

¿QUÉ APORTAN LAS TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN A LA EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL CON PARCHES DE NICOTINA PARA DEJAR DE FUMAR?

María Paz García Vera* y Jesús Sanz**

* Unidad de Psicología Clínica y de la Salud. Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Universidad Complutense de Madrid

** Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Universidad Complutense de Madrid

Resumen

Objetivo: Examinar si la terapia de exposición aumenta la efectividad de un programa multicomponente para dejar de fumar que combina técnicas cognitivo-conductuales con parches de nicotina.

Método: Estudio cuasi-experimental pre-post-seguimiento de dos grupos, uno de 22 fumadores que recibieron un programa grupal multicomponente cognitivo-conductual con parches de nicotina y otro de 26 fumadores que recibieron un programa similar que incluía además terapia de exposición en vivo a estímulos y contextos relacionados con la conducta de fumar, incluyendo tareas diarias para casa de autoexposición.

Resultados: Aunque el programa con terapia de exposición mostró tasas de abstinencia en el postratamiento y en los seguimientos al mes, a los seis meses y al año superiores al programa sin terapia de exposición (respectivamente, 65,4%, 65,4%, 66,7% y 66,7%, frente a 59,1%, 59,1%, 40,9% y 36,4%), tales diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Conclusiones: No parece que la terapia de exposición aumente de forma significativa las tasas de abstinencia de un programa multicomponente cognitivo-conductual con parches de nicotina. Sin embargo, esta conclusión debe tomarse con precaución dada la naturaleza cuasiexperimental del estudio y el pequeño número de fumadores en que está basado. En este sentido, el hecho de que no alcanzaran

Abstract

Objective: To examine whether cue-exposure therapy increases the effectiveness of a multicomponent smoking cessation program that combines cognitive-behavioral techniques with nicotine patches.

Method: Pre-post-follow-up quasi-experimental study of two groups, one group of 22 smokers that received a multicomponent group smoking cessation program that combined cognitive-behavioral techniques with nicotine patches and other group of 26 smokers that received a similar program that also included in vivo exposure to smoking-related cues and contexts and daily self-exposure homework.

Results: The program with cue-exposure therapy showed higher abstinence rates at post-treatment, 1-month follow-up, 6-month follow-up and one-year follow-up than those showed by the program without cue-exposure therapy (65,4%, 65,4%, 66,7% and 66,7%, respectively, versus 59,1%, 59,1%, 40,9% and 36,4%), however, the differences were not statistically significant.

Conclusions: It seems that cue-exposure therapy does not significantly increase the abstinence rates of a multicomponent smoking cessation program that combines cognitive-behavioral techniques with nicotine patches. However, this conclusion should be taken with caution because the present study used a quasi-experimental design (instead of an experimental one) and is based on a small number of smokers. In this sense, it is likely that this

Correspondencia:

María Paz García Vera

Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Facultad de Psicología
Universidad Complutense de Madrid

Campus de Somosaguas 28223 Madrid

E-mail: mpgvera@psi.ucm.es

significación estadística diferencias tan grandes como los 25-30 puntos porcentuales encontrados en los seguimientos a los seis meses y al año, probablemente indican la falta de potencia estadística del estudio.

Palabras clave: Terapia de exposición, terapia cognitivo-conductual, parches de nicotina, dejar de fumar.

study lacked statistical power since differences so large as the 25-30 percentage points found at the six-month and one-year follow-ups did not reach statistical significance.

Key words: Cue-exposure therapy, cognitive-behavioral therapy, nicotine patches, smoking cessation.

INTRODUCCIÓN

Tanto estudios clínicos como correlacionales han constatado que la conducta de fumar de los fumadores y las recaídas en dicha conducta de las personas que quieren abandonar el hábito de fumar están fuertemente asociadas a ciertos estímulos y contextos específicos^(1,2). De hecho, cuando los fumadores son expuestos en el laboratorio a estímulos asociados con la conducta de fumar como, por ejemplo, mecheros, ceniceros o cigarrillos, muestran incrementos significativos en sus respuestas cardiovasculares y en su deseo de fumar en comparación a cuando son expuestos a estímulos neutros⁽³⁻⁵⁾. Es más, una mayor reactividad ante los estímulos relacionados con la conducta de fumar predice una menor probabilidad de conseguir la abstinencia tras seguir un tratamiento para dejar de fumar y una mayor probabilidad de recaer⁽⁶⁻⁸⁾. Estos datos han llevado a los investigadores a considerar los beneficios terapéuticos de reducir la fuerza asociativa de los estímulos relacionados con la conducta de fumar a través de técnicas de exposición derivadas del condicionamiento clásico. Típicamente, las técnicas de exposición implican que el fumador se exponga de forma sistemática y repetida a los estímulos y contextos asociados previamente con la conducta de fumar mientras no se le permite fumar (prevención de res-

puesta), de forma que el objetivo final es extinguir las respuestas condicionadas del fumador a dichos estímulos.

Sin embargo, los pocos estudios que han puesto a prueba la eficacia de las técnicas de exposición para dejar de fumar no han hallado que dichas técnicas por sí solas sean más efectivas que otros tratamientos psicológicos como el entrenamiento en relajación⁽⁹⁾ o la técnica de fumar rápido^(10,11). Es más, los estudios tampoco han encontrado que los fumadores que reciben técnicas de exposición muestren tasas de abstinencia mayores que los fumadores que reciben simplemente apoyo social⁽¹⁰⁾ o que están en lista de espera⁽⁹⁾. Por tanto, la eficacia de las técnicas de exposición como tratamiento único para dejar de fumar es actualmente cuestionable.

