

## ORIGINAL

# El tratamiento grupal del tabaquismo

E. OLANO<sup>a,b</sup>, S. VEIGA<sup>c</sup>, A. ESTEBAN<sup>a,d</sup> B. MATILLA<sup>e</sup> Y M. OTERO<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup>Co-director del Máster en Tabaquismo de la Universidad de Cantabria.

<sup>b</sup>Coordinador del Grupo de abordaje al Tabaquismo de la SoMaMFyC.

<sup>c</sup>Asesor técnico del «Programa Galego de Promoción da Vida Sen Tabaco». Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

<sup>d</sup>Técnico Superior del Comisionado Regional para la Drogas. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud. Gobierno de La Rioja.

<sup>e</sup>Médico de Familia. Área 10 del SERMAS.

**RESUMEN.** *Objetivos.* Sistematizar el por qué y el cómo se debe y puede hacer tratamiento de deshabituación tabáquica en formato grupal, atendiendo siempre a los máximos niveles de evidencia disponibles.

*Material y métodos.* Se realizó una revisión no sistemática de estudios clínicos y artículos de revisión, incluidos en la biblioteca Cochrane y en las bases de datos Medline, Science Citation Index y Psychinfo. Se revisaron asimismo las Guías de práctica clínica sobre atención al fumador y los protocolos de atención grupal publicados en nuestro país.

*Resultados.* El tratamiento en grupo del tabaquismo es eficaz y coste-efectivo. Sin embargo, para que sea así, dicho tratamiento debe reunir unas características específicas, tanto generales como del terapeuta y del grupo. Asimismo, precisa de una estructuración y componentes determinados. Todos estos elementos se revisan en el artículo.

*Conclusiones.* El uso de un formato grupal en una intervención para dejar de fumar tiene dos justificaciones fundamentales:

1. Su eficacia se ha demostrado de forma rotunda, siendo en ello al menos equivalente a otras intervenciones que implican contacto personal a nivel individual y consistentemente mejor que los materiales de autoayuda por sí solos (fuerza de evidencia A).

2. Su mejor relación coste-efectividad.

Es posible que exista, además, un beneficio terapéutico específico (evidencia tipo C).

Dicho de otra forma, el abordaje grupal ofrece mejores tasas de abstinencia que las intervenciones breves y a un coste menor que la terapia individual intensiva.

**PALABRAS CLAVE:** tabaquismo, tratamiento, tratamiento grupal.

## Group smoking cessation treatment

**ABSTRACT.** *Objetive.* To systematize the best standards for group therapy for smoking cessation, according to the scientific evidence available.

*Material and methods.* A non-systematical review of clinical studies and review articles, including those in Cochrane library and Medline, Science Citation Index and Psychinfo databases, was accomplished. Clinical practice guidelines on smokers attention and group therapy schedule protocols published in our country were also checked.

*Results.* Group therapy for smoking cessation is both effective and cost-effective. Nevertheless, to be so, it must meet some specific characteristics related to the therapist, to group structure and specific contents of the program. All these elements are discussed in the article.

*Conclusions.* The use of group therapy for smoking cessation is justified by two main reasons:

1. Its effectiveness has been clearly demonstrated, being at least equivalent to other interventions which imply personal and individual contact, and quite better than self-help materials alone (Evidence A).

2. It has a better cost-effectiveness ratio. In addition, a therapeutic specific benefit might exist (Evi-

---

### Correspondencia:

E. OLANO ESPINOSA.  
C/ Parque Bujaruelo, nº 33, 7ºA.  
28924 Alcorcón, Madrid.  
Correo electrónico: e\_oeoeoeoe@hotmail.com

Recibido: 14-02-2007.

Aceptado para su publicación: 27-02-2007.

