

Flexibilidad psicológica y autoabandono del tabaco

Jesús Gil Roales-Nieto*

Universidad de Almería, España

Emilio Moreno San Pedro

Universidad de Huelva, España

Rodrigo Córdoba García

Universidad de Zaragoza, España

Bartolomé Marín Romero, Francisca Rosa Jiménez López

Universidad de Almería, España

Ana Gil Luciano

Universidad Autónoma de Madrid, España

Agustina Silvano Arranz, Isabel Rosario Fernández Lao

Servicio Andaluz de Salud, España

Genoveva Granados Gámez

Universidad de Almería, España

Mónica Hernández-López

Universidad de Jaén, España

ABSTRACT

Smoking Self-quitting and Psychological Flexibility. The prevalence of smoking in the general population remains high in spite of the extended acknowledgement of the well-documented health consequences of smoking and potential benefits of quitting. Only a minority of smokers who attempt to quit seeks professional treatment, yet most of the research on smoking cessation focuses on such form of quitting. Research on self-quitting is scarce, although most smokers who successfully quit, do so on their own. Recently, research has evidenced that psychological flexibility, a core concept in Acceptance and Commitment Therapy, is an important variable in predicting successful behavioral change in many clinically relevant areas. The goal of this study was to analyze the relationship between psychological flexibility and successful self-quitting from smoking. 277 participants who had attempted to quit on their own (217 successfully abstinent and 60 still smoking) provided information on their smoking history, quit attempts, nicotine dependence, and demographics, and were assessed with the Acceptance and Action Questionnaire-II. Abstinence status was measured through self-reports of continuous abstinence and confirmed by concentrations of expired carbon monoxide below 8 ppm. Results show a statistically significant difference ($t = -8,775$; $p < .01$) for the AAQ-II scores of successful ($M = 18.39$, $SD = 7.76$) and unsuccessful self-quitthers ($M = 27.17$; $SD = 6.88$). Only 26% participants with high level of psychological inflexibility quit successfully, compared to 94% participants with low levels of psychological inflexibility. These results show clear evidence that psychological flexibility is associated to successful self-quitting, and suggest that this variable could facilitate success in attempts to stop smoking without professional help. Implications and limitations of this study are discussed.

Key words: psychological flexibility, smoking self-quitting.

Novedad y relevancia

¿Qué se sabe sobre el tema?

- La gran mayoría de los fumadores que intentan abandonar el consumo de tabaco lo hacen por sus propios medios en lugar de seguir tratamientos formales dirigidos por un profesional.
- Numerosos estudios han intentado obtener información sobre las variables que determinan el éxito o el fracaso en el autoabandono.

¿Qué añade este artículo?

- Señala la posible relación entre flexibilidad psicológica y éxito en el autoabandono del consumo de tabaco.
- Confirma la importancia del autoabandono como estrategia frente al tratamiento profesional.

* Dirigir correspondencia a: Jesús Gil Roales-Nieto, Departamento de Psicología, Edificio A, despacho 239, Universidad de Almería, 04120 Almería, España. E-mail: jgil@ual.es. *Agradecimientos:* Este estudio ha sido financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad, Plan Nacional de Investigación (Proyecto PSI2011-24512).

Las consecuencias para la salud de fumar y los beneficios del abandono están extensa y perfectamente documentadas, y son ampliamente conocidas por los profesionales de la salud y el público en general, incluyendo los fumadores, (p.ej., Bjartveit y Tverdal, 2009; Critchley y Capewell, 2003; DHHS, 1990; Doll, Peto, Wheatley, Gray y Sutherland, 1994; Keil, Liese, Hense, *et al.*, 1998; Office on Smoking and Health, 2004; Willett, Green, Stampfer, *et al.*, 1987). Con todo, un amplio porcentaje de la población continúa fumando en la mayoría de los países occidentales, a pesar de los esfuerzos legislativos, preventivos y de ayuda incentivada al abandono. Incluso, se registran importantes porcentajes de fumadores que continúan fumando tras un diagnóstico grave directamente relacionado con el tabaquismo (p.e. ver Barth, Critchley y Bengel, 2006, para el caso de trastornos coronarios).

Existe abundante bibliografía que demuestra tanto a nivel teórico como empírico la aparente paradoja del tratamiento del tabaquismo, que presenta unas tasas de éxito en el abandono extraordinariamente bajas, habiéndose probado cientos de tratamientos específicos organizados en campos que comprenden desde el simple abandono por sí mismo hasta sofisticados programas que incluyen intervenciones de corte farmacológico y/o psicológico o incontables mezclas de todo tipo (p.e., Hughes, Stead y Lancaster, 2014; Roales-Nieto, 1998, 2003; Roales-Nieto y Calero, 1994; Schwartz, 1987; Thomsen, Villebro y Moller, 2014; White, Rames, Liu, Stead y Campbell, 2014).

Sin necesidad de acudir a populares planteamientos aparentemente explicativos, al igual que sucede en toda toma de decisiones, en el proceso de abandono del tabaco cabe distinguir varias fases de las cuales son especialmente importantes, en cuanto que inician el proceso y pueden determinar el resultado, el planteamiento de abandono (por razones como consejo médico, reflexión personal ante la información disponible, aparición de sintomatología, demanda de seres queridos, presión social, etc.) y la decisión sobre cómo hacerlo. En este último caso, los fumadores pueden dividirse en dos grandes grupos que toman decisiones básicamente diferentes en cuanto al modo de gestionar el intento de abandono (probablemente en respuesta a la pregunta básica: “¿me veo capaz de lograrlo por mi mismo o busco ayuda?”). Por un lado, están quienes deciden intentar el abandono por sí mismos sin acudir en busca de ayuda profesional salvo, en todo caso, para alguna orientación o consejo, y por otro quienes toman la decisión de solicitar ayuda para el abandono y someterse a un tratamiento dirigido por un profesional. Ambas posibilidades suponen campos de actuación e investigación confluyentes porque el abandono del tabaco debe tomarse como un proceso dinámico y sujeto a cambios, pero también presentan peculiaridades que deben ser consideradas como enfrentadas aunque mantengan cierta transversalidad (p.e., Ferguson, Shiffman, Gitchell, Sembower y West, 2009; Larabie, 2005; Peters y Hughes, 2009; Roales-Nieto, 1994; Zhu, Melcer, Sun, Rosbook y Pierce, 2000).

De las dos opciones, ha sido y continúa siendo ampliamente estudiada la búsqueda de ayuda profesional en forma de cualquiera de los numerosos tratamientos estandarizados de índole psicológica, médico-farmacológica o combinada, o de cualquiera de los también numerosos tratamientos “alternativos”. Son muy numerosos los estudios centrados en la eficacia de las más de 200 diferentes formas de tratamiento del tabaquismo desarrolladas desde los años 60 del pasado siglo hasta nuestros días (Roales-Nieto, 1992a, 1998; Roales-

Nieto y Calero, 1994), y en estos momentos existen datos, relativamente precisos, que indican la limitada eficacia de la mayoría de los tratamientos con destacados resultados para ciertos tratamientos farmacológicos en combinación con tratamientos psicológicos, y para algunos tratamientos psicológicos (p.e., Stead, Perera, Bullen, Mant y Lancaster, 2008).

Menos estudiada, y por tanto mucho menos conocida, es la opción de los fumadores por el abandono del tabaco por sus propios medios, sin ayuda profesional o con una ayuda mínima consistente, normalmente, en consejo y orientación iniciales. Algunos estudios han avanzado ciertos datos sobre este proceder, pero poco es sabido acerca de la eficacia real de esta opción, de las razones por las que muchos fumadores adoptan esta decisión, de las razones por las que rechazan la ayuda profesional si se les ofrece y el posible papel de creencias sobre efectos secundarios o consecuencias del uso de tratamientos profesionales, la dinámica de cambio resultante (esto es, si se produce desplazamiento de fumadores de este grupo al de uso de la ayuda profesional y viceversa, y qué condiciones y/o características delimitan el proceso), etcétera.

La literatura especializada coincide en señalar el abandono del tabaquismo como un proceso difícil para el que no existe un tratamiento de elección universal y claramente destacado, por cuanto los datos sobre mejor efectividad posible se sitúan en límites del 20% de abstinentes al año de tratamiento (p.e., Le Foll y George, 2007; Ockene, Mermelstein, Bonollo, *et al.*, 2000; Stead *et al.*, 2008; Steinberg, Schmelzer, Richardson y Foulds, 2008).

Entre las razones que se esgrimen para explicar las elevadas tasas de fracaso en el abandono, los síntomas agrupados en el llamado Síndrome de abstinencia de nicotina que se producen en numerosos casos (p.e., disforia, insomnio, irritabilidad, ansiedad, dificultades de concentración, inquietud, disminución de frecuencia cardiaca y aumento del apetito o peso), han sido señalados como una de las principales dificultades para el abandono del consumo de tabaco fumado (Le Foll y George, 2007; Roales-Nieto, 1994).

