

Resultados de un programa psicoterapéutico de deshabituación tabáquica tras 12 meses de seguimiento

A. Vellisco García^a, F.J. Álvarez Gutiérrez^b, T. Elías Hernández^b, J. Romero^b, J. Toral Marín^b, C. Bordoy Sánchez^c y J. Castillo Gómez^b

^aPsicólogo Clínico. ^bNeumólogos. ^cDUE. Unidad de EPOC e Infecciones Respiratorias. Centro de Especialidades Dr. Fleming. Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVO: El objetivo de nuestro estudio ha sido conocer la efectividad de un programa psicoterapéutico de deshabituación tabáquica en relación con una intervención basada en información sobre el daño del tabaco y consejos para su abandono, así como los motivos de inicio del tabaquismo.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudiamos a un total de 249 pacientes que acudieron a una entrevista preliminar, de los cuales 226 comenzaron un tratamiento para la deshabituación tabáquica. El nivel medio de dependencia, cuantificado por el test de Fagerström, fue de $7,26 \pm 1,85$ puntos. Se formaron dos grupos de estudio: un grupo control de información sobre los peligros del tabaco y diversas estrategias de abandono ($n = 37$) con los primeros pacientes, y un grupo de intervención psicoterapéutica ($n = 189$) en el que se incluyeron de forma consecutiva el resto. Se efectuaron revisiones a los 3, 6 y 12 meses una vez finalizado el tratamiento, objetivándose mediante coximetría la situación de abstinencia. Fueron considerados como no fumadores exclusivamente aquellos individuos en que se pudieron objetivar valores iguales o menores a 5 ppm (partículas por millón) de CO en aire espirado.

RESULTADOS: La mayoría de los pacientes en ambos sexos indicaron como motivo de inicio del tabaquismo la presión social. El porcentaje de abstinencia en el grupo de información y estrategias de abandono fue del 8,1% en las tres revisiones efectuadas, mientras que en el grupo de intervención psicoterapéutica fue del 37, 25,4 y 24,3%, respectivamente, a los 3, 6 y 12 meses, existiendo diferencias significativas respecto al primer grupo en todas las revisiones.

CONCLUSIONES: Los factores de presión social son fundamentales en el inicio del tabaquismo. Hemos objetivado un 24,3% de éxitos en la abstinencia al año de seguimiento exclusivamente con tratamiento psicológico, existiendo diferencias significativas en relación con el grupo que sólo recibió información. Creemos que la terapia psicológica se presenta como alternativa eficaz en el abandono del tabaquismo.

Palabras clave: Tabaquismo. Psicoterapia. Tratamientos cognitivo-conductuales.

(Arch Bronconeumol 2001; 37: 14-18)

Introducción

El consumo de tabaco se sitúa hoy día como primera causa de muerte evitable en los países desarrollados. Es

Psychological counseling for smoking cessation: results after twelve months

OBJECTIVE: To compare the efficacy of psychological counseling for smokers in a cessation program in comparison with treatment based only on providing information about damage caused by tobacco and advice for quitting, and to determine the reasons patients started to smoke.

PATIENTS AND METHODS: We studied 249 patients who came to a preliminary interview; 226 began treatment for smoking cessation. The average level of dependence, quantified the Fagerstrom test was 7.26 ± 1.85 points. Two treatment groups were formed: the first patients seen made up the control group ($n = 37$), which received information about the dangers of tobacco and strategies for quitting, and the psychological counseling group ($n = 189$). Follow-up examinations were performed three, six and twelve months after treatment, with abstinence checked by measurement of CO in exhaled air. Only patients with CO levels less than 5 ppm (particles per million) in exhaled air were considered non-smokers.

RESULTS: Most patients of both sexes named social pressure as the reason for starting to smoke. The rate of abstinence in the information and strategies group was 8.1% at all three follow-up visits, whereas the rate was 37%, 25.4% and 24.3% at three, six and twelve months, respectively, in the group receiving counseling. The differences between the two groups were significant at all visits.

CONCLUSIONS: Social pressure is the main reason for starting to smoke. We observed a success rate of 24.3% after one year of follow-up after psychological treatment only, a rate that was significantly higher than that of the group that received only information. We believe that psychological counseling is an effective alternative for smokers who want to quit.

