



EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA DEPENDENCIA DEL TABACO. EFICACIA, BARRERAS Y RETOS PARA EL FUTURO

Elisardo Becoña, Elena Fernández del Río, Ana López-Durán, Úrsula Martínez Pradedá,
Carmela Martínez Vispo y Rubén A. Rodríguez Cano
Universidad de Santiago de Compostela

Fumar es la primera causa de morbi-mortalidad de los países desarrollados. Más de 58.000 personas mueren prematuramente en España por fumar. La psicología dispone de tratamientos psicológicos eficaces para el tratamiento de la dependencia del tabaco, pero no siempre se usan ni se conocen lo suficiente. En este artículo se analiza la eficacia del tratamiento psicológico junto a distintas barreras que impiden una mayor utilización del mismo, sobre todo por la competencia de los fármacos y la infravaloración que se viene haciendo en distintos sectores del tratamiento psicológico, de modo semejante a lo que ocurre con otros trastornos (ej., depresión). Se proponen distintas estrategias para mejorar el impacto de nuestros tratamientos y cómo hacerlo más visible, sobre todo porque estamos ante un tratamiento de primera elección para las personas que fuman.

Palabras clave: Tabaco, Fumar, Tratamiento psicológico, Eficacia

Smoking is the leading cause of morbidity and mortality in developed countries. More than 58,000 people die prematurely in Spain due to tobacco use. Psychology offers effective psychological treatments for tobacco dependence, but these treatments are not always used and they are not widely known about. In this article, the effectiveness of psychological treatment is analysed together with various barriers that impede its greater use, especially due to the competition with pharmaceutical products and the undervaluation of the psychological treatment by different sectors, in the same way that happens with other disorders (e.g., depression). We propose a number of strategies to improve the impact of our treatments and to make them more visible, because psychological treatment is a first line treatment for smokers.

Key words: Tobacco, Smoking, Psychological treatment, Efficacy.

E L TABACO COMO PRIMERA CAUSA EVITABLE DE MORBI-MORTALIDAD

Fumar es la primera causa evitable de mortalidad y morbilidad en el mundo (U. S. D. H. H. S., 2014). Se estima que el consumo de tabaco es el responsable de 5.000.000 de muertes anuales, cifra que podría duplicarse en el año 2030 (WHO, 2009). El tabaco explica hoy el 27% de todas las muertes en varones y un 6% de las muertes de mujeres en Europa (Martín-Moreno, Soerjomataram y Magnusson, 2008) (ver tabla 1). En España, la mortalidad atribuible al consumo de tabaco es muy elevada, de 58.573 muertes al año, lo que representa el 16,15% de todos los fallecimientos (Hernández-García, Sáenz-González y González-Celador, 2010).

Además, el consumo de tabaco está asociado con la producción de 35 enfermedades (Doll, Peto, Boreham y Sutherland, 2004). En España, la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), el cáncer de pulmón y las

enfermedades cardiovasculares, son las patologías que más se relacionan con la mortalidad en fumadores (Hernández-García et al., 2010).

¿Por qué ocurre esto? Principalmente por la gran cantidad de sustancias nocivas, unas 4.000, que contiene el tabaco. De ellas, al menos 250 son perjudiciales para la salud (ej., monóxido de carbono, cianuro de hidrógeno, formaldehído, cloruro de vinilo, benceno, benzoapireno, óxido de nitrógeno, arsénico, cadmio, etc.) y más de 50

TABLA 1
ESTIMACIÓN DE LA MORTALIDAD EN EUROPA CAUSADA POR DISTINTOS FACTORES

Factor	Hombres (%)	Mujeres (%)
Fumar	27	6
Alcohol	11	5
Sobrepeso	1	3
Inactividad física	<1	5
Infección	3	4
Luz solar	1	2
Exposición ocupacional	3	<1
Exposición ambiental	<1	<1

Fuente: Martín-Moreno et al. (2008, p. 1391).

Correspondencia: Elisardo Becoña. Unidad de Tabaquismo y Trastornos Adictivos. Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Campus Vida. 15782 Santiago de Compostela. España. E-mail: elisardo.becona@usc.es



causan cáncer. Por tanto, no es de extrañar, que el tabaco cause cáncer de pulmón y, además, incremente la incidencia de otros cánceres como el de laringe, el nasal, el de la cavidad oral, el de esófago, el de riñón, el de páncreas, el de cervix, el de vesícula y la leucemia (U. S. D. H. H. S., 2014).

En los últimos años, con el objetivo de controlar el consumo de tabaco, han tenido lugar dos hechos muy positivos: el primero, la aprobación en 2003 del Convenio Marco para el Control del Tabaquismo de la OMS, para el control del tabaquismo a escala mundial y, el segundo, la aprobación en España de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo, que ha tenido un gran impacto en la población, complementada con la ley 42/2010.

