

## **TRATAMIENTO DE UN CASO DE ADICION A LA NICOTINA.**

Dra. María Dolores Pujadas Sánchez

Investigadora asociada al Departamento de Psicología (UIB)

Dr. F. Javier Pérez-Pareja

Profesor titular de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico (UIB)

Patricia García-Pazo

Profesora de enfermería y fisioterapia en la Universidad de las Islas Baleares (UIB)

## **TREATMENT OF A CAISE OF NICOTINE ADICTION.**

Dra. María Dolores Pujadas Sánchez

Research associate at the Department of psychology (UIB)

Dr. F. Javier Pérez-Pareja

Professor of personality, assessment and psychological treatment (UIB)

Patricia García-Pazo

Professor of nursing and physiotherapy at the University of the Balearic Islands (UIB)

### **Dirección Postal:**

Universidad de las Islas Baleares  
Facultad de Psicología. Departamento de Psicología  
Edificio Guillem Cifre de Colonya  
Carretera de Valldemossa, Km 7,5  
(07122) Palma de Mallorca (Islas Baleares)  
Correo electrónico: [pujadas75@hotmail.com](mailto:pujadas75@hotmail.com);

## **Tratamiento de un caso de adicción a la nicotina.**

### **Resumen**

El consumo de tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública (OMS, 2017). Es la principal causa, prevenible, de mortalidad en los países desarrollados, en la cual el 90% corresponde al cáncer de pulmón. Casi ocho millones de personas mueren cada año en el mundo a causa del tabaco, y alrededor de 58.000 personas fallecen en España cada año por la misma razón. (OMS, 2013, 2019). Ante la contundencia de estas cifras, creemos que la divulgación de casos con buenos resultados podría servir de guía para otros profesionales y también para aquellas personas que son resistentes a iniciar un tratamiento. Se ha llevado a cabo un tratamiento cognitivo conductual, considerando la variable ansiedad y su relación con el consumo de sustancias. Nuestro objetivo principal es que la persona afectada pueda prescindir definitivamente de la nicotina y, al mismo tiempo, reducir su nivel de ansiedad. El resultado del tratamiento ha sido el deseado, adquiriendo a su vez nuevas estrategias de afrontamiento, habilidades sociales y, la consiguiente mejoría en su estado de ánimo.

**Palabras clave:** Nicotina; Ansiedad; Depresión; Terapia Cognitivo Conductual.

## **Treatment of a case of nicotine addiction.**

### **Abstract**

Tobacco use is one of the biggest threats to public health (WHO, 2017). It is the leading, preventable cause of mortality in developed countries, where 90% is lung cancer. Nearly eight million people die each year from tobacco, and around 58.000 people die in Spain for the same reason (WHO, 2013, 2019). Given the bluntness of these figures, we believe that the disclosure of successful cases could serve as a guide for other professionals and also for those who are resistant to starting treatment. Cognitive behavioral treatment has been carried out, considering the variable anxiety and its relationship to substance use. Our main goal is that the affected person can permanently dispense with nicotine and, at the same time, reduce their level of anxiety. The result of the treatment has been the desired one, acquiring in turn new coping strategies, social skills and, the consequent improvement in their mood.

**Key words:** Nicotine; Depression; Anxiety; Cognitive Behavioral Therapy.

## Tratamiento de un caso de adicción a la nicotina.

### INTRODUCCIÓN

El incremento de las enfermedades relacionadas con el consumo, adicción o dependencia de la nicotina, es motivo de preocupación a nivel mundial en el ámbito sanitario. El tabaco es la causa conocida o probable de más de 25 enfermedades entre las que destacan varios tipos de cáncer, con una prevalencia del 33% en hombres y del 10% en mujeres, y una implicación del 90% en el cáncer de pulmón. Según el último informe de la OMS (2019) sobre datos epidemiológicos, Cada año fallecen en el mundo más de 8 millones de personas, 7 millones por consumo directo y el resto debido a la exposición involuntaria del humo del tabaco, el cual contiene más de 250 productos químicos nocivos responsables del cáncer. La mayoría de consumidores desconocen el elevado riesgo del tabaco y algunas de sus consecuencias más graves, como las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares, entre otros.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adicción como el uso excesivo de sustancias tóxicas que lleva a un fenómeno de tolerancia, cada vez mayor, y a un síndrome de abstinencia en caso de interrupción súbita. El DSM-5<sup>™</sup> (2014), menciona la adicción a la nicotina en base a un código según la gravedad del consumo: leve, moderado y grave en función de diferentes parámetros relacionados con el consumo y lo clasifica dentro de los “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos”. Algunos estudios señalan la existencia de ciertos facilitadores de la adicción a la nicotina, aunque no cabe duda de que dicha conducta obedece a patrones de aprendizaje tanto en su adquisición como en su mantenimiento.

En este sentido, Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz y Uribe (2008), describen la etiología de la conducta adictiva de forma multifactorial, teniendo especial relevancia los factores biológicos, sociológicos y psicológicos, destacando la evidencia de estereotipos sociales y la mentalidad colectiva sobre el uso de sustancias. Los factores de riesgo asociados al tabaquismo, especialmente en adolescentes, guardan relación con padres, hermanos, amigos o familiares fumadores. En el entorno social se relaciona con el consumo de alcohol, ausencia de práctica deportiva y abandono temprano de los estudios. A nivel psicológico, en personas con cierto grado de vulnerabilidad, puede suponer un escape de la realidad ante la falta de recursos para afrontar problemas en diferentes áreas, y a nivel personal para paliar o soslayar el conflicto emocional, la falta de autoestima, pérdidas, duelos, etc. (Villena et al., 2009). Respecto al tratamiento, algunos autores destacan la motivación y la persistencia como factores asociados al éxito del mismo, y no tanto la relación o comorbilidad con enfermedades respiratorias, cardiovasculares o psiquiátricas, como sería de esperar (Godoy et al., 2016).

En general, el tratamiento de las adicciones se basa en la combinación de fármacos y terapia psicológica, especialmente las técnicas cognitivo-conductual (TCC),

si bien, no hay evidencia de que la eficacia del tratamiento psicológico se incremente con los fármacos (Becoña et al., 2014). Se otorga especial relevancia a la prevención mediante la psicoeducación en niños, adolescentes y universitarios, tratando de fortalecer las capacidades y habilidades del menor y del adulto para prevenir o evitar que se desarrolle la conducta adictiva (Villalbí et al., 2019).