No obstante, cabría la posibilidad de que la inclusión de dichas técnicas dentro de programas multicomponentes psicológicos o psicofarmacológicos podrían aumentar la efectividad de éstos. Hasta ahora, tan sólo tres estudios han explorado esta última posibilidad. Lowe et al.⁽¹²⁾ encontraron que la exposición no aumentó de forma estadísticamente significativa la eficacia de un programa de tratamiento psicológico basado en el entrenamiento en relajación y en la discusión de objetivos, de forma que en los seguimientos a los tres y seis meses, el tratamiento psicológico sin exposición mostró porcentajes de abstinencia de

71% y 29%, respectivamente, porcentajes similares a los obtenidos con el tratamiento psicológico con exposición (60% y 27%, respectivamente). Brandon et al.⁽¹³⁾ comparó la eficacia de un tratamiento psicológico basado en la técnica de fumar rápido, la psicoeducación, el reforzamiento social, el entrenamiento en respuestas de afrontamiento y el contrato de contingencias, cuando dicho tratamiento fue aplicado en solitario frente a cuando fue aplicado con cuatro sesiones adicionales de terapia de exposición. Aunque al finalizar las sesiones de exposición el grupo de pacientes que recibió tales sesiones mostró un porcentaje de abstinencia significativamente mayor que el grupo de pacientes que no las recibió (65% frente a 37%), en el seguimiento a los seis meses las diferencias ya no fueron estadísticamente significativas (50% frente a 37%), ni tampoco lo fueron en el seguimiento al año (40% frente a 37%). Finalmente, Niaura et al.⁽¹⁴⁾ no encontraron diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de abstinencia obtenidos con cuatro tipos de tratamiento: terapia cognitivo-conductual breve, terapia cognitivo-conductual con exposición, terapia cognitivo-conductual con chicles de nicotina y terapia cognitivo-conductual con chicles de nicotina y exposición, de forma que en el seguimiento al mes los porcentajes de abstinencia fueron, respectivamente, 34,4%, 32,3%, 48,6% y 38,7%, mientras que en el seguimiento al año los porcentajes de abstinencia fueron, respectivamente, 12,5%, 12,9%, 14,3% y 3,2%.

En resumen, los estudios previos no parecen sustentar la idea de que las técnicas de exposición sean por sí solas un tratamiento eficaz para dejar de fumar como tampoco parecen apoyar la idea de que dichas técnicas pueden aumentar la eficacia de otros tratamientos psicológicos o psicofarmacológicos. Sin

embargo, diversos autores han señalado la posibilidad de que la poca eficacia demostrada hasta ahora por las técnicas de exposición sea debida a que dichas técnicas, en su aplicación a la conducta de fumar y, en general, en su aplicación al tratamiento de las adicciones, no han sido diseñadas ni implementadas teniendo en cuenta los últimos avances en la investigación sobre la extinción⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Así, por ejemplo, la investigación contemporánea sobre los procesos de aprendizaje tanto en animales como en humanos sugiere que la extinción que se produce durante la terapia de exposición no implica una reducción directa de la asociación inicial entre el estímulo condicionado (EC) (p. ej., el cigarrillo) y el estímulo incondicionado (EI) (p. ej., la nicotina), sino el aprendizaje de asociaciones inhibitorias nuevas con el EC (EC-no EI). Estas nuevas asociaciones que se aprenden durante las técnicas de exposición están controladas por el contexto en el cual tienen lugar éstas: la persona aprende que, en el contexto de la terapia de exposición, el EI ya no seguirá al EC. Como consecuencia, posteriormente puede aparecer el fenómeno conocido como "renovación": una respuesta condicionada extinguida (p. ej., el deseo de fumar ante la presencia de un cigarrillo) se renueva cuando la persona se ve expuesta al EC (p. ej., el cigarrillo) fuera del contexto de la terapia de exposición, es decir, fuera del contexto de la extinción. En otras palabras, los deseos de fumar generados por estímulos relacionados con la conducta de fumar como, por ejemplo, un cigarrillo, pueden extinguirse en el contexto de la clínica donde el paciente ha sido sometido a una terapia de exposición, pero cuando el paciente se ve expuesto al cigarrillo fuera del ambiente de la clínica, por ejemplo, en un bar, tales deseos condicionados pueden volver a apare-

cer, convirtiendo en ineficaces las técnicas de exposición^(15,17).

Una consecuencia lógica de esta forma de entender los procesos de extinción y de la existencia de los fenómenos de renovación es la necesidad de diseñar terapias de exposición que impliquen, entre otras cosas, reproducir lo mejor posible los contextos originales donde la asociación EC-El tuvo lugar originalmente y ampliar los contextos en los cuales tiene lugar dicha exposición y, por ende, la extinción⁽¹⁵⁾. Por tanto, los contextos utilizados durante las técnicas de exposición deberían ser múltiples y lo más parecidos posibles a los contextos reales en los que la persona encontraron y encontrarán los estímulos relacionados con la conducta de fumar. Desde esta óptica, es comprensible que algunos estudios previos no hubiesen encontrado datos favorables a la eficacia de las técnicas de exposición, ya que algunos de ellos^(9,11) utilizaron procedimientos para la presentación de los estímulos (p. ej., imaginación, presentación auditiva) que no reproducen bien los contextos reales asociados previamente a la conducta de fumar o en los cuales los pacientes posteriormente se encontrarán los estímulos condicionados que se pretenden extinguir.

