

Características del fumador y su relación con el abandono del tabaco en programas de intervención no aversivos

Francisca López Ríos¹ y Jesús Gil Roales-Nieto
(Universidad de Almería, España)

Recibido 11 Noviembre 2000/Received 11 November 2000)

(Aceptado 12 Enero 2001/Accepted 12 January 2001)

RESUMEN. En este estudio se ha evaluado la capacidad predictiva del éxito o fracaso en el tratamiento del tabaquismo de diferentes variables en 36 fumadores que han participado en dos programas no aversivos para dejar de fumar. Los resultados indican que un alto nivel de adherencia a las prescripciones, un alto nivel de autoeficacia y las creencias acerca de la relación entre los problemas de salud y fumar son condiciones que facilitan el logro y mantenimiento de la abstinencia en este tipo de tratamientos del tabaquismo.

PALABRAS CLAVE. Tabaquismo. Características personales. Programas no aversivos.

ABSTRACT. This study has evaluated the predictive value of several personal variables in the success of smoking treatment. 36 smoking people participated in two non-aversive programs to quit smoking. In the context of these types of treatments, results show that adherence prescriptions level, self- efficacy, and beliefs about smoking and health are conditions related with abstinence maintenance.

KEY WORDS. Smoking. Personal Characteristics. Non Aversive Programs.

¹ Correspondencia: Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Humanidades, Edif. A. Universidad de Almería. 04120 Almería. España. E-mail: frlopez@ual.es, jgil@ual.es

RESUMO. Neste estudo avaliou-se a capacidade preditiva de diferentes variáveis do êxito ou fracasso no tratamento do tabagismo. Trinta e seis fumadores participaram em dois programas não aversivos para deixar de fumar. Os resultados mostram que um alto nível de adesão às prescrições, um alto nível de auto-eficácia e crenças acerca da relação entre fumar e os problemas de saúde são condições que facilitam a manutenção da abstinência neste tipo de tratamentos do tabagismo

PALAVRAS CHAVE. Fumar. Características pessoais. Programas não aversivos.

Introducción

El consumo de tabaco es el comportamiento adictivo que mayores problemas de salud pública ha generado en los países desarrollados en la segunda mitad del siglo XX, en tanto se ha relacionado de forma sistemática con las principales causas de muerte prematura como son las enfermedades cardiovasculares, las respiratorias y algunos cánceres (ver, por ejemplo, CNPT, 1998; Gil Roales-Nieto, Blanco y López Ríos, 1999; Miró, 1992). Así, como consecuencia de la constatación de los efectos del tabaco sobre la salud se han desarrollado procedimientos de intervención destinados a modificar el hábito de fumar desde casi todas las perspectivas y por numerosas disciplinas. De hecho, el tabaco ha sido abordado desde la óptica médica, farmacológica, comunitaria y psicológica, habiéndose desarrollado desde esta última casi un centenar de procedimientos terapéuticos que recogen prácticamente todas las técnicas de terapia psicológica disponibles (Gil Roales-Nieto y Calero, 1994). Circunscribiéndonos al ámbito de la psicología, a lo largo de los últimos cuarenta años se ha desarrollado todo tipo de intervenciones en tabaquismo con estrategias tan diferentes como por ejemplo los procedimientos aversivos, los de reducción gradual del consumo, las estrategias de autocontrol, la hipnosis, los programas de autoayuda, la combinación de estrategias psicológicas con terapia farmacológica sustitutiva, los programas multicomponentes, los grupos de autoayuda, etc. (ver, por ejemplo, las revisiones de Becoña y Vázquez, 1998; Gil Roales-Nieto y Calero, 1994; Levental y Cleary, 1980; Schwartz, 1987), y todos ellos utilizados tanto en aplicaciones de grupo como en terapia individual, con diferente número de sesiones, con variaciones en los niveles de implicación del terapeuta, etc. Sin embargo, tanta diversidad terapéutica no ha resultado en índices de abstinencia elevados que nos permitan afirmar que disponemos de intervenciones plenamente eficaces en tabaquismo, como se puede observar en la muestra de estudios y resultados de aplicación recogidos en la Tabla 1. A idéntica conclusión llegó Shiffman (1993), mostrando como la media de porcentajes de abstinencia de los estudios publicados entre 1965 y 1989 a los 6 meses de seguimiento no superó el 35% de los participantes. Todo ello nos lleva a concluir que no existe un tipo tratamiento contrastadamente eficaz o tratamiento de elección en tabaquismo, sino que más bien disponemos de numerosas formas de tratamiento con un grado medio y similar de eficacia.

TABLA 1. Estudios y resultados con los principales procedimientos de intervención en tabaquismo

Reducción gradual de nicotina y alquitrán (RGNA)					
ESTUDIOS	RESULTADOS				RESUMEN Rango de eficacia
	Final	3m.	6m.	12m.	
Foxx y Brown (1979)				50%	
Prue, Krapfl y Martin (1981)			75%		Fin Tratamiento: 90-100%
Lando y McGovern (1985)				19%	A los 6 meses: 30-75%
Becoña y Lista (1989)	90%			50%	A los 12 meses: 19-72%
Gil Roales-Nieto (1992)	100%	72%			
Tratamientos aversivos					
ESTUDIOS	RESULTADOS				RESUMEN Rango de eficacia
	Final	3m.	6m.	12m.	
Resnick (1968)			60% (4m.)		
Schmalh y cols., (1972)	100%		64%		Fin Tratamiento: 100%
Tori (1978)			68%		A los 6 meses: 60-68%
Erickson y cols. (1983)	100%			70%	A los 12 meses: 33-70%
	100%			33%	
Tratamientos multicomponentes					
ESTUDIOS	RESULTADOS				RESUMEN Rango de eficacia
	Final	3m.	6m.	12m.	
Lando y McGovern (1991)			10%		
			40%		
Hackett y Horan (1979)				23%	Fin Tratamiento: —
Lowe, Green, Kurtz y cols (1980)		33%			A los 6 meses: 10-40%
		27%			A los 12 meses: 23%
Jeffrey y Jeffrey (1988)		36,7%			
Lynn y cols. (1993)			24%		
			36%		

Tratamientos farmacológicos					
ESTUDIOS	RESULTADOS				RESUMEN Rango de eficacia
	Final	3m.	6m.	12m.	
Schneider y cols. (1983)			30%		
			20%		
Hall, Tunstall, Jones y Benowitz (1985)			56%		Fin Tratamiento: 80-100%
Leischow y cols. (1996)	80%			20%	A los 6 meses: 18-56%
Blondal, Fränzon y Westin (1997)			29%		A los 12 meses: 27 %
			18%		
Blondal, cols. (1999)			31%	27%	

