

DEJAR DE FUMAR DESDE CASA: "EL PROGRAMA 2001 PARA DEJAR DE FUMAR"

Elisardo Becoña y M^o Carmen Míguez

Unidad de Tabaquismo. Universidad de Santiago de Compostela

Resumen

Los programas de autoayuda han demostrado ser un modo eficaz para que muchas personas dejen de fumar. En el presente artículo se describe el origen, fundamentos, características y resultados de un programa para dejar de fumar a través del correo postal, denominado "Programa 2001 para dejar de fumar" (Becoña, 1996). Al mismo se le puede añadir consejo telefónico, feedback o utilización de correo electrónico como complemento al procedimiento estándar. Este tratamiento es una adaptación en formato de autoayuda del tratamiento psicológico cognitivo-conductual "Programa para dejar de fumar" (Becoña, 1993), que ha mostrado un alto nivel de eficacia y coste-efectividad. El "Programa 2001 para dejar de fumar" se viene aplicando en España, a nivel nacional, desde el año 1995. En él han participado ya más de 4.500 fumadores y su coste-efectividad es excelente (hasta un 27% de abstinencia a los 12 meses de seguimiento) comparado con otras intervenciones clínicas para dejar de fumar, tanto psicológicas como farmacológicas.

Palabras clave: Fumar, autoayuda, tratamiento, psicológico, eficacia.

Abstract

The self-help smoking programs have demonstrated to be effective so that many people stop smoking. In the present paper we describe the origin, foundations, characteristic and results of a psychological program to stop smoking through the postal mail, named "Programa 2001 para dejar de fumar" ["Program 2001 to stop smoking"] (Becoña, 1996). This program can be combined with phone advice, write feedback or additional support by email. This treatment is an adaptation in format of self-help of the cognitive-behavioural psychological treatment "Programa para dejar de fumar" ["Program to stop smoking"] (Becoña, 1993) that has shown a good efficacy and cost-effectiveness. The "Program 2001 to stop smoking" was applied in Spain, at national level, from the year 1995. In this years have already participated in it more than 4.500 smokers. Your cost-effectiveness is excellent (until 27% of abstinence at 12-month follow-up) in relation with other clinical treatments, such psychological as pharmacological.

Key words: Smoking, self-help, treatment, psychological, effectiveness.

TIPOS DE ACTUACIONES ANTE LA EPIDEMIA TABÁQUICA

Hace décadas que se conocen las consecuencias del tabaco en la salud⁽¹⁾. Sabemos que existe una clara asociación

entre fumar y distintas enfermedades (enfermedad obstructiva crónica, cánceres, cardiopatías, etc.). Respecto a los cánceres, destaca el de pulmón, con el que guarda una relación causal. Éste es el cáncer más frecuente en varones y el

Correspondencia:

Elisardo Becoña
Unidad de Tabaquismo. Universidad de Santiago de Compostela.
Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología.
Campus Universitario Sur
15782 Santiago de Compostela, Galicia
E-mail: pcelisar@usc.es

segundo en mujeres⁽²⁾. Es, por tanto, el tabaquismo la principal causa prevenible de enfermedad y muerte en los países del mundo occidental. En la actualidad, fumar cigarrillos produce la muerte prematura de 50.000 fumadores en España cada año⁽³⁾. Esto equivale a 135 muertes al día debidas al consumo de tabaco. Tan abultadas cifras indican claramente la necesidad de tomar conciencia y, al mismo tiempo, medidas para controlar y, de ser posible, erradicar la "epidemia" del tabaquismo. En el momento actual se le considera como el problema número uno de salud pública, ya que no hay ninguna otra medida que se pueda tomar para mejorar la salud del conjunto de toda la población que consiguiendo que los fumadores dejen de fumar.

Sin duda alguna, las medidas legislativas son el primer paso para abordar este problema. En España, la reciente publicación de la ley 28/2005, de 26 de Diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (BOE nº 309, de 27 de Diciembre de 2005) ha supuesto un paso adelante en este sentido.

Por tanto, el abordaje terapéutico de los fumadores puede llevarse a cabo a través de medidas generales y/o específicas. Entre las primeras se encuentran las actuaciones dirigidas a todos los fumadores de una población, nos referimos a medidas restrictivas, legislativas e informativas y tratamientos comunitarios. Por otra parte, de manera más específica, tenemos los tratamientos clínicos, específicos o especializados, entre los que se encuentra el tratamiento psicológico y el tratamiento farmacológico.

Hoy sabemos que dejar de fumar es un proceso que puede llevar varios años a una persona. Cuantas más ayudas le proporcionemos mayores probabilidades tendrá para finalmente dejar de fu-

mar. Prochaska y sus colaboradores han aislado los siguientes estadios de cambio respecto al abandono de los cigarrillos: precontemplación, contemplación, preparación y acción, junto a los de mantenimiento y finalización después de conseguir la abstinencia⁽⁴⁻⁶⁾. Utilizar unas u otras estrategias para el abandono de los cigarrillos en cada fase cobra en este caso gran relevancia para obtener los resultados esperados: conseguir que el fumador pase de una a otra fase y que finalmente deje de fumar y se mantenga abstinentes.

Para este modelo, y para los estadios de cambio, hay suficiente evidencia empírica en la que se muestra su utilidad para explicar el cambio en la conducta de fumar⁽⁵⁾. Distintos estudios con el mismo muestran que, en Estados Unidos⁽⁶⁻⁸⁾, el 10-20% de los fumadores están en el estadio de preparación para la acción, un 25-35% están en el estadio de contemplación, y un 60-65% en el estadio de precontemplación. En España, un 7%, 25% y 68% se encuentran en los estadios de preparación para la acción, contemplación, y precontemplación, respectivamente⁽⁹⁾. Estos datos son importantes ya que permiten un adecuado diseño de campañas y programas específicos para cada tipo de fumador dependiendo del estadio en el que esté. Aparte, estos resultados indican una semejanza importante de los fumadores para el abandono de los cigarrillos en culturas distintas.

EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LOS FUMADORES Y LOS MÉTODOS DE AUTOAYUDA

El tratamiento psicológico para dejar de fumar

Las distintas medidas para el control del tabaquismo, entre las que se encuen-

tran los programas de tratamiento para los fumadores, se han ido poniendo en marcha en los distintos países conforme los informes científicos indicaban consistentemente la relación entre fumar y problemas de salud. En este contexto, el tratamiento psicológico efectivo para tratar a los fumadores surge en los años 60, de la mano de las técnicas de modificación de conducta, y se expande en los años 70⁽¹⁰⁾. Desde esos primeros momentos y hasta el día de hoy se han ido desarrollando tratamientos psicológicos efectivos, con técnicas tan conocidas y utilizadas como son las técnicas conductuales, cognitivas, motivacionales y de prevención de la recaída⁽¹¹⁻¹⁶⁾. La relevancia y eficacia de estas técnicas de intervención y tratamiento con los fumadores es tal que hoy constituye la base del tratamiento psicológico de los fumadores, en los distintos tipos y formatos, e incluso en muchas ocasiones son un complemento imprescindible del tratamiento farmacológico para que éste funcione, aunque no siempre se indica claramente que es tratamiento psicológico, sino que se utiliza disfrazado con otros nombres. Por ello, hoy disponemos de una experiencia en el tratamiento psicológico de los fumadores de más de 40 años, con cientos y cientos de estudios donde sistemática y consistentemente han mostrado su eficacia, efectividad y eficiencia⁽¹⁷⁾.

En la base del desarrollo y eficacia del tratamiento psicológico está el hecho de que fumar es una conducta que se explica fundamentalmente, y en primer lugar, por los factores sociales de disponibilidad, accesibilidad y publicidad; en segundo lugar, por factores psicológicos de reforzamiento y procesos cognitivos; y, en tercer, y último lugar, por la dependencia fisiológica de la nicotina⁽¹⁸⁾. Aunque en los últimos años en algunos sectores se pretende un reduccionismo

fisiológico para la explicación de esta conducta, la de fumar cigarrillos, auspiciado por los intereses de la industria farmacéutica que tiene productos para su tratamiento, este reduccionismo no tiene base científica ni apoyo empírico, porque los componentes sociales, psicológicos y fisiológicos están claros para explicar por qué las personas fuman, han fumado, o van a empezar a fumar⁽¹⁹⁾. Todos estos factores son necesarios tenerlos en cuenta en el abandono de los cigarrillos, y en el mantenimiento de la abstinencia a corto, medio, y largo plazo.

El método idóneo para ayudar a las personas a dejar de fumar es el tratamiento clínico, aunque se sabe que la mayoría dejan de fumar por ellos mismos. Para que una persona deje de fumar tiene que pasar por varias fases, como son las de motivarle para que deje de fumar, o fase de preparación; la fase relativa a ayudarlo a conseguir que deje de fumar, o fase de abandono; y, finalmente, tenemos que entrenarlo para que sea capaz de mantener la abstinencia a lo largo del tiempo y prevenir que recaiga. Es lo que llamamos fase de mantenimiento. Las tres fases son importantes. Sin la primera es difícil llegar a la segunda, y sin llegar a la segunda difícilmente se llegará a la tercera y que la persona deje de fumar y se mantenga abstinentes.

La etapa de preparación es especialmente importante y aquí tienen gran peso las técnicas motivacionales. Después de esta fase se puede decidir si el procedimiento de abandono va a ser gradual (ej., con la técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán) o brusco (fijar un día y en el mismo dejar totalmente de fumar). Aquí podemos aplicar las distintas técnicas habituales de los programas multicomponentes como son las de control de

estímulos, contratos de contingencias, entrenamiento en habilidades y solución de problemas, entrenamiento en relajación, estrategias para no sufrir los síntomas de abstinencia de la nicotina, etc. Finalmente, en la fase de mantenimiento, hay que aplicar las distintas estrategias para prevenir la recaída, como habilidades de resistencia a la tentación, solución de problemas, estrategias cognitivas, autoinstrucciones, etc.

Hay que insistir en que un programa muy especializado no es óbice para que éste se adecue a las necesidades de cada fumador. Así, por ejemplo, junto a los problemas relacionados con el consumo de tabaco, puede haber otros que exigen una intervención paralela, especialmente referida al entrenamiento en estrategias para superar el estrés, los problemas emocionales, y cómo poder enfrentarse, en general, más eficazmente a las situaciones cotidianas problemáticas.

Por tanto, en la actualidad el tratamiento de elección de tipo psicológico es un tratamiento psicológico conductual multicomponente. Estos programas reciben el nombre de multicomponente porque incluyen distintas técnicas de intervención terapéutica, es decir, varios componentes, para las fases por las que pasa un fumador en un programa especializado para dejar de fumar: preparación para dejar de fumar, abandono de los cigarrillos y mantenimiento de la abstinencia⁽²⁰⁾.

En la fase de preparación el objetivo es incrementar la motivación y el compromiso del fumador para que abandone los cigarrillos. Un método comúnmente utilizado consiste en que firme un contrato de contingencias y haga un depósito, que irá recuperando contingentemente a la asistencia a las distintas fases del tratamiento y en los sucesivos seguimientos. También en esta fase es importante que el sujeto aumente el co-

nocimiento de la propia conducta. Esto se logra mediante autorregistros y la representación gráfica de su consumo. En esta fase también se decide de modo exacto (fecha fija) o aproximado cuándo va a abandonar los cigarrillos (cuarta sesión, penúltima, etc.). Igualmente se le enseña cualquier otra técnica para el posterior abandono de los cigarrillos. Una vez finalizada la etapa de preparación, en la de abandono, es cuando se lleva a cabo la aplicación de una de las técnicas que han mostrado su eficacia en el abandono de los cigarrillos, como las que hasta aquí hemos expuesto: fumar rápido, retener el humo, reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán, u otras que han obtenido buenos resultados dentro de programas multicomponentes, como la saciación, la sensibilización encubierta, contrato con fecha fija de dejarlo, etc.

Una vez que el sujeto ha quedado abstinentemente, en la tercera fase, la de mantenimiento, se llevan a cabo distintas estrategias para que el fumador se mantenga abstinentemente, tales como sesiones de asistencia o mantenimiento a lo largo del tiempo, entrenamiento en habilidades para afrontar situaciones, o apoyo social. Esta fase sería propiamente la de prevención de la recaída, que desde otras perspectivas se ha sugerido como imprescindible en cualquier programa cara a mantener las ganancias del tratamiento a largo plazo.

Posteriormente describiremos el tratamiento psicológico multicomponente que nosotros utilizamos, el "Programa para Dejar de Fumar"⁽²¹⁾. En la literatura podemos encontrar otros buenos ejemplos de programas de este tipo^(11,20,22).