Key words: Smoking. Psychological counseling. Cognitive-behavioral treatments.

un factor de riesgo y exacerbación de un gran número de enfermedades crónicas, con importante repercusión sobre el gasto sanitario y sobre la calidad de vida de los pacientes¹⁻³.

Existen diferentes métodos de tratamiento de la deshabituación tabáquica, con distinta eficacia. Así, los resultados pueden oscilar entre el 5% de abstinencias al año conseguidas con el simple consejo médico⁴, hasta

Correspondencia: Dr. A. Vellisco García. Cervantes, 22, bajo. 41003 Sevilla.

Recibido: 28-3-00; aceptado para su publicación: 2-10-00.

métodos más específicos como las terapias sustitutivas con nicotina (TSN), que consiguen resultados del 10% cuando se usan chicles⁵ e incluso otros más esperanzadores a los 12 meses de seguimiento cuando se usan parches (22%)⁶, o se combinan con el uso de chicles, consiguiéndose un 30% de abstinencias a los 6 meses⁷. Los datos obtenidos en nuestras consultas utilizando parches de nicotina de 24 h presentan unos resultados de abstinencias a los 12 meses del 25,2%⁸. Recientes investigaciones con un producto antidepressivo (bupropión) sitúan unos índices de abstinencia prometedoros al año de seguimiento^{9,10}. Los resultados de otros métodos como la hipnosis y la acupuntura no han sido suficientemente contrastados o son poco esperanzadores¹¹.

Un trabajo reciente en el que se utilizaron nebulizadores de nicotina y apoyo psicológico de carácter conductual ofreció resultados del 35% de abstinencias a los 6 meses^{12,13}. Otros estudios al año de seguimiento^{14,15} demuestran resultados similares a los obtenidos con parches de nicotina.

Sin embargo, la aplicación de TSN, si bien puede ser eficaz en el abandono del tabaquismo, cuenta con algunos efectos secundarios (eritema, prurito, cefalea, eczema de contacto, etc.) y contraindicaciones (infarto agudo de miocardio [IAM] o accidente cerebrovascular [ACV] recientes, psoriasis y otras enfermedades extensas de la piel), por lo que no es un método aplicable en algunos pacientes. En otros casos, la aparición de efectos secundarios propicia el abandono del tratamiento y la vuelta al consumo de cigarrillos.

El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad del tratamiento psicológico en relación con un grupo de información y consejos sobre la deshabituación y la abstinencia tabáquica, y motivos de inicio al consumo, no existiendo trabajos en nuestro entorno que evalúen este tipo de tratamiento, a no ser en combinación con otras terapias de deshabituación.

Pacientes y métodos

Población

Realizamos este estudio en el área de consultas externas de nuestro servicio, situada en un centro periférico de especialidades durante los años 1996 a 1998. Recibimos a 249 pacientes de los que sólo 226 comenzaron tratamiento y que acudieron a nuestra consulta de deshabituación tabáquica derivados de nuestras propias consultas de neumología, de otras del hospital o de atención primaria. También se ofreció un número de teléfono en medios de comunicación (radio y prensa) al cual llamaban personas fumadoras sanas que querían abandonar la adicción a los cigarrillos y que fueron también incluidas en el estudio.

Para la inclusión de los pacientes no se exigió ningún tipo de requisito. Se consideró suficiente la aceptación por parte del fumador de intentar dejar la adicción con nuestra ayuda acudiendo a la primera cita después de la entrevista preliminar.

Protocolo utilizado

Los pacientes fueron citados en nuestra consulta de tabaquismo, siempre en horario de tarde. Se realizó una entrevista preliminar o ficha de fumador entre los 7 y los 15 días antes

