

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL HABITO DE FUMAR: EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA IMPLANTADO DESDE EL SERVICIO DE PSICOLOGÍA APLICADA DE LA UNED EN UN CONTEXTO LABORAL

PSYCHOLOGICAL TREATMENT OF THE SMOKING HABIT: EVALUATION OF A PROGRAM IN A WORKING ENVIRONMENT CARRIED OUT IN THE APPLIED PSYCHOLOGY SERVICE (SPA)

ANSELMO MARTÍN, MARÍA DE LA VILLA TORRES CARPIO Y ANDRÉS LÓPEZ DE LA LLAVE

UNED

Recibido 11-03-02

Aceptado 8-04-02

Resumen

Se presenta la evaluación de un programa de tratamiento del hábito de fumar, que se ha llevado a cabo con un grupo de fumadores, todos ellos profesionales de las Fuerzas Armadas, y que fue ofrecido a esta institución a través del Servicio de Psicología Aplicada de la UNED. El programa de tratamiento fue presentado como un programa para aprender a vivir sin fumar. Se seleccionaron, de entre dieciocho candidatos los diez que habían puntuado como más internos en el Cuestionario de Locus de Control en Salud (Wallston & Wallston, 1978; adaptado a fumadores por López de la Llave y Pérez-Llantada, 1999). La edad media de los sujetos era de 40,8 años (DT= 5,88) y la media de consumo de tabaco estimado, antes del tratamiento, era 27,2 cigarrillos (DT= 8,88). Las sesiones de tratamiento se llevaron a cabo una vez a la semana durante 3 meses siendo la duración de cada sesión de 90 minutos aproximadamente. El programa de tratamiento se basa en los mismos supuestos que se tuvieron en cuenta en los programas de tratamiento llevados a cabo por Buceta y López de la Llave (1989) y López de la Llave (1995). De los siete sujetos que completaron totalmente el programa seis dejaron de fumar en la primera prueba de cesación, y mientras que el séptimo lo hizo en el segundo intento; manteniéndose abstinentes a partir de

Abstract

The evaluation of a smoking habit treatment program is presented. It has been carried out in a group of smokers who belonged to the Spanish Army. This program was offered by the Applied Psychology Service (SPA) at the UNED University and presented as a way to learn how to live without smoking.

The mean age of the sample was 40,8 years (SD = 8,88). The treatment sessions were carried out once a week during three months, and the duration of each session was 90 minutes approximately. The program was based on the same principles as those taken into consideration in the treatment programmes by Buceta & López de la Llave (1989) and López de la Llave (1995). 6 out of the 7 subjects who fully completed the programme gave up smoking at the first test, whereas the seventh got it at the second attempt, keeping all of them abstinent from then on.

The results in the Satisfaction Questionnaire showed a good valuation of the program. It is discussed how the effectiveness of the program is similar to those programmes with the same characteristics, pointing out some of the specific aspects of it.

entonces. Los resultados del cuestionario de satisfacción muestran una alta valoración del mismo. Se discute cómo la efectividad del programa es similar a otros de iguales características señalándose algunos aspectos peculiares de este programa.

Palabras clave: Hábito de fumar, evaluación de programas, promoción de la salud.

Key words: Smoking habit, programs evaluation, health promotion.

Introducción

El consumo de tabaco perjudica gravemente la salud de los fumadores y de las personas que viven a su lado. Fumar deteriora el aparato respiratorio y aumenta el riesgo de padecer infecciones respiratorias, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer, y por tanto, se considera un hábito nocivo que puede repercutir en la calidad y el tiempo de vida.

Muchos fumadores, que desean abandonar el hábito, son incapaces de conseguirlo sin ayuda especializada; para responder a esta necesidad, han surgido tratamientos de distinto tipo; entre ellos diferentes programas de intervención psicológica con múltiples estrategias, que sugieren la conveniencia de tratamientos multicomponente en los que se combinen distintas técnicas. En líneas generales, estos programas suelen tener dos grandes objetivos: que se produzca la eliminación de la conducta, y que se mantenga la abstinencia por un periodo dilatado de tiempo. En numerosos casos, las técnicas psicológicas han resultado eficaces respecto al primer objetivo, pero en menor medida respecto al segundo, planteándose el problema de un elevado índice de recaídas (Günter, Gritsch y Meise, 1992; Schwartz, 1987; Becoña 1987; López de la Llave, 1995).