**dence C). In other words, better abstinence rates may be attained using a group therapy approach than with brief interventions, and at a lower cost than using individual intensive therapy.**

**KEY WORDS: smoking, treatment, group therapy.**

## Introducción

Según numerosos estudios al menos la mitad de la población fumadora desearía dejar de serlo. Sin embargo, sólo algunos lo intentan cada vez, y pocos de ellos lo consiguen a la primera. Muchas personas siguen un proceso con altibajos que puede incluir varios intentos truncados por recaídas, precisando esta experiencia para el abandono definitivo. La ayuda profesional multiplica la probabilidad de éxito, potencia el papel ejemplarizante y mentaliza al propio profesional de la salud de la importancia del problema en términos sanitarios<sup>1-2</sup>.

El consejo médico, fundamental en cualquier ámbito sanitario, o las intervenciones breves, diseñadas para su aplicación preferente en Atención Primaria, no deberían ser el único arma disponible, máxime cuando resulta una evidencia indiscutible que todos los tratamientos conocidos que implican un contacto cara a cara con el paciente tienen una clara relación dosis-respuesta, es decir, que aumentan su efectividad en relación con la intensidad de la intervención, tanto en tiempo total como en número de contactos, aumentando al mismo tiempo su relación coste-efectividad (evidencia tipo A)<sup>3-5</sup>. Las intervenciones intensivas pueden usarse en pacientes seleccionados, bien por haber fallado en intentos anteriores o bien por reunir factores de mal pronóstico, aunque éticamente se deberían ofertar a todos de forma simultánea las intervenciones breves<sup>6</sup>.

Por tanto, el paciente tiene derecho a estas intervenciones más intensivas, y nos encontraremos con pacientes que, por sus características específicas las necesiten o que por distintos motivos las demanden. Sin embargo, hay que dejar claro que son apropiadas para cualquier fumador, pues no hay evidencia alguna de que su efectividad o coste-efectividad esté limitada a poblaciones seleccionadas de fumadores<sup>7</sup>.

### El formato grupal: concepto, ventajas e inconvenientes

Se define así un tipo de intervención que se da de forma simultánea a varias personas, facilitando los procesos de cambio mediante factores terapéuticos inhe-

rentes al grupo. Es un formato ampliamente utilizado en numerosos campos de la salud (buena prueba de ello es el hecho de que se han descrito más de 100 tipos de terapias grupales diferentes en la bibliografía<sup>6</sup>), con gran tradición en el campo del tabaquismo y cada vez más popular en otros muchos entornos terapéuticos<sup>8-11</sup>.

No debe confundirse este tipo de tratamientos en grupo que han demostrado su eficacia en el tratamiento del tabaquismo<sup>6</sup> con la terapia de grupo. En el tratamiento en grupo, de cuyo análisis se ocupa el presente artículo, el grado de dirección y de intervención del terapeuta es mayor que en la llamada terapia de grupo. Asimismo, en el tratamiento en grupo la orientación es hacia el individuo, el énfasis se pone en las conductas individuales de los miembros del grupo, las interacciones principales son entre los miembros y el terapeuta y la finalidad es maximizar la eficiencia del trabajo del terapeuta<sup>12</sup>.

El uso de un formato grupal en una intervención para dejar de fumar parece tener dos justificaciones fundamentales. Ubicado entre los métodos de autoayuda con un contacto mínimo con el terapeuta y los de tratamiento individual intensivo, se ha demostrado su eficacia de forma rotunda, siendo en ello al menos equivalente a otras intervenciones que implican igual tiempo de contacto personal a nivel individual, y consistentemente mejor que los materiales de autoayuda por sí solos (evidencia tipo A)<sup>6-7</sup>. No hay pruebas consistentes de que la terapia grupal sea más efectiva que una individual de intensidad similar, pero sí existen evidencias limitadas de que su adición a otros tipos de tratamiento produce un beneficio adicional no cuantificado (evidencia tipo B)<sup>6</sup>.

Es posible que exista, además, un beneficio terapéutico específico, fruto de proporcionar a los pacientes la oportunidad de compartir sus experiencias y problemas con otros en su misma situación, lo cual genera unos factores terapéuticos propios que facilitan los procesos de cambio, a saber: sensación de universalidad, altruismo, catarsis, cohesión, socialización de las experiencias, imitación y aprendizaje<sup>13</sup>, siendo posible que ello lleve a mayores tasas de abandono que los métodos individuales «cara a cara» (evidencia tipo C)<sup>6</sup>.