del comienzo del tratamiento. Posteriormente, los primeros pacientes fueron asignados a un grupo control (que sólo recibió información y consejos para dejar de fumar) y el resto al grupo experimental (7 sesiones de psicoterapia). En la primera entrevista fueron registrados los datos de filiación, la profesión y el nivel cultural, así como la existencia de enfermedades y si el paciente acudía por propia iniciativa o no. Se consideraron pacientes que acudían de modo propio a aquellos que no eran derivados por algún médico a nuestras consultas. Otros datos reflejados en la ficha de fumador fueron la historia tabáquica: edad de comienzo y motivos de inicio, así como el consumo actual y el nivel de nicotina en los cigarrillos. Igualmente, se registró la historia de intentos previos de abandono, el nivel de dependencia (test de Fagerström) y la existencia de enfermedades psicológicas relevantes. Por último, se realizaron mediciones de monóxido de carbono espirado con un cooxímetro marca Bedfont. Esta medición se llevó a cabo tanto de forma basal (durante la entrevista preliminar), como una vez terminado el tratamiento, es decir, en revisiones de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses para objetivar la situación de abstinencia de los pacientes tanto en el grupo de información y consejos como en el grupo de tratamiento psicoterapéutico.

Se consideraron como no fumadores sólo a quienes se objetivaron valores de CO en aire espirado iguales o menores de 5 ppm, obtenidos en las citas de revisión-seguimiento. Se consideraron fracasos terapéuticos aquellos casos de personas que arrojaron valores en la cooximetría iguales o mayores de 6 ppm durante las revisiones de seguimiento, o bien aquellas personas que abandonaron el programa sin causa justificada y a aquellos que aunque lo completaron con éxito (habiendo dejado de fumar), no acudieron a las citas de revisión-seguimiento y en los que, por tanto, no fue posible realizar la cooximetría.

Descripción del tratamiento

Los pacientes incluidos en el grupo de consejo e información (n = 37) fueron citados en grupos reducidos (máximo 10 personas) y recibieron información durante una hora sobre los perjuicios que ocasiona el consumo de cigarrillos. Seguidamente, se les informó de algunas estrategias para dejar la adicción a los cigarrillos. En este grupo de personas no se utilizó intervención psicoterapéutica, sino consejos tendentes a reducir los componentes conductuales y adictivos que el fumador sufre y que dificultan el abandono (cambio de hábitos y ruptura con la monotonía, así como la progresiva eliminación de los cigarrillos más superfluos y elección de la fecha de abandono). Una vez terminada la sesión, los pacientes fueron citados para la revisión-seguimiento a los 3, 6 y 12 meses, donde se evaluaba la situación de abstinencia mediante una medición de monóxido de carbono en aire espirado.

En el grupo de intervención psicoterapéutica (n = 189), el tratamiento consistió en un conjunto de 7 sesiones de psicoterapia de carácter grupal administradas con frecuencia semanal, siendo la duración de cada sesión de una hora. Posteriormente debían acudir a las revisiones de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses de haber concluido el tratamiento.

Las sesiones se celebraban siempre el mismo día de la semana y a la misma hora para minimizar las pérdidas de pacientes por motivos laborales. Cada grupo de tratamiento estaba compuesto por un máximo de 10 personas del mismo sexo.

El tratamiento psicológico se dividió en tres fases:

– En la primera (semanas 1 a 3) se instruyó a los pacientes en técnicas de control de la ansiedad (técnicas de relajación y técnicas de control del pensamiento). En estas primeras sema-

nas, también se comenzó la modificación cognitiva (modificación de la percepción que tiene la persona de su problema adictivo, en este caso), para promover el cambio actitudinal. Igualmente, se utilizaron registros específicos de conducta (autorregistro del número de cigarrillos/día, lista de motivos y autorregistro de necesidad situacional ligada al consumo). A partir de la segunda semana y hasta el momento de dejar de fumar, los pacientes cambiaban cada semana la marca de cigarrillos a otras con un contenido menor en nicotina, hasta llegar a marcas con 0,2 o 0,3 mg de nicotina por cigarrillo.

– En la segunda fase del tratamiento (semanas 4 y 5) se trató la disminución de la dependencia física (autorregistro del número de cigarrillos/día y continuación con el cambio de marca de cigarrillos) y psicológica (progresiva extinción de la asociación situación/estado anímico/olor o sabor y cigarrillo, mediante la realización y puesta en práctica del autorregistro de necesidad situacional). Las instrucciones que recibían los pacientes consistieron (además de la práctica de las técnicas que se aprendieron en la primera fase y el registro de cigarrillos) en la elección de situaciones sin fumar y la manera de afrontarlas. Para ello se utilizó el registro de la necesidad situacional, eligiendo primero las situaciones que menos necesidad generaban para el paciente. Cada semana el paciente iba eligiendo las siguientes situaciones que debía afrontar.