Eficacia del tratamiento psicológico

Hoy existe un acuerdo unánime en cuanto a que las intervenciones que

ayudan a las personas a dejar de fumar son el consejo mínimo sistemático, el tratamiento psicológico, el tratamiento farmacológico, los procedimientos de menor intensidad en formato de autoayuda (bien sea en forma de manual, llamadas telefónicas, programa por correo, televisión, etc.), los procedimientos clínicos intensivos y los programas comunitarios.

El tratamiento psicológico para dejar de fumar es uno de los tratamientos más eficaces. Así lo indica toda la evidencia internacional disponible en la que se revisan los estudios de calidad, como se ejemplifica en la guía de Fiore⁽¹⁷⁾, la *Cochrane Collaboration*, etc., como la evidencia nacional de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias⁽²³⁾. Por ejemplo, la eficacia en las distintas revisiones de la *Cochrane Collaboration* en Odds Ratio, OR (el valor de la OR se interpreta del siguiente modo: dejan de fumar las personas que se indica en cada tratamiento (ej., 1,62) en relación a 1 que dejan de fumar en el grupo control, que tiene una OR=1) son: consejo/terapia conductual individual, OR=1,56⁽²⁴⁾; terapia conductual en grupo, OR=2,17⁽²⁵⁾; terapia aversiva para dejar de fumar, OR=1,98⁽²⁶⁾; intervenciones conductuales con pacientes hospitalizados (al menos 1 mes de intervención), OR=1,82⁽²⁷⁾; intervenciones de autoayuda (materiales no personalizados, OR=1,24; materiales personalizados, OR=1,42)⁽²⁸⁾.

Lo anterior se complementa con el Informe del año 2000 del *Surgeon General*⁽²⁹⁾, que sigue de modo importante las recomendaciones de la Guía Clínica de Fiore et al.⁽¹⁷⁾. En el informe citado analizan distintos procedimientos para el manejo de la adicción al tabaco, como los manuales de autoayuda, las intervenciones clínicas mínimas, intervenciones clínicas intensivas, intervenciones farmacológicas, y programas de salud

pública a gran escala. Para analizar su eficacia comparan cada procedimiento analizado con un grupo de control. Esto nos indica su eficacia o no eficacia, aunque hay claras diferencias del impacto y en las personas a las que se aplican unos y otros procedimientos. En lo que atañe a las intervenciones clínicas intensivas, que se refieren a los tratamientos psicológicos, se puede apreciar que resulta eficaz el entrenamiento en solución de problemas, el fumar rápido, otras estrategias aversivas, la técnica de desvanecimiento de nicotina (reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán) y el apoyo social. Ello va en la línea de todo lo que llevamos visto hasta aquí.

Dentro de los tratamientos psicológicos eficaces, la técnica de desvanecimiento de Foxx y Brown⁽³⁰⁾, conocida más popularmente como técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán, viene demostrando su eficacia desde hace casi 30 años. En España, nosotros hemos desarrollado un tratamiento para dejar de fumar donde se incluye esta técnica⁽²¹⁾, y cuya eficacia es clara en estudios clínicos^(31,32) y en formato de autoayuda⁽³³⁻³⁶⁾.

De todo ello podemos concluir que actualmente disponemos de tratamientos psicológicos eficaces para ayudar al conjunto de los fumadores a dejar de fumar^(1,12,37,38).

La adaptación del tratamiento psicológico a métodos de autoayuda

Un desarrollo importante de los tratamientos psicológicos ha sido ofertar los mismos desde una perspectiva comunitaria o de autoayuda. Esto se ha producido al pasar de una perspectiva predominantemente clínica a una perspectiva de salud pública⁽³⁹⁾. Estas intervenciones comenzaron en los años 70 del s. XX con los programas para pre-

venir los factores de riesgo de la enfermedad cardíaca coronaria, orientados a producir cambios en la dieta, abandonar los cigarrillos y controlar la presión sanguínea elevada. Algunos bien conocidos son el *Multiple Risk Factor Intervention Trial* (MRFIT), que comenzó en 1972 en 22 centros de 18 ciudades estadounidenses y en el que participaron 12.866 varones a lo largo de los 7 años que duró⁽⁴⁰⁾, North Karelia en Finlandia, COMMIT y ASSIST en Estados Unidos, etc. Este tipo de intervenciones utilizaron los medios de comunicación, fundamentalmente la televisión, como medio de difusión de los tratamientos, para facilitar el acceso a dicha intervención a la totalidad de la población⁽⁴¹⁾.

Paralelamente surgen los programas que utilizan manuales de autoayuda. Estos se orientan a un amplio grupo de fumadores, uno de cada tres, que desean dejar de fumar por sí mismos. En los últimos años este procedimiento ha ido en expansión. La gran mayoría de los manuales que actualmente existen evaluados son de base conductual y utilizan programas multicomponentes⁽⁴²⁾. Las técnicas conductuales que suelen incluir son: autorregistro, control de estímulos, relajación, reducción gradual de ingestión de nicotina, apoyo social, establecimiento de metas, etc. En suma, van en la misma línea que los programas multicomponentes cara a cara. La eficacia de estos programas ha variado en la mayoría de los estudios entre el 10% y el 25%⁽⁴³⁾, lo que muestra un gran impacto, al referirnos en este caso a cientos o miles de personas a las que les aplicamos tal programa, y no a unas decenas de fumadores como en muchos casos ocurre en el contexto clínico.

En Galicia, desarrollamos un programa para dejar de fumar a través del correo, partiendo del programa clínico "Programa para dejar de fumar" que ha

sido manualizado⁽²¹⁾, y que describiremos más adelante.

EL PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR: LA TRANSFORMACIÓN DE UN PROGRAMA CLÍNICO DE TIPO PSICOLÓGICO EFICAZ EN UN PROGRAMA DE AUTOAYUDA

Nuestros primeros programas de tratamiento, a partir de 1984, tenían como objetivo evaluar en nuestra población aquellas técnicas que habían mostrado su eficacia en otros países, como eran las técnicas aversivas o los programas multicomponentes⁽⁴⁴⁾, tanto con técnicas aversivas como sin ellas⁽⁴⁵⁾. De estas primeras investigaciones desarrollamos distintos programas multicomponentes, como hemos evaluado en distintos estudios. El programa multicomponente más reciente que venimos utilizando en los últimos años en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela, dentro del "Programa para dejar de fumar", se compone de los elementos siguientes: 1) Depósito monetario y contrato de tratamiento; 2) autorregistro y representación gráfica del consumo; 3) información sobre el tabaco; 4) control de estímulos; 5) actividades para no padecer los síntomas del síndrome de la abstinencia de la nicotina; 6) feedback fisiológico del consumo de cigarrillos (monóxido de carbono en el aire espirado); 7) reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán; y, 8) estrategias de prevención de la recaída.