Estudios como los anteriores, y distintas campañas que se han difundido, así como el desarrollo de normas y leyes para que las personas no fumen, han llevado a que haya descendido drásticamente el número de fumadores en los países más desarrollados. Si en España la prevalencia de fumadores en 1987 era del 38,4% (55,1% Varones, 22,9% Mujeres), en el año 2012 era del 27% (27,9% V, 20,2% M).

Por tanto, aunque el descenso en el consumo es claro, la cruda realidad es que fumar constituye uno de los mayores problemas sanitarios, y es responsable de millones de muertes al año en todo el mundo. Todo lo anterior justifica la necesidad de que las personas dejen de fumar. Nuestra obligación como psicólogos es intervenir en las personas para que abandonen el tabaco, mediante los tratamientos efectivos de los que disponemos desde hace tiempo.

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA DEJAR DE FUMAR

A la psicología siempre le ha interesado una conducta tan frecuente y habitual como es el consumo de tabaco. Con el surgimiento de las técnicas de modificación de conducta aparecieron los primeros tratamientos para dejar de fumar, en torno a los años 60 del siglo XX. Desde entonces hasta hoy, se ha mantenido el interés por el tratamiento psicológico del tabaquismo, hasta el punto de convertirse en el tratamiento de primera elección para muchos fumadores (ej., mujeres embarazadas, adolescentes) por encima de distintos tratamientos farmacológicos, cuya publicitación no se corresponde con su nivel real de eficacia y seguridad.

Al igual que ocurre en el tratamiento de cualquier adicción (Becoña et al., 2011), el tratamiento psicológico de una persona que fuma consta de cuatro fases: 1) preparación para el cambio, 2) preabandono, 3) deshabitación psicológica en donde la persona tiene que dejar de

fumar, y 4) mantenimiento o prevención de la recaída (Collins et al., 2011).

Las primeras terapias psicológicas que mostraron ser eficaces para dejar de fumar fueron las conductuales. Comenzaron utilizándose las de tipo aversivo (ej., fumar rápido); luego fueron seguidas o complementadas con otras como la autoobservación, la relajación, el control de estímulos, la reducción gradual de ingesta de nicotina y alquitrán; etc. Años más tarde, aparecieron los tratamientos psicológicos multicomponentes y de prevención de la recaída (Becoña, 2006; 2010; Hartmann-Boyce, Stead, Cahill y Lancaster, 2013). Otros tratamientos recientes son el manejo de contingencias con incentivos, la terapia cognitiva-conductual basada en la afectividad, la realidad virtual, la terapia de exposición, la terapia de activación conductual y la terapia de aceptación y compromiso. De todos ellos, los tratamientos psicológicos que mayor relevancia han cobrado en las últimas dos décadas han sido los denominados multimodales, multicomponentes, "paquetes de tratamiento" o "tratamientos protocolizados" (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000).

A pesar de la gran cantidad de tratamientos eficaces disponibles, no debemos olvidar que la mayoría de los fumadores intentan dejar de fumar por ellos mismos. Además, en los últimos años, los fumadores que demandan tratamiento para dejar de fumar tienen una mayor dependencia de la nicotina y es frecuente que presenten comorbilidad psiquiátrica, lo que lleva a que sean pacientes más difíciles de tratar y les cueste más dejar de fumar (Fiore et al., 2008).

LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN LA DEPENDENCIA DEL TABACO

La eficacia del tratamiento psicológico de los fumadores se ha demostrado de modo sistemático en los últimos 50 años. De modo breve comentaremos la guía de Fiore et al. (2008) y la revisión de Hartman-Boyce et al. (2013) que resume las de la Cochrane Collaboration sobre los tratamientos existentes para dejar de fumar.

La guía de Fiore et al. (2008), de referencia en muchos países para conocer la eficacia del tratamiento de fumadores, indica una odds ratio (OR) de 1.7 para el consejo conductual individual y de 1.3 para el grupal. Además, a mayor tiempo de contacto (OR=3.2 para 91-300 minutos) y mayor número de sesiones (OR=1.9 para 4-8 sesiones, y OR=2.3 para más de 8 sesiones) mayor eficacia. Dentro de las técnicas psicológicas muestran tener una OR superior a 1 las siguientes: reducción gradual de cigarrillos (OR=1.1), manejo del afecto negativo (OR=1.2), apoyo social durante el tratamiento (OR=1.3), apoyo social fuera



del tratamiento (OR=1.5), entrenamiento en solución de problemas (OR=1.5), otros procedimientos aversivos (OR=1.7) y la técnica de fumar rápido (OR=2.0).