– La tercera fase del tratamiento (semanas 6 y 7) es la fase de abandono: cuando los sujetos han dejado de fumar en la mayoría de las situaciones cotidianas y consumen tabaco de 0,2 o 0,3 mg de nicotina, se fija el día de abandono. Antes del abandono definitivo se recomienda al paciente no superar los 7 cigarrillos/día, que corresponderían a los que considera más necesarios.

Análisis estadístico

Para el estudio estadístico se utilizó el test de la χ^2 con la corrección de Yates en las variables cualitativas y el test de ANOVA para las cuantitativas. Se aceptó como significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados

Acudieron a nuestras consultas un total de 249 pacientes, de los que 226 comenzaron tratamiento (150 varones y 76 mujeres); 23 pacientes no acudieron al tratamiento, por lo que fueron excluidos. La media de edad de los pacientes que recibimos fue de 48 ± 16 años para los varones y de 38 ± 14 años para las mujeres. Las características poblacionales de los grupos aparecen en la tabla I.

La media de edad de inicio en el consumo fue de $14,5 \pm 4,5$ años para los varones y de 18 ± 6 años para las mujeres, con diferencias estadísticamente significativas entre ambos ($p < 0,05$).

En lo referente a los motivos de inicio al consumo sobre los que se interrogó a los sujetos de estudio, el análisis indica una gran preponderancia de los factores sociales (tabla II). La evaluación del entorno del fumador reveló que los individuos que acudían a nuestras consultas convivían con fumadores en un 53,4%, siendo más frecuente encontrar un ambiente fumador externo al hogar: el 62,3% de los sujetos entrevistados reconocía tener fumadores como compañeros cercanos en su puesto de trabajo. Igual ocurría cuando se analizaba la frecuencia de amigos fumadores, el 78,4% de los pacientes contestaba afirmativamente a esta cuestión.

TABLA I
Características de la población

	Grupo I (información y consejo)	Grupo II (psicoterapia)	p
Sexo (varón)	70,27%	63,67%	NS
Test de Fagerström	$7,36 \pm 1,79$	$7,24 \pm 1,96$	NS
N.º de cigarrillos/día	$32 \pm 0,90$	$31 \pm 0,94$	NS
Edad de comienzo	$15,02 \pm 4,94$	$15,79 \pm 5,33$	NS
Historia de intentos previos	76,32%	68,79%	NS

TABLA II
Motivos de inicio del tabaquismo, según el sexo

Motivos de inicio	Mujeres (%)	Varones (%)
Presión social	51,21	76,9
Adulterio	9,75	9,2
Esnobismo	13,4	1,9
Novedad	2,4	1,3
Prohibido	–	1,9
Curiosidad	2,4	1,5
Cónyuge	2,4	–
Otros, NS/NC	18,4	7,3

TABLA III
Resultados de la psicoterapia, según el grado de dependencia a la nicotina

Dependencia	No fumador (%)	Fumador (%)
Leve* (n = 8)	20	80
Moderada* (n = 60)	21,66	78,33
Alta* (n = 158)	27,21	72,7

*p = NS entre dependencia leve, moderada y alta y porcentajes de abstinencia. Puntuación del test de Fagerström: dependencia leve < 4 puntos; moderada = 4-6 puntos; alta > 6 puntos.

En el estudio de las tasas de abandono del tabaquismo el porcentaje de éxitos conseguidos en el grupo control y en el experimental difieren notablemente, tanto a los 3 como a los 6 y 12 meses de seguimiento (tabla III). Así, el 24,33% de todos los sujetos que comenzaron el tratamiento psicoterapéutico para dejar de fumar se mantuvieron en abstinencia al tabaco a los 12 meses de seguimiento, mientras que para el grupo de información y consejo (grupo control) fue de un 8,1%. Los índices de recaídas fueron mayores entre los 3 y los 6 meses para el grupo experimental (11,64%), que entre los 6 y 12 meses.

El estudio de la interacción sexo/abandono del tabaquismo demostró que las tasas de abandono fueron superiores en mujeres (30,7%) que en varones (23,27%), aunque sin diferencias significativas.