Actualmente, las personas que acuden a un tratamiento para dejar de fumar presentan una mayor dependencia de la nicotina y mayor psicopatología por lo que el tratamiento se hace más complejo (Becoña, López-Durán, Fernández del Rio y Martínez, 2014; Piñeiro y Becoña, 2012). Por ello, las investigaciones se centran en otras variables como patología psiquiátrica (Lobo, 2016; Mendelsohn, Kirby y Castillo, 2015), ansiedad y estrés (Becoña, 2003; Wood, Cano-Vindel, Iruarrizaga y Dongil, 2009), ansiedad social (Buckner, Langdon, Jeffries y Zvolensky, 2016), emociones negativas; ira, ansiedad y depresión (Pérez-Pareja, Palmer, Sesé, Romo y Tomás, 2010), presencia de adversidades en la vida (Lemieux, Nakajima, Schulberg y Al'Absi, 2016), estrés post-traumático y depresión (Garey et al., 2015; Cook, Baker, Beckham y McFall, 2017) y trastornos afectivos como la depresión mayor (Matew, Hogarth, Leventhal, Cook y Hitsman, 2016; Dahne, Murphy y Macpherson, 2017), entre otros.

Estos factores se han asociado a altas tasas de recaídas en el intento de deshabituación, como también al fracaso en la adherencia al tratamiento. Estos mismos estudios sugieren la necesidad de realizar previamente un tratamiento psicológico del trastorno (depresión, estrés post-traumático, ansiedad social...) o bien, incluirlo en el mismo tratamiento de deshabituación a la nicotina, especialmente en el caso de la depresión y la ansiedad (Morozova, Rabin y George, 2015; Rodríguez-Cano et al., 2016).

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

### **Identificación del caso y motivo de consulta**

La paciente es una mujer de 35 años de edad que empezó a fumar por primera vez a los 14 años, adquiriendo el hábito de forma regular a los 17 años. Vive con una pareja no fumadora, y aunque en el ámbito familiar hay varios fumadores, opina que esto no influyó en su conducta, incluso piensa que el hecho de verlos fumar no es relevante para su adicción, sin embargo, recuerda que ante la ocurrencia de episodios adversos para la familia, éstos incrementaban el consumo. Su nivel social es medio-alto, ha realizado estudios universitarios y mantiene una vida social activa. Trabaja en la Administración pública y tiene aficiones y amigos para compartir el ocio.

### **Motivo de consulta**

La paciente acude a la cita tras haber solicitado ayuda en la Consulta de Tabaco de la Unidad de Neumología de un hospital privado para el tratamiento de deshabituación de la nicotina. Aunque no presenta problemas anteriores de salud relacionados con el

hábito del tabaco, comenta tener miedo a sufrirlos, ya que durante el último año ha experimentado una necesidad súbita de consumo que condiciona sus actividades, motivo por el cual se ha planteado el tratamiento.

La motivación, y su alto nivel de autoexigencia, relacionada con la salud, se resume en la afirmación: "No quiero depender de nada". Comenta que se pone muy nerviosa cuando se queda sin tabaco o por determinadas circunstancias no puede fumar. Esto limita su entorno y sus relaciones sociales y teme que sus amigos la puedan rechazar. Además, desea quedarse embarazada y sabe que el tabaco le puede perjudicar.

### **Historia y evolución del problema**

Hasta la fecha (2019), la paciente fuma una media de 20 cigarrillos/día de una marca tipo *light*. Lo primero que hace al levantarse es encender un cigarrillo y confiesa que no puede prescindir del mismo. Inhala el humo, da bastantes caladas y apura todo el cigarrillo. De igual forma, tiene la costumbre de fumar un cigarrillo después de comer y antes de acostarse, aunque con menor nivel de apetencia. Refiere dos periodos de abstinencia, el primero de 6 meses (2002) y el segundo de año y medio (2012), en los que dejó de fumar de forma abrupta y sin ayuda, como un reto personal. Respecto a salud mental, ha sufrido un episodio depresivo en 2013, tratado únicamente con fármacos (fluoxetina 20 mg) y ha experimentado diferentes estados de ansiedad en el ámbito laboral (2014), en los que recibió tratamiento psicológico. En este período de tiempo, recuerda haber incrementado el consumo.

### **EVALUACIÓN, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO**

Este caso se aborda desde un método multicomponente cognitivo-conductual adaptado al caso (Becoña, Míguez, Fernandez y López, 2010). Se trata de un programa llevado a cabo en tres fases, a cargo de una psicóloga clínica, cuya intervención se desarrolló durante **12 semanas** distribuidas de la siguiente forma: 2 sesiones pre-tratamiento (primera fase), 6 sesiones de tratamiento, con frecuencia semanal de una hora de duración (segunda fase), todas presenciales, y 4 sesiones de seguimiento, vía telefónica, durante un mes, con una duración de 15/20 minutos (tercera fase), a cargo del personal de enfermería. Al final de estas sesiones efectuadas por teléfono, se realizó una consulta presencial. Esta consulta de revisión se repitió a los tres y seis meses de seguimiento con objeto de concluir el tratamiento.

**Evaluación. Instrumentos de evaluación y recogida de datos (1ª fase)**

Instrumentos	Objetivos
Primera entrevista: Cooximetría y análisis clínicos Programa <i>Mentalcheck</i> : Plantillas	- Recabar datos autobiográficos y la historia del problema .Crear un clima de confianza y valorar el grado de implicación y compromiso -Determinar el nivel de monóxido de carbono en sangre y la capacidad pulmonar para tener una medida objetiva sobre el consumo -Familiarizarse con la aplicación <i>Mentalcheck</i> y con las variables susceptibles de autorregistro durante el tratamiento
Segunda entrevista: Aplicación cuestionarios Análisis topográfico y análisis funcional Programa <i>Mentalcheck</i> : Plantillas y <i>Evaluación Ecológica Momentánea</i> (EMA)	- Comportamiento gestual y lenguaje no verbal - Valorar nivel de dependencia y grado de motivación -Identificar la conducta problema. Establecer la hipótesis explicativa sobre el origen y mantenimiento de la conducta problema - Validar registro <i>Mentalcheck</i> del consumo y su ocurrencia, grado de apetencia, situación y circunstancias de la misma -Identificar estímulos o situaciones temidas y su relación con la ansiedad
Por parte de la terapeuta: Entrevistas interactivas durante todo el proceso: 6 semanas de intervención y 4 de seguimiento	-Evaluar la adherencia al tratamiento y las estrategias de afrontamiento -Implementar las técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento -Orientar, instruir, acompañar y planificar las acciones futuras -Verificar la eficacia del tratamiento y generalización de resultados -Tomar conciencia del mecanismo de la conducta problema
Por parte de la paciente: Entrevistas interactivas, Autorregistros EMA y Plantillas <i>Mentalcheck</i>	- Identificar la topografía y funcionalidad de la conducta problema - Afianzar el aprendizaje de las técnicas cognitivo-conductuales - Asumir los cambios terapéuticos y adquisición de nuevas estrategias