La eficacia que hemos obtenido con este programa multicomponente en distintos estudios que hemos realizado ha oscilado entre el 58% y el 85% al final del tratamiento y del 38% al 54% al año de seguimiento. Junto a la buena eficacia que se obtiene con este programa, otra ventaja que posee es que un porcentaje importante de los que han recaído

lo hacen habitualmente en marcas con menor contenido de nicotina y alquitrán que las que fumaban al comienzo del tratamiento y con un menor consumo de cigarrillos. Dado que este programa puede aplicarse en formato individual, de grupo o de autoayuda, y con un número de sesiones entre 5 y 10, resulta tener un buen coste-efectividad entre los programas formales actualmente existentes para dejar de fumar. Destacaríamos, además, que de nuestras investigaciones y de la experiencia de tratar a muchos cientos de fumadores en programas clínicos en los primeros años, en 1995 hemos desarrollado un programa para dejar de fumar por correo, el "Programa 2001 para dejar de fumar"⁽⁴⁶⁾, en el

que han participado en poco más de un año 1.000 fumadores, y hasta el presente más de 4.500 fumadores. Constituye, por ello, una buena alternativa para aquellas personas que no pueden, o no quieren, acudir a programas formales de tratamiento, al tiempo que se llega a muchos cientos de fumadores en poco tiempo.

Los objetivos del programa citado^(21,46), racionalidad, tareas y estrategias para conseguir los objetivos del tratamiento sesión a sesión, se especifican en la Tabla 1, en formato de seis sesiones, una por semana. Previo al tratamiento, se realiza la evaluación del fumador, tanto sobre esta conducta problema como otras, y se establece la línea base de su consumo a través de autorregistros⁽¹²⁾.

Tabla 1. **Esquema de las tareas a realizar en el Programa para dejar de fumar**

UNIDAD 1 (1ª semana)

1. Indicar las razones para dejar de fumar actualmente.
2. Lectura de "Aspectos generales del tabaco" y de "Tabaco o salud".
3. Hacer una lista de las razones a favor y en contra de fumar cigarrillos actualmente.
4. Indicar los antecedentes y consecuentes de la conducta de fumar.
5. Realizar los registros y la representación gráfica del consumo de cigarrillos.
6. Comunicar a otras personas de su entorno que va a dejar de fumar en los próximos 30 días.
7. Cambiar de marca de cigarrillos (un 30% menos de nicotina que la actual).
8. Aplicar las siguientes reglas para reducir el consumo de cigarrillos:
 - 8.1. Fumar un tercio menos de cigarrillo.
 - 8.2. No aceptar ofrecimientos de cigarrillos.
 - 8.3. Reducir la profundidad de la inhalación.
 - 8.4. Llevar el cigarrillo a la boca sólo para fumarlo.

UNIDAD 2 (2ª semana)

1. Realizar los registros y la representación gráfica del consumo de cigarrillos.
2. Aumentar la parte del cigarrillo sin fumar.
3. No aceptar ofrecimientos de cigarrillos.
4. Cambiar de marca de cigarrillos (un 60% menos de nicotina que los que se fumaban al principio) o reducir el consumo de los mismos (un 30% menos que en la semana anterior).
5. Si fuma antes de desayunar o después de levantarse retrasar ese cigarrillo por lo menos 15 minutos.
6. Indicar los antecedentes y consecuentes más importantes de su conducta de fumar en la semana anterior.
7. Seleccionar tres situaciones en las que dejará de fumar.

8. Analizar las reacciones que produjo el comunicarle a otras personas que dejará de fumar en los próximos 30 días.
9. Actividades a realizar para no tener ningún problema en la reducción del consumo de cigarrillos.

UNIDAD 3 (3^a semana)

1. Realización de los registros y de la representación gráfica del consumo de cigarrillos.
2. Fumar como máximo la mitad de cada cigarrillo.
3. No aceptar ofrecimientos de cigarrillos.
4. Retrasar un mínimo de 30 minutos el cigarrillo de después de levantarse o desayunar.
5. (Si aún no lo hizo) Retrasar un mínimo de 15 minutos los cigarrillos de después de comer, del café y de la cena.
6. Cambiar de marca (un 90% menos que el que fumaba al principio) o reducir el número de cigarrillos fumados (un 30% menos que en la semana anterior).
7. Indicar los antecedentes y consecuentes más importantes de su conducta de fumar en la semana anterior.
8. Indicar las situaciones en que dejará de fumar.
9. Reacciones que produjo en la presente semana el conocimiento de que va a dejar de fumar.
10. Indicar sus reacciones ante los hechos relacionados con el tabaco que vio en los medios de comunicación.
11. Seleccionar actividades para controlar la reducción del consumo de cigarrillos sin problemas.

UNIDAD 4 (4^a semana)

1. Realización de los autorregistros y de la representación gráfica del consumo de cigarrillos.
2. Fumar como máximo la mitad del cigarrillo.
3. No aceptar ofrecimientos de cigarrillos.
4. Retrasar un mínimo de 45 minutos el cigarrillo de después de levantarse o de después del desayuno.
5. Retrasar un mínimo de 30 minutos los cigarrillos de después de comer, del café o después de cenar.
6. Indicar los antecedentes y consecuentes más importantes de la última semana.
7. Indicar las situaciones en donde ya no va a fumar ningún cigarrillo.
8. Reducir en esta semana el número de cigarrillos día a día de modo que al final de la misma ya no fume ninguno.
9. Cuando tenga una tentación o impulso a fumar analícelos y vea como desaparecen en escasos segundos sin tener que encender un cigarrillo.
10. Reflexionar sobre la distinción entre caída y recaída y analizar las creencias sobre esta cuestión.

UNIDAD 5 (5^a y 6^a semana)

1. Abstinencia total del tabaco.
2. Beneficios que nota al dejar de fumar.
3. Sensaciones que puede notar en esta semana sin tabaco.
4. Creencias erróneas sobre el tabaco.
5. La vida futura como no fumador.

EL PROGRAMA 2001 PARA DEJAR DE FUMAR

¿En qué consiste el Programa 2001 para dejar de fumar?

