

LA RECAÍDA EN FUMADORES QUE DEJAN DE FUMAR CON UN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO: ¿UNA CUESTIÓN DE SEXO?

RELAPSE IN SMOKERS WHO QUIT WITH A PSYCHOLOGICAL TREATMENT: A GENDER ISSUE?

ÚRSULA MARTÍNEZ¹, ELENA FERNÁNDEZ DEL RÍO^{1,2},
ANA LÓPEZ-DURÁN¹, RUBÉN RODRÍGUEZ-CANO¹,
CARMELA MARTÍNEZ-VISPO¹ Y ELISARDO BECOÑA¹

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Martínez, U., Fernández del Río, E., López-Durán R., Rodríguez-Cano, R., Martínez-Vispo, C. y Becoña, E. (2016). La recaída en fumadores que dejan de fumar con un tratamiento psicológico: ¿una cuestión de sexo? [Relapse in smokers who quit with a psychological treatment: A gender issue?]. *Acción Psicológica*, 13(1), 7-20. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.1.16722>

Resumen

Aunque contamos con tratamientos eficaces para la dependencia del tabaco, la recaída continúa siendo un fenómeno frecuente en aquellos que consiguen dejar de fumar. El objetivo del presente estudio fue analizar si existían diferencias en función del sexo en la curva de recaída en hombres y mujeres que participaron en un tratamiento psicológico cognitivo-conductual para dejar

de fumar. La muestra estuvo formada por 266 personas (59.8 % mujeres) que dejaron de fumar al finalizar el tratamiento. Los resultados indicaron que a medida que se incrementaba el tiempo transcurrido tras la intervención, disminuía el porcentaje de participantes abstinentes. No obstante, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en la curva de recaída, lo cual podría explicarse por la inclusión en el tratamiento de técnicas psicológicas eficaces para el afrontamiento de algunas de las principales causas de la recaída (e.g., estado de ánimo negativo). Dada la importancia que tiene la recaída en el proceso de dejar de fumar, es necesario

Agradecimientos: La presente investigación ha sido financiada por el Ministerio de Economía y Competitividad (Proyecto número PSI2012-31196) y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

Correspondencia: Elisardo Becoña. Unidad de Tabaquismo y Trastornos Adictivos. Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Campus Vida. 15782 Santiago de Compostela.

Email: elisardo.becona@usc.es

¹ Universidad de Santiago de Compostela, España.

² Universidad Zaragoza, España.

Recibido: 23 de enero de 2016.

Aceptado: 05 de abril de 2016.

profundizar en los distintos determinantes que la desencadenan.

Palabras clave: recaída; fumar; sexo; tratamiento psicológico.

Abstract

Although we have effective treatments for tobacco dependence, relapse is a frequent phenomenon in those who quit. The aim of this study was to analyze whether there were differences by gender in the relapse curve in men and women who participated in a cognitive-behavioral smoking cessation treatment. The sample was composed of 266 individuals (59.8 % women) who were abstinent at the end of treatment. The results indicate that as time after the intervention increases, the percentage of abstinent participant's decreases. However, no significant differences between men and women in the relapse curve were found, which could be explained by the inclusion of effective psychological tools to cope with some of the main causes of relapse (e.g., negative affect) in the treatment. Given the importance of relapse in the smoking cessation process, it is necessary to deepen in its triggers.

Keywords: relapse; smoking; gender; psychological treatment.

Introducción

A pesar de que el consumo de tabaco y el número de fumadores se han reducido notablemente en los últimos años, fumar sigue siendo la primera causa evitable de morbi-mortalidad en los países desarrollados. Casi seis millones de personas mueren cada año en el mundo como consecuencia del tabaco, una cifra que se estima se incrementa hasta los siete millones y medio en 2030 (World Health Organization [WHO], 2013). En España, el consumo de tabaco es el responsable directo de 58.573 muertes anuales (45.028 varones, 13.545 mujeres), lo

que supone el 16.15 % de todos los fallecimientos que se producen cada año (Hernández-García, Sáenz-González y González-Celador, 2010). Esto es debido a su clara relación con distintas enfermedades (e.g., cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares, enfisema, etc.) (United States Department of Health and Human Services [USDHHS], 2014).

Actualmente disponemos de distintos tratamientos eficaces para dejar de fumar. Además de tratamientos farmacológicos, de autoayuda, de consejo mínimo, etc. (Fiore et al., 2008; Patnode et al., 2015; Siu, 2015), contamos con los tratamientos psicológicos, que son de primera elección en el abordaje terapéutico de la dependencia del tabaco (Becoña, Míguez, Fernández del Río y López, 2010; Fiore et al., 2008; Hartmann-Boyce, Stead, Cahill y Lancaster, 2013; Patnode et al., 2015; Schlam y Baker, 2013; Siu, 2015). Los tratamientos psicológicos para dejar de fumar, que han demostrado de modo sistemático su eficacia en los últimos 50 años (Becoña, Fernández del Río et al., 2014), se basan en tres componentes principales: 1) técnicas motivacionales, para promover que el fumador cambie su conducta y que no abandone el tratamiento; 2) técnicas psicológicas de deshabituación, con las que se le entrena para el abandono del consumo de tabaco y el mantenimiento de la abstinencia; y 3) técnicas de prevención de la recaída, cuyo objetivo es evitar que la persona recaiga en el consumo una vez que ha dejado de fumar.