El objetivo principal del presente estudio fue examinar si el añadir terapia de exposición a la combinación de terapia multicomponente cognitivo-conductual y parches de nicotina aumentaba la efectividad de dicha combinación para dejar de fumar. Para ello, se compararon los resultados de dos programas de tratamiento que combinaban técnicas cognitivo-conductuales y parches de nicotina y que fueron aplicados en un caso sin terapia exposición y en otro caso con terapia de exposición, terapia que fue diseñada para maximizar la extinción y

prevenir los efectos de renovación, al utilizar en la clínica un procedimiento en vivo de presentación de los EE asociados a la conducta de fumar, presentar dichos EE en contextos muy similares a los contextos reales asociados previamente a la conducta de fumar o en los cuales los pacientes posteriormente se encontrarán los estímulos condicionados (p. ej., tomando café; bebiendo en un bar con humo en el ambiente) y programar entre sesiones ensayos de autoexposición a los EE en múltiples contextos.

MÉTODO

Participantes

En esta investigación participaron 48 fumadores que siguieron dos programas de tratamiento para dejar de fumar puestos en marcha en la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), uno durante 2002-2003 (22 fumadores) y otro durante 2005-2006 (26 fumadores). Como se detallará en el apartado de procedimiento, ambos programas incluían terapia multicomponente cognitivo-conductual y parches de nicotina, pero el de 2005-2006 incluía además terapia de exposición. Ambos programas estaban financiados por el Rectorado de la UCM, por lo que todos los pacientes eran profesores o personal de administración y servicios de la UCM y su participación en los programas fue totalmente gratuita. Las principales características demográficas y clínicas de los pacientes en función del programa de tratamiento que siguieron se recogen en la Tabla 1. Antes de iniciar la evaluación pretratamiento, todos los pacientes firmaron una hoja de consentimiento informado de participación en la investigación.

Tabla 1. **Características demográficas y clínicas de los pacientes que siguieron los programas de tratamiento de terapia cognitivo-conductual (TCC) y parches de nicotina, con o sin terapia de exposición**

Características	Tratamiento (TCC + parches)	
	Con exposición (n = 26)	Sin exposición (n = 22)
Edad (media en años; [DT])	46,5 [9,8]	44,5 [8,6]
Sexo (% de mujeres)	61,5	68,2
Nivel de estudios (%)		
Primarios o EGB	11,5	4,5
Secundarios, BUP o FP	26,9	4,5
Universitarios	61,5	90,9
Estado civil (%)		
Casado o con pareja de hecho	73,1	90,9
Soltero	23,1	9,1
Separado o divorciado	3,8	0
Profesión (%)		
Profesores universitarios	42,3	54,5
Personal de administración y servicios	57,7	45,5
Nº de cigarrillos/día en el pretratamiento (media [DT])	21,3 [8,7]	19,6 [5,9]
Alta dependencia de la nicotina (% que fuman \geq 30 cigarrillos/día)	23,1	9,1

Nota. DT = desviación típica. Las pruebas *t* o de P^2 no revelaron con $p < 0,05$ diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en ninguna de las características.

Diseño

Estudio pre-post-seguimiento de dos grupos cuasi-experimental, es decir, sin asignación aleatoria de los pacientes a los dos programas de tratamiento (con y sin exposición).

Procedimiento

Tanto la evaluación como el tratamiento de los pacientes fueron llevados a cabo por los psicólogos residentes de la Unidad⁽¹⁸⁾.

Evaluación pretratamiento

Todos los pacientes pasaron por una sesión individual de evaluación pretra-

tamiento durante la cual se les administró una entrevista estructurada que examinaba diversos aspectos de sus hábitos de fumar (p. ej., consumo de cigarrillos, situaciones que favorecen la conducta de fumar, razones para dejar de fumar, etc.) así como ciertas variables demográficas (p. ej., edad, estudios, profesión, etc.) y clínicas (p. ej., enfermedades o síntomas relacionadas con el consumo de tabaco).

Tratamiento multicomponente cognitivo-conductual

En el programa de tratamiento sin exposición, en esa misma sesión de evaluación se iniciaba el tratamiento

dedicando una parte de la misma a la aplicación de técnicas motivacionales, en concreto, la entrevista motivacional y la elaboración de una carta de compromiso personal con la terapia. En el programa de tratamiento con exposición, el paciente era citado para una sesión posterior de tratamiento individual donde se aplicaron las técnicas motivacionales anteriormente citadas.

Tras la sesión de tratamiento motivacional, todos los pacientes iniciaban un programa multicomponente grupal, en grupos de 5-7 personas, que combinaba diversas estrategias y técnicas cognitivo-conductuales con parches de nicotina. En el tratamiento sin exposición, el programa grupal constaba de 9 sesiones que se realizaron a lo largo de 11 semanas, a razón de una sesión semanal, excepto en el caso de las sesiones 2ª y 3ª, y de las tres últimas sesiones. Entre las sesiones 2ª y 3ª transcurría tan sólo 48 horas dado que la 3ª sesión tenía como objetivo principal proporcionar apoyo inmediato a los pacientes tras la sesión en la que se había fijado que dejaran de fumar completamente (la 2ª sesión o día D, "día de la independencia del tabaco"), mientras que las tres últimas sesiones grupales se realizaron con dos semanas de intervalo respecto a la sesión anterior.

