

ORIGINAL

INTERVENCIÓN DE APOYO PARA DEJAR DE FUMAR EN CENTROS SANITARIOS. EXPERIENCIA PILOTO CON TERAPEUTAS VOLUNTARIOS ENTRENADOS (*)

Pablo Garrido Rodríguez, Isabel Castillo Herráiz y Concha Colomer Revuelta

Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública (IVESP).

(*) Este trabajo ha sido financiado por el Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública.

RESUMEN

Fundamento: El trabajo que se presenta describe una investigación descriptiva cuyo objetivo principal fue la cuantificación del grado de interés y participación de los centros sanitarios de la Comunidad Valenciana en una intervención con terapeutas de adscripción voluntaria de apoyo para dejar de fumar en los centros de trabajo. Como objetivos complementarios se evaluaron el proceso, la efectividad del tratamiento multimodal utilizado y la posibilidad de mejoras al mismo.

Método: La propuesta de adscripción al programa se ofertó desde el IVEP, que impartió un curso de formación específica a los voluntarios designados por sus centros. La intervención para dejar de fumar consistió en un tratamiento multimodal. Se utilizaron diversas técnicas para la recogida de información (cuestionarios, grupos de discusión y estudio Delphi).

Resultados: De los 170 centros de la Consejería de Sanidad, el 45% manifestaron su deseo de participar en el proyecto. En el 16% un monitor realizó el curso de formación y el 7% llevó a cabo el tratamiento en sus lugares de trabajo. La media de sujetos que dejaron de fumar en los centros donde se realizó el tratamiento fue del 30%.

Conclusiones: Una de las principales conclusiones del estudio fue la dificultad de llevar a cabo la intervención con voluntarios que no perciben este trabajo como parte de sus obligaciones laborales, así como la necesidad de una minuciosa planificación de las estrategias de comunicación y compromiso de implicación con los centros.

Palabras clave: Promoción de salud. Dejar de fumar. Lugar de trabajo. Participación voluntarios. Implementación de programas.

ABSTRACT

Intervention to Support Giving Up Smoking in Health Service Centres. Pilot Experience With Trained Volunteer Therapists

Background: The work presented describes a descriptive research whose main objective was to quantify the degree of interest and participation of health service centres in the Valencian Community in a voluntary therapist adscription intervention to support giving up smoking in the workplace. As complementary objectives the process was evaluated as well as the effectiveness of the multimodal treatment used and the possibilities for improvement.

Method: The proposal of joining the programme was offered by the IVEP who provided a specific training course for the volunteers designated by their centres. A multimodal program was the method of intervention for smoking cessation. Three methods to take back the information (questionnaires, discussion group and delphi study) were used.

Results: Of the 170 centres contacted from the whole of the Regional Ministry for Health and Consumer Affairs, 45% showed a wish to participate, 16% designated a monitor to do the training course and 7% carried out the treatment in their workplaces; in these centres the average of success was 30%.

Conclusions: One of the main conclusions of the study was the difficulty to carry out the intervention with volunteers who do not perceive this work as part of their occupational obligations as well as the need of detailed planning of communication strategies with the centres and the commitment of their involvement.

Key Words: Health Promotion. Give up Smoking. Smoking Cessation. Workplace. Volunteers. Participation. Program Implementation.

INTRODUCCIÓN

En España se atribuyen casi 40.000 muertes anuales al consumo de tabaco¹. En 1989 el Ministerio de Sanidad publicaba que el 38% de la población española de ambos

sexos mayor de 16 años era fumadora². La proporción estimada para la misma población en la Comunidad Valenciana fue del 48%³. En esta comunidad, la proporción es mayor todavía si se toma como referencia a los trabajadores sanitarios⁴. Existe evidencia empírica de que las actitudes de dichos profesionales influyen de forma importante en los comportamientos de la salud (y más concretamente en el inicio, mantenimiento y abandono del hábito tabáquico) de los pacientes⁵, por lo que las intervenciones sobre el personal sanitario deben ser prioritarias y previas (deseablemente) a la puesta en marcha de intervenciones dirigidas a la población general.