Habitualmente, para el terapeuta el tratamiento individual es más monótono y repetitivo y las recaídas pueden minar su motivación. El tratamiento en grupo, focalizado en aquellos pacientes que siguen sin fumar, puede ayudar a mantener este interés y entusiasmo, tan necesario en este delicado cometido.

Pero su gran ventaja es su coste-efectividad: a igual cantidad de tiempo y de recursos humanos empleados, el número de pacientes que recibe tratamiento es mucho mayor que si el enfoque fuera individual. Además,

todos ellos reciben mayor tiempo de intervención (se puede multiplicar fácilmente por 5) lo cual, debido a la ya comentada relación dosis-respuesta de este tipo de tratamientos, demuestra su pertinencia.

Dicho de otra forma, el abordaje grupal ofrece mejores tasas de abandono que las intervenciones breves y a un coste mucho menor que la terapia individual intensiva.

En el trabajo de Grandes et al<sup>14</sup>, que nos permitimos usar como ejemplo por su precisión, un médico de Atención Primaria que realiza un protocolo de atención individual al fumador tarda en atender y seguir a los pacientes en fase de preparación una media de 72 minutos y 11 segundos. Esto hace un total de 18 horas para 15 pacientes, que se podrían atender en 8 horas en grupo<sup>15</sup> (5 sesiones de una hora y media y dos llamadas de seguimiento) y recibirían entonces ¡8 horas de atención por paciente!

Además del tiempo empleado, el tratamiento en grupo es generalmente bien aceptado por los pacientes en nuestro medio. Los fumadores cuentan con la solidaridad de sus compañeros, evitan la sensación de soledad y probablemente (esto necesitaría demostración) asimilan mejor los contenidos y desarrollan mejor sus habilidades sociales con este tipo de formato<sup>16</sup>.

Se trata además de un formato fácil de sistematizar y evaluar, y su efectividad depende más de una formación específica de los profesionales que lo imparten que de su disciplina profesional básica.

Como inconvenientes debemos citar que su utilidad puede verse limitada por las dificultades de reclutamiento de los pacientes y por el alto índice de abandonos del tratamiento descritos en la literatura<sup>17</sup> aunque, según la experiencia de los autores, no es tan alto en nuestro medio y en ningún caso superior a las intervenciones individuales, rondando el 10 al 15% y concentrándose al inicio del mismo. Por otro lado, la población diana queda restringida por unos mínimos y elementales criterios de exclusión, que varían entre autores<sup>8-11,15</sup>, y que podrían resumirse como aquellas circunstancias individuales que pudieran interferir en la dinámica del grupo o imposibilitar la asistencia al mismo.

Por último, cabe mencionar la necesaria formación en técnicas específicas de dinámica de grupo, elemento imprescindible para el uso correcto de este abordaje como el último obstáculo para su implantación en nuestro medio.

### **Características específicas del abordaje grupal del tabaquismo**

El tratamiento en grupo o grupal de deshabituación tabáquica, tal y como se entiende hoy, suele

referirse a una intervención terapéutica multicomponente de base conductual con carácter estructurado, composición cerrada (entre 8 y 20 miembros) y duración limitada (entre 3 y 12 meses), sobre un grupo de usuarios que se reúnen con uno o varios terapeutas durante un número predeterminado de sesiones (generalmente entre 5 y 15) y con un objetivo común a todos ellos.

El objetivo de este tipo de intervenciones es la consecución de cambios diferenciados en un patrón conductual dado (fumar en este caso).

Independientemente del uso explícito del abanico de estrategias conductuales y cognitivas útiles para dejar de fumar, se emplean otros factores terapéuticos más generales como la cohesión, la transmisión de información, la solidaridad o el aprendizaje interpersonal y la autocomprensión. Aparte de esto, y entre otros elementos, se debe proporcionar al paciente información básica sobre la naturaleza del problema que se aborda (fase educativa), entrenamiento en habilidades (fase de entrenamiento) y solicitar la ejecución de tareas aprendidas en el día a día (fase de aplicación), combinado todo ello con la administración del tratamiento farmacológico individual en caso de ser necesario.