También destacaríamos que, aunque hay fármacos para dejar de fumar aplicados en contextos clínicos, cuando se autoadministran los resultados son semejantes al placebo (Pierce y Gilpin, 2002), es decir, ineficaces.

Fiore et al. (2008) también indican que los procedimientos de autoayuda, basados en técnicas psicológicas, se han extendido ampliamente. No disponemos de otras técnicas más que las psicológicas para la puesta en práctica de este tipo de procedimientos. Su principal ventaja es que llegan a muchas personas, a bajo coste, y con un nivel de eficacia razonable (OR = 1.2).

La revisión de Hartman-Boyce et al. (2013) destaca, dentro de los tratamientos farmacológicos, la terapia sustitutiva de la nicotina (TSN), el bupropion y la vareniclina, que han mostrado ser eficaces, habitualmente junto a consejo conductual, tratamiento psicológico, o al menos manejo clínico por parte del profesional sanitario que lo aplica (RR entre 1.60 y 2.27). Sin embargo, varios de estos fármacos tienen importantes efectos secundarios negativos.

Dentro de las intervenciones conductuales para dejar de fumar (tabla 2) destacan la terapia grupal (RR = 1.98), el consejo individual (RR = 1.36) y los procedimientos de autoayuda (RR = 1.45), entre otros.

Como hemos insistido en distintas ocasiones (Becoña, 2003; 2010), en el campo del tratamiento de los fumadores, sobre todo por parte de profesionales ajenos a la psi-

cología, se ha confundido sistemáticamente el tratamiento en grupo con el tratamiento de grupo o terapia de grupo. El primero se caracteriza por un mayor grado de dirección y de intervención del terapeuta y se centra más en las conductas individuales de cada miembro, siendo más relevante la relación de los miembros del grupo con el terapeuta. Esto significa que cada individuo es el centro del tratamiento que lleva a cabo el terapeuta. En modo alguno el grupo como tal es el centro del tratamiento. Por el contrario, en el tratamiento de grupo, la influencia de éste sobre sus miembros es mayor, el tratamiento está orientado a todo el grupo, y se promueven, facilitan y animan las interacciones entre sus miembros. Mientras que la finalidad del tratamiento en grupo es maximizar la eficacia del trabajo del terapeuta, la del tratamiento de grupo es potenciar la eficacia terapéutica de los procesos grupales. Desde hace años sabemos que la *terapia de grupo* es totalmente *ineficaz* para tratar a los fumadores. Lo que es *eficaz* es la aplicación grupal, o *tratamiento en grupo*, mediante técnicas psicológicas cognitivo-conductuales. Sin embargo, algunas publicaciones siguen confundiendo la terapia de grupo con la terapia en grupo.

Es de notar que una de las limitaciones más importantes de estas dos revisiones es que no siempre indican quién es el profesional que ha aplicado estos tratamientos, pues en muchos casos no son psicólogos. En esta línea, existen dos revisiones recientes de la Cochrane Collaboration que llevan a confusión, al comparar el consejo conductual con la medicación, y que se comentarán en el próximo punto.

TABLA 2
PRINCIPALES RESULTADOS DE LA COCHRANE COLLABORATION PARA LA TERAPIA CONDUCTUAL

Comparación	Riesgo relativo (RR)
Terapias conductuales	
Llamadas telefónicas proactivas adicionales a la línea de ayuda para dejar de fumar versus ninguna llamada adicional a la línea de ayuda	1,37
Consejo telefónico versus no consejo telefónico	1,29
Terapia grupal versus solo autoayuda	1,98
Consejo individual versus control de mínimo contacto	1,39
Intervenciones con teléfono móvil versus no intervención o intervención menos intensiva vía teléfono móvil	1,71
Material de autoayuda versus no material	1,45
Material de autoayuda basado en el estadio versus material de autoayuda estándar	0,93
Consejo basado en el estadio versus consejo estándar	1,00
Entrevista motivacional versus consejo breve/atención habitual	1,27
Intervención de pareja versus intervención sin apoyo de la pareja	0,99
Combinación de terapia conductual y farmacoterapia	
Incremento del apoyo conductual + farmacoterapia versus menos o no apoyo conductual + farmacoterapia	1,16
Farmacoterapia + intervención conductual versus atención habitual/autoayuda/consejo breve	1,82

Fuente: Hartman-Boyce et al. (2013).



LA COMBINACIÓN DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO CON EL FARMACOLÓGICO

Dada su eficacia, es habitual, recomendable y a veces así lo sugieren las guías clínicas, que se añada tratamiento psicológico o consejo conductual al tratamiento farmacológico (Ranney, Melvin, Lux, MacClain y Lohr, 2006). Además, casi todos los ensayos clínicos con fármacos para dejar de fumar incluyen técnicas de consejo derivadas de las psicológicas o incluso un tratamiento psicológico en sí. Esto ha llevado, erróneamente, a que muchos clínicos piensen que lo mejor para dejar de fumar es una combinación de fármaco y consejo/tratamiento conductual o psicológico.