Llegado este punto, es preciso considerar que los beneficios del abandono del hábito de fumar están actualmente reconocidos⁶ y de ahí la multitud de programas (autotratamientos, hipnosis, terapias grupales, acupuntura, terapias psicológicas, tratamientos multimodales, etc.) que intentan ayudar al fumador a dejar de serlo.

Por otro lado, en los últimos años se ha ido incrementando el interés por el lugar de trabajo, como punto de referencia de los programas para dejar de fumar y de promoción de la salud en general⁷. Las razones de ello parecen claras, el lugar de trabajo provee de cauces de comunicación, acceso a un extenso número de personas, soporte medioambiental, posibilidades de apoyo social y facilidad en el seguimiento de los programas. Características todas ellas que favorecen y facilitan la implantación de estos programas.

En el contexto de las anteriores consideraciones el trabajo que describimos pretende cubrir los siguientes objetivos:

- 1) Cuantificar el grado de interés y participación de los centros sanitarios de la Comunidad Valenciana en una intervención voluntaria de apoyo para dejar de fumar en el lugar de trabajo.
- 2) Evaluar el proceso de implantación de dicho programa.
- 3) Evaluar la efectividad del programa multicomponente, aplicado al personal de las

instituciones sanitarias que participaron en las intervenciones.

- 4) Estudiar y valorar posibles cambios al tratamiento utilizado, con el objetivo de mejorar la adaptación del mismo en futuras intervenciones.

MATERIAL Y MÉTODO

La iniciativa y propuesta de participación en el proyecto de promoción de salud en el lugar de trabajo partió y fue ofertada desde el Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública (IVESP), gratuitamente a todos los centros sanitarios de la Consejería de Sanidad (170), incluyendo hospitales, centros de especialidades, de atención primaria y de salud pública. El modo de comunicación utilizado fue la información oficial vertical descendente, enviándose circulares para su difusión entre el personal directivo de los hospitales y a los directores de las áreas.

La adscripción al proyecto suponía para el centro la propuesta de un monitor voluntario. Dicho monitor debía ser no fumador o ex fumador de más de un año y recibiría un curso de formación sobre cómo llevar a cabo la intervención. El curso, de quince horas de duración, constaba de una primera parte sobre metodología de intervención para el cese tabáquico y justificación del método seleccionado y una segunda, de carácter práctico, en la que se les entrenaba en el uso de la intervención, a la vez que servía para la estandarización de la aplicación. Los monitores dispusieron posteriormente de un mes para la preparación, estudio, aclaración de dudas o petición de material complementario, antes de iniciar la intervención.

El tratamiento aplicado a los sujetos responde al tratamiento multimodal descrito por Becoña⁸, con la misma estructura en fases: preparación, abandono y mantenimiento, aunque elaborado por los autores. La secuencia de las sesiones, su contenido y la ubicación temporal de las mismas se muestra en la tabla 1.

TABLA 1

Secuencia de los componentes del programa multimodal

Sesión número	Día del programa	Componentes del programa
1	0	Vídeo
2	2	Modelos de aprendizaje
3	5	Fases del hábito
4	6	Control de estímulo
5	7	Relajación
6	12	Relajación
7	20	Fumar rápido I
8	21	Fumar rápido II
9	23	Fumar rápido III
10	24	Entrenamiento habilidades
11	27	Entrenamiento habilidades
12	30	Entrenamiento habilidades

Las sesiones de Modelos de aprendizaje y Fases del hábito fueron una explicación de las teorías del aprendizaje, aplicadas a los hábitos adictivos del tabaco^{9,10}. La sesión de control de estímulos fue un resumen explicativo de las teorías conductistas de aprendizaje referidas al tema⁴ y de su aplicación a la conducta de fumar. Para la sesión de relajación se utilizó el método de Jacobson¹¹ con ligeras modificaciones en la aplicación a fin de hacer posible su ejecución colectiva. En la técnica de fumar rápido se siguieron las pautas de Becoña¹², modificadas a una duración ininterrumpida de 15 minutos cada una, tomando una bocanada del cigarrillo cada seis segundos.

Las sesiones de entrenamiento en habilidades fueron estructuradas del siguiente modo: en un primer momento se realizó un análisis general sobre las situaciones estudiadas por los investigadores como propiciatorias de las recaídas¹³. Posteriormente se pasó a utilizar la técnica del "brainstor-

ming", como herramienta para encontrar situaciones personalizadas de riesgo de recaída. Un tercer paso consistió en la búsqueda por parte del grupo de alternativas al cigarrillo en dichas situaciones.