**Tabla Nº. 1.-** Instrumentos de evaluación y objetivo de los mismos

**Primera sesión de evaluación.** Recogida de datos y planificación de autorregistro.

- *Cooximetría* para determinar el nivel de monóxido de carbono como medio de valoración objetiva del consumo real, indicando un elevado consumo.
- *Entrevista* para recoger datos autobiográficos y valorar los recursos de la paciente a favor del tratamiento, presentando un buen nivel de motivación y un ambiente familiar y social estable, en especial con su pareja y sus amigos. El objeto de la misma fue crear un clima de confianza para garantizar la adhesión al tratamiento, y la firma de un documento de compromiso por ambas partes.
- *Programación* en su teléfono móvil de la aplicación *Mentalcheck* en formato de *plantillas* para el autorregistro diario, durante todo el proceso de intervención:

DÍA/ HORA Núm. de cigarrillos	CONTEXTO de la ACTIVIDAD	INTENSIDAD DE APETENCIA	PERSONAS PRESENTES
	Ocio activo: pasear, leer, manualidades...	Sin apetencia	Familia
	Ocio pasivo: ver T.V., escuchar música...	Ligera apetencia	Amigos
	Tareas y gestiones con documentos	Apetencia moderada	Compañeros de trabajo/estudio
	Conversando con alguien	Apetencia bastante fuerte	Desconocidos
	Comiendo o después de comer	Apetencia Intensa	Sola
	Conduciendo		
	Autocuidado: Asearse, vestirse...		
	Descansando		
	Otro tipo de actividades		

**Segunda sesión de evaluación.** Técnicas de relajación, autorregistro y completar evaluación.

- Aprendizaje de *técnicas de respiración profunda y relajación* muscular progresiva, para llevar a cabo a lo largo de todo el tratamiento y también entre sesiones.

-Verificar comprensión y cumplimentación del autorregistro en las *plantillas* del programa *Mentalcheck*, identificar y elaborar un listado de *estímulos temidos* para autoevaluar su nivel de ansiedad, mediante una nueva aplicación del programa *Mentalcheck*, la *Evaluación Ecológica Momentánea (EMA)*, cuyas puntuaciones se registran sobre una *escala Slider* (control deslizante o barra de desplazamiento sin marcas) con valoración entre 0 y 100.

#### Estímulos temidos en una jerarquía de mayor a menor grado

1. Necesidad súbita de fumar
2. Ser incapaz de controlar la necesidad de fumar
3. Pensamientos intrusivos sobre su conducta y las consecuencias
4. Permanecer en espacios o lugares de ocio prohibidos para fumar
5. Permanecer en el trabajo sin tiempo para fumar
6. Permanecer en casa sin tabaco
7. Ir a comprar tabaco y encontrar el estanco cerrado
8. Ser incapaz de rechazar un cigarrillo
9. Observar a otra persona fumando o tener el tabaco a la vista
10. Reunirse con los amigos y ser censurada

Los registros se realizarían dos veces al día durante todo el proceso de intervención (por la mañana entre las 9-11 h y por la noche entre 21-23h), respondiendo a la cuestión: “*Coloca en esta escala el grado de calma/tensión que te sientes ahora*”

*mismo*” donde 0 es muy calmado o tranquilo y 100 muy tenso o nervioso (Ver registro de ansiedad en Tabla nº 2).

Fecha/hora	Grado de calma/tensión que te sientes ahora mismo					0-100
	P.Media semana 3	P.Media semana 4	P.Media semana 5	P.Media semana 6	P.Media semana 7	P.Media semana 8
Necesidad súbita de fumar	90	60	40	20	10	0
Ser incapaz de controlar la necesidad de fumar	90	60	40	20	10	0
Pensamientos intrusivos sobre su conducta y las consecuencias	90	60	30	10	0	0
Permanecer en espacios o lugares prohibidos para fumar	90	60	30	20	10	0
Permanecer en el trabajo sin tiempo para fumar	80	60	30	20	0	0
Permanecer en casa sin tabaco	60	50	30	20	0	0
Encontrar cerrado el estanco	80	60	40	20	10	0
Ser incapaz de rechazar la invitación de un cigarrillo	70	60	40	20	10	0
Observar a otra persona que fuma o tener el tabaco a la vista	70	60	40	20	10	0
Reunirse con los amigos y temor a ser censurada	80	70	40	20	10	0

**Tabla Nº. 2.-** Autorregistro y autoevaluación de ansiedad en una escala de 0-100 puntos de la *escala Slider* durante la fase de tratamiento (3ª-8ª semana)

Durante la sesión se recabaron algunos datos personales, se aplicaron varios cuestionarios y, se realizó el análisis topográfico y análisis funcional de la conducta:

- *Test de Richmond* (Richmond, Kehoe y Webster, 1993). Cuestionario formado por cuatro ítems que permiten valorar el grado de motivación para dejar de fumar clasificando los resultados en; nulo o bajo, dudoso, moderado y alto. En la aplicación del mismo, la paciente registró un alto nivel de motivación (8-10).

- *Test de Fagerström* de Dependencia de la Nicotina (FTND) (Heatheron, Kozlowski, Frecker, & Fagerström, 1991) en su versión española validada por Becoña, López, Fernández del Río, Míguez y Castro (2010). En la aplicación del test, la paciente registró una puntuación media/alta de dependencia a la nicotina (<6).



-*Análisis topográfico de la conducta problema.* Se recogió información de la frecuencia e intensidad, y ambientes facilitadores o inhibidores de la misma. La paciente comentó que cuando lleva algún tiempo en un lugar cerrado, siente la necesidad de salir en busca de un espacio o terraza para fumar, destacando que inhala el humo y apura el cigarrillo con caladas intensas. Durante la jornada laboral, ejerce de “válvula de escape” para desconectar. En casa, y en presencia de amigos no fumadores, lo hace escondidas por temor a ser reprendida. Además del primer cigarrillo, lo largo del día, consume mientras realiza diferentes actividades, por la noche, durante el ocio pasivo (ver T.V., leer, escuchar música, etc.) y antes de acostarse. La respuesta cognitiva es de rechazo hacia su conducta de fumar, lo que genera sentimientos de culpa y ansiedad. Por otra parte cuando sufre el síndrome de abstinencia, padece temblores y mayor tasa cardíaca.

