



## Cuanta más psicología, mejor: eficacia para dejar de fumar de la terapia cognitiva conductual intensiva y de los parches de nicotina combinados con terapia cognitiva conductual intensiva y menos intensiva

Primer premio de la XX edición del Premio de Psicología Aplicada “Rafael Burgaleta” 2013

Ignacio Gabino Fernández Arias, María Paz García-Vera\* y Jesús Sanz

Universidad Complutense de Madrid, España

### INFORMACIÓN ARTÍCULO

Manuscrito recibido: 15/01/2014  
Revisión recibida: 18/01/2014  
Aceptado: 20/01/2014

#### Palabras clave:

Tratamiento para dejar de fumar  
Terapia cognitiva conductual  
Parches de nicotina  
Eficacia

### RESUMEN

Para comparar la eficacia para dejar de fumar de la terapia cognitiva conductual intensiva (TCC/I), la TCC/I con parches de nicotina (TCC/I+PN) y la terapia cognitiva conductual no intensiva con parches de nicotina (TCC/NI+PN) se realizó un estudio experimental de medidas repetidas con 235 fumadores adultos asignados aleatoriamente a uno de esos tres tratamientos. Entre los pacientes que completaron el tratamiento ( $n = 152$ ) la TCC/I+PN mostró tasas de abstinencia a los 6 meses y al año, mayores que la TCC/NI+PN, mientras que la TCC/I mostró tasas de abstinencia que no eran significativamente diferentes de las de los otros dos tratamientos. Estos resultados sugieren que los parches de nicotina se deberían utilizar siempre con una terapia cognitiva conductual lo más intensiva posible y que la utilización de esta última terapia en solitario debería gozar de mayor relevancia en las guías clínicas para dejar de fumar.

© 2014 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Todos los derechos reservados.

### The more psychology, the better: The efficacy of smoking cessation treatment using intensive cognitive-behavioral therapy versus a combination of nicotine patches plus intensive or less intensive cognitive-behavioral therapy

First prize of the 20th “Rafael Burgaleta” Applied Psychology Awards 2013

### ABSTRACT

In order to compare the efficacy of smoking cessation treatment using intensive cognitive-behavioral therapy (I/CBT) versus a combination of I/CBT plus nicotine patches (I/CBT+NP) or a combination of no intensive cognitive-behavioral therapy plus nicotine patches (NI/CBT+NP), a repeated measures experimental study was conducted with 235 adult smokers randomly assigned to one out of three treatments. Among patients who completed treatment ( $n = 152$ ), I/CBT+NP showed higher abstinence rates at 6-month follow-up and one-year follow-up than those showed by NI/CBT+NP, whereas the abstinence rates of I/CBT were not significantly different from those of the other two treatments. Results suggest that nicotine patches should always be used with a cognitive-behavioral therapy as intensive as possible. They also suggest that intensive cognitive-behavioral therapy administered alone should be given greater prominence in clinical guidelines for smoking cessation.

© 2014 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. All rights reserved.

#### Keywords:

Smoking cessation treatment  
Cognitive-behavioral therapy  
Nicotine patch  
Efficacy

\*La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a María Paz García-Vera. Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas. 28223 Madrid. E-mail: mpgvera@psi.ucm.es

En los últimos años la investigación sobre los tratamientos psicológicos para dejar de fumar y el peso específico de estos tratamientos en las principales guías clínicas para el tabaquismo están experimentando un considerable retroceso en favor de los tratamientos farmacológicos (García-Vera y Sanz, 2006), y ello a pesar de que existen datos más que suficientes que avalan su eficacia (Chambless y Ollendick, 2001; Lancaster y Stead, 2006; Sánchez-Meca, Olivares y Alcázar, 1998; Stead y Lancaster, 2006).

Este retroceso se refleja, en primer lugar, en una infravaloración de la eficacia de los tratamientos psicológicos. Un buen ejemplo de esta infravaloración se puede encontrar en las guías de la Agencia Americana de Salud (Fiore et al., 1996, 2000, 2008). A pesar de que la primera guía reconocía como especialmente eficaz el apoyo social, el entrenamiento en habilidades y la solución de problemas (Fiore et al., 1996), sus posteriores actualizaciones redujeron a la baja sus recomendaciones sobre el tratamiento psicológico aduciendo la falta de estudios que cumplieran las exigencias y los criterios para que la solidez de sus datos recibiera la calificación máxima (p. ej., existencia de grupos de control de placebo; ausencia de deficiencias metodológicas; existencia de varios estudios que repliquen los resultados) (Fiore et al., 2000, 2008). Además, se puede observar en dichas guías que los índices de eficacia (las *odds ratio* u OR) de las intervenciones psicológicas y psicosociales, tanto individuales como grupales, frente a las condiciones de control de no tratamiento o de placebo, han sufrido paulatinamente un ajuste a la baja (Fiore et al., 1996, 2000, 2008). Una posible explicación de esta infravaloración y este descenso en las OR que, por cierto, no coincide con los resultados de muchos otros trabajos de revisión (Chambless y Ollendick, 2001; Sánchez-Meca et al., 1998), radica en la confusión terminológica y conceptual en la que caen las guías de la Agencia Americana de Salud (Fiore et al., 1996, 2000, 2008) al considerar como tratamiento psicológico intervenciones de apoyo o asesoramiento que no cumplen con las características mínimas que definen un tratamiento psicológico en cuanto a las técnicas terapéuticas utilizadas, la formación del terapeuta, la duración de la intervención, etc.

