento de no interferir y encarecer la actuación del profesional que los lleva a cabo en el desempeño de su labor diaria. Pero estas acciones individuales de los profesionales (léase dentistas, ginecólogos, enfermeros, oncólogos, médicos de atención primaria, etc.), ya sea desarrolladas en un marco de actuación previamente delimitado o como fruto de su propia conciencia personal que le insta a optimizar sus recursos como promotor de la salud, puede ser una de las tantas causas que expliquen el cambio social en cuanto al hábito de fumar.

El potencial de los profesionales sanitarios ha sido revisado por diversos autores. Entre otros, Lichtenstein, Hollis, Severson, Stevens, Vogt, Glasgow y Andrews (1996) concluyen que lo ideal sería combinar los recursos existentes con una mínima asistencia personalizada (*counselling*, contacto telefónico, vídeos, etc.) para dejar de fumar, en el caso de que algún individuo lo requiriese. Han comprobado la efectividad de este sistema mixto con pacientes internos y ambulatorios de clínicas mentales. Stevens, Severson, Lichtenstein, Little y Leven (1995) introducen estrategias para reducir o dejar de utilizar tabaco sin humo (*smokeless*) en las revisiones de los dentistas, consistentes en el aviso por parte de estos profesionales de la existencia o

posibilidad de lesiones precancerosas relacionadas con el consumo de este tipo de tabaco junto con material de apoyo. El estudio encontró que los mayores consumidores de tabaco sin humo eran los que más lesiones tenían y los que con menos probabilidad dejaban de consumirlo.

Por su parte, Kendrick, Zahniser, Miller, Salas, Gargiullo, Floyd, Spierto, Sexton, Metzger, Stockbauer, Hanson y Dalmat (1995) evalúan la inclusión de programas para dejar de fumar (SCIP, Smoking Cessation in Pregnancy) dentro de los programas habituales de cuidados públicos prenatales, como un elemento más de los mismos, concluyendo que tales actuaciones son ineficaces. Un trabajo muy completo es el desarrollado por Lando, Pechacek, Pirie, Murray, Mittelmark, Lichtenstein, Nothwehr y Gray (1995) en el Minnesota Heart Healthy Program (MHHP). Dicho programa intenta reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares a través de, entre otras actividades, intervenciones sobre el consumo de tabaco, combinando actuaciones individuales, grupales y comunitarias con seis elementos clave: análisis de la comunidad/anuncios-publicidad, medios de comunicación, profesionales de la salud, análisis de factores de riesgo (presión sanguínea, colesterol, actividad física y peso), educación de adultos y programas ambientales. También en este caso los resultados de la evaluación son negativos: los efectos del programa sobre la prevalencia del consumo son mínimos.

Algunos estudios (COMMIT, 1995; Lando, Pechacek, Pirie, Murray, Mittelmark, Lichtenstein, Nothwehr y Gray, 1995; DiFranza, Savageau y Aisquith, 1996) sugieren que las intervenciones educativas inespecíficas tendrían más efecto si se acompañasen de cambios político-legislativos dirigidos a modificar el ambiente en el que el tabaco se vende, promociona y consume en una comunidad. Únicamente los fumadores ligeros o moderados se benefician de las primeras así como de las campañas desarrolladas por los medios de comunicación.

¿Cuáles son las características de los individuos que consiguen dejar de fumar?, ¿Con qué variables se relaciona el mantenimiento de la abstinencia?. Éste es un tema clave en la actualidad. De hecho, los estudios sobre el hábito de fumar en estos momentos siguen dos tendencias principales: por una parte, se centran en investigar cuáles son los factores (sociales, individuales, etc.) que hacen que los individuos dejen con más probabilidad de fumar (por sí solos o con ayuda externa) y se mantengan abstinentes. En segundo lugar, se trata de encontrar nuevas alternativas de tratamiento que superen la (supuesta) ineficacia de los desarrollados hasta la actualidad; y éstas son, si tenemos en cuenta los trabajos publicados, la utilización, aislada o en combinación con otras modalidades de intervención, de fármacos en general y de sustitutos de la nicotina en particular.

El trabajo que presentamos a continuación es un intento de revisar ambas líneas de investigación, en función de los resultados más relevantes publicados en estos últimos diez años.

## **2. ¿Por qué la gente deja de fumar y cómo se mantiene abstinente?**

La tendencia generalizada hacia el no consumo de tabaco, tal como hemos comentado en el apartado anterior, ha estado muy potenciada desde los sistemas primarios de salud y desde las múltiples intervenciones comunitarias que se han desarrollado. También aquí hay que tener en cuenta el factor económico: la intervención individual es sumamente cara, los éxitos terapéuticos a largo plazo son cuestionables, por lo que se han intentado poner en marcha procedimientos de cambio conductual que afecten bien a grandes cantidades de personas simultáneamente o bien de forma individual pero con un mínimo coste, aprovechando los recursos socio-sanitarios existentes. Para conseguir un cambio comportamental hacia el no consumo de tabaco, sin que haya una demanda clínica concreta y sin un procedimiento de intervención específico e individualizado, es fundamental conocer cuáles son las variables que incitan a dejar de fumar y a mantenerse abstinente. En este contexto se han hecho múltiples estudios analizando la importancia diferencial de variables sociodemográficas, psicológicas, biológicas, etc. Se ha

encontrado que el nivel cultural es uno de los factores más importantes para dejar de fumar, si bien variables como el sexo o el estado civil también eran de cierta relevancia. Escobedo (1996) concluye que afecta más la educación que cualquier otra variable en el decremento del consumo de tabaco (modificaciones en la prevalencia): las personas con menor nivel de educación no se benefician de las políticas y programas educativos dirigidos a difundir las consecuencias del tabaco para la salud.

Vamos a revisar las variables que predicen el éxito en el abandono del tabaco, las que predicen y facilitan el proceso de recaída y las que potencian el mantenimiento de la abstinencia, comentando brevemente algunos de los estudios más importantes en estas áreas.

## **2.1. Variables que facilitan y variables que dificultan el abandono del tabaco**

Respecto al abandono del tabaco, los estudios se centran en analizar tanto variables comportamentales como socio-económicas y/o biológicas, sin que se hayan establecido conclusiones definitivas sobre el tema e incluso con resultados contradictorios. En este sentido se han sugerido múltiples variables que pueden potenciar dejar de fumar, como el autocontrol, la motivación para el cambio, las habilidades de enfrentamiento, el estatus de fumador, etc., y otras tantas que dificultan la consecución de la abstinencia, como incremento de peso, alta dependencia nicotínica, sexo, etc.. La revisión de Bayot y Capafons (1995) encuentra que, frente a los habituales hallazgos de que son la autoeficacia y la dependencia nicotínica los mejores predictores del éxito terapéutico, hay otros predictores que pueden ser más influyentes: autocontrol, baja sensibilidad nicotínica, autoeficacia y motivación para el cambio, así como otros que pueden dificultar la eliminación del hábito: neuroticismo, estrés, aumento de peso y síndrome de abstinencia. Por su parte, Becoña y Míguez (1995) encuentran que un mayor consumo de café y más dependencia nicotínica son factores explicativos de la no abstinencia.

