



*El tratamiento psicológico de los fumadores.  
¿Qué hemos aprendido en los últimos 40 años?*

*Excmo. Sr. D. Elisardo Becoña Iglesias*



## **AGRADECIMIENTOS**

**Excelentísimo señor presidente de la Academia de Psicología de España,**

**Excelentísimas señoras y señores académicos,**

**Señoras y señores:**

En primer lugar, quiero agradecer a todos los miembros de la Academia por el honor que me han concedido de que forme parte de la misma. Gracias en mayúsculas, junto a mi profunda gratitud a Dña. M<sup>a</sup> Paz García Vera, D. Francisco Labrador Encinas y D. José Ramón Fernández Hermida, por la confianza que han depositado en mí proponiéndome formar parte de ella, con un agradecimiento especial a D. Francisco Labrador Encinas por aceptar contestar a mi discurso, sobre todo porque me une a él un largo y productivo recorrido a nivel personal y profesional desde hace muchos años. En segundo lugar, este nombramiento constituye para mí una enorme distinción que espero corresponder, sabiendo del compromiso y responsabilidad que adquiero. En tercer lugar, en este acto afirmo, de forma inequívoca, mi compromiso con la Psicología, de los que ustedes son depositarios desde hace muchos años. Gracias por acogerme en su seno. Casi todos los Académicos aquí presentes han sido mis referentes, directos o indirectos, de mi vida académica y profesional. He aprendido mucho de ustedes, sigo aprendiendo, y así seguiré haciéndolo. En cuarto lugar, este reconocimiento lo tengo que ampliar al grupo del que formo parte, el de la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela, así como de mi grupo de investigación. En quinto lugar, estoy muy contento con el número de académico, el 39. De estar en otra época sería un afortunado, porque significaba amor hacia la humanidad y el deseo de ayudar a grandes grupos de personas, buscando formas creativas para lograr su bienestar. Y me siento arropado por mi predecesor en el número, el prof. y académico D. Francisco Xavier Méndez, con el que me unen muchas cosas, como persona de mi generación, y como referente de la psicología clínica infantil, y quien me sigue, la prof. y académica Dña. Helena Matute, una excelente psicóloga experimental que no ha olvidado la labor divulgativa, que yo considero tan importante en psicología.

Para que entiendan mejor mi discurso, tengo que empezar indicando que lo que ha guiado mi vida, desde la adolescencia, ha sido comprender por

qué nos comportamos como lo hacemos y, con ello, poder ayudar a otros a cambiar sus comportamientos inadecuados. Es una búsqueda inacabada, en mi caso, fruto de mi cultura, formación psicológica, cambios que he vivido a nivel histórico, desde mi primer entorno familiar, primero en una aldea rural de Galicia, en la parroquia de Lourizán, municipio de Pontevedra, desde donde veía a lo lejos el mar, con la Isla de Tambo en medio de la ría, como de las personas que me rodearon en esos años y luego de adulto en Santiago de Compostela. Por ello, como bien decía nuestro gran filósofo José Ortega y Gasset “yo soy yo y mi circunstancia” (Ortega, 2005), donde ya hace 100 años indicaba la relevancia de nuestro entorno, incluyendo tanto el pasado como el actual, nuestro recorrido histórico, nuestra historia vital. En suma, lo que los psicólogos denominamos el ambiente.

Siempre me han gustado los retos. Este es otro más, muy importante para mí. De ellos se sale bien o mal, pero el camino que se recorre es nuevo y emocionante, porque se desconoce. Les indico algunas de mis claves personales, que en parte he adquirido y otras he aprendido de mi familia, como de mi abuela Dolores, mis padres, Elisardo y Carmen, donde sé que ellos de un modo u otro están aquí presentes, al igual que mis hermanos. Mi mayor e íntimo agradecimiento es para quien me ha acompañado, y me sigue acompañando, desde muy temprano, hoy casi toda una vida, en mi recorrido vital como persona, como es mi mujer Mary, sin cuyo continuado apoyo, comprensión, dedicación y sacrificio, no podría hacer todo lo que he hecho. Su apoyo emocional me ha proporcionado esa estabilidad que permite marcarse metas a largo plazo. Y lo más importante para mí, ser comprendido y apoyado por ella, siempre, sobre todo en las situaciones adversas, como a todos nos ocurre alguna vez a lo largo de la vida. No es fácil expresar con palabras las emociones más profundas. También mi agradecimiento a mis queridas hijas Lucía y Rosalía, por lo mucho que me han aportado y aprendido de ellas, y por las alegrías que me han dado. Todo ello me ha permitido tener y disfrutar de una familia unida, aunque tengo que reconocer que muchas veces con un padre ocupado en exceso, en sus tareas, investigaciones o viajes.

Me considero una persona observadora, práctica, flexible, honrada, coherente, donde siempre he creído que si hay un problema psicológico hay que intentar resolverlo, que la psicología puede y tiene recursos para afrontar y resolver muchos retos, sobre todo en el campo de los trastornos mentales y del comportamiento, como en el campo social, educativo, de la empresa, y en otros muchos. Además, por mi genética, crianza y contexto, tengo gran capacidad de trabajo, facilidad para escribir, manejar mucha información,

mente abierta donde la duda permanente sirve como acicate para nuevas ideas, y alto poder de concentración. Y mi creencia de que la psicología es una ciencia imprescindible para la mejora del bienestar humano.

Me faltan otros muchos agradecimientos, algunos muy especiales, los cuales iré desgranando a lo largo de la lección.

## **SEGUNDA PARTE: EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LOS FUMADORES. ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO EN LOS ÚLTIMOS 40 AÑOS?**

La lección que voy a impartir versa sobre lo que hemos aprendido en los últimos 40 años en el tratamiento psicológico de los fumadores. Su elección viene dada porque en este año 2024 estoy a varios meses de los 40 años de dedicación al tema. Como ven, es un campo aplicado de la psicología, orientado a solucionar problemas, en este caso un grave problema adictivo con graves repercusiones en la salud. La exposición la voy a organizar por periodos históricos, basada en mi experiencia personal, académica, investigadora y profesional. Expondré en primera persona lo que he aprendido, de modo autobiográfico, como un psicólogo más de mi generación, indicando motivos, procesos, claves, oportunidades, resultados, aportaciones, reflexiones y alguna anécdota sobre el tema elegido y, sobre todo, el papel que hemos tenido, y tenemos, los psicólogos en el mismo.

### **Primera etapa, 1984-1987. El problema no existe, fumar es lo normal**

#### ***El inicio. ¿Por qué el tabaco?***

Todo empezó a fraguarse en el año 1983, tras finalizar mi tesis doctoral. Una vez en la Universidad, cada profesor buscaba un tema en el que orientarse en el campo de la investigación y de la clínica, en mi caso, para trabajar en una universidad pequeña, la Universidad de Santiago de Compostela, donde tenía un fuerte peso y prestigio la medicina y una psicología prácticamente inexistente a nivel aplicado. Soy de esa generación que empezó a poner en práctica masivamente los tratamientos psicológicos, para que fuesen útiles y de referencia.

Muchas veces me han preguntado, ¿por qué se le ha ocurrido trabajar en este tema? Siempre he contestado lo mismo: fumar era a principios de los años 80 del siglo pasado, y lo sigue siendo hoy, la primera causa evitable de enfermedad y muerte. En aquel momento fumaba diariamente el 41,4% de la población adulta, junto a un 10% ocasionalmente, que ascendía al 65% de mujeres y 68% de hombres en las edades de 15 a 34 años. Fumar era lo normativo. En aquel entonces, morían prematuramente cada año por fumar 33 000 fumadores (año 1985; 38,5 millones de personas), con un progresivo incremento de la mortalidad año a año (Banegas y González, 1998). Hoy, por suerte, fuma el 21%, aunque mueren 52 000 fumadores al año (para 48 millones de personas) (Montes *et al.*, 2023). Si la psicología quiere tener impacto, pensaba, hay que empezar por donde lo puede tener más. ¿Y qué mejor modo que empezar por la primera causa evitable de mortalidad si teníamos tratamientos psicológicos eficaces para ello?

Además, en el DSM-III del año 1980 (APA, 1980) aparecía la “dependencia de la nicotina”. Esto era una salvaguarda, y cogería más relevancia conforme fue pasando el tiempo. Estábamos abordando el tratamiento de una droga, que no era inocua, a pesar de lo que creía la mayoría en ese momento, que producía dependencia y graves problemas de salud.

La influencia de la psicología conductual en esos años era importante en el medio universitario. Skinner (1981), en su artículo publicado en *Science*, indicaba tres niveles en que la conducta se desarrolla: la selección genética, la selección operante y la selección de las prácticas culturales, según las condiciones y eventos que los siguen. Es decir, que la conducta es seleccionada por sus consecuencias. Esta ha sido una de nuestras guías. En esos primeros años, muchos estábamos impresionados por la denominada “ingeniería conductual” o “tecnología psicológica” (Homme *et al.*, 1968), que consistía en aplicar las leyes de la conducta a problemas prácticos. Ello se resumía, al principio, en el uso de contingencias y el control estimular, aunque pronto añadimos en nuestros tratamientos técnicas cognitivas como las autoinstrucciones, la solución de problemas, o las técnicas de relajación. Lo anterior, además, implicaba tener buenas teorías y modelos sobre la conducta humana, como instrumentos de evaluación, sobre todo el análisis funcional de la conducta, y eficaces tratamientos psicológicos. Esta ha sido otra de las guías de nuestra vida profesional. Además, la psicología siempre ha tenido como objetivo la solución de problemas sociales, dado que suelen estar relacionados con los comportamientos de las personas, utilizando para ello la ciencia de la conducta (Mattaini y Thyer, 1996). En aquel momento fumar se consi-

deraba más un problema social que un trastorno clínico. Desde muy pronto nos movimos entre la psicología y la salud pública, lo que nos ha sido de gran utilidad y abierto la posibilidad de colaborar con distintas profesiones sanitarias.

***Es importante observar, comparar, ver la ventana de oportunidad, ser realista y hacer un plan a largo plazo, siempre con los pies en la tierra***

Desde este contexto, tratar a fumadores tenía varias ventajas: era un campo virgen, nuevo y desconocido, con potenciales muestras de cientos de miles de fumadores, con tratamientos psicológicos eficaces que se podían poner en práctica con ellos, y porque tener ventanas de oportunidad es clave en la vida. Sabía que fumar era un tema central. Al final, las líneas de la vida y la muerte, como la prevención y el tratamiento de la enfermedad, guían una gran parte de la vida de la humanidad.

Había aprendido desde muy pronto que la clave de la ciencia está en observar, comparar, ser realista y hacer un plan a largo plazo, aunque siempre con los pies en la tierra. Tener tiempo para pensar, reflexionar, informarse, documentarse, y ver la viabilidad, es central, y más cuando uno se plantea una investigación en la que se puede ver inmerso durante años. Fui capaz de verlo. Y los resultados a medio y a largo plazo han sido excelentes. En ese momento le dábamos un gran peso a la práctica clínica basada en la teoría conductual y en la tecnología psicológica, pero conforme pasó el tiempo era esa práctica la que llevaba a elaborar modelos y teorías basadas en el trabajo clínico, en lo que observábamos en los pacientes y en lo que nos decían que les pasaba. Como ejemplo, decía Viktor E. Frankl (1980) que “cuando falta un sentido de la vida, cuyo cumplimiento hubiera hecho feliz a una persona, ésta intenta conseguir el sentimiento de felicidad *mediante un rodeo*, que parece ser la química” (pág. 19). Esto lo vimos pronto, lo que nos llevó a priorizar la psicología y el ambiente sobre la biología en la explicación del comportamiento de fumar cigarrillos. Así, en la mayoría de los casos, las causas biológicas, la dependencia física, no era lo prioritario o único para mantener la adicción. Así, poco a poco conocimos toda la psicopatología a través de los fumadores. Porque fumar era mucho más que inhalar tabaco (Becoña, 2023).

Otro aspecto que facilitó nuestro inicio en este campo fue lo que se denomina un programa de investigación científico, basado en Lakatos (1978). Consiste

en delimitar un tema de investigación, en nuestro caso el tratamiento psicológico de los fumadores, donde había muchos otros temas satélites al mismo, y con la idea de continuidad, en nuestro caso esperábamos que para unos diez años. Esa utopía de juventud se convirtió en toda una vida. Posteriormente, esta idea se vio confirmada y reforzada por los planteamientos de James O. Prochaska (1993) sobre los “programas sistemáticos de investigación” en psicoterapia, que implica centrarse en un tema, dedicarle varios años, para diseccionarlo y analizar el mayor número de sus aspectos. En nuestro caso, este programa ya dura 40 años.

***Contra viento y marea: la negación del problema, la incomprensión, la crítica, las resistencias, los intereses. Trabajando la resiliencia***

Tuvimos la suerte, muchos psicólogos de mi generación, de ver claro el futuro de la psicología. Nos costó en ese momento ser criticados y denostados por lo que hacíamos, aunque luego el tiempo nos diese la razón. Siempre supe que la realidad la tenemos ahí delante, pero con frecuencia no la vemos, no la queremos ver, la interpretamos distorsionadamente, tenemos falsas creencias sobre ella o la ilusión de que el mundo tiene que ser como pensamos que es, no como es realmente. Éramos muy ambiciosos como colectivo. Ello no es malo si el objetivo de esa ambición es que otras personas puedan estar mejor y nosotros poder ayudarles a que lo consigan.