-*Análisis funcional. Origen y mantenimiento de la conducta problema.* Después de analizar los datos de la entrevista, el origen de la conducta nos llevaría al aprendizaje por imitación de familia y amigos y el consiguiente proceso de habituación, con mayor consumo, intensidad y frecuencia ante situaciones generadoras de ansiedad.

*Antecedentes:* Ansiedad y deseo intenso de fumar, estímulos situacionales (descansando, leyendo, etc.) o ambientales relacionados con el tabaco (ver a otra persona fumando, etc.).

*Conducta:* Fumar, apurando el cigarrillo con caladas profundas.

*Consecuentes:* Cese de ansiedad y aparente bienestar, mantenido por *refuerzo negativo*. Por otra parte, el placer de fumar inhalando el humo, se mantiene por *refuerzo positivo*. Las *consecuencias* a medio/largo plazo podrían desembocar en mayor control ambiental, escapadas fugaces de su jornada laboral y aislamiento social para evitar ser cuestionada por sus compañeros y amigos. El sentimiento de culpa posterior y el malestar intenso se convertirían en estímulo discriminativo para llevar a cabo la conducta de fumar, iniciando un nuevo circuito.

Se le explicó a la paciente el mecanismo del análisis funcional de su conducta de fumar, tanto el hecho de consumir por placer como por ansiedad, y cómo el sentimiento de culpa podría potenciar la frecuencia e intensidad de la conducta, llevándola cada vez más lejos en el control de actividades relacionadas con el consumo, el consiguiente desgaste físico y emocional y el paso a un círculo vicioso.

Así mismo, se determinaron los objetivos de la intervención y el tipo de tratamiento a seguir (Ver tabla nº3), todo ello consensuado con la paciente.

Sesión	Objetivos terapéuticos	Técnicas utilizadas	Tareas asignadas
1 <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reducir consumo y nivel de ansiedad</li> <li>-Reconocer y gestionar pensamiento intrusivo</li> <li>-Sustituir un pensamiento negativo por otro positivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Respiración profunda y relajación muscular</li> <li>-Exposición en imagen de pensamientos intrusivos y sustituir por “lugar seguro”</li> <li>-Reestructuración cognitiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Autorregistros: <i>Mentalcheck plantillas y escala Slider</i></li> <li>-Practicar exposición en imagen: Gestión ambiental</li> <li>-Salir a pasear o cenar con su pareja sin llevar tabaco</li> </ul>
2 <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reducir consumo y nivel de ansiedad</li> <li>-Enfrentarse de forma gradual a estímulos generadores de ansiedad</li> <li>-Mejorar funcionamiento personal, laboral y social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Respiración profunda y relajación muscular</li> <li>-Exposición encubierta con aproximaciones sucesivas</li> <li>-Dialogo interno: Autoinstrucciones y autorrefuerzo positivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Autorregistros: <i>Mentalcheck plantillas y escala Slider</i></li> <li>-Practicar exposición en imagen: Gestión actividades</li> <li>-Control de estímulos: Aprender a detectar situaciones de riesgo</li> </ul>
3 <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reducir nivel de ansiedad y consumo <i>cero</i></li> <li>-Aprender estrategias de afrontamiento</li> <li>-Aprender asertividad y practicar NO! o Basta!</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Respiración profunda y relajación muscular</li> <li>-Exposición en imagen sin posibilidad de escape</li> <li>-Autocontrol y parada de pensamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Autorregistros: <i>Mentalcheck plantillas y escala Slider</i></li> <li>-Autoexposición en imagen: lugares permitidos sin fumar</li> <li>-Organizar actividades de ocio y practicar el NO!</li> </ul>
4 <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisar objetivos</li> <li>-Gestionar pensamientos intrusivos y reestructuración cognitiva</li> <li>- Eliminar contingencia de refuerzo positivo/ negativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Respiración profunda y relajación muscular</li> <li>-Exposición en imagen y técnica de SP</li> <li>- Autoevaluación y autovaloración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Autorregistros: <i>Mentalcheck plantillas y escala Slider</i></li> <li>-Identificar estímulos negativos y redefinirlos</li> <li>-Practicar exposición en imagen de estímulos temidos</li> </ul>
5 <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mantenimiento de los objetivos logrados</li> <li>- Consolidar estrategias de afrontamiento y asertividad</li> <li>-Generalizar aprendizaje y prevención de recaídas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Exposición en vivo con prevención de respuesta</li> <li>-Autoinstrucciones y autorrefuerzo positivo</li> <li>-Psicoeducación sobre el estilo atribucional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Autorregistros: <i>Mentalcheck plantillas y escala Slider</i></li> <li>-Practicar exposición en vivo: Lugares permitidos y tolerar presencia de fumadores</li> <li>-Autocrítica y sugerencias</li> </ul>

6 <sup>a</sup>	-Consolidar objetivos y generalización resultados -Identificar situaciones de riesgo y su funcionalidad - Consolidar estrategias de afrontamiento y <i>locus de control interno</i>	-Exposición en vivo con prevención de respuesta: autoinstrucciones y autorrefuerzo positivo  -Autoobservación, Autoevaluación y autovaloración	-Autorregistros: <i>Diario</i>  -Autoevaluación y autovaloración las actividades  -Control de estímulos: Planificar tareas de ocio activo/pasivo para ir retomando la normalidad
Sgts.	-Evaluar y revisar la gestión de tareas y su funcionalidad	-Entrevistas telefónicas para mantener contacto y motivación	-Planificar y registrar actividades en el <i>Diario</i> : autoobservación, autoevaluación y autovaloración
1 mes	-Evaluar satisfacción del paciente y del tratamiento	-Exposición en vivo	
3 mes			
6 mes	-Cursar el ALTA	-Refuerzo positivo, autogestión y autocrítica	- Autorrefuerzo y motivación intrínseca

**Tabla N°. 3.-** Objetivos y técnicas utilizadas en las sesiones y tareas inter-sesiones

### Objetivos generales:

-Extinción de la conducta problema mediante el aprendizaje de respuestas antagónicas y estrategias de afrontamiento en la planificación de tareas cotidianas.