En las últimas décadas, esto ha dado lugar a la proliferación de tratamientos principalmente de naturaleza farmacológica orientados al control de esta sintomatología (p.e., Bansal, Cummings, Hyland y Giovino, 2004; George y O'Malley, 2004; Roales-Nieto, 1994), habiéndose anunciado que el uso de farmacoterapia en el tratamiento del tabaquismo puede doblar la oportunidad de lograr la abstinencia (p.ej., Fiore, Bailey, Cohen, *et al.*, 2000; Le Foll y George, 2007). Sin embargo, la mayoría de los estudios en los que se basan estas predicciones han sido realizados en contextos clínicos y/o experimentales altamente protocolizados con un riguroso control de las variables en juego, en fuerte contraste con lo que suponen las aplicaciones en contextos naturales, de las que existen pocos datos.

Igualmente, se ha anunciado que los mejores resultados en abstinencia parecen lograrse cuando los tratamientos farmacológicos se acompañan de tratamientos psicológicos (p.e., Fiore *et al.*, 2000; Le Foll y George, 2007), pero los análisis han sido demasiado globales al no distinguir entre los diferentes tipos de tratamientos no farmacológicos añadidos al farmacológico. Obviando que, en esa amplia categoría, pueden incluirse desde el más elemental consejo médico hasta el más sofisticado tratamiento psicológico. De hecho, varios autores han señalado la necesidad de analizar con mayor y mejor detalle

la eficacia de los tratamientos para dejar de fumar que se han convertido, *de facto*, en tratamientos de elección (p.e., Amodey y Lamb, 2008; Cummings, Rubin y Oester, 1989; Cummings y Hyland, 2005; Thorndike, Biener y Rigotti, 2002), resaltando la necesidad de evaluar la eficacia real, en un contexto de aplicación clínica, de estos tratamientos tal y como son realmente aplicados en las consultas, centros y servicios del sistema sanitario que los hace disponibles.

El tratamiento del tabaquismo, por tanto, sigue siendo un asunto abierto y polémico. Las cifras de éxito de los programas disponibles suelen resultar similares y se ven mermadas sensiblemente cuando se estudia el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo, cifrando en un promedio del 20% los exfumadores que se mantienen abstinentes al año de seguimiento en los programas de máxima eficacia, con un rango de eficacia entre el 5 y el 30% (p.e., Morgan, Backinger y Leischow, 2007; Roales-Nieto, 1994). Lo que supone que, en la mayoría de los casos, se predice que el fracaso terapéutico mínimo alcanzará al 70% de las personas que intenten dejar de fumar con ayuda profesional, sea ésta cual fuere.

En cuanto a las variables que permiten predecir el éxito o fracaso en el intento de dejar de fumar, numerosos estudios ha investigado los factores asociados tanto a tomar la decisión de quitarse como al éxito en el abandono. Sin embargo, ambos temas continúan estando muy lejos de ser conocidos con el suficiente detalle que permita la mejora en la efectividad de los tratamientos y la potenciación del abandono del tabaco entre los fumadores. Por ejemplo, varios estudios han examinado variables demográficas (sexo, edad, estado civil y nivel socioeconómico y educativo) para intentar encontrar diferencias entre los fumadores que deciden abandonar y los que no, y entre los que consiguen dejar de fumar y los que fracasan en su intento (p.e. DHHS, 1990; Fisher, Lichtenstein, Haire-Joshu, 1993; Hymowitz, Sexton, Ockene y Grandits, 1991; Lee y Kahende, 2007; Venters, Kottke, Solberg, Brekke y Rooney, 1990). Otros se ha centrado en las características del ambiente en el que viven los fumadores, señalando que el contacto diario con fumadores reduce la probabilidad de éxito en el abandono (p.e., Gourlay, Forbes, Marriner, Pethica y McNeil, 1994; Herbert, Kristeller, Ockene, Landon, Luippold, Goldberg y Kalan, 1992; Hymowitz, Cummings, Hyland, Lynn, Pechacek y Hartwell, 1997; Richmond, Austin y Webster, 1988; Richmond, Kehoe y Webster, 1993; Senore, Battista, Shapiro, Segnan, Ponti, Rosso y Aimar, 1998). Como es el caso también de estudios que, durante la década de los noventa, indicaron que las políticas antitabaco en los lugares de trabajo favorecen los intentos de abandono y/o reducen el consumo (p.e., Farkas, Gilpin, Distefan y Pierce, 1999; Farkas, Pierce, Zhu, Rosbrook, Gilpin, Berry y Kaplan, 1996; Kinne, Kristal, White y Hunt, 1993; Stillman, Becker, Swank, Hantula, Moses, Glantz y Waranch, 1990; Sorsensen, Rigotti, Rosen, Pinney y Prible, 1991; Woodruff, Rosbrook, Pierce y Glantz, 1993). Otros estudios han señalado la importancia del apoyo social para el logro de la abstinencia (Borland, Owen, Hill y Schofield, 1991; Derby, Laster, Vass, Gonzalez y Carleton, 1994; McMahon y Jason, 2000).

Pero, como han señalado varias críticas, los resultados no pasan de ser muy generalistas, en ocasiones contradictorios, y resultan de escasa utilidad práctica para utilizarlos en la mejora concreta del tratamiento del tabaquismo (p.e., Borland *et al.*,

1991; Hatziaudreu, Fiore, Mills, Novotny, Giovino y Davis, 1990; Hymowitz *et al.*, 1997; Wilcox, Prochaska, Velicer y DiClemente, 1985).

Igualmente, numerosos estudios han analizado la relación entre éxito en el abandono y variables relativas al propio comportamiento de abandono y a los métodos o formas de intentarlo. De nuevo con resultados poco consistentes, ya que mientras algunos estudios han indicado que el abandono gradual y secuenciado (conocido como *fading* o desvanecimiento, ver Gil Roales-Nieto, 1992) -por ejemplo con cambio a cigarrillos bajos en nicotina y alquitrán o un descenso progresivo en el consumo- favorece el éxito en el abandono (p.e., Farkas, 1999; Gil Roales-Nieto, 1992; Giovino, Tomar, Reddy, Peddicord, Zhu, Escobedo y Eriksen, 1994; Kozlowski *et al.*, 1999; Kozlowski, Goldberg, Yost, White, Sweeney y Pillitteri, 1998), otros han indicado lo contrario (p.e., el extenso estudio prospectivo llevado a cabo por Hyland, Hughes, Farrelly y Cummings, 2003). De hecho, se ha comparado esta estrategia gradual con la de abandono total o abrupto (estrategia *cold turkey*) sin resultados concluyentes (p.e., Cinciripini, Lapitsky, Seay, Wallfisch, Kitchens y Van Vunakis, 1995; Roales-Nieto y Fernández, 1992; McGovern y Lando, 1991).

Otros estudios han informado que los fumadores crónicos (heavy smokers o fumadores que superan un consumo de 15 a 20 cigarrillos/día) muestran, como grupo, menos probabilidad de éxito en el abandono en comparación con fumadores con menor tasa de consumo (*Centers for Disease Control and Prevention*, 1993; Cohen, Lichtenstein, Prochaska, *et al.*, 1989; Farkas, 1999; Farkas *et al.*, 1996; Hennrikus, Jeffery, Lando, 1995; Hymowitz *et al.*, 1997; Míguez y Becoña, 2008; Rose, Chassin, Presson y Sherman, 1996). Por otro lado, también se han publicado estudios que señalan cómo los intentos sucesivos de abandono con reiterados fracasos, suponen un predictor negativo para el logro de la abstinencia (p.e., Murray, Gerald, Lindgren, Connett, Rand y Anthonisen, 2000), mientras que otros estudios han informado justo lo contrario, indicando que se necesitan al menos 3 o 4 intentos para conseguir el abandono (p.e., Raw, McNeill y West, 1998).

En esta línea, un estudio reciente de Lee y Kahende (2007) ha informado, de nuevo, resultados contradictorios en ciertos sentidos y confirmatorios en otros, pero que tampoco inciden en la apreciación de variables sobre las que se pueda actuar. Por ejemplo, se ha informado que entre los fumadores que intentaron el abandono y fracasaron y entre los que lograron la abstinencia existen las diferencias que se recogen en la tabla 1; e igualmente, los autores encontraron distinta relación con éxito o fracaso entre ciertas variables relativas a la conducta de fumar o contextuales cuyo resumen se recoge en la tabla 1.