El "Programa 2001 para dejar de fumar" es la versión del Programa para Dejar de Fumar por correo que se inició en 1995 en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela. Se trata de un programa donde el fumador puede elegir distintos tipos de tratamiento en función de su disponibilidad de tiempo, grado de contacto terapéutico y nivel de implicación que desea. Aunque se trata de un programa de autoayuda por correo, uno de los objetivos del mismo es que el fumador disponga de una atención personalizada (mediante correo, teléfono, internet) que permita un alto nivel de satisfacción y eficacia.

El "Programa 2001 para dejar de fumar" se orienta, en primer lugar, a incrementar la motivación en el proceso de abandono de los cigarrillos; a que el fumador deje de fumar, utilizando aquellas técnicas psicológicas efectivas para el tratamiento de fumadores; y, a mantener la abstinencia a medio y largo plazo.

Se caracteriza por proporcionar a los fumadores un conjunto de estrategias que se les van enviando semana a semana por correo, las cuales permiten que a lo largo de varias semanas un fumador abandone sus cigarrillos. La clave del éxito de esta intervención es la realización de tareas sencillas para debilitar paulatinamente el componente fisiológico (dependencia de la nicotina), psicológico (hábito), y social (presión al consumo) de la conducta de fumar. Al tratarse de un proceso paulatino, esto lleva a que el fumador deje de serlo casi sin enterarse.

Una vez que el fumador entra en tratamiento, se evalúa su conducta de fumar y se le envían los materiales del tratamiento. En algunos casos, con apoyo adicional (ej., por teléfono, cartas adicionales, mensajes de Internet) es posible diseñar el tratamiento más individualmente en función de sus características. El tratamiento seis semanas. Posteriormente se realizan seguimientos a lo largo de un año.

¿Quiénes son los destinatarios del Programa 2001 para dejar de fumar?

Este programa se dirige, en principio, a todas aquellas personas que desean dejar de fumar y no son capaces de conseguirlo por sí mismas. Por otra parte, debemos tener presente que algunos fumadores (p.ej., aquellos que fuman cinco o menos cigarrillos diarios), no requieren programas complejos e intensivos para modificar su conducta⁽⁴⁷⁾ y, de igual manera, otros desean dejar de fumar sin acudir a un programa clínico^(48,49), prefiriendo recibir ayuda a través de una intervención de autoayuda o con un formato que implique un contacto profesional mínimo⁽⁵⁾. Sin embargo, en la práctica, las personas que demandan este tratamiento, en su mayoría tienen un elevado nivel de dependencia de la nicotina.

Son varias las razones por las que un fumador puede preferir un programa de autoayuda o de intervención mínima. Por ejemplo, cuando alguna dificultad le impide el poder utilizar los recursos existentes en su entorno, como la falta de tiempo, localización geográfica distante de donde tiene lugar el tratamiento clínico, gastos que conlleva, etc. Además, en ocasiones, la preferencia por esta modalidad de intervención se debe al deseo de mantenerse en el anonimato.

Tabla 2. **Características de un grupo reciente de participantes en el Programa 2001 para dejar de fumar (N = 228)**

Características	n	%
Genero		
Hombre	124	54,4
Mujer	104	45,6
Edad		
Media	37,1	
D.T.	9,6	
Estatus marital		
Soltero	73	32,0
Casado/vive con pareja	138	60,5
Divorciado/separado/viudo	17	7,4
Educación		
Elemental	39	17,1
Media	106	46,5
Universitaria	83	36,4
¿Ha intentado dejar de fumar en el último año?		
Si	101	44,3
No	127	55,7
Estadio de cambio		
Precontemplación	2	0,9
Contemplación	162	71,1
Preparación	64	28,1
Nº cigarrillos por día		
Media	27,1	
D.T.	10,5	
Dependencia (FTND)		
Media	5,5	
D.T.	2,4	

Fuente: Míguez y Becoña⁽⁹⁶⁾.

Ventajas e inconvenientes del Programa

Las intervenciones de autoayuda presentan importantes ventajas respecto a las clínicas. Una de las principales ventajas de este Programa es que el fu-

mador lo sigue desde su casa a través del envío de los materiales del programa por correo, supervisándole las tareas semanalmente, tanto por correo como por teléfono. En el caso de que disponga de correo electrónico, también se le

ofrece la posibilidad de seguirlo a través del mismo.

En general, estas intervenciones resultan más cómodas para los fumadores, pues pueden realizarlas desde su residencia habitual o lugar de trabajo. Además, son más económicas, ya que suponen significativamente menos tiempo profesional y recursos que los implicados en tratamientos convencionales cara a cara. Éstas son las principales razones por las que tienen muy buena aceptación entre los fumadores.

Por otra parte, también resultan atractivas para los profesionales, porque se pueden aplicar a un número elevado de fumadores a coste relativamente bajo. Además, pueden tener un gran impacto en la salud pública, debido a su posibilidad de distribución⁽²⁸⁾. Hay que tener en cuenta que los materiales no son caros y pueden distribuirse con facilidad, ahorrando, además, tiempo de dedicación a los participantes, pues el contacto terapéutico es mínimo.

Otra de las ventajas de estas intervenciones es que el material escrito que se utilice (folletos o manuales) se puede elaborar para diferentes poblaciones diana (ej., mujeres en periodo de gestación, personas mayores, etc.). Por otra parte, los fumadores pueden adaptar el programa a sus necesidades específicas (por ejemplo, variar el orden en que realicen las tareas recomendadas), pueden seguirlo a su ritmo y terminarlo más tarde. Por la posibilidad de guardar el material escrito, los fumadores, que fracasan en su intento de abandono del tabaco, pueden repetir con facilidad el programa más adelante⁽⁵⁰⁾ y, en caso de haber conseguido la abstinencia y experimentar momentos de tentación o consumos puntuales, se pueden utilizar dichos materiales para trabajar la motivación y reafirmarse en la decisión de mantenerse abstinentes. Por consiguien-

te propician un mayor mantenimiento de los efectos del tratamiento⁽⁵¹⁾, lo cual es de vital importancia, puesto que la recaída constituye el principal problema de todas las conductas adictivas. Por último, destacar que permiten llegar a aquellos fumadores que no acudirían a un tratamiento formal o clínico.