Aunque cientos de investigaciones avalan la eficacia, efectividad y eficiencia de los tratamientos para dejar de fumar, la recaída sigue siendo un fenómeno frecuente entre aquellos que en algún momento lograron la abstinencia (Becoña et al., 2010; Piasecki, 2006). Así, por ejemplo, algunos estudios han indicado que tres de cada cuatro fumadores que consiguen mantenerse abstinentes durante un mes, recaen en el primer año (Etter y Stapleton, 2006; Ferguson, Bauld, Chesterman y Judge, 2005; Hughes, Keely y Naud, 2004) y, entre los que consiguen permanecer abstinentes durante un año, más del 30 % recaen posteriormente (Etter y Stapleton, 2006). En este sentido, los esfuerzos de los últimos años se han centrado en conocer este fenómeno, con el objetivo de evitar que muchos fumadores recaigan en los meses sucesivos tras el abandono. Entre las causas de la recaída que más se

han estudiado están la presencia de afecto negativo (e.g., Piñeiro y Becoña, 2013), la baja tolerancia al estrés, la baja autoeficacia, la elevada impulsividad y el bajo autocontrol (Brandon, Vidrine y Litvin, 2007).

En cuanto al momento en el que se produce la recaída, Hunt, Barnett y Branch (1971) estudiaron el curso temporal que tiene la recaída en personas en tratamiento para dejar de consumir diversas sustancias (tabaco, alcohol o heroína). Encontraron que la mayoría de las personas recaían en los tres primeros meses tras el abandono y, a partir de este momento, el porcentaje de recaídas iba disminuyendo progresivamente a lo largo del tiempo siguiendo una curva descendente. A pesar de que este estudio se realizó hace más de 40 años, todavía en la actualidad se sigue observando el mismo patrón de recaída (Kirshenbaum, Olsen y Bickel, 2009). Estudios más recientes, como el de Míguez y Becoña (2008), en fumadores que habían participado en un tratamiento de autoayuda, concluyen, tras un seguimiento de 10 años, que la recaída sigue siendo habitual hasta el cuarto o quinto año después del abandono del consumo de tabaco, aunque a partir de ese momento mejora el porcentaje de abstinencia.

Respecto a las diferencias entre hombres y mujeres en la conducta de fumar, investigaciones previas encontraron que las mujeres, en comparación con los hombres, utilizan más el tabaco para manejar el estado de ánimo así como para el control del apetito y el peso (Jensvold, Hamilton y Halbreich, 1996). Además, tienden a presentar un menor consumo, dan caladas menos profundas y prefieren marcas con menos contenido de nicotina y alquitrán que los hombres (Grunberg, Winders y Wewers, 1991). Esto supone que la conducta de fumar de las mujeres depende más del refuerzo condicionado que de la dependencia de la nicotina (Perkins, 1996; Perkins, Donny y Caggiula, 1999). En esta línea, Bohadana, Nilsson, Ramussen y Martinet (2003) evaluaron el tipo de dependencia en función del sexo y encontraron que las mujeres puntuaban más en el componente conductual

(dependencia conductual) asociado a fumar mientras que los hombres tenían un mayor nivel de dependencia física. McKee, Maciejewski, Falba y Mazure (2003) concluyeron que los eventos vitales estresantes, en particular los relacionados con la salud y los problemas financieros, producían más dificultades para dejar de fumar y mantener la abstinencia en las mujeres que en los hombres. Piñeiro, López-Durán, Fernández del Río, Martínez y Becoña (2013) apuntaron también a determinadas características de personalidad de las mujeres fumadoras que les dificultarían alcanzar la abstinencia en el consumo de tabaco.

Por lo que respecta a las diferencias por sexo en la recaída, los resultados de investigaciones previas no son concluyentes. Mientras que algunos estudios han encontrado que los hombres tienen una mayor probabilidad de mantenerse abstinentes que las mujeres (Bohadana et al., 2003; Ferguson et al., 2003; Ward, Klesges y Zbikowski, 1997; Wetter et al., 1999), otros no han hallado diferencias significativas entre ambos sexos (Gonzales et al., 2002; Gritz et al., 1998). Estos hallazgos contradictorios nos llevan a resaltar la necesidad de seguir investigando este aspecto debido a que, si realmente las mujeres tienen más problemas para mantenerse abstinentes que los hombres, el diseño de los tratamientos para dejar de fumar y la prevención de la recaída deberían llevarse a cabo teniendo en cuenta la perspectiva de género (Bohadana et al., 2003).

Es en este contexto en el que se plantea el presente estudio. El objetivo es analizar si existen diferencias en la curva de recaída entre hombres y mujeres que han logrado la abstinencia tras participar en un tratamiento psicológico cognitivo-conductual para dejar de fumar.

Tabla 1.

Características sociodemográficas y de consumo de tabaco de la muestra de fumadores (N = 266).

	n	%	Media	D.T.
<i>Características sociodemográficas</i>				
Edad			41.2	10.8
Sexo				
Hombre	107	40.2		
Mujer	159	59.7		
Estado civil				
Soltero	93	35.0		
Casado/ en pareja	141	53.0		
Separado/ divorciado	28	10.5		
Viudo	4	1.5		
Nivel de estudios				
Básicos	59	22.2		
Medios	84	31.6		
Superiores	122	45.9		
<i>Características del consumo de tabaco</i>				
Nº de cigarrillos/día			19.5	7.0
Años que lleva fumando			22.7	10.3
FTND				
Dependencia (≥ 6)	99	37.2		
No dependencia (< 6)	167	62.8		

Nota. FTND = Test de Dependencia de la Nicotina de Fagerström.