La revisión de Ingersoll y Cohen (2005) sobre este tema indica que hay pocos estudios que hayan analizado esta cuestión. De los 15 estudios revisados (11 combinan fármacos de primera elección con tratamientos conductuales y 4 combinan fármacos con tratamientos conductuales), no se puede concluir que los tratamientos combinados sean más eficaces que el uso de tratamientos conductuales en solitario. Indican textualmente que "tomados juntos, estos estudios sugieren que algunas formas de consejo, tales como las basadas en los principios de las terapias breves efectivas, y el uso de técnicas de terapia cognitiva-conductual, pueden mejorar las ganancias producidas con los fármacos de primera línea para dejar de fumar en los fumadores de la población general" (p. 1929). El problema de todo lo anterior es que se mezclan consejo conductual, tratamiento cognitivo-conductual, distintos tipos de profesionales que lo aplican, distintas muestras de pacientes (población general, heroinómanos, pacientes de atención primaria, etc.), lo que hace difícil la comparación y extraer conclusiones consistentes. Además, existe un importante problema en la aplicación de los tratamientos farmacológicos como es su elevado coste. En todos los casos ha de ser el fumador quien los costee, a diferencia de los ensayos clínicos en los que suelen ser gratuitos, e incluso remunerados en parte, lo que complica la generalización de los resultados al contexto clínico. A todo lo anterior hay que añadir los efectos secundarios de muchos fármacos para dejar de fumar. Esto lleva a que un porcentaje significativo de fumadores abandone su uso o no los pueda utilizar.

Un gran número de estudios indica que no existe suficiente evidencia sobre la combinación de un tratamiento psicológico para dejar de fumar y un fármaco "eficaz" para dejar de fumar mejore la eficacia de usar sólo el tratamiento psicológico (Fernández, García-Vera y Sanz, 2014; García y Sanz, 2006; Secades, Díez y Fernández, 2009). Así, estudios recientes llevados a cabo en España indican que lo habitual es que los fármacos

no incrementen la eficacia de un tratamiento psicológico aplicado en solitario. Secades-Villa et al. (2009) compararon la utilización del parche de nicotina añadido o no al consejo, autoayuda y tratamiento psicológico. Los resultados indicaron claramente que el parche de nicotina no implicaba una mayor eficacia que usar sólo consejo (abstinencia a los 12 meses: 12,9% consejo, 12,5% consejo + parches), autoayuda (27,6%, autoayuda, 30,9% autoayuda + parches) o tratamiento psicológico (41,4% tratamiento psicológico, 40,0% tratamiento psicológico + parches). En este último caso, al año de seguimiento, la eficacia del tratamiento psicológico solo o combinado con parches de nicotina resultó aproximadamente la misma. En la misma línea, Fernández et al. (2014) también encontraron que los parches de nicotina no aumentaban la eficacia de un tratamiento psicológico eficaz para dejar de fumar.

Finalmente, en el estudio de Spring et al. (2007) compararon fumadores eufímicos, con o sin historia de depresión mayor, utilizando un grupo de placebo + tratamiento conductual en grupo y otro de fluoxetina + tratamiento conductual en grupo. El tratamiento psicológico incluía técnicas cognitivo-conductuales, junto con técnicas de entrevista motivacional y técnicas de prevención de la recaída y manejo del craving. A los 6 meses, en el grupo con historia de depresión mayor había un 20% de abstinencia en el grupo de fluoxetina y un 40% en el placebo, mientras que el grupo de fumadores sin historia de depresión mayor había un 30% con fluoxetina y un 49% con placebo. Esto significa que con sólo tratamiento psicológico había un 49% de abstinencia a los 6 meses y que la fluoxetina interfiere con la eficacia del mismo. Consideramos que esto ocurre porque el tratamiento psicológico está estructurado, se aplican técnicas eficaces y se adecua a las conductas del fumador en las fases por las que pasa el proceso de dejar de fumar.

¿CUÁNDO ES EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EL DE ELECCIÓN PARA LOS FUMADORES?

Los tratamientos psicológicos se han utilizado con todo tipo de fumadores, ya que independientemente de su nivel de dependencia, sexo, edad, etc., son eficaces (Fiore et al., 2008). Aunque el tratamiento psicológico de fumadores funciona para cualquier fumador, o para un fumador sin patología asociada, es cierto que se han desarrollado o se han analizado intervenciones específicas para grupos concretos de fumadores que destacan por su relevancia clínica o por sus características en los que el tratamiento de elección es el psicológico. Veremos algunos de estos casos.