La mayor parte de los programas en grupo utilizan técnicas de autocontrol para ayudar a que sus miembros entiendan y controlen los diferentes factores que influyen en su consumo de tabaco. Se utilizan recursos tales como autorregistros diarios de consumo para, entre otros objetivos, desautomatizar la conducta de fumar y que los pacientes aprendan a detectar los estímulos antecedentes de la conducta de fumar y tomen conciencia de emociones y pensamientos asociados a ese momento.

Es importante que los terapeutas promuevan que los miembros del grupo desarrollen conductas o estrategias alternativas siempre que experimenten el deseo de fumar, reforzándoles activamente cuando describan un avance en este sentido.

Durante todo el tratamiento es fundamental transmitir al grupo que la recaída es parte del proceso de dejar de fumar, entrenar y trabajar la prevención de la misma y cómo abordarla en caso de que se produzca.

### **Características del terapeuta**

El rendimiento final de un grupo no depende exclusivamente de las características de los participantes y de las técnicas específicas aplicadas durante el tratamiento. Éstas son variables importantes pero no deben ser

consideradas como determinantes únicos de los resultados finales de un grupo.

Guimón (2001)<sup>18</sup> plantea que existen ciertos aspectos relativos al terapeuta que también afectan al resultado final del tratamiento. Éstos hacen referencia tanto a su formación teórica y práctica como a ciertas características personales.

El programa de formación de un terapeuta que desee dirigir eficazmente programas grupales debe estructurarse de tal forma que incluya la instrucción en áreas de conocimiento básicas sobre la conducta y técnicas de modificación y destrezas relativas a la dinámica grupal. Este programa también deberá incluir práctica supervisada, con el fin de adquirir experiencia en la aplicación de las técnicas aprendidas.

Según Corey (1995)<sup>19</sup>, estas son algunas de las destrezas que se deben aprender y perfeccionar: escucha activa, parafraseo, clarificación, capacidad de síntesis, hacer preguntas abiertas, interpretación, confrontación, reflejar los sentimientos, apoyo, empatía, facilitación, definición de metas, evaluación, *feedback*, sugerencia, apertura propia, modelado y bloqueo. A ello cabría añadir capacidad didáctica, autocontrol emocional, manejo de conflictos, negociación, manejo de técnicas educativas, de materiales y de recursos.

El terapeuta puede adquirir conocimientos teóricos y prácticos extensivos sobre dinámicas grupales y disponer de una amplia formación en procedimientos técnicos y diagnósticos y, sin embargo, ser poco efectivo en la estimulación al cambio de los miembros del grupo. Existen ciertos factores personales que están relacionados positivamente con el manejo efectivo de un grupo, en la medida en que facilitan la dinámica grupal. No debe pensarse que es necesario poseer todas estas cualidades en el máximo grado, más bien se debe pensar en ellas como continuos: sensibilidad, presencia emocional, poder personal, sinceridad, sentido de la identidad, confianza y entusiasmo en el proceso grupal, imaginación y creatividad. Los terapeutas deben evitar el estancamiento en técnicas ritualizadas y presentaciones programadas carentes de vida. La terapia debe ser idealmente orientada al grupo, a las personas que lo componen y que reciben una atención individual en formato grupal, y nunca debe estar orientada al terapeuta.

Es muy conveniente que los grupos numerosos cuenten con la presencia de dos terapeutas<sup>13</sup>. Idealmente estos interactúan con el grupo de igual manera, evitándose la presencia de un líder dentro de éste. Esto tiene otras ventajas, como menor riesgo de cancelación de una sesión y complementarse en la ejecución de tareas a nivel individual (cooximetrías, peso, tests, etc.).

## Características del grupo

Es importante elegir un lugar de reunión del cual se pueda disponer siempre, que tenga un tamaño adecuado, asientos cómodos, proporcione intimidad y no distraiga la atención de los participantes. Debe reservarse y prepararse de antemano. Es útil usar un mismo día y hora de la semana para las reuniones. Esto facilita la adhesión de los pacientes al grupo, la organización de los terapeutas y el aprovechamiento de los recursos.