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por 266 fumadores (59.8 % mujeres) con una media de edad de 41.2 años ($D.T. = 10.8$) que participaron en un tratamiento psicológico cognitivo conductual para dejar de fumar y que consiguieron la abstinencia al final del mismo. Las características sociodemográficas y de consumo de tabaco de los participantes se encuentran en la Tabla 1. Todos ellos solicitaron tratamiento para dejar de fumar en la Unidad de Tabaquismo y Trastornos Adictivos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela. Para la selección de la muestra se realizaron diversas comunicaciones a la prensa, se colocaron carteles informativos en distintos centros de salud, a través de otros fumadores que habían acudido previamente al tratamiento o debido a la remisión por parte de su médico de atención primaria u otros servicios del sistema sanitario. Los criterios de inclusión en el presente estudio fueron: tener 18 años o más; deseo de participar voluntariamente en el programa; presentar un consumo mínimo de 10 o más cigarrillos diarios antes del inicio del tratamiento;

cumplimentar debidamente todos los cuestionarios de la evaluación pretratamiento y dejar de fumar al final del mismo (se consideró abstinentes a todo aquel participante que no había fumado en las 24 horas previas a la última sesión de tratamiento). Los criterios de exclusión fueron: tener un diagnóstico de trastorno mental grave (trastorno bipolar y/ o trastorno psicótico); presentar dependencia concurrente de otras sustancias (alcohol, cannabis, cocaína y/o heroína); fumar tabaco de liar, puros o puritos; haber participado en el mismo tratamiento u otro tratamiento psicológico eficaz para dejar de fumar durante el año previo; haber recibido otro tipo de tratamiento eficaz para dejar de fumar en el último año (terapia sustitutiva de nicotina, bupropión, vareniclina), padecer alguna patología que implicase un alto riesgo vital para la persona que precisase una intervención inmediata en formato individual (e.g., infarto de miocardio reciente, neumotórax, etc.) y no acudir a la primera sesión de tratamiento en grupo.

Instrumentos de evaluación

Cuestionario del hábito de fumar (Becoña, 1994). Se trata de un cuestionario compuesto de 59 ítems que analizan variables sociodemográficas y varios aspectos de la historia y de la conducta de consumo de tabaco (número de cigarrillos diarios, número de años fumando, etc.).

Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina (FTND; Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991; adaptación al castellano de Becoña y Vázquez, 1998). Es un cuestionario de seis ítems en los que se puntúan entre cero y uno los ítems de sí/ no y de cero a tres los ítems con opciones múltiples. Una puntuación igual o superior a seis se considera un indicador de dependencia de la nicotina (Fagerström y Furberg, 2008).

Evaluación del estatus de fumador/no fumador. El estatus de fumador/no fumador en los distintos momentos temporales fue autoinformado y con validación bioquímica. Para corroborar la abstinencia en aquellos casos que informaban no fumar, se empleó el Micro+ Smokerlyzer® (Bedfont Scientific Ltd, Sittingbourne, Reino Unido) para medir el monóxido de carbono en aire espirado (CO). En los seguimientos, se consideró como abstinentes a todo aquel participante que no había fumado en los siete días previos a la fecha del seguimiento al mes, tres y en los 30 días previos al seguimiento de seis y 12 meses (Velicer, Prochaska, Rossi y Snow, 1992). Además del autoinforme de abstinencia, se requería la confirmación bioquímica mediante la evaluación de CO, cuyo valor debía de ser menor de 10 partículas por millón –p.p.m.– (West, Hajek, Stead y Stapleton, 2005).

Procedimiento

Tras realizar la demanda de tratamiento, se llevó a cabo una evaluación pretratamiento en la que se administraron los instrumentos descritos previamente. Todos los fumadores dieron su consentimiento informado para su participación y el estudio fue

autorizado por el Comité de Bioética de la Universidad de Santiago de Compostela.

Después de la evaluación inicial, los participantes comenzaron el tratamiento denominado *Programa para Dejar de Fumar* (Becoña, 2007). Se trata de un programa estandarizado y manualizado compuesto por seis sesiones (una por semana) administradas en grupos formados por 4-10 participantes, asignados de acuerdo con su disponibilidad horaria. Es un tratamiento exclusivamente psicológico en el que no se utiliza ningún tipo de tratamiento farmacológico. Está compuesto de los siguientes elementos: contrato de tratamiento, autorregistro y representación gráfica del consumo de cigarrillos, información sobre el tabaco, control de estímulos, actividades para evitar el síndrome de abstinencia, feedback fisiológico del consumo (CO en aire espirado) de cigarrillos, desvanecimiento (cambio de la marca de cigarrillos cada semana para reducir progresivamente la ingesta de nicotina y alquitrán) y estrategias de prevención de la recaída.

Después de finalizar el tratamiento se realizaron seguimientos al mes, tres, seis y 12 meses. Aquellos participantes que no fueron localizados fueron considerados fumadores al mismo nivel (en términos de número de cigarrillos y de contenido de nicotina) que en la evaluación pretratamiento, de modo que todos los participantes que acudieron a la primera sesión del tratamiento fueron incluidos en el análisis final. Este es el denominado criterio de “intención de tratar”, en el que se consideran todos los participantes que acudieron al menos a una sesión de tratamiento, siendo el método recomendado en los estudios sobre los tratamientos para dejar de fumar (West et al., 2005).

Análisis de datos

Para determinar las características de la muestra, llevamos a cabo un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y de consumo de tabaco. Para comparar a hombres y mujeres en las variables sociodemográficas y de consumo de tabaco se utilizó el estadístico chi cuadrado con la corrección de Bonferroni ($p \leq .025$ para la variable “FTND”; $p \leq .016$ para la

Tabla 2

Características sociodemográficas y de consumo de tabaco en función del sexo

	Hombres (n = 107)	Mujeres (n = 159)	χ^2/t
<i>Características sociodemográficas</i>			
Edad	42.3 (12.0)	40.5 (9.9)	1.32
Estado civil			
Soltero	33 (30.8)	60 (37.7)	7.684
Casado/ en pareja	66 (61.7)	75 (47.2)	
Separado/ divorciado	6 (5.6)	22 (13.8)	
Viudo	2 (1.9)	2 (1.3)	
Nivel de estudios			
Básicos	29 (27.1)	30 (18.9)	5.87
Medios	38 (35.5)	46 (28.9)	
Superiores	40 (37.4)	83(52.2)	
<i>Características del consumo de tabaco</i>			
Nº de cigarrillos/día	20.9 (7.8)	18.6 (6.3)	2.76*
Años que lleva fumando	23.5 (10.9)	22.2 (9.9)	1.01
FTND			
Dependencia (≥ 6)	38 (64.5)	61 (61.6)	.22
No dependencia (< 6)	69 (35.5)	98 (38.4)	