En mujeres fumadoras embarazadas, el tratamiento de primera elección es el psicológico (Fiore et al., 2008, Le Foll et al., 2005) y los tratamientos farmacológicos sólo deben utilizarse cuando fallan los anteriores o cuando los beneficios superan los riesgos. El tratamiento psicológico no tiene efectos secundarios; los fármacos para dejar de fumar hasta ahora comercializados sí los tienen, lo que los convierte en contraindicados en mujeres gestantes.

Lo mismo ocurre en jóvenes y adolescentes. Aunque son pocos los adolescentes que quieren dejar de fumar (Becoña, 2006), aquellos que han acudido a tratamiento han conseguido dejar de fumar sólo con tratamientos cognitivo-conductuales (Sussman, Sun y Dent, 2006). La utilización de fármacos (parches de nicotina) no incrementa la eficacia de aplicar solo el tratamiento conductual (ej., Stotts, Roberson, Hanna y Smith, 2003). Los tratamientos más utilizados en ellos han sido el entrenamiento en autocontrol, en habilidades de afrontamiento, en solución de problemas y en técnicas de incremento de la motivación para afrontar adecuadamente el síndrome de abstinencia.

En personas mayores en muchos casos la única alternativa para dejar de fumar es un tratamiento psicológico, dado el riesgo que puede tener en algunos de ellos consumir ciertos fármacos para dejar de fumar. En ellos el tratamiento psicológico es eficaz (Fiore et al., 2008), tanto a nivel ambulatorio como hospitalario. La misma eficacia se encuentra en pacientes hospitalarios, aunque en muchos se han usado en forma de consejo conductual o consejo sanitario por parte de otros profesionales. Los resultados indican que estas intervenciones son eficaces cuando el nivel de intervención es alto (intensidad 4 en la revisión de Rigotti, Munafo, Murphy y Stead, 2012), que ocurre en aquellos casos en los que se aplica consejo de tipo conductual, solo o combinado con otras estrategias, independientemente del tipo de trastorno por el que están hospitalizados. Donde el tratamiento psicológico es especialmente eficaz es en pacientes con enfermedad cardíaca coronaria; en el meta-análisis de Barth, Critchley y Bengel (2006) obtienen una OR de 1.95.

¿QUÉ HACER CON LA COMORBILIDAD?

Un grupo de gran interés actualmente es el de los pacientes psiquiátricos fumadores (Tiffany, Conklin, Shiffman y Clayton, 2004). Sabemos que las personas que padecen un trastorno mental tienen una mayor probabilidad de ser fumadores, por lo que se les debería recomendar dejar de fumar (Ranney et al., 2006). A ellos, podemos aplicarles los mismos tratamientos que a un fumador sin comorbilidad psiquiátrica, junto a su tratamiento habitual.

Sabemos que la nicotina tiene una clara función antidepresiva (Salín-Pascual et al., 1996). En un gran número de estudios que se han realizado en los últimos años se ha evidenciado una importante relación entre fumar y depresión (ej., Luger, Suls y Vander Weg, 2014), así como el hecho de que en los programas clínicos de un 30 a un 60% de las personas que acuden a dejar de fumar han tenido una historia previa de depresión mayor (Wilhelm, Wedgwood, Niven y Hay-Lambkin, 2006) lo que está relacionado con un peor pronóstico en el abandono del tabaco. Hughes (2008) ha sugerido que puede haber un elemento común que predispone a ciertos individuos tanto para la depresión como para fumar, entre los que apunta la baja autoestima, baja habilidad asertiva o alguna causa genética. En un estudio reciente de nuestro grupo (Becoña, López-Durán, Fernández del Río y Martínez, 2014) es la historia previa de depresión la que explica el descenso de la eficacia del tratamiento en los últimos años.

Algo semejante a lo indicado para la depresión ocurre con los trastornos de ansiedad. Por ejemplo, Johnson et al. (2000) evaluaron en una muestra representativa de jóvenes de Nueva York la prevalencia de consumo de tabaco y de distintos trastornos mentales a los 16 años y, posteriormente, a los 22. Encontraron relación entre fumar 20 o más cigarrillos/día durante la adolescencia y padecer distintos trastornos de ansiedad en la adultez temprana como agorafobia (OR = 6.79), trastorno de ansiedad generalizada (OR = 5.53) y trastorno de pánico (OR = 15.58). Sin embargo, no encontraron relación con el trastorno de ansiedad social (OR = 0.44). Esto les llevó a concluir que ser un fumador duro durante la adolescencia está asociado con el incremento en el riesgo de padecer un trastorno de ansiedad en la vida adulta. Por el contrario, los adolescentes con trastornos de ansiedad no tienen un riesgo elevado de convertirse en fumadores crónicos durante la adultez joven. En la línea de lo anterior, los estudios encuentran consistentemente una relación entre fumar y tener mayor número de ataques de pánico (Moylan, Jacka, Pasco y Berk, 2012).