En el tratamiento con exposición, el programa grupal constaba de 10 sesiones que se realizaron a lo largo de 10 semanas a razón de una sesión semanal, excepto en el caso de las sesiones 2ª y 3ª entre las cuales, tal y como ocurría con el programa sin exposición, transcurrieron tan sólo 48 horas por las mismas razones mencionadas anteriormente.

Como es habitual en las terapias cognitivo-conductuales, en los dos programas de tratamiento (con y sin exposición), durante los períodos entre sesiones los pacientes debían llevar a cabo

una serie de tareas, las cuales estaban fundamentalmente dirigidas a practicar y generalizar las habilidades entrenadas durante las sesiones de terapia. La duración de cada sesión grupal de tratamiento fue de aproximadamente 90 minutos. Las principales estrategias y técnicas psicológicas que se trabajaron durante las sesiones grupales en los dos programas de tratamiento y que se basaban, en parte, en aquellas que componían el programa "Ex-Moker" para dejar de fumar⁽¹⁹⁾, fueron: (1) psicoeducación (p. ej., información sobre el hábito del tabaco, la dependencia, el proceso de abandonarlo, los procesos de recuperación del organismo –incluyendo los aspectos relacionados con el control del peso–, los efectos sobre el estado de ánimo, los sesgos cognitivos y creencias erróneas o disfuncionales de los fumadores); (2) técnicas de reforzamiento (p. ej., medición y representación gráfica del CO en aire espirado y reforzamiento de la reducción de los niveles de CO); (3) técnicas de control de estímulos; (4) apoyo social dentro del tratamiento, y (5) técnicas de afrontamiento del deseo, la ansiedad y de las situaciones de riesgo de recaída para superarlas con éxito y mantener la abstinencia (p. ej., distracción, parada del pensamiento, autoinstrucciones positivas, reestructuración cognitiva, entrenamiento en respiración diafragmática, entrenamiento en asertividad, entrenamiento en solución de problemas).

Parches de nicotina

En los dos programas de tratamiento, durante la 2ª sesión grupal (el día D) se presentaron los parches de nicotina de 16 horas Nicorette© y se proporcionó a los pacientes, tanto oralmente como por escrito, información e instrucciones sobre su utilización. Esta información

estaba basada en las instrucciones de uso que aparecían en los prospectos de los parches. Los pacientes se aplicaron el primer parche durante esa 2ª sesión, en presencia del terapeuta, y recibieron los parches necesarios (uno por día) hasta la siguiente sesión de tratamiento. La pauta de utilización de los parches se ajustó a las recomendadas por las guías de práctica clínica^(20,21). En base a los resultados de los estudios meta-analíticos que no encuentran beneficios adicionales al extender la terapia de parches más allá de 8 semanas⁽²²⁾, esas guías recomiendan la aplicación de los parches de nicotina de 16 horas durante 8 semanas con una reducción progresiva de la dosis de liberación de nicotina: 4 semanas con parches de 15 mg de nicotina, 2 semanas con parches de 10 mg y 2 semanas con parches de 5 mg (véase la tabla de la estrategia general 3 de Fiore et al.⁽²⁰⁾). Esta fue la pauta utilizada en los dos programas de tratamiento evaluados en el presente estudio.

Terapia de exposición

En el programa de tratamiento con exposición, a partir de la 5ª sesión de tratamiento grupal se inició la exposición en vivo a los estímulos relacionados con la conducta de fumar, realizándose, a lo largo de las restantes sesiones grupales, la exposición a una jerarquía de siete estímulos. El primer estímulo, por ejemplo, consistía en abrir el paquete de tabaco, sacar un cigarrillo, manipular el cigarrillo con las dos manos, olerlo mientras se sujetaba con las dos manos, dejar el cigarrillo en la mano con la que habitualmente se fuma y coger el mechero con la otra y, finalmente, manipular el mechero. Los siguientes estímulos iban aumentando gradualmente el número de acciones relacionados con la conducta de fumar (p. ej., acercarse

el cigarrillo a la boca, sujetarlo con los labios, chuparlo, dar una calada) y el número de elementos contextuales asociados con la conducta de fumar (p. ej., un cigarrillo encendido a la vista, humo en el ambiente, tomarse un café o la bebida que los pacientes suelen tomar de manera más frecuente asociada al consumo de tabaco), de forma que el último estímulo de la jerarquía implicaba, por ejemplo, realizar todas las acciones anteriormente mencionadas mientras los pacientes se tomaban un café (o la bebida que cada paciente más asociaba al consumo de tabaco) en una cafetería fuera de la clínica donde había fumadores y humo en el ambiente.

Además, se pidió a los pacientes que construyeran una jerarquía personal de cuatro estímulos asociados a su hábito de fumar parecida a la jerarquía que se estaba trabajando durante las sesiones y se programaron, entre las sesiones, tareas de autoexposición gradual a los dos primeros estímulos de la jerarquía grupal y a los cuatro estímulos de la jerarquía personal, tareas que implicaban un mínimo de dos exposiciones diarias al estímulo en cuestión. Estas autoexposiciones fueron evaluadas mediante autorregistros y comentadas en las sesiones grupales.