Así pues, los datos disponibles se concretan en la recomendación generalizada en el ámbito de la salud de (1) utilizar tratamientos basados en sustitutivos de la nicotina, cuyo efecto principal es la evitación o reducción de los síntomas en el proceso de abandono, para cierto tipo de fumadores caracterizados por un consumo elevado diario, larga historia de consumo y reiterados intentos de abandono que fracasaron, y (2) la aceptación de que con fumadores más “ligeros” otras terapias no farmacológicas pueden tener éxito, destacando entre ellas sobremanera los procedimientos conductuales de abandono. Con todo, los datos (p.e., Giovino, Hughes, Pierce y Marcus, 1990;

Tabla 1. Diferencias entre éxitos y fracasos en el abandono (Fuente: Lee y Kahende, 2007).

Fumadores que fracasan en el intento	Fumadores que logran abandonar
66% edad 44 o menor.	60% edad 35 o menor.
60% casados o viviendo con su pareja.	68% casados o viviendo con su pareja.
58% nivel educativo de secundaria o menor.	48% nivel educativo de secundaria o menor.
70% habían intentado dejarlo antes al menos 3 veces.	46% habían intentado dejarlo antes al menos 3 veces.
69% habían comenzado a fumar a los 18 años o antes.	74% habían comenzado a fumar a los 18 años o antes.
65% vivían con fumadores.	16% vivían con fumadores.
Menor número de intentos de abandono.	Mayor número de intentos de abandono.
Cambio a cigarrillos bajos en nicotina y alquitrán.	Vivir en un hogar sin fumadores.
	Trabajar en lugares que no permiten fumar.

Chapman y MacKenzie, 2010) indican que la gran mayoría de los fumadores que inician el abandono del tabaco no acuden a solicitar ayuda profesional en una u otra forma, especialmente en las dos señaladas como tratamientos de elección. Y esto ha producido un cierto asombro, cuando no confusión.

Sin embargo, el fenómeno del abandono natural o quitarse por sí mismo sin ayuda profesional (*self-quitting*, en terminología anglosajona), apenas ha sido considerado un objetivo de investigación digno de su importancia real, teniendo en cuenta su repercusión sobre los parámetros de salud pública (Murray, Lewis, Coleman, Britton y McNeill, 2009; Roales-Nieto, 1994).

Si bien, la polémica entre los partidarios de considerar el autoabandono como un fenómeno de interés y gran trascendencia en la lucha antitabaco, y los partidarios de centrar la atención en la disponibilidad de asistencia profesional para los fumadores, lleva latente desde el último tercio del siglo XX, el debate cobró intensidad a raíz del planteamiento de Chapman (1985) señalando que la gran mayoría de los fumadores abandona el tabaco por sí mismo y los programas profesionales no juegan un papel importante.

En esta línea, Fiore, Novotny, Pierce, *et al.* (1990) publicaron los resultados del primer análisis sistemático que contrastaba datos sobre abstinencia lograda mediante los dos métodos (abandono sin ayuda profesional -ASAP- y abandono con ayuda profesional -ACAP), obtenidos de una amplia encuesta realizada en USA a nivel federal. Según estos datos, en los diez años anteriores sólo el 15% de los fumadores que habían intentado abandonar el tabaco habían buscado ayuda profesional (principalmente de médicos y psicólogos) en al menos uno de sus intentos, y sólo el 7,9% de ellos informó haberlo hecho en el intento más reciente. Más aún, y este dato fue el detonante de la polémica que dura hasta nuestros días, encontraron que los datos sobre éxito en el abandono indicaban que dejar de fumar por sí mismo mostraba el doble de probabilidad de éxito que hacerlo mediante alguno de los programas profesionales. De hecho, entre los fumadores que intentaron el abandono por sí mismos a lo largo de los 10 años que cubría el estudio, lo consiguieron el 47,5%, mientras que sólo el 23,6% de quienes fueron asistidos por un profesional lograron el éxito en el abandono. La conclusión apuntada por los autores señaló ya una inferencia que se mantiene vigente, y es ver ambas formas como complementarias desde el punto de vista de la salud pública, en tanto que los tratamientos profesionales serían útiles para cierta población de fumadores que podría no ser capaz de abandonar el tabaco por sí mismo. En esta línea se han expresado también otros autores (p.ej., Cohen *et al.*, 1989; Schachter, 1982), señalando

la posibilidad de que los fumadores que buscan ayuda profesional tengan una mayor vulnerabilidad psicológica a la recaída. Otros hallazgos de Fiore *et al.* (1990) indicaron que los fumadores que intentaban quitarse por sí mismo tenían más confianza en su habilidad para lograrlo y se sentían menos dependientes del tabaco, independientemente del resultado final. Uno y otro grupos diferían también en el número previo de intentos y en el número de cigarrillos fumados por día. Igualmente, más del 70% de los fumadores que consiguen el abandono informaron haber sido aconsejados por su médico de la conveniencia del abandono.

En otro estudio, Zhu *et al.* (2000) retomaron la comparación entre métodos ASAP-ACAP, encontrando datos distintos a los ofrecidos por Fiore *et al.* (1990), sobre una muestra de 4480 fumadores del estado de California (USA) que habían intentado dejar de fumar dentro de los 12 meses anteriores. En concreto, estos autores encontraron que el 19,9% de quienes intentaron abandonar el tabaco lo hicieron usando una o más formas de ACAP (principalmente, métodos de autoayuda, psicológicos y terapia sustitutiva de la nicotina), lo que significa que el 80,1% pudieron intentarlo sin ayuda. A los 12 meses, las tasas de éxito eran del 15,2% de los fumadores que habían tenido asistencia, y del 7% para los fumadores sin asistencia. Estos autores encontraron que quienes habían preferido métodos ACAP, en comparación con los fumadores sin asistencia, eran fumadores “duros”, mayor número de mujeres que de hombres y de mayor edad. Igualmente, entre los tres tipos de asistencia profesional preferidos, las terapias sustitutivas de la nicotina mostraron una tasa de éxito del 20,9%, frente al 15,9% de los métodos de autoayuda, el 16,7% de los tratamientos psicológicos y el 16,9% de las combinaciones fármacos-psicológicos. El hecho de que sólo uno de cada cinco fumadores que decidió dejar de fumar optase por un método ACAP, es el dato más relevante que fortalece la conclusión de que la gran mayoría de fumadores opta por la retirada natural del tabaco o autoabandono.

Precisamente la importancia de cara a los resultados en salud pública que representa este dato, es lo que mantiene la opinión de que el abandono ASAP merece ser estudiado con mayor detalle. Traducido a cifras absolutas y tomando una población de 1000 fumadores que inicien el abandono del tabaco como referente, de acuerdo a los datos de Zhu *et al.* (2000), sólo 199 de ellos habrían utilizado formas de ACAP, de los que 30 (el 15,2%) habrían tenido éxito, mientras que 801 lo habrían intentado por sí mismos y 56 (el 7%) lo habrían conseguido. En cifras absolutas, por tanto, el autoabandono es claramente superior a todos los métodos de asistencia en conjunto y no produce gastos de asistencia.

Estos hechos son los que llevaron a Chapman (2009) a comentar la necesidad de potenciar el autoabandono, y señalar el impacto inverso que ejerce la consideración, en general y sin matices, del tabaquismo como una adicción o enfermedad crónica de naturaleza adictiva que sólo puede enfrentarse con relativo éxito mediante un tratamiento profesional. Lo que deja fuera de esta perspectiva a la gran mayoría de fumadores que no parecen mantener creencias de este tipo (p.ej., *Australian Institute of Health and Welfare*, 2008; Hill, Chapman y Donovan, 1998; Miller, Wakefield y Roberts, 2003).

Por otro lado, la investigación sobre el autoabandono, recuperación natural o autocambio en conductas adictivas, ha llegado a ser un tema de creciente importancia en

las últimas décadas (una revisión teórica y empírica puede encontrarse en Klingemann, Sober, Baker, *et al.*, 2001), habiendo sido definido como el abandono o retirada del consumo de una sustancia sin la ayuda de intervenciones formales o profesionales (Klingemann *et al.*, 2001; Klingemann, Sobell y Sobell, 2010; Stall, 1983), aunque la mayoría de los estudios realizados han sido sobre conductas adictivas como alcoholismo y drogadicción y otros sobre juego patológico. En relación al consumo de tabaco, sólo algunos estudios han centrado su interés en el fenómeno del auto-cambio, disponiendo de datos que permiten orientar la búsqueda hacia ciertos aspectos.