Nota. FTND = Test de Dependencia de la Nicotina de Fagerström. Se indican medias (D.T.) para las variables continuas y frecuencias (porcentajes) para variables categóricas. * $p < .05$.

variable “Nivel de estudios”; $p \leq .0125$ para la variable “Estado civil”) para las variables categóricas, y el estadístico t de Student para las variables continuas. Se calculó la prueba exacta de Fisher para aquellas tablas con casillas con una frecuencia esperada menor de cinco.

Para evaluar las diferencias entre fumadores y abstinentes en función del sexo al final del tratamiento y en los seguimientos al mes, tres, seis y 12 meses, empleamos el estadístico chi-cuadrado de Pearson.

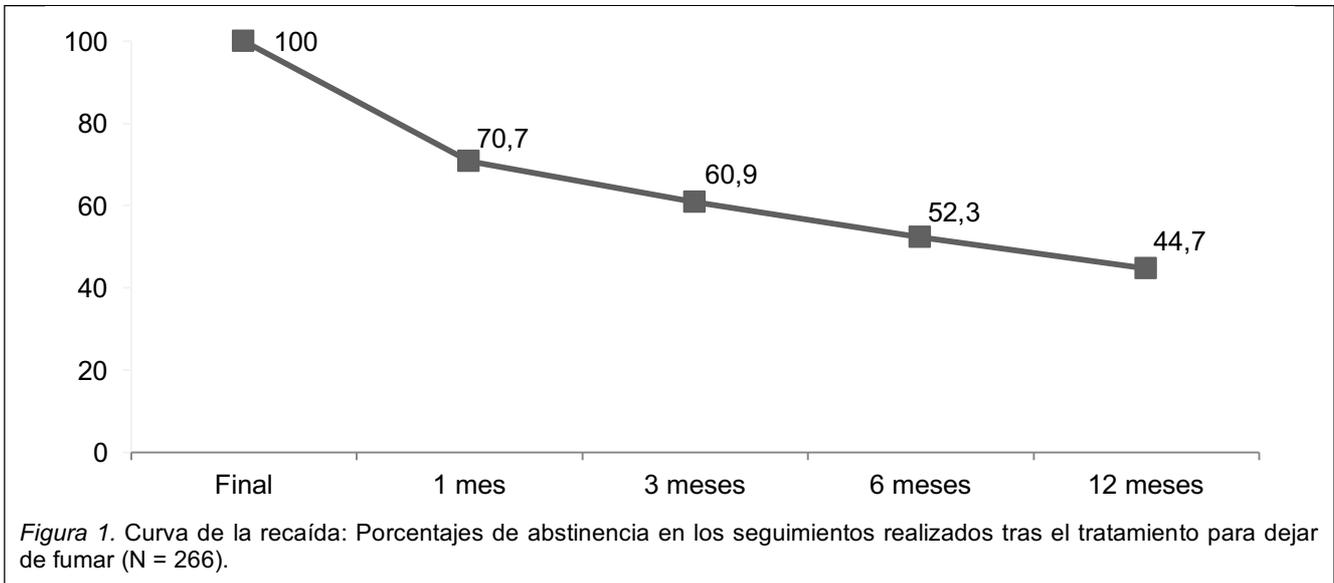
Todos los análisis fueron realizados con el programa SPSS versión 20. El nivel de significación establecido fue $p \leq .05$.

Resultados

Respecto a las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a variables sociodemográficas y características del consumo de tabaco (Tabla 2), únicamente se encontraron diferencias significativas en el número de cigarri-

llos que fuman al día antes de iniciar el tratamiento para dejar de fumar ($t = 2.76$; $p \leq .01$). La media de cigarrillos que fumaban las mujeres antes de iniciar el tratamiento era inferior a la de los hombres (18.6 vs. 20.9 cigarrillos/día respectivamente).