La eliminación del consumo puede lograrse mediante la cesación brusca o la reducción gradual del número de cigarrillos. Aunque la cesación brusca del consumo ha resultado eficaz en algunos casos determina la aparición del síndrome de abstinencia a la nicotina, cuyos síntomas se presentan dentro de las veinticuatro horas siguientes al cese y se prolongan durante varios días (APA, 1995); y además, suele reali-

zarse sin que los fumadores estén lo suficientemente preparados para manejar situaciones de riesgo de recaídas, tales como la ansiedad relacionada con el deseo de fumar, o la presión social, que están presentes en numerosas ocasiones. Así, la experiencia de la abstinencia mediante la cesación brusca, frecuentemente resulta muy aversiva para los fumadores.

Para estos fumadores la cesación brusca constituye una situación altamente estresante que favorece la evitación de este tipo de tratamientos, surgiendo como alternativa mejor aceptada por los fumadores, los programas que persiguen la reducción gradual del consumo. Estos programas, además de mejorar la motivación de los fumadores hacia el tratamiento, parecen aliviar los síntomas aversivos que provoca la abstinencia, al propiciar que los fumadores se preparen, física y psicológicamente, de manera progresiva, para la situación estresante de abandonar el tabaco por completo.

Los programas de reducción gradual más tradicionales, incluyen diversas técnicas (contratos de contingencia, autorregistros, cambio de marca de cigarrillo, establecimiento de objetivos, reforzamiento social o material, etc.) que pretenden ayudar a los fumadores a reducir el consumo de manera progresiva. El énfasis de estos programas, se sitúa en que el fumador, cada semana, consuma menos cigarrillos que en el periodo anterior, y así, sucesivamente, hasta llegar al objetivo final de la abstinencia. En estos programas, no es trascendente qué cigarrillos se eliminan o cómo se eliminan, ni tampoco, generalmente, si el fumador está preparado para el abandono definitivo; sino que el fumador reduzca el consumo, indiscriminadamente, según los objetivos establecidos, y que, siguien-

do esta progresión, abandone la conducta de fumar cuando sea éste el objetivo que corresponda.

Buceta y López de la Llave (1989) realizaron un estudio en que participaron 35 sujetos. El programa incluía entre sus componentes técnicas como: los autorregistros, el control de estímulos, la prevención de la respuesta, y el entrenamiento en habilidades diversas, como la relajación, las auto-instrucciones, las habilidades sociales y otras habilidades de afrontamiento según las necesidades de cada sujeto; además, se contemplaba la posibilidad de utilizar al técnica de fumar rápido y diversas estrategias cognitivas: Las principales características del programa, sin embargo, consistían en el papel activo de los sujetos, en el trabajo sobre sus expectativas en cuanto al programa y a su exigencia, y en el proceso de reducción gradual del consumo de cigarrillos como resultado de la puesta en práctica de las distintas estrategias; y no como objetivo del programa con independencia del proceso. Básicamente, el objetivo de las estrategias consistía en descomponer el hábito de fumar debilitando los vínculos existente entre estímulos, respuesta y consecuencias, modificando cogniciones relevante y entrenando a los fumadores en técnicas que les sirvieran para enfrentarse con éxito, antes y después de la abstinencia, a las situaciones de riesgo relacionadas con la conducta de fumar. Se partía del supuesto, de que la descomposición del hábito, junto al fortalecimiento de la inmunidad de los sujetos mediante la mejora de sus recursos, deberían ser responsables de los beneficios terapéuticos a corto y a largo plazo. Las tasas de abstinencia al final del tratamiento, al mes y a los seis meses de seguimiento, fueron del 84,62%, del 73,07% y del 53,84% respectivamente, indicando que este tipo de programa puede resultar muy eficaz. En otra investigación (López de la Llave, 1995), cuarenta y dos fumadores fueron sometidos aun programa de tratamiento psicológico para dejar de fumar de forma gradual. Veintidós de ellos, fueron tratados mediante un método basado en la descomposición de los mecanismos psicológicos responsables del mantenimiento del hábito de fumar, y la preparación de los fumadores para la abstinencia (Descomposición del Hábito de Fumar-DHT), y los restantes veinte participan-