-Reducción total del nivel de ansiedad con la práctica de diferentes técnicas para garantizar el éxito en las tareas propuestas, mantener los logros terapéuticos, eliminar pensamientos automáticos, incrementar la autoestima y generalizar los resultados.

-Garantizar la implicación y adherencia al tratamiento, utilizando sus propios recursos, fortalezas y factores de protección, tales como la motivación, el apoyo de pareja y redes sociales, y su apetencia por el deporte y la práctica de yoga.

### Objetivos específicos:

-Planificación de tareas enfocadas al control de estímulos: Capacidad para permanecer en lugares permitidos para fumar, afrontando el riesgo, reunirse con los amigos sin respuesta de escape o evitación y tolerar la presencia de fumadores o tabaco sin alterarse, entre otros, tratando de potenciar su estado de ánimo.

-Ir más allá de la deshabituación, tratando de conseguir un cambio de mentalidad en el consumo, por una parte la no asociación del ocio pasivo con el placer de fumar y por otra, romper la contingencia ansiedad-tabaco, fortaleciendo y desarrollando nuevas estrategias como medio de prevención ante posibles recaídas.

## **Sesiones de Intervención: Técnicas utilizadas y procedimiento (2ª fase)**

Al inicio de cada sesión, se revisaron los autorregistros, plantillas y EMA del programa *Mentalcheck*, comentando situaciones y pensamientos intrusivos, consumo diario, nivel de ansiedad y el cumplimiento de los objetivos marcados. El peso del tratamiento recayó sobre técnicas de exposición en sus diferentes modalidades, precedidas de los ejercicios de respiración y relajación muscular, para terminar con la programación de objetivos y tareas, dando gran importancia a la práctica de exposición entre sesiones y también a la práctica de ejercicio físico y yoga, que ya practicaba.

### **Primera sesión.** Revisión, entrenamiento en exposición y pautas

La revisión de autorregistros mostró buenos resultados que se comentaron con la paciente, preguntando qué tipo de estrategias había utilizado para ello. El consumo de cigarrillos, con relativa apetencia, se redujo de 20 a 10 por día, durante la realización de diversas actividades de trabajo y ocio activo, y una importante puntuación de ansiedad. Se implementó la técnica de *exposición en imagen*, iniciándose con la representación mental de su actividad favorita (deporte, yoga, etc.), o “lugar seguro”. Tras una breve pausa, se solicitó la imagen mental del estímulo temido. A continuación, tenía que sustituir la imagen perturbadora por el “lugar seguro”. Esta práctica tuvo como objeto aprender el proceso de *reestructuración cognitiva* y comprobar la imposibilidad de albergar dos pensamientos al mismo tiempo, aprendiendo a sustituirlos.

Antes de finalizar, se pudo hablar por teléfono con su pareja para explicarle la importancia de su apoyo y la forma de hacerlo, también con los amigos más próximos, tras lo cual se dieron pautas para la siguiente semana:

- Reducir consumo de cigarrillos, esperando un rato antes de fumar el primero de la mañana y evitar el de la noche, antes de acostarse, realizando ejercicios de relajación.
- Reducir nicotina, pasando de 0.5mg a 0.3mg con otra marca de cigarrillos para evitar el síndrome de abstinencia. No fumar con caladas intensas para evitar la compensación de nicotina, y no apurar todo el cigarrillo.
- Regular nivel de ansiedad planificando ocio fuera de casa, con el fin de romper la asociación consumo-ocio pasivo. Realizar actividades en pareja, dejando el tabaco en casa y rechazando cualquier ofrecimiento. Estas tareas marcarían el inicio de deshabitación.

### **Segunda sesión.** Revisión, entrenamiento en diferentes técnicas y pautas

Revisión de autorregistros: El consumo, a solas, se redujo a 6 cigarrillos, durante la realización de diversas actividades a lo largo del día, después de comer y por la noche, durante el ocio pasivo. Nivel de apetencia moderado y puntuación media de ansiedad, 60 de la *escala Slider*.

Se trabajó con la *exposición encubierta a través de aproximaciones sucesivas*, solicitando la imagen mental de todos los estímulos temidos, durante un tiempo de 3 a 5 minutos. Los podía verbalizar hasta reproducir íntegramente todos y cada uno de ellos. Se hicieron varios ensayos con la ayuda de *autoinstrucciones*: “Voy a pasar por delante del estanco sin temor”, “voy a salir con mis amigos sin llevar tabaco”, etc., seguidos de *autorrefuerzo positivo*: “Lo estoy haciendo bien”, “me siento mejor”, “mis amigos me lo agradecerán”, “mi pareja se alegrará”, “podré quedarme embarazada”, etc.

Al final de la sesión, se comentaron diferentes aspectos para comprobar que estaba entendiendo el mecanismo del entrenamiento y verificar que estaba tolerando bien el cambio de actitud. En este punto de la intervención, se puso de relieve la prevención de recaídas y el compromiso futuro de abstinencia, planificando actividades y entrenándose en las técnicas aprendidas para combatir o resistir la tentación.

Se reforzó la conducta, animándola a seguir en la reducción del consumo y la nicotina, de 0.3mg a 0.1mg de la misma marca, y la gestión de ansiedad planificando previamente las actividades a realizar. Se le pidió no fumar después de comer y tampoco durante el ocio pasivo. Se pautó el *control de estímulos*, revisando situaciones y lugares que podía elegir para no fumar. En la interacción laboral y social, debería comunicar a sus compañeros o amigos que estaba en un proceso de deshabitación.

**Tercera sesión.** Revisión y primeros logros, entrenamiento y pautas.

Revisión de autorregistros: El consumo se redujo a 4 cigarrillos con ligera apetencia, por la mañana, en el trabajo y mientras realizaba alguna actividad, evitando fumar después de comer y durante el ocio pasivo. La media de ansiedad durante la semana descendió a 30/40 puntos en la *escala Slider*.

Se llevó a cabo la práctica de *exposición en imagen* sin respuesta de evitación de los *estímulos temidos*, aprendiendo a utilizar *estrategias de afrontamiento*, para combatir la situación real. Se le preguntó qué tipo de estrategias podría utilizar y comentó la posibilidad de llevar caramelos en el bolsillo, una botella de agua en la mano o un rosario de bolitas engarzadas para mover los dedos (*Koboloi*), centrándose en la posibilidad de “distanciar” el deseo de consumo con otras formas de distracción. También se tuvo en cuenta representación mental del consumo como gratificación o refuerzo positivo. A nivel cognitivo, se le indicó la forma de detener estos pensamientos, dándose a sí misma la orden “*basta!* o *stop!*” y *reestructuración cognitiva*.