Es recomendable una disposición circular o semicircular de los asientos; de este modo todos los miembros del grupo podrán verse entre ellos. La utilización de sofás o sillones va en contra de una buena interacción. Si 3 ó 4 miembros se sientan en una misma fila no podrán verse y, por consiguiente, dirigirán la mayoría de los comentarios hacia el terapeuta, la única persona que todos podrán ver. Los muebles situados en el centro de la habitación, que obstaculicen la visión o el hecho de sentar a los miembros del grupo en niveles señaladamente diferentes, impiden un contacto ocular directo y entorpecen una buena interacción.

El tamaño óptimo de un grupo está estrechamente vinculado a los factores terapéuticos que se desea fomentar en el trabajo grupal. Para permitir a los pacientes participar activamente en las sesiones y compartir mutuamente sus experiencias se recomienda un mínimo de 4 ó 5 participantes y un máximo de 15, aunque se han descrito buenos resultados en la literatura con grupos de más de 20 participantes. Deberemos recordar que la eficiencia depende del ordinal del grupo.

Los que oscilan entre 6 y 10 miembros ofrecen las mayores oportunidades de intercambio verbal y permiten un mejor manejo por parte del terapeuta inexperto. Un tamaño superior a éste hará muy difícil la existencia de suficientes oportunidades para una validación consensuada de los diferentes puntos de vista y el tiempo disponible será, probablemente, insuficiente para examinar y valorar la situación de todos los miembros. Deberemos contar con que, en condiciones normales, el porcentaje de bajas es del 15% de media y que se concentrarán, en su mayoría, en la fase inicial del programa.

La duración óptima de una sesión de terapia en grupo oscila entre 60 y 120 minutos. Son necesarios entre 20 y 30 minutos para la revisión de las tareas propuestas en sesiones anteriores y para que los componentes del grupo centren su atención y alcancen un nivel óptimo de rendimiento. Sin embargo, a partir de los 100 ó 120 minutos de reunión, se produce un punto de inflexión donde el rendimiento decrece, el terapeuta y los pacientes empiezan a fatigarse y el grupo se vuelve repetitivo.

Resulta más eficaz centrarse en un número limitado de cuestiones a tratar que forzar la capacidad de atención y procesamiento de los componentes del grupo.

En cuanto a la frecuencia de las sesiones, durante las fases de preparación y abandono los pacientes requieren gran cantidad de apoyo y de actividad estructurada, por lo que conviene que ésta sea alta. Posteriormente a la fase de abandono las sesiones se suelen distanciar en el tiempo.

A la hora de planificar el cronograma o número de sesiones de un programa de tratamiento en grupo debe tenerse en cuenta tanto la relación dosis-respuesta de este tipo de tratamientos (aumentan su efectividad en relación con la intensidad de la intervención, tanto en tiempo total dedicado como en número de contactos realizados) como los recursos disponibles. Habitualmente se emplean entre un mínimo de 5 sesiones y un máximo de 12, teniendo en cuenta que los programas de menos sesiones tienen mejor coste-efectividad<sup>20</sup>.

### **El reclutamiento y la preparación previa de los pacientes**

Según McEwen et al (2006)<sup>21</sup> aunque el tratamiento grupal tenga ventajas sobre el individual, sólo es posible hacer grupos donde haya suficientes fumadores. Esto, que parece trivial, se repite en la literatura sajona con frecuencia: si se ofrecen ambas posibilidades el paciente suele escoger la modalidad individual, aunque la manera en que la elección se presenta puede ser de gran importancia, generando menos resistencias, por ejemplo, el hablar de «cursos para dejar de fumar», que el hablar de «terapia en grupo».

Según los mismos autores, para poder hacer tratamiento en grupo es necesario poder generar una lista de fumadores en un corto período de tiempo, lo cual no es posible en cualquier institución. Esto genera también dificultades a la hora de hacer grupos específicos para, por ejemplo, embarazadas. Lo contrario —un largo tiempo de espera— puede generar mayor número de incomparecencias.