Como materiales adicionales utilizados en las sesiones se incluía un vídeo con mensajes a favor y en contra de fumar, una cinta de relajación, y un temporizador sonoro para marcar el tiempo de aspirar la bocanada del cigarrillo. Los monitores estaban provistos, a su vez, de un manual sobre la aplicación del tratamiento multimodal específico.

Los monitores se encargaron de ofrecer, mediante carteles, circulares o comunicación personal a todo el personal fumador de plantilla de cada centro, la posibilidad de acceder voluntaria y gratuitamente a este tratamiento específico, dentro de su propio lugar de trabajo.

El primer objetivo fue evaluado mediante las respuestas de los centros a las circulares remitidas invitándoles a participar, así como de la participación real de monitores y fumadores en los programas.

La información requerida para llevar a cabo el segundo objetivo del presente trabajo fue recogida por un cuestionario de preguntas abiertas, referentes al proceso de implementación (imprevistos, incidencias, oportunidades...), que fue enviado a todos los monitores que completaron el curso de formación.

El seguimiento de éxito en dejar de fumar se realizó al mes, tres y seis meses de terminada la última sesión, mediante los autoinformes de los sujetos. Sus declaraciones fueron contrastadas por observadores cercanos a los sujetos, previo acuerdo con el monitor.

Para estudiar y valorar posibles cambios al tratamiento utilizado en vista a una mejor adaptación de futuras intervenciones, se realizó una discusión en grupo¹⁴ y, posteriormente, un estudio Delphi¹⁵ con los monito-

res que habían finalizado la intervención para llegar a un consenso suficiente. La escala de puntuación para los ítems ordinales (tales como grado de importancia de las sesiones a la contribución total de la intervención) obedeció al rango de los 0 a 5 puntos (0 para muy poca importancia, muy poca relevancia y similares, frente a 5 para mucha importancia, relevancia, etc.).

RESULTADOS

De los 170 centros censados en el momento de la intervención, se pusieron en contacto con nosotros 77 centros interesados (45%), manifestando su deseo de adhesión al proyecto. De ellos, 31 fueron excluidos por haber nombrado un monitor fumador o ex fumador reciente, siendo de nuevo invitados a designar un nuevo responsable. De los 46 centros que disponían de monitor en plazo y forma establecido (27% de la totalidad de centros), 26 acudieron a los cursos de formación (16%).

El tratamiento se realizó finalmente en doce centros (7%). Aunque uno de ellos no se ha considerado en la evaluación de resultados de la intervención y proceso por haber variado considerablemente la estructura, contenidos y materiales de las sesiones programadas.

Del total de fumadores estimados por los monitores en sus centros (recuento por observación directa), la adscripción al tratamiento ha oscilado entre el 40% y el 100% en siete de los once centros participantes. Dos centros han tenido una participación baja, 13%, y muy baja, 3%.

Considerando los centros en su conjunto, un total de 86 fumadores asistieron a la primera sesión de reflexión, de los cuales 68 inician y terminan el tratamiento.

En la tabla 2 se presentan las características de la muestra. La edad media fue de 32 años (fumadores jóvenes sin patologías asociadas al tabaquismo), con 13 años de media fumando. Había una proporción de 4 a 1 a

TABLA 2

Características de los fumadores incluidos en el estudio

Muestra	N	Media	Desv. típica
Edad		32	6
Sexo			
Hombres	18		
Mujeres	50		
Profesión			
Medicina	12		
Enfermería	17		
Otros	39		
N.º cigarrillos/día		18	9
Intentos previos dejar			
Sí	39	2	1,4
No	29		
Años que fuman	13	7	
Esperanza dejar fumar con este método		6,7	2,7
Otros fumadores en la familia			
Ninguno	10		
Alguno	58	2	1,5

favor de las mujeres en la muestra. Por profesiones, los diplomados en enfermería han sido los más participativos, seguidos de médicos. Celadores, limpieza, auxiliares, etc., forman una categoría heterogénea categorizada por "otros". Un 60% de los participantes había tenido una media de dos intentos previos de dejar de fumar.