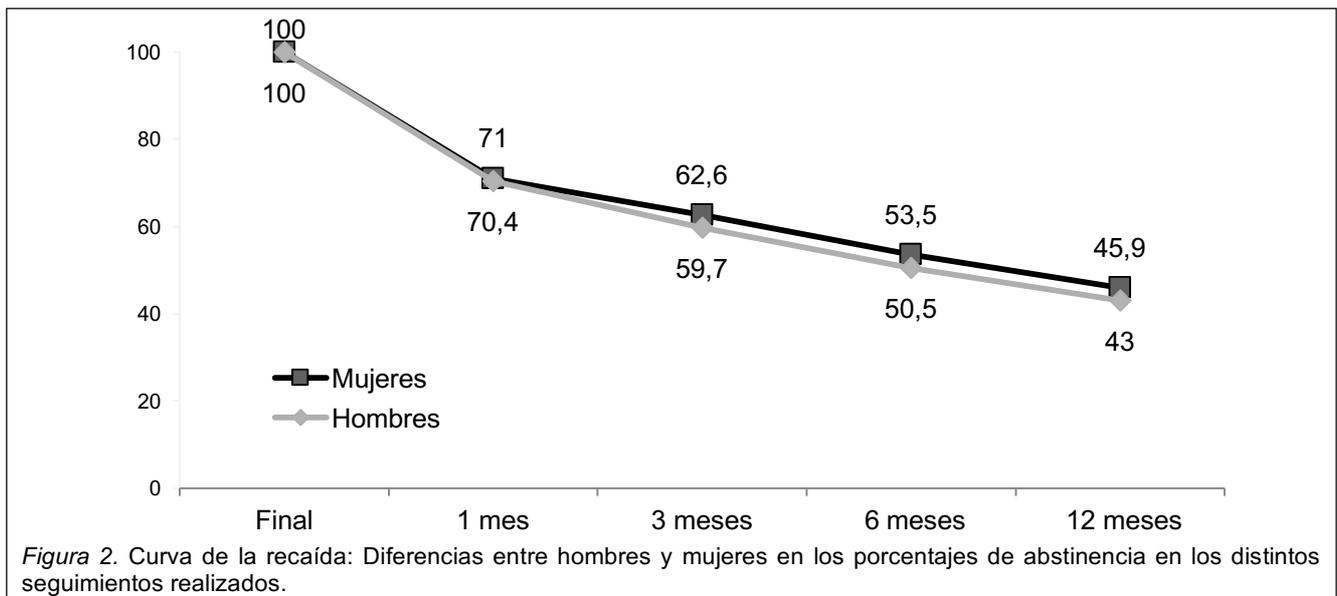
De las 266 personas que participaron en el presente estudio, el 29.3 % ($n = 78$) recayeron durante el primer mes. El porcentaje de recaídas ascendió hasta el 39.1 % ($n = 104$) en el seguimiento de tres meses y hasta el 47.7 % ($n = 127$) a los seis meses de haber finalizado el tratamiento. Un año después, el porcentaje de recaídas fue del 55.3 % ($n = 147$). En la Figura 1 se recoge la curva de la recaída para el total de la muestra entre el primer mes y los 12 meses tras finalizar el tratamiento. Como se puede observar, a medida que aumenta el tiempo transcurrido tras la intervención clínica, disminuye el porcentaje de participantes abstinentes.



Al analizar la curva de recaída en función del sexo (Figura 2), no se encontraron diferencias significativas en ninguno de los períodos temporales evaluados.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue analizar si existían diferencias significativas en la curva de recaída entre hombres y mujeres que habían dejado de fumar tras



participar en un tratamiento psicológico cognitivo-conductual. En general, los resultados muestran que un importante porcentaje de las recaídas en el consumo de tabaco se producen en los primeros tres meses tras el abandono, disminuyendo este porcentaje a medida que aumenta el tiempo tras finalizar el tratamiento. Kirshenbaum et al. (2009) encontraron resultados similares en una revisión de estudios sobre el tratamiento de la dependencia del tabaco, en la que concluyen que la probabilidad de recaer es mayor durante los 70 primeros días después del abandono, a partir de los cuales el riesgo de recaída se reduce notablemente. Resultados semejantes se encontraron en Míguez y Becoña (2008).

En relación a las diferencias entre hombres y mujeres respecto a las variables sociodemográficas y de consumo de tabaco, únicamente hemos encontrado diferencias en el número de cigarrillos fumados al día antes de empezar el tratamiento. Al igual que apuntan estudios previos como el de Grunberg et al. (1991), las mujeres fuman una menor cantidad diaria de cigarrillos que los hombres.

Respecto a la recaída en función del sexo, en el presente estudio no se han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres en ninguno de los periodos temporales evaluados (1, 3, 6 y 12 meses). Este resultado va en la línea de estudios como el de Gritz et al. (1998), en el que, tras un seguimiento de dos años y medio a 12313 hombres y 5523 mujeres que habían recibido tratamiento para dejar de fumar, no hallaron diferencias en la recaída en función del sexo. Resultados semejantes fueron encontrados por Gonzales et al. (2002), quienes, tras un seguimiento de 45 semanas, no hallaron diferencias en la recaída entre hombres y mujeres.

Por el contrario, otros estudios sí han encontrado que las mujeres tienen una mayor probabilidad de recaer en el consumo de tabaco que los varones (Bohadana et al., 2003; Ferguson et al., 2003; Ward et al., 1997; Wetter et al., 1999). Entre las posibles causas, los autores apuntan a que las mujeres fumadoras tendrían una mayor dependencia conductual que los hombres (Bohadana et al., 2003) y que ellas utilizarían el tabaco para controlar el estrés y el peso (Ferguson et al., 2003).

En este sentido, es posible que la ausencia de diferencias significativas entre hombres y mujeres en los

resultados del presente estudio pueda deberse al tipo de tratamiento para dejar de fumar que han recibido los participantes. El Programa para Dejar de Fumar (Becoña, 2007) incluye un entrenamiento específico del fumador en distintas estrategias para el manejo del estado de ánimo, solución de problemas, control de peso, manejo de la ansiedad, etc. Es posible que las mujeres participantes en este tratamiento se beneficien especialmente de estas técnicas psicológicas, haciendo que tengan una menor probabilidad de recaída que cuando reciben tratamientos centrados en el abordaje de la dependencia física de la nicotina (e.g., terapia sustitutiva de nicotina).

El presente estudio no se encuentra exento de limitaciones. Entre ellas, debemos señalar que se trata de una muestra de fumadores que recibieron tratamiento psicológico para dejar de fumar, lo que limita la generalización de los resultados a la población general. En la actualidad sabemos que las personas que acuden a un tratamiento para dejar de fumar presentan características diferentes a las de los fumadores de la población general (Le Strat, Rehm y Le Foll, 2011), como son una mayor dependencia de la nicotina y mayor presencia de psicopatología (Becoña, López-Durán, Fernández del Río y Martínez, 2014). Además, el tamaño muestral es relativamente pequeño, por lo que sería importante realizar estudios en el futuro con muestras más amplias.