Hill, Schoenbach, Kleinbaum, Strecher, Orleans, Gebski y Kaplan (1994), en un estudio realizado con 2.021 fumadores y tres momentos de evaluación (8, 16 y 24 meses) concluyen que los mejores predictores del éxito son los factores motivacionales/psicosociales (apoyo social, autoeficacia, habilidades de afrontamiento, etc.) y las actividades realizadas para dejarlo, mientras que las variables sociodemográficas, la dependencia nicotínica y las variables relacionadas con la historia de fumar (edad de inicio, número de intentos previos, etc.) no fueron predictores importantes. La importancia del apoyo social y ambiental también es señalada en el estudio de Nides, Rakos, Gonzales, Murray, Tashkin, Bjornson-Benson, Lindgreen y Connett (1995).

Sin embargo otros estudios confirman la importancia de variables sociodemográficas. Por ejemplo, el estudio de salud pulmonar (Lung Health Study; Bjornson, Rand, Connatt, Lindgren, Nides, Pope, Buist, Hoppe-Tyan y O'Hara, 1995; Murray, Johnston, Dolce, Lee y O'Hara, 1995; Murray, Istvan y Voelker, 1996). Este se desarrolló como una amplia investigación dirigida a analizar la importancia de diversas variables sobre las enfermedades de pulmón, entre otras las asociadas con el consumo de tabaco. Uno de los objetivos fue analizar las diferencias de género en 3923 fumadores con edades comprendidas entre los 35 y 60 años, en cuanto a la tasa de abandono del tabaco medida a los 12 y 36 meses de finalizado un programa de tratamiento del hábito de fumar (programa grupal cognitivo conductual con chicle de nicotina). Se encontró que los hombres tenían mayores tasas de abandono del tabaco en ambos momentos de medida, y que eran las mujeres las que tenían más dificultades para dejar de fumar. Este resultado es consistente con los de otras investigaciones, si bien un análisis más profundo de las variables implicadas en el proceso de dejar de fumar y mantenerse abstinentemente muestra que el sexo no es ni la única ni la más importante variable explicativa. En este sentido el estudio mostró que el nivel de abstinencia era mayor cuanto mayor era el nivel educativo, cuanto más largos eran los periodos de abstinencia en el pasado, cuando no se habían utilizado antes

sustitutos de la nicotina y cuando los fumadores estaban casados. Las mujeres en el estudio puntuaban menos que los varones en cualquiera de estas variables, y si se analizan todas ellas en función del género, nos encontramos que: con nivel educativo alto, las tasas de abandono del tabaco son iguales en hombres que en mujeres; con un nivel educativo bajo, los hombres dejan de fumar en mayor proporción que las mujeres. Respecto a la historia de fumar, los hombres llevaban más tiempo fumando y tenían más y más largos intentos previos de dejarlo que las mujeres. Además éstas habían utilizado sustitutos de la nicotina en mayor proporción que los hombres. En cuanto al estatus marital, había menos mujeres casadas que hombres y, cuando lo estaban, sus parejas eran fumadoras en mayor proporción que los varones casados.

Otro estudio de Breslav y Peterson (1996) analiza la relación entre dejar de fumar y las siguientes variables: edad de inicio, nivel de consumo diario, dependencia de la nicotina, sexo, raza y nivel de educación. Utilizan una muestra de 1007 sujetos con edades comprendidas entre los 21 y los 30 años y un 61,7% de mujeres. Sus conclusiones son las siguientes: a) es más difícil dejar de fumar cuanto antes se empieza ; b) los fumadores más dependientes de la nicotina (medida en la escala de Fägerstrom, 1978) tenían un 40% menos de probabilidades de conseguir dejar de fumar ; c) el predictor más potente del éxito en conseguir la abstinencia fue el nivel de educación: cuanto mayor, más probabilidades de éxito ; el sexo y la raza no se mostraron relevantes.

Como podemos ver tras esta breve revisión, los estudios obtienen conclusiones variadas y hasta contradictorias sobre cuáles son las variables relevantes para el abandono del hábito de fumar: algunos destacan las variables sociodemográficas, como sexo o nivel cultural; otros variables relacionadas con la historia particular de fumar, como edad de inicio, estatus de fumador o número de intentos previos; otros estudios ponen más énfasis en las variables psicológicas, como motivación, autocontrol o autoeficacia y otros consideran que son las variables biológicas, como dependencia nicotínica o sensibilidad a esta droga, las más influyentes en el abandono del tabaco.

## **2.2. Variables que facilitan el proceso de recaída y variables que facilitan el mantenimiento de la abstinencia**

Respecto a las variables que dificultan el mantenimiento de la abstinencia, se han señalado muchas y de muy diversa índole: síndrome de abstinencia de la nicotina, factores sociales, dificultad para enfrentarse al estrés, aumento de peso, etc., si bien, en general, los estudios sobre el proceso de recaída se han centrado en dos grandes líneas que sería necesario integrar (Velicer, Diclemente, Rossi y Prochaska, 1990): situaciones de riesgo y autoeficacia. Existe unanimidad en la afirmación de que la vuelta a fumar no ocurre precipitadamente sino poco a poco, por eso es adecuado hablar de la recaída como proceso. La latencia entre el momento del abandono del tabaco y la vuelta al fumar diario se ha relacionado con el nivel de confianza pretratamiento, el estado afectivo en el primer cigarrillo y el origen de éste (bebidas alcohólicas, presencia de otros fumadores, etc.) (Brandon, Tiffany, Obremski y Baker, 1990). En el estudio de estos autores, ni la reacción afectiva ni la ejecución de una respuesta de enfrentamiento después del cigarrillo inicial estaban relacionadas con la tasa de recaída. Vamos a revisar brevemente los estudios más recientes sobre las distintas variables consideradas relevantes en este proceso de vuelta a fumar.

El aumento de peso que frecuentemente ocurre al dejar de fumar es una de las variables relacionadas con la recaída y que ha dado lugar a múltiples estudios que intentan clarificar su papel (Swan y Carmelli, 1995; Nides, Rand, Dolce, Murray, O'Hara, Voelker y Connett, 1994; French, Jeffery, Pirie y McBride, 1992). Las causas del aumento de peso asociado a dejar de fumar no se han establecido definitivamente: algunos autores concluyen que la gente engorda

al dejar de fumar por que come más cantidad de comida y con mayor contenido calórico (Klesges, Meyers, Klesges y LaVasque, 1989; Hatsukami, La Bounty, Hughes y Laine, 1993); en este caso el control del aumento de peso sería relativamente fácil controlando a su vez los hábitos de comida (ingestión de dulces, picar entre horas, etc.); siguiendo esta línea, Talcott, Fiedler, Pascale, Klesges, Peterson y Johnson (1995) sugieren que limitando el consumo de alcohol y comidas grasas junto con un incremento de la actividad física se puede contrarrestar el aumento de peso al dejar de fumar. Sin embargo hay estudios que muestran que el aumento de peso es debido a cambios metabólicos ocurridos al cesar la ingestión de nicotina, con lo cual el control de tales cambios (y por tanto del aumento de peso) es mucho más difícil (Clearman y Jacobs, 1991). Actualmente la mayoría de los estudios señalan ambos factores, cambios metabólicos y cambios en la ingesta, como causas de la ganancia de peso (Kawachi, Troisi, Rotnitzky, Coakley y Colditz, 1996), por lo que la intervención habrá de estar orientada a enseñar a los exfumadores a adaptarse a las pequeñas ganancias de peso al tiempo que se introducen cambios en el estilo de vida, especialmente ejercicio físico, que permitan reducir éstas al mínimo.