En referencia a la evaluación de la efectividad del programa multicomponente de apoyo para dejar de fumar, se puede observar la tabla 3. El porcentaje de efectividad a los seis meses de seguimiento de esta intervención es del 30,8%. Dicho porcentaje estuvo basado sobre los sujetos que terminaron el tratamiento.

Si comparamos las dificultades de implementación señaladas por los monitores que llevaron a cabo el tratamiento y las razones aducidas por los que no realizaron la intervención, se observa el siguiente modelo:

TABLA 3

Efectividad del tratamiento multicomponente

Centro	Fumadores en el centro	Asisten sesión primera	Abandonan en la segunda	Terminan tratamiento	No fuman al finalizar tto.	No fuman a los seis meses
A	14	10	2	8	8	3
B	30	9	2	7	5	2
C	18	13	2	11	11	4
D	6	6	1	5	5	0
E	100	3	1	2	2	0
F	15	5	2	3	2	1
G	17	8	0	8	3	3
H	22	10	4	6	2	1
I	16	12	0	12	6	5
J	12	5	3	2	2	1
K	39	5	1	4	1	1
Total	289	86	18	68	47	21

— Falta de tiempo, cambios de plantilla y ceses de contrato, objeciones diversas y falta de implicación de los coordinadores y compañeros del centro han sido factores señalados por el 100% de los monitores, independientemente de haber o no realizado la intervención.

— Falta de recursos humanos, dificultades para alcanzar acuerdos en fechas y horas, y falta de espacio han sido señalados en el 80, 100 y 30% de los monitores que realizaron la intervención, frente a un 20, 30 y 10% de los que no la realizaron.

El grupo de discusión apuntó los contenidos que fueron sometidos al estudio Delphi. Nueve de los once monitores respondieron al cuestionario del mismo, no siendo necesaria una segunda vuelta por alcanzarse suficiente consenso en la primera.

Preguntados por el grado de importancia de cada una de las sesiones realizadas en el conjunto del tratamiento, el 100% de los par-

ticipantes ha considerado para todas las sesiones, sin excepción, una importancia entre bastante (4 puntos) y mucha (5 puntos), con desviación típica de 0,5 puntos.

Respecto al orden asignado a las sesiones, el 100% considera el orden de las mismas adecuado, así como la duración de las mismas, con una media de 40 minutos por sesión.

Al considerar el momento del año más adecuado para realizar la intervención, el 60% de los monitores considera que el otoño es la estación más idónea, frente a un 27% que considera la primavera.

Con respecto a si se debe realizar la intervención dentro o fuera de horas de trabajo, el 90% se manifestó a favor de realizarlo en horas laborales.

También se consideró si estimaban que mejorarían los resultados obtenidos si se realizaba un intercambio entre los monitores, de

forma que se llevasen a cabo los tratamientos en centros distintos al suyo, la totalidad de participantes respondieron que pensaban que no supondría una mejora a los resultados.

DISCUSIÓN

Aunque la mitad de los centros de la Comunidad Valenciana manifestaron su deseo de participar en el proyecto descrito, solamente el 7% de los mismos hicieron efectiva la intervención. Aunque existe diversidad de intervenciones de apoyo para dejar de fumar en el lugar de trabajo^{7, 16, 17}, alguna de ellas en ambiente sanitario^{18, 19}, el hecho de que en esta intervención sean compañeros de trabajo los que, de forma voluntaria, tras una formación y asesoramiento adecuado, lleven a cabo el tratamiento de apoyo en su propio lugar de trabajo, la hace peculiar. Precisamente, esta peculiaridad impide estimar el porcentaje de participación que podría haberse considerado éxito de interés y sensibilización, ya que no se han encontrado estudios semejantes publicados que pudiesen ofrecer una cifra orientativa. No obstante, el objetivo del proyecto no era alcanzar un porcentaje mínimo de participación, sino describir el grado de interés y participación activa.