El siguiente objetivo fue “*consumo cero*” de cigarrillos. Se verificó que estaba mentalizada para ello y se le pidió que imaginase su rutina diaria como no fumadora. Se planificaron actividades de ocio activo en lugares permitidos para llevarlas a cabo posteriormente, sola o con la pareja y amigos, también con amigos fumadores. Esta práctica estaría enfocada a tolerar la presencia de situaciones sin experimentar ansiedad. El hecho de renunciar al consumo no implicaría renunciar a sus amistades o lugares de

ocio habitual. Para evitar la frustración ante cualquier imprevisto, se clarificó el concepto de “caída accidental” y recaída, analizando las principales situaciones de riesgo y la forma de combatirlas con *estrategias de afrontamiento*.

**Cuarta sesión.** Revisión, consecución de objetivos y pautas

Revisión de autorregistros. Consumo *cero*, apetencia *cero* y reducción de ansiedad con puntuaciones medias entre 20/10 de la *escala Slider*. Para consolidar estos resultados, se siguió trabajando con *exposición en imagen* y la técnica *solución de problemas*. Se le facilitó una hoja de papel para escribir el estímulo temido y su respuesta habitual. El reto estuvo orientado a la gestión ambiental y situacional, con posibilidad de elección, fumar o abstenerse. Comentó que en caso de fumar tal vez se sentiría más calmada, incluso en situaciones placenteras, pero a su vez, podrían aparecer sentimientos de culpa, rechazando la posibilidad de fumar. Se le pidió que valorase su gestión de 0 a 10. Se adjudicó una puntuación alta y consideró la importancia de la autovaloración para incrementar la autoestima y la confianza en sí misma.

Se pautó mantener y reforzar el resultado obtenido planificando actividades, culturales y medioambientales, sola o con pareja y amigos. Se tuvo en cuenta un plan de alimentación saludable para evitar cualquier exceso en situaciones de abstinencia, y seguir con el ejercicio físico y la práctica del yoga, recurriendo a la *solución de problemas y la reestructuración cognitiva*.

**Quinta sesión.** Revisión, consolidación del proceso de deshabituación y pautas

Revisión de autorregistros: Se mantuvo el consumo *cero* y la media del nivel de ansiedad en 10 puntos de la *escala Slider*. Se incorporó la *exposición en vivo con prevención de respuesta*. De forma intencionada, se dejó sobre la mesa un paquete abierto de cigarrillos durante toda la intervención, una botella de agua y un vaso, de la que podía hacer uso, y una hoja de papel y lápiz para tomar notas. Para relajarse, podía mover los hombros trazando círculos sobre sí mismos. En el transcurso de la sesión fue capaz de ignorar el tabaco, focalizando la atención sobre la botella de agua y las notas. Se comentó la sesión para asegurarse de la eficacia de las estrategias utilizadas y su capacidad para afrontar la situación con normalidad.

Se pautó el *control de estímulos* para aprender a detectar situaciones de riesgo y planificar actividades en situaciones y lugares donde se podía fumar, y quedar con sus amigos fumadores con el reto de no aceptar cualquier tipo de invitación para fumar.

**Sexta y última sesión.** Consolidación objetivos. Pautas de seguimiento

Extinción total del consumo y reducción total del nivel de ansiedad en la *escala Slider*. Durante la sesión, se le pidió a la paciente que hiciese un resumen de sus logros y sus dificultades y qué tipo de estrategias había utilizado para combatirlas. Se revisaron los beneficios obtenidos, a nivel físico y a nivel mental, y el hecho de haber recuperado su

rutina sin el temor de verse acechada por los pensamientos intrusivos. En previsión de posibles recaídas, se tuvo en cuenta la *exposición en vivo con prevención de respuesta*, planificando tareas para llevar a cabo durante la fase de seguimiento y se le pidió que hiciese un pequeño *diario* para ir anotando sus fortalezas y debilidades y, en caso de recaída, poder analizar los motivos y la situación. Se la animó a seguir con el deporte y un estilo de vida saludable, incluido un plan de alimentación. Para su tranquilidad, se le comunicó que en caso de emergencia podría contactar con la terapeuta y ser atendida.

Finalmente, se evaluó la satisfacción de la paciente, el éxito del tratamiento y su implicación en el mismo, destacando su esfuerzo y compromiso y la utilidad de las *estrategias de afrontamiento*, las *autoinstrucciones*, el *autorrefuerzo* y el *locus de control interno*, “con mi esfuerzo he conseguido el cambio de conducta”.

### **Seguimiento: 1 mes, tres meses y seis meses (3ª fase)**

Tras finalizar el seguimiento del primer mes, vía telefónica, sin detectar situaciones de riesgo o consumo, se realizó la primera consulta presencial para confirmar el proceso de deshabituación. La paciente presentó el *diario* de actividades realizadas y la valoración de las mismas, destacando su autonomía y la total extinción. A los tres meses, también con el *diario* de actividades, se valoró el mantenimiento de la conducta con resultado satisfactorio. Seis meses más tarde, tuvo lugar la última entrevista presencial. Se le pidió que comentase su percepción a nivel cognitivo y conceptual, atribuyendo el cambio a su esfuerzo y compromiso y al hecho de dar el primer paso para pedir ayuda. Con la certeza de haber alcanzado los objetivos de forma satisfactoria por ambas partes y la consolidación del cambio, se puso fin al proceso de intervención y seguimiento (ver tabla nº2).

### **DISCUSIÓN.**

El éxito en el proceso de este tratamiento se debe, en primer lugar a la buena predisposición y adhesión al tratamiento por parte de la paciente, si bien, esto fue debido al proceso psicoeducativo integrado en el programa y el mecanismo del origen y mantenimiento de la conducta problema. En segundo lugar, cabe destacar la alianza terapéutica entre paciente y terapeuta, de confianza mutua durante todo el tratamiento, sin juzgar ni presionar a la paciente, consiguiendo con ello mayor adhesión e implicación en el tratamiento y el cambio de mentalidad en la prevención de recaídas (Taylor et al. 2014). Como facilitador en el proceso terapéutico, cabe mencionar que la paciente, por su propia iniciativa, había logrado varios períodos de abstinencia. Algunos estudios consideran el hecho de mantenerse abstinentes a los tres y seis meses de seguimiento como un buen predictor para la deshabituación total (Sampablo et al., 2002).