Un factor determinante en el proceso de recaída parece ser el síndrome de abstinencia. Se ha intentado delimitar si la recaída en el hábito de fumar es similar a la que ocurre con otras drogas y si el síndrome de abstinencia de la nicotina es similar también al de éstas (Hughes, Higgins y Bickel, 1994). La conclusión general es que tienen características comunes, como ansiedad, depresión, dificultad de concentración, impaciencia, irritabilidad, etc., si bien existen ciertas respuestas, como el enlentecimiento de la tasa cardíaca y el incremento de peso/aumento del apetito, que son particulares del tabaco y que es muy probable que juegue un papel central en las recaídas de este hábito. Pero también esta conclusión es objeto de controversia. Swan, Ward y Jack (1996) afirman que, aunque diversos estudios retrospectivos indican que muchos exfumadores citan el desagrado del síndrome de abstinencia como la razón de una recaída, sorprendentemente pocos estudios prospectivos demuestran una relación entre los efectos de la abstinencia de nicotina después de dejar de fumar y la habilidad subsecuente para mantenerse abstinentes. De los muchos efectos estudiados, sólo humor deprimido y *ansia de fumar* se han mostrado consistentes en los diversos estudios, si bien recientemente se ha cuestionado la solidez de los mismos. La inconsistencia en las conclusiones puede ser debida a que no se haya desarrollado y verificado un modelo de síndrome de abstinencia sólido que tenga en cuenta cambios conductuales, bioquímicos y fisiológicos que es bien conocido que ocurren al dejar de fumar. Además puede ser que ciertos efectos de la abstinencia, como humor deprimido, tienen más impacto inmediato que hacen más probable la recaída, frente a otros derivados de cambios bioquímicos y/o sucesos ambientales que ocurren más lentamente y ejercen su influencia en la recaída más tarde, en el mantenimiento de la fase de abandono. Otro problema, dicen los autores citados, encontrado en los estudios sobre los efectos del síndrome de abstinencia como predictor de la recaída es que no tienen en cuenta las diferencias entre subpoblaciones de fumadores (los que lo dejan sin ayuda frente a los que participan en programas, nivel educativo alto o bajo, etc.) que pueden ellas mismas tener influencia en la recaída. Otros estudios señalan la importancia primordial de los estados emocionales negativos (Becoña y Míguez, 1995; Brandon, Copeland y Saper, 1995) o la habilidad esperada para enfrentarse al estrés mientras se permanece abstinentes (Shadel y Mermelstein, 1993). Aunque la evidencia de que fumar reduce el estrés es contradictoria (se ha denominado "paradoja de Nesbitt" a este efecto : fisiológicamente es activador pero psicológica (subjetivamente) es tranquilizador), importan más, sin embargo, las expectativas que tienen los fumadores sobre este poder del tabaco para reducir el estrés.

Gulliver, Hughes, Solomon y Dey (1995) realizan un interesante estudio con una población de fumadores (630) que querían dejar de fumar por su cuenta, sin ayuda especializada. Eran mayores de 18 años y con una motivación superior a 5 (en una escala de 0 a 10). La mayoría

eran mujeres (65%), la edad media 38,8 años, la cantidad media de cigarrillos fumados era 26,7 % y la media de años que llevaban fumando era de 21,6. Se tomaron una serie de medidas previas a dejarlo: autoeficacia, apoyo del compañero, estrés diario y datos demográficos. Se contactaba con los sujetos a los 2, 7, 14, 30, 90 y 180 días después de dejar de fumar para determinar el estatus de fumador y recoger nuevas medidas. La mayoría de los fumadores habían dejado de fumar: el 51 % (309) se mantuvo abstinentes durante dos días, el 9,2 % (58) recayó entre el tercero y séptimo día, el 6,5 % (41) recayó entre el octavo y el decimocuarto día, el 5,6 % (35) recayó entre los días 15 y 30 día, el 7,5 % (47) recayó entre los 31 y 90 días, el 8,9 % (56) recayó entre los 91 y 180 días y el 9,4% (72) se mantenía abstinentes a los 180 días. Se hicieron una serie de análisis de regresión para determinar que factores prospectivos predecían mejor las recaídas en cada uno de los momentos y se confirmó el valor predictivo prospectivo de la autoeficacia y otras variables psicosociales. Los resultados muestran que las variables difieren a lo largo del tiempo, pero la autoeficacia fue un predictor consistente en todos los momentos. Otras investigaciones habían probado que la autoeficacia era mejor predictor medida al final del tratamiento que en la línea base y que su poder predictivo era mayor cuando más próximo estaba el periodo de recaída. En este estudio la autoeficacia medida en la línea base predice la recaída temprana pero no más allá de la primera semana. Sin embargo la autoeficacia medida en un seguimiento predice la recaída en el siguiente seguimiento. El papel de la autoeficacia ha sido comprobado es otros muchos estudios (Becoña, Froján y Lista, 1988; 1989; Stuart, Borland y McMurray, 1994).

La importancia del apoyo social en el mantenimiento de la abstinencia, se ha reflejado en múltiples estudios. Murray, Johnston, Dolce, Lee y O'Hara (1995) concluyen que los hombres, pero no las mujeres, que tenían apoyo social tenían más éxito en mantenerse abstinentes. Estar casado facilitaba el dejarlo pero no la abstinencia a largo plazo. El apoyo de la pareja para dejar de fumar es un mal predictor temprano (en los primeros siete días) pero lo predice bien entre los 8 y 90 días después del abandono. Estos resultados sugieren que los factores que controlan las recaídas varían dependiendo del tiempo desde el abandono. Estos resultados pueden no ser generalizables a muestras que no quieren dejar de fumar por ellos mismos o quieren ayuda. El apoyo social es más útil cuando proviene de alguien del entorno del individuo (apoyo natural) más que de terapeutas o consejeros, este es, apoyo del medio a través de intervenciones específicas (apoyo programado o apoyo por sistemas creados artificialmente) (Lichtenstein y Brown, 1982). La carencia de efectividad del apoyo programado/artificial puede ser atribuida tanto a la irrelevancia de este tipo de apoyo social para el mantenimiento de la abstinencia o a la inadecuación de los procedimientos de entrenamiento en apoyo social diseñados para mejorar la efectividad de las esposas y compañeros de trabajo.

La utilidad clínica de los resultados sobre autoeficacia y apoyo social es clara: cuando disminuye la autoeficacia de un fumador abstinentes después del tratamiento, incrementa el riesgo de recaer. Esto sugiere que si vemos que la puntuación en autoeficacia disminuye puede ser necesaria una intervención adicional. En el mismo sentido, ya que entre las 2 semanas y los 3 meses el apoyo de la pareja es un buen predictor, quizás sería más efectivo una intervención para los fumadores y sus parejas que empezase después del periodo inicial de abandono.