Puede resultar de especial interés realizar la comparación entre los monitores que han llevado a cabo el tratamiento y los que no lo han realizado. En síntesis, ambos grupos se han encontrado de partida con un grupo de similares problemas. Se puede citar, como ejemplo determinante, el problema de la falta de tiempo. El análisis de los discursos asociados a dicho factor y el de tareas de los 26 monitores que realizaron el curso de formación sugirieron que la intervención era percibida por la mayoría de los monitores, compañeros y coordinadores como algo ajeno al centro y que suponía una sobrecarga extraordinaria de trabajo. Dicha carga, por otro lado, no era percibida como parte integrante de sus obligaciones laborales. Ante este discurso se puede suponer que diferencias en

habilidades de negociación, motivación e implicación y capacidades de soportar la sobrecarga de trabajo pueden ser factores explicativos de la ejecución del programa. Dichas cuestiones podrían ser objetivo de otro trabajo y quedarían pendientes de validar.

Aceptando, no obstante, dichas hipótesis, es posible prever algunos de los factores que pueden determinar en futuras intervenciones la realización o no del programa, así como fórmulas de minimización de los mismos. En principio, parece necesaria una formación complementaria al método de intervención. Dicha formación podría concretarse en habilidades de negociación y solución de conflictos, comunicación y estrategias para aumentar la implicación de superiores y compañeros. Del mismo modo, y de acuerdo con otros autores²⁰, parece una necesidad común en la investigación de intervenciones para dejar de fumar en el lugar de trabajo la integración en los procedimientos de los conocimientos de las teorías y prácticas de la psicología organizacional para facilitar y/o mejorar los procesos de intervención

En relación al éxito de abandono del hábito, conseguido por la intervención (31%), los resultados son consistentes con los referidos por otros tratamientos multimodales^{7, 21, 22} llevados a cabo en diferentes poblaciones, incluso, dicho resultado queda por encima de la media ponderada de éxito sobre intervenciones para dejar de fumar en el lugar de trabajo²³, aunque dicha comparación debe ser tomada con la cautela necesaria ya que se trata de un metaanálisis sobre estudios con grupos control. Quizá sería recomendable repetir la experiencia con grupo control aleatorizado antes de aconsejar su posible implantación.

La necesidad de un diseño descriptivo para realizar el objetivo principal del trabajo ha estado por encima de las necesidades de evaluación de los resultados del tratamiento multicomponente, por lo que deben considerarse las siguientes limitaciones en su lectura:

1. La carencia de un grupo control. Existe evidencia que la rigurosidad metodológica correlaciona inversamente a la magnitud del efecto²³.

2. La inexistencia de validación bioquímica. Aunque alguna investigación²⁴ ha encontrado una media de sensibilidad para los autoinformes elevada, 87,5%, y una especificidad del 89,2%, los mismos autores acaban recomendando validaciones bioquímicas en las intervenciones. Dicha deficiencia se ha intentado minimizar mediante observadores, pero su sensibilidad y especificidad, al contrario que otros métodos²⁵, no ha sido testada según tienen noticia los autores.

A modo de conclusión del presente estudio se sugiere (si se considera de interés la implantación de programas similares con voluntarios) que se debe realizar una previa identificación de los monitores o personal con patrones motivacionales idóneos para esta tarea de voluntariado. En segundo lugar se concluye que el plan formativo de los monitores debería incluir, además del método de intervención elegido para dejar de fumar, entrenamiento en planificación de estrategias de comunicación e implicación, así como habilidades de negociación (conocimientos básicos de psicología de las organizaciones). Por último, y aceptando las limitaciones impuestas por el diseño necesario para el objetivo principal, el método de apoyo seleccionado para dejar de fumar se muestra adecuado, según los conocimientos actuales que se tienen en la materia, aunque sería recomendable repetir la experiencia mediante un diseño controlado aleatorizado y verificación bioquímica de los resultados. A la vez, podría ser de interés centrar la investigación, como sugiere algún autor²⁶, prestando más atención al desarrollo de la teoría o ciencia básica del hábito y del proceso de cese. En definitiva, parece existir consenso en que son necesarios diseños de investigación que ayuden a comprender qué aspectos de la amalgama de la intervención maximizan los beneficios terapéuticos. Téngase en cuenta que, en la última década y pese al creciente