El análisis de las variables que pueden dar razón de esta situación en cuanto a la eficacia de los distintos tratamientos puede orientarse en tres direcciones. La primera lleva a centrarse en el análisis de las propias técnicas de intervención, tratando de discriminar los elementos o componentes de cada procedimiento que puedan ser los principios activos de las terapias de aquellos otros que estén funcionando como meros excipientes, en especial en aquellos tratamientos complejos formados por múltiples componentes (por ejemplo, los programas multicomponentes). De hecho, este desbrozamiento procedimental ha sido el camino seguido con frecuencia por los investigadores, aunque en muchos casos en dirección contraria (es decir, añadiendo componentes) sin que se haya logrado el objetivo de incrementar los índices de abstinencia de forma significativa como consecuencia de la puesta en marcha de nuevos tipos de tratamientos que fueron recibidos con demasiada e injustificada euforia (por ejemplo, como fue el caso para los tratamientos multicomponentes durante la década de los años ochenta y parte de los noventa). Igualmente, otra forma centrada en las técnicas consiste en llevar a cabo estudios comparativos entre los diferentes procedimientos. Esta línea de estudios permitió, por ejemplo, establecer la supremacía de los programas aversivos sobre los no aversivos (aunque sus efectos secundarios, el alto porcentaje de abandonos y su reducida aplicabilidad a cierto tipo de fumadores pronto se presentaron como fuertes elementos disuasorios para su empleo como tratamientos de elección) e igualmente estableció una eficacia pareja para el conjunto de técnicas no aversivas, entre las que se encuentran preferentemente los programas de reducción progresiva y los multicomponentes.

Una tercera vía plantea, en el sentido señalado por Shiffman (1993) y Gil Roales-Nieto y Calero (1994), un análisis muy distinto de los anteriores, al estar centrado no en el tratamiento *per se*, sino mejor en la correspondencia fumador/tratamiento. Esto es, la posibilidad de considerar que cada tratamiento pueda ser eficaz para según que fumadores, justo porque dichos sujetos presentan las características o repertorio apropiados para que dicha estrategia sea efectiva. Desde esta perspectiva, la interacción entre el tipo de intervención utilizada y el repertorio del fumador daría razón del éxito

o fracaso en el tratamiento, de tal manera que no cabe esperar el hallazgo de procedimientos para dejar de fumar universalmente exitosos en tanto que no cabe esperar que el repertorio de todos los fumadores como individuos sea el mismo, sino que más bien cada tipo de tratamiento resultará exitoso con aquellos fumadores cuyo repertorio se acople a las características del programa en cuestión. Si esto es cierto, cobra sentido el hecho de que encontremos que cualquier tipo de tratamiento es efectivo con algún porcentaje de fumadores de la muestra a la que se aplica, a la vez que no lo es con el resto. No es fácil, por la envergadura de la tarea, el estudio de la relación fumador-terapia y la tradición investigadora en tabaquismo es particularmente escasa en este aspecto. Por ejemplo, se han realizado estudios que han tratado de diferenciar entre quienes consiguen dejar de fumar y quienes no, señalándose el nivel de autoeficacia como una característica que puede predecir el éxito en el abandono del tabaco (Conditte y Lichtenstein, 1981; Godding y Glasgow, 1985; Lichtenstein y Mermelstein, 1983; Stuart, Borland y McMurray, 1994). Otros datos han indicado que quienes intentan dejar de fumar atribuyen más efectos nocivos al consumo de tabaco que quienes no lo intentan (Klesges et al., 1988), así como que los fumadores más difíciles son aquellos que han desarrollado mayor tolerancia (Fargeström, 1978, 1982) y utilizan el tabaco como medio de autorregulación emocional (Gilbert y Gilbert, 1995). Los anteriores estudios serían ejemplos de la búsqueda de variables individuales que puedan propiciar o favorecer el éxito en el tratamiento, pero no arrojan luz sobre qué tipo de tratamiento (por ejemplo, aversivo, multicomponente, chicle de nicotina, reducción progresiva, etc.) resultaría más eficaz dadas unas determinadas condiciones de creencias en autoeficacia o en salud o dado determinado nivel de adicción. Por otro lado, entre los intentos por adaptar los tratamientos a las características de los sujetos se encuentra la popular línea de estudio iniciada por Diclemente et al. (1991), en la que se recomiendan intervenciones de diferente intensidad en función de la fase o estadio de cambio en la que se sitúen los sujetos. Así, por ejemplo, quienes estén en la denominada fase de precontemplación requerirían intervenciones de corte educativo, poco intensas y de larga duración; sin embargo, quienes se encuentren en la denominada fase de cambio requerirían intervenciones intensivas orientadas a la acción. En un estudio de Prochaska, Diclemente, Velicer y Rossi (1993) se utilizaron manuales de autoayuda personalizados o adaptados al supuesto estadio de cambio en que se encontraba cada sujeto, obteniéndose mejores tasas de abstinencia que con el uso de manuales no personalizados, aunque los resultados se igualaron para los sujetos participantes que se encontraban en el estadio de preparación (28% de abstinentes a los 18 meses). Con todo, los datos resultan contradictorios e insalvables fuera de la estricta lógica de los estadios de cambio, un constructo sometido a crítica y de relativa utilidad terapéutica por su universalidad y generalidad, rallana en la psicología del sentido común. Repárese en que del hecho de encontrarse en una determinada fase o período no se puede colegir que dos fumadores sean equiparables en el resto de su repertorio de interés para el caso (por ejemplo, en sus habilidades de autocontrol, en su capacidad de resistir el «sufrimiento», en su red de apoyo social, en la presencia o ausencia de fumadores en su contexto habitual, etc.), por lo que su adecuación o correspondencia con un determinado tipo de tratamiento no se puede establecer a partir de un dato tan generalista y, por otro lado, tan minimalista.

generales del sujeto se tomaron la edad, el sexo, el nivel educativo, el nivel de adherencia a las prescripciones, el nivel de actividad física sistemática, el tipo de dieta, el estado de salud actual informado, el nivel de autocontrol y de autoeficacia informados, la presencia de características del patrón de conducta tipo A, el locus de control relacionado con la salud y la hostilidad. A su vez, se tuvieron en cuenta como variables relacionadas con fumar la tasa de consumo diario de tabaco, la cronicidad del hábito, la presencia de fumadores en los contextos habituales, el historial previo de intentos por lograr la abstinencia, el nivel de información sobre los efectos del tabaco en la salud y las creencias en salud relacionadas con el consumo de tabaco.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la evaluación de las variables cuantitativas y cualitativas descritas anteriormente fueron los siguientes:

- Una entrevista estructurada elaborada específicamente para este estudio mediante la cual se recabó información sobre la edad y sexo, el nivel educativo (con cuatro categorías: 0, estudios primarios; 1, secundarios; 2, titulado medio; y 3, titulado superior), la tasa promedio informada de consumo (en número de cigarrillos diarios), la cronicidad del hábito (años como fumador), el historial previo de intentos por lograr la abstinencia tomando como referencia el período máximo de abstinencia logrado (valorado como 0 si no hay ningún intento de abstinencia anterior, como 1 si el período de mayor abstinencia logrado duró entre 1 y 3 meses, como 2 si duró entre 3 y 6 meses, y como 3 si fue mayor de 6 meses), la autovaloración sobre el tipo de dieta (valorado como equilibrada o desequilibrada), la realización de actividad física de forma sistemática y la presencia de fumadores en los diferentes contextos habituales (valorado como 0 si había ausencia de fumadores en contextos habituales familiar, laboral y social o de ocio, como 1, 2 ó 3 si había presencia de fumadores en alguno, en dos o en todos los contextos, respectivamente).
- Un inventario de síntomas y patologías elaborado específicamente para este estudio, con el que se ha evaluado el estado de salud actual de cada sujeto (porcentaje de enfermedades o molestias padecidas de entre una amplia relación de problemas), el nivel de información de cada sujeto sobre los efectos del tabaco en la salud (porcentaje de aciertos en enfermedades relacionadas con fumar de acuerdo a la bibliografía especializada, sobre una amplia lista de todo tipo de enfermedades) y las creencias de atribuciones sobre su salud de los efectos del tabaco (porcentaje de enfermedades o molestias de las informadas por cada sujeto que relaciona con el consumo de tabaco).
- Un cuestionario sobre habilidades de autocontrol (A-U) elaborado específicamente para este estudio, en el que se describen diferentes situaciones y modos de actuación, debiendo el sujeto señalar cual de las respuestas se ajusta más a lo que supone sería su comportamiento en la situación dada.
- El Cuestionario de Eficacia Pretratamiento de Best y Hasktian (1978) (traducido al castellano) para evaluar la autoeficacia; consta de 48 ítems referidos a situaciones en las que se debe elegir en una escala de diez niveles (0 a 100) la probabilidad con la que el sujeto cree que puede controlar el deseo de fumar.

El uso de material terapéutico personalizado que tenía en cuenta aspectos relativos a la historia de consumo, a las razones para dejar de fumar, etc. ha mostrado su eficacia en contraste al empleo de material estandarizado en un estudio realizado por Strecher et al. (1994), cuyos resultados son acordes con los obtenidos en otro estudio de Dijkstra, De Vries, Roijackers y Van Breukelen (1998), en el que se produjeron mayores efectos cuando la información se personalizó, aunque sólo en los sujetos altamente dependientes y con intervenciones intensivas; datos que, por lo general, apoyan la idea de la correspondencia sujeto/tratamiento. No obstante, la escasez de estudios provoca la ausencia de conclusiones claras de nítida aplicación terapéutica, por lo que aún permanecen por descubrir multitud de relaciones entre las características del fumador y las del programa que funcionen como variables predictoras de la eficacia terapéutica en el abandono del tabaco.

El presente estudio se sitúa en esta línea de investigación sobre el ajuste o adaptación de las características de los fumadores a las características de los programas de intervención como vía de solución a la relativa eficacia de los programas de tabaquismo, tratando de obtener nuevos datos sobre qué características de los fumadores permitirán recomendar uno u otro tipo de intervención. Se trata de un estudio exploratorio, que supone un primer acercamiento al objetivo general enunciado, por lo que se ha considerado un amplio espectro de características del fumador. Así, se han evaluado tanto aspectos centrados en las características e historia del hábito de fumar, como ciertas variables de personalidad y otros elementos típicamente relacionados con el consumo de tabaco. Por tanto, el objetivo principal del estudio se centra en el análisis de las variables posiblemente relacionadas con el éxito en el tratamiento del tabaquismo (el logro y el mantenimiento de la abstinencia) tomando como referencia dos de los programas psicológicos no aversivos de mayor uso, un programa multicomponente y otro de reducción progresiva.

Método

Sujetos

Los criterios de admisión de los participantes en los programas de intervención dispuestos fueron llevar más de 5 años fumando, fumar más de 10 cigarrillos al día como media y acudir a las tres sesiones de evaluación previas a la fase de intervención. Siguiendo dichos criterios participaron en el estudio 36 fumadores de los cuales 15 son varones y 21 mujeres. La media de edad en el momento de la selección se situó en 37 años (rango: 25-52 años), la tasa media de consumo era de 24 cigarrillos diarios (rango: 10-40 cigarrillos) y la cronicidad del hábito de 20,7 años de promedio (rango: 5-34 años).

Variables

Las variables puestas en relación con las diferentes condiciones de resultado en el tratamiento (no abandono, recaída y abstinencia de fumar) se clasificaron en variables relacionadas con fumar y características generales del sujeto. Como características

durante 7 días consecutivos a partir del siguiente. En la segunda sesión de evaluación los sujetos aportaron el autorregistro debidamente completado. En esta sesión se cumplimentó la escala de Hostilidad del MMPI y el cuestionario de autocontrol. Nuevamente, se midió el nivel de CO₂ espirado y se les citó para una tercera sesión de evaluación. En la tercera sesión de evaluación los sujetos cumplieron las restantes pruebas de evaluación, como el JAS, el cuestionario LUCAM y el Cuestionario de Eficacia Pretratamiento.

- Fase de intervención en abandono del tabaco. En esta fase se conformaron dos grupos de intervención, utilizándose un programa diferente en cada uno de ellos. Así, 16 sujetos fueron asignados a un programa de reducción gradual de los niveles de nicotina y alquitrán (RGNA) aplicado en forma de grupo, y 20 sujetos a un programa multicomponente (PM) en el que además de la disminución paulatina del número de cigarrillos fumados diariamente se introdujeron diferentes procedimientos de autocontrol, como relajación, control estimular, autoinstrucciones, etc. dirigidos a facilitar el abandono y a mantener la abstinencia. Por lo demás, tanto la estructura como la duración y número de sesiones fue similar en ambos programas, que se aplicaron en un total de cinco sesiones. Así, en la primera sesión se describieron los objetivos y el procedimiento general a seguir, repartiéndose los materiales e indicando las tareas a desarrollar hasta la sesión siguiente. En las cuatro sesiones siguientes se comprobaba la realización de tareas y se marcaban los nuevos objetivos para la sesión siguiente. En el programa de RGNA las únicas prescripciones eran el cambio de marca para facilitar el descenso en el contenido de nicotina y la cumplimentación del autorregistro y las gráficas de consumo de nicotina y alquitrán. En el programa PM se prescribía un mayor número de tareas cuyo cumplimiento debía quedar registrado en los instrumentos de registro proporcionados. En ambos programas la intervención se diseñó para que los sujetos pudieran lograr la abstinencia de fumar en la quinta y última sesión.
- Fase de seguimiento. Se llevaron a cabo controles de seguimiento a los 3, 6 y 9 meses de finalizar el tratamiento. Cada uno de los controles del mantenimiento de la abstinencia incluyeron el informe verbal sobre el consumo de tabaco, una evaluación del nivel de CO₂ espirado y el uso de la técnica de *bogus pipeline* a través de la toma de muestras de saliva con la advertencia de que se emplearían para un análisis de cotinina.