Por todo ello, el psicólogo tiene los conocimientos técnicos adecuados para aplicar en estos pacientes un tratamiento dirigido a ambos trastornos.

¿POR QUÉ NO SE UTILIZA MÁS EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO CON LOS FUMADORES SI ES TAN EFICAZ?

Hace 10 años, en estas mismas páginas (Becoña, 2003), indicábamos una serie de barreras que impedían la implantación del tratamiento psicológico para el tratamiento



de los fumadores, como eran: 1) la situación de la psicología clínica dentro del sistema sanitario, 2) la no publicitación de los tratamientos psicológicos efectivos para los distintos trastornos; 3) la publicitación, a veces sesgada, de la eficacia de la terapia farmacológica, 4) el interés de la industria farmacéutica por comercializar sus productos, sin considerar la existencia de otros tratamientos alternativos igual o más eficaces; y 5) el deseo de los fumadores de dejar de fumar con el mínimo esfuerzo. A día de hoy estas barreras se mantienen o han aumentado.

En relación al campo médico, desde distintas especialidades, auspiciadas por laboratorios farmacéuticos que comercializan fármacos para dejar de fumar, han hecho una labor continua, persistente e interesada, y a veces poco ética, de confusión y descafeinamiento de los tratamientos psicológicos eficaces. En España hemos estado luchando porque el término "apoyo psicológico" no fuera utilizado por parte de profesionales no psicólogos, acordándose que ellos utilizarían el término "consejo sanitario" (CNPT, 2008). Pero sistemáticamente volvemos a la misma situación, ya que en el último documento de consenso del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (Carmarrelles et al., 2013), se ningunea el tratamiento psicológico incluyendo conceptos tan confusos como soporte psicológico, estrategias conductuales, intervención psicosocial, pero sin mencionar en ningún momento la palabra tratamiento psicológico y sin que ningún psicólogo participase en su elaboración. La introducción de palabras ambiguas en ese documento podría interpretarse como una intromisión perversa en el campo psicológico.

En relación a los laboratorios farmacéuticos no cabe duda que su interés es vender lo máximo posible, publicitando sus productos como "cuasi-milagrosos", no considerando otros tratamientos que son eficaces y financiando estudios, congresos, reuniones e, incluso a personas del propio campo de la psicología para que apoyen la utilización de estos productos (Norris, Holmer, Ogden y Burda, 2011). Esto lleva en la práctica a un bloqueo de todo lo relacionado con el tratamiento psicológico y su devaluación al utilizar términos como "apoyo", "consejo", etc., con la idea de que sea realizado por un profesional no cualificado (médico o enfermera), no por un psicólogo.

Al mismo tiempo, la administración sanitaria ha dejado de invertir en el tratamiento de los fumadores, los psicólogos han sido apartados de la asistencia a los fumadores, con la excepción de las Unidades de Conductas Adictivas o Drogodependencias, en la que también ha habido un claro retroceso de la psicología frente al fuerte movimiento biologicista actual.

También tenemos que hacer autocrítica desde la propia psicología, la cual no ha prestado la atención que merece este tema prioritario a nivel de salud pública. No olvidemos que el tabaquismo representa el 15% del total del gasto sanitario (unos 15.000 millones de euros cada año). Con frecuencia, tenemos que discutir con otros psicólogos que sostienen que lo más eficaz para dejar de fumar es un tratamiento combinado psicológico y farmacológico.

Otro elemento que sigue siendo fuente de conflicto en España es la visión cortoplacista de algunos profesionales sanitarios que creen que ellos pueden tener un nuevo campo profesional en el tratamiento de los fumadores, cuando no es su campo de especialización, tal es el caso de algunos neumólogos que no son expertos en adicciones y que creen que pueden tratar a los fumadores como si su adicción al tabaco fuese el resultado de una "desregulación cerebral".

Todo lo anterior ha influido muy negativamente en la implantación del tratamiento psicológico, de ahí que se haya impuesto en la literatura científica el concepto de "consejo conductual". Éste recoge las técnicas del tratamiento psicológico, que suelen ser aplicadas por no expertos, por lo que los resultados de eficacia van a ser más bajos que si se llevaran a cabo por un psicólogo.

Finalmente, debemos tener presente que las personas en nuestra sociedad prefieren soluciones mágicas e inmediatas. Muchas personas quieren encontrar la solución a sus problemas con una pastilla; lo mismo ocurre con el tema del tabaco.