Evaluación postratamiento y seguimiento

Al principio de la última sesión de tratamiento grupal, se preguntó a todos los pacientes sobre su consumo de tabaco desde que dejaron de fumar (día D) y también se les realizó una evaluación de CO en aire espirado mediante un *Mini 2 Smokerlyzer (Bedfont Scientific)*. Lamentablemente, debido a problemas técnicos con la base de datos, se perdieron las mediciones de CO de los participantes en el programa de tratamiento sin exposición. La abstinencia en el pos-

tratamiento, pues, quedó definida por el autoinforme sobre la abstinencia continuada desde el día D (9 y 7 semanas, respectivamente, para los programas sin y con exposición). En el caso de los pacientes del programa con exposición, el autoinforme de abstinencia se contrastó con la medida de abstinencia de 24 horas definida por una determinación de CO inferior a 8 ppm⁽²³⁾.

Al mes, se contactó por teléfono con todos los pacientes y se les administró una entrevista estructurada breve en la que se preguntaba, entre otras cosas, si se había fumado en el último mes. En el seguimiento al mes, se definió la abstinencia como la contestación negativa a esa pregunta.

A los seis meses y al año, se contactó de nuevo por teléfono con todos los pacientes, excepto con aquellos que habían iniciado su tratamiento a mediados de 2006 y que, por tanto, todavía no habían cumplido ni seis meses desde que lo finalizaron. En ambos seguimientos, también se realizó una entrevista estructurada breve por teléfono en la que se preguntaba si se había fumado en los últimos seis meses o en el último año, respectivamente, definiéndose la abstinencia a los seis meses y al año como la contestación negativa a dichas preguntas.

RESULTADOS

Características demográficas y clínicas y asistencia al tratamiento

Se realizaron pruebas de P^2 para comprobar la existencia de diferencias entre los dos grupos de tratamiento, con y sin exposición, en el sexo de los pacientes, su nivel de estudios, su estado civil y su profesión (véase la Tabla 1), no encontrándose ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los grupos

en dichas características demográficas ($P^2 = ,23, 5,65, 2,71$ y $,71$, respectivamente, todas no significativas con $p < ,05$). También se realizaron pruebas de t para medidas independientes para comprobar la existencia de diferencias entre los dos grupos de tratamiento en la edad de los pacientes y en el número de cigarrillos que fumaban antes del tratamiento, no encontrándose de nuevo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en dichas variables ($t = ,73$ y $,75$, respectivamente, ambas no significativas con $p < ,05$). Es más, tomando como indicador de alta dependencia a la nicotina el hecho de fumar diariamente 30 cigarrillos o más⁽²⁴⁾, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en cuanto al número de fumadores con alta dependencia de la nicotina entre el grupo de tratamiento con exposición y el grupo sin exposición (23,1% frente a 9,1%; $P^2 = 1,68$, no significativa con $p < ,05$).

Por otro lado, se calculó el porcentaje de sesiones de tratamiento al que habían asistido los pacientes. En el grupo de tratamiento sin exposición, ese porcentaje se calculó sobre un total de 10 sesiones de tratamiento (1 de evaluación-tratamiento individual + 9 de tratamiento grupal) y en el grupo de tratamiento con exposición se calculó sobre un total de 11 sesiones de tratamiento (1 de tratamiento individual + 10 de tratamiento grupal). Una prueba t para medidas independientes no reveló diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de sesiones de tratamiento atendidas entre el grupo de tratamiento con exposición y el de sin exposición (79% frente a 82,3%; $t = -,38$, no significativa con $p < ,05$). Es más, considerando la falta de asistencia a la mitad de la sesiones como abandono del tratamiento, éste se cifró en un 15,4% en el grupo de tratamiento con exposición y en un

13,6% en el grupo sin exposición, sin que entre ambos grupos se encontraran diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de abandonos ($P^2 = ,29$, no significativa con $p < ,05$).

Tasas de abstinencia

Fue imposible localizar a un paciente que había abandonado el tratamiento sin exposición y, por tanto, de este paciente no se tenían datos de abstinencia en el postratamiento ni en los seguimientos. Contabilizando los datos perdidos de este paciente como fracasos, el porcentaje de pacientes abstinentes, sobre el total de pacientes que iniciaron los tratamientos, al finalizar éstos y en los seguimientos al mes, a los seis meses y al año se recogen en la Tabla 2. A la hora de analizar esa tabla, es importante recordar que, en los seguimientos a los seis meses y al año no se tienen en cuenta los pacientes del grupo con exposición que habían iniciado el tratamiento a mediados de 2006 y a los que, por tanto, no se les había hecho el se-

guimientos a los seis meses o al año ya que todavía no habían transcurrido ni seis meses desde que habían finalizado el tratamiento.

Se realizaron pruebas de P^2 para comprobar la existencia de diferencias entre los dos grupos de tratamiento, con y sin exposición, en el porcentaje de pacientes abstinentes en el postratamiento y en el seguimiento al mes (véase la Tabla 2), no encontrándose ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en las tasas de abstinencia (ambas $P^2 = ,20$ y ambas no significativas con $p < ,05$).