La proporción de sujetos que no lograron dejar de fumar fue muy similar en el grupo de quienes no convivían con fumadores (77,1%) y en el grupo cuyos convivientes eran fumadores (86,3%). La proporción de pacientes que tenían compañeros de trabajo fumadores y dejaron de fumar (21,85%) no fue diferente de aquellos que no los tenían y también abandonaron la adicción (20%).

TABLA IV
Porcentaje de no fumadores en las revisiones, según las terapias usadas

Tipo de tratamiento	3 meses (%)	6 meses (%)	12 meses (%)
Consejo e información (n = 37)	8,1	8,1	8,1
Tratamiento psicológico (n = 189)	37,03*	25,39**	24,33**

Test de la χ^2 ; *p < 0,01; **p < 0,05. Diferencias entre grupo control (consejo e información) y experimental (tratamiento psicológico).

En cuanto a la relación dependencia/abandono, cuantificada la primera mediante el test de Fagerström, el nivel de dependencia medio fue de $7,26 \pm 1,85$ puntos. Como se puede apreciar en la tabla IV, no encontramos diferencias significativas entre el grado de dependencia y las tasas de éxito del programa.

Por último, en lo referente a la incidencia de trastornos psicológicos en los individuos de la muestra, el análisis demostró que el 20,21% de los sujetos tenían historia de trastornos psicológicos, siendo los más frecuentes los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, de angustia y los trastornos psicóticos. En este sentido, se estudió el efecto que sobre la deshabituación tabáquica pudieran tener estos antecedentes, no encontrándose diferencias significativas con los pacientes sin trastornos previos.

Discusión

En este estudio se ponen de relieve dos tipos de cuestiones relacionadas con el problema del consumo de tabaco; unas referentes a los factores predisponentes y de inicio al consumo y otras relativas a las alternativas de apoyo existentes para aquellos fumadores que quieren dejar de serlo.

Respecto a la primera de las cuestiones planteadas, los factores precipitadores del consumo, es fácilmente observable una mayor prevalencia de factores sociales. Así, en la muestra analizada por nosotros se refleja cómo la presión social, definida como la percepción de "normalidad social" del hecho de fumar o la aceptación por parte de la persona de que comenzó a fumar porque lo hacía todo el mundo, es el factor de inicio al consumo que más peso tiene en ambos sexos (un 76,9% en varones y un 51,21% en mujeres).

El segundo motivo de inicio por orden de incidencia en los varones fue el de la adultez, es decir, el tabaco como rito de transición al mundo adulto. El 9,2% de los sujetos de la población masculina entrevistada admitieron haber comenzado a fumar "para parecer más adultos". En el caso de las mujeres, éste es el tercer motivo de inicio (9,75%), siendo el esnobismo el segundo factor de inicio en las mismas (13,4%).

Son destacables las diferencias que se ponen manifiesto entre ambos sexos, existiendo motivos de inicio que podríamos llamar casi "privativos" de las mujeres, como es el esnobismo y el cónyuge.

Otra diferencia sustancial entre sexos es la edad de inicio al consumo, sensiblemente inferior en los varones respecto a las mujeres, algo que ya ha sido descrito en otros estudios²³.

En cuanto a los resultados de la terapia, en primer lugar, tenemos que indicar que otros estudios en los que se utilizaron procedimientos psicológicos de orientación conductual, si bien han producido resultados positivos no han sido superiores al 18% tras un año de seguimiento¹². Estos programas orientaban su intervención casi exclusivamente a la modificación de las conductas relacionadas con fumar, olvidando que en el fumador también se produce una actitud favorecedora o justificadora del consumo de cigarrillos. La terapia cognitiva²⁵ incide en el cambio actitudinal y motivacional, por lo que nos pareció importante incluir ambas orientaciones teóricas para el tratamiento de nuestros pacientes.