## CONCLUSIONES

Podemos afirmar que el tratamiento de deshabitación ha sido efectivo y eficaz en su totalidad: La total extinción de la conducta problema y la regulación emocional, el aprendizaje de nuevas estrategias, el incremento de autoestima y la generalización del pensamiento positivo a su rutina diaria.

Consideramos recomendable para buen desarrollo en el tratamiento de las adicciones algún tipo de deporte físico, la presencia de una persona de confianza dentro del ámbito relacional, bien sea una pareja o un amigo/a dispuestos a colaborar, estar en el seno de una familia estructurada y la pertenencia a grupos de referencia, para compartir intereses y actividades de ocio. Todo ello, junto a una elevada motivación para ser madre y sentirse bien, fueron aspectos claves para llevar a cabo el tratamiento.

Por otra parte, Bornas, Balle, Morillas-Romero y Aguayo-Siquier (2015) observaron que las intervenciones de regulación emocional llevarían a flexibilizar las respuestas de los pacientes a los diferentes estresores diarios. En el programa de intervención llevado a cabo, esto sería equivalente a las estrategias de reestructuración cognitiva y autoinstrucciones que habrían facilitado los objetivos terapéuticos. En las diferentes entrevistas, se observó un patrón de multiestabilidad que podríamos calificar de flexible. Esto favoreció el enfrentamiento a las diferentes situaciones de riesgo (situaciones placenteras donde fumaba cigarrillos y ahora no debería hacerlo) y resolverlas con éxito. Así mismo, el locus de control interno y el hecho de haber recibido tratamiento psicológico en 2014 debido a sus problemas de ansiedad, podría haber facilitado el proceso de deshabitación (Camuñas y Miguel Tobal, 2005).

La valoración a posteriori del programa a través de una aplicación móvil, en el caso de nuestra paciente resultó eficaz, obteniendo mucha más información que en los registros convencionales. Aún así, en este tipo de intervención se dieron algunas limitaciones a tener en cuenta. La principal, fue el escaso número de observaciones antes del tratamiento (concretamente 30). Obviamente, los criterios clínicos (empezar el tratamiento lo antes posible) deberían primar sobre los académicos (obtener un número de observaciones mucho mayor) y esto podría explicar el bajo número de datos obtenidos en dicha fase. Nuestra recomendación al respecto, siempre que sea posible, sería empezar los registros con mayor antelación para obtener un mejor seguimiento de la trayectoria emocional. A pesar de ello, a la vista de los resultados obtenidos y, considerando que la misma terapia referida a otros pacientes también resultó eficaz, consideramos que las TCC y las técnicas aplicadas son muy efectivas para el tratamiento de deshabitación, en especial las tareas de exposición en todas sus variantes. De igual forma, resultaron ser muy eficaces las tareas de reestructuración cognitiva y las autoinstrucciones para el control de ansiedad y emociones negativas.

Respecto a las nuevas tecnologías, el motivo de elección de la aplicación *Mentalcheck* a través del teléfono móvil fue su reconocida utilidad. Hay estudios que respaldan la fiabilidad de este método de registro (Courvoisier, Eid, Lischetzke y



Schreiber, 2010). Esta técnica permite al usuario el autorregistro en cualquier contexto. Tan pronto se registran los datos éstos llegan directamente al terapeuta sin posibilidad para la paciente de ver las puntuaciones de días anteriores y la posible manipulación posterior. También permite al terapeuta el acceso a mucha más información de la que obtendría en consulta. La evaluación ecológica momentánea (EMA), realizada en tiempo real, tanto si procede de la conducta como de las emociones, permite la monitorización de variables relevantes al momento. La utilidad de esta herramienta permite registrar los cambios que se están produciendo y programar de manera automática y sencilla una respuesta de *feedback*. A medida que se va consolidando el objetivo terapéutico, la paciente recibe un mensaje de su terapeuta, alabando sus logros y motivándola para que continúe, lo cual contribuye a incrementar la adhesión al tratamiento. Aunque es evidente que estas técnicas facilitan la recogida de datos, a día de hoy, los problemas presentados por el programa para la EMA no permiten generalizar esta técnica a todos los perfiles de personas que acuden a consulta y por otra parte, el programa tampoco es accesible para todos los móviles. Las nuevas tecnologías se presentan como un campo nuevo de aplicación para facilitar la evaluación y tratamiento, todavía con algunos matices por resolver en futuras investigaciones.

## REFERENCIAS.

- American Psychiatric Association (APA) (2014). Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-V TM. Bs. As.: Ed. Médica Panamericana.
- Becoña, E. (2003). Tabaco, ansiedad y estrés. *Salud y Drogas*, 3(1), 70-92.
- Becoña, E., López, A., Fernández, E., Míguez, M.C., y Castro, J. (2010). Spanish adaptation of the NDSS (Nicotine Dependence Syndrome Scale) and assessment of nicotine-dependent in individuals at Primary Care Health Centers in Spain. *The Spanish Journal of Psychology*, 13 (2), 951-960.
- Becoña, E., Míguez, M. C., Fernández del Río, E. y López, A. (2010). El tratamiento psicológico de los fumadores. En E. Becoña (Ed.), *Dependencia del tabaco. Manual de de casos clínicos* (pp. 43-60). Madrid, España: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Becoña, E., López-Durán, A., Fernández del Río, E., y Martínez, U. (2014). Changes in the profile of Spanish smokers and in the efficacy of smoking cessation treatment (2001-2010). *BMC Public Health*, 14(613), 1-9. doi:10.1186/1471-2458-14-61.
- Becoña, E., Fernández del Río, E., López-Durán, A., Martínez, U., Martínez, C., y Rodríguez, A. (2014). El tratamiento psicológico de la dependencia del tabaco. Eficacia, barreras y retos para el futuro. *Papeles del Psicólogo*, 2014. Vol. 35(3), pp. 161-168.
- Bornas, X., Balle, M., Morillas-Romero, A., y Aguayo-Siquier, M. (2015). Allometric control of daily mood and anxiety fluctuations. *Motivation and Emotion*, 39 (1). doi: 10.1007/s11031-015-9471-4.