Por ejemplo, algunos estudios se han enfocado hacia el hallazgo de las razones para no aceptar tratamiento profesional para el abandono del tabaquismo (p.ej., *Environics Research Group*, 2001; Etter y Perneger, 2001; Gross, Brose, Schuman, *et al.*, 2008; Hammond, McDonald, Fong y Borland, 2008; Keeler, Hu, Keith, *et al.*, 2002; Orleans, Schoenbach, Wagner, *et al.*, 1991; Pierce y Gilpin, 2002; Thorndike *et al.*, 2002), habiendo encontrado que la decisión de dejar de fumar por sí mismo puede ser cuestión de preferencias personales que respondan a características psicológicas (sin que se hayan precisado cuáles pueden ser): debida a experiencias previas con métodos profesionales que fracasaron en lograr la abstinencia (una conclusión que no parece ajustada al perfil preferente de fumadores que optan por esta opción); por una cuestión de accesibilidad a los tratamientos profesionales o desconocimiento de su existencia; criterios de coste económico; una escasa efectividad percibida de los tratamientos profesionales; la creencia de que no es necesaria ayuda (autoconfianza), etcétera.

Otros estudios se han centrado en el análisis de las características de grupos específicos de fumadores que optan por el autoabandono; como son los estudios realizados en una población con características motivacionales especiales como son las mujeres fumadoras embarazadas (p.ej., Ershoff, Quinn y Mullen, 1995; Lowe, Windsor, Balanda y Woodby, 1997; McBride, Curry, Lando, *et al.*, 1999; Panjari, Bell, Astbury, Bishop, Dalais y Rice, 1997; Secker-Walker, Solomon, Flynn, *et al.*, 1995; Secker-Walker, Solomon, Flynn, Skelly y Mead, 1998; Solomon y Quinn, 2004). La comparación entre mujeres embarazadas que abandonan el tabaco y que siguen fumando, ha mostrado que las primeras tienen mayor nivel educativo y poder adquisitivo, han planeado su embarazo, están acudiendo a educación prenatal, tienen menos fumadores en su entorno habitual, creencias más fuertes acerca de los efectos de fumar sobre la salud del feto y muestran menor nivel de adicción (Solomon y Quinn, 2004).

Sin embargo, ningún estudio ha tomado como objetivo el análisis de los mecanismos conductuales de cambio que los fumadores ponen en marcha cuando deciden abandonar el tabaco por sus propios medios, ni el contraste entre las acciones emprendidas y las decisiones tomadas por quienes logran el abandono frente a las de quienes fracasan.

En conclusión, se dispone de algunos datos sobre las características relacionadas con el consumo y algunas específicas del fumador que pueden ser importantes, pero se trata de datos inconclusos y no se dispone de datos precisos sobre qué hacen, y cómo, los fumadores que optan por el ASAP y logran su objetivo.

El objetivo central del presente estudio es el análisis retrospectivo del éxito y el fracaso en el abandono del uso del tabaco en fumadores que lo intentan por sus propios medios, rechazando implícita o explícitamente la posibilidad de solicitar ayuda

profesional. Específicamente, se investiga un aspecto novedoso sobre el autocambio en tabaquismo, que se refiere a la consideración del papel que la regulación personal, en todos sus aspectos, puede jugar en estos casos. En los años 90, autores ligados al Análisis de Conducta, definieron el concepto de *evitación experiencial* como *no estar dispuesto a establecer contacto con ciertos eventos privados con función aversiva (sensaciones corporales, emociones, recuerdos, pensamientos, predisposiciones conductuales, etc.) y comportarse deliberadamente con el fin de alterar la forma y frecuencia de dichos eventos privados, así como de las condiciones que los generan* (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996). La paradoja es que estos intentos no sólo no consiguen su propósito (los eventos privados aversivos no desaparecen y en ocasiones se intensifican y se amplían las condiciones en las que surgen), sino que terminan alejando a la persona de aquello que valora en la vida. La evitación experiencial ha sido entendida como una dimensión funcional transdiagnóstica (que hace referencia a cualquier intento de evitación de los eventos privados, cualquiera que sea su forma o contenido) y constituye el eje central del modelo psicopatológico de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). La dimensión opuesta, la *aceptación*, sería la clave a la que dirigir el tratamiento. Numerosos estudios han mostrado que las personas diagnosticadas de trastornos psicológicos puntúan alto en evitación experiencial, y que el éxito de los tratamientos parece estar mediado por un incremento en la aceptación de los eventos privados (para una revisión ver Ruiz, 2010). Las nuevas formulaciones del modelo de ACT, que enfatizan el ajuste dinámico y flexible entre contexto, experiencias privadas y acciones valiosas, han puesto en circulación el término *flexibilidad-inflexibilidad psicológica*.

Por *flexibilidad* se entiende la *habilidad para contactar con el presente y los pensamientos y sentimientos sin necesidad de “defenderse” de ello y, dependiendo de lo que permita la situación, persistir o cambiar la conducta de acuerdo a los valores personales y las metas propuestas* (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006); lo contrario sería *inflexibilidad*, esto es, *falta de apertura hacia los eventos privados no deseados y ausencia de habilidad para contactar con el momento presente y para comportarse de acuerdo con acciones dirigidas a valores cuando dichos eventos privados están presentes*. En algunos contextos, como la salud, es dado hablar de este constructo en positivo y utilizar el término de flexibilidad psicológica, mientras que el término inflexibilidad (en sentido negativo, al igual que la evitación experiencial), suele reservarse para el ámbito de la psicopatología. Kashdan y Rottenberg (2010) han destacado la evidencia de los beneficios para la salud de la flexibilidad psicológica, así como la relación entre inflexibilidad y presencia de diferentes psicopatologías altamente prevalentes como ansiedad y depresión. Si tenemos en cuenta que el abandono del tabaco ha sido catalogado como un contexto estresante, resulta de interés comprobar si la flexibilidad-inflexibilidad psicológica aparecen o no diferencialmente vinculadas al éxito o fracaso en el autoabandono del tabaco. Aunque existen algunos estudios que han relacionado evitación experiencial e inflexibilidad con el mantenimiento del consumo de tabaco y las recaídas, y han señalado el papel mediador de la aceptación y la flexibilidad en el abandono, todos ellos se han realizado con fumadores que buscaban ayuda para dejarlo, y a quienes se aplicó tratamiento centrado en la aceptación de los

eventos privados ligados al abandono, ya fuera cara a cara (Gifford *et al.*, 2004; Gifford *et al.*, 2010; Hernández-López, 2012; Hernández-López, Luciano, Bricker, Roales-Nieto y Montesinos, 2009) o a través del teléfono o internet (Bricker, Bush, Zbikowski, Mercer y Heffner, 2014; Bricker, *et al.*, 2014; Bricker, Wyszynski, Comstock y Heffner, 2013). Ningún estudio hasta la fecha se ha centrado en analizar la flexibilidad-inflexibilidad psicológica como una variable personal que puede contribuir al éxito en el abandono del tabaco en aquellos fumadores que eligen dejarlo por sí mismos.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 400 participantes (47% mujeres) que habían intentado dejar de fumar por sí mismos. La muestra se obtuvo a través de centros de salud y llamadas de colaboración en las provincias de Almería, Huelva, Córdoba, Sevilla, Madrid y Zaragoza. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado. De ellos, 58 fueron eliminados por datos incompletos o por negarse a realizar la prueba de CO habiéndose declarado no fumadores. Igualmente no se incluyen los datos de 65 participantes que informaron haber utilizado para su intento de abandono algún tipo de tratamiento dirigido por profesionales. Se admitió en el estudio a los participantes que hubieran emprendido el abandono del tabaco por sí mismos, sin ayuda profesional alguna, antes de junio de 2011 (se comenzó la toma de datos en marzo de 2012), independientemente de los resultados en el abandono.

Instrumentos y medidas

Se llevaron a cabo las siguientes medidas obtenidas con los instrumentos que se indican:

Cuestionario de Aceptación y Acción II (Acceptance and Action Questionnaire, AAQ-II, Bond, Hayes, Baer, *et al.*, 2011; versión española de Ruiz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013). Es una medida general de flexibilidad-inflexibilidad psicológica que consiste en un cuestionario de 7 ítems que describen cómo se relaciona el individuo con sus propios eventos privados (pensamientos, sentimientos, emociones, recuerdos, etc.) y hasta que punto los percibe como un obstáculo para llevar la vida que quiere. Los participantes responden en una escala tipo Liker de 7 puntos (desde 1 "nunca", hasta 7 "siempre"), en qué grado son verdad, en su vida, cada una de las afirmaciones que describen los ítems (ver cuadro 1). Puntuaciones bajas en el cuestionario serían indicativas de mayor flexibilidad psicológica mientras que puntuaciones altas serían indicativas de mayor inflexibilidad. La versión española del test utilizada en este estudio cuenta con una elevada consistencia interna (α de Cronbach= 0.88).