tes, mediante un método más tradicional (reducción gradual tradicional-RGT), basado en el establecimiento de objetivos progresivos de reducción del consumo. Los resultados mostraron la superioridad del tratamiento DHF, con un porcentaje mayor de sujetos abstinentes a finalizar el tratamiento y en los seguimientos realizados a los tres, seis y doce meses. Ambos métodos fueron eficaces para lograr reducir el consumo de cigarrillos de los sujetos que no lograron eliminar el hábito.

El programa de tratamiento cuya evaluación presentamos, y que basa en los mismos supuestos que se tuvieron en cuenta en los programas de tratamiento llevados a cabo por Buceta y López de la Llave (1989) y López de la Llave (1995) y que pueden verse más extensamente en López de la Llave y Buceta (2002), presenta la peculiaridad de haberse realizado a un grupo homogéneo de profesionales de las Fuerzas Armadas, a través del Servicio de Psicología Aplicada de la UNED.

Método

Participantes

El tratamiento se ofreció, a través del SPA (Servicio de Psicología Aplicada-UNED) a una institución militar dentro de un programa más amplio de promoción de la salud y fue presentado como un programa para aprender a vivir sin fumar. Los participantes se seleccionaron de entre dieciocho candidatos que se interesaron por el tratamiento; siendo elegidos los diez que habían puntuado como más *internos* en el Cuestionario de Locus de Control en Salud (Wallston & Wallston, 1978; adaptado a fumadores por López de la Llave y Pérez-Llantada, 1999). Este criterio se fundamenta en que, al ser limitado el número de participantes al programa a un número de diez, se eligieron aquellos que, con mayor probabilidad, obtendrían mejores resultados. Es necesario tener en cuenta que el principal objetivo del programa era prestar un servicio de salud (promoción de la salud), por lo que se buscó la mayor eficiencia posible (los mejores resultados posibles con los recursos disponibles). Resaltamos esta cuestión ya que el presente escrito no es un estudio sobre la eficacia

del tratamiento sino la evaluación de la aplicación de un programa en un contexto concreto.

La edad media de los sujetos era de 40,8 años con una desviación típica de 5,88. La media de consumo de tabaco estimado, antes del tratamiento, era 27,2 cigarrillos y una desviación típica de 8,88.

La persistencia del hábito (número de años que los sujetos llevaban fumando) presentaba un rango de entre 8 a 25 años.

El 95% de los sujetos valoró como más de 6 la pregunta sobre el deseo de dejar el hábito,

percibían un gran esfuerzo necesaria para dejar de fumar grandes y una necesidad de ayuda alta (rango 6-10, en una escala de 10).

Cinco de los sujetos nunca habían realizado intento alguno para dejar de fumar; cuatro habían estado periodos de 2 a ocho semanas sin fumar y uno había pasado dos periodos sin fumar.

Materiales

Los materiales utilizados se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Materiales utilizados en el programa de tratamiento del hábito de fumar