Teniendo en cuenta tan sólo los pacientes que habían terminado el tratamiento con tiempo suficiente para realizarles el seguimiento a los seis meses y al año (véase la Tabla 2), las pruebas de P^2 tampoco revelaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de tratamiento en los porcentajes de pacientes abstinentes al finalizar el tratamiento y al mes (ambas $P^2 = ,79$ y ambas no significativas con $p < ,05$), ni tampoco mostraron diferencias esta-

Tabla 2. Porcentajes de abstinencia en los dos programas de tratamiento de terapia cognitiva-conductual (TCC) y parches de nicotina, con o sin terapia de exposición

Abstinencia	Tratamiento (TCC + parches)	
	Con exposición	Sin exposición
Todos los fumadores (N)	26	22
Abstinencia en el postratamiento	65,4%	59,1%
Abstinencia en el seguimiento a 1 mes	65,4%	59,1%
Fumadores con seguimientos a los 6 meses y 1 año (N)	15	22
Abstinencia en el postratamiento	73,3%	59,1%
Abstinencia en el seguimiento a 1 mes	73,3%	59,1%
Abstinencia en el seguimiento a 6 mes	66,7%	40,9%
Abstinencia en el seguimiento a 1 año	66,7%	36,4%

Nota. Las pruebas de P^2 no revelaron con $p < ,05$ diferencias estadísticamente significativas entre los dos

dísticamente significativas entre los dos grupos en los porcentajes de pacientes abstinentes a los seis meses y al año ($P^2 = 2,37$ y $3,28$, respectivamente, ambas no significativas con $p < ,05$). Sin embargo, al año la diferencia entre los dos grupos, favorable al grupo con exposición (66,7% frente a 36,4%), mostraba cierta tendencia hacia la significación estadística ($p < ,07$). De hecho, la magnitud de la diferencia era tan grande (30,3%), que la falta de significación estadística sugería la probable falta de potencia estadística del estudio a la hora de examinar la abstinencia al año.

DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente estudio era examinar si la adicción de técnicas de exposición mejora de forma significativa a corto plazo (postratamiento y seguimiento al mes) y a medio-largo plazo (a los seis meses y al año) la efectividad de los programas combinados de terapia cognitivo-conductual y parches de nicotina. Los resultados encontrados no parecen apoyar dicha hipótesis. Efectivamente, aunque el programa combinado de terapia cognitivo-conductual con parches de nicotina que incluía terapia de exposición mostró tasas de abstinencia en el postratamiento y en los seguimientos al mes, a los seis meses y al año superiores al programa combinado de terapia cognitivo-conductual con parches de nicotina que no incluía exposición (véase la Tabla 2), tales diferencias no fueron estadísticamente significativas, por lo que debemos aceptar la hipótesis nula de la ausencia de diferencias entre ambos programas de tratamientos y, por tanto, concluir que el añadir técnicas de exposición no mejora de forma significativa la efectividad de los programas combinados de terapia cognitivo-conductual y parches de nicotina.

Esta ausencia de diferencias estadísticamente significativas fue evidente a pesar de que ambos programas de tratamiento para dejar de fumar obtuvieron muy buenos resultados. Efectivamente, considerando ambos programas, hemos encontrado tasas de abstinencia de 62,5% en el postratamiento, de 52,8% a los seis meses y de 50% al año. Estos resultados son similares o superiores a las encontrados en estudios previos sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual, de los parches de nicotina o de su combinación. Así, por ejemplo, reanalizando los datos de la revisión meta-analítica de Sánchez Meca et al.⁽²⁵⁾ sobre la eficacia en España de las terapias cognitivo-conductuales para dejar de fumar, se puede estimar que, tras una terapia cognitivo-conductual, se puede conseguir un 67,2% de abstinencia en el postratamiento, un 31,9% de abstinencia a los seis meses y un 29,3% de abstinencia al año⁽²⁶⁾. Igualmente, un reanálisis de los datos de la revisión meta-analítica de Fiore et al.⁽²²⁾ sobre la eficacia de los parches de nicotina, permiten estimar que la aplicación de los parches de nicotina en solitario consigue unas tasas de abstinencia de 17,9% en el postratamiento, de 22,4% a los seis meses y de 10,2% al año, mientras que la aplicación de los parches de nicotina en combinación con terapia cognitivo-conductual logra unas tasas de abstinencia de 50,4% en el postratamiento, de 28,9% a los seis meses y de 27,6% al año⁽²⁶⁾.

Por tanto, se debe descartar cualquier efecto suelo a la hora de explicar la ausencia de diferencias entre los programas de tratamiento con y sin exposición. De hecho, esta ausencia de diferencias es consistente con los resultados previos de la literatura que tampoco han encontrado que las técnicas de exposición aumenten de forma significativa la eficacia de un programa de tratamiento multi-

componente cognitivo-conductual^(12,13) o la eficacia de un programa de tratamiento multicomponente que combina terapia cognitivo-conductual con chicles de nicotina⁽¹⁴⁾. Es más, en el presente estudio, y en comparación con otros estudios previos, se diseñó la terapia de exposición siguiendo las recomendaciones de Conklin y Tiffany⁽¹⁵⁾ para maximizar la extinción y prevenir los efectos de renovación, utilizando, para ello, la presentación en vivo en la clínica de los EE asociados a la conducta de fumar, presentando dichos EE en contextos muy similares a los contextos reales asociados previamente a la conducta de fumar o en los cuales los pacientes posteriormente se encontrarán los estímulos condicionados, y programando entre sesiones ensayos de autoexposición en múltiples contextos. No obstante, a pesar de seguir las recomendaciones de Conklin y Tiffany⁽¹⁵⁾ en el diseño de la terapia de exposición, los resultados del presente estudio no sugieren que dicha terapia aumente de forma significativa las tasas de abstinencia de un programa multicomponente cognitivo-conductual con parches de nicotina.