En nuestro estudio, los resultados obtenidos con intervención psicoterapéutica fueron muy superiores que con la intervención en forma de información y consejo. Por otro lado, al compararlos con los obtenidos con TSN por vía transdérmica (series de Abelin et al¹⁴, Daughton et al⁶ y Tønnesen et al¹⁷), observamos que los resultados presentados a los 12 meses de seguimiento se sitúan dentro de los mejores, siendo sólo superados por las series de Daughton et al, quienes utilizan parches de 16 h. Sin embargo, estudios más recientes bien controlados y doble ciego indican unas tasas de éxitos inferiores al 16% al año de seguimiento cuando se utilizaron parches de 25 mg²⁴. Otros estudios en los que se utiliza el chicle de nicotina presentan resultados inferiores (Fagerström)⁵. La utilización de otros métodos de TSN, como el nebulizador bucal¹⁹, reflejaron unos resultados de abstinencias alrededor del 13% al año de seguimiento, no presentando diferencias significativas con los obtenidos en el grupo tratado con nebulizador placebo (8%). Esto hace del parche y de su combinación con chicles el método de TSN que mejores resultados ha demostrado^{6,7,14,17}.

En los últimos años se han desarrollado otros métodos de apoyo farmacológico para dejar de fumar; en concreto, en algunos estudios se han utilizado fármacos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS) como doxepina²⁰ y fluoxetina²¹. Sin embargo, en el primero de los casos los resultados fueron obtenidos con escaso número de pacientes, y en el segundo no demostraron efectividad en grandes fumadores. Experiencias más recientes, en las que se utilizó el bupropión o se combinó éste con parches de nicotina^{9,10}, presentan resultados que dan cabida al optimismo. En concreto, tras utilizar 300 mg/día de bupropión durante una semana, las tasas de abstinencia al año fueron del 23,1%. Sin embargo, los resultados con dosis menores han sido menos esperanzadores, a pesar de que los pacientes fueron citados a la consulta semanalmente durante las 7 semanas que duró el tratamiento y, posteriormente, fueron citados para seguimiento a las 8, 12, 26 y 52 semanas. El hecho de que además fueran llamados por teléfono tanto 3 días antes de la fecha de abandono como a los 4, 5, 7, 8, 9, 10 y 11 meses tras el abandono puede hacer plantear que los tratamientos farmacológicos en los que se realizan seguimientos y se establece una relación estrecha paciente-terapeuta parecen conseguir mejores resultados que aquellos en los que esta relación no existe, por lo que se podrían sugerir resultados aún más posi-

vos si esta relación se diera en un marco psicoterapéutico de orientación cognitivo-conductual. Otro trabajo más reciente¹⁰ presenta mejores resultados cuando se combina el bupropión con parches de nicotina, consiguiendo unas tasas de abstinencia mantenida del 22,5%, y del 35,5% en abstinencia puntual.

Por último, hemos encontrado datos en nuestro estudio que difieren de los que tradicionalmente se describen en otros trabajos, como es el caso de la relación entre el nivel de dependencia y las posibilidades de abandono. No son pocos los estudios que consideran distintas tasas de éxitos en sus programas en función del nivel de dependencia^{20,21}. En nuestro caso, no se pudieron establecer diferencias significativas entre el nivel de dependencia (test de Fagerström) y el éxito en el programa.