En segundo lugar, el retroceso en la investigación y consideración de los tratamientos psicológicos para dejar de fumar también tiene que ver con la ausencia de datos sólidos sobre la mayor eficacia de los tratamientos psicológicos más intensivos frente a los menos intensivos o frente a los tratamientos que simplemente son intervenciones de apoyo o asesoramiento y que, por tanto, es cuestionable que puedan considerarse verdaderos tratamientos psicológicos. Por ejemplo, las revisiones de la Colaboración Cochrane (Lancaster y Stead, 2006; Stead y Lancaster, 2006) apoyan sin duda la eficacia para dejar de fumar de los tratamientos psicológicos conductuales grupales e individuales, obteniendo, por ejemplo, índices medios de eficacia (OR) de 1.7 para el tratamiento individual frente a la no intervención. Sin embargo, tales revisiones no encuentran apoyo empírico para la idea de que utilizar terapias psicológicas más intensivas mejora la eficacia de los tratamientos psicológicos, aunque, bien es cierto que los índices de eficacia que estiman en sus revisiones se modifica al alza al excluir de las mismas los estudios con metodologías o componentes terapéuticos confusos.

En tercer lugar, el retroceso en la consideración de los tratamientos psicológicos para dejar de fumar también tiene que ver con la ausencia de datos sólidos sobre el beneficio adicional que implica añadir un tratamiento psicológico a un tratamiento farmacológico o sobre la eficacia del tratamiento psicológico aplicado en solitario frente a su aplicación en combinación con un tratamiento farmacológico o frente a la aplicación de un tratamiento farmacológico combinado con un tratamiento psicológico poco intensivo. Por ejemplo, en el ámbito de las intervenciones especializadas con personas con un alto nivel de dependencia e intentos previos de dejar de fumar infructuosos, las principales guías clínicas para dejar de fumar coinciden en señalar la pertinencia del uso de tratamientos intensivos combinados farmacológicos y psicológicos, ya que con ellos se obtie-

nen tasas de abstinencia que oscilan entre 20% y 50% en seguimientos a los 6 meses o al año (Fiore et al., 2008; NICE, 2006a, 2006b, 2007). Sin embargo, algunas otras revisiones y estudios específicos no encuentran datos empíricos sólidos que sustenten la idea de que, por ejemplo, la combinación de un tratamiento farmacológico con otro psicológico obtenga mejores resultados que cualquiera de ellos por separado (Alonso-Pérez, Secades y Duarte, 2007; García-Vera y Sanz, 2006; Hitsman et al., 1999). De hecho, la propia Colaboración Cochrane, en dos revisiones recientes sobre la combinación de tratamientos conductuales y farmacológicos y la contribución de los primeros a los segundos (Stead y Lancaster, 2012a, 2012b), a pesar de reconocer los beneficios adicionales significativos del tratamiento combinado, estima que tales beneficios tienen un tamaño del efecto pequeño, fundamentalmente en lo que respecta a los beneficios que se derivan de incrementar la intensidad de la intervención conductual que acompaña al tratamiento farmacológico.

Por otro lado, los datos existentes actualmente sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos frente a su combinación con tratamientos farmacológicos o sobre los beneficios de incrementar la intensidad de los tratamientos psicológicos en esa combinación no proceden, en su mayoría, de estudios que hayan comparado directamente tales condiciones, sino de metaanálisis que combinan los resultados de estudios que solamente han examinado alguna de esas condiciones (García-Vera y Sanz, 2006).

En este contexto, el objetivo general del presente estudio era comparar en un mismo estudio la eficacia para dejar de fumar del tratamiento psicológico aplicado aisladamente frente a su aplicación en combinación con un tratamiento farmacológico y examinar los posibles beneficios de incrementar la intensidad del tratamiento psicológico en dicha combinación. En concreto, en este estudio se examinó la eficacia de la terapia cognitiva conductual multicomponente (TCC), reconocida como el tratamiento psicológico de mayor eficacia y aval empírico (Chambless y Ollendick, 2001; Lancaster y Stead, 2006; Sánchez-Meca et al., 1998; Stead y Lancaster, 2006), y dicha terapia aplicada con dos niveles de intensidad, intensiva (TCC/I) y menos intensiva o no intensiva (TCC/NI) se combinó con terapia sustitutiva de nicotina, en concreto con parches de nicotina (PN), ya que este tipo de tratamiento farmacológico cuenta también con gran aval empírico y es considerado un tratamiento de primera línea en las principales guías clínicas para dejar de fumar (Fiore et al., 1996, 2000, 2008).

## Método

### Diseño

El presente estudio responde a un diseño experimental intergrupos con medidas repetidas pretratamiento, postratamiento y en seguimientos a los 3 meses, 6 meses y al año desde que los paciente dejaron de fumar y en el que se compararon tres tratamientos: 1) terapia cognitiva conductual intensiva (TCC/I), 2) TCC/I con parches de nicotina (TCC/I+PN) y 3) terapia cognitiva conductual no intensiva con parches de nicotina (TCC/NI+PN).

### Participantes

Fumadores mayores de 18 años que acudieron a la Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) para dejar de fumar. Se excluyeron las personas que fumaban menos de 10 cigarrillos o que presentaban enfermedades o situaciones de salud incompatibles con los parches de nicotina (p. ej., psoriasis, dermatitis, estar embarazada o en periodo de lactancia, infarto reciente de miocardio, angina de pecho inestable). De los 291 participantes evaluados inicialmente, y que fueron asignados aleatoriamente a uno de los tres tratamientos mencionados, 56 (19.2%) no iniciaron el tratamiento correspondiente y sus datos fueron descartados. Por tanto, la muestra final estuvo formada por 235 participantes, de los cuales

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/903518>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/903518>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)