Sin embargo, esta conclusión debería tomarse con precaución dadas las limitaciones del presente estudio. La primera limitación tiene que ver con su diseño no experimental. Efectivamente, dado que los pacientes no fueron aleatorizados a los dos tipos de tratamiento, con y sin exposición, cabría pensar que los dos grupos de pacientes podrían diferir en alguna característica importante relacionada con la consecución de la abstinencia que a su vez podría explicar la ausencia de diferencias en abstinencia entre los dos tratamientos. Aunque es cierto que los dos grupos de pacientes no diferían de forma estadísticamente significativa en varias variables demográficas y clínicas (sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, profesión,

número de cigarrillos fumados, dependencia de la nicotina, número de sesiones de tratamiento atendidas), es obvio que existen muchas otras variables que pueden predecir la abstinencia^(27,28) y que la ausencia de aleatorización hace más probable la posible existencia de diferencias entre los grupos en alguna de ellas y, por ende, su posible influencia en los resultados del estudio.

La segunda limitación del estudio tiene que con los procedimientos utilizados para medir la abstinencia. En este sentido, la utilización de los autoinformes continúa siendo controvertida; sin embargo, hay bastantes datos que indican que los autoinformes son exactos incluso en intervenciones de baja intensidad. Las tasas de desconfirmación en estas situaciones pueden ser tan bajas como entre 2 y 4%⁽²⁹⁾. De hecho, en el presente estudio fue posible contar, en el grupo con exposición, de medidas de abstinencia mediante cooximetría en el postratamiento, medidas que confirmaron totalmente los autoinformes de abstinencia, de forma que el 65,4% de los pacientes que recibieron el tratamiento con exposición obtuvieron una medida de CO inferior a 8 ppm en el postratamiento.

Por otro lado, en España, la fiabilidad de la respuesta a los autoinformes ha sido estimada en 71,4% para las entrevistas telefónicas⁽³⁰⁾, por lo que, utilizando este dato, se podría estimar que los porcentajes de abstinencia obtenidos en el presente estudio, considerando ambos programas de tratamiento (con y sin exposición), se sitúan en 43,7% en el postratamiento, 38,8% a los seis meses y 36,1% al año, cifras que siguen siendo comparables, e incluso mejores, que las encontrados en estudios previos sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual, de los parches de nicotina o de su combinación^(22,25,26), y que son es-

peranzadoras en comparación con las tasas de abstinencia que muestran las personas que no han seguido ningún tratamiento para dejar de fumar y que se pueden estimar en un 3-5%⁽²⁶⁾.

Finalmente, la tercera limitación de este estudio se refiere al pequeño número de pacientes que conformaban los dos grupos de tratamiento (en total, 48 pacientes en el postratamiento y en el seguimiento al mes, y 36 pacientes en el seguimiento a los seis meses y al año), lo que pone en cuestión la potencia estadística del estudio para encontrar diferencias estadísticamente significativas en abstinencia entre el tratamiento con exposición y el tratamiento sin exposición. De hecho, esta posibilidad es muy plausible respecto a los resultados encontrados en los seguimientos a los seis meses y al año, puesto que a pesar de que el tratamiento con exposición conseguía tasas de abstinencia mayores que el tratamiento sin exposición y que suponían un 25,9% más de pacientes abstinentes en el seguimiento a los seis meses y un 30,3% más de pacientes abstinentes en el seguimiento al año, tales diferencias no se mostraron estadísticamente significativas. Por tanto, parece necesario replicar los resultados de este estudio con una muestra mayor que asegure una adecuada potencia estadística y, a ser posible, con un diseño experimental, de forma que se pueda llegar a conclusiones más firmes y seguras sobre los beneficios terapéuticos adicionales que puede suponer la inclusión de las técnicas de exposición en los programas para dejar de fumar que combinan terapia cognitivo-conductual con parches de nicotina.

Notas de los autores

Los resultados obtenidos en el postratamiento fueron presentados como póster

en la IV Reunión Anual de la Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud (La Manga del Mar Menor, Murcia; 21-22 de octubre de 2005) y los obtenidos en el seguimiento fueron presentados como póster en el VI Congreso Nacional de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo (Logroño; 26-28 de octubre de 2006). Nuestro agradecimiento al Rectorado de la Universidad Complutense de Madrid que financió el programa "Un año sin fumar en la Complutense" del que forma parte esta investigación, y a Pfizer Consumer Healthcare, especialmente a su gerente comercial, Nati Godayol, por su colaboración y asesoramiento respecto a los parches de nicotina. Gracias también a los psicólogos residentes de la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud de la UCM (Elena Arderius, Benjamín Ballesteros, Enrique Chacón, Ana Enjuanes, Amaya Escolar, Regina Espinosa, Francisco José Estupiña, Ignacio Fernández, Zaloa Gómez, Andrés Hausmann, Helena Olivera, Marta Perandones, Mercedes Risco, Laura Romero, Beatriz Rodríguez, Ana Sanz, Andrés Sotoca y Víctor Manuel de la Torre) por su ayuda imprescindible e inestimable en esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brandon T, Piasecki T, Quinn E, Baker T. Cue exposure treatment in nicotine dependence. En: Drummond DC, Tiffany ST, Glautier S, Remington B, editors. Addictive behaviours: Cue exposure theory and practice. Chichester: Wiley, 1995; p. 211-27.
2. Carter BL, Tiffany ST. Meta-analysis of cue-reactivity in addiction research. *Addiction* 1999; 94:327-40.
3. Maude-Griffin PM, Tiffany ST. Production of smoking urges through imagery: The impact of affect and smoking abstinence. *Exp Clin Psychopharmacol* 1996; 4:198-202.