Fue una suerte ser una persona resiliente. Lo había aprendido de niño y de adolescente, y todo psicólogo debiera aprender a serlo en caso de no tener esta cualidad. Esto es algo que he procurado transmitir a mis alumnos, a mis colaboradores, a mis pacientes, a todas las personas. La frustración es parte de la vida, y se puede manejar. Es un buen antídoto contra el desánimo, la incomprensión, la crítica, la resistencia, o los intereses. Esto viene a cuento por la incomprensión y ataques en los primeros años de colegas o periodistas en nómina de las tabaquerías. El psicoanálisis y el humanismo tenían aún mucho peso, eran muy militantes, y no aceptaban las técnicas conductuales. Ello se debía en parte a que los primeros tratamientos que utilizábamos eran técnicas aversivas, como la de fumar rápido o de retener el humo, aunque muy eficaces. No se utilizaban apenas en España, con la excepción de algún neumólogo formado en ellas en Estados Unidos. Aquí aparecía el dilema entre eficacia vs. ideología/creencias. En aquellos primeros tiempos no había ningún fármaco para dejar de fumar.



En este punto tengo que agradecer a buenos amigos de toda la vida, compañeros de estudio en Santiago de Compostela, luego excelentes médicos, Lorenzo Pousa, Daniel Pesqueira y Pablo Galego, y posteriormente otros, que me ayudaron a tener una visión sanitaria y realista, complementando la psicológica, de lo que es la enfermedad y el sufrimiento humano. Esto me ayudó a ver que íbamos en la dirección correcta en lo que hacíamos.

### ***Nuestros primeros tratamientos y la necesidad de que la psicología haga aportaciones relevantes***

Los primeros fumadores tratados, a partir de inicios de 1984, dejaban de fumar. Primero eran alumnos de la Facultad, luego sus familiares, otras personas adultas, y otros y otros a través de los anteriores. En poco tiempo teníamos personas que pedían nuestra ayuda. Esto llevó a que los medios de comunicación se interesasen por el tema, en más de una ocasión, por desgracia, por parte de periodistas en nómina de las tabaquerías, o de periódicos que veían peligrar sus ingresos por la publicidad de tabaco en sus páginas, o, los menos, porque el tema era novedoso. En esos primeros años recibí duras e infundadas críticas, como le ocurría a cualquier profesional médico que hablaba en contra del tabaco, aunque eran pocos. Esta ha sido una constante en mi carrera, como posteriormente ocurrió con el alcohol, el botellón, el juego patológico, el consumo de drogas, con una sensación agri dulce en los primeros momentos, y buena conforme pasaba el tiempo. Es importante inmunizarse ante las críticas, cuando son infundadas o interesadas. Si estás en la arena pública profesional éste es el riesgo, pero es necesario que los psicólogos difundamos lo que hacemos, no dejarlo en una publicación científica para pocos lectores.

En esta primera etapa los tratamientos que empezamos a utilizar eran los eficaces de otros países (Lichtenstein, 1982). Hay que moverse en el campo de las evidencias. Utilizábamos técnicas conductuales en un primer momento, años 80, luego redenominadas como técnicas cognitivo-conductuales, al incluir también componentes motivacionales y cognitivos.

Utilizábamos dos tipos de tratamiento. El primero, denominado en aquel momento multicomponente, centrado en motivar a dejar de fumar, utilizar técnicas conductuales, como control estimular, a veces aversivas, y de autocontrol, sin olvidar la incipiente prevención de la recaída que pronto añadimos. El segundo, las técnicas aversivas, que eran las que mostraban

mejores resultados. De ellas publicamos varias revisiones (Becoña, 1985) y los primeros casos tratados, en capítulos de libro (Becoña y Froján, 1988) y artículos científicos (Becoña y Lista, 1990). En aquel momento la publicación de estudios de caso era importante, se aprendía mucho con ellos. Exigían minuciosidad, recoger muchos datos, detallar el tratamiento aplicado y hacer seguimientos largos, de un año. Esto es básico para la formación de nuevos profesionales. El estudio de casos exige hacer un análisis funcional de la conducta. Éste es una herramienta muy potente, propia de la psicología, que permite comprender, explicar e intervenir sobre la conducta que hay que cambiar, siendo aplicable a personas, familias, grupos, instituciones, o sociedades.

Estos años fueron muy intensos, de búsqueda incansable de nuevos tratamientos, combinar técnicas que funcionaban, analizar las características de los fumadores, porque había pocos datos sobre ellos, hacer frente a las críticas porque abordábamos una conducta considerada normal, o como máximo un vicio que se podía abandonar, pero con una demanda mantenida de fumadores que querían dejar de fumar.

Esta demanda hizo que pronto empezáramos a utilizar los tratamientos en grupo, mostrando ser igual de eficaces que los individuales (Becoña y Míguez, 2008; Rosenthal *et al.*, 2021). Este aspecto ha sido central a lo largo de todos estos años para la eficacia, difusión y aceptación de los mismos. Y con un excelente coste-eficiencia, al poder tratar hasta 14 personas con terapeuta y coterapeuta, o 7 personas por grupo con un solo terapeuta. Además, descubrimos que una parte de los que no dejaban de fumar disminuían significativamente su consumo. Con ello aumentaba la probabilidad de que dejaran de fumar más adelante, y estaban satisfechos con el tratamiento realizado.

## ***La formación***

La mayoría de los académicos aquí presentes han vivido la expansión de la psicología aplicada en España, sin obviar los antecedentes históricos (Carpintero, 2011). Ustedes conocen bien como ha sido la formación que se ha recibido en el campo psicológico en cada década. Al principio, mucha teoría y poca práctica. Esto cambia a finales de los 70 y, sobre todo, en los años 80. Soy de la generación de aquellos primeros jóvenes psicólogos que estudiamos masivamente psicología en la Universidad española, con la clara idea de ejercerla en el campo aplicado, fuese en el clínico, el educativo o el del tra-

bajo o selección del personal, que eran los campos de aquel momento, que luego se ampliaron a otros muchos. Jóvenes ávidos de conocimiento, que leíamos todo lo que encontrábamos de psicología, asistíamos a las conferencias y congresos de psicología o buscábamos lo relacionado con ella. Como anécdota, todavía recuerdo hoy, y de esto hace 50 años, mi asistencia como estudiante a la conferencia que el profesor Helio Carpintero, hoy presidente de nuestra Academia, impartió en el Centro Asociado de la UNED de Pontevedra, sobre la historia de la psicología. Allí quedó claro que la psicología era muy importante, que la psicología en España estaba por hacer, con un amplio campo para ser cultivado por las nuevas generaciones de psicólogos.

La formación de la gran mayoría de aquella generación tuvo mucho de autodidacta en los primeros años, antes de poder empezar a viajar fuera, fuese a congresos internacionales, o hacer estancias de investigación y aprender allí nuevas técnicas, con psicólogos de la élite mundial. Esa joven marea de psicólogos, superaban una y otra barrera para poder implantar sus conocimientos a nivel social. En mi caso, debo destacar la importante labor de la Sociedad Española de Psicología (SEP), en su Sección de Galicia, con el papel central del prof. y académico D. Agustín Dosil, director de mi Tesis Doctoral, uno de los primeros profesores de psicología en nuestra universidad, y al que muestro aquí mi agradecimiento por introducirme en esos años en el mundo académico e investigador. La SEP realizó una importante formación en ese momento, muy útil para muchos de nosotros. Un curso del prof. y académico D. Ramón Bayés nos dejó una perdurable huella a sus asistentes. Conocíamos su libro *Una introducción al método científico en Psicología*, de 1974, con sucesivas ediciones hasta 1980 (Bayés, 1980), y luego su artículo de 1984, para muchos de cabecera, titulado *¿Por qué funcionan las terapias comportamentales?* (Bayés, 1984), como también en esos años fue muy importante la aparición del *Manual de modificación de conducta* de Juan Mayor y Francisco Labrador (1984). Por fin, teníamos claros referentes nacionales. A ello debo añadir los manuales de Alan Kazdin, sobre todo el de *Diseños de investigación en psicología clínica* (Kazdin, 1980), que ha ido actualizando hasta hoy (Kazdin, 2024), para hacer la mejor investigación. No tenemos espacio para recordar otros relevantes manuales de autores españoles de esos años, varios hoy aquí presentes.

No vivimos solos. Los humanos vivimos rodeados de otras personas. Por ello es tan importante formar parte de grupos humanos, en nuestro caso de colegas, investigadores, instituciones y asociaciones. En los primeros años casi todos los referentes que teníamos en el tratamiento psicológico eran de otros países. Detectamos los que lo eran, los seguimos en sus publicaciones,

los contactamos, los conocimos en los congresos y, finalmente, establecimos relaciones directas con ellos. Aunque éramos pocos al principio, estábamos muy motivados. Conocíamos lo que hacían en otros países, absorbimos sus conocimientos, los aplicamos aquí, los mejoramos y, sobre todo, vimos que íbamos por el camino correcto.

En mi caso, lo anterior se vio favorecido por la preparación de la plaza de prof. Titular, y el conocimiento del prof. Francisco Labrador en ese momento, y a partir de ahí un referente, que me abrió las puertas y la mente a nuevos horizontes y líneas de trabajo, como luego volvió a ocurrir con el prof. y académico Enrique Echeburúa, en el campo de las adicciones, y que nos llevaría a colaborar a los tres en varios libros, artículos y estudios sobre la eficacia del tratamiento psicológico, el juego patológico, o las nuevas adicciones (Echeburúa *et al.*, 2010; Labrador *et al.*, 2000). La Facultad de Psicología de la Universidad Complutense la considero mi segunda universidad, por las relaciones que mantengo con tantos profesores y amigos desde ese momento.

Visto en perspectiva, esta etapa fue de un gran aprendizaje. La juventud permite un empuje enorme, una resistencia física y mental increíble y una capacidad de trabajo fuera de lo normal cuando hay una meta clara que se puede lograr. Se trabaja muchas horas, se puede con todo, se persiguen ideas nuevas e innovadoras, se coteja lo que se hace con el entorno, y se cambia fácilmente de opinión o de tema si es necesario,

### ***Tener como guía y referente lo que es la Psicología***

Los psicólogos tenemos la ventaja de que estudiamos el comportamiento humano. Mi guía ha sido “¿por qué esa persona hace lo que hace?”. Es decir, por qué una persona se comporta de ese modo y no de otro. Me considero un afortunado de que mi formación en Psicología fuese amplia y variada. No descuidé otros campos que nos permiten entender mejor el comportamiento, como ha sido la antropología (en mis primeros años de estudiante hice trabajo de campo sobre creencias tradicionales gallegas de las que publiqué tres libros), el funcionamiento social de los grupos y de la sociedad, tanto desde la perspectiva sociológica como de la psicología social, junto con la perspectiva biológica y de la salud mental, como del evolucionismo (soy un admirador de Darwin y disfruto releendo su obra). Pero tanto en aquel momento, como en la actualidad, es central el aprendizaje y los procesos cognitivos, que constituyen el núcleo fundamental de la psicología, junto a las emociones, la

motivación, la personalidad, las creencias, la influencia social, etc. Esto tiene ventajas porque se adquieren nuevas ideas y facilita pasar de un tema a otro. Conviene aquí recordar que ya Willam James (1890), hace más de un siglo, consideraba los estados de la mente, la conexión mente-cerebro, el hábito, la imaginación, la creencia, la conciencia del yo, la voluntad, la emoción o el irresoluble libre albedrío, entre otros procesos psicológicos. Es decir, lo que sigue hoy constituyendo el núcleo de la psicología.

Fue en esos años cuando conocí a la prof. y académica Dña. M<sup>a</sup> Paz García Vera, en su labor clínica de tratamiento de fumadores, en un equipo multidisciplinar, y con excelentes resultados. La situación en Madrid era distinta a la de Galicia, y ello llevó a que pudiésemos desarrollar más fácilmente tratamientos para dejar de fumar, difundirlos e implantarlos.

Siempre supe, desde que estudiaba, y como bien insistía Joseph Wolpe, al que tuve la suerte de escuchar en una memorable conferencia en Granada, que la función esencial de los psicólogos clínicos es reducir el sufrimiento humano, como también lo es en la medicina. La conducta a la que he dedicado gran parte de mi vida clínica e investigadora, la de fumar, tiene consecuencias letales para muchas personas. Fumar mata. Muchos precisan dejar de fumar para mejorar su salud. En esa época tratábamos a muchos fumadores con cáncer, sobre todo de pulmón, como personas con enfisema, asma, enfermedades cardiovasculares (ej., después de un infarto), y otra larga lista de enfermedades causadas por fumar. Muchos dejaban de fumar, mejoraban en su enfermedad, o la controlaban, y mejoraban en su calidad de vida. Era claro que lo que hacíamos era relevante para las personas que venían a tratamiento. Por desgracia, en aquel momento, éramos pocos los psicólogos que tratábamos a fumadores.

**Segunda etapa, 1988-1994. El problema existe, es grave, pero sigue sin asumirse**

***El conocimiento, la formación, las nuevas ideas son el motor del cambio***

En el año 1988 se dio un tímido paso, a nivel legislativo en el control del tabaco en España con la Ley General de Publicidad (Ley 34/1988), y otro con el Real Decreto 192/1988, sobre limitaciones en la venta y uso del tabaco para protección de la salud de la población. Abría un camino para considerar el tabaco como un problema de salud. Se veía factible que en poco tiempo se

produjese un cambio con relación al tabaco. Ello exigía tener tratamientos eficaces para los fumadores que tendrían que dejar de fumar en los siguientes años. Lo que ocurría en otros países nos servía de guía de lo que probablemente ocurriría aquí.