En los últimos años están proliferando los estudios que relacionan el proceso de fumar y dejar de hacerlo con distintas psicopatologías, como alcoholismo, ansiedad o depresión. Respecto a la depresión, incluso se ha postulado la existencia de un substrato neurobiológico común con la dependencia nicotínica (D'Mello y Flanagan, 1996). Un estudio de Lerman, Audrain, Orleans, Boyd, Gold, Main y Caporaso (1996) clasificó 202 fumadores en tratamiento para dejarlo en función de sus puntuaciones en diversos autoinformes (depresión, indefensión aprendida, dependencia nicotínica e historia de fumar). El 48% de la población estudiada se podía clasificar como "deprimido" según una escala de depresión. Estos fumadores eran además los que mostraban mayor dependencia nicotínica y los que informaban que utilizaban más el tabaco para

controlar su estado de ánimo (lo que los autores denominan "automedicarse con tabaco"). La hipótesis de la automedicación se apoyaría en el supuesto de que la nicotina tiene unos efectos particulares sobre los neurotransmisores (Pomerleau y Pomerleau, 1984). Fumadores deprimidos informaban de más estrés, menos recursos de afrontamiento, más síntomas físicos y psicológicos y más probabilidades de fumar si tienen estado de ánimo negativo que los no deprimidos. Además parece que tienen mayor dificultad para dejar de fumar y recaen antes que los no depresivos. En parte podría ser debido a la mayor dependencia nicotínica que tienen los primeros o podría ser que los fumadores deprimidos usasen la nicotina del tabaco para incrementar el arousal y/o minimizar el estado de ánimo negativo (Kinnunen, Doherty, Militello y Garvey, 1996; West, 1993). Sin embargo el efecto de la nicotina sobre el estado de ánimo es contradictorio, algunos estudios tienden a apoyar el efecto negativo de la nicotina sobre el estado de ánimo (Foulds, 1994). La importancia de la relación entre depresión y fumar ha llevado a diversos autores a sugerir la necesidad de considerarla en futuras campañas preventivas y de tratamiento (Escobedo, Kirch y Anda, 1996; Patton, Hibbert, Rosier, Carlin, Caust y Bowes, 1996).

También se ha estudiado la relación entre alcohol y tabaco: estudios clínicos y epidemiológicos muestran que fumar y beber están muy relacionados, pero apenas hay evidencia de que los cambios en el consumo de tabaco lleven a cambios en el consumo de alcohol. Algunos estudios informan de que al dejar de fumar se incrementa el consumo de alcohol (Carmelli y Swan, 1993) y, sin embargo, otros encuentran que no se producen modificaciones. Muestra de estos últimos es el estudio de la salud pulmonar que ya hemos comentado anteriormente (Murray, Istvan y Voelker (1996). En éste se seleccionaron 5.887 adultos fumadores de los cuales 2/3 iniciaron un programa para dejar de fumar y 1/3 permaneció como grupo control. Se excluyeron los denominados 'bebedores fuertes'. Al año de estudio un 42% de los de los integrantes del grupo de tratamiento habían dejado de fumar y un 11% de los del grupo control. Sin embargo no se encontraron cambios paralelos en el uso y no uso de alcohol. Los mismos resultados encuentran Breslau, Peterson, Schultz, Andreski y Chilcoat (1996). La relación inversa, si cambios en la conducta de beber llevan a cambios en la conducta de fumar, no ha sido estudiada. Los estudios con alcohólicos muestran que la tasa de fumar es bastante más alta que en la población general. Se ha sugerido que una historia de consumo de alcohol o de dependencia alcohólica podría estar asociada con escasos intentos de abandonar el tabaco (Bobo, McIlvain, Gilchrist y Bowman, 1996).

A la vista de los estudios revisados, podemos afirmar que no se han obtenido resultados concluyentes sobre los factores que facilitan el abandono del tabaco y el mantenimiento de la abstinencia. A pesar de esta multiplicidad de resultados, si podemos obtener una conclusión general: el hábito de fumar es un proceso complejo, altamente individualizado, muy determinado por la historia individual de cada fumador y estrechamente relacionado con un estilo peculiar de vida, con lo cual es difícil establecer supuestos generales que puedan ser aplicados a los fumadores como grupo. La no consideración de esta individualidad en el tratamiento de fumadores puede ser uno de los factores responsables de los continuados fracasos en este campo (Froján y Santacreu, 1992). En cualquier caso, se necesita seguir investigando.

### **3. Estrategias de tratamiento para dejar de fumar**

La revisión de la literatura publicada en los últimos cinco años sobre el hábito de fumar sorprende por que presenta una abrumadora mayoría de trabajos sobre el tratamiento farmacológico del mismo, frente a la literatura de 10 o 15 años antes, donde los trabajos predominantes eran sobre tratamientos conductuales del hábito. ¿Por qué ocurre esto?; ¿es que los tratamientos conductuales tienen menos éxito que los farmacológicos?. Obviando los indudables intereses comerciales, este auge de los tratamientos farmacológicos no está respaldado por los



resultados de los estudios realizados hasta la fecha. Es verdad que los tratamientos conductuales han fracasado en el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo, pero esa no tiene por que ser una razón suficiente para desecharlos. Como hemos comentado antes, es necesario investigar más en profundidad las variables que se relacionan con el abandono del consumo y el mantenimiento de la abstinencia para utilizarlas en subsiguientes programas de tratamiento. Siguiendo esta línea, Prochaska (1996) propone, de acuerdo con su teoría de los estadios (Prochaska, Diclemente, Velicer y Rossi, 1993) pasar de un paradigma de la acción a uno del estado, es decir, no actuar indiscriminadamente sino en función del estadio en el que se encuentre cada individuo en su proceso de dejar de fumar, adecuando las estrategias y materiales de intervención utilizados a cada uno de ellos. Tales estadios son:

- a. Precontemplación: el abandono del tabaco no va a ocurrir en los próximos seis meses.
- b. Contemplación: se piensa seriamente en dejar de fumar en los próximos seis meses.
- c. Preparación: se ha intentado dejarlo en el pasado año y se piensa seriamente hacerlo en el próximo mes.
- d. Acción: periodo de 48 horas a 6 meses después de que los fumadores han asumido públicamente la decisión de dejar de fumar.
- e. Mantenimiento: de 6 meses a 5 años desde que el anterior ha empezado y no hay consumo.
- f. Finalización: más de cinco años sin fumar, considerándose que ha terminado como problema.

El autor considera que la intervención especializada sobre el hábito de fumar (clínicas de fumadores) es la que tiene más altas tasas de eficacia pero las más bajas tasas de participación. Los programas para dejar de fumar fallan en la primera fase de 'reclutamiento' aunque también la segunda fase, de 'retención', suele ser pobre.

Por otra parte, los estudios sobre depresión y dependencia nicotínica que hemos comentado anteriormente (Lerman, Audrain, Orleans, Boyd, Gold, Main y Caporaso, 1996) han sugerido la necesidad de individualizar los tratamientos, lo que implica que, como paso previo, deberían cumplirse dos requisitos: primero, identificar las dimensiones psicológicas o de cualquier otro tipo que permitan discriminar los tipos de fumador y, segundo, clarificar los procesos cognitivos y motivacionales que mantienen el hábito entre subgrupos de fumadores.