Resultados

Como se muestra en la Tabla 2, los resultados indicaron que de los 36 sujetos participantes en la fase de intervención para dejar de fumar, 19 no lograron mantenerse abstinentes más allá de una semana tras el final del tratamiento, mientras que 5 lograron la abstinencia durante diferentes períodos pero recayeron a lo largo del seguimiento y 12 sujetos mantuvieron la abstinencia a lo largo de todo el seguimiento.

TABLA 2. Distribución de los sujetos participantes de acuerdo al criterio de resultado obtenido por cada uno de ellos.

Total Sujetos	Criterio de Resultado 1	Criterio de Resultado 2	Criterio de Resultado 3
	Fracaso en abstinencia	Recaída	Mantenimiento de la abstinencia
36	19 (52,2%)	5 (13,5%)	12 (34 %)

En relación con los resultados de la aplicación de cada uno de los tratamientos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los índices de abstinencia entre ambos grupos de intervención en ninguno de los momentos en que se evaluó el consumo de tabaco. De acuerdo a los objetivos del estudio, el análisis de los resultados se ha orientado a dilucidar la presencia o no de diferencias significativas en las diferentes variables consideradas, entre los tres grupos establecidos de acuerdo a las tres condiciones de resultado antes mencionadas: un primer grupo (CR1) que incluye los 19 sujetos que no lograron abandonar el hábito, un segundo grupo (CR2) que incluye los 5 sujetos que recayeron a lo largo del seguimiento y un tercer grupo (CR3) que incluye los 12 sujetos que se mantuvieron abstinentes tras los 9 meses de seguimiento contemplados en el estudio. En la Tabla 3 se indican los valores medios y desviaciones típicas de las variables medidas cuantitativamente (edad, tasa de consumo, cronicidad del hábito, información sobre tabaco y salud, estado de salud, creencias en salud, autocontrol, autoeficacia y locus de control), para cada una de las condiciones de resultado anteriores.

Puede observarse que la muestra de fumadores presenta una considerable homogeneidad en numerosas variables en los tres grupos formados de acuerdo a los criterios de éxito en el tratamiento. Por ejemplo, tal ocurre con la cronicidad del hábito, con una media de historia de fumador de 20,75 años para el grupo total y de 22,63, 21,8 y 17,33 para los grupos CR1, CR2 y CR3, respectivamente; igualmente sucede con el consumo, con un promedio de 23,9 cigarrillos/día para el grupo total, y de 26,6, 21 y 29,83, respectivamente, para los tres grupos de condiciones de resultados. Lo mismo cabe decir del informe de enfermedades padecidas y de las puntuaciones en las pruebas que evaluaron locus de control, patrón de conducta Tipo A y nivel de hostilidad.

En cuanto al nivel de información sobre las consecuencias para la salud del tabaco, las creencias acerca de la relación entre tabaco y salud, el nivel de autocontrol y las creencias sobre autoeficacia, se aprecian diferencias entre los distintos grupos de criterios de resultado, aunque no todas resultan estadísticamente significativas. De hecho, un ANOVA llevado a cabo para las tres condiciones de resultado señaló como significativamente relacionadas con el resultado en el tratamiento sólo las variables autoeficacia y creencias en salud, tal como se muestra en la Tabla 4. Con el fin de

- El Inventario de Actividad de Jenkins (JAS) (adaptación al castellano de Fernández-Abascal, 1992) como medida del Patrón de Conducta Tipo A.
- El Cuestionario LUCAM (Pelechano y Baguena, 1983) como medida del locus de control.
- La Escala de Hostilidad del MMPI (MMPI-Ho) (ver descripción de ítems en Lipkus, Barefoot, Williams y Siegler (1994) como medida de hostilidad.
- Una escala de adherencia a prescripciones con un rango de 0 a 6 puntos en la que se contabilizó el nivel de seguimiento de distintas prescripciones o tareas a realizar durante la fase de evaluación (por ejemplo, cumplimentar el autorregistro correctamente, acudir puntualmente a las sesiones, etc.).
- Un cuadernillo de autorregistro en el que los sujetos debían anotar diariamente cada cigarrillo fumado, la hora en la que lo hacían, la actividad que realizaban en ese momento y si les resultaba un cigarrillo agradable, desagradable o indiferente.

Diseño

Se empleó para este estudio un diseño cuasiexperimental entregrupos con tres condiciones, cada una de las cuales se ha constituido a partir de los resultados obtenidos tras la aplicación de una fase de intervención para el abandono del tabaco. Estas condiciones son: (a) condición de resultado 1 (CR1), que implicaba el fracaso en el abandono del tabaco, con un total de 19 sujetos; (b) condición de resultado 2 (CR2) que implicaba el logro de la abstinencia y la posterior recaída durante el seguimiento, con un total de 5 sujetos que recayeron a lo largo de los 9 meses de seguimiento; y (c) condición de resultado 3 (CR3) o logro y mantenimiento de la abstinencia, compuesta por un total de 12 sujetos que lograron mantener la abstinencia de fumar a lo largo de todo el período de seguimiento. Las comparaciones en estos tres grupos se hicieron en base a las diferentes variables cuantitativas y cualitativas antes descritas.

Procedimiento

La oferta de intervención para fumadores se publicitó por diversos medios de comunicación de forma que una vez los interesados contactaban telefónicamente con el servicio clínico dispuesto eran citados para la sesión inicial en la que se describían las características del programa en cuestión y el proceso a seguir. El programa constaba de tres fases (evaluación, intervención y seguimiento) iniciándose la primera fase con cada sujeto una vez que manifestaba estar de acuerdo en iniciar la fase de evaluación.