A pesar de las limitaciones señaladas, el presente estudio aporta información muy relevante tanto en el ámbito de la recaída como en el del tratamiento psicológico para dejar de fumar. Los resultados obtenidos confirman que los tratamientos psicológicos para dejar de fumar son eficaces y funcionan por igual en hombres y en mujeres. De hecho, un estudio reciente realizado en este mismo contexto (Rodríguez-Cano et al., 2016) ha revelado que la sintomatología depresiva mejora significativamente a medida que se consolida la abstinencia, mientras que dichos síntomas se incrementan cuando el fumador recaer en el consumo de tabaco. Por ello, teniendo en cuenta que la recaída es un fenómeno frecuente en el tratamiento de la dependencia del tabaco, debemos centrar nuestros esfuerzos en incluir técnicas psicológicas específicas dirigidas, por ejemplo, a afrontar de manera eficaz algunos de los desencadenantes más frecuentes de una recaída. Tal es el caso de los estados emocionales

negativos (ira, frustración, depresión, ansiedad) o la presión social hacia el consumo (Piñeiro y Becoña, 2013), especialmente en los primeros meses tras el abandono, pues la evidencia ha demostrado que constituyen el periodo más crítico para la recaída (Hughes et al., 2004; Míguez y Becoña, 2008).

Referencias

- Becoña, E. (1994). Evaluación de la conducta de fumar. En J. L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 403-454). Madrid, España: Debate.
- Becoña, E. (2007). *Programa para Dejar de Fumar*. Vigo, España: Nova Galicia.
- Becoña, E., Fernández del Río, E., López-Durán, A., Martínez, Ú., Martínez-Vispo, C. y Rodríguez-Cano, R. (2014). El tratamiento psicológico de la dependencia del tabaco. Eficacia, barreras y retos para el futuro. *Papeles del Psicólogo*, 35, 161-168.
- Becoña, E., López-Durán, A., Fernández del Río, E. y Martínez, U. (2014). Changes in the profile of Spanish smokers and in the efficacy of smoking cessation treatment (2001-2010). *BMC Public Health*, 14(613), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-14-613>
- Becoña, E., Míguez, M. C., Fernández del Río, E. y López, A. (2010). El tratamiento psicológico de los fumadores. En E. Becoña (Ed.), *Dependencia del tabaco. Manual de casos clínicos* (pp. 43-60). Madrid, España: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1998). The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports*, 83, 1455-1458. <http://dx.doi.org/10.2466/pr0.1998.83.3f.1455>
- Bohadana, A., Nilsson, F., Rasmussen, T. y Martinet, Y. (2003). Gender differences in quit rates following smoking cessation with combination nicotine therapy: Influence of baseline smoking behavior. *Nicotine & Tobacco Research*, 5, 111-116. <http://dx.doi.org/10.1080/1462220021000060482>
- Brandon, T. H., Vidrine, J. I. y Litvin, E. B. (2007). Relapse and relapse prevention. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 257-284. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091455>
- Etter, J. F. y Stapleton, J. A. (2006). Nicotine replacement therapy for long-term smoking cessation: A meta-analysis. *Tobacco Control*, 15, 280-285. <http://dx.doi.org/10.1136/tc.2005.015487>
- Fagerström, K. O. y Furberg, H. (2008). A comparison of the Fagerström Test for Nicotine Dependence and smoking prevalence across countries. *Addiction*, 103, 841-845. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02190.x>
- Ferguson, J., Bauld, L., Chesterman, J. y Judge, K. (2005). The English smoking treatment services: One-year outcomes. *Addiction*, 100, 59-69. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01028.x>
- Ferguson, J. A., Patten, C. A., Schroeder, D. R., Offord, K. P., Eberman, K. M. y Hurt, R. D. (2003). Predictors of 6-month tobacco abstinence among 1224 cigarette smokers treated for nicotine dependence. *Addictive Behaviors*, 28, 1203-1218. [http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603\(02\)00260-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603(02)00260-5)
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., ... y Wewers, M. E. (2008). *Treating tobacco use and dependence: 2008 Update*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Gonzales, D., Bjornson, W., Durcan, M. J., White, J. D., Johnston, A. y Buist, S. (2002). Effects of gender on relapse prevention in smokers treated with bupropion

- SR. *American Journal of Prevention Medicine*, 22, 234-239. [http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00419-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00419-1)
- Gritz, E. R., Thompson, B., Emmons, K., Ockene, J. K., McLerran, D. F. y Nielsen, I. R. (1998). Gender differences among smokers and quitters in the Working Well Trial. *Preventive Medicine*, 27, 553-561. <http://dx.doi.org/10.1006/pmed.1998.0325>
- Grunberg, N. E., Winders, S. E. y Wewers, M. E. (1991). Gender differences in tobacco use. *Health Psychology*, 10, 143-153. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.10.2.143>
- Hartmann-Boyce, J., Stead, L. F., Cahill, K. y Lancaster, T. (2013). Efficacy of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2012 reviews. *Addiction*, 108, 1711-1721. <http://dx.doi.org/10.1111/add.12291>
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. y Fagerström, K. O. (1991). The fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fageström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addictions*, 86, 1119-1127. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
- Hernández-García, I., Sáenz-González, M. C. y González-Celador, R. (2010). Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. *Actas del Sistema Sanitario de Navarra*, 33, 23-33.
- Hughes, J. R., Keely, J. y Naud, S. (2004). Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*, 99, 29-38. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00540.x>
- Hunt, W. A., Barnett, L. y Branch, L. G. (1971). Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 455-456.
- Jensvold, M. F., Hamilton, J. A. y Halbrech, U. (1996). Future research directions: Methodological considerations for advancing gender-sensitive statistics. En M. F. Jensvold, U. Halbrech y J. A. Hamilton (Eds.), *Psychopharmacology and women: Sex, gender, and hormones* (pp. 11-42). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kirshenbaum, A. P., Olsen, D. M. y Bickel, W. K. (2009). A quantitative review of the ubiquitous relapse curve. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 8-17. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2008.04.001>
- Le Strat, Y., Rehm, J. y Le Foll, B. (2011). How generalisable to community samples are clinical trial results for treatment of nicotine dependence: a comparison of common eligibility criteria with respondents of a large representative general population survey. *Tobacco Control*, 20, 338-343. <http://dx.doi.org/10.1136/tc.2010.038703>
- McKee, S. A., Maciejewski, P. K., Falba, T. y Mazure, C. M. (2003). Sex differences in the effects of stressful life events changes in smoking status. *Addiction*, 98, 847-855. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00408.x>
- Míguez, M. C. y Becoña, E. (2008). Abstinence from smoking ten years after participation in a randomized controlled trial of a self-help program. *Addictive Behaviors*, 33, 1369-1374. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.06.015>
- Patnode, C. D., Henderson, J. T., Thompson, J. M., Senger, C. A., Fortmann, S. P. y Whitlock, E. P. (2015). Behavioral counseling and pharmacological interventions for tobacco cessation in adults, including pregnant women: A review of reviews for the U. S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 163, 608-621. <http://dx.doi.org/10.7326/M15-0171>
- Perkins, K. A. (1996). Sex differences in nicotine versus non-nicotine reinforcement as determinants of tobacco smoking. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 166-177.