Sin embargo, al igual que otros procedimientos de intervención, estas intervenciones también presentan limitaciones. La sencillez de los materiales (folletos y/ manuales), la economía de aplicación y posibilidad de adecuarse a cualquier persona y contexto, no siempre conllevan que la utilización del manual y/o folletos suponga una ventaja. De hecho, el que sean tan fácilmente aplicables, puede llegar a ser, en ocasiones, un inconveniente, puesto que deja la implantación del programa al arbitrio del sujeto, el cual ha de tomar decisiones en torno a las diversas cuestiones que surgen a lo largo del proceso de dejar de fumar, implicándole una mayor responsabilidad personal. Esto conlleva el riesgo de que el fumador no aplique el programa correctamente⁽⁵²⁾.

Otra limitación que presentan los métodos de autoayuda es que al tratarse de intervenciones estándar no tienen en cuenta las peculiaridades de la conducta de fumar de cada persona (por ejemplo, su consumo de cigarrillos diario), ni permiten una adaptación del procedimiento al progreso que vaya obteniendo cada cual. Por todo esto, se recomienda utilizar algún complemento a la intervención de autoayuda que trate de paliar las limitaciones citadas.

Eficacia del Programa 2001 para dejar de fumar

A lo largo de los 11 años de vigencia de este programa de tratamiento psicológico por correo en España hemos

evaluado diferentes alternativas de tratamiento, con el ánimo de optimizar al máximo los resultados obtenidos. El primer estudio al respecto fue el realizado por Becoña et al.⁽³³⁾ para evaluar la eficacia de la intervención de autoayuda administrada a través del correo de dos formas: en envío único (manual de autoayuda) y en varios envíos (6 folletos enviados semanalmente). La muestra estaba formada por 724 fumadores, asignados al azar a las siguientes condiciones: 1) manual; 2) folletos; y 3) grupo control de lista de espera. El estatus de fumador se evaluó, a través de carta o teléfono, al final del tratamiento y a los tres, seis y doce meses de seguimiento. A los 12 meses se verificaron bioquímicamente los autoinformes de abstinencia con la medida de monóxido de carbono en aire espirado. Al final del tratamiento, la abstinencia fue del 35,3% para la intervención de envío único, 36,9% para la condición semanal y 0,8% para el grupo control. A los tres meses, los resultados fueron del 22,8%, 31,5% y 2,5% y, a los seis meses, la abstinencia fue de 24,1%, 25,3% y 2,5%, respectivamente. A los doce meses de seguimiento, 23,2% estaban abstinentes en la intervención de envío único y 26,6% en la semanal. La intervención semanal obtuvo mejores resultados que el envío del manual en todos los momentos temporales, aunque las diferencias sólo fueron estadísticamente significativas a los tres meses de seguimiento. Por tanto, en este estudio, las dos aproximaciones de correo resultaron ser igualmente beneficiosas y equivalentes.

Cuando no se han obtenido los resultados esperados con estas intervenciones, se ha atribuido a diferentes factores, entre los que destaca su impersonalización, pues generalmente se utilizan materiales estándar. A fin de mejorar sus resultados, se ha tratado de adaptar el

tratamiento a las características del fumador y a sus progresos, personalizando, en cierta medida, las instrucciones dadas a éste. Se trata, en definitiva, de proporcionar alguna de las ventajas de las intervenciones clínicas. En relación con esto, Becoña et al.⁽³⁴⁾ evaluaron los efectos de administrar feedback escrito personalizado en la intervención de autoayuda por correo. La muestra utilizada fue de 300 sujetos asignados aleatoriamente a tres condiciones: 1) tratamiento estándar (manual); 2) tratamiento estándar más feedback escrito personalizado; y 3) grupo control de lista de espera. Ambos tratamientos, estándar y personalizado, duraban seis semanas. El feedback escrito personalizado consistía en dos envíos, de una página de extensión, elaborados en función de las respuestas que los fumadores daban a las autoevaluaciones semanales. El primero de ellos fue enviado entre la tercera y cuarta semana de tratamiento y, el segundo, entre la quinta y sexta. El grupo control no recibió tratamiento hasta seis meses después de finalizar el tratamiento los dos grupos experimentales. Al final del tratamiento y en el seguimiento del tercer mes, se entrevistó a los participantes por teléfono o correo. A los seis y doce meses de seguimiento se verificaron bioquímicamente, a través de monóxido de carbono en aire espirado, los autoinformes de abstinencia. La eficacia del tratamiento por correo estándar fue del 37,0% al final del tratamiento, 22,0% a los tres meses de seguimiento, 19,0% a los seis meses, y 13,0% a los doce meses. El grupo que recibió feedback escrito personalizado obtuvo una eficacia del 51,0% al final del tratamiento, 37,0% a los tres meses de seguimiento, 32,0% a los seis meses y 27,0% a los doce meses. Ambas intervenciones obtuvieron un porcentaje de éxito importante. Además, el feedback escrito personalizado

incrementó el porcentaje de abstinencia en todos los momentos temporales. En este estudio el método de aplicación del feedback individualizado, dentro de la intervención de autoayuda, resultó ser un aspecto clave. En este caso, se llevó a cabo adaptando las recomendaciones de Miltenberger⁽⁵³⁾, para proporcionar feedback en el contexto clínico.

El hecho de que la mayoría de los fumadores prefieran dejar de fumar por sí mismos⁽⁴⁸⁾, o a través de un procedimiento que implique un contacto profesional mínimo, ha contribuido al desarrollo de procedimientos de autoayuda y a una mayor preocupación por cómo hacerlos más efectivos. Varios estudios muestran que la efectividad de los materiales de autoayuda puede ser incrementada proporcionando a los fumadores diferentes niveles de apoyo personal y/o feedback⁽⁵¹⁾. Para este fin se ha utilizado el apoyo telefónico. La mayoría de los estudios para dejar de fumar que utilizan apoyo telefónico se han centrado en la cuestión de si una breve intervención telefónica puede incrementar los porcentajes de abstinencia. Así, Míguez et al.⁽³⁵⁾ realizaron un estudio para evaluar el efecto del apoyo telefónico como complemento al programa de autoayuda llevado a cabo a través del correo. Los participantes (N = 200) fueron asignados al azar a dos grupos de tratamiento: 1) manual de autoayuda y 2) manual de autoayuda junto con apoyo telefónico (seis llamadas, realizando una cada semana durante el tratamiento). A los 12 meses de seguimiento, se validó la abstinencia autoinformada con monóxido de carbono en aire espirado. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de abstinencia entre ambos grupos de tratamiento para todos los períodos eva-

luados. En el grupo de autoayuda la tasa de abstinencia a los tres meses fue de 25,0%, 22,0% a los seis meses y 13,0% a los doce meses. En el grupo que recibió apoyo telefónico se encontró un porcentaje de abstinencia del 49,0% a los tres meses de seguimiento, 42,0% a los seis meses y 27,0% a los doce. La abstinencia continua a los doce meses fue del 17,0% para la condición de teléfono, frente al 9,0% para la de manual de autoayuda.