La supuesta ineficacia de los tratamientos conductuales también es contradicha por otros autores. Garrido, Castillo y Colomer (1995), en un estudio en el que realizan un metaanálisis (método de Hunter y Schmidt, 1990) de todo tipo de intervenciones sobre el hábito de fumar (acupuntura, autotratamiento, terapia de grupo, sustitutos de la nicotina, tratamientos psicológicos (técnicas derivadas del condicionamiento clásico, operante y del aprendizaje social), consejo médico, hipnosis, etc.) concluyen que los tratamientos más efectivos son los multicomponentes, seguidos de los psicológicos (la diferencia entre ambos no es significativa estadísticamente). En el mismo sentido se pronuncian García y Becoña (1994) y Hajek (1996), quien afirma que la sustitución de tratamientos conductuales por tratamientos con sustitutos de nicotina no está avalada por los resultados obtenidos con estos últimos y que, por otra parte, se ha evaluado poco y mal la eficacia de los tratamientos conductuales, apoyando la combinación de ambos (especialmente en fumadores "duros").

Sin embargo, a pesar de que la mayoría de los estudios sobre el tema confirma la ineficacia de las intervenciones inespecíficas para abandonar el tabaco, la carestía de los tratamientos especializados ha dado pie al desarrollo de intervenciones que resultan más baratas a costa de reducir el contacto individual o de optimizar los recursos existentes. En este sentido se han desarrollado programas asistidos por ordenador, sistemas informáticos expertos, manuales de autoayuda, asistencia por correo o telefónica, consejo médico, etc., en general con malos resultados, tanto de abstinencia inicial como de mantenimiento a largo plazo (McFall, Michener, Rubin, Flay, Mermelstein, Burton, Jelen y Warnecke, 1993; Richmond, 1996).

Vamos a presentar algunas de las conclusiones respecto al uso de fármacos en el tratamiento de fumadores, diferenciando, por una parte, los sustitutos de la nicotina del cigarrillo y, por otra, diversas sustancias, en su mayoría ansiolíticos, cuya utilización aún es muy restringida.

En general se afirma que los sustitutos de la nicotina son preferibles en cualquier caso a fumar, puesto que reducen al máximo la liberación arterial de nicotina al cerebro manteniendo el nivel de nicotina en sangre venosa cercano al que proporciona el humo del cigarrillo; además eliminan la mayoría de los rituales de fumar, los componentes carcinógenos y los gases.

El primer sustituto utilizado fue el denominado tabaco sin humo (*smokeless tobacco*) o tabaco en polvo; durante mucho tiempo su uso fue considerado un éxito de los programas preventivos del hábito de fumar en las escuelas, pero cuando se empezaron a realizar seguimientos de los consumidores se encontró que era adictivo, podía causar dependencia física y estaba asociado a diversas enfermedades (cáncer de esófago y boca, laringe, estómago y enfermedades cardiovasculares) por lo que actualmente está siendo objeto de fuertes críticas (Hatsumaki, Nelson y Jensen, 1991; Stevens, Severson, Lichtenstein, Little y Leven, 1995). No sólo los resultados en el tratamiento del tabaco han sido desalentadores sino que ahora el uso del tabaco sin humo ha obligado a desarrollar nuevas formas de tratamiento para enfrentarse a los problemas originados por esta nueva forma de consumo.

El chicle de nicotina es otro sustituto del cigarrillo usado desde hace tiempo y uno de los que más investigación ha generado. En general es considerado más eficaz que el placebo en el tratamiento de fumadores, especialmente en aquellos denominados "duros" (Bayot, 1995; Pomerleau y Pomerleau, 1988; Fagérstrom, Sawe y Tonnesen, 1993), si bien es difícil determinar su eficacia por que con frecuencia se toma en dosis insuficientes y con una forma de mascar inadecuada. La eficacia del chicle se potencia si se utiliza en combinación con procedimientos conductuales mientras que si lo da el médico general, los resultados son más pobres que los procedimientos conductuales o de consejo médico. Otros estudios afirman que una intervención breve por parte de los médicos junto con la distribución de chicle de nicotina podría tener un efecto beneficioso a largo plazo en dejar de fumar (Ockene, Kristeller, Phert, Hebert, Luippold, Goldberg, Landon y Kalan, 1994). Por su parte, Fortmann y Killen (1995) comparan la utilización de chicle sólo o con materiales de autoayuda, concluyendo que la utilización de chicle disminuye la tasa de recaída a los 12 meses de seguimiento, sin diferencias de sexo o de estatus de fumador (cantidad de cigarrillos fumados). La evidencia de que el chicle potencia la abstinencia a largo plazo es contradictoria, algunos estudios encuentran que sólo afecta a la abstinencia inicial (McGovern y Lando, 1994). Parece ser que, en cualquier caso, la utilización de chicle potenciaría el efecto de las intervenciones breves con apoyo mínimo. Los problemas planteados por el chicle, tanto por la incomodidad que supone mascararlo como por la indeterminación en la administración de los niveles de nicotina adecuados, se han intentado superar con los parches de nicotina.

Los parches de nicotina (nicotina transdérmica) eliminan los problemas de uso y de adherencia y garantizan la dosis adecuada de nicotina. Los resultados iniciales fueron alentadores: presentan tasas de abstinencia superiores al placebo (aunque sus efectos no se manifiestan hasta la segunda semana de tratamiento), su eficacia está menos relacionada con el nivel de dependencia nicotínica e, igual que ocurría con el chicle, las tasas de abstinencia incrementan combinado con un tratamiento conductual (Bayot, 1995; Schneider, Olmstead, Mody, Doan, Franzon, Jarvik y Steinberg, 1995). Presenta el problema de que el fumador no tiene nada que hacer para controlar su ansia de fumar (se supone que el parche regula la administración de nicotina necesaria para contrarrestar el síndrome de abstinencia), con lo cual puede sentir que no dispone de estrategias para enfrentarse a ésta cuando aparece, además de la ya comentada lentitud en la manifestación de sus efectos; para solucionar ambos problemas se plantea la utilización de inhaladores de nicotina combinados con el parche (Schneider, Olmstead, Nilsson, Mody, Franzon y Doan, 1996).

Los inhaladores de nicotina (*sprays* orales o nasales) surgen como solución a los problemas planteados por la administración pasiva de sustitutos de la nicotina: dan al fumador la sensación de ser más activo en el proceso de controlar el ansia de fumar, aumenta la sensación de control (Schneider, Olmstead, Mody, Doan, Franzon, Jarvik y Steinberg, 1995; Schneider, Olmstead, Nilsson, Mody, Franzon y Doan, 1996). Los autores afirman que, si bien las terapias de sustitución de la nicotina pueden ser eficaces para el abandono del tabaco, las tasas totales de éxito son bajas: la utilización del chicle es molesta y los parches son pasivos y de actuación lenta. La utilización conjunta de un parche (que mantendría constantes los niveles de nicotina) y algún sistema de autoadministración (*spray*, etc.) que se usase cuando se siente ansia de fumar puede ser más eficaz al proporcionar al individuo la sensación de que dispone de algo a lo que echar mano (Fägerstrom, Schneider y Lunell, 1993). Se han hecho estudios sobre los *sprays* orales y nasales: la ventaja de la autoadministración de la nicotina es que, frente a la administración transdermal, proporciona sensación de control durante las crisis (de que uno pueda aliviar los problemas asociados a las mismas) y de que es fácil de usar (frente al chicle). A pesar de sus efectos colaterales desagradables, como irritación de boca y garganta y toses, los estudios defienden su utilidad frente a otros sustitutos por las propiedades antes señaladas y por que los *sprays* facilitan la liberación más rápida de nicotina en sangre venosa (sin llegar, en ningún caso, a la rapidez de la nicotina inhalada en el humo).