Otra tarea fundamental consiste en preparar a los individuos para formar parte del grupo. De este modo se reducirá el número de abandonos, se incrementará la cohesión y se acelerará el trabajo terapéutico. Esto puede hacerse en una sesión informativa individual o en grupo, según el circuito de captación, y su objetivo es describir el grupo en términos claros, concretos y de apoyo. Con ello se proporciona a los pacientes una estructura cognitiva que, desde un principio, les permite participar de forma más eficaz en el grupo: saben exactamente qué tienen que hacer y qué se espera de ellos en cada momento.

Una preparación eficaz de la terapia en grupo es aquella que proporciona información clara a los pacientes sobre los siguientes aspectos: el terapeuta, quién es y cuáles serán sus funciones durante el tratamiento; cuál es la estructura, duración y horario del programa de tratamiento y qué tipo de comportamiento se espera de los miembros del grupo durante el tratamiento.

### **Estructuración del programa de tratamiento en grupo**

Una revisión de la bibliografía disponible sobre programas grupales de deshabituación tabáquica refleja que la práctica totalidad constan de tres fases totalmente imbricadas entre sí a lo largo del tratamiento: preparación, abandono y mantenimiento, por ser este tratamiento multicomponente el que ha demostrado su efectividad con mayor nivel de evidencia. En los programas multicomponentes se emplean varias técnicas combinadas para la fase de preparación, cesación y mantenimiento de la abstinencia<sup>22</sup>. Sin embargo, existe una gran variabilidad a la hora de determinar tanto el número como la distribución y frecuencia de las sesiones a lo largo de estas tres fases.

Existen programas grupales de entre 6 y 16 sesiones repartidas a lo largo de entre tres semanas y 12 meses. Algunos de ellos son diseñados dándole mayor importancia al período anterior al día señalado para dejar de fumar y centrándose en entrenar al paciente en el desarrollo de nuevas habilidades. Otros, por el contrario, le prestan mayor atención a las semanas posteriores al cese del consumo, centrándose en controlar el síndrome de abstinencia y en la prevención de recaídas. Por último, otros optan por hacer las dos cosas, de forma que, obviamente, el programa resultante consta de un número sensiblemente elevado de sesiones (generalmente más de 12), lo cual lo hace incompatible con los deseos de muchos fumadores, que prefieren programas menos intensos, o con los recursos disponibles en determinados ámbitos. Becoña y Vázquez (1998)<sup>20</sup> señalan que los programas de menos semanas (4-5) tienen un mejor coste-efectividad que los más largos en el tiempo (10 semanas) y consideran que el número óptimo de sesiones de tratamiento está en 5.

Stead y Lancaster (2006)<sup>6</sup> señalan a este respecto, en su revisión de los tratamientos grupales, que no existen pruebas suficientes que apoyen el uso de un programa grupal concreto sobre otro; esta es una dirección en la que puede merecer la pena investigar.

Teniendo en cuenta lo anterior, parece que el asunto central probablemente no sea cuántas sesiones es necesario programar antes y después del «día D», sino incluir en el programa de tratamiento los componentes cognitivo-conductuales que la mayoría de los autores<sup>23</sup> consideran esenciales y centrar el esfuerzo en estructurar adecuadamente los diversos contenidos que se tratarán dentro de cada una de las sesiones, que finalmente el terapeuta decida programar en función de las características concretas de su lugar de trabajo y de la población a la que el tratamiento va dirigido, del tiempo y los recursos de los que disponga y si la farmacología está incluida en el programa de tratamiento.

Este es uno de los aspectos que determina el cronograma de tratamiento. Si se utilizan fármacos será necesario estructurar la agenda de sesiones de forma que éstas coincidan con los momentos en los que es necesario el contacto con el paciente para instaurar el tratamiento, revisar el seguimiento, la tolerancia y los posibles efectos adversos, así como dar las pautas de reducción o retirada del mismo.