Como conclusión, cabe citar que nuestros resultados demuestran que la utilidad de los tratamientos psicológicos de orientación cognitivo-conductual en la deshabituación tabáquica son esperanzadores, situándose dentro de los mejores en comparación con los obtenidos en estudios con tratamientos farmacológicos. Es posible que la combinación de tratamientos psicológicos y farmacológicos pueda constituir, conjuntamente, una alternativa importante en el futuro de la deshabituación tabáquica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bartecchi CE, Mackenzie TD, Schrier RW. The human cost of tobacco use (first of two parts). *N Engl J Med* 1994; 330: 907-912.
2. González Enríquez J, Villar Álvarez F, Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno JM. Tendencia de la mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España: 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 577-582.
3. Burney PGJ, Britton JR, Chinn S, Tattersfield AE, Papacosta AO, Kelson MC et al. Descriptive epidemiology of bronchial reactivity in adult population: results from a community study. *Thorax* 1987; 42: 38-44.
4. Fiore MC, Pierce JP, Remington PL, Fiore BS. Cigarette smoking. The clinician's role in cessation prevention and public health. *Dis Mon* 1990; 36: 181-182.
5. Fagerström KO. Efficacy of nicotine chewing gum: a review. En: Pomerlan and Pomerlan, editores. *Nicotine replacement in the treatment for smoking*. Nueva York: Alan R. Liss, 1998; 109-128.
6. Daughton D, Heatley S, Prendergast J. Effect of a transdermal nicotine delivery as an adjunct to low intervention smoking cessation therapy. A randomized placebo-controlled double blind study. *Arch Intern Med* 1991; 151: 749-752.
7. Toral J, Ortega F, Cejudo P, Gualberto MR, Montemayor T. Eficacia de un programa de deshabituación al tabaco con tratamiento sustitutivo combinado de nicotina (parches más chicles) a los seis meses de seguimiento. *Arch Bronconeumol* 1998; 34: 281-284.
8. Del Castillo D, Vellisco García A, Álvarez Gutiérrez FJ, Calderón Osuna E, Soto Campos G, Sánchez Gómez J et al. Efectividad de distintos métodos de deshabituación tabáquica tras un año de seguimiento. Comunicación al XXV Congreso Neumosur. *Neumosur* 1999; 11: 58.
9. Hurt RD, Sachs MD, Glover ED, Kenneth P, Offord MS, Andrew Johnston J et al. A comparison of sustained release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997; 337: 1195-1201.
10. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Huges AH et al. A controlled trial of sustained release bupropion, a nicotine patch or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340: 685-691.
11. Schwartz JL. Methods of smoking cessation. *Med Clin North Am* 1992; 76: 451-476.
12. Lichtenstein E, Danaer BG. Modification of smoking behavior: a critical analysis of theory, research and practice. En: Herse M, Eisler RM, Miller PM, editores. *Progress in behavior modification*. Nueva York: Academic Press, 1976; 79-132.
13. Jiménez Ruiz CA, Flórez Martín S, Ramos Pineda A, Lorza JJ, Hernández Mezquita MA, Solano Reina S et al. Tratamiento del tabaquismo con nebulizador nasal de nicotina. Resultados de un estudio multicéntrico. *Arch Bronconeumol* 1999; 35: 535-538.
14. Abhen T, Ehrensam R, Imhof P et al. Clinical experience with a transdermal nicotine system in healthy dependent smokers. En: Willhelmsen L, editor. *Smoking as a cardiovascular risk factor: new strategies for smoking cessation*. Nueva York: Hogrefe and Huber Publishers, 1991; 35-46.
15. Shuterland G, Stapleton JA, Russell MAH, Jarvis M, Hajek P, Belcher M et al. Randomised controlled trial of nasal nicotine spray in smoking cessation. *Lancet* 1992; 340: 324-329.
16. Tønnesen J. *Economic and health consequences of reduce smoking*. Londres: MacMillan, 1987.
17. Tønnesen P, Norregaard J, Simonsen K, Sawe U. A double blind trial of a 16-hour transdermal nicotine patch in smoking cessation. *N Engl J Med* 1991; 325: 311-315.
18. Tori CD. A smoking satiation procedure with medical risk. *J Clin Psychol* 1978; 34: 574-577.
19. Schneider NG, Olmstead R, Nilsson F, Vaghaiwalla Mody F, Franzon M, Doan K. Efficacy of a nicotine inhaler in smoking cessation: a double blind, placebo-controlled trial. *Addiction* 1996; 91: 1293-1306.
20. Edwards NB, Murphy JK, Downs AD, Ackerman BJ, Roshental TL. Doxepin as an adjunct to smoking cessation: a double blind pilot study. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 373-376.
21. Sellers EM, Naranjo C, Kadlec K. Do serotonin uptake inhibitors decrease smoking? Observations in a group of heavy drinkers. *J Clin Psychopharmacol* 1987; 7: 417-420.
22. Encuesta Nacional de Salud de España 1993. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
23. Romero Ortiz A, González de Vega San Román JM. Factores predictores de éxito en la terapia de deshabituación tabáquica. *Revista del comité de prevención de tabaquismo de la SEPAR* 1995; 2: 13-16.
24. Tønnesen P, Paoletti P, Gustavsson G, Russell MA, Saracci R, Gulsvik A et al. Higher dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: results from the European CEASE trial. *Eur Respir J* 1999; 13: 238-246.
25. Caballo V. *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI, 1993; 475-526.