Además de los sustitutos de la nicotina se empiezan a utilizar otros fármacos en el tratamiento de fumadores. Uno de ellos es la bupiróna; este es un ansiolítico (no benzodiacepina) que tiene pocos efectos secundarios y produce un bajo nivel de dependencia. Su utilidad en el tratamiento de fumadores radica en que puede contrarrestar el incremento de la ansiedad característico del síndrome de abstinencia, pero hasta el momento actual su eficacia está poco comprobada.

La clonidina es un agonista noradrenérgico alfa-2 que disminuye los síntomas de abstinencia e incrementa las tasas de éxito terapéutico a corto plazo, sobre todo por su eficacia para reducir el ansia (frente a la nicotina, cuyo efecto sobre el ansia es mínimo), especialmente en mujeres y en fumadores más dependientes de la nicotina según la escala de Fägerstrom (1978). El principal problema que plantea son los importantes efectos secundarios (sedación, labios secos, erupciones cutáneas, náuseas, vómitos). En cualquier caso necesita de más investigación. Actualmente se están empezando a utilizar nuevas sustancias, como el chicle de acetato de plata y la doxepina (antidepresivo tricíclico) que todavía están muy poco estudiadas, así como sustancias estimulantes para contrarrestar el síndrome de abstinencia. Un reciente estudio de Robinson, Anastasio, Little, Sigmon, Menscer, Pettice y Norton (1995) investiga la utilidad del estimulante Ritalin (metilfenidato) en el tratamiento de fumadores, encontrando efectos positivos. Esta sustancia tiene un efecto paradójico sobre el SNC: disminuye la hiperactividad y aumenta la atención en niños que tienen déficits atencionales. Tiene, por tanto, efectos estimulantes y euforizantes, pero también relajantes (como la nicotina). Entre las ventajas de su uso, el estudio destaca que es bien tolerado, disminuye los síntomas de la abstinencia y ayuda a controlar la ganancia de peso. Como el parche de nicotina, el metilfenidato no elimina los síntomas del síndrome de abstinencia hasta la segunda semana de tratamiento, con lo cual necesita ser combinado con otras terapias. En cualquier caso, se requiere más investigación para confirmar los resultados.

Como podemos ver, el estado actual de las investigaciones sobre el hábito de fumar es confuso. A pesar de las nuevas formas de intervención que se van desarrollando, especialmente de tipo farmacológico, no se han podido superar los resultados obtenidos desde hace más de veinte años con los tratamientos multicomponentes basados esencialmente en técnicas cognitivo-conductuales. Las conclusiones respecto a que factores podrían potenciar la efectividad de las intervenciones programadas no son definitivas y sin embargo nos encontramos con que cada vez hay más personas que, sin habérselo propuesto nunca o después de varios fracasos utilizando todo tipo de técnicas, consiguen dejar de fumar de forma definitiva. Las intervenciones

no programadas o inespecíficas pueden estar teniendo efecto, si atendemos a la disminución en la prevalencia de fumadores, pero es difícil cuantificar hasta que punto estas reducciones son debidas a ellas. Hay muchas investigaciones pero apenas hay resultados concluyentes; es necesario, en cualquier caso, seguir profundizando sobre el tema.

#### 4. Conclusiones

En el tratamiento de la conducta de fumar han predominado dos enfoques: los psicológicos, bien sean conductuales o cognitivo-conductuales y los modelos de adicción, interviniéndose en estos últimos con fármacos, especialmente con sustitutos nicotínicos. Ambos modelos o aproximaciones han producido una considerable investigación, de la que sólo hemos expuesto una pequeña parte en estas páginas. Los esfuerzos de una y otra se han orientado a conseguir intervenciones clínicas eficaces. Dentro de la aproximación cognitivo-conductual se han desarrollado estrategias de tratamiento sumamente útiles y exitosas, como se reconoce en el *Smoking Cessation Clinical Practice Guideline Panel and Staff* (1996). La terapia sustitutiva es menos eficaz y sólo funciona adecuadamente cuando se combina con técnicas cognitivo-conductuales. Distintos meta-análisis comprensivos, algunos de los cuales hemos revisado, llegan a esta misma conclusión.

Además, las intervenciones cognitivo-conductuales presentan la ventaja de un mejor mantenimiento de los resultados a largo plazo. Esto es, al menos, lo que se deduce de la literatura científica (ver Vázquez y Becoña, 1996), dado que existen seguimientos mayores al año, mientras que esto es lo excepcional en los procedimientos farmacológicos.

Todo ello apunta a la necesidad, por parte de la psicología, de continuar desarrollando y potenciando la efectividad de los programas para dejar de fumar, así como de investigar tanto las variables que predicen el abandono como aquellas relacionadas con el inicio y la toma de decisión para dejar el hábito. Con todo ello, podremos tener una visión más amplia y profunda de esta compleja conducta y ser más efectivos en nuestras intervenciones.

#### Referencias

- Bayot, A. (1995): Eficacia de la farmacoterapia en la eliminación del tabaquismo. *Revista Española de Drogodependencias*, 20, 3, 177-196.
- Bayot, A. y Capafons, A. (1995): Diferencias individuales como predictores del éxito en la reducción del tabaquismo. Una revisión. *Revista Española de Drogodependencias*, 20, 1, 7-16.
- Becoña, E.; Froján, M.X. y Lista, M.J. (1988): Comparison between two self-efficacy scales in maintenance of the smoking cessation. *Psychological Reports*, 62, 359-362.
- Becoña, E.; Lista, M.J. y Froján, M.X. (1989): ¿Por qué los sujetos recaen en los tratamientos para dejar de fumar?. Un estudio exploratorio. *Revista Española de Drogodependencias*, 14, 1, 19-36.
- Becoña, E. y Míguez, M.C. (1995): Abstinencia, recaída y no abandono en un programa para dejar de fumar. *Adicciones*, 7, 1, 41-58.
- Becoña, E. y Míguez, M.C. (1995): El cuestionario de evaluación de la recaída/abstinencia de los cigarrillos: primeros resultados. *Revista española de drogodependencias*, 20, 1, 25-40.
- Bjomson, W.; Rand, C.; Connett, J.E.; Lindgren, P.; Nides, M.; Pope, F.; Buist, A.S.; Hoppe-Ryan, C. y O'Hara, P. (1995): Gender Differences in Smoking after 3 Years in the Lung Health Study. *American Journal of Public Health*, 85, 2, 223-230.
- Bobo, J.K.; McIlvain, H.E.; Gilchrist, L.D. y Bowman, A. (1996): Nicotine Dependence and Intentions to Quit Smoking in Three Samples of Male and Female Recovering Alcoholics and Problem Drinkers. *Substance Use and Misuse*, 31, 1, 17-33.
- Brandon, T.H.; Copeland, A.L. y Saper, Z.L. (1995): Programmed Therapeutic Messages as a Smoking Treatment Adjunct: Reducing the Impact of Negative Affect. *Health Psychology*, 14, 1, 41-47.
- Brandon, T.H.; Tiffany, S.T.; Obremski, K.M. y Baker, T.B. (1990): Postcessation cigarette use: The process of relapse. *Addictive Behaviors*, 15, 105-114.
- Breslau, N. y Peterson, E.L. (1996): Smoking Cessation in Young Adults: Age at Initiation of Cigarette Smoking and Other Suspected Influences. *American Journal of Public Health*, 86, 2, 214-220.