- Fase de evaluación. Se llevó a cabo en tres sesiones. En la primera sesión se realizó la entrevista estructurada en la que se exploraron áreas como la historia de consumo, el patrón actual, problemas de salud asociados, presencia de otros hábitos de salud, etc. Igualmente, mediante el inventario de síntomas y patologías se tomaron datos sobre el nivel de información sobre los efectos del tabaco con que contaban los participantes, los problemas de salud que padecían y la relación que establecían entre fumar y dichos problemas de salud. Además, se midió el nivel de CO_2 espirado, se tomó una muestra de saliva mediante un algodón (informando al sujeto que se destinaría al análisis del contenido de cotinina, aunque se empleó sólo como *bogus pipeline*) y se proporcionó el cuadernillo de autorregistro en el que se debían anotar todos los cigarrillos fumados

comprobar entre qué condiciones de resultado específicas se encuentran dichas diferencias, se llevaron a cabo pruebas de comparaciones múltiples, que indicaron en el caso de la autoeficacia diferencias significativas entre las condiciones CR1 y CR3 (prueba de Scheffé; $p > 0,05$), y en el caso de las creencias de salud las diferencias significativas se produjeron entre las condiciones CR2 y CR3 ($p > 0,05$). Aún y cuando las diferencias entre las tres condiciones de resultado en el tratamiento y el nivel de información sobre las consecuencias para la salud de tabaco, por un lado, y el nivel de autocontrol por otro, no resultan significativas estadísticamente, sí debe mencionarse la diferente tendencia que aparece en ambas variables desde un punto de vista descriptivo. Así, mientras que el nivel de información parece relacionarse tímidamente con el resultado en el tratamiento, en la medida que se aprecia un mayor nivel de información progresivo respecto al éxito en el tratamiento (esto es, el grupo CR1 presenta el menor nivel mientras que el CR3 presenta el mayor nivel y el CR2 presenta un nivel intermedio entre ambos), por contra el nivel de autocontrol mostrado en el grupo CR3 es el menor de todos.

En cuanto a las variables medidas cualitativamente (sexo, nivel educativo, adherencia, presencia de fumadores, actividad física, dieta e historia de abstinencia), en la Tabla 5 se indican las distribuciones de frecuencia para cada uno de los grupos de criterio de resultado y para el grupo total de sujetos. La prueba de Kruskal-Wallis reveló como significativas sólo las diferencias entre las distintas condiciones de resultado y las variables nivel de adherencia y presencia de fumadores (en la Tabla 6 se muestran los estadísticos de contraste de dichas variables). Para distinguir qué condiciones de resultado específicas muestran relaciones significativas con dichas variables se realizó un análisis DMS de Scheffé, resultando significativas las diferencias entre las condiciones CR1 y CR3 en ambas variables. Sin embargo, esta significación estadística resulta contradictoria con los datos directos mostrados por los sujetos de las diferentes condiciones de resultados en cuanto a la dirección esperada del efecto, algo que se tratará en detalle en la discusión; es decir, en el grupo CR1 puede apreciarse en los datos presentados en la Tabla 5 como la mayoría de los sujetos de este grupo (10 sobre 19) viven en contextos en los que no hay fumadores, mientras que ningún sujeto de este grupo vive en contextos con nivel 3 de fumadores (esto es, fumadores presentes en el trabajo, en el hogar y en los ambientes de ocio). Por contra, el grupo de mayor éxito terapéutico (CR3) no presenta ningún sujeto que viva en contextos libres de fumadores y que todos los sujetos de este grupo se reparten equitativamente en los niveles 2 y 3 de esta variable. La anterior significación estadística sí parece coincidir con la dirección lógica para el caso de la variable adherencia, en tanto que mientras que en el grupo CR1 ningún sujeto logró el nivel máximo de seguimiento de las prescripciones y la mayoría (15 sobre 19) se quedaron en los niveles bajos de seguimiento, en el grupo CR3 esta tendencia se invierte y la mayoría de los sujetos (9 sobre 12) consigue el nivel máximo de adherencia, mientras que ninguno se queda en los niveles inferiores.

Por otro lado, aunque las relaciones entre el resto de variables evaluadas cualitativamente y el criterio de resultado no aparecen como estadísticamente significativas, cabe mencionar para el caso de las variables actividad física sistemática y dieta equilibrada, ciertas apreciaciones que pueden observarse en un análisis descriptivo. Así,

TABLA 3. Medias (y desviaciones típicas) de los diferentes grupos de sujetos en función de la condición de resultado, en las diferentes variables medidas cuantitativamente

Variables	Grupo Total N= 36	Condición de Resultado 1	Condición de Resultado 2	Condición de Resultado 3
Edad	37,1 (7,43)	34,8 (7)	39 (10,22)	35,42 (7,2)
Tasa	23,9 (8,6)	26,6 (9,7)	21,00 (7,33)	29,83 (8,62)
Cronicidad	20,75 (7,9)	22,63 (7,6)	21,8 (7,23)	17,33 (7,23)
Información	57,25 (23,06)	53,05 (24,74)	57 (23,86)	64 (20,07)
Enfermedades	34,39 (11,80)	36,68 (10,88)	38,4 (12,66)	29,08 (11,8)
Creencias*	78,67 (21,3)	78,47 (17,92)	59,2 (36,57)	87,08 (13,61)
Autocontrol	4,86 (3,4)	5,21 (3,54)	6,6 (3,36)	3,58 (3,18)
Autoeficacia*	48,07 (16,2)	40,76 (11,44)	52,27 (9,64)	57,91 (19,71)
PCTA (JAS)	220,44 (78,47)	241,11 (73,02)	199,00 (55,02)	196,67 (78,47)
Locus de Control (LUCAM)	24,39 (4,67)	24,05 (4,81)	25 (5)	24,67 (4,67)
Hostilidad (MMPIHo)	18,86 (5,85)	17,42 (6,29)	19,8 (4,79)	20,75 (5,85)

* Únicas variables en las que aparecieron diferencias significativas en función de la condición de resultado (ver Tabla 3).

TABLA 4. Estadísticos de contraste y niveles de significatividad de las variables autoeficacia y creencias en salud relacionadas con el tabaco.