Otra consideración de importancia es el contexto en el que se realizará la intervención. Mientras que en el contexto de una Unidad especializada parece adecuado realizar una intervención relativamente intensa, duradera y de tamaño grupal reducido, ésta no sería operativa en el ámbito de la Atención Primaria de salud donde, debido a la escasez de tiempo y la masificación de recursos parecería más adecuado un programa más corto y de tamaño grupal más elevado y que, sin embargo, añadiría gran capacidad resolutiva y resolvería el problema ético de no disponer de tratamientos de superior eficacia<sup>15</sup>.

## Componentes del programa de tratamiento

Este punto se centra en describir cuáles son los componentes cognitivo-conductuales que la mayoría de autores consideran esenciales en un programa multicomponente de deshabituación tabáquica en grupo<sup>8-11,15</sup>, dejando a elección del terapeuta la elaboración del cronograma final del tratamiento: éste dependerá, como se ha comentado, más de aspectos logísticos y técnicos.

Dentro de la primera fase, llamada de «preparación», centrada en preparar al fumador para el abandono, con especial hincapié en técnicas motivacionales para que se adhiera y siga el tratamiento y con información y eliminación de falsas expectativas, se debe estimular:

1. La motivación y el compromiso (razones para dejar de fumar y beneficios de lograrlo).
2. La autoeficacia.

3. La autoobservación, con registro escrito de la conducta y autoevaluación del patrón de consumo.

4. El autocontrol, con técnicas de relajación sencillas, identificación de estímulos que felicitan la conducta y programación de conductas alternativas.

5. La consecución de apoyo social para dejar de fumar (fuerza de evidencia B).

6. Las habilidades para el cambio, creando estrategias de afrontamiento para los problemas más comunes que puedan surgir posteriormente.

Se debe, ineludiblemente fijar una fecha de abandono e intentar que los pacientes analicen su situación, consoliden su decisión mediante una evaluación personal y organicen su propio proceso de abandono, así como prestar especial atención a las ambivalencias y preocupaciones del paciente acerca del proceso y de las consecuencias negativas de dejar de fumar.

Se debe asimismo proporcionar información sobre los componentes de la conducta de fumar, lograr que los miembros del grupo identifiquen adecuadamente los estímulos antecedentes de dicha conducta y situaciones asociadas al consumo, y desarrollar un plan individual de cambio de ciertos comportamientos o patrones de conducta y pensamientos para conseguir no fumar en sus situaciones asociadas al consumo, e instrucciones para evitar o paliar la ganancia de peso.

La segunda, o «fase de abandono» incluye técnicas efectivas para dejar de fumar entre las que se encuentran:

1. El contrato escrito de fecha de abandono.
2. Información sobre el síndrome de abstinencia a la nicotina.
3. Información sobre pautas de conducta a seguir los primeros días sin fumar.
4. Terapia farmacológica individualizada excepto en situaciones especiales (evidencia tipo A).

5. Los autores consideran recomendable la oferta a los pacientes de la técnica RGINA (reducción gradual de la ingestión de nicotina y alquitrán) para quien la prefiera al cese brusco.

Dentro de la tercera fase «fase de mantenimiento» o de «prevención de recaídas» se deben reforzar siempre los cambios conseguidos, y abordar los siguientes elementos:

1. Estrategias y habilidades de afrontamiento.
2. Control al estimular mediante evitación las primeras semanas.
3. Exposición gradual al estímulo con prevención de respuesta.
4. Estrategias para mantener el apoyo social.
5. Resolución de problemas que surjan.
6. Control de los tratamientos farmacológicos.

7. La prevención de recaídas, las situaciones de alto riesgo y el efecto de violación de la abstinencia.
8. Reestructuración cognitiva de las recaídas.
9. Reequilibrio del estilo de vida, mediante la promoción de otros hábitos saludables.