- Breslau, N.; Peterson, E.L.; Schultz, L.; Andreski, P. y Chilcoat, H. (1996): Are Smokers with Alcohol Disorders Less Likely to Quit? *American Journal of Public Health*, 86, 7, 985-990.
- Carmelli, D. y Swan, G.E. (1993): The relationship between quitting smoking and changes in drinking in World War II veteran twins. *Journal of Substance Abuse*, 5, 103-116.
- Claerman, D.R. y Jacobs, D.R. (1991): Relationships between weight and caloric intake of men who stop smoking: The multiple risk factor intervention trial. *Addictive Behaviors*, 16, 401-410.
- COMMIT (1995): Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT): I. Cohort Results from a Four-Year Community Intervention. *American Journal of Public Health*, 85, 2, 183-192.
- COMMIT (1995): Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT): II. Changes in Adult Cigarette Smoking Prevalence. *American Journal of Public Health*, 85, 2, 193-200.
- D'Mello, D.A. y Flanagan, C. (1996): Seasons and depression: The influence of cigarette smoking. *Addictive Behaviors*, 21, 671-674.
- DiFranza, J.R.; Savageau, J.A. y Aisquith, B. (1996): Youth Access to Tobacco: The Effects of Age, Gender, Vending Machine Locks, and "It's the Law Programs". *American Journal of Public Health*, 86, 2, 221-224.
- Ernst, V.L.; Grady, D.; Milke, R.; Black, D.; Selby, J. y Kerlikowske, K. (1995): Facial Wrinkling in Men and Women, by smoking status. *American Journal of Public Health*, 85, 1, 78-82.
- Escobedo, L.G. y Peddicord, J.P. (1996): Smoking Prevalence in US Birth Cohorts: The Influence of Gender and Education. Prevalence. *American Journal of Public Health*, 86, 2, 1231-236.
- Escobedo, L.G.; Kirch, D.G. y Anda, R.F. (1996): Depression and smoking initiation among US Latinos. *Addiction*, 91, 1, 113-119.
- Fägerstrom, K.O. (1978): Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3, 235-241.
- Fägerstrom, K.O.; Sawe, U. y Tonnesen, P. (1993): Therapeutic use of nicotine patches: efficacy and safety. *Journal of Smoking-Related Disorders*, 5, 247-261.
- Fägerstrom, K.O.; Schneider, N.G. y Lunell, E. (1993): Effectiveness of nicotine patch and nicotine gum as individual versus combined treatments for tobacco withdrawal symptoms. *Psychopharmacology*, 111, 271-277.
- Fortmann, S. P. y Killen, J.D. (1995): Nicotine Gum and Self-Help Behavioral Treatment for Smoking Relapse Prevention: Results From a Trial Using population Based Recruitment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 3, 460-468.
- Foulds, J. (1994): Detrimental effects of nicotine on mood?. *Addiction*, 89, 136-138.
- French, S.A.; Jeffery, R.W.; Pirie, P.L. y McBride, C.M. (1992): Do weight concerns hinder smoking cessation efforts?. *Addictive Behaviors*, 17, 219-226.
- García, M.P. y Becoña, E. (1994): Manuales de autoayuda para dejar de fumar: una revisión. *Adicciones*, 6, 1, 73-89.
- Garrido, P.; Castillo, I. y Colomer, C. (1995): ¿Son efectivos los tratamientos para dejar de fumar?. Metaanálisis de la literatura sobre deshabitación tabáquica. *Adicciones*, 7, 2, 211-225.
- Gulliver, S.B.; Hughes, J.R.; Solomon, L.J. y Dey, A.N. (1995): An investigation of self-efficacy, partner support and daily stress as predictors of relapse to smoking in self-quitters. *Addiction*, 90, 767-772.
- Hajek, P. (1994): Treatment for smokers. *Addiction*, 89, 1543-1549.
- Hajek, P. (1996): Current issues in behavioral and pharmacological approaches to smoking cessation. *Addictive behaviors*, 21, 699-707.
- Hatsumaki, D; Nelson, R. y Jensen, J. (1991): Smokeless Tobacco: Current Status and Future Directions. *British Journal of Addiction*, 86, 559-563.
- Henningfield, J.E. (1994): Do the benefits of nicotine help cigarettes beat the addiction rap?. *Addiction*, 89, 135-136.
- Hill, H.A.; Schoenbach, V.J.; Kleinbaum, D.G.; Strecher, V.J.; Orleans, C.T.; Gebski, V.J. y Kaplan, B.H. (1994): A longitudinal analysis of predictors of quitting smoking among participants in a self-help intervention trial. *Addictive Behaviors*, 19, 2, 159-173.
- Hughes, J.R.; Higgins, S.T. y Bickel, W.K. (1994): Nicotine withdrawal versus other drug withdrawal syndromes: similarities and dissimilarities. *Addiction*, 89, 1461-1470.
- Hunter, J. y Schmidt, F. (1990): *Methods of meta-analysis: Correcting error and bias in research findings*. Newbury Park, CA: Sage.
- Jarvis, M.J. (1994): A profile of tobacco smoking. *Addiction*, 89, 1371-1376.
- Kawachi, I.; Troisi, R.J.; Rotnitzky, A.G.; Coakley, E.H. y Colditz, G.A. (1996): Can Physical Activity Minimize Weight Gain in Women after Smoking Cessation. *American Journal of Public Health*, 86, 7, 999-1004.
- Kendrick, J.S.; Zahniser, S.C.; Miller, N.; Salas, N.; Stine, J.; Gargiulo, P.M.; Floyd, L.; Spierto, F.W.; Sexton, M.; Metzger, R.W.; Stockbauer, K.W.; Hannon, H. y Dalmat, M.E. (1995): Integrative Smoking Cessation into Routine Public Prenatal Care: The Smoking Cessation in Pregnancy Project. *American Journal of Public Health*, 85, 2, 217-222.
- Kinnunen, T.; Doherty, K.b Militello, F.S. y Garvey, A.J. (1996): Depression and Smoking Cessation: Characteristics of Depressed Smokers and Effects of Nicotine Replacement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 4, 791-798.
- Klesges, R.C.; Meyers, A.W.; Klesges, L.M. y LaVasque, M.E. (1989): Smoking, Body weight, and their effects on smoking behavior: A comprehensive review of the literature. *Psychological Bulletin*, 106, 2, 204-230.
- Lando, H.A.; Pechacek, T.F.; Pirie, P.L.; Murray, D.M.; Mittelman, M.B.; Lichtenstein, E.; Nothwerf, F. y Gray, C. (1995): Changes in Adult Cigarette Smoking in the Minnesota Heart Health Program. Prevalence. *American Journal of Public Health*, 85, 2, 201-208.
- Lerman, C.; Audrain, J. Orleans, T.; Boyd, R.; Gold, K.; Main, D. y Caporaso, N. (1996): Investigation of mechanisms linking depressed mood to nicotine dependence. *Addictive Behaviors*, 21, 9-19.