VARIABLE		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig
AUTOEFICACIA	Intergrupos	2263,543	2	1131,772	5,338	0,010
CREENCIAS	Intragrupos	6996,721	33	212,022		
	Total	9269,264	35			
	Intergrupos	2745,546	2	1372,773	3,440	0,044
	Intragrupos	13168,454	33	300,044		
	Total	15914,000	35			

TABLA 5. Distribución de frecuencias (y porcentajes en el caso del grupo total de sujetos) en las variables medidas cualitativamente, para las tres condiciones de resultado

VARIABLES	Valores	Grupo total (N=36)	CR 1	CR 2	CR 3
Sexo	0: varones	15 (41,7%)	10	2	3
	1: mujeres	21 (58,3%)	9	3	9
Nivel educativo	0: primarios	1 (2,8%)	0	0	1
	1: secundarios	10 (27,8%)	6	1	3
	2: titulado medio	17 (47,2%)	9	3	5
Adherencia*	3: titulado superior	8 (22,2%)	4	1	3
	3 prescripciones	6 (16,7%)	6	0	0
	4 prescripciones	9 (25%)	9	0	0
	5 prescripciones	10 (27,8%)	4	3	3
Presencia de fumadores*	6 prescripciones	11 (30,6%)	0	2	9
	0: no fumadores	13 (36,1%)	10	3	0
	1: fumadores en 1 contexto	11 (30,6%)	6	1	4
	2: fumadores en 2 contextos	7 (19,4%)	3	1	3
Actividad física sistemática	3: fumadores en 3 contextos	5 (13,9%)	0	0	5
	no	22 (60,1%)	15	2	5
Dieta equilibrada	sí	14 (38,9%)	4	3	7
	no	14 (38,9%)	6	3	4
Historia de abstinencia	sí	22 (61,1%)	12	2	8
	0: sin historia de abstinencia	19 (52,5%)	12	2	5
	1: máx. entre 1 y 3 meses	5 (13,9%)	4	0	1
	2: máx. entre 3 y 6 meses	6 (16,7%)	2	1	3
	3: más de 6 meses.	6 (16,7%)	1	2	3

* Únicas variables en las que aparecieron diferencias significativas en función de la condición de resultado (ver Tabla 6).

puede observarse en los datos incluidos en la Tabla 5 cómo la gran mayoría de sujetos en la condición de resultado 1 informan no hacer ninguna actividad física sistemática (15 sobre 19), lo que indica peores hábitos de salud física en los sujetos que no lograron la abstinencia. Por contra, la mayoría de los sujetos de este grupo informó estar manteniendo una alimentación equilibrada (12 frente a 7 que informaron no hacerlo).

nivel de autoeficacia se averigüe en tabaquismo pidiendo al fumador que indique la probabilidad con la que cree resistirá fumar en una amplia variedad de contextos, condiciones emocionales, actividades, etc., podemos hipotetizar que si un fumador informa sentirse capaz de resistir fumar en una situación concreta pueda ser porque ya lo haya hecho en dicha situación u otras similares, por lo que el informe de autoeficacia de dicho sujeto esté reflejando la posibilidad de que cuente con habilidades para no fumar en las condiciones interrogadas. Si esto fuera así, más que centrarnos en el propio concepto de autoeficacia sería de mayor utilidad analizar las razones que llevan al fumador a sentirse confiado, de modo que se pudiera establecer qué historia respalda tal informe.

Algo similar sucede con las creencias de los fumadores sobre los efectos del tabaco sobre su salud y su relación con el éxito en el tratamiento. Igualmente, los resultados obtenidos concuerdan con los informados en otros estudios (Kesgles et al., 1988), permitiendo concluir que las creencias sobre el papel del tabaco en el deterioro en la salud son una variable importante de cara a predecir el éxito en el tratamiento. Ahora bien, resulta habitual en los estudios que analizan el papel de las creencias sobre la conducta de salud (y dejar de fumar puede ser entendido como un ejemplo de conducta preventiva o de salud) no intentar discriminar, a nivel de medida, las creencias que puedan tener una base contingencial de aquellas que sólo son producto de la mera instrucción (e incluso de los diferentes tipos de instrucción posibles). En nuestro estudio, al circunscribir las creencias sobre la relación tabaco-salud a los problemas de salud que el fumador realmente ha padecido o padece en la actualidad (con una descripción detallada de los mismos), se circunscribe más el informe de creencias y puede detectarse, a *grosso modo*, si un fumador está informando creencias instruidas (por ejemplo, si informa que el tabaco está relacionado con una serie de problemas de salud que, sin embargo, ni él ni personas significativas de su entorno padecen o han padecido) o creencias con alguna base contingencial (si dicha relación ha sido vivida en su caso o en otro conocido). Esto puede evitar la aparición de datos contradictorios (aparecidos en estudios en los que las creencias no han discriminado entre éxito y fracaso en el tratamiento e incluso entre intentar o no el abandono del tabaco). Por tanto, parece que personalizar la evaluación de las creencias y trasladar, en lo posible, su informe al ámbito de las contingencias pudiera permitir que la medida de dicha variable fuera más predictiva del éxito en el abandono; esta conclusión en cualquier caso requiere de posterior replicación en nuevos estudios. Es interesante señalar la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes condiciones de resultado y las variables indicadas como características de personalidad típicas de los fumadores en otros estudios que han buscado establecer un «perfil psicológico» del fumador (Coan, 1973; Eysenck, Tarrant y Wolf, 1960; Jacobs, 1972; Patton, Barnes y Murray, 1993; Spielberg, Foreyt, Goodrick y Reheiser, 1995, entre otros). En nuestro estudio dichas variables no han predicho una mayor resistencia al abandono en aquellos sujetos que puntuaron alto en ellas, no mostrando por tanto una respuesta diferencial al tratamiento acorde a los niveles de dichas variables. Así pues, el nivel de hostilidad, el patrón de conducta tipo A evaluado por medio del Inventario de Actividad de Jenkins o el locus de control evaluado por medio del Cuestionario LUCAM no han mostrado relaciones significativas con los criterios de resultado en el tratamiento.

TABLA 6. Resultados de la prueba de Kruskal-Wallis de la relación entre las variables adherencia y presencia de fumadores en el contexto habitual y condiciones de resultado.