Esos años fueron muy intensos a nivel de trabajo clínico. Disponíamos de locales en la facultad, el número de fumadores iba en aumento, con listas de espera, los resultados eran excelentes y se iba acrecentando la conciencia social sobre fumar. Pero seguía siendo necesario aumentar el conocimiento, mejorar la eficacia de los tratamientos, conocer las características psicológicas de los fumadores, formar a profesionales en dichos tratamientos, e introducir nuevas ideas.

En estos años dimos un avance importante al empezar a evaluar y utilizar la técnica de desvanecimiento, concretamente la técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán (Becoña y Lista, 1989; Lando y McGovern, 1985), para ver si podíamos utilizarla en lugar de las técnicas aversivas. Con ella los fumadores reducen la cantidad de nicotina y alquitrán ingerida, con una reducción semanal del 30%, cambiándoles las marcas de cigarrillos, al tiempo que se les entrena para que no tengan compensación nicotínica. Nuestra selección fue un acierto. La técnica funcionaba bien, era mejor aceptada que las técnicas aversivas, y los fumadores dejaban de fumar. En esos años, la eficacia llegó a niveles tan altos como del 88% de abstinencia al final del tratamiento, estando al año un 40% abstinentes (Becoña y García, 1993), todo validado con medidas objetivas de monóxido de carbono en aire espirado.

Otro elemento que reforzó lo anterior, e hizo cambiar otros aspectos, ayudando a mejorar y afinar los tratamientos, fue la relación con el prof. Ian Brown, de la Universidad de Glasgow, que desde 1991 fue continuada y enriquecedora a lo largo de muchos años. Dedicó toda su vida al tratamiento del alcoholismo, y luego en esos años 90 también al juego patológico. Tuvo la amabilidad de invitarme a Londres, a la recién creada sociedad para el estudio del juego compulsivo, a presentar los resultados del estudio que hicimos sobre el juego patológico en Galicia, hice una primera estancia con él en Glasgow en 1991, luego vino a nuestra Universidad varias veces, e incluso pasó un verano de vacaciones a Galicia, para luego seguir encontrándonos en los congresos internacionales de juego. Con él aprendí más psicología clínica, mucho sobre el tratamiento de las adicciones, y lo que considero más relevante, su sentido pragmático de lo que sirve y lo que no sirve en psicología. Sus enseñanzas y consejos las aplicamos al tabaco, y luego a las otras

adicciones. Posteriormente, las complementamos con estancias de miembros de nuestro equipo en el *UK National Addiction Center*, dirigido por el prof. Griffiths Edwards, psiquiatra, en aquel momento dentro del *Maudsley Hospital* de Londres, en su Unidad de Tabaquismo, donde realizaban abordajes terapéuticos innovadores, tenían un buen manejo de los grupos y optimización del trabajo clínico.

### ***Lo que hagamos tiene que ser relevante clínica y socialmente***

En pocos años, nuestro trabajo de tratar fumadores empezó a tener gran impacto externo. Empezamos a publicar artículos sobre los resultados del tratamiento, tanto en revistas nacionales como internacionales. Se empezaba a ver que lo que hacíamos era relevante. Esto es importante en cualquier tema que trate la psicología. Lo voy a ejemplificar en un hito, que suele pasar desapercibido. En el año 1988, la Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia, nos publicó el libro titulado “*El tabaco y su abandono*” (Becoña, Galego y Lorenzo, 1988), el primer libro sobre tabaco que publicaron. Lo que hacíamos empezaba a ser asumido por el sistema sanitario. No olvidemos que en el campo médico un elemento central de su práctica clínica es el “pragmatismo” ante la enfermedad, algo que en psicología no hemos logrado totalmente. Esto es, primero que funcione un tratamiento, luego ya buscaremos la explicación de por qué funciona. Para ellos, la clave es la eficacia. Para nosotros, también.

### ***Año 1992. Un buen año para el inicio del control del tabaco en Galicia***

La segunda fase la considero la más rica y transformadora. Fue la mayor conciencia del problema de fumar, de los tratamientos psicológicos, en la línea de lo que también fue la eclosión de la psicología clínica en España. En nuestro caso, toda una serie de circunstancias hizo que los años 1992 y 1993 fuesen centrales en nuestro recorrido que dio sus frutos en los años siguientes. Desde los primeros años presentábamos nuestros resultados de investigación en congresos internacionales. Pero fue en 1992 en la *8ª Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud*, celebrada en Buenos Aires, donde tuvimos claro por donde tenía que ir nuestro futuro. Allí asistieron varios miles de personas de todo el mundo, aunque menos de una docena de España. A los asistentes nos quedó claro, incluyendo los españoles, que había que hacer algo más de lo que se venía haciendo. Y nos pusimos manos a la obra.

En nuestro caso, elaboramos un programa sencillo de control del consumo de tabaco para toda la población, con medidas concretas y operativas, y lo pusimos por escrito. A continuación, pasamos a convencer a nuestra administración sanitaria, la Consellería de Sanidad, de que había que hacer algo en el tema. Gracias a los funcionarios que allí trabajaban, profesionales jóvenes como nosotros, del campo de la salud pública, abiertos y con muchas ganas de hacer cosas, les pareció bien el proyecto. Eso desembocó en el *Programa Gallego de Promoción de la Vida sin Tabaco* de la Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia, que se aprobó en 1993 (Xunta de Galicia, 1994). Firmaron con nosotros un convenio de colaboración, que duró desde el año 1992 hasta el 2001, con el que desarrollamos un gran número de actividades, como tratamiento de fumadores, remitidos por parte de médicos de atención primaria, tratamiento de profesionales sanitarios de los hospitales gallegos, y otros estudios relacionados con el impacto del Día Mundial sin Tabaco. Fue un claro ejemplo de oportunidad, nuevas ideas, operativización de lo que había que hacer, terreno propicio, visión de futuro y aceptación del cambio. Y de tener tratamientos psicológicos eficaces disponibles.

De modo sinérgico, en esos años nos encargaron varios estudios sobre el juego patológico, reciclar a todos los profesionales de los centros de drogodependencias de Galicia, mediante un Máster en Drogodependencias, que dirigí junto al prof. Antonio Rodríguez, Catedrático de Psiquiatría, y la inestimable colaboración de la prof. Isabel Salazar, también de Psiquiatría y del prof. Fernando Cadaveira de la Facultad de Psicología. También participar en comisiones, foros y otras actividades, a nivel autonómico y nacional, luego complementadas con la petición de otras administraciones públicas, como la elaboración de manuales en el campo preventivo para el Plan Nacional sobre Drogas. Esto nos permitió conocer la psiquiatría y sus actores, desde dentro, como luego en otras asociaciones científicas. Fue una buena etapa a nivel intelectual, con nuevos aprendizajes, y alto nivel de trabajo, dedicación y resultados.

### ***La necesidad de manualizar los tratamientos y difundirlos***

En el campo de la psicología clínica es importante que los tratamientos estén manualizados. En España hay muy buenos ejemplos de ello. Nosotros teníamos un tratamiento eficaz, manualizado. En el año 1993 procedimos a su publicación, que hizo nuestra universidad, en una edición muy cuidada, a nivel estético y de leguaje, con versiones en español y gallego (Becoña, 1993).



El manual era claro, sencillo y didáctico. Su contenido permite la aplicación del tratamiento a cualquier psicólogo. También se puede utilizar como manual de autoayuda. Esto permitió que en 1994 y 1995 se publicasen otras ediciones por parte de la Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia, para ser utilizado como manual de autoayuda, y en 1997 por la Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía. En ambos casos con tiradas muy altas y amplia difusión. El manual fue actualizado en 2007 (Becoña, 2007). Tener el tratamiento en un manual permitió su difusión, al tiempo que realizamos varios cursos de entrenamiento clínico en el mismo a lo largo de esos años y otros posteriores.

En una línea paralela, en el año 2000, con los prof. Labrador y Echeburúa (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000), publicamos un libro sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos donde, entre otras cosas, insistíamos en la necesidad de manualizar los que eran eficaces, augurando que ello produciría un salto de la psicología clínica. En gran medida esto se ha conseguido. A lo anterior debo añadir que todo lo realizado se sintetizó en tres largos capítulos sobre teorías, evaluación y tratamiento del tabaquismo que publiqué en el libro del prof. José Luis Graña (1994), con el que llevo años colaborando, y que es un referente de la adicción a drogas, el tratamiento psicológico y la psicología clínica forense en España. Su libro es un clásico sobre las adicciones en España, y en el que están las ideas centrales de este campo.

### ***Formar buenos equipos es básico en psicología como en cualquier otro aspecto de la vida social***

Lo que ha caracterizado nuestro recorrido, y parte de nuestros logros, ha sido tener buenos equipos de personas. Esto es lo deseable, que nosotros hemos conseguido a lo largo de estos años. Un grupo para que funcione no tiene que ser grande, pero es importante que esté cohesionado, que tenga un alto interés por el tema, y capacidad de sacrificio si hay picos de trabajo. Es fundamental que haya buen ambiente entre todos, que se valoren las nuevas ideas, tengan sus funciones delimitadas, haya flexibilidad, que noten que lo que hacen es útil y que su trabajo va a tener una recompensa personal y profesional a medio y a largo plazo. Sin las docenas de personas que han estado con nosotros durante todos estos años no sería posible hacer lo que hemos hecho. Y es muy satisfactorio ver que todas ellas, becarios, contratados, doctorandos, hoy están trabajando en nuestra universidad, en otras españolas, o de renombre de otros países, otros como psicólogos clínicos,

o más actualmente como psicólogos generales sanitarios, o en puestos de mayor responsabilidad. Siempre hemos cuidado a las personas que nos han acompañado en este largo recorrido, nos hemos preocupado por su formación y por su futuro profesional, y han respondido excelentemente. Lo que demuestra que cualquier obra humana, como en el campo científico, sin un buen equipo no es posible realizarla.

### **Tercera etapa, 1995-2005. Empieza la conciencia social sobre el problema y damos avances consistentes**

#### ***Cuanto más seamos mejor: la unión hace la fuerza***

Uno de los mejores aprendizajes que adquirimos los que empezamos nuestro trabajo en los años 80 en este tema fue que cuanto más seamos mucho mejor. Y que la colaboración con otros profesionales sanitarios permite avanzar rápidamente. En este sentido, nuestro trabajo fue reconocido, valorado y expandido, con la participación en asociaciones profesionales, con objetivos concretos, entre la que destacaría la del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), creado en 1996, donde vimos la necesidad de su creación, en los congresos mundiales de tabaco de Buenos Aires de 1992 y París de 1994, y luego en su Junta Directiva durante 10 años como vocal, secretario y tesorero. Fueron años de intensa actividad, con una meta clara a medio y a largo plazo, un equipo humano muy comprometido, alto poder de influencia y prestigio profesional. De ellos destacaría a Víctor García-Aranda, cardiólogo, impulsor central para su creación y puesta en funcionamiento, Joan-Ramón Villalbí, médico de salud pública, Teresa Salvador, psicóloga, una de las primeras que en España abrió el campo del tratamiento psicológico de los fumadores, Rodrigo Córdoba, médico de atención primaria, Manel Nebot y M<sup>a</sup> Angeles Planchuelo, médicos de salud pública, Francisco Rodríguez-Lozano, médico estomatólogo, entre otros.

La creación del CNPT, su labor estratégica, la unión de actores convencidos y concienciados de que las personas no se mueran por fumar, marcó un hito en el control del tabaco en España. Así como del aprendizaje de distintas estrategias, funcionamiento del sistema sanitario, de la política, del parlamento español, de los grupos de presión protabaco, de la prensa, y de otros grupos organizados de la sociedad. Desde el principio estuvo claro el papel tan relevante que tiene la psicología en el control del consumo de tabaco, en ayudar a las personas a dejar de fumar, y de que los psicólogos podemos aportar

mucho en este tema. También nos permitió conocer mejor otras profesiones, cómo funciona el mundo sanitario, la administración, los laboratorios farmacéuticos y, a nivel estratégico, lo que podemos y no podemos hacer.

Destacaría que, en 1998 se publicó el primer *Libro Blanco sobre el Tabaquismo en España*, por parte del CNPT, del que tuve el honor de ser su editor (Becoña, 1998). Su objetivo era presentárselo al ministro de Sanidad de aquel entonces, que lo recibió con cariño, en una cuidada edición en color, pero que hizo poco a partir del mismo, como venía ocurriendo una y otra vez con los ministros respectivos de Sanidad. Estaba claro que aún no había condiciones favorables para un cambio social en este tema.

### ***El boom de fumadores tratados: año 1995 a 2001, 5 000 fumadores***

Para nosotros, el periodo comprendido entre el año 1995 y el 2001 fue de una actividad frenética, enorme expansión y llegar a donde antes nunca nos habíamos imaginado. A la vista de lo que estaba ocurriendo, varias comunidades autónomas, como la de Galicia, apostaron por el control del consumo de tabaco. Nuestro grupo, como otros profesionales de la Medicina Preventiva y Salud Pública, Neumología y Atención Primaria, animábamos y apoyábamos en ello a la administración. Y pudimos poner en práctica muchas medidas, como las del tratamiento psicológico. Así, continuando esta línea, hicimos una innovación en 1995, fruto de la necesidad, pero también del conocimiento, desarrollando un nuevo tipo de tratamiento, el “programa para dejar de fumar por correo” (Becoña, 1996).