número de publicaciones dedicadas al tema, no se han conseguido avances significativos ni en innovación de estrategias ni en el nivel de éxito de las intervenciones^{25,26}.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean manifestar su agradecimiento a todas las personas y centros que han colaborado en el presente proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. González J, Rodríguez F, Martín J, Banegas JR, Villar F. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España. *Med Clín (Barc)* 1989; 92: 15-8.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
3. Consejería de Sanidad y Consumo. Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 1990-1991. Los Hábitos de Salud. Valencia: Consejería de Sanidad y Consumo, 1991. Monografías Sanitarias. Serie F. Núm. 9.
4. Musitu G, Castillo M, García F. Actitudes, información y hábitos de consumo de tabaco en profesionales de la salud y de la docencia en la Comunidad Valenciana. Valencia: Consejería de Sanidad y Consumo, 1989.
5. Radovsky L, Barry PP. Tobacco advertisement in physicians offices: A pilot study of Physician attitudes. *Am J Public Health* 1988; 174-8.
6. Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General. U.S. Rockville: 1990.
7. Sutton S, Hallett R. Smoking intervention in the workplace using videotapes and nicotine chewing gum. *Pre Med* 1988; 17: 48-59.
8. Becoña E. Estrategias efectivas para dejar de fumar. *Rev Esp Ter Comport* 1990; 1: 91-108.

9. Kazdin A. Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas. Mexico: El Manual Moderno, S.A., 1978.
10. Bandura A, Walters R. Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Madrid: Alianza Universidad, 1987.
11. Cautela J, Groden J. Técnicas de relajación. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
12. Becoña E. La técnica de fumar rápido: una revisión. *Rev Esp Ter Comport* 1985; 2: 209-43.
13. Becoña E, Lista M, Froján M. ¿Por qué los sujetos recaen en los tratamientos para dejar de fumar? Un estudio exploratorio. *Rev Esp Drogodep* 1989: 29-36.
14. Krueger R. El grupo de discusión. En: Guía práctica para la investigación aplicada. Madrid: Pirámide, 1991.
15. Marchena J. El método Delphi. En: Técnicas gerenciales en la Administración Pública. Madrid: Ministerio para las Administraciones Públicas, 1990: 17-49.
16. Sorensen G, Lando H, Pechacek T. Promoting Smoking Cessation at the Workplace. Results of a Randomized Controlled Intervention Study. *J Occup Med* 1993: 121-7.
17. Maheu M, Gevirtz R, Sallis J, Schneider N. Competition/Cooperation in Worksite Smoking Cessation Using Nicotine Gum. *Prev Med* 1989: 867-876.
18. Agustín A, Estopa R, González J, Guerra D, Marín D, Roig P et al. Estudio Multicéntrico de la deshabituación tabáquica con chicle de nicotina en personal sanitario. *Med Clín (Barc)* 1991: 526-30.
19. Corral C, Pascual M. Intervención sobre el tabaquismo en atención primaria. Estudio de cuatro modalidades de actuación. *Aten Primaria* 1992: 287-92.
20. Lichtenstein E, Glasgow R. Smoking Cessation: What have we learned over the past decade? *J Consult Clin Psychol* 1992: 518-27.
21. Chockalingam V, Schmidt F. A Meta-Analytic Comparison of the Effectiveness of Smoking Cessation Methods. *J Appl Psych* 1992: 554-61.
22. Garrido P, Castillo I, Colomer C. ¿Son efectivos los tratamientos para dejar de fumar? Meta-análisis de la literatura sobre deshabituación tabáquica. *Adicciones* 1995: 211-25.
23. Fisher J, Glasgow E, Terborg J. Work Site Smoking Cessation: A Meta-Analysis of Long-Term Quit Rates from Controlled Studies, 1990: 429-39.
24. Patrick D, Cheadle A, Thompson D, Diehr P, Koepsell T, Kinne S. The Validity of Self-Reported Smoking: A Review and Meta-analysis. *Am J Public Health* 1994: 1086-93.
25. Jarvis M, Hugh T, Colin PH., Cyril Msc, Saloojee Y. Comparison of tests used to distinguish smokers from nonsmokers. *Am J Public Health* 1987: 1435-8.
26. Shiffman S. Smoking Cessation Treatment: Any Progress? *J Cons Clin Psychol* 1993: 61: 718-22.