VARIABLE	Chi-Cuadrado	gl	Sig. asintótica
ADHERENCIA	24,580	2	0,000
PRESENCIA DE FUMADORES EN EL CONTEXTO HABITUAL	14,364	2	0,001

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio han indicado la existencia de diferencias significativas entre las tres condiciones de resultado en el tratamiento del tabaquismo establecidas (no abandono, recaída, y logro y mantenimiento de la abstinencia), en sólo tres de las numerosas variables indagadas. En concreto, los resultados indican que se relacionan con el éxito en el tratamiento un alto nivel de adherencia a las prescripciones, un alto nivel de autoeficacia evaluado a través del Cuestionario de Eficacia Pretratamiento (Best y Hasktian, 1978) y el informe de creencias acerca del papel del tabaco en el deterioro de la salud entendidas como la relación que cada sujeto establece entre los problemas de salud que padece o ha padecido y su consumo de tabaco. Ello significa que, de acuerdo a estos datos, tienen mayores probabilidades de éxito terapéutico en los programas empleados en este estudio los fumadores que (1) se adhieren mejor a las prescripciones terapéuticas, (2) creen que existe una fuerte relación entre sus problemas de salud y el consumo de tabaco y (3) se creen capaces de lograr y mantener la abstinencia en diferentes circunstancias o, lo que es lo mismo, cuentan con niveles altos de autoeficacia. Los datos obtenidos en nuestro estudio sobre la relación entre el constructo de autoeficacia y el resultado del tratamiento del tabaquismo concuerdan con los informados en estudios previos (por ejemplo, Conditte y Lichtenstein, 1981; Godding y Glasgow, 1985; Lichtenstein y Merlstein, 1983; Stuart et al., 1994), que ya señalaban el nivel de autoeficacia como un predictor del éxito en el abandono del tabaco. Ahora bien, de los datos que indican como el nivel de autoeficacia informado permite predecir el éxito en dejar de fumar puede deducirse que la autoeficacia es la razón del éxito sin más, dotando al constructo de propiedades causales como resulta típico de un abordaje cognitivo (Bandura, 1977, 1986, 1995; O'Leary, 1992; Schwarzer, 1992) o bien buscar las condiciones que generan tal relación, como resulta típico del abordaje funcional de este tipo de variables en psicología de la salud (Biglan 1987; Gil Roales-Nieto, 1997; Hawkins, 1995; Street, 1994) y en general (Hayes y Wilson, 1995; Luciano y Hayes, 2001; Skinner, 1957). Por ejemplo, cabría suponer que la relación entre la autoeficacia y éxito en el tratamiento puede ser reflejada por el propio procedimiento de medida si éste nos proporciona los referentes comportamentales del concepto, tal como puede ser el caso en tabaquismo. Esto es, en la medida que el

En lo que se refiere a la variable nivel de información sobre los efectos del tabaco en la salud (clásicamente vinculada a la decisión de dejar de fumar) los resultados de nuestro estudio no han indicado diferencias significativas en cuanto a la información sobre los efectos del tabaco en la salud entre los tres grupos, si bien a nivel descriptivo se puede apreciar una cierta relación entre el nivel de información y el éxito en el tratamiento, en una dirección que se ajusta a lo esperado: a mayor nivel de información mayor éxito en el abandono. Esta débil relación, aunque positiva y firme, concuerda con la naturaleza de la variable en nuestro estudio (información genérica -no personalizada- sobre tabaco y salud) y puede ser el producto de la variedad de su composición entresujetos, algo que un análisis grupal no puede desvelar; esto es, sobre la información acerca de las relaciones entre tabaco y numerosos problemas de salud podemos reafirmar lo mencionado anteriormente para las creencias sobre la relación entre tabaco y los problemas personales de salud: en la medida que la evaluación sólo recoge el informe verbal y no la historia a través de la cual se labró dicho informe, podemos estar valorando como idénticas respuestas funcionalmente distintas y con distinta fuerza. Incorporar a los cuestionarios la posibilidad de evaluar en alguna manera la fuerza y la naturaleza de dicho informe probablemente permitiría la mejor apreciación de la importancia real de esta variable en la predicción del éxito en el tratamiento.

Por otro lado, los datos del presente estudio parecen contradictorios en lo que se refiere a la variable autocontrol, evaluada a través del cuestionario elaborado al efecto, ya que indican que el grupo con menor éxito en el tratamiento es el grupo con mejor puntuación en autocontrol. En la medida que los dos programas de tratamiento aplicados no son de tipo aversivo ni incluyen contingencia alguna de pérdida de reforzadores como consecuencia de su seguimiento o resultado, es de suponer que estamos ante intervenciones que «implican» una importante dosis de autocontrol. De nuevo, puede que el tipo de medida empleada (informes verbales sobre la manera de comportarse ante varios supuestos) esté enmascarando los resultados en esta variable, especialmente si éstos se contrastan con los obtenidos en la otra medida de autocontrol llevada a cabo (el seguimiento o adherencia a ciertas prescripciones establecidas), que puede ser tomada como una medida empírica de la capacidad real, no informada, de autocontrol, medida que sí se ha relacionado claramente con el éxito en el tratamiento.

Mención especial requieren los resultados obtenidos en la relación entre la variable presencia de fumadores en el contexto cotidiano y resultado en el tratamiento. En la literatura especializada se ha considerado con frecuencia esta variable de una manera demasiado global o absoluta, estimando que la presencia diaria de fumadores en el contexto ordinario de quien intenta abandonar el hábito o mantener la abstinencia lograda dificulta o reduce «de oficio» sus posibilidades de éxito. Sin embargo, los datos obtenidos en nuestro estudio indican que dicha relación no es lineal, simple ni unidireccional. Vistos de la manera global o absoluta con la que se suelen analizar estos datos parecen indicar justamente lo contrario de lo esperado: aquellos sujetos que viven en contextos libres de fumadores son los que mayoritariamente han fracasado en su intento de abandono del tabaco, mientras que los sujetos que han tenido éxito en su tratamiento viven, sin excepción, en contextos con fumadores. Ahora bien, la clave de tal aparente contradicción puede estar en la necesidad de emplear un abordaje más

individualizado (y, por ende, más funcional) de dicha variable. Esto es, la presencia de fumadores en el contexto cotidiano no tiene porque afectar de igual manera a todos los sujetos, ya que para algunos de ellos puede suponer, en efecto, una sucesión de ocasiones para la recaída, mientras que para otros puede suponer una oportunidad de reafirmar su decisión de abandonar el tabaco y una constante fuente de autoestima -por contraste con la «falta de voluntad» de quienes continúan fumando-. Posteriores estudios deberían dilucidar estas cuestiones analizando en detalle cómo afecta la presencia de fumadores a según qué ex-fumadores, de acuerdo a sus características personales y cuáles de éstas se relacionan con según qué función cumplida por la presencia de fumadores. En cuanto a los resultados de la variable actividad física sistemática, éstos parecen confirmar tímidamente la ya conocida relación inversa entre dicha variable y fumar, en el sentido que la gran mayoría de los fumadores que fracasa en nuestro estudio en el logro de la abstinencia son a su vez sujetos con un perfil más sedentario que la mayoría de aquellos que tiene éxito en el tratamiento y de aquellos que recaen. Cabría explorar en posteriores estudios si el hecho de que algunos cambios producidos por la abstinencia de fumar sean más notorios o «evidentes» para un exfumador activo que para uno sedentario es la razón que podría explicar esta ligera capacidad predictiva (no significativa pero observable) de la actividad física sobre el éxito en el abandono del tabaco con este tipo de programas.