En suma, nos queda mucho por hacer tanto en la sociedad en general como dentro del propio ámbito profesional de la psicología. No debemos olvidar que los psicólogos somos los que hemos desarrollado las técnicas de entrevista motivacional, de deshabitación psicológica (tratamiento conductual) y de prevención de la recaída, aspectos clave en el tratamiento de las adicciones.

¿QUÉ DEBEMOS HACER PARA POTENCIAR LA APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN LOS FUMADORES?

En el campo psicológico pocos temas han sido fáciles y no siempre se reconoce la eficacia de las intervenciones psicológicas en temas como la depresión, la esquizofrenia, el tabaco y otras adicciones, entre otros. Nuestros pacientes y usuarios están satisfechos con nuestras intervenciones, aunque no se adecuan a la idea de la "varita mágica" que muchos laboratorios farmacéuticos venden a los fumadores. Con el mensaje inicial de que con "una" pastilla dejarán de fumar, no



les explican que el tratamiento es duradero y costoso. En la práctica, el tratamiento psicológico es fundamental y más aún por la comorbilidad que cada vez está más presente en los fumadores. Ante este panorama va a ser difícil que se publicite el tratamiento psicológico, pero aún así tenemos que hacer ver que lo que hacemos es eficaz y eficiente.

En los últimos años, en los países más desarrollados, es más frecuente que fumen las personas con menor nivel educativo y mayores niveles de pobreza (Schroeder, 2013) y en las personas con trastornos mentales. Estas últimas tienen una esperanza de vida 8 años menor que la población general, siendo el consumo de tabaco el responsable en buena parte de esta diferencia, por lo que dejar de fumar es fundamental para ellos (Taylor, McNeill, Girling, Farley, Lindson-Hawley y Aveyard, 2014). Es nuestra obligación ayudarles.

Son varios los pasos que consideramos que hay que dar para potenciar los tratamientos psicológicos en los fumadores:

- 1) Dar a conocer que el tratamiento psicológico para dejar de fumar es un tratamiento eficaz, racional y barato. No hay ninguna duda, por lo que hemos comentado, que el tratamiento psicológico para los fumadores es un tratamiento de primera elección, esto es, es eficaz y eficiente. El que no esté implantado en el sistema sanitario impide un mayor conocimiento del mismo.
- 2) Publicitar más nuestro trabajo, nuestros resultados, ya que la "competencia" de la industria farmacéutica lo hace a diario. De ahí que sea preciso difundir más lo que hacemos, los resultados que obtenemos y el intenso trabajo que se realiza con los fumadores.
- 3) Insistir que el tratamiento psicológico es muy potente, resuelve problemas de las personas, hace que estas reduzcan su sufrimiento y, en el caso del tabaco, el dejar de fumar hace que la calidad de vida se incremente considerablemente.

A pesar de nuestra larga historia en el tratamiento de los fumadores, tras más de 50 años de eficacia, seguimos teniendo un gran reto por delante.

REFERENCIAS

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.

Becoña, E. (2003). El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. *Papeles del Psicólogo*, 85, 48-69.

Becoña, E. (2006). *Tabaco. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Becoña, E. (Ed.) (2010). *Dependencia del tabaco. Manual de casos clínicos*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.

Becoña, E., Cortés, M., Arias F., Barreiro, C., Iraurgi, J., Llorente, J. M., et al. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.

Becoña, E., López-Durán, A., Fernández del Río, E. y Martínez, U. (2014). Changes in the profiles of smokers seeking cessation treatment and its effectiveness in Galicia (Spain) 2001-2010. *BMC Public Health*, 14, 613.

Camarelles, F., Dalmau, R., Clemente, L., Díaz-Maroto, J. L., Lozano, A., Pinet, C., et al. (2013). Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. *Medicina Clínica*, 140, 1-12.

Collins, L. M., Baker, T. M., Mermelstein, R. J., Piper, M. R., Jorenby, D. E., Smith, S. S., et al. (2011). The multiphase optimization strategy for engineering effective tobacco use interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 41, 208-226.

CNPT (2008). *Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España*. Madrid: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Doll, R., Peto, R., Boreham, J. y Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 328, 1519.

Fernández, I. G., García-Vera, M. P. y Sanz, H. (2014). Cuanta más psicología mejor: eficacia para dejar de fumar de la terapia cognitiva conductual intensiva y de los parches de nicotina combinados con terapia cognitiva conductual intensiva y menos intensiva. *Clínica y Salud*, 25, 1-10.

Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., et al. (2008). *Treating tobacco use and dependence: 2008 Update*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services.

García, M. P. y Sanz, J. (2006). Análisis de la situación de los tratamientos para dejar de fumar basados en terapia cognitiva-conductual y en parches de nicotina. *Psicooncología*, 3, 269-289.