Material	Características
<i>LOC-S de Wallson & Wallston, (1978), adaptado a fumadores por López de la Llave y Pérez Llantada (1999).</i>	Escala con una serie de frases, relacionadas con la salud, en las que el individuo se puntúa en la manera de ser, pensar o actuar.
<i>Cuestionario previo para el programa de dejar de fumar.</i>	Información recogida: (a) sus características personales y sociales; (b) el consumo estimado de cigarrillos; (c) la persistencia del hábito; (d) intentos anteriores para dejar de fumar y duración de los mismos; (e) las ganas que tenía de dejar de fumar, la expectativa del esfuerzo que tendrán que realizar para lograrlo y la ayuda que creen necesitar de los demás; (f) el deseo/necesidad de fumar.
<i>Hojas de autorregistro.</i>	(1) la hora; (2) la actividad; (3) la compañía, que incluye las categorías de fumar estando solo o en compañía de alguna persona; (4) el grado de placer obtenido.
<i>Hojas de anotación semanal del número de cigarrillos y grado de placer y de Tareas programadas hasta la siguiente sesión.</i>	En cada sesión semanal, los sujetos anotaban el día, el número de cigarrillos fumados ese día, y la media del grado de placer durante el día.
<i>Lecturas sobre el tabaco.</i>	Adaptación de una parte del texto El tabaco y su abandono, de Becoña, Galego y Lorenzo (1988).
<i>Analizador de CO (EC50 Micro Smokerlyzer).</i>	Mediante este aparato se obtiene una medida de partes por millón (ppm) de Monóxido de carbono en el aire expirado.
<i>Gráfico de Evolución. (ver grafico-1)</i>	En él cada sujeto anotaba el número de cigarrillos fumados diariamente, el grado medio de placer diario y la medida en partes por millón de Monóxido de carbono en el aire expirado.
<i>Cuestionario de Satisfacción del Tratamiento. (Larsen, Atkinson, Hargreaves y Nguyen, 1979. Traducción de Bados, 1989). (ver anexo-1)</i>	En donde se valora calidad del servicio, la satisfacción de las necesidades y ayuda recibida y la eficacia del programa en la solución del problema.

Tabla 1. Materiales utilizados en el programa de tratamiento del hábito de fumar (cont.)

Material	Características
Diploma	A todos los sujetos que terminaron el programa y consiguieron mantener la abstinencia se les entregó un diploma individualizado en el que se indica que estar personas pasaban a formar parte del <i>Club de personas que habían aprendido a vivir sin fumar</i> .

Medidas

Para observar la eficacia del tratamiento se contemplaron las siguientes variables:

1. *Número de cigarrillos* consumidos al día al final del tratamiento, según los auto-registros e informes globales en cada seguimiento.
2. *Números de semanas*, tras la finalización del tratamiento, en los que el fumador que finalizaron el tratamiento se abstuviese de fumar.

3. *Nivel de CO* contenido en el aire expirado, al final del tratamiento y en el seguimiento.
4. *Grado de satisfacción del tratamiento*

Procedimiento

En la tabla 2 se muestran las principales características del tratamiento utilizado, señalándose las diferentes fases del programa y las actividades llevadas a cabo en cada fase; una explicación más detallada del tratamiento puede consultarse en el escrito de López de Llave y Buceta (2002).

Tabla 2. Objetivos y características de las distintas fases del tratamiento

FASE	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
<i>Fase: Introducción y recogida de datos.</i> Duración: Presentación del programa y dos sesiones presenciales.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación del programa. 2. Ajuste de expectativas. 3. Recogida de datos: línea base de consumo de cigarrillos y nivel de CO en aire respirado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación de los objetivos. • Explicación básica de los mecanismos que mantienen la conducta de fumar. • Adiestramientos en el uso de los auto-registros.
<i>2ª Fase : DHF y Entrenamiento en Habilidades de AFRONTAMIENTO</i> Duración: seis sesiones.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Análisis funcional 2. Estrategias para el debilitamiento del vínculo estímulo-conducta-consecuencias 3. Estrategias para el aprendizaje de habilidades que pueden favorecer no fumar. 4. Estrategias para el mantenimiento de la motivación en el tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estímulos antecedentes • Consecuencias gratificantes • Relación estímulo-conducta-consecuencias gratificantes • Control del estímulo • Reducción del carácter reforzante de la conducta de fumar • Aumento de coste de repuesta. • Prevención de respuesta • Estrategias para la modificación de cogniciones relacionadas con la conducta de fumar. • Relajación: (si es pertinente) • Información sobre el CO en el aire respirado. • Anticipación de las ventajas de dejar de fumar.

Tabla 2. Objetivos y características de las distintas fases del tratamiento (*cont.*)

FASE	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
3ª Fase: Prueba de cesación y abstinencia. Duración: tres sesiones.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realización de periodos de abstinencia a prueba. 2. Inicio de la abstinencia continuada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Negociación del momento y duración de los periodos de prueba. • Prevención y Análisis de las dificultades. • Refuerzos por los logros obtenidos.
4ª Fase: Duración: Una sesión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantenimiento de la abstinencia. 2. Caídas y recaídas 	<ul style="list-style-type: none"> • Anticipación de situaciones de riesgo. • Ensayo y aplicación de habilidades aprendidas previamente.