Test Fagerström (Fagerström, 1978). Utilizado para obtener una medida del grado de dependencia nicotínica. En su versión actualizada (Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991) consta de 6 ítems cuya puntuación ofrece una escala de dependencia al tabaco con tres niveles: dependencia baja (0-4), media (5-6) y alta (7-10). Para los

Cuadro 1. AAQ-II

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada una de esas afirmaciones ES VERDAD PARA USTED haciendo una señal en la casilla que corresponda.	Nunca	Muy raramente	Raramente	A veces	Con frecuencia	Casi siempre	Siempre
Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que me gustaría vivir.							
Tengo miedo de mis sentimientos.							
Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.							
Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.							
Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.							
Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.							
Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.							

participantes que informaron haber logrado el abandono y mantenerse abstinentes, la medida se refirió al momento en que iniciaron el abandono.

Cuestionario de medidas sociodemográficas. Elaborado *ex profeso* para recoger los datos sobre edad, profesión, nivel de estudios, nivel socioeconómico, etcétera.

Cuestionario de consumo de tabaco y salud. Elaborado *ex profeso* para recoger información sobre medidas relativas al consumo de tabaco y estado de salud; como el número de cigarrillos fumados por día, la edad de inicio del hábito, los años de consumo, el tiempo transcurrido desde el intento de abandono, la presencia de síntomas o molestias relacionadas con un deterioro en la salud achacable al consumo de tabaco, etcétera. Igualmente, para los participantes que informaron haber logrado el abandono y mantenerse abstinentes, las medidas se refirieron al momento en que iniciaron el abandono.

Cuestionario de intento de abandono y mantenimiento de la abstinencia. Elaborado *ex profeso* para recoger los datos sobre el procedimiento de abandono y resultado del mismo, así como el informe sobre abstinencia, verificado mediante medición del nivel de CO en aire espirado con un monitor de CO tipo Bedfont en aquellos participantes que informaban mantenerse abstinentes las relativas al éxito en el abandono. La cooximetría mide concentraciones de CO en partes por millón en el aire espirado del fumador. Para que un participante que informaba estar abstinentes fuera considerado como tal, la cooximetría debía arrojar un valor máximo de 8 ppm.

Procedimiento

Los participantes fueron voluntarios derivados por el personal médico y de enfermería de los centros de salud colaboradores o contactaron con el equipo investigador mediante las fórmulas de participación establecidas. Todos los participantes cumplieron los cuestionarios de medidas sociodemográficas y de consumo de tabaco y salud en primer lugar. Posteriormente, cumplieron el cuestionario de medidas de intento de abandono y mantenimiento de abstinencia y el AAQ-II. Una vez fueron categorizados como fumadores o exfumadores cumplieron la medida de dependencia ajustada a su clasificación, y los calificados como exfumadores cumplieron el análisis de CO en aire espirado para verificar su informe de abstinencia.

RESULTADOS

Los 277 participantes que informaron haber intentado dejar de fumar por sus propios medios sin ningún tipo de ayuda profesional ni medicación, fueron categorizados en dos grupos: fumadores ($n= 60$), formado por aquellos que habían fracasado en su intento y continuaban fumando; y ex fumadores ($n= 217$), formado por aquellos que habían tenido éxito en su intento y continuaban abstinentes en el momento de la evaluación, verificado mediante análisis de CO en aire espirado. El promedio de edad en el grupo de exfumadores fue de 49 años (rango 25-82), mientras que en el grupo de fumadores el promedio fue de 44 años (rango 21-76).

En cuanto a las variables relacionadas con el consumo, en el grupo de fumadores el rango de años como fumador en el momento del intento de abandono fue de 6 a 52 y de 6 a 60 para el grupo de exfumadores; igualmente, el 81% de los participantes pertenecientes al grupo de fumadores habían comenzado a fumar entre los 14 y los 18 años (72% en el caso de los exfumadores). En cuanto a tasa diaria de consumo, el 46% del grupo de exfumadores consumían entre 16 y 20 cigarrillos por día cuando iniciaron el abandono, siendo el 50% de los integrantes del grupo de fumadores quienes informaron dicha tasa. Tasas superiores a 20 cigarrillos/día informaron el 25% del grupo de exfumadores y el 10% de fumadores. El grupo de exfumadores presentó un promedio de abstinencia de 9 años y 3 meses (el mínimo aceptable para el estudio fue de 9 meses de abstinencia).

Los análisis no mostraron diferencias significativas en el éxito o fracaso en el abandono del tabaco en función de variables como sexo, número de años como fumador, número de cigarrillos fumados al día y nivel de dependencia medido por el test de edad de inicio, Fagerström (casi la mitad de los participantes que lograron abandonar el consumo de tabaco puntuaron con dependencia media, 19%, o alta, 24,5%). Tampoco se encontraron relaciones significativas entre dichas variables y las puntuaciones obtenidas en el AAQ-II. Los informes de abstinencia fueron verificados por la prueba de CO espirado en todos los casos. Del total de participantes que intentaron el abandono por sus propios medios, el 78% consiguió dejar de fumar y se mantenía abstinente en el momento de la evaluación, con un rango de abstinencia de 1-34 años ($M= 9,25$ años).

Para determinar la relación entre el nivel de Flexibilidad Psicológica y el éxito en el autoabandono, se categorizó a los participantes de acuerdo a la distribución en terciles de la puntuación total del cuestionario AAQ-II. De esta forma, se establecieron tres niveles: *Alta Inflexibilidad* cuando la puntuación en el cuestionario fue igual o superior a 34; *Inflexibilidad Media* cuando la puntuación se encontraba entre 21 y 33; y *Baja Inflexibilidad* cuando fue igual o inferior a 20. De los 277 participantes sólo 27 (10%) puntuaron en niveles de Alta Inflexibilidad, 107 (39%) en Inflexibilidad Media, mientras que 143 participantes (51%) mostraron un nivel de Baja Inflexibilidad.

El análisis combinando el nivel de inflexibilidad y el resultado en el intento de autoabandono, muestra que mientras el 94% de los participantes que informaron un nivel bajo de inflexibilidad psicológica (puntuaciones iguales o menores a 20 puntos en AAQ-II) tuvieron éxito en su intento de abandono, sólo el 6% de ellos había fracasado en su intento. De forma contraria, sólo el 26% de los participantes que mostraron

un alto nivel de inflexibilidad tuvo éxito en su abandono, fracasando el 74% de este subgrupo. Las diferencias en los participantes que mostraron una puntuación media en insensibilidad también resultó contundente, pues el 70% de ellos fueron exitosos en el abandono frente al 30% que fracasó (ver tabla 2 y figura 1).

En la tabla 3 se presentan los resultados en niveles de inflexibilidad tanto del subgrupo de exfumadores (participantes que habían tenido éxito en su intento de abandono y se mantenían abstinentes) como del subgrupo de fumadores (participantes que habían intentado dejar de fumar fracasando en el intento). El grupo de exfumadores mostró una puntuación media en inflexibilidad psicológica de 18,39 ($DT= 7,758$), mientras que el grupo de fumadores que fracasaron en el abandono mostró una puntuación media en inflexibilidad de 27,17 ($DT= 6,882$). La prueba t para muestras independientes indicó que esta diferencia resultaba estadísticamente significativa ($t= -8,775$; $p <.01$).

Tabla 2. Distribución de los participantes en función de su nivel de inflexibilidad psicológica ($N= 277$).

Nivel inflexibilidad	Total	% Éxito	% Fracaso
Baja Inflexibilidad (7-20)	143	94%	6%
Inflexibilidad media (21-33)	107	70%	30%
Alta inflexibilidad (34-49)	27	26%	74%

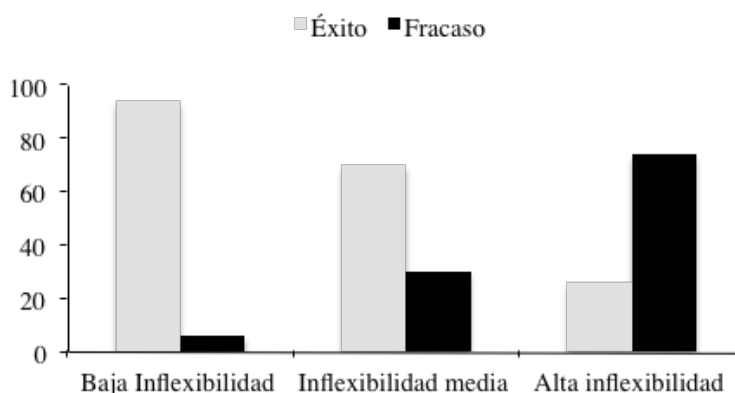


Figure 1. Porcentaje de participantes que tienen éxito o fracasan en su intento de abandono por niveles de flexibilidad.

Tabla 3. Resultado en el abandono y niveles de inflexibilidad psicológica.