Había que llegar a muchos fumadores, no había una red pública de tratamiento, y nuestra administración sanitaria vio con buenos ojos utilizar un procedimiento a medio camino entre la autoayuda y el tratamiento presencial. Para los psicólogos esta era una excelente oportunidad de mostrar su eficacia. Desarrollamos un tratamiento, de seis semanas, en forma de envío de un folleto que contenía instrucciones de lo que tenían que hacer en cada una de esas semanas, una carta personalizada que se le enviaba semanalmente, contestación a lo que nos enviaban de cómo les había ido en esa semana, y posibilidad de contacto telefónico si lo precisaban. Luego se hacía un seguimiento de 12 meses. Se publicó un anuncio del programa en la prensa, esperando una demanda de 500 a 1.000 fumadores en total, y de 300-500 para el primer anuncio. Esta fue mucho mayor. Se llegó a las 2.000 demandas, seleccionándose solo a los 1.000 primeros por cuestiones presu-

puestarias en el primer año. De estos se trataron a 755. El éxito del programa fue impresionante. Entre los años 1995 y 2001 recibimos 6 389 peticiones tratando efectivamente a 3 715 personas sólo con este programa. A ello hay que sumar los aproximadamente 300 que se trataron anualmente presencialmente, o en convenios con ayuntamientos, hospitales, y empresas. Es decir, sobre 5 000 fumadores. El éxito se debía a que era fácil de seguir, recibían instrucciones en su casa, y dejaban de fumar del 37 al 51%, estando del 10 al 20% abstinentes al año con el criterio más estricto de abstinencia continua (Becoña y Vázquez, 2001).

También en esos años elaboramos una guía para que los médicos diesen consejo a los fumadores para dejar de fumar. En una línea paralela se puso en marcha otro tratamiento, esta vez convenciendo al médico a sus pacientes fumadores de que tenían que dejar de fumar, y nos remitían una postal cubierta por ese fumador solicitando tratamiento, todo bajo el paraguas del sistema sanitario.

Los temas que más nos preocupaban en estos años eran mejorar la eficacia, junto a la validación de cuestionarios para fumadores, mejorar su motivación para el cambio, la prevención de la recaída, que ha sido un tema permanente desde los primeros años, y conocer los factores que facilitaban dejar de fumar.

Como se imaginan, de tantos datos, se realizaron varias tesis doctorales, se publicaron artículos en revistas de referencia, por ej., en el *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, y nos permitió inferir por donde iría el futuro. Como ejemplo, en un convenio que tuvimos con el Ayuntamiento de Ferrol, encontramos lo que nos guiaría en los siguientes años: los fumadores que no tenían psicopatología asociada, en el pasado, dejaban de fumar el 90% de ellos, estando el 45% abstinentes al año. En cambio, los que la tenían, dejaban de fumar el 53%, estando al año el 22% abstinentes.

Todo lo anterior implicó mucho trabajo, dedicación y sacrificios. Pero también ver los claros beneficios que se obtenían con lo que hacíamos.

## ***Año 2000 y 2001. Cuanto mejor sea el conocimiento mejor será lo que hagamos***

Hay acontecimientos en la vida que a uno lo marcan. En mi vida académica sólo tuve la posibilidad de disfrutar de un año sabático, en el curso académico 2000-2001. Con la vorágine del trabajo anterior, poder tener todo un año para pensar, aprender, planificar, estudiar, escribir y visitar centros de investigación, era un lujo. Permitted dar otro nuevo salto cualitativo a lo que veníamos haciendo, con nuevas ideas. Fue un año de intenso trabajo, la escritura de un manual sobre las bases científicas de la prevención de las drogodependencias (Becoña, 2002), que se convertiría en un manual de referencia, estancias cortas en varios países, como Estados Unidos, donde tuve la posibilidad de conocer el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) y el *Center for Substance Abuse Prevention* (CSAP), estancias en varios países latinoamericanos, como México, Perú, Colombia y Uruguay, bien impartiendo cursos o conociendo centros asistenciales de drogas y comunidades terapéuticas, sobre todo los centrados en el tratamiento de la cocaína y de la marihuana, y la elaboración de un informe para el *Programa de Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas* (PNUFID), en Cuba, como en la comisión asesora para elaborar el Plan Nacional sobre Drogas en Rumanía. Un trabajo intenso, variado, y muy enriquecedor a nivel personal. ¿Cómo fue posible todo lo anterior? Con planificación, organización, dedicación y comprensión familiar. Y con la permanente idea de que la psicología puede ir a más, mejorar el conocimiento, las técnicas y su implantación social.

Lo anterior consolidó las relaciones con varias universidades, que se han mantenido en el tiempo, donde a la ya citada por el prof. Ian Brown, de Glasgow, destacaríamos en Estados Unidos el prof. Thomas Brandon (Moffitt Cancer Center, Tampa, Florida), en Colombia al prof. Guillermo Castaño (Universidad CES, Medellín), y de modo especial al prof. José Alberto Precioso, de la Universidad do Minho, en Braga (Portugal), donde llevamos una fructífera colaboración desde hace varias décadas (ej., Alves *et al.*, 2020). También, a partir de esta etapa, empezamos a recibir a personas para hacer estancias en nuestra Unidad.

## ***Unos temas llevan a otros***

Muchas personas no entendían por qué tratábamos a fumadores. Nos decían, ¿por qué no os dedicáis a temas más relevantes? Ocurría que, al tratar a

tantos miles de fumadores, otras cosas que hacíamos quedaban minimizadas. Pero ya desde mediados de los años 90 nos ocupábamos de otros trastornos adictivos, como juego patológico, alcohol, cocaína y cannabis, y más recientemente los problemas vinculados a las nuevas tecnologías. Además, en estos años codirigía un Máster en Drogodependencias (1992-2003), por donde pasaba la elite clínica e investigadora, del campo psiquiátrico y psicológico, en adicciones. Eso aumentó la amplitud de miras y los contactos. Y también nuevas líneas de trabajo. De esta etapa destacaría dos de ellas.

La primera, la colaboración que empezó un poco antes del año 2000 con Amador Calafat, psiquiatra y psicólogo, y un claro referente de la prevención en España, con el que colaboré en asociaciones profesionales, edición de revistas de impacto y en el campo preventivo, en este caso a través de la asociación internacional IREFREA, en la evaluación de programas preventivos y en varios proyectos nacionales y europeos. Con él aprendí a trabajar en redes más amplias, como la importancia de estar con una mente brillante, informada, ágil, abierta, pragmática, colaborativa y de resolución de problemas. En esos años también conocí al prof. y Académico D. José Ramón Fernández Hermida, con el que descubrí nuevos entresijos de nuestra profesión y las dificultades de hacer valer la psicología ante la administración pública.

La segunda, mi colaboración con el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), de modo especial con Emiliano Martín, cuando estuvo en el mismo, y que es un psicólogo bien conocido por todos, por sus relevantes aportaciones en el campo profesional y de gestión de equipos humanos en distintas administraciones, donde les elaboré dos manuales de prevención de drogas, participé en varios estudios, comisiones de trabajo y me abrieron muchas puertas, tanto en esos años como en los posteriores.

### ***Año 2004 y 2005. Años excelentes para el futuro control del tabaquismo***

Para la mayoría de los que estamos implicados en este tema, fue el año 2005 nuestro mejor año, a tres niveles: la mejora y difusión de nuestro tratamiento psicológico, el reconocimiento público de su eficacia, y la aprobación de la primera ley de control del consumo de tabaco. Así, la presión de los profesionales sanitarios, desde el CNPT, y donde entre otras cosas conseguimos 50 000 firmas para que saliese adelante una ley de control del tabaco, que presentamos públicamente a la ministra de Sanidad, que las aceptó en su

Ministerio; la presión hacia todos los diputados y senadores para que apoyasen la Ley; y la presencia continua en la prensa para que la misma fuese aprobada, consiguió el objetivo previsto. Por fin, en 2015 se aprobó la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, que entró en vigor el 1 de enero de 2016. Esta Ley cambió muchas cosas. Abrió el camino de la generalización del tratamiento psicológico de los fumadores en centros asistenciales de drogodependencias, en unidades o consultas especializadas de tabaquismo, en centros privados, y otros. El camino ya estaba abierto. A partir de ahí el recorrido se hacía más fácil. Como así ha sido.

Como anécdota, el Ministerio de Sanidad encargó al CNPT la elaboración de una guía para dejar de fumar, para reforzar la ley después de su aprobación, que en formato de autoayuda publicó el Ministerio, y en el que tuve la oportunidad de participar (Salvador *et al.*, 2005). Su columna vertebral son los aspectos motivacionales y psicológicos. Dicho manual fue encartado en los principales periódicos españoles un domingo de enero de 2006. La tirada fue de 7,5 millones de ejemplares.

### ***La continua formación de profesionales***

Ya que los psicólogos somos un colectivo profesional, si el conocimiento psicológico es útil, debe difundirse entre los miembros del grupo. En este sentido, siempre hemos dedicado una atención especial a formar profesionales en los tratamientos que hemos desarrollado. Debemos transmitir los conocimientos de la ciencia psicológica elaborada en la universidad a los profesionales y a la sociedad. De este modo, en estos años organizamos varios cursos sobre el tratamiento que aplicábamos, formando a muchas docenas de profesionales. Lo complementamos con la participación en cursos, másteres y congresos, sin olvidar la formación de las personas que estaban haciendo su tesis doctoral.

Esta formación estaba amparada por el Máster en Drogodependencias que dirigíamos, por cursos previos realizados sobre el tratamiento para fumadores, como encargos que nos hizo nuestra administración sanitaria para formar a médicos y psicólogos en tabaco, drogas, adicciones, salud mental y metodología de investigación. Nuestro trabajo nunca quedó dentro de las paredes de la Universidad. Nos preocupamos de que se conociese fuera de ella y se aplicase.

### ***La competencia de otros profesionales con la psicología, con sus tratamientos y con su implantación social***

Algo que conocemos bien los psicólogos, sobre todo los clínicos, es la competencia de otros profesionales con lo que hacemos. Fue algo habitual en el pasado, lo es hoy y lo será en el futuro. En el tratamiento del tabaco también lo hemos visto, sobre todo en esta época. Mientras no había tratamientos farmacológicos para dejar de fumar el tema interesaba poco a la mayoría de los médicos. Cuando los hubo, como la terapia sustitutiva de la nicotina, y luego otros (ej., bupropión, vareniclina o citisina), todo cambia.

Los laboratorios farmacéuticos quieren vender sus productos, llegar a millones de personas que fuman, y ven en los fumadores un gran nicho de negocio. En este contexto, empezaron a financiar revistas, congresos y cursos sobre tabaco, como publicitar sus fármacos, para que los fumadores los demanden. Pero, la realidad, es que utilizados solos no funcionan o son muy poco eficaces. Precisan ir acompañados de la intervención psicológica. De ahí los conflictos que hubo con relación a la terminología psicológica de la que se querían apropiar ciertos grupos profesionales médicos, como eran los de consejo psicológico, consejo conductual, tratamiento psicológico, terapia grupal, entre otras, pretendiendo que fuesen de su competencia. Finalmente, se consensuó que lo que hacían los no psicólogos era consejo sanitario e intervención breve y se preservó el tratamiento psicológico para los psicólogos (CNPT, 2008). O la tendencia actual de querer convertir esta conducta en una enfermedad cerebral (Becoña, 2016). De ahí la relevancia de que tengamos tratamientos psicológicos eficaces, y así denominados, respeto social por nuestro trabajo, clara nuestra titulación y rol profesional, y suficiente presencia e implantación en el sistema sanitario.

### ***¿Qué tratamientos psicológicos aplicábamos y a qué tipo de fumadores?***

A diferencia de la etapa anterior, en ésta, teníamos un tratamiento eficaz, protocolizado, publicado en forma de manual, que actualizamos en esta etapa (Becoña, 2007). Sus componentes eran: información sobre el tabaco; autorregistro y representación gráfica; técnica de desvanecimiento: reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán; técnica de control de estímulos; estrategias para controlar el síndrome de abstinencia de la nicotina; feeda-



back fisiológico del consumo (monóxido de carbono en el aire espirado); y estrategias de prevención de la recaída (entrenamiento en aserción, entrenamiento en solución de problemas, cambio de creencias erróneas sobre el tabaco y dejar de fumar; manejo de la ansiedad y de la ira, incrementar el ejercicio físico, control del peso y auto-reforzamiento). En suma, un tratamiento con técnicas cognitivo-conductuales, que aborda los componentes fisiológicos, psicológicos y sociales de la adicción al tabaco, aplicable en seis sesiones, de una hora de duración cada una, una vez por semana, aplicable en formato individual, grupal o autoayuda, para cualquier fumador, sin efectos secundarios, fácil de seguir por el fumador por la racionalidad de sus componentes, adaptado a nuestro medio, y con buen coste-efectividad en tratamientos clínicos y comunitarios. Además, manualizado y evaluado en contextos clínicos y laborales (unidad clínica, hospitales, centros de salud, empresas, asociaciones, ayuntamientos), como comunitarios, expandiéndose su aplicación en asociaciones a nivel nacional, centros de drogas, consultas de psicología, etc.