- Buckner, J.D., Langdon, K.J., Jeffries, E.R., y Zvolensky, M.J. (2016). Socially anxious smokers experience greater negative affect and withdrawal during self-quit attempts. *Addictive behavior*. doi: 10.1016/j.addbeh.2016.01.004
- Camuñas, N. y Miguel-Tobal, J. J. M. (2005). Dimensiones atribucionales asociadas a la depresión. *Edu-Psykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 4(2), 179-197
- Cook, J.W., Baker, T.B., Beckham, J.C., y McFall, M. (2017). Smoking-induced affect modulation in non withdrawn smokers with posttraumatic stress disorder, depression, and in those with no psychiatric disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(2), 184-198. doi: 10.1037/abn0000247
- Courvoisier, D. S., Eid, M., Lischetzke, T., y Schreiber, W. H. (2010). Psychometric properties of a computerized mobile phone method for assessing mood in daily life. *Emotion*, 10, 115–124. doi:10.1037/a0017813.
- Dahne, J., Murphy, J.G., y MacPherson, L. (2017). Depressive Symptoms and Cigarette demand as a Function of Induced Stress. *Nicotine & Tobacco Research*, 19 (1), 49-58. doi: <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw145>.
- Garey, L., Bakhshaeie, J., Vujanovic, A.A., Leventhal, A.M., Schmidt, N.B., y Zvolensky, M.J. (2015). Posttraumatic stress symptoms and cognitive based smoking processes among trauma-exposed, treatment seeking smokers: the role of dysphoria. *Journal of addiction medicine*, 9 (1), 68-74. doi:10.1097/ADM.0000000000000091.
- Godoy, R., Callejas, F.J., Tornero, A.I., Molina, A., Agustin, F., Tárraga, P. J. (2016). Factores asociados al éxito de los tratamientos del tabaquismo. *Journal of Negative & No Positive Results (JONNPR)*: 1(4):131-137 131. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5600077.pdf>
- Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., Santacruz, H., Uribe, M., (2008). *Psiquiatría Clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Colombia. Ed. Médica Panamericana.
- Lemieux, A., Olson, L., Nakajima, M., Schulberg, L., y Al'Absi, M. (2016). Life adversity is associated with smoking relapse after a quit attempt. *Addictive Behaviours*, 60, 71-77. doi: 10.1016/j.addbeh.2016.03.017.
- Lobo, M.J. (2016). Tabaquismo y patología psiquiátrica asociada. Revisión de casos en un centro de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones. *Prevención del Tabaquismo Área de tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica*, 18(1), 22-24. Recuperado de: [https://issuu.com/separ/docs/prev\\_tab\\_18-1](https://issuu.com/separ/docs/prev_tab_18-1).
- Mathew, A.R., Hogarth, L., Leventhal, A.M., Cook, J., y Hitsman, B. (2016). Cigarette smoking and depression comorbidity: systematic review and proposed theoretical model. *Addiction*, 112 (3). doi: 10.1111/add.13604.
- Meldensohn, C.P., Kirby, D.P., y Castillo, D.J. (2015). Smoking and mental illness. An update for psychiatrists. *Australas Psychiatry*, 23 (1), 37-43. doi: 10.1177/1039856214562076.

- Morozova, B.S., Rabin, M.S., y George, M.D. (2015). Co-morbid tobacco use disorder and depression: A re-evaluation of smoking cessation therapy in depressed smokers. *The American journal on addictions*, 24 (8), 687-694. doi: 10.1111/ajad.12277.
- Organización mundial de la salud (2013). Media centre. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>.
- Organización mundial de la salud (2017). Informe de la OMS sobre la epidemia mundial del tabaquismo. Vigilar el consumo del tabaco y las políticas de prevención. Sin humo y con vida MPOWER. Número de referencia OMS: WHO/NMH/PND/17.4.
- Organización mundial de la salud (2019). Informe anual sobre el tabaquismo. Datos y cifras. <https://www.who.int/es/news-room/detail/26-07-2019-who-launches-new-report-on-the-global-tobacco-epidemic>.
- Pérez-Pareja, F.J., Palmer, A., Sesé, A., Romo, A.F., y Tomás, M. (2010). Influence of negative emotions (anxiety, depression and anger) on efficiency of cognitive-behavioral quit smoking program. *Clínica y Salud*, 21(1), 9-19.
- Piñeiro, B., y Becoña, E. (2012). Tratamiento de la dependencia del tabaco en un fumador que ha tenido un cáncer de pulmón. *Psicooncología*, 9(2-3). doi: 10.5209/rev\_PSIC.2013.v9.n2-3.40912.
- Richmond, R.L., Kehoe, L., y Webster, I.W. (1993). Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioner. *Addiction*. 88, 1127-1135.
- Rodríguez-Cano, R., López-Durán, A., Del Río, E.F., Martínez-Vispo, C., Martínez, Ú., y Becoña, E. (2016). Smoking cessation and depressive symptoms at 1-, 3-, 6-, and 12- months follow-up. *Journal of affective disorder*. 191, 94-99. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.042>.
- Sampablo, L., Carreras, J.M., Lores, L., Quesada, M., Coll, F., y Sanchez Agudo, L. (2002). Smoking cessation and bupropion: Anxiety and depression as predictors of therapeutic efficacy. *Archivos de bronconeumología*, 38 (8), 351-355.
- Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N., y Aveyard, P. (2014). Change in mental health after smoking cessation: Systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 348. doi:10.1136/bmj.g1151.
- Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina (FTND) (Heatherton, Kozlowski, Frecker, y Fagerström, 1991) en su versión española validada por Becoña, López, Fernández del Río, Míguez y Castro (2010).
- Villalbí, J. R., Suelves, J.M., Martínez, C., Valverde, A., Cabezas, C., y Fernández, E. (2019). El Control del Tabaquismo en España: Situación actual y prioridades. *Revista Española de Salud Pública*. 2019; Vol. 93: 15 de julio e1-e16.
- Villena, A., Morena, S., Párraga, I., González, M.D., Soriano, H., y López-Torres, J. (2009). Factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes. *Revista*

Pujadas Sánchez, M.D., Pérez-Pareja, J. y García-Pazo, P.

*Clínica de Medicina de Familia (Albacete); Vol. 2. no.7. Versión On-line ISSN 2386-8201 versión impresa ISSN 1699-695X.*

Wood, C. M., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., y Dongil, E. (2009). Ansiedad y Tabaco. *Intervención Psicosocial*, 18, 213-231.