Hartmann Boyce, J., Stead, L. F., Cahill, K., y Lancaster, T. (2013). Efficacy of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2012 reviews. *Addiction*, 108, 1711-1721.

Hernández-García, I., Sáenz-González, M. C. y Gonzá-



- lez-Celador, R. (2010). Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. *Actas del Sistema Sanitario de Navarra*, 33, 23-33.
- Hughes, J. R. (2008). An algorithm for choosing among smoking cessation treatments. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 426-432.
- Ingersoll, K. S. y Cohen, J. (2005). Combination treatment for nicotine dependence: State of the Science. *Substance Use & Misuse*, 40, 1923-1948.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Pine, D. S., Klein, D. F., Kasen, S. y Brook, J. S. (2000). Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *JAMA*, 284, 2348-2351.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Le Foll, B., Melihan-Cheinin, P. M., Rostoker, G., y Lagrue, G. (2005). Smoking cessation guidelines. Evidence-based recommendations of the French Health Products Safety Agency. *European Psychiatry*, 20, 431-441.
- Luger, T. M., Suls, J. y Vander Weg, M. W. (2014). How robust is the association between smoking and depression in adults? A meta-analysis using linear mixed-effects models. *Addictive Behaviors*, 39, 1418-1429.
- Martín-Moreno, J. M., Soerjomataram, I. y Magnusson, G. (2008). Cancer causes and prevention: A condensed appraisal in Europe in 2008. *European Journal of Cancer*, 44, 1390-1403.
- Moylan, S., Jacka, F. N., Pasco, J. A. y Berk, M. (2012). Cigarette smoking, nicotine dependence and anxiety disorders: a systematic review of population-based, epidemiological studies. *BMC Medicine*, 10, 123.
- Norris, S. L., Holmer, H. K., Ogden, L. A. y Burda, B. U. (2011). Conflict of interest in clinical practice guideline development: A systematic review. *Plos One*, 6, e25153.
- Pierce, J. P. y Gilpin, E. A. (2002). Impact of over-the-counter sales on effectiveness of pharmaceutical aids for smoking cessation. *JAMA*, 288, 1260-1264.
- Ranney, L., Melvin, C., Lux, L., McClain, E. y Lohr, K. N. (2006). Systematic review: Smoking cessation intervention strategies for adults and adults in special populations. *Annals of Internal Medicine*, 145, 845-856.
- Rigotti, N. A., Munafo, M. R., Murphy, M. F. G. y Stead, L. F. (2012). Interventions for smoking cessation in hospitalized patients (Cochrane Review). En *The Cochrane Library, Issue 4*. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
- Salín-Pascual, R.J., Rosas, M., Jiménez-Genchi, A., Rivera-Meza, B.L. y Delgado-Parra, V. (1996). Antidepressant effect of transdermal nicotine patches in nonsmoking patients with major depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 387-389.
- Schroeder, S. A. (2013). New evidence that cigarette smoking remains the most important health hazard. *The New England Journal of Medicine*, 368, 389-390. doi:10.1056/NEJMe1213751
- Secades, R., Díez, A. B. y Fernández, J. R. (2009). Eficacia de un programa multicomponente para dejar de fumar con y sin chicle de nicotina. *Psicología Conductual*, 7, 107-118.
- Spring, B., Doran, N., Pagoto, S., McChargue, D., Cook, J., Bailey, K. et al. (2007). Fluoxetine, smoking, and history of major depression: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 85-94.
- Stotts, R. C., Roberson, P. K., Hanna, E. Y. y Smith, C. K. (2003). A randomised clinical trial of nicotine patches for treatment of spit tobacco addiction among adolescents. *Tobacco Control*, 12 (Supl. 4), 11-15.
- Sussman, S., Sun, P. y Dent, C. W. (2006). A meta-analysis of teen cigarette smoking cessation. *Health Psychology*, 25, 549-557.
- 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. *British Medical Journal*, epub. doi: 10.1136/bmj.g1151.
- Tiffany, S. T., Conklin, C. A., Shiffman, S. y Clayton, R. R. (2004). What can dependence theories tell us about assessing the emergence of tobacco dependence? *Addiction*, 99 (Supl. 1), 78-86.
- U. S. D. H. H. S. (2014). *The health consequences of smoking-50 years of progress. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, Office of Surgeon General.
- Wilhelm, K., Wedgwood, L., Niven, H. y Kay-Lambkin, F. (2006). Smoking cessation and depression: Current knowledge and future directions. *Drug and Alcohol Review*, 25, 97-197.
- World Health Organization (2009). *WHO Tobacco Framework Convention on Tobacco Control*. Ginebra, Suiza: Autor.