Subgrupo	Niveles de inflexibilidad	%	M (DT)
Autoabandono con éxito ($n= 217$)	Baja Inflexibilidad (7-20)	62%	18,39 (7,758)
	Inflexibilidad media (21-33)	35%	
	Alta inflexibilidad (34-49)	3%	
Autoabandono con fracaso ($n= 60$)	Baja Inflexibilidad (7-20)	13%	27,17 (6,882)
	Inflexibilidad media (21-33)	53%	
	Alta inflexibilidad (34-49)	34%	

DISCUSIÓN

El objetivo del estudio era el análisis del éxito y el fracaso en el abandono del uso del tabaco en fumadores que lo intentan por sus propios medios, rechazando implícita o explícitamente la posibilidad de solicitar ayuda profesional. En concreto el estudio se ha centrado en explorar un aspecto novedoso sobre el autocambio en tabaquismo, que se refiere al papel de la flexibilidad psicológica.

Este estudio ha mostrado por primera vez cómo los participantes que resultaron exitosos en su intento de abandono del tabaco sin ayuda profesional obtuvieron puntuaciones más altas en flexibilidad psicológica (puntuaciones bajas en el AAQ-II) que aquellos que fracasaron en su intento de abandono del tabaco. Aunque se trata de un estudio preliminar y de carácter retrospectivo, este resultado es relevante. De manera que, si nuevos estudios confirmasen que la flexibilidad psicológica incrementa la probabilidad del éxito en el abandono del tabaco sin ayuda profesional, esto añadiría un nuevo valor predictivo a esta variable que ya ha mostrado su importancia en relación con numerosos problemas de salud y trastornos psicológicos. Además, señala la conveniencia de incluir esta variable, hasta ahora ausente, en la evaluación de características psicológicas en el ámbito de la investigación del tratamiento del tabaquismo. A la espera de nuevos datos, conocer el nivel de flexibilidad psicológica de los fumadores que desean dejarlo, podría permitir ajustar las recomendaciones a las características de los fumadores. A aquellos que presentan una alta flexibilidad se les podría orientar al autoabandono o a una intervención mínima con el consiguiente ahorro para el sistema de salud.

Otro resultado que conviene destacar es el alto porcentaje de fumadores de la muestra seleccionada que consiguieron dejar de fumar por sí mismos. 217 de 277 fumadores (78%) que intentaron el abandono por sus propios medios consiguieron dejar de fumar, y se mantenían abstinentes en el momento de la evaluación. Para conseguir 217 exfumadores con el procedimiento de tratamiento profesional de abandono más eficaz entre los disponibles, éste debería ser aplicado a 1085 fumadores, estimando en un promedio del 20% los exfumadores que se mantienen abstinentes al año de seguimiento en programas de máxima eficacia (rango de eficacia 5-30%; Roales-Nieto, 1994; Morgan, Backinger y Leischow, 2007). Esto supone un enorme gasto para sistemas de cobertura pública. Así pues, la eficacia global para el sistema de salud de potenciar el autoabandono parece incontestable.

Dado que los resultados no mostraron diferencias significativas en el éxito o fracaso en el abandono del tabaco en función de variables como sexo, número de años como fumador y número de cigarrillos fumados al día, nuestro estudio no replica los resultados señalados por estudio previos sobre la posible relación entre probabilidad de éxito en el abandono y este tipo de variables (p.ej., *Centers for Disease Control and Prevention*, 1993; Cohen *et al.*, 1989; Farkas, 1999; Farkas *et al.*, 1996; Henrikus *et al.*, 1995; Hymowitz *et al.*, 1997; Míguez y Becoña, 2008; Murray *et al.*, 2000; Raw *et al.*, 1998; Rose *et al.*, 1996). Así pues, los resultados de nuestro estudio no permiten sostener la recomendación generalizada de utilizar tratamientos basados en sustitutivos de la nicotina, para cierto tipo de fumadores caracterizados por un consumo elevado diario, larga historia de consumo y reiterados intentos de abandono con fracaso, y que

sólo los fumadores más ligeros son los que pueden beneficiarse de otras terapias no farmacológicas o del autoabandono.

En cualquier caso, es necesario tener en cuenta las limitaciones del estudio, dado su carácter exploratorio, a la hora de valorar sus resultados en sus justos términos. La muestra no fue aleatoriamente obtenida y los datos se recogieron retrospectivamente. Aunque el número y distribución sociológica (hombres-mujeres, rango de edad, profesiones, niveles de formación, estados civiles, etc.) parecen suficientemente representativos de la población de fumadores, probablemente aquellos que habían tenido éxito en su intento de dejar de fumar estarían más motivados para participar en el estudio. Por otro lado, resulta imposible saber si el nivel de flexibilidad psicológica informado se corresponde realmente con el que presentaban los participantes en el momento en el que intentaron dejar de fumar, aunque claramente se les indicó que intentaran retrotraerse al momento de inicio del intento de abandono. Serían necesarios nuevos estudios prospectivos, más controlados, que confirmen estos resultados.

REFERENCIAS

- Amodey N y Lamb RJ (2008). Over-the-Counter Nicotine Replacement Therapy: Can Its Impact on Smoking Cessation Be Enhanced? *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 472-485.
- Australian Institute of Health and Welfare (2007) *National drug strategy household survey: First results*. April, 2008. Disponible en: <http://www.aihw.gov.au/publications/phe/ndshs07-fr/ndshs07-fr-no-questionnaire.pdf>.
- Bansal MA, Cummings KM, Hyland A y Giovino GA (2004). Stop-smoking medications: Who uses them, who misuses them, and who is misinformed about them? *Nicotine & Tobacco Research*, 6 (Supplement 3), 303-310.
- Barth J, Critchley J y Bengel J (2006). Efficacy of Psychosocial Interventions for Smoking Cessation in Patients with Coronary Heart Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 32, 10-20.
- Bjartveit K y Tverdal A (2009). Health consequences of sustained smoking cessation. *Tobacco Control*, 18, 197-205.
- Bond, FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Orcutt HK, Waltz T y Zettle RD (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Borland R, Owen N, Hill D y Schofield P (1991). Predicting attempts and sustained cessation of smoking after the introduction of workplace smoking bans. *Health Psychology*, 10, 336-342.
- Brown RA, Palm KM, Bloom EL, Minami H, Strong DR, Lejuez CW, Kahler CW, Zvolensky MJ, Gifford EV y Hayes SC (2013). Development and preliminary randomized controlled trial of a distress tolerance treatment for smokers with a history of early lapse. *Nicotine & Tobacco Research*, 15, 2005-2015.
- Bricker J, Bush T, Zbikowski SM, Mercer LD y Heffner JL (2014). Pilot randomized trial of telephone-delivered Acceptance and Commitment Therapy (ACT) versus Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for smoking cessation. *Nicotine & Tobacco Research*, 16, 1446-1454.
- Bricker JB, Mull K, Vilaradaga R, Kientz JA, Mercer LD, Akioka K y Heffner JL (2014). Randomized, controlled trial of a smartphone app for smoking cessation using Acceptance and Commitment Therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 143, 87-94.
- Bricker J, Wyszynski C, Comstock B y Heffner JL (2013). Pilot randomized controlled trial of web-based Acceptance and Commitment Therapy for smoking cessation. *Nicotine & Tobacco Research*, 15, 1756-1764.
- Centers for Disease Control and Prevention (1993). Smoking cessation during previous year among