A todos los participantes en el programa, se les entregó un ejemplar del Cuestionario previo para el programa de dejar de fumar con el propósito de que fuera cumplimentado antes del inicio de la primera sesión.

En la primera sesión, con el fin de establecer la línea base de consumo de cigarrillos, se les entregaron las hojas para los autorregistros y se les explicó, brevemente, cómo debían cumplimentarlas durante los siete días hasta la siguientes a cada sesión.

Las sesiones de tratamiento se llevaron a cabo una vez a la semana, de forma interrumpida durante 3 meses, con un total de 12 sesiones presenciales. Y los correspondientes periodos intersesiones en los que los sujetos debieron realizar una serie de tareas encomendadas por el terapeuta. La duración de cada sesión fue de 90 minutos aproximadamente.

El esquema de desarrollo de las sesiones se dividía en tres fases. (1) Revisión de tareas realizadas en el periodo intersesiones anterior; (2) Actividades centrales de la sesión; y (3) Asignación de tareas para el siguiente periodo intersesiones. Pese a que el tratamiento era grupal, tanto en la revisión de tareas realizadas como en la asignación de las mismas, la atención era individualizada. Cada uno de los dos terapeutas que aplicaron el programa se encargó de cinco sujetos, hasta la finalización del tratamiento, en lo referente al punto (3) de este apartado.

El seguimiento realizó por medio de contacto telefónico.

Resultados

De los diez sujetos que comenzaron el programa, tres de ellos no lo siguieron adecuadamente. Uno abandonó en la 4ª sesión, por motivos personales, tras haber conseguido una ligera reducción del número de cigarrillos. El otro, por cuestiones laborales, sólo pudo asistir a las sesiones 3ª y 4ª, tomando la decisión de dejar de fumar a partir de entonces. La información, a través de un compañero y hasta la finalización del programa, es que ha cesado y se ha mantenido abstinente. El tercero, aunque asistió a las sesiones del programa no se ajustó, desde la segunda sesión, a las instrucciones recibidas, y fue el consumo a su manera, sin seguir norma alguna del programa. A partir de la 6ª sesión realizó una cesación y abstinencia total que duró cuatro semanas continuadas. Se produjo una recaída, y el consumo se mantuvo en unos 8 cigarrillos diarios.

En la Tabla 3 se presentan los resultados obtenidos por los siete sujetos restantes. Cinco de ellos completaron totalmente el programa. El periodo medio en que se produjo la prueba de abstinencia y cesación fue de nueve semanas. Todos los sujetos dejaron de fumar en la primera prueba de cesación, excepto uno que lo hizo en el segundo intento; manteniéndose abstinentes a partir de entonces. Los otros dos sujetos no asistieron a las dos últimas sesiones y a través de contacto no presencial se llevó a cabo un seguimiento de su situación en cuanto al consumo de cigarrillos. El consumo de ambos era de entre 2 y 3 cigarrillos diarios. Se

Tabla 3. Resumen de los resultados en cuanto al consumo de cigarrillos, a los valores de CO y al grado de placer obtenido en cada cigarrillo, por los siete sujetos que finalizaron el tratamiento (se muestran las medias, y desviaciones típicas, semanales de las variables señaladas)

Semanas	N. ^o Cigarrillos	CO en ppm.	Grado Placer
	Media (D.T.)	Media (D.T.)	Media (D.T.)
1	20,6 (5,96)	33,7 (12,8)	6,82 (0,48)
2	18,4 (5,34)	25,9 (6,53)	6,54 (0,44)
3	16,1 (4,44)	27,0 (11,5)	6,63 (0,69)
4	15,6 (3,61)	21,1 (6,34)	6,29 (0,49)
5	11,9 (3,67)	23,0 (9,59)	6,05 (0,47)
6	10,6 (3,03)	17,0 (6,6)	5,82 (0,60)
7	8,68 (3,9)	16,7 (6,6)	5,21 (1,26)
8	6 (3,76)	10,8 (5,19)	5,47 (1,15)

le propuso realizar una prueba de cesación y se continuó el seguimiento a través del teléfono, dada la alta probabilidad de se pueda producir la abstinencia.