- Lichtenstein, E. y Brown, R. (1982): Current trends in the modification of cigarette dependence. In A. Hersen and A. Kazdin (Eds.) *International handbook of behavior modification* (600-611). New York, Plenum Press.
- Lichtenstein, E.; Hollis, J.F.; Severson, H.H.; Stevens, V.J.; Vogt, T.M.; Glasgow, R.E. y Andrews, J. A. (1996): Tobacco cessation interventions in health care settings: rationale, model, outcomes. *Addictive Behaviors*, 21, 709-720.
- Marcus, B.H.; Albrecht, A.E.; Niaura, R.S.; Taylor, E.R.; Simkin, L.R.; Feder, S.I.; Abrams, D.B. y Thompson, P.D. (1995): Exercise enhances the maintenance of smoking cessation in women. *Addictive Behaviors*, 20, 1, 87-92.
- McFall, S.L.; Michener, A.; Rubin, D.; Fly, B.R.; Mermelstein, R.J.; Burton, D.; Jelen, P. y Wamecke, R.B. (1993): The effects and use of maintenance newsletters in a smoking cessation interventions. *Addictive Behaviors*, 18, 151-158.
- McGovern, P.G. y Lando, H.A. (1991): An assessment of nicotine gum as an adjunct to freedom from smoking cessation clinics. *Addictive Behaviors*, 16, 137-147.
- Murray, R.P.; Istvan, J.A. y Voelker, H.T. (1996): Does Cessation of smoking Cause a Change in Alcohol Consumption? Evidence from the Lung Health Study. *Substance Use and Misuse*, 31, 2, 141-156.
- Murray, R.P.; Johnston, J.J.; Dolce, J.J.; Lee, W.W. y O'Hara, P. (1995): Social support for smoking cessation and abstinence: The Lung Health Study. *Addictive Behaviors*, 20, 159-170.
- Nides, M.A.; Gonzales, D.; Tashkin, D.P.; Rakos, R.F.; Murray, R.P.; Bjorson-Benson, W.M.; Lindgren, P. y Connet, J. E. (1995): Predictors of Initial Smoking Cessation and Relapse Through the First 2 Years of the Lung Health Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 1, 60-69.
- Parrot, A. (1994): Does cigarette smoking increase stress?. *Addiction*, 89, 142-144.
- Patton, G.C.; Hibbert, M.; Rosier, M.J.; Carlin, J.B.; Caust, J. y Bowes, G. (1996): Is smoking Associated with Depression and Anxiety in Teenagers. Prevalence. *American Journal of Public Health*, 86, 2, 225-230.
- Pomerleau, O.F. y Pomerleau, C.S. (1984): Neuroregulators and the reinforcement of smoking: Towards a biobehavioral explanation. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 8, 503-513.
- Pomerleau, O.F. y Pomerleau, C.S. (1988): *Nicotine Replacement in the Treatment of Smoking*. New York, Alan R. Liss.
- Prochaska, J.O. (1996): A stage paradigm for integrating clinical and public health approaches to smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 21, 721-732.
- Prochaska, J.O.; DiClemente, C.C.; Velicer, W.F. y Rossi, J.S. (1993): Standardized, Individualized, Interactive, and Personalized Self-Help Programs for Smoking Cessation. *Health Psychology*, 12, 3, 399-405.
- Richmond, R.L. (1996): Retracing the steps of Marco Polo: From clinical trials to diffusion of interventions for smokers. *Addictive Behaviors*, 21, 683-697.
- Robinson, M.D.; Anastasio, G.D.; Little, J.M.; Sigmon, J.L.; Menscer, D.; Pettice, Y.J. y Norton, H.J. (1995): Ritalin™ for nicotine withdrawal: Nesbitt's paradox revisited. *Addictive Behaviors*, 20, 4, 481-490.
- Schneider, N.G.; Olmstead, R.; Vaghaiwalla, M.; Doan, K.; Franzon, M.; Jarvik, M.E. y Steinberg, C. (1995): Efficacy of a nicotine nasal spray in smoking cessation: a placebo-controlled, double-blind trial. *Addiction*, 90, 1671-1682.
- Schneider, N.G.; Olmstead, R.; Nilsson, F.; Vaghaiwalla, M.; Franzon, M. y Doan, K. (1996): Efficacy of a nicotine inhaler in smoking cessation: a double blind, placebo-controlled trial. *Addiction*, 91, 9, 1293-1306.
- Shadel, W.G. y Mermelstein, R.J. (1993): Cigarette Smoking Under Stress: The Role of Coping Expectancies Among Smokers in a Clinic-Based Smoking Cessation Program. *Health Psychology*, 12, 6, 443-450.
- Shadel, W.G.; Mermelstein, R. y Borrelli, B. (1996): Self-concept changes over time in cognitive-behavioral treatment for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 21, 659-663.
- Shiffman, S.; Paty, J.A.; Gnys, M.; Kassel, J.D. y Elash, C. (1995): Nicotine Withdrawal in Chippers and Regular Smokers: Subjective and Cognitive Effects. *Health Psychology*, 14, 4, 301-309.
- Smoking Cessation Clinical Practice Guideline Panel and Staff (1996). Consensus statement: The Agency for Health Care Policy and Research smoking cessation clinical practice guideline. *Journal of the American Medical Association*, 275, 1270-1280.
- Stevens, V.J.; Severson, H.; Lichtenstein, E.; Little, S.J. y Leben, J. (1995): Making the Most of a Teachable Moment: A smokeless-Tobacco Cessation Intervention in the Dental Office. *American Journal of Public Health*, 85, 2, 231-235.
- Stuart, K.; Borland, R. y McMurray, N. (1994): Self-efficacy, Health Locus of control, and smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 19, 1, 1-12.
- Swan, G.E.; Ward, M.M. y Jack, L.M. (1996): Abstinence effects as a predictors of 28-day relapse in smokers. *Addictive Behaviors*, 21, 481-490.
- Swan, G.E. y Carmelly, D. (1995): Characteristics associated with excessive weight gain after smoking cessation in men. *American Journal of Public Health*, 85, 1, 73-77.
- Talcott, G.W.; Fiedler, E.R.; Peterson, A.L.; Pascale, R.W.; Klesges, R.C. y Johnson, R.S. (1995): Is Weight Gain After Smoking Cessation Inevitable? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 2, 313-316.
- Thun, M.J.; Day-Lally, C.A.; Calle, E.E.; Flanders, W.D. y Heath, C.W. (1995): Excess Mortality among Cigarette Smokers: Changes in a 20-Year Interval. *American Journal of Public Health*, 85, 9, 1223-1230.
- Vázquez, F.L. y Becoña, E. (1996): Los programas conductuales para dejar de fumar. Eficacia a los 2-6 años de seguimiento. *Adicciones*, 8, 369-392.
- Velicer, W.F.; DiClemente, C.C.; Rossi, J.S. y Prochaska, J.O. (1990): Relapse situations and self-efficacy: an integrative model. *Addictive Behaviors*, 15, 271-283.
- West, P. (1993): Beneficial effects of nicotine: fact or fiction? *Addiction*, 88, 589-590.