- adults -United States, 1990 and 1991. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 42, 504-507.
- Chapman S (1985). Stop-smoking clinics: A case for their abandonment. *The Lancet*, 1, 918-920.
- Chapman S (2009). The inverse impact law of smoking cessation. *The Lancet*, 373, 701-703.
- Chapman S y MacKenzie R (2010). The Global Research neglect of unassisted smoking cessation: Causes and Consequences. *PLoS Medicine*, 7, e1000216. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000216
- Cinciripini PM, Lapitsky L, Seay S, Wallfisch A, Kitchens K, Van Vunakis H (1995). The effects of smoking schedules on cessation outcome: Can we improve on common methods of gradual and abrupt nicotine withdrawal? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 388-399.
- Cohen S, Lichtenstein E, Prochaska JO, Rossi JS, Gritz ER, Carr CR, Orleans CT, Schoenbach VJ, Biener L, Abrams D, DiClemente C, Curry S, Marlatt GA, Cummings KM, Emont SL, Giovino G y Ossip-Klein D (1989). Debunking myths about self-quitting. Evidence from 10 prospective studies of persons who attempt to quit smoking by themselves. *American Psychologist*, 44, 1355-1365. DOI: 10.1037/0003-066X.44.11.1355
- Critchley JA y Capewell S (2003). Mortality risk reduction associated with coronary heart disease: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 290, 86-97.
- Cummings SR, Rubin SM y Oster G (1989). The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *Journal of the American Medical Association*, 261, 75-79.
- Cummings KM y Hyland A (2005). Impact of nicotine replacement therapy on smoking behavior. *Annual Review of Public Health*, 26, 583-599.
- Derby CA, Laster TM, Vass K, Gonzalez S y Carleton RA (1994). Characteristics of smokers who attempt to quit and of those who recently succeeded. *American Journal of Preventive Medicine*, 1, 327-334. DOI: 10.1001/jama.1990.03450120077033
- DHHS (1990). *The Health Benefits of Smoking Cessation. A Report of the Surgeon General*. Atlanta, Ga: DHHS publication (CDC) 90-8416.
- Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R y Sutherland I (1994). Mortality in relation to smoking: 40 years' observation on male British doctors. *British Medical Journal*, 309, 901-911.
- Enviroics Research Group (2001) *Baseline Surveys: the Health Effects of Tobacco and Health Warning Messages on Cigarette Packages*. Report to Health Canada. Disponible en: <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/research/smoking-4774/index.html>.
- Ershoff DH, Quinn VP y Mullen PD (1995). Relapse prevention among women who stop smoking early in pregnancy: A randomized clinical trial of a self-help intervention. *American Journal of Preventive Medicine*, 11, 178-184.
- Etter JF y Perneger TV (2001) Attitudes toward nicotine replacement therapy in smokers and ex-smokers in the general public. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 69, 175-183.
- Fagerström KO (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive behaviors*, 3, 235-241.
- Farkas AJ (1999). When does cigarette fading increase the likelihood of future cessation? *Annual Behavior Medicine*, 21, 71-76.
- Farkas AJ, Gilpin EA, Distefan JM, Pierce JP (1999). The effects of household and workplace smoking restrictions on quitting behaviours. *Tobacco Control*, 8, 261-265.
- Farkas AJ, Pierce JP, Zhu SH, Rosbrook B, Gilpin EA, Berry C y Kaplan RM (1996). Addiction versus stages of change models in predicting smoking cessation. *Addiction*, 91, 1271-1280. DOI: 10.1046/j.1360-0443.1996.91912713.x
- Ferguson SG, Shiffman S, Gitchell JG, Sembower MA y West R (2009). Unplanned quit attempts. Results from a US sample of smokers and ex-smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 11, 827-832
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. (2000). *Treating Tobacco Use and Dependence, Clinical Practice Guideline*. Rockville, Md: Public Health Service.
- Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP, Giovino GA, Hatziaandreu EV, Newcomb PA, Surawicz TS y Davis RM (1990). Methods used to quit smoking in the United States. Do cessation programs help? *Journal of the American Medical Association*, 263, 2760-2765. DOI: 10.1001/jama.1990.03440200064024
- Fisher EB, Lichtenstein E, Haire-Joshu D (1993). Multiple determinants of tobacco use and cessation. In: CT Orleans y J Slade (Eds.) *Nicotine Addiction: Principles and Management* (pp. 59-88). New York: Oxford University Press.

- George, TP y O'Malley, SS (2004). Current pharmacological treatments for nicotine dependence. *Trends in Pharmacological Science*, 25, 1, 42-48.
- Gifford EV, Kohlenberg BS, Hayes SC, Antonuccio DO, Piasecki MM, Rasmussen-Hall ML y Palm KM (2004). Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior Therapy*, 35, 689-705.
- Gifford EV, Kohlenberg BS, Hayes SC, Pierson H, Piasecki MM, Antonuccio DO y Palm KM (2011). Does acceptance and relationship focused behavior therapy contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of FAP and ACT for smoking cessation. *Behavior Therapy*, 42, 700-715.
- Giovino GA, Hughes JR, Pearce JP y Marcus SE (1990). Smoking cessation: A comparison of aided vs. unaided quitters/attempts. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 36, 424.
- Giovino GA, Tomar SL, Reddy MN, Peddicord JP, Zhu BP, Escobedo LG y Eriksen M (1994). Attitudes, knowledge, and beliefs about low-yield cigarettes among adolescents and adults. In: *The FTC Cigarette Test Method for Determining Tar, Nicotine, and Carbon Monoxide Yields of US Cigarettes. Report of the NCI Expert Committee* (pp. 39-57). Bethesda, Md: National Cancer Institute. NIH publication 96-4028, Smoking and Tobacco Control Monograph no. 7.
- Gourlay SG, Forbes A, Marriner T, Pethica D y McNeil JJ (1994). Prospective study of factors predicting outcome of transdermal nicotine treatment in smoking cessation. *British Medical Journal*, 309, 842-846.
- Gross, B., Brose, L., Schuman, A., Ulbricht S, Meyer C, Völzke H, Rumpf H-J y John U (2008). Reasons for not using smoking cessation aids. *BMC Public Health*, 8, 129. DOI: 10.1186/1471-2458-8-129
- Hammond D, McDonald PW, Fong GT y Borland R (2008). Do smokers know how to quit? Knowledge and perceived effectiveness of cessation assistance as predictors of cessation behaviour. *Addiction*, 99, 1042-1049.
- Hatziaandreu EJ, Pierce JP, Lefkopoulou M, Fiore MC, Mills SL, Novotny TE, Giovino GA y Davis RM (1990). Quitting smoking in the United States in 1986. *Journal of the National Cancer Institute*, 82, 1402-1406.
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A y Lillis J (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes SC, Strosahl KD y Wilson, KG (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: The Guildford Press.
- Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM y Strosahl K (1996). Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Heatheron TF, Kozlowski LT, Frecker RC y Fagerström KO (1991). The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119-1127.
- Henrikus DJ, Jeffery RW y Lando HA (1995). The smoking cessation process: longitudinal observations in a working population. *Preventive Medicine*, 24, 235-244.
- Herbert JR, Kristeller J, Ockene JK, Landon J, Luippold R, Goldberg RJ y Kalan K, (1992). Patient characteristics and the effect of three physician-delivered smoking interventions. *Preventive Medicine*, 21, 557-573.
- Hernández-López M (2012). Una intervención breve para dejar de fumar basada en ACT. En M Paez Blarrina y O Gutiérrez Martínez (Coords.), *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)* (pp. 113-129). Madrid: Pirámide.
- Hernández-López M, Luciano C, Bricker J, Roales-Nieto JG y Montesinos F (2009). Acceptance and Commitment Therapy for smoking cessation: A preliminary study of its effectiveness in comparison with cognitive behavioral therapy. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23, 723-730
- Hill D, Chapman S, Donovan R (1998). The return of scare tactics. *Tobacco Control*, 7, 5-8.
- Hughes JR, Stead LF y Lancaster T (2014). Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1.
- Hyland A, Hughes JR, Farrelly M y Cummings KM (2003). Switching to lower tar cigarettes does not increase or decrease the likelihood of future quit attempts or cessation. *Nicotine & Tobacco Research*, 5, 665-671. DOI: 10.1080/1462220031000158663