- Perkins, K. A., Donny, E. y Caggiula, A. R. (1999). Sex differences in nicotine effects and self-administration: Review of human and animal evidence. *Nicotine & Tobacco Research, 1*, 301-315.
- Piasecki, T. M. (2006). Relapse to smoking. *Clinical Psychology Review, 26*, 196-215. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2005.11.007>
- Piñeiro, B. y Becoña, E. (2013). Relapse situations according to Marlatt's Taxonomy in smokers. *Spanish Journal of Psychology, 16*(e91), 1-12. <http://dx.doi.org/10.1017/sjp.2013.91>
- Piñeiro, B., López-Durán, A., Fernández del Río, E., Martínez, U. y Becoña, E. (2013). Gender differences in personality patterns and smoking status after a smoking cessation treatment. *BMC Public Health, 13*, 306. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-306>
- Rodríguez-Cano, R., López-Durán, A., Fernández del Río, E., Martínez-Vispo, C., Martínez, Ú. y Becoña, E. (2016). Smoking cessation and depressive symptoms at 1-, 3-, 6-, and 12-months follow-up. *Journal of Affective Disorders, 191*, 94-99. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.042>
- Schlam, T. R. y Baker, T. B. (2013). Interventions for tobacco smoking. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 675-702. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185602>
- Siu, A. L. (2015). Behavioral and pharmacological interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant women: U. S. Preventive Services Task Force Recommendations Statement. *Annals of Internal Medicine, 163*, 622-634. <http://dx.doi.org/10.7326/M15-2023>
- U. S. Department of Health and Human Services (2014). *The health consequences of smoking-50 years of progress. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, Office of the Surgeon General.
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Rossi, J. S. y Snow, M. G. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychological Bulletin, 111*, 23-41.
- Ward, K. D., Klesges, R. C. y Zbikowski, S. M. (1997). Gender differences in the outcome of an unaided smoking cessation attempt. *Addictive Behaviors, 22*, 521-533. [http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603\(96\)00063-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603(96)00063-9)
- West, R., Hajek, P., Stead, L. y Stapleton, J. (2005). Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction, 100*, 299-303. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.00995.x>
- Wetter, D. W., Kenford, S. L., Smith, S. S., Fiore, M. C., Jorenby, D. E. y Baker, T. B. (1999). Gender differences in smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 555-562. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.67.4.555>
- World Health Organization (2013). *Media centre*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>

RELAPSE IN SMOKERS WHO QUIT WITH A PSYCHOLOGICAL TREATMENT: A GENDER ISSUE?

ÚRSULA MARTÍNEZ, ELENA FERNÁNDEZ DEL RÍO,
ANA LÓPEZ-DURÁN, RUBÉN RODRÍGUEZ-CANO,
CARMELA MARTÍNEZ-VISPO Y ELISARDO BECOÑA

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Although the prevalence of daily smokers has decreased in all developed countries due to a great variety of factors, smoking remains the leading preventable cause of morbidity and mortality world wide. In Spain tobacco use is directly responsible for 58.573 deaths annually, which represents the 16.15 % of all deaths that occur each year (Hernández-García et al., 2010).

Currently, we have several effective treatments for smoking cessation including pharmacotherapy, self-help materials, counseling and psychological treatments, which are the first choice in the therapeutic approach of nicotine dependence (Becoña, Míguez, López, & Fernández del Río 2010; Fiore et al, 2008; Hartmann-Boyce, Stead, Lancaster and Cahill, 2013; Patnode et al, 2015; Schlam and Baker, 2013; Siu, 2015). Although several studies support the efficacy, effectiveness and efficiency of smoking cessation treatments, relapse still is a common phenomenon among those who achieved abstinence (Becoña et al, 2010; Piasecki, 2006).

Regarding the differences between men and women in smoking behavior, previous research found that women, compared to men, use tobacco for mood management and for appetite and weight control (Jensvold, Hamilton, & Halbreich, 1996). Moreover, women tend to smoke fewer cigarettes per day, inhale less deeply and

prefer brands with less nicotine content (Grunberg, Winders and Wewers, 1991). About gender differences in relapse, the results of previous research are inconclusive. While some studies have found that men are more likely to remain abstinent than women (Bohadana et al., 2003; Ferguson et al., 2003) others did not find significant differences (Gonzales et al., 2002, Gritz et al., 1998). This highlights the need to further investigate the role of gender in the relapse process because if it is true that women have more trouble than men to stay abstinent, the design of treatments for smoking cessation and relapse prevention should take gender into account (Bohadana et al., 2003).