4. Niaura R, Abrams DB, Pedraza M, Monti PM, Rohsenow DJ. Smokers reactions to interpersonal interaction cues and presentation of smoking cues. *Addict Behav* 1992; 17:557-66.
5. Thewissen R, van den Hout M, Havermans RC, Jansen A. Context-dependency of cue-elicited urge to smoke. *Addiction* 2005; 100:387-96.
6. Abrams DB, Monti PM, Carey KB, Pinto RP, Jacobus SI. Reactivity to smoking cues and relapse: Two studies of discriminant validity. *Behav Res Ther* 1988; 26:225-33.
7. Niaura R, Abrams D, DeMuth B, Pinto R, Monti P. Responses to smoking-related stimuli and early relapses to smoking. *Addict Behav* 1989; 14:419-28.
8. Waters AJ, Shiffman S, Sayette MA, Paty JA, Gwaltney CJ, Balabanis MH. Cue-provoked craving and nicotine replacement therapy in smoking cessation. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72:1136-43.
9. Götestam, KG, Melin, L. An experimental study of covert extinction of smoking cessation. *Addict Behav* 1983; 8:27-31.
10. Raw M, Russell MAH. Rapid smoking, cue exposure and support in the modification of smoking. *Behav Res Ther* 1980; 5:363-72.
11. Corty E, McFall RM. Response prevention in the treatment of cigarette smoking. *Addict Behav* 1984; 9:405-8.
12. Lowe MR, Green L, Kurtz SM, Ashenberg ZS, Fisher EB Jr. Self-initiated, cue extinction, and covert sensitization procedures in smoking cessation. *J Behav Med* 1980; 3:357-72.
13. Brandon TH, Zelman DC, Baker TB. Effects of maintenance sessions on smoking relapse: Delaying the inevitable? *J Consult Clin Psychol* 1987; 55:780-2.
14. Niaura R, Abrams DB, Shadel WG, Rohsenow DJ, Monti PM, Sirota AD. Cue exposure treatment for smoking relapse prevention: a controlled clinical trial. *Addiction* 1999; 94:685-95.
15. Conklin CA, Tiffany ST. Applying extinction research and theory to cue-exposure addiction treatments. *Addiction* 2002; 97:155-67.
16. Conklin CA. Environments as cues to smoke: implications for human extinction-based research and treatment. *Exp Clin Psychopharmacol* 2006; 14:12-9.
17. Thewissen R, Snijders SJ, Havermans RC, van den Hout M, Jansen A. Renewal of cue-elicited urge to smoke: implications for cue exposure treatment. *Behav Res Ther* 2006; 44:1441-9.
18. García-Vera MP. Los centros universitarios de asistencia psicológica como centros de formación de posgrado en psicología clínica y psicoterapia: la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud de la UCM. *Pap Psicol* 2004; 87:59-66.
19. García-Vera MP. Clinical utility of the combination of cognitive-behavioral techniques with nicotine patches as a smoking-cessation treatment: five-year results of the "Ex-Moker" program. *J Subst Abuse Treat* 2004; 27:325-33.
20. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Smoking cessation. Clinical Practice Guideline No 18 (AHCPR Publication 96-0692). Rockville, M.D.: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1996.
21. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Treating tobacco use and dependence. A clinical practice guideline (AHRQ Publication 00-0032). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 2000.
22. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Baker TB. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: a meta-analysis. *JAMA* 1994; 271:1940-7.
23. Becoña E, Vázquez FL. Self-reported smoking and measurement of expired air carbon monoxide in a clinical treatment. *Psychol Rep* 1998; 83:316-8.

24. De León J, Díaz FJ, Becoña E, Gurpegui M, Jurado D, González-Pinto A. Exploring brief measures of nicotine dependence for epidemiological surveys. *Addict Behav* 2003; 28:1481-6.
25. Sánchez Meca J, Martín Martínez F, Olivares Rodríguez J, Rosa Alcázar AI. Variables influyentes en el tratamiento de la adicción al tabaco. Un estudio de las tasas de abstinencia en España. *Psicol Conduct* 1999; 7:301-21.
26. García-Vera MP, Sanz J. Análisis de la situación de los tratamientos para dejar de fumar basados en terapia cognitivo-conductual y en parches de nicotina. *Psicooncología* 2006; 3(2-3).
27. Míguez MC, Becoña E. El proceso de recaída y sus causas en ex-fumadores. *Adicciones* 1997;9: 405-35.
28. Ockene JK, Emmons KM, Mermelstein RJ, Perkins KA, Bonollo DS, Voorhees CC, et al. Relapse and maintenance issues for smoking cessation. *Health Psychol* 2000; 19(Suppl 1):17-31.
29. Jolicoeur DG, Ahluwalia JS, Richter KP, Mosier M, Harris KJ, Gibson C, et al. The use of nicotine patches with minimal intervention. *Prev Med* 2000; 30:504-12.
30. Nebot M, Cabezas C, Oller M, Moreno F, Rodrigo J, Sard T, et al. Consejo médico, consejo de enfermería y chicle de nicotina para dejar de fumar en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 1990; 95:57-61.