Finalmente, los resultados y conclusiones de este estudio deben ser contemplados a la luz de sus limitaciones metodológicas y pendientes de la necesaria replicación y ampliación. Los resultados son generalizables sólo a fumadores con las mismas características que los sujetos de nuestro estudio y no debe olvidarse que el tabaquismo afecta a un porcentaje tal de población que cubre virtualmente todas las posibilidades de combinación de variables personales que se dan en la población general. Igualmente, deben limitarse al caso de tratamientos no aversivos de características similares a las de los dos empleados en el estudio; si bien es cierto que dichos procedimientos son los de mayor aplicación, un estudio similar empleando los procedimientos farmacológicos más habituales en el ámbito médico de tratamiento del tabaquismo sería de gran interés. Como estudio piloto, debe entenderse como una primera exploración en una dirección que confiamos ha de aportar importantes hallazgos de aplicación a la clínica psicológica del tabaquismo.

Referencias

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-125.
- Bandura, A. (1986). Self-efficacy mechanism in physiological activation and health promoting behavior. En J. Madden, S. Matthyse y J. Barchas (eds.), *Adaptation, learning and affect*. Nueva York: Raven Press.
- Bandura, A. (1995). Comments on the crusade against the causal efficacy of human thought. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 26, 179-190.
- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dyckinson.
- Best, J.A., y Hakstian, A. R. (1978). A situational specific model for smoking behavior. *Addictive Behaviors*, 3, 79- 92.

- Biglan, A. (1987). A behavior-analytic critique of Bandura's self-efficacy theory. *The Behavior Analyst*, 10, 1-15.
- CNPT (1998). *Libro Blanco sobre el Tabaquismo en España*. Barcelona: Glosa Ediciones.
- Coan, R. W. (1973). Personality variables associated with cigarette smoking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 26, 86-104.
- Conditte, M.M. y Lichtenstein, E. (1981). Self-Efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 648-658.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M.M. y Rossi, J.S. (1991). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of changes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.
- Dijkstra, A., De Vries, H., Roijackers, J. y Van Breukelen, G. (1998). Tailoring information to enhance quitting in smokers with low motivation to quit: three basic efficacy questions. *Health Psychology*, 17, 513-519.
- Eysenck, H.J., Tarrant, M y Wolf, M. (1960). Smoking and personality. *British Medical Journal*, 1, 1456-1460.
- Fargeström, K.O. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3, 235-241.
- Fargeström, K.O. (1982). A comparison of psychological and pharmacological treatment in smoking cessation. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 343-351.
- Fernández Abascal, (1992). *Inventario de Actividad de Jenkins*. Adaptación española. Madrid. TEA.
- Gil Roales-Nieto, J. (1997). *Manual de Psicología de la Salud. Volumen I. Aproximación histórica y conceptual*. Granada: Ediciones Némesis.
- Gil Roales-Nieto, J., Blanco, J.L. y López Ríos, F. (1999). Consecuencias para la salud del tabaquismo. En J.L. Blanco (dir.), *Impacto medioambiental en la salud*. Granada: Némesis.
- Gil Roales-Nieto, J. y Calero, M.D. (1994). *Tratamiento del Tabaquismo*. McGraw-Hill.
- Gilbert, D. y Gilbert, G. (1995). Personality psychopathology and nicotine response as mediators of the genetics of smoking. Special issue: Genetic, environmental, and situational factors mediating the effects of nicotine. *Behavior Genetics*, 25, 133-147.
- Godding, P.R. y Glasgow, R.E. (1985). Self-Efficacy and outcome expectations as predictors of controlled smoking status. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 583-590.
- Hawkins, R. (1995). Self-efficacy: A cause of debate. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 235-240.
- Hayes, S.C y Wilson, K.G. (1995). The role of cognition in complex human behavior: a contextualistic perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 241-248.
- Jacobs, M. A. (1972). The addictive personality: prediction of success in an smoking withdrawal program. *Psychosomatic Medicine*, 34, 30-38.
- Klesges, R.C., Somes, G., Pascale, R.W., Klesges, L.M. Murphy, J. Brown, K., Williams, E. (1988). Knowledge and beliefs regarding the consequences of cigarette smoking and their relationship to smoking status in a biracial sample. *Health Psychology*, 7, 387-401.
- Levental, H. y Cleary, P.D. (1980). The smoking problem: a review of the research and theory in behavioral risk modification. *Psychological Bulletin*, 88, 370-405.
- Lichtenstein, E. y Mermelstein, R. (1983). Self-efficacy and relapse in smoking cessation: A replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 632-633.
- Lipkus, I.M., Barefoot, J.C. Williams, R.B. y Siegler, R. (1994). Personality measures as predictor of smoking initiation and cessation in the Alumni Heart Study. *Health Psychology*, 13, 149-155.

- Luciano, M.C. y Hayes, S.C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 109-157.
- Miró, M. (1992). *Tabaquismo: consecuencias para la salud*. Granada: SPUG.
- O'Leary, A. (1992). Self-efficacy and Health: Behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 229-245.
- Patton, D. Barnes, G. E., Murray, R.P. (1993). Personality characteristics of smokers and ex-smokers. *Personality and Individual Differences*, 15, 653-664.
- Pelechano, V. y Baguena, M.I. (1983). Un Cuestionario de Locus de Control (LUCAM). *Análisis y Modificación de Conducta*, 9, 5-45.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C. O., Velicer, W.F. y Rossi, J.S. (1993). Standarized, Individualozed, Interactive and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health Psychology*, 12, 399-405.
- Schwartz, J.L. (1987). *Review and evaluation of smoking cessation methods. The U.S. and Canadá, 1975-1985*. Bethesda, MD: National Cancer Institute, Public Health Service.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: theoretical approaches and a new model. En R. Schwarzer (ed.), *Self-efficacy: thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere.
- Shiffman, S. (1993). Smoking cessation treatment: any progress? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 718-722.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Spielberger, C.D., Foreyt, J.P., Goodrick, G.K., Reheiser, E.C. (1995). Personality characteristics of user of smokeless tobacco compared with cigarette smokers and non-users of tobacco products. *Personality and Individual Differences*, 19, 439-448.
- Strecher, V.J., Kreuter, M., Den Boer, D.J., Kobrin, S., Hospers, H.J. y Skinner, C.S. (1994). The effects of computer-tailored smoking cessation messages in family practice settings. *The Journal of Family Practice*, 39, 262-270.
- Street, W. R. (1994). Attitude- behavior congruity, mindfulness, and self-focused attention: A