Recientemente, Míguez y Becoña⁽³⁵⁾ realizaron un estudio para evaluar el efecto de una única y breve llamada telefónica como complemento al programa de autoayuda por correo. Los participantes (N = 228) fueron asignados al azar a dos grupos de tratamiento: 1) tratamiento de autoayuda (n= 110), y 2) tratamiento de autoayuda junto con una llamada telefónica en la cuarta semana de tratamiento (n= 118). En cuanto a la prevalencia puntual, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de abstinencia entre ambos grupos al final del tratamiento (21,8% vs. 44,9%) y a los tres meses de seguimiento (26,4% vs. 39,0%). Respecto a la abstinencia sostenida las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas en todos los momentos temporales. En el grupo de autoayuda la abstinencia a los tres meses fue de 13,6%, 12,7% a los seis meses y 9,1% a los doce meses. En el grupo que recibió apoyo telefónico se encontró un porcentaje de abstinencia del 33,9% a los tres meses de seguimiento, 25,4% a los seis meses y 21,2% a los doce. Este estudio, al igual que el anteriormente citado, nos muestra lo efectivo que resulta proporcionar apoyo telefónico en una intervención de autoayuda.

Tabla 3. **Prevalencia puntual obtenida con diferentes modalidades del Programa para dejar de fumar por correo**

Estudio	Condiciones Experimentales	N	Cigarrillos/día antes del tratamiento	PORCENTAJE DE ABSTINENCIA			
				final	3 meses	6 meses	12 meses
Becoña et al. ⁽³³⁾	1. Manual (envío único)	(724) 241	26,1	35,3	22,8	24,1	23,2
	2. Intervención semanal (6 folletos)	241	26,5	36,9	31,5	25,3	26,6
	3. Grupo control	242	26,2	0,8	2,5	2,5	
Becoña et al. ⁽³⁴⁾	1. Manual estándar	(300) 100	26,0	37,0	22,0	19,0	13,0
	2. Manual estándar + feedback escrito personalizado	100	26,7	51,0	37,0	32,0	27,0
	2. Grupo control	100	25,8	0,0	1,0	1,0	
Míguez et al. ⁽³⁵⁾	1. Manual de autoayuda	(200) 100	28,0	35,0	25,0	22,0	13,0
	2. Manual de autoayuda + 6 llamadas	100	27,3	75,0	49,0	42,0	27,0
Míguez y Becoña ⁽³⁶⁾	1. Intervención semanal	(228) 110	26,5	21,8	26,4	30,9	22,7
	2. Intervención semanal + 1 llamada	118	27,7	44,9	39,0	34,7	33,1

CONCLUSIÓN

A la vista de lo comentado, podemos afirmar que hoy, afortunadamente, disponemos de adecuados programas de tratamiento para ayudar a los fumadores a dejar sus cigarrillos. Por otra parte, para intentar solucionar un problema como el tabaquismo es necesario que en la comunidad existan diferentes alternativas de tratamiento que se com-

plementen entre sí. Las intervenciones clínicas para dejar de fumar resultan insuficientes para hacer frente a un problema de tal magnitud, por su imposibilidad de abarcar a un amplio segmento de población fumadora⁽¹⁶⁾. Por ello, cada vez es más evidente la necesidad de utilizar modalidades de tratamiento que se puedan aplicar a gran escala. Una de las alternativas que tiene mejor coste-eficacia son los programas de autoayuda. La

necesidad de este tipo de programas se basa en el hecho de que la prevalencia de la conducta de fumar es muy elevada, a pesar de su descenso en las últimas décadas, y no sería posible reducir la misma utilizando sólo programas clínicos. Además, una gran parte de los fumadores no pueden o no desean asistir a programas formales de tratamiento, y la alternativa de hacer llegar el tratamiento hasta el domicilio de los interesados resulta de lo más adecuado.

Existe evidencia empírica suficiente que avala la eficacia de los tratamientos psicológicos para dejar de fumar⁽⁵⁴⁾. En cuanto a los procedimientos en formato de autoayuda, diversos estudios confirman este dato^(28,29). De acuerdo con los estudios comparativos realizados por la Cochrane Collaboration⁽²⁸⁾ mediante la técnica del metaanálisis, las intervenciones de autoayuda son eficaces.

El *Programa 2001 para dejar de fumar* (www.usc.es/pdf2001) ha mostrado ser eficaz y eficiente, siendo una alternativa adecuada para que muchos fumadores puedan dejar de fumar con el mismo, cómodamente, y con poco esfuerzo, desde su casa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Becoña E. Tabaco. Prevención y tratamiento. Madrid: Pirámide, 2006.
2. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2004
3. Montes A, Pérez M, Gestal JJ. Impacto del tabaquismo sobre la mortalidad en España. *Adicciones* 2004; 16(Supl. 2):75-82.
4. Curry SJ. Bridging the clinical and public health perspectives in tobacco treatment research: Scenes from a tobacco treatment research carer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2001; 10:281-5.
5. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51:390-5.
6. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992; 47:1102-14.
7. Prochaska JO, Prochaska JM. Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En: Casas M, Gossop M, editores. *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaída y prevención de recaídas*. Sitges: Ediciones en Neurociencias, 1993; p. 85-136.
8. Velicer WF, Fava JL, Prochaska JO, Abrams DB, Emmons KM, Pierce JP. Distribution of smokers by stage in three representative samples. *Prev Med* 1995; 24:401-11.
9. Becoña E, Vázquez FL. Los estadios de cambio de los fumadores: Un estudio empírico. *Psicol Contemp* 1996; 3; 42-7.
10. Schmahl DP, Lichtenstein E, Harris DE. Successful treatment of habitual smokers with warm, smoky air and rapid smoking. *J Consult Clin Psychol* 1972; 38: 105-11.
11. Abrams DB, Goldstein MG, Monti PM, Niaura R, Emmons KM, Linnan LA, et al. The tobacco dependence treatment handbook. A guide to best practices. Nueva York: Guilford, 2003.
12. Becoña E. Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Valencia: Socidrogalcohol, 2004.
13. Becoña E. Tratamiento psicológico del tabaquismo. *Adicciones* 2004; 16 (Supl.2): 237-63.
14. Dodgen CE. Nicotine dependence. Washington, DC: American Psychological Association, 2005.
15. Orleans CT, Slade J, editores. Nicotine addiction. Principles and management. Nueva York: Oxford University Press, 1993.