También en estos momentos, como siempre habíamos hecho, pero esta vez de modo más intensivo, nos planteamos algunas de las cuestiones no resueltas sobre el proceso adictivo. Decía Bertrand Russell (1950), eminente matemático, filósofo, literato y amante de la psicología, en su discurso por la concesión del premio Nobel de literatura titulado *¿Qué deseos son políticamente importantes?*, que “toda actividad humana es impulsada por el deseo”. El deseo, las ganas, el ansia, el *craving*, es un concepto central en adicciones, pero que no acabamos de conocer totalmente, y menos manejar eficazmente. Lo mismo es aplicable a la impulsividad, la motivación y la personalidad, entre otros, que estudiamos en esos años.

#### **Cuarta etapa, 2006-2019. Cambio social sobre el tabaco y nuevos retos para la psicología**

##### ***El enorme impacto de la primera ley de tabaco de 2005 y el incremento en la demanda de tratamientos***

Fue increíble ver cómo, en pocos meses, una conducta considerada normal y deseable, fumar, que en los años 80 como máximo se consideraba un vicio, se convirtió en una conducta problema, en una conducta adictiva, en una enfermedad para algunos médicos, en un trastorno adictivo, para los psicólogos, a partir de la entrada en vigor de la primera ley de tabaco en España, el

1 de enero de 2006. Fue un claro ejemplo de control estimular, o lo que hoy conocemos como *prevención ambiental* (Becoña, 2021).

La Ley posibilitó que muchos fumadores se planteasen dejar de fumar. Esto llevó a un incremento de las demandas de tratamiento y a difundir el que aplicábamos en distintos formatos. Aparte de los anteriores, presencial y por correo postal, los ampliamos a tratamiento por teléfono con apoyo de materiales que se enviaban a casa, formatos de autoayuda (Míguez y Becoña, 2008b), y a distintos grupos de fumadores en su lugar de trabajo, como hospitales, administraciones públicas, empresas, o para todo un municipio (ej., Becoña y Míguez, 2006). Conseguimos aplicar fuera de nuestra Unidad los tratamientos y comprobar como funcionaban. Los resultados seguían siendo muy buenos. Esto permitía difundirlos, entrenar a psicólogos en su aplicación, evaluar su eficacia en el medio natural y disponer de una gran cantidad de datos para publicar. Destacamos como ejemplo un seguimiento de 10 años de los fumadores tratados, uno de los más largos que se han publicado (Míguez y Becoña, 2008a).

Todo ello facilitó la eclosión de los tratamientos psicológicos para dejar de fumar y el surgimiento de grupos relevantes por toda la geografía nacional, como podemos ejemplificar en el de Roberto Secades en la Universidad de Oviedo (Alonso *et al.*, 2007) o en el de Francisca López Torrecillas en la Universidad de Granada (López-Torrecillas *et al.*, 2014), por la relación que mantenemos con ellos desde hace años, junto con M<sup>a</sup> Paz García Vera en su larga trayectoria en este tema (Sanz y García-Vera, 2006). También a José Miguel Martínez, del Centro Provincial de Drogodependencias de Granada, por su colaboración en éste como en otros temas de adicciones.

### ***El tipo de fumador cambia***

Las sociedades se caracterizan por el cambio. Las conductas también. En las últimas décadas no son iguales las características de los fumadores, tanto demográficas como de consumo, que antes. Esto se debe a la reducción del consumo que produjo la primera ley de tabaco, como luego la segunda del año 2010 (Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco). Así, si en el año 2001 fumaba diariamente el 34,4% de la población (42,1% V, 27,2% M), años después, en 2009, fumaba el 26,2%

diariamente (con un 3,7% ocasionalmente), con un 31,2% de V y 21,3% de M. Y en 2020 un 19,7% diariamente (un 2,3% ocasionalmente), con un 23,3% de V y un 16,4% de M. En el lejano 1987, fumaba el 55,1% de varones y un 22,9% de mujeres. Como se aprecia, en cuatro décadas, el número de varones fumadores bajó a la mitad; el de mujeres ha bajado poco.

El descenso en el consumo ha incidido en el perfil de los fumadores. En los años previos la industria del tabaco orientó su marketing hacia las mujeres y los jóvenes. A las mujeres, por las propiedades antidepresivas de la nicotina y de los compuestos añadidos a los cigarrillos para hacerlos más adictivos (ej., amoníaco). En la población hay el doble de depresión en mujeres que en varones. Por ello, a las tabaqueras les es más rentable una mujer adicta que un varón adicto. Precisan nuevos clientes para reponer los que van perdiendo. La clínica permite ver la realidad. En esos años observamos, y luego comprobamos empíricamente, que los fumadores que acudían a tratamiento tenían más dependencia, asistían más mujeres que varones, cada vez tenían más trastornos mentales y del comportamiento asociados, incluyendo trastornos mentales graves, como esquizofrenia o trastorno bipolar. Esto exigió ir adaptando los tratamientos a estos nuevos perfiles de fumadores.

También en este momento, como desde los inicios (Becoña *et al.*, 1989), le dedicamos mucha atención a la prevención de la recaída y a sus causas, donde estudio tras estudio aparecían el afrontamiento de los estados emocionales negativos, en situaciones interpersonales (explican un 40%), la presión social y la mejora de los estados emocionales positivos, en situaciones interpersonales (explican cada uno en torno al 20%) (Rodríguez-Cano *et al.*, 2021).

### ***La psicopatología asociada aflora en los fumadores y hay que afrontarla***

Desde los inicios de esta etapa empezamos a observar algunos hechos significativos en algunos fumadores que dejaban de fumar, como que algunos cursaban a continuación con un cuadro depresivo. Pocos en aquel momento, pero aumentando conforme pasaban los años. O, que los que no dejaban de fumar en gran parte era debido a su psicopatología asociada. Sabíamos, por lo que ocurría en Estados Unidos, donde fumar se considera un “marcador psicopatológico” (Piper *et al.*, 2010), que esto nos pasaría en algún momento. Ese momento había llegado. Así, la mitad de las personas que demandaban ayuda para dejar de fumar tenían historia previa de depresión mayor (Beco-

ña *et al.*, 2014). Esto abrió una nueva vía de investigación, como estudiamos en varios proyectos sobre la incidencia de los trastornos de personalidad en dejar de fumar (años 2009-2011), y el abordaje específico de la depresión (2016-2018), en este caso para mejorar el tratamiento, añadiendo un módulo basado en la activación conductual. Los resultados confirmaron nuestras dudas (Martínez-Vispo *et al.*, 2019), incorporándola a partir de ahí como un componente más del tratamiento. Además, los que dejaban de fumar, y mantenían la abstinencia en el tiempo, mejoraban en su estado de ánimo (Rodríguez-Cano *et al.*, 2016; Secades-Villa *et al.*, 2017).

Surgieron otros dos problemas clínicos asociados con la dificultad para dejar de fumar. El primero, el creciente consumo de hachís, asociado al tabaco, que impedía a las personas dejar de fumar, o que añadía dificultades para el abandono, como ya conocíamos en las personas con problemas con el alcohol u otras drogas ilegales. Y, el segundo, el incremento de las demandas para dejar de fumar de personas con psicosis. Esto llevó al desarrollo de intervenciones específicas para ellas, orientadas a la retención en tratamiento, descenso del consumo más que la abstinencia, y mejora de su calidad de vida. Y sin olvidarnos de las personas que tenían que dejar de fumar por sus enfermedades, en muchos casos graves.

Otro cambio importante, a partir del inicio de esta etapa, fue hacer rutinariamente ensayos clínicos aleatorizados, con protocolos minuciosos, muestras grandes, y la publicación de sus resultados en revistas de gran difusión e impacto. Estábamos ya en la esfera internacional del tema, como un grupo más.

### ***El mundo cambia, las nuevas tecnologías se imponen***

El desarrollo tecnológico que hemos vivido en los últimos años ha sido enorme. Ha incidido en todos los aspectos de la sociedad, también en los tratamientos psicológicos. Siempre nos ha sido una buena guía Heráclito, cuando decía que la vida es como un río, que fluye, o expresado libremente: no se repite dos veces la misma situación. El pasado es el pasado. El presente es lo que vivimos. El futuro está por venir. Esta forma de pensar nos ha sido muy útil. Algunos dirían que es la permanente innovación y puesta al día. Para nosotros es algo más.

Años atrás habíamos puesto en marcha programas por correo postal, para llegar a más fumadores. En los últimos años, vimos que era necesario utilizar

las nuevas tecnologías para llegar a más fumadores. Así, desarrollamos una App en 2018 para que el fumador pudiese seguir mejor con ella el tratamiento, en su teléfono móvil, y que la misma permitiese prevenir la recaída. Su desarrollo fue un proceso complejo, paseando por arenas movedizas al principio, nuevo en todos los aspectos, pero con final feliz. Hay que arriesgar, más en ciencia. Esto lo veremos más adelante.

### ***El necesario y permanente activismo psicológico***

Soy de los que creen que nada está del todo hecho mientras no se soluciona un problema. Y, si se ha solucionado, hay que pasar como psicólogos a otros no resueltos. En el tratamiento psicológico de los fumadores, como la psicología clínica española, ha avanzado mucho, pero no hemos llegado a la meta. Traspasarla es labor de todos. Y se logra con el “activismo psicológico”. Lo que hacemos no puede quedar dentro de nuestro despacho, laboratorio, o clínica. Lo que hacemos debe transmitirse, como nuestra experiencia y resultados.

Me considero, como muchos de los aquí presentes, un “activista psicológico”, un activista psicológico de la salud (Nadal, 2017). Me quedó claro estando en el CNPT, que se formó para ser un lobby sanitario, con el objetivo de que las personas dejaran de fumar, presionando al gobierno central y autonómicos, exigir cambios legales, convenciendo a los legisladores y políticos, como a los ciudadanos, a los medios de comunicación, otros grupos sociales, y desenmascarar a los que tenían intereses en el tema, o a los que no les importaba que las personas enfermasen y muriesen por el producto que les vendían, o que les animaban a consumir.

Una fase del activismo psicológico, que hemos mantenido en el tiempo, ha sido la publicación de artículos, con títulos muy seleccionados y contenido claro, en la prensa diaria. Así se llega a muchas personas y se potencia la psicología, como una parte del contexto social. Es una tarea añadida a las anteriores que va más allá de la publicación de artículos Q1 en las revistas del JCR ya que, realmente, esta difusión para todos es la que tiene impacto de verdad. Es mostrar lo que hacemos y que sepan que nuestra labor como psicólogos es relevante e imprescindible.

## ***La consolidación de una línea de trabajo, la necesaria continua difusión y cómo mantenerla en el tiempo***

Uno de los hechos más destacados de nuestra vida investigadora ha sido consolidar una línea de trabajo, a nivel clínico y profesional. Implícito está la continua difusión del trabajo realizado, y que sea útil socialmente, en este caso para el sistema sanitario, para la Universidad, para la Psicología y, lo más importante, para las personas.

Hoy, el tratamiento de primera elección a nivel clínico para dejar de fumar es el psicológico (Patnode *et al.*, 2021). Es importante que lo que funciona continúe. Se lo debemos a los que nos han precedido y hemos aprendido de ellos, y a los que pueden beneficiarse de nuestra tecnología psicológica para mejorar su calidad de vida. Por suerte, en nuestro caso, como en el de la mayoría de los aquí presentes, esta labor continuará en el futuro, gracias a las nuevas generaciones que han tomado el relevo. No hay mayor satisfacción que ver la mejora del ser humano. Es lo que define la cultura, sea la material, creencial, o psicológica. Nuestra vida es finita, la de la humanidad no. En este sentido, varias de las personas de nuestro equipo, u otras que se han formado con nosotros, y son un referente en nuestro medio o en otros países, deben ser citados, como las prof. Carmen Senra, M<sup>a</sup> Isabel Vázquez, M<sup>a</sup> Carmen Míguez, Ana López, Elena Fernández del Río, Carmela Martínez, Úrsula Rodríguez, Rubén Rodríguez, María Barroso, Daniel Suárez, entre otros. Como dice un proverbio africano “*si quieres ser rápido, ve solo; si quieres llegar lejos, ve acompañado*”.

## **Quinta etapa, 2020-2024. La pandemia del Covid-19 y su influencia en reducir el número de fumadores**

### ***La reconversión del tratamiento en los tiempos del Covid-19: la serendipity existe***

La quinta etapa que consideramos en esta historia ocurrió por la pandemia del Covid-19 y su incidencia en el consumo de tabaco. Produjo un cambio de tendencia, ya imparable de descenso del consumo, que continuará año tras año sin parar.

En la vida es importante el trabajo, pero también la oportunidad. El Covid-19, el azar, la casualidad, la suerte como dicen otros, nos sonrió una vez

más. En el año 2018 vimos la necesidad de complementar el tratamiento con la ayuda de una App. Desarrollamos una App sencilla que pusimos a prueba, como complemento al tratamiento realizado presencialmente. Posteriormente, desarrollamos una App, dentro de un proyecto de investigación, más completa y perfeccionada que la inicial. Esto coincidió con la declaración de la pandemia del Covid-19 y el confinamiento.

La pandemia nos trajo un problema. No podíamos tratar a las personas presencialmente. Sólo quedaba la posibilidad online, como así hicimos. Hubo que adaptar el tratamiento presencial, como la evaluación, mediante videollamadas para hacerla cara a cara, los tratamientos y seguimientos online. La nueva App *SinHumo* les permitía seguir y acceder a todos los contenidos del tratamiento cuando quisieran, así como registrar los cigarrillos fumados diariamente. Las demandas de tratamiento se incrementaron, al poder tratar personas de toda la geografía nacional. Y, lo más importante, obtuvimos unos resultados excelentes en el ensayo clínico aleatorizado, con una eficacia entre el 66 y el 77% de abstinencia al final del tratamiento, y entre el 42 y el 46% a los 12 meses de seguimiento (López-Durán *et al.*, 2024). Por ello, la *serendipity* existe. El resultado obtenido fue del todo inesperado.