Los resultados obtenidos de las respuestas *al cuestionario de satisfacción* muestran una alta valoración del programa; se encontraron puntuaciones unánimes y máximas para las preguntas: a) pregunta 4: Si un amigo necesitara una ayuda similar ¿le recomendaría nuestro programa?; la pregunta 5: En conjunto ¿en qué medida está satisfecho con el servicio recibido?; y la pregunta 6: Si tuviera que buscar ayuda otra vez ¿volvería a nuestro programa?; en estos tres casos las respuestas fueron positivas y unánimes como ya se ha señalado.

Se han realizado seguimientos en tres ocasiones: a) a los tres meses; b) a los doce meses; y c) a los veinticuatro meses. En estos seguimientos (telefónicos), cuatro de los cinco sujetos que completaron el programa, manifestaron que seguían abstinentes, mientras que uno tuvo una recaída a los 11 meses de la finalización del programa. Un sexto sujeto, que abandonó el consu-

mo en el curso del tratamiento pero sin adherirse por completo a las pautas del tratamiento, informó que mantuvo la abstinencia durante ocho meses.

Discusión

La primera cuestión que señalaremos es que la efectividad del programa es similar, en cuanto a los resultados de abstinencia, que la presentada por otros programas de tratamiento en estudios similares (e.g. Buceta y López de la Llave, 1989 y López de la Llave, 1995); este hecho podría indicar que el programa se llevó a cabo de forma adecuada a los objetivos que lo fundamentan. En este sentido cabe destacar las condiciones de gratuidad del tratamiento, que en algunas ocasiones se ha mostrado como una dificultad para mantener la adherencia a los programas de promoción de la salud como el llevado a cabo por nosotros, no han parecido incidir de forma notable en los sujetos que han mostrado una adherencia al tratamiento en iguales términos que en programas que les

suponen algún tipo de coste económico (como señalan López-Gil y Ayllón, 2001). Quizás, se debe tener en cuenta que, aunque el programa era gratuito para los participantes, éstos sí tenían que realizar un esfuerzo (aunque no económico), es decir el programa sí tenía un *coste de respuesta*, ya que los participantes debían asistir al tratamiento fuera del horario laboral y debían realizar un desplazamiento, expreso, a un lugar diferente del lugar de trabajo; en este sentido, aunque no se ha evaluado expresamente en el estudio esta cuestión, puede pensarse que los programas que se ofrecen de forma gratuita (programas de intervención social, programas de promoción de la salud, programas de salud en el marco laboral) pueden verse mejorados, en cuanto a adherencia y por lo tanto en eficiencia, si se estudian mecanismos que determinen un cierto coste de respuesta de los sujetos.

Tanto en términos de efectividad del tratamiento como de valoración del programa por parte de los participantes, los resultados pueden relacionarse con algunos elementos que sin duda han facilitado la consecución de los objetivos. Entre ellos se puede señalar la homogeneidad del grupo lo que ha facilitado la adherencia adecuada y una elevada motivación. El seguimiento correcto de las instrucciones, el cumplimiento de tareas individuales y la finalización del programa íntegramente asistiendo a todas las sesiones, todo ello ha dado como resultado una percepción de control sobre la propia conducta de fumar y una reducción gradual del consumo de cigarrillos como consecuencia de debilitamiento de los vínculos estímulo-conducta-consecuencia (tal y como se buscaba en el programa) y no como producto de la mera *fuerza de voluntad*. Este hecho ha sido, como también señalan Buceta y López de la Llave (1989), determinante en el mantenimiento de las altas tasas de abstinencia a largo plazo que se han observado, al haber reducido los síntomas del síndrome de abstinencia, entre aquellos participantes que cesaron el consumo tras seguir este proceso de reducción gradual. En otros casos, cuando los sujetos han querido «avanzar» rápidamente y han decidido, por su cuenta, cesar bruscamente se ha producido un aumento en la intensidad de los síntomas del síndrome de abstinencia y, al no tener las habilidades necesarias para combatirlos, la recaída.