The aim of this study was to analyze whether there were differences in the relapse curve according to gender in men and women who participated in a cognitive-behavioral smoking cessation treatment.

Method

The sample was composed of 266 individuals (59.8 % women) who were abstinent at the end of a psychological treatment to quit smoking at the Smoking Cessation and Addictive Disorders Unit at the Faculty of Psychology of the University of Santiago de Compostela (Spain). The smokers were selected according to the following inclusion criteria: age 18 or over, a wish to participate in the treatment programme, smoking ≥ 10 cigarettes per day, and having completed all the questionnaires in the pretreatment assessment. Exclusion criteria were: diagnosis of a

severe mental disorder (bipolar disorder and/ or psychotic disorder), concurrent dependence on other substances, having received the same treatment programme or another effective treatment for smoking cessation (nicotine replacement therapy, bupropion or varenicline) during the previous year, suffering from a physical pathology with a high life risk which would require immediate individual intervention (e.g., recent myocardial infarction), smoking tobacco other than cigarettes (e.g., cigars), and failing to attend the first treatment session.

Before starting treatment, all the smokers completed the 56-item Smoking Habit Questionnaire (Becoña, 1994), designed to gather information on sociodemographic variables (gender, age, marital status, educational level) and tobacco use (i.e., number of cigarettes smoked per day). Information related nicotine dependence was obtained through the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND, Heatherton, Kozlowski, Frecker, & Fagerström, 1991; in its validated Spanish version by Becoña & Vázquez, 1998), using a cut-off point of 6 or more.

To assess smoking status (smoker/non-smoker) at the end of treatment and at 1, 3, 6 and 12 month follow-ups we used self-report abstinence corroborated through the measure of carbon monoxide in expired air (CO) using the Micro IV Smokerlyzer (Bedfont Technical Instruments Ltd, Sittingbourne, Kent, UK).

During the pretreatment assessment a face-to-face interview was conducted and the above described instruments were administered. All the smokers gave their informed consent for participation, and the study was authorized by the Bioethics Committee of the University of Santiago de Compostela.

After the initial assessment the participants started the Smoking Cessation Program (Becoña, 2007). It is a standardized and manualized cognitive-behavioral treatment composed of 6 sessions in groups of 4-10 smokers. After treatment face-to-face follow-ups at 1, 3, 6 and 12 months were conducted. Those participants

who were not located were considered to be smokers at the same level (in terms of number of cigarettes and nicotine content) as in pretreatment assessment (West et al., 2005).

All statistical analyses were performed using the software SPSS version 20. The significance level was set at $\leq .05$. In order to determine sample characteristics, we carried out descriptive statistical analyses. To test the difference between women and men, we used Pearson's χ^2 statistic for numerical variables and Student t test for quantitative variables.

Results

During the period under review, there have been in terms of sociodemographic and smoking characteristics, we only found significant differences in the number of cigarettes smoked per day before starting treatment ($t = 2.76$; $p \leq .01$). Women reported smoking fewer cigarettes/day than men in the pretreatment assessment –18.6 vs. 20.9 cigarettes/day, respectively– (Table 2).

Of the 266 participants, 29.3 % ($n = 78$) relapsed during the first month. The relapse rate was 39.1 % ($n = 104$) in the three months' follow-up and 47.7 % ($n = 127$) at six months after the end of treatment. A year later, the relapse rate was 55.3 % ($n = 147$). When analyzing the relapse curve based on gender (Figure 2), no significant differences were found in any of the time points assessed.

Discussion

In general, the results show that a significant percentage of relapses occur during the first three months after quitting smoking, and as time after treatment increases, the percentage of participants who remain abstinent decreases. Kirshenbaum et al. (2009) in a review about nicotine dependence treatment found similar results and they concluded that the likelihood of relapse is greater during the first 70 days

after quitting. Similar results were found in Míguez and Becoña (2008).

Regarding sociodemographic and smoking variables, we only found significant differences between men and women in the number of cigarettes smoked per day before treatment. Our results are consistent with previous studies (Grunberg et al., 1991) that indicated that women smoke less cigarettes per day than men.

No significant differences were found between men and women in the relapse curve. This result is in line with studies like that of Gritz et al. (1998), who did not find significant differences in relapse according to gender. These authors followed 12.313 men and 5.523 women during two and a half years after receiving a smoking cessation treatment. Similar results were found by Gonzales et al. (2002) in a 45 weeks follow up.

However, other studies found that women are more likely to relapse than men (Bohadana et al., 2003; Ferguson et al., 2003; Ward et al., 1997; Wetter et al., 1999), and they suggest that women tend to have a higher behavioral dependence than men (Bohadana et al., 2003) and to use tobacco for stress management and weight control (Ferguson et al., 2003).

In this sense, it is possible that the absence of significant differences between men and women in the results of the present study is due to the type of smoking cessation treatment, which include effective psychological tools (strategies for mood and anxiety management, problem solving, weight control, etc.) to cope with some of the main causes of relapse. It is possible that women take special advantage of these psychological techniques, that may enable them to become less likely to relapse.

Some limitations of the present study should be noted. The results cannot be extrapolated to smokers in the general population, as smokers who seek

specialized treatment for smoking cessation tend to be qualitatively different from those who do not (Becoña, López-Durán, Fernández del Río, & Martínez, 2014; Le Strat, Rehm, & Le Foll, 2011). Moreover, the sample size is relatively small, so it would be important to use larger samples in future studies.

Among the strengths, this study provides very relevant information about the psychological treatment of smoking cessation and more specifically about smoking relapse. The results confirm that psychological treatments for smoking cessation are effective and work equally well for both men and women and highlight the importance of continuing the research on relapse prevention.