- Hymowitz N, Cummings MK, Hyland A, Lynn WR, Pechacek TF y Hartwell TD (1997). Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tobacco Control*, 6 (Supplement 2), S57-S62.
- Hymowitz N, Sexton M, Ockene J y Grandits G (1991). Baseline factors associated with smoking cessation and relapse. MRFIT Research Group. *Preventive Medicine*, 20, 590-601.
- Kashdan TB y Rottenberg J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30, 865-878.
- Keeler TE, Hu TW, Keith A, Manning R, Marciniak MD, Ong M y Sung, HY (2002) The benefits of switching smoking cessation drugs to over-the-counter nicotine medications. *Health Economics*, 11, 389-402.
- Keil U, Liese AD, Hense HW, Filipiak B, Döring A, Stieber J y Löwel H (1998). Classical risk factors and their impact on incident non-fatal and fatal myocardial infarction and all-cause mortality in southern Germany. *European Heart Journal*, 19, 1197-1207.
- Kinne S, Kristal AR, White E y Hunt J (1993). Work-site smoking policies: Their population impact in Washington State. *American Journal of Public Health*, 83, 1031-1033.
- Klingemann H, Sobell MB y Sobell LC (2010). Continuities and changes in self-change research. *Addiction*, 105, 9, 1510-1518.
- Klingemann H, Sobell LC, Barker J, Blomqvist J, Cloud W, Ellinstad T, Finfgeld D, Granfield R, Hodgings D, Hunt G, Junker C, Moggi F, Peele S, Smart R, Sobell M y Tucker J (2001). *Promoting Self-change from problem substance use. Practical implications for policy, prevention and treatment*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Kozlowski LT, Sweeney CT, Palmer RF, Pillitteri JL, White EL, Stine MM, Goldberg ME y Yost BA (1999). Smoker reactions to a "radio message" that light cigarettes are as dangerous as regular cigarettes. *Nicotine Tobacco & Research*, 1, 67-76. DOI: 10.1080/14622299050011171
- Kozlowski LT, Goldberg ME, Yost BA, White EL, Sweeney CT y Pillitteri JL (1998). Smokers' misperceptions of light and ultra-light cigarettes may keep them smoking. *American Journal of Preventive Medicine*, 15, 9-16.
- Larabie LC (2005). To what extent do smokers plan quit attempts? *Tobacco Control*, 14, 425-428
- Lee C-W y Kahende J (2007). Factors associated with successful smoking cessation in the United States, 2000. *American Journal of Public Health*, 97, 1503-1509.
- Le Foll B y George TP (2007). Treatment of tobacco dependence: Integrating recent progress into practice. *Canadian Medical Association Journal*, 177, 11, 1373-1380.
- Lowe JB, Windsor R, Balanda KP y Woodby L (1997). Smoking relapse prevention methods for pregnant women: A formative evaluation. *American Journal of Health Promotion*, 11, 244-246.
- McBride CM, Curry SJ, Lando HA, Pirie PL, Grothaus LC y Nelson JC (1999). Prevention of relapse in women who quit smoking during pregnancy. *American Journal of Public Health*, 89, 706-711.
- McGovern PG y Lando HA (1991). Reduced nicotine exposure and abstinence outcome in two nicotine fading methods. *Addictive Behavior*, 16, 11-20.
- McMahon SD, y Jason LA (2000). Social support in a worksite smoking intervention. A test of theoretical models. *Behavior Modification*, 24, 184-201.
- Míguez, MC y Becoña E (2008). Abstinence from smoking ten years after participation in a randomized controlled trial of a self-help programa. *Addictive Behaviors*, 33, 1369-1374.
- Miller CL, Wakefield M y Roberts L (2003). Uptake and effectiveness of the Australian telephone Quitline service in the context of a mass media campaign. *Tobacco Control* 2003; 12 (Supplement 2), 53-58
- Morgan GD, Backinger CL y Leischow SJ (2007). The future of tobacco-control research. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 16, 1077-1080.
- Murray RP, Gerald LB, Lindgren PG, Connett JE, Rand CS y Anthonisen NR (2000). Characteristics of participants who stop smoking and sustain abstinence for 1 and 5 years in the Lung Health Study. *Preventive Medicine*, 30, 392-400.
- Murray RL, Lewis SA, Coleman T, Britton J y McNeill A (2009). Unplanned attempts to quit smoking: missed opportunities for health promotion? *Addiction*, 104, 1901-1909.
- Ockene JK, Mermelstein RJ, Bonollo DS, Emmons KM, Perkins KA, Voorhees CC y Hollis JF (2000). Relapse and maintenance issues for smoking cessation. *Health Psychology*, 19 (Suppl.), 17-31.

DOI: 10.1037/0278-6133.19

- Office on Smoking and Health (2004) *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, Ga: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- Orleans CT, Schoenbach VJ, Wagner EH, Quade D, Salmon MA, Pearson DC, Salmon MA, Pearson DC, Fiedler J, Porter CQ y Kaplan BH (1991). Self-help quit smoking interventions: effects of self-help materials, social support instructions, and telephone counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 439-448.
- Panjari M, Bell RJ, Astbury J, Bishop SM, Dalais F y Rice GE (1997). Women who spontaneously quit smoking in early pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 37, 271-278.
- Peters EN y Hughes JR (2009). The day-to-day process of stopping or reducing smoking: A prospective study of self-changers. *Nicotine & Tobacco Research*, 11, 1083-1092.
- Pierce JP y Gilpin EA (2002) Impact of over-the-counter sales on effectiveness of pharmaceutical aids for smoking cessation. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1260-1264.
- Raw M, McNeill A y West R (1998). Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax*, 53(Supplement 5), S1-S19.
- Richmond RL, Kehoe LA y Webster IW (1993). Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*, 88, 1127-1135.
- Richmond RL, Austin A y Webster IW (1988). Predicting abstainers in a smoking cessation programme administered by general practitioners. *International Journal of Epidemiology*, 17, 530-534.
- Roales-Nieto, JG (1992a). *Tabaquismo: una guía para el Autotratamiento*. Granada: SPUG.
- Roales-Nieto, JG (1992b) Reducción progresiva de la ingesta de nicotina y desvanecimiento de los controles externos como procedimiento de control del tabaquismo. *Psicothema*, 4, 469-481.
- Roales-Nieto JG (1994). Programas que promocionan el autotratamiento. En JG Roales-Nieto y MD Calero (Eds.). *Tratamiento del tabaquismo* (pp. 234-248). Madrid: McGraw-Hill.
- Roales-Nieto JG (1998). Tabaquismo. En M.A. Vallejo (compilador) *Manual de Terapia de Conducta. Vol. II* (páginas 3-73). Madrid: Ed. Dykinson.
- Roales-Nieto JG (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en tabaquismo. En M Pérez, JR Fernández, C Fernández e I Amigo (Eds.) *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud* (páginas 287-353). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Roales-Nieto JG y Calero MD (1994). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: McGraw-Hill.
- Roales-Nieto JG y Fernández A (1992) Eficacia de un programa de autocontrol para el tratamiento del tabaquismo. Efectos diferenciales de dos estrategias de retirada y reducción. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 329-344.
- Rose JS, Chassin L, Presson CC y Sherman SJ (1996). Prospective predictors of quit attempts and smoking cessation in young adults. *Health Psychology*, 15, 261-268.
- Ruiz FJ (2010). A Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162
- Ruiz FJ, Langer A, Luciano C, Cangas AJ y Beltrán I (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: the Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, 25, 123-129.
- Schwartz JL (1987). *Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada, 1978-1985*. Division of Cancer Prevention and Control, National Cancer Institute, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health.
- Secker-Walker RH, Solomon LJ, Flynn BS, Skelly JM, Lepage SS, Goodwin GD y Mead PB (1995). Smoking relapse prevention counseling during prenatal and early postnatal care. *American Journal of Preventive Medicine*, 11, 86-93.
- Secker-Walker RH, Solomon LJ, Flynn BS, Skelly JM y Mead PB (1998). Smoking relapse prevention during pregnancy. A trial of coordinated advice from physicians and individual counseling. *American Journal of Preventive Medicine*, 15, 25-31.
- Senore C, Battista RN, Shapiro SH, Segnan N, Ponti A, Rosso S y Aimar D (1998). Predictors of smoking

- cessation following physicians' counseling. *Prev Med.*, 27, 412-421.
- Solomon LJ y Quinn VP (2004). Spontaneous quitting: Self-initiated smoking cessation in early pregnancy. *Nicotine & Tobacco Research*, 6 (Supplement 2), S203-S216.
- Sorsensen G, Rigotti N, Rosen A, Pinney J y Prible R (1991). Effects of a worksite nonsmoking policy: Evidence for increased cessation. *American Journal of Public Health*, 81, 202-204.
- Stall R (1983). An examination of spontaneous remission from problem drinking in the bluegrass region of Kentucky. *Journal of Drug Issues*, 13, 191-206.
- Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D y Lancaster T (2008). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *The Cochrane Library*.
- Steinberg, MB, Schmelzer AC, Richardson DL y Foulds J (2008). The case for treating tobacco dependence as a chronic disease. *Annals of Internal Medicine*, 148, 554-556.
- Stillman FA, Becker DM, Swank RT, Hantula D, Moses H, Glantz S y Waranch HR (1990). Ending smoking at the Johns Hopkins Medical Institutions. An evaluation of smoking prevalence and indoor air pollution. *Journal of the American Medical Association*, 264, 1565-1569.
- Thomsen T, Villebro N y Moller AM (2014). Interventions for preoperative smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 3.
- Thorndike AN, Biener L y Rigotti NA (2002). Effect on smoking cessation of switching nicotine replacement therapy to over-the-counter status. *American Journal of Public Health*, 92, 3, 437-442.
- Venters MH, Kottke TE, Solberg LI, Brekke ML y Rooney B (1990). Dependency, social factors, and the smoking cessation process: The Doctors Helping Smokers Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 6, 185-193.
- White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF y Campbell J (2014). Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 1.
- Wilcox NS, Prochaska JO, Velicer WF y DiClemente CC (1985). Subject characteristics as predictors of self-change in smoking. *Addictive Behaviors*, 10, 407-412.
- Willett WC, Green A, Stampfer MJ, Speizer FE, Colditz GA, Rosner B, Monson RR, Stason W y Hennekens CH, (1987). Relative and absolute excess risks of coronary heart disease among women who smoke cigarettes. *The New England Journal of Medicine*, 317, 1303-1309. DOI: 10.1056/NEJM198711193172102
- Woodruff TJ, Rosbrook B, Pierce J y Glantz SA (1993). Lower levels of cigarette consumption found in smokefree workplaces in California. *Archives of Internal Medicine*, 153, 1485-1493.
- Zhu S-H, Melcer T, Sun J, Rosbrook B y Pierce JP (2000). Smoking cessation with and without assistance. A population-based analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 18, 305-311.

Recibido, 2 Diciembre, 2015
Aceptación final, 11 Marzo, 2016