16. Niaura R, Abrams DB. Smoking cessation: Progress, priorities, and prospectus. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70:494-509.
17. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: Quick Reference Guide for Clinicians*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.
18. Pomerleau OF, Pomerleau CS. Neuroregulators and reinforcement of smoking: Towards a biobehavioral explanation. *Neuroscience biobehavioral explanation*. *Neurosci Biobehav Rev* 1984; 8:503-13.
19. U.S. Department of Health and Human Services: Preventing tobacco use among young people: A report of the Surgeon General. Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994
20. U.S. Department of Health and Human Services: Strategies to Control Tobacco Use in the United States: A Blueprint for Public Health Action in the 1990's. Smoking and Tobacco Control Monographs No. 1, Bethesda, MD, USDHHS, Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute, 1991
21. Becoña E. Programa para deixar de fumar. Santiago de Compostela: Servicio de Publicacións da Universidade de Santiago de Compostela, 1993.
22. Lando HA, McGovern PG. Nicotine fading as a non-aversive alternative in a broad-spectrum treatment for eliminating smoking. *Addict Behav* 1985; 10:153-61.
23. Sancho JL, Gorgojo L, González J, Salvador T. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III, 2003.
24. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. En: *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester, RU: Wiley, 2006.
25. Stead LF, Lancaster T. Group behavior therapy programmes for smoking cessation. En: *The Cochrane Library*, Issue 3. Chichester, RU: Wiley, 2006.
26. Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. En: *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester, RU: Wiley, 2006.
27. Rigotti NA, Munafo MR, Murphy MFG, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester, RU: Wiley, 2006.
28. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. En: *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester, RU: Wiley, 2006.
29. U.S. Department of Health and Human Services: Strategies to control tobacco use in the United States reducing tobacco use: A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
30. Foxx RM, Brown RA. Nicotine fading, self-monitoring for abstinence for controlled smoking. *J Appl Behav Anal* 1979; 12: 115-25.
31. Becoña E, García MP. Nicotine fading and smoke holding methods to smoking cessation. *Psychol Rep* 1993; 73:779-86.
32. Becoña E, Vázquez FL. Does using relapse prevention increase the efficacy of a program for smoking cessation. *Psychol Rep* 1997; 73:291-6.

33. Becoña E, Vázquez FL. Comparación de la eficacia de un programa de autoayuda para dejar de fumar distribuido por correo en un único envío o semanalmente en folletos. *Psiquis* 2001; 4:205-14.
34. Becoña E, Vázquez FL. Effectiveness of personalized written feedback through a mail intervention for smoking cessation: A randomized-controlled trial in Spanish smokers. *J Consul Clin Psychol* 2001; 69:33-40.
35. Miguez MC, Vázquez FL, Becoña E. Effectiveness of telephone contact as an adjunct to a self-help program for smoking cessation. A randomized controlled trial in Spanish smokers. *Addict Behav* 2002; 27:139-44.
36. Miguez MC, Becoña, E. Evaluating the effectiveness of a single telephone contact as an adjunct to a self-help intervention for smoking cessation in a randomized controlled trial. *Nicotine Tobacco Research*. En prensa 2006.
37. Gil-Roales J. Guía de tratamientos psicológicos eficaces en tabaquismo. En Pérez M, Fernández JR, Fernández C, Amigo I, coordinadores, *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II*. Psicología de la salud. Madrid: Pirámide, 2004; p. 287-353.
38. Secades R, Fernández JR. Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema* 2001; 13:365-80.
39. Lichtenstein E, Glasgow RE. Smoking cessation. What have we learned over the past decade? *J Consult Clin Psychol* 1992; 60:518-27.
40. Benfari RC, Sherwin R, editores. *Forum: The Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). The methods and impact of intervention over four years*. *Prev Med* 1981; 10:387-546.
41. Miguez MC, Becoña E. Medios de comunicación y tratamiento del tabaquismo. *Prev Tabaquismo* 2005; 7:109-19.
42. Curry SJ. Self-help interventions for smoking cessation. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61:790-803.
43. Becoña E, Vázquez FL. *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson, 1998.
44. Becoña E. La intervención psicológica para la eliminación del hábito de fumar. En Buceta JM, editor. *Psicología clínica y salud: aplicación de estrategias de intervención*. Madrid: UNED, 1987; p. 257-82.
45. Becoña E, Froján MJ. La técnica de retener el humo en el tratamiento de fumadores. *Rev Esp Drogodependen* 1988; 13:131-6.
46. Becoña E. Programa para dejar de fumar por correo. A Coruña: Registro de la Propiedad Intelectual, n° 2123, 1996.
47. Jeffery RW, Danaher BG, Killen J, Farquhar JW, Kinnier R. Self-administered programs for health behavior change: smoking cessation and weight reduction by mail. *Addict Behav* 1982; 7:57-63.
48. Cohen S, Lichtenstein E, Prochaska JO, Rossi JS, Gritz ER, Carr CR et al. Debunking myths about self-quitting. Evidence from 10 prospective studies of persons who attempt to quit smoking by themselves. *Am Psychol* 1989; 44:1355-65.
49. Fiore MC, Novotny T, Pierce J, Giovino G., Hatziandreu E., Newcomb P et al. Methods used to quit smoking in the United States: do cessation programs help? *JAMA* 1990; 263:2760-8.
50. Glynn TJ, Boyd GM, Gruman JC. Essential elements of self-help/minimal intervention strategies for smoking cessation. *Health Educ Q* 1990; 17:329-45.
51. Glasgow RE, Schafer L, O'Neill HK. Self-help books and amount of therapist contact in smoking cessation programs. *J Consult Clin Psychol* 1981; 49:659-67.
52. Brown SL, Owen N. Self-help smoking cessation materials. *Aust J Public Health* 1992; 16:188-91.

53. Miltenberger R. Behavior modification. Principles and procedures. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, 1997.
54. Becoña E. El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. *Pap Psicol* 2003; 85: 48-69.