## Conclusiones

Ubicado entre los métodos de autoayuda con un contacto mínimo con el terapeuta y los de tratamiento individual intensivo, el uso de un formato grupal en una intervención para dejar de fumar parece tener dos justificaciones fundamentales: a) su eficacia

se ha demostrado de forma rotunda, siendo en ello equivalente a otras intervenciones que implican contacto personal a nivel individual y consistentemente mejor que los materiales de autoayuda por sí solos (evidencia tipo A) y b) su relación coste-efectividad: a igual cantidad de tiempo y de recursos humanos empleados, el número de pacientes que recibe tratamiento es como mínimo el doble que si el enfoque fuera individual.

Es posible que exista, además, un beneficio terapéutico específico (evidencia tipo C).

Dicho de otra forma, el abordaje grupal ofrece mejores tasas de abstinencia que las intervenciones breves y a un coste menor que la terapia individual intensiva.

## Bibliografía

1. World Health Organization. *Tobacco or health: a global status report*. Geneva: WHO; 1997.
2. Ayesta FJ, Otero M. *El tabaquismo como enfermedad adictiva crónica. Manual de tabaquismo*. Madrid: Editorial Aula Médica; 2003.
3. Directrices clínicas prácticas para el tratamiento del consumo y la dependencia del tabaco. Un informe del Public Health Service de los Estados Unidos. *The tobacco use and dependence clinical practice guide panel, staff, and consortium representatives*. JAMA. 2000;283:3244-54.
4. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. *Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services; 2000.
5. West R, McNeill A, Raw M. *Smoking cessation guidelines for health professionals. An update*. Thorax. 2000;55:987-9.
6. Stead LF, Lancaster T. Programas de terapia conductual grupal para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. 2006;4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.cochrane.com>.
7. Lancaster T, Stead LF, Silagy C, Sowden A. *Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library*. BMJ. 2000;321:355-8.
8. Asociación Española Contra el Cáncer. *Programa de deshabituación tabáquica*. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer;1997.
9. Becoña E. *Programa para dejar de fumar*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Asuntos Sociales, Comisionado para la Drogas;1997.
10. Moreno JJ, Herrero J, Rivero A. *Programa para dejar de fumar: bases teóricas y guía sesiones*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid;2003.
11. Azagra MJ, Echauri M, Pérez MJ. *Protocolos de actuación para profesionales de la salud. Programa de ayuda al fumador*. Pamplona: Instituto de Salud Pública de Navarra. Gobierno de Navarra;1998.
12. Macià D, Méndez FX, Olivares J. *Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide;1993.
13. Sutherland JD. *Bion Revisited: Group Dynamics and Group Psychotherapy*. Reprinted. En: Trist E, Murray, H, editors. *The social engagement of Social Science: a tavistock anthology. Volume 1: The Socio-Psychological perspective*. London: The University of Pennsylvania Press; 1990.
14. Grandes G, Cortada J, Arrazola A. *¿Podemos ayudar a nuestros pacientes a dejar de fumar?: la experiencia del Programa de Abandono del Tabaco*. Gac Sanit. 2001;15:312-9.
15. Esteban A, Olano E. *Guía para el abordaje del tabaquismo en grupos de pacientes desde Atención Primaria*. Ceuta: Consejería de Sanidad de la Ciudad Autónoma de Ceuta e INGESA; 2007.
16. Becoña E. *El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina*. Revista Papeles del Psicólogo. 2003;24:48-69.
17. Vinogradov S, Yalom I. *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Washington: American Psychiatric Press; 1996.
18. Guimón J. *Manual de terapias de grupo. Tipos, modelos y programas*. París: Biblioteca nueva; 2001.
19. Corey G. *Teoría y práctica de la terapia grupal*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1995.
20. Becoña E, Vázquez FL. *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson; 1998.
21. McEwen A, Hajek P, McRobbie H, West R. *Manual of smoking cessation: A guide for counsellors and practitioners*. Oxford: Blackwell Publishing; 2006.
22. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. *Evaluación de la Eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar*. Madrid: AETS del Instituto de Salud Carlos III; 2003. Disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs/index.jsp>
23. Abrams DB, Niaura R, Brown RA, Emmons KM, Goldstein MG, Monti PM. *The tobacco dependence treatment handbook: a guide to best practices*. Nueva York: Guilford Press; 2003.