### ***Cuando no somos conscientes del efecto e impacto de nuestro trabajo***

Todo lo que hemos hecho en estos años ha ayudado a que muchas personas redujesen o eliminasen su sufrimiento, producido por su adicción al tabaco. También hemos conseguido que los que dejaron de fumar, o redujeron su consumo, hayan vivido o estén viviendo más años. Hemos estado previniendo el cáncer, sobre todo el de pulmón, como otras enfermedades pulmonares, cardiovasculares, y muchas otras causadas por fumar. Un cálculo sencillo de los casi 17 000 fumadores que nuestro grupo ha tratado en estos 40 años, aplicando criterios conservadores de abstinencia, nos indica que esas personas han ganado unos 100 000 años de vida. Ellos lo han conseguido. Nosotros les hemos ayudado. De ahí nuestra satisfacción, que es la misma que tienen los miles de psicólogos, tanto psicólogos clínicos como psicólogos generales sanitarios, que ayudan a las personas en sus problemas adictivos y de salud mental a diario. Esto es un acicate para seguir mejorando, ser más eficaces, llegar a más personas y que consigan sus objetivos terapéuticos. En eso consiste nuestro trabajo.

Otros dos aspectos que se pueden lograr con una línea de trabajo en la que se obtienen resultados son respeto e influencia. Respeto porque si se hace bien el trabajo y hay buenos resultados nadie puede negarlos. E influencia, si lo que se aporta permite avanzar a la psicología. E, indirectamente, beneficiar a los individuos y a la sociedad. En este sentido, tengo un agradecimiento especial a los decanos de mi Facultad que han facilitado, potenciado y ayudado a hacer nuestro trabajo a lo largo de tantos años. De modo especial destacaría a los prof. José Manuel Sabucedo y Fernando Cadaveira, que como primeros decanos cuando se creó formalmente la Facultad de Psicología de mi Universidad, dieron un gran impulso a la misma a nivel institucional, e hicieron una importante labor interna de cohesión, que marcó su futuro, con un buen ambiente de trabajo y los éxitos que le siguieron. Igualmente, mi agradecimiento a siguientes decanos, los prof. Fernando Díaz, Socorro Rodríguez, Carolina Tinajero, Lourdes Mirón y María José Sampedro. Sentirse miembro de un grupo, y tener metas comunes lo facilita y aumenta las sinergias. No tengo espacio para citar a muchas otras personas de mi Universidad, del Departamento de Psiquiatría, o de Medicina Preventiva y Salud Pública, y otros, como ejemplifico en el prof. Juan Gestal, o en nuestro Servicio de Vigilancia de la Salud con la Dra. M<sup>a</sup> Carmen Pardiñas, por su continuo apoyo y compromiso en este tema. También destacaría la facilitación de nuestro trabajo por los rectores, y demás personal de mi universidad, comprometidos con lo que hacíamos, a lo largo de esta larga carrera de fondo, que nos ha permitido trabajar cómodos. Esto se llama en psicología “refuerzo”.

### ***Retos pendientes, siguiendo este largo camino***

Nosotros somos parte del camino. Lo empezamos en una parte de este, y lo dejaremos en otra parte. Unos nos han antecedido y otros nos seguirán. Hemos avanzado mucho en el tratamiento psicológico de las personas fumadoras. Pero el camino continúa, y hay recorrido por hacer. Hay caminos donde no se ve el final. En éste parece que cada vez está más cerca, aunque hay que seguir recorriéndolo.

En nuestro recorrido nos fuimos planteando a lo largo del tiempo varios retos. Primero, y principal, disponer de tratamientos psicológicos eficaces; luego mejorar la motivación para que los fumadores dejasen de fumar; ello fue seguido por mejorar la adherencia al tratamiento; y después le siguió el estudio de la recaída y cómo reducirla; luego fue necesario demostrar que los tratamientos son coste-eficientes, al tiempo que dedicamos tiempo para gene-



ralizarlos a toda la población; el surgimiento y abordaje de problemas clínicos asociados siguió a continuación. Y, finalmente, ante el cambio de perfil de los fumadores, abrimos a nuevas ideas para mejorar todo lo anterior.

Lo que apreciamos en estos últimos años es un claro descenso en el número de fumadores de cigarrillos, donde ahora tienen más psicopatología asociada, junto a otro cambio: hay un incremento en las demandas de personas que fuman al mismo tiempo tabaco y hachís, o de los que sólo fuman hachís. El consumo de hachís y de marihuana ha aumentado vertiginosamente en España en las últimas décadas, tanto en jóvenes como en adultos. Y, muchos tienen que dejarlo por sus consecuencias negativas, como apreciamos en las personas en torno a los 40 años que demandan ayuda, debido a sus paranoias, problemas de ansiedad, depresión, falta de motivación, problemas de pareja, conflictos laborales, etc. (Becoña, López y Martínez, 2020). Este es el nuevo problema que sustituirá al tabaco en las próximas décadas. A mayor liberalización del consumo de cannabis, mayor consumo. A mayor consumo, más efectos negativos en la salud física y en la aparición de trastornos mentales. Y, con ello, mayor demanda de tratamientos para dejarlo. Por ello, estamos ante un área de trabajo en aumento y que se incrementará más en los próximos años.

Son muchos los retos que aún tenemos por delante. De ellos destacamos cuatro: la constante innovación y mejora de los tratamientos psicológicos; la necesidad de implantar los tratamientos psicológicos en el sistema sanitario, insistiendo en que sean habituales en los pacientes fumadores de los hospitales, atención primaria o unidades especializadas para fumadores; tener bien identificados a los que no nos permiten avanzar, a los que tienen intereses en que la psicología no se implante; y, difundir la eficacia de nuestro trabajo clínico y de que la psicología funciona muy bien y tiene mucho que aportar, en este caso para que las personas dejen de fumar.

### **Conclusión: un mundo sin tabaco es posible y los psicólogos hemos y seguiremos haciendo nuestra aportación para ello**

De toda la exposición concluyo que los psicólogos hemos tenido, tenemos, y seguiremos teniendo un importante papel en conseguir que las personas dejen de fumar. Y, con ello, que mejoren su salud física y mental. Decían Sir Richard Doll y Sir Richard Peto, en su libro *Las causas del cáncer*, que “No se conoce ninguna medida aislada que pueda tener mayor impacto sobre el

número de muertes atribuibles al cáncer, como la reducción del consumo de tabaco, o un cambio a un uso menos peligroso. El principal impacto se registraría sobre la incidencia de cáncer de pulmón, que hacia los 40-50 años es más de cien veces superior entre fumadores habituales de cigarrillos que en los que nunca han fumado. Pero también se podría lograr un efecto visible sobre la incidencia de cánceres de boca, faringe, laringe, esófago, vejiga urinaria, probablemente páncreas y quizás el riñón” (Doll y Peto, 1989, pág. 49). Hoy esto sigue vigente. De ahí el papel que tenemos los psicólogos en aplicar los mejores tratamientos psicológicos para que los fumadores dejen de fumar.

Reconozco mi sesgo observacional, realista, pragmático y experimental. Siempre he creído que lo que hacemos profesionalmente tiene que ser útil y he actuado conductualmente a partir de esa creencia. Pero esto en modo alguno implica no reconocer el valor de las ciencias básicas, la biología, los procesos psicológicos, la filosofía, la historia, la cultura, las emociones, y un largo etcétera, como la necesaria reflexión sobre la conducta humana, con sus tres clásicas preguntas: *¿quién soy?*, *¿de dónde vengo?*, *¿adónde voy?* He compaginado toda esta amalgama a lo largo de mi vida. Me alegro mucho de que lo hecho vaya en la línea del lema de la Academia de Psicología de España, “cognitio, sentido, ago” (conocimiento, siento, hago), que me permito hoy traducir libremente por *conocer, sentir y hacer*, y que representa muy bien las esencias de lo que es la Psicología.

El camino sigue. Yo sigo caminando por el mismo... Muchas personas me han acompañado a lo largo de este recorrido. Otros más jóvenes ya se han añadido al mismo...

Muchas gracias por su atención.

**Tabla 1. ¿Qué hemos aprendido sobre el tratamiento psicológico de los fumadores en los últimos 40 años?**

**Primera etapa, 1984-1987. El problema no existe, fumar es lo normal**

- Los psicólogos podemos intervenir en distintos trastornos clínicos y de salud porque tenemos tratamientos psicológicos eficaces, como ocurre con los fumadores.
- La psicología puede aportar soluciones reales a muchos problemas.
- Si lo que hacemos está bien hecho, y se obtienen resultados, el trabajo será valorado y respetado, por tus colegas y otros profesionales sanitarios, porque lo ven útil.
- Si el trabajo realizado lleva a la visibilidad social de la psicología mucho mejor. Así logramos un efecto sinérgico con lo que hacen otros psicólogos.

**Segunda etapa, 1988-1994. El problema existe, es grave, pero sigue sin asumirse**

- Para poder hablar de algo consistente hay que tener en que basarse, en nuestro caso en un tratamiento psicológico eficaz, evaluado y manualizado.
- Hay que aprovechar las oportunidades que surgen. A veces aparecen una sólo vez. También hay que ver si es posible afrontarlas de modo exitoso.
- En ocasiones hay que arriesgar, si tenemos datos para asumir que lo que proponemos es viable y facilita la mejora de la salud de las personas.
- Tener un buen equipo es básico en el campo de la investigación, cara a que el trabajo se haga bien y sea exitoso.
- Tener un pensamiento flexible, abierto, pero basado en hechos, facilita que lo que hacemos profesionalmente se abra camino.

**Tercera etapa, 1995-2005. Empieza la conciencia social sobre el problema y damos avances consistentes**

- Unos temas llevan a otros y, con el tiempo, el trabajo realizado se amplía a otras áreas.
- Es preciso mostrar resultados, publicarlos y difundirlos en los foros adecuados y en los medios de comunicación. Tienen que ser relevantes; es decir, eficaces.

- Es importante estar en grupos amplios, tanto de la profesión como en otros relacionados.
- Los éxitos sociales (eficacia, aceptación, leyes), como personales y profesionales, surgen con el trabajo bien hecho.
- Es motivo de satisfacción profesional que las personas puedan mejorar su bienestar y calidad de vida y, sobre todo, aumentar su esperanza de vida.

#### **Cuarta etapa, 2006-2019. Cambio social sobre el tabaco y nuevos retos para la psicología**

- El mundo es cambiante y hay que adaptarse a cada momento histórico.
- La psicología es demandada porque funciona, ayuda a las personas en sus problemas personales y clínicos. En nuestro caso, a dejar de fumar.
- Hay que saber que hay conflictos de intereses y que la industria farmacéutica tiene un gran peso al publicitar sus productos para dejar de fumar.
- A nivel social es importante que una ciencia tenga prestigio. Esto se logra con buenos resultados, resolviendo problemas, siendo útil.
- Difundir lo que hace la psicología, que es eficaz en distintos problemas y trastornos, es importante para su aceptación y consolidación.

#### **Quinta etapa, 2020-2024. La pandemia del Covid-19 y su influencia en reducir el número de fumadores**

- Nuestro trabajo no se acaba hasta que se soluciona un problema. Hemos avanzado mucho en el control de la conducta de fumar, pero todavía falta trabajo por hacer.
- Hoy los fumadores tienen mucha psicopatología asociada. Se precisan nuevas estrategias para que la reduzcan o eliminen para mantener su abstinencia.
- Los resultados, si son una y otra vez positivos, son acumulativos, y al final se consolidan como indiscutibles.
- Que la psicología en general, y la psicología clínica en particular, se va implantando poco a poco en nuestro contexto sanitario y social es evidente. Nuestra tarea es que la psicología nunca deje de avanzar.

## **Referencias**

- Alonso, F., Secades, R. y Duarte, G. (2007). ¿Son eficientes los tratamientos psicológicos para dejar de fumar? *Trastornos Adictivos*, 9, 21-30.
- Alves, R. F., Precioso, J. y Becoña, E. (2020). Smoking behavior and second-hand smoke exposure among university students in northern Portugal: Relations with knowledge on tobacco use and attitudes toward smoking. *Pulmonology*, 19, S2531.
- American Psychological Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III*. Washington, D.C., American Psychiatric Association (trad. cast. En Barcelona, Masson, 1984).
- Banegas, J. R. y González, J. (1998). Impacto sanitario y mortalidad atribuible al consumo de tabaco. En Becoña (Ed.), *Libro blanco sobre el tabaquismo en España* (pp. 111-124). Barcelona: Glosa Ediciones.
- Bayés, R. (1974). *Una introducción al método científico en psicología*. Barcelona: Editorial Fontanella.
- Bayés, R. (1984). ¿Por qué funcionan las terapias comportamentales? *Anuario de Psicología*, 30-31, 129-147.
- Becoña, E. (1985). La técnica de fumar rápido: una revisión. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 3, 209-243.
- Becoña, E. (1993). *Programa para deixar de fumar*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicacións e Intercambio Científico da Universidade de Santiago de Compostela.
- Becoña, E. (1996). *Programa para deixar de fumar por correo*. A Coruña: R. P. P. I, nº 2123.
- Becoña, E. (Ed.) (1998). *Libro blanco sobre el tabaquismo en España*. Barcelona: Glosa Ediciones.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.