Puede resultar de interés destacar que, además de los diez sujetos elegidos para la realización del programa, se produjo una *aplicación vicaria del tratamiento*, por uno de los pacientes con su cónyuge, consiguiendo la reducción, la cesación y la abstinencia casi de forma paralela a él. La buena transmisión de la información y conocimiento del fundamento del programa, junto con la formación (psicóloga), de la persona que siguió el programa a través de un tercero pueden haber favorecido este resultado. Este dato resulta de interés ya que ilustra lo que puede considerarse como característica peculiar de este tipo de programas, y que se podría denominar como un *efecto multiplicador* (Pérez-Llantada y López de la Llave, 1999); de esta manera los programas de promoción de la salud (ya sea en *formato tratamiento psicológico en grupo* como el utilizado por nosotros, o en forma de *programa educativo-higiene dental* por ejemplo o de *sensibilización social*); estas acciones pueden tener, y lo tiene frecuentemente (e.g. Díaz y López de la Llave, 2000), efectos más allá de los sujetos que fueron elegidos como población diana, lo que señala que la eficiencia propia del programa debe ser evaluada teniendo en cuenta también esta posible generalización de los resultados.

Referencias bibliográficas

- APA (1995) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. DSM IV.
- Becoña, E. (1987). Intervención psicológica par la eliminación del habito de fumar. En J. M. Buceta (ed) *Psicología Clínica y Salud; Aplicación de estrategias de intervención*. Madrid: UNED editorial.
- Becoña, E. Galego, O y Lorenzo, M.C. (1988) El tabaco y su abandono. *Plan Autonómico de Drododependencias*. Santiago de Compostela
- Buceta, J.M. y López de la Llave, A. (1989) Aplicación de un programa de intervención cognitivo-comportamental para la cesación del comportamiento de fumar. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. Vol. 2 nº3. pp. 81-89.
- Díaz, L. y López de la Llave, A. (2000): Evaluación de un programa de Educación para la Salud en la Escuela. Comunicación presentada en las *3ª Jornadas de Atención Primaria de Salud*. Talavera de la Reina (Toledo) Febrero 2000.
- Fagerström, K-O (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with referen-

- ce to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*. Vol. 3, pp. 235-241.
- Günter, V., Grits, S y Meise, U. (1992) Smoking cessation-gradual or sudden stopping. *Drugs and alcohol dependence*, 29. Pp. 231-236.
- López de la Llave, A. (1995). *Intervención conductual sobre el hábito de fumar*. Tesis doctoral (sin publicar) Madrid: UNED.
- López de la Llave, A.; Buceta, J.M; y Pérez-Llantada, M.C. (1994). Locus of control as predicting variable of adherence and relapse in the behavioural treatment of smoking. 7th *European Conference on Personality*. Madrid.
- López de la Llave A.; Buceta, J.M. y Pérez-Llantada (1997). Tratamiento psicológico del hábito de fumar: comparación de dos métodos de reducción gradual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol 2 n°3, pp. 223-242.
- López de la Llave A.; Buceta, J.M. y Pérez-Llantada (2000). Evaluación de un programa de tratamiento psicológico para dejar de fumar: el efecto del feedback de CO. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5 (2) 131-144.
- López de la Llave, A. y Buceta, J.M. (2002) Evaluación y Tratamiento del tabaquismo. En J.M. Buceta, A.M. Bueno y B. Mas (eds.): *Intervención psicológica y salud: Control del estrés y conductas de riesgo*. Madrid: Dykinson-Psicología.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1999). *Ayuda a tu paciente a cortar por lo sano. Prevención del tabaquismo*. Madrid. MSC-INSALUD.
- Pérez-Llantada, M.C. y López de la Llave, A. (1999). *Evaluación de Programas de Salud y Servicios Sociales: Metodología y Ejemplo*. Madrid: Dykinson.
- Schwartz, J.L. (1987) *Review and evaluation of smoking cessation methods. The United States and Canada, 1978-1985*. Maryland: US Department of Health, Education and Welfare.