- Becoña, E. (2007). *Programa para dejar de fumar*. Vigo: Nova Galicia Edicións.
- Becoña, E. (2016). La adicción “no” es una enfermedad cerebral. *Papeles del Psicólogo*, 37, 118-125.
- Becoña, E. (2021). *La prevención ambiental en el consumo de drogas. ¿Qué medidas podemos aplicar?* Madrid: Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2013). Factores biopsicosociales del consumo de drogas. En M. I. Colado, M. Farrè, J. C. Leza y I. Lizasoain (Eds.), *Drogodependencias* (4ª edición, pp. 13-22). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Becoña, E. y Froján, M.J. (1988). La técnica de retener el humo en el tratamiento de fumadores. *Revista Española de Drogodependencias*, 13, 131-136.
- Becoña, E., Galego, P. y Lorenzo, M.C. (1988). *El tabaco y su abandono*. Santiago de Compostela: Dirección Xeral de Saúde Pública da Consellería de Sanidade.
- Becoña, E. y García, M.P. (1993). Nicotine fading and smokeholding methods to smoking cessation. *Psychological Reports*, 73, 779-786.
- Becoña, E. y Lista, M.J. (1989). Tratamiento de fumadores con la técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán. *Psiquis*, 10, 149154.
- Becoña, E. y Lista, M.J. (1990). Adicción al tabaco. En M. A. Vallejo; E. G. FernándezAbascal y F. J. Labrador (Eds.). *Modificación de conducta: Análisis de casos* (pp. 327-351). Madrid: TEA.
- Becoña, E., Lista, M.J. y Froján, M.J. (1989). ¿Por qué los sujetos recaen en los tratamientos para dejar de fumar? Un estudio exploratorio. *Revista Española de Drogodependencias*, 14, 29 36.
- Becoña, E., López-Durán, A., Fernández del Río, E., Martínez, U. (2014). Changes in the profiles of smokers seeking treatment and its effectiveness in Galicia (Spain) 2001-10. *BMC Public Health*, 14, 613.
- Becoña, E., López, A. y Martínez, J. M. (2020). *Cocaína, cannabis y heroína*. Madrid: Síntesis.

- Becoña, E. y Míguez, M.C. (2006). Dejar de fumar desde casa: “El programa 2001 para dejar de fumar”. *Psicooncología*, 3, 319-336
- Becoña, E. y Míguez, M. C. (2008). Group behavior therapy for smoking cessation, *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 3, 63-78.
- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (2001). Effectiveness of personalized written feedback through a mail intervention for smoking cessation: A randomized-controlled trial in spanish smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 33-40.
- Carpintero, H. (2011). *Historia de la psicología*. Madrid: Pirámide.
- Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo [CNPT] (2008). *Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España*. Madrid: CNPT y Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Doll, R. y Peto, R. (1989). *Las causas del cáncer*. Barcelona: Salvat Editores.
- Echeburúa, E., Labrador, F. J. y Becoña, E. (Coord.) (2009). *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes*. Madrid: Pirámide.
- Frankl, V. E. (1980). *Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia*. Barcelona: Herder.
- Graña, J. L. (Coord.) (1994). *Conductas adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Homme, L., C’de Baca, P., Cottingham, L. y Homme, A. (1968). What behavioral engineering is. *Psychological Record*, 18, 425-434.
- James, W. (1989). *Principios de Psicología*. México: Fondo de Cultura Económica (original 1890).
- Kazdin, A. E. (1980). *Research design in clinical psychology*. Nueva York: Harper and Row.
- Kazdin, A. E. (2024). *Research design in clinical psychology*, 6<sup>th</sup> ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- Labrador, F.L., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.

- Lakatos, J. (1978). *La metodología de los programas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial.
- Lando, H. A. y McGovern, P. G. (1985). Nicotine fading as a nonaversive alternative in a broad-spectrum treatment for eliminating smoking. *Addictive Behaviors*, *10*, 153-161.
- Lichtenstein, E. (1982). The smoking problem: A behavioral perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *50*, 804-819.
- López-Durán, A., Martínez-Vispo, C., Suárez, D., Barroso, M. y Becoña, E. (2024). The efficacy of the SinHumo app combined with a psychological treatment to quit smoking: A randomized clinical trial. *Nicotine and Tobacco Research*, publicado online.
- López-Torrecillas, F., Perales, J. C., Nieto-Ruiz, A. y Verdejo-García, A. (2014). Temperament and impulsivity predictors of smoking cessation outcomes. *PloS One*, *9*(12), e112440.
- Martínez-Vispo, C., Rodríguez-Cano, R., López-Durán, A., Senra, C., Fernández del Río, C. y Becoña, E. (2019). Cognitive-behavioral treatment with behavioral activation for smoking cessation: Randomized controlled trial. *Plos One*, *14* (4), e0214552.
- Mattaini, M. A. y Thyer, B. A. (Eds.) (1996). *Finding solutions to social problems. Behavioral strategies for change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Mayor, J. y Labrador, F. J. (Eds.) (1984). *Manual de modificación de conducta*. Alhambra.
- Míguez, M. C. y Becoña, E. (2008a). Abstinence from smoking ten years after participation in a randomized controlled trial of a self-help program. *Addictive Behaviors*, *33*, 1369-1374.
- Míguez, M. C. y Becoña, E. (2008b). Evaluating the effectiveness of a single telephone contact as an adjunct to a self-help intervention for smoking cessation in a randomized controlled trial. *Nicotine & Tobacco Research*, *10*, 129-135.



- Montes, A., Pérez-Ríos, M. y Ortiz, C., Gtt-See y Galán, I. (2023). Changes in smoking cessation in Spain, 1987–2020. *Medicina Clínica*, 160 (6), 237-244.
- Nadal, K. L. (2017). “Let’s get in formation”: On becoming a psychologist–activist in the 21st century. *American Psychologist*, 72, 935–946.
- Ortega y Gasset, J. (2005). *Meditaciones del Quijote*. Madrid: Cátedra (original, 1914).
- Patnode, C. D., Henderson, J. T., Coppola, E. L., Melnikow, J., Durbin, S. y Thomas, R. G. (2021) Interventions for tobacco cessation in adults, including pregnant persons: Updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 325, 280–298.
- Piper, M. E., Smith, S. S., Schlam, T. R., Fleming, M. F., Bittrich, A. A., Brown, J. L., Leitzke, C. J., Zehner, M. E., Fiore, M. C. y Baker, T. B. (2010). Psychiatric disorders in smokers seeking treatment for tobacco dependence: Relations with tobacco dependence and cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 13–23.
- Prochaska, J. O. (1993). I think we can. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 250-251.
- Rodríguez-Cano, R., López-Durán, A., Fernández del Río, E., Martínez-Vispo, C., Martínez, U. 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.
- Rodríguez-Cano, R., López-Durán, A., Martínez-Vispo, C. y Becoña, E. (2021). Causes of smoking relapse in the 12 months after smoking cessation treatment: Affective and cigarette dependence-related factors. *Addictive Behaviors*, 119, 106903.
- Rosenthal, J., Alldredge, C. T., Burlingame, G. M. y Strauss, B. (2021). Recent developments in group psychotherapy research. *American Journal of Psychotherapy*, 74(2), 52-59.

- Russell, B. (1950). *What Desires Are Politically Important?* *Discurso de Bertrand Russell al recoger el Premio Nobel de Literatura en 1950*. Suecia: Nobel Prize (descargado de <https://www.nobelprize.org/prizes/literature/1950/russell/lecture/>).
- Salvador, T., Córdoba, R., Planchuelo, M. A., Nebot, N., Becoña, E., Barrueco, M. y Riesco, J.A. (2005). *Se puede dejar de fumar. Claves para conseguirlo*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Sanz, J. y García-Vera, M.P. (2006). Análisis de la situación de los tratamientos para dejar de fumar basados en terapia cognitivo-conductual y en parches de nicotina. *Psicooncología*, 3, 269-290.
- Secades-Villa, R., González-Roz, A., García-Pérez, Á., y Becoña, E. (2017). Psychological, pharmacological, and combined smoking cessation interventions for smokers with current depression: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 12(12), e0188849.
- Skinner, B. F. (1981). Selection for consequences. *Science*, 213, 501-504.
- Xunta de Galicia (1994). *Plan Gallego de la Promoción de la Vida sin Tabaco*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia.



*Contestación de*  
*Excmo. Sr. D. Francisco Javier Labrador Encinas*



## ***Respuesta al discurso de ingreso del Profesor Elisardo Becoña en la Academia de Psicología de España:***

### **Introducción**

Excelentísimo Sr. Presidente de la Academia de Psicología de España, excelentísimas académicas y académicos, señoras y señores. Quiero agradecer a la Junta de Gobierno de la Academia el honor de designarme para dar, en su nombre, contestación al discurso de ingreso del excelentísimo señor D. Elisardo Becoña Iglesias.

El Prof. Becoña, Catedrático de Psicología Clínica de la Universidad de Santiago de Compostela, es un referente imprescindible en el ámbito de las adicciones a sustancias (como tabaco, alcohol, cocaína o cannabis) y adicciones comportamentales (como juego patológico, adicciones a nuevas tecnologías o redes sociales). Es una figura mundial en la investigación sobre el tabaquismo y su tratamiento. Sus trabajos proporcionan una sólida base científica para la prevención y superación de este problema, destacando sus programas de intervención manualizados, y sus investigaciones sobre la eficacia, efectividad y eficiencia de éstos en el ámbito aplicado. Como muestra, su Programa para dejar de fumar es el tratamiento psicológico de referencia y solo en la Unidad de Trastornos Adictivos que dirige, han sido tratados a lo largo de 40 años más de 16.000 fumadores.

No menos destacable es su labor docente a lo largo de 44 años en Psicología Clínica, tanto en la Universidad de Santiago, como en muchas otras universidades e instituciones que han tenido el honor de contar con su colaboración.

Es de resaltar su compromiso social, con su empeño para que los desarrollos de la investigación lleguen a la vida cotidiana de las personas. Esto le ha llevado a formar parte de diversas comisiones técnicas en el campo sanitario, de la Xunta o del Ministerio de Sanidad, así

como a participar y asumir cargos en distintas sociedades científicas nacionales (ej., Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo) e internacionales como consultor de Naciones Unidas (Programa de Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas) y de la Organización Panamericana de Salud (OPS/OMS). Espero hacerle justicia al exponer sus méritos.

## **Méritos**

Debo reconocer que desde que conocí personalmente al Prof. Becoña en 1986, soy un fiel seguidor de su trayectoria académica y profesional y, necesariamente, amigo personal. Esto facilitará entender por qué mis palabras traslucen mi admiración intelectual y mi cariño personal.

Conocí al Prof. Becoña, en 1986 con motivo de su Oposición a Profesor Titular de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Santiago y enseguida me llamó la atención que gesticulaba poco con la cara y era difícil saber lo que pensaba, bueno me dije, es un buen gallego. Lo segundo, más importante, su gran conocimiento y documentación sobre el perfil de la oposición, la Psicología Clínica. Recuerdo una memoria de oposición amplia, trabajada, consistente y actualizada. Como anécdota de la actuación del Prof. Becoña en esa oposición me permitiré comentar que ante las preguntas e intentos de cuestionar sus aportaciones de uno de los miembros del tribunal: “ en la pág. 28 usted dice que la PC..., y en la pág. 53... y en la 84.... etc ”, ni se le ocurrió mirar un momento su memoria de oposición, la tenía memorizada y sus contestaciones fueron contundentes: “si continua leyendo en la pág. 28, el texto detrás de su cita, verá que cuestiona lo dicho en su cita, respecto a la pág. 53 es el resumen de una propuesta que comienza dos páginas antes y cuestiona el supuesto de su pregunta.... Desmontó todas las críticas y cuestiones sin cambiar la cara y sin necesidad de consultar

la memoria. Esta es la forma de actuar profesionalmente del Prof. Becoña, un conocimiento exhaustivo de los temas con una capacidad de procesamiento prodigiosa, eso sí sin cambiar el gesto de la cara.

Los méritos científicos y profesionales del nuevo académico son muchos y relevantes. Una visión cuantitativa destaca que fue Profesor Titular en 1987; Catedrático en 1998; Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, tiene 6 sexenios de investigación más uno de transferencia, ha publicado 55 libros, 92 capítulos de libros, 361 artículos en revistas científicas, 276 comunicaciones en congresos. Ha dirigido 17 Tesis Doctorales, participado en 18 proyectos de investigación financiados, nacionales e internacionales, siendo el Investigador principal en los 18. Su índice H, de la Web of Science, es de 22.

Pero las frías cifras reflejan pálidamente los méritos del Prof. Becoña, por lo que me permitiré comentar algunos.

Así, entre sus 55 libros destacan: “Programa para dejar de fumar” de 1993, revisado en 2007; “Drogodependencias” (5 vols.) entre 1994-1999; “Bases científicas de la prevención de las drogodependencias” de 2002; “Alcohol y jóvenes” de 2006; “Trastornos adictivos” de 2016; “La prevención ambiental en el consumo de drogas” de 2021.

Entre sus 361 artículos destacar los publicados en las revistas más importantes en adicciones (ej., *Addiction*; *Drug and Alcohol Dependence*; *Addictive Behaviors*; *Nicotine and Tobacco Research*), en psicología clínica (*Journal of Consulting and Clinical Psychology*; *Journal of Affective Disorders*; *Journal of Personality Disorders*), en salud (ej., *Scandinavian Journal of Psychiatry*, *Psicothema*, *Plos One*, *Public Health*), además ha participado como editor asociado y como referee en revistas científicas internacionales con elevados índices de impacto.

Entre sus proyectos, destaca el de Prevención del tabaquismo, de 2012-2015, financiado por la Unión Europea, con 800.000€, que, bajo su dirección, integraba a 32 instituciones europeas dedicadas a ésta prevención. O el del Ministerio de Ciencia e Innovación de 2020-23: Ensayo clínico aleatorizado para evaluar la eficacia de un tratamiento psicológico para dejar de fumar con apoyo de una App, dotado con 90.000€. También que desde el año 1988 hasta la actualidad ha sido IP de modo ininterrumpido de proyectos de investigación nacionales y europeos, así como de 23 contratos I+D, con empresas o administraciones.

Es de resaltar su colaboración con equipos punteros de investigación sobre el tabaquismo, el grupo de Ian Brown (Glasgow University), el de Thomas Brandon (Moffitt Cancer Center, Tampa, Florida), el de Guillermo Castaño (Universidad CES, Medellín), y en especial el dirigido por José Alberto Precioso (Universidade do Minho, Braga), con el que llevan colaborando varias décadas. También sus contactos con centros de referencia en drogas como el National Addiction Center (Londres), National Institute on Drug Abuse (Rockville, EE. UU.), Center for Substance Abuse Prevention (Rockville, EE. UU.), Programa Rumbos (Bogotá, Colombia).

Con la idea de unir esfuerzos para ser más eficaz, ha colaborado con otros profesionales sanitarios. Así ha formado parte del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), que en 1998 publicó el primer *Libro Blanco sobre el Tabaquismo en España*, y en 2008 el *Documento técnico de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España*. Su influencia ha sido relevante para la aprobación de leyes sanitarias frente al tabaquismo, como la de 2005 (Ley 28/2005); o la ley antitabaco de 2010 (Ley 42/2010). Un claro ejemplo de control estimular o prevención ambiental, de evidente eficacia.



Su amplia y brillante labor investigadora y docente no ha impedido su participación en tareas sacrificadas como las de gestión y asesoramiento. En la Universidad de Santiago ha sido Secretario y Director del Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología; y Codirector del Máster en Drogodependencias entre los años 1992-2003. Ha sido consultor de Naciones Unidas y de la Organización Panamericana de Salud, desempeñando cargos en distintas sociedades científicas (ej., Secretario del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo). Tiene la Cruz Blanca al Mérito del Plan Nacional sobre Drogas.

## **Semblanza**

Su objetivo vital, según sus propias palabras: “ha sido comprender por qué nos comportamos como lo hacemos y, con ello, poder ayudar a otros a cambiar sus comportamientos”. Siempre le han gustado los retos y lo emocionante de afrontarlos. Para ello reconoce tener gran capacidad de trabajo, facilidad para manejar mucha información, capacidad de duda, mente abierta para nuevas ideas, alto poder de concentración y agilidad para escribir.

Defiende la dimensión social de la ciencia, considerando que para un científico es importante influir en la vida de las personas, es más, es una obligación moral que la ciencia afecte positivamente a la vida cotidiana de éstas. Por eso eligió como principal área de trabajo las adicciones, en especial el fumar, pues modificar esta conducta, la primera causa evitable de enfermedad y muerte, tendrá un gran impacto social

Para ello ha desarrollado un trabajo de investigación minucioso, riguroso y muy completo, con resultados relevantes en la reducción de las adicciones. Ese trabajo en gran parte lo ha abordado en equipo, recordando que “si quieres llegar lejos, ve acompañado”. Fiel a esta idea ha formado, como líder, destacados grupos de investigación y sus

opiniones pueden servirnos de guía. Considera determinante buenos equipos de investigación, constituidos por grupos que no deben ser grandes pero si cohesionados con un buen ambiente, con un alto interés por el tema, que valoren las nuevas ideas, que cada miembro tenga sus funciones delimitadas, aunque haya cierta flexibilidad, que todos vean que lo que hacen es útil y que su trabajo va a tener una recompensa personal y profesional a medio y a largo plazo, también con capacidad de sacrificio para los picos de trabajo.

Pero para lograr este impacto social no basta con importantes investigaciones, ha de conseguirse que los nuevos desarrollos se apliquen a las personas en su vida cotidiana, para lo que habrá que contactar y dirigirse a los poderes fácticos (políticos e instituciones), tratando de incorporarlos a la causa). También en esto el Prof. Becoña es un modelo a seguir. Fruto de esta tarea, como ejemplo, son sus Manuales Preventivos para el Plan Nacional sobre Drogas, o su programa para dejar de fumar con la Xunta.

### **Consideraciones a su conferencia.**

En su magnífica lección magistral ha expuesto el panorama del desarrollo de la intervención sobre el tabaquismo en cinco fases, que recuerdan las fases del modelo de evolución en las adicciones de Prochaska y DiClemente: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción, Mantenimiento. Parece como si la sociedad siguiera las mismas fases temporales de una persona adicta.

1ª fase (1984-1987): El problema no existe, fumar es lo normal (Precontemplación).

2ª fase (1988-1994). El problema existe y es grave, pero no se asume su importancia (Contemplación).

3ª fase (1995-2005). Empieza la conciencia social sobre el problema, aparecen cambios iniciales (Preparación e inicio de la Acción).

4ª fase (2006-2019). Cambio social sobre el tabaco y nuevos retos para la psicología (Acción).

5ª fase (2020-2024). Variaciones en la demanda (p.ej.: La pandemia del Covid-19) y el desarrollo de nuevas alternativas de acción (Mantenimiento).

Es alentador considerar que en el tratamiento del fumar la sociedad española, en promedio, podría estar ya en la fase de mantenimiento, aunque este promedio pueda llevarnos a un cierto autoengaño mientras casi un 20% de los adultos fuma diariamente.

Ciertamente, contada la evolución en el ámbito del tabaquismo como lo cuenta el Prof. Becoña, todo es lógico y fluido. Los objetivos son precisos y relevantes, la fases de actuación se siguen en un orden adecuado y la evolución de las fases sigue un progreso fluido, las instituciones necesarias colaboran, pues sus directores saben lo que hay que hacer y no son advenedizos temporales preocupados por su carrera política.

La realidad es diferente. Este desarrollo no aparece de forma espontánea sino que se produce gracias al ingenio y al esfuerzo de personalidades como el profesor Becoña. Tenemos la suerte de que nos cuente una evolución que en gran parte ha dirigido y de la que es motor relevante, con frecuencia a pesar de ciertas personas o instituciones. Pero para que se produzca esta evolución es necesario el esfuerzo frente a fuerzas realmente poderosas, como las compañías tabaqueras o el propio estado que se beneficia con los impuestos del tabaco. También contra la propia opinión pública movida con el apoyo de los beneficiarios del tabaco. Ha sido necesario mover a los políticos e instituciones sociales frente a la negación del problema o los obstáculos irracionales. Tareas especialmente arduas y muy alejadas aparentemente del quehacer de

un científico. A la vez, era determinante lograr que la intervención psicológica tenga efectos importantes frente a una conducta asentada socialmente, responsable, en los años 80, de la pérdida anual de 33.000 fumadores en España. Esto ha exigido desarrollar cierta inmunización y resiliencia frente a críticas interesadas, la negación del problema, la incomprensión de gestores públicos, las dudas, la pérdida de ilusión ante reveses ilógicos, asociarse con profesionales muy diversos con objetivos próximos y tener siempre claro el objetivo final: un mundo sin tabaco es posible y los psicólogos seguiremos trabajando por lograrlo.

En el tratamiento propuesto, se han seguido los desarrollos ordenados históricamente.

Se ha comenzado con un estudio a fondo sobre una documentación exhaustiva del tabaquismo. Me consta que es la forma de actuar del Prof. Becoña, que yo mismo he disfrutado. Cuando al inicio de los años 90 ambos comenzamos a interesarnos por el juego patológico y decidimos unir fuerzas, mi propuesta, para iniciar, era recoger la literatura científica al respecto, reducida en esos momentos. El Prof. Becoña me entregó inmediatamente una carpeta voluminosa diciéndome, ahí está todo lo que se ha publicado en revistas científicas sobre juego patológico. Y tenía toda la razón, estaba todo lo relevante y bastantes cosas algo menos relevantes. Así inicia sus investigaciones el Prof. Becoña pues considera que el conocimiento y la formación de nuevas ideas son el motor del cambio.

*-Técnicas.* Los tratamientos iniciales (1988) incluían las técnicas en boga en aquellos momentos, básicamente técnicas aversivas (Fumar rápido o Retención de humo), y Reducción escalonada de nicotina y alquitrán. Alternativamente se establecía un programa multicomponentes que incluía además técnicas para controlar la motivación, control estimular y sensibilización encubierta. Poco después se añadieron estrategias para mantener logros y prevenir recaídas.

Posteriormente se fueron incorporando nuevas técnicas y objetivos, que aparecían integradas en el Programa para dejar de fumar de 1993, un programa manualizado, presentado de forma sencilla y didáctica, para dejar de fumar en 5 semanas, que podía funcionar como protocolo de actuación del psicólogo o como manual de autoayuda del fumador. Los resultados constataron una abstinencia al año del 40%, generando una alta demanda del tratamiento. Este programa se actualizó en 2007 incluyendo más estrategias de intervención: información/motivación sobre el tabaco y su abandono; autorregistro y representación gráfica del consumo; desvanecimiento; control de estímulos; estrategias para manejar el síndrome de abstinencia de nicotina; feedback fisiológico del consumo (monóxido de carbono en aire espirado); y, prevención de recaídas (entrenamiento asertivo, solución de problemas, reestructuración de creencias erróneas sobre el tabaco y dejar de fumar; manejo de la ansiedad y la ira, ejercicio físico, control del peso y auto-reforzamiento). El programa se protocolizó para su aplicación en seis sesiones semanales, de una hora, aplicable en formato individual, grupal o autoayuda.

*-Formato.* Se iniciaba la aplicación del programa, como es habitual, de forma individual, pero ante la creciente demanda de tratamientos se desarrolló el tratamiento en grupo, que permitía atender a muchos más fumadores, no sin antes haber demostrado empíricamente que su eficacia era similar. En 1996, llegaría su Programa de intervención para dejar de fumar por correo, procedimiento a medio camino entre la autoayuda y el tratamiento presencial. Posteriormente, en 2018, su aplicación en forma de App, que en la época del covid-19 dará lugar a la nueva App *SinHumo* que permite a los fumadores seguir y acceder a los contenidos del tratamiento en todo momento en el móvil, facilitando su adherencia.

*- Fase de la intervención propuesta por el Prof. Becoña:*

En mi discurso de entrada en la academia señalaba 9 fases en el desarrollo de los tratamientos psicológicos a los problemas específicos:

- 1.- Presencia de nuevas conductas consideradas anómalas.
- 2.- Detección de problemas
- 3.-Delimitación del problema y su diagnóstico
- 4.- Primeros tratamientos simples o unidireccionales
- 5.-El problema es una realidad compleja, los tratamientos deben ser complejos
- 6.-Tratamiento amplio y multicomponentes
- 7.- Considerar la función de la conducta
- 8.-Tratamiento multicomponentes adaptables a cada persona
- 9.-Desarrollo de un modelo explicativo e identificación de los procesos de cambio subyacentes al tratamiento

En el momento actual el tratamiento del tabaquismo propuesto por el Prof. Becoña se encuentra en la fase octava (8), tratamiento multicomponentes adaptables a cada fumador. Queda por desarrollar un modelo explicativo que permita identificar los factores determinantes del tabaquismo y su mantenimiento, así como identificar los procesos de cambio necesarios y las intervenciones que facilitarían éstos. Esta última fase es realmente ardua, en especial en un problema de tal dimensión social y tan variadas condiciones, complicándose más aún por el hecho de que la conducta de fumar puede tener funciones muy variadas: placer, seguridad, activación, tranquilización, aceptación/rechazo por un grupo social, etc, o varias de ellas a la vez. Todo

eso complica sobremanera la elección de estrategias específicas de intervención, elección que en estos momentos se desarrolla basándose en la evidencia empírica de su eficacia aunque no se conozca el por qué de ésta. La falta de identificación de los procesos de cambio subyacentes a cada estrategia de intervención no parece estar próxima, ni ser tarea fácil. Supone volver a dar relevancia a los procesos psicológicos básicos en la explicación del problema y el diálogo entre procesos básicos y estrategias de intervención clínica algo que ha sido poco frecuente en Psicología Clínica. Es lógico, la preocupación prioritaria de la Psicología Clínica ha sido constatar los procedimientos eficaces y solo después identificar por qué lo son (procesos de cambio), pues no tiene sentido buscar por qué se produce el efecto o cambio si no se sabe si este realmente se produce. El reto queda pendiente y estoy seguro que ya está en el punto de mira del Prof. Becoña.

Desde esta perspectiva clínica no cabe duda de que el Prof. Becoña ha jugado un papel relevante en la psicología académica y aplicada, en especial en el cambio en las conductas de fumar de los españoles desde el año 1987, en el que fumaba el 55,1% de varones y el 22,9% de mujeres, al año 2020 en el que fumaban diariamente un 23,3% de varones y un 16,4% de mujeres. Así lo ha entendido la Academia de Psicología, que se felicita de acogerle como académico de número, y en cuyo nombre le doy la bienvenida.

