

# Universidad de Huelva

Departamento de Psicología Clínica, Experimental y  
Social



## **Análisis de variables relacionadas con el éxito en el autoabandono del consumo de tabaco**

**Memoria para optar al grado de doctor  
presentada por:**

**Bartolomé Marín Romero**

Fecha de lectura: 9 de junio de 2017

Bajo la dirección de los doctores:

Jesús Gil Roales-Nieto

Emilio Moreno San Pedro

**Huelva, 2017**





**Universidad  
de Huelva**

**Facultad de Ciencias de la Educación**  
Departamento de Psicología Clínica, Experimental y  
Social  
Programa de Doctorado: Ciencias de la Salud

**TESIS DOCTORAL**

Para la obtención del título de Doctor en Psicología por  
la Universidad de Huelva

**ANÁLISIS DE VARIABLES RELACIONADAS  
CON EL ÉXITO EN EL AUTOABANDONO DEL  
CONSUMO DE TABACO**

**Autor:** Bartolomé Marín Romero

**Director:** Dr. D. Jesús Gil Roales-Nieto

**Co-director:** Dr. D. Emilio Moreno San Pedro

AÑO 2017

A mis padres, por su ejemplo y apoyo.

A Victoria, mi mujer, por prestarme su cariño.

A Edu y Marina, por haber crecido con nosotros.

A Carlos y Olga, por hacernos más grandes.

A Axel, por hacernos más felices aun antes de tiempo.



## AGRADECIMIENTOS

Siempre pensé que la sección de agradecimientos sería la más difícil de la tesis ya que siempre tuve el temor de no poder expresar de forma suficientemente clara mi agradecimiento a todas las personas que de alguna manera han contribuido al final de su realización.

En primer lugar, quiero dar las gracias al Prof. Dr. Jesús Gil por dirigirme esta tesis y por las charlas que teníamos sobre la vida y la política y que tanto me han enseñado. Al Prof. Dr. Emilio Moreno, por su paciencia en la codirección de esta tesis, con todas mis dudas, que no eran pocas, y su siempre amable respuesta al descolgar el teléfono.

A la profesora Dra. Carmen Luciano, por todo lo que me enseñó en mis tiempos, jóvenes y no tan jóvenes, y por el entusiasmo que me transmitió desde siempre para el ejercicio de nuestra profesión.

Gracias a los que me animaron de alguna manera para no decaer en el intento, especialmente, a mi amigo José Luis con su ánimo y ejemplo, y cómo no, por hacer más agradable vivir.

A mis amigos, todos y cada uno de ellos, porque son lo mejor de la vida.

A mis compañeros de trabajo, los anteriores, Luciano, Magda, Rafa, María y Barti y a los actuales, Gonzalo, Jesús, Manolo, Luisa, Susana y Teresa y Paco por todo lo que compartimos día a día.

A los responsables del Instituto Provincial de Bienestar Social por su comprensión de las necesidades de formación de los profesionales que allí trabajamos.

A los participantes en el estudio, los que tuvieron éxito y los que no lo tuvieron, los primeros esperando que se mantenga y los segundos que lo sigan intentando hasta que lo logren.

Por último, gracias a mi familia, porque en todo momento, está a mi lado.

## RESUMEN

En el presente estudio se comparan las características sociodemográficas y comportamentales que presentan dos grupos de fumadores que inician el cese del consumo de tabaco mediante autoabandono, self-quitting en terminología anglosajona. El estudio de estos aspectos no es frecuente debido al predominio de los modelos biológicos en conductas adictivas, no obstante, cada vez son más las dudas que plantean dichos modelos y las implicaciones de cara al tratamiento que conllevan, así, la elevada frecuencia de usuarios de sustancias adictivas, especialmente tabaco, que intentan un cese en su consumo sin recurrir a ningún tipo de ayuda profesional pone el interés en distintas variables, tales como creencias sobre los tratamientos y en los repertorios comportamentales sobre autorregulación conductual que presentan estos consumidores de tabaco, por un lado en aquellos que lo intentan sin ayuda y tienen éxito en el cese del consumo de tabaco y por otro lado profundizar en las características que presentan aquellos que intentándolo mediante autoabandono fracasan en su propósito. En el presente estudio participaron 137 fumadores, de los cuales 99 habían tenido éxito en el cese de consumo de tabaco sin ayuda profesional o autoabandono y 38, que a pesar de haberlo intentado del mismo modo, no habían logrado mantenerse abstinentes. La asignación a un grupo u otro fue determinada según la relación con el consumo de tabaco tras un intento mínimo de cesación tabáquica mediante autoabandono durante al menos 6 meses sin

consumo y fue informada por los propios participantes y contrastada mediante cooximetría. Con este objetivo se elaboró un modelo de entrevista para cada uno de los grupos conteniendo algunos elementos comunes y otros diferenciales según el estatus de fumador en el momento de realizar la entrevista. Los resultados muestran que los fumadores que presentaban una mayor flexibilidad psicológica y mayor repertorio de autocontrol eran los que tenían más probabilidades de éxito, mientras que otras variables, tradicionalmente utilizadas en la literatura científica para explicar la eficacia en el cese del consumo de tabaco mediante autoabandono e, igualmente, consideradas de interés en la recogida de datos para la historia clínica no habían resultado ser determinantes en el éxito en el cese en la conducta tabáquica.



## ABSTRACT

In this study we have compared the characteristics presented by two groups of smokers who begin trying to quit their consumption of tobacco without professional help. The study of these procedures is infrequent due to the prevalence of biological models in addictive behaviors. However, there are more and more questions brought up by these models and the conceptions that they imply. The high frequency of addictive substance users, especially those of tobacco, brings our attention to the behavioral repertoires that they show: firstly, all those who try to quite without help, and subsequently, we delve into the characteristics of those persons who try and succeed without help. 137 smokers participated in this study, of which 99 had been successful in quitting their tobacco usage without professional help, and 38 who in spite of trying to stop smoking without any assistance had not been able to remain abstinent. The assignment to one group or another was guided by the participants themselves and corroborated via co-oximetry. We developed an interview model for each of the groups, containing some elements in common and others that were differentiating according to the status of the smoker at the time of the interview. The results show that the smokers who presented greater psychological flexibility were those who were more likely to succeed, while other variables of medical history that are traditionally used in scientific literature to explain the efficacy in quitting

smoking without or with professional help did not turn out to be determining in the success of quitting.



## INDICE PARTE TEÓRICA

<b>1. Introducción teórica .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1. El tabaquismo como problema de salud .....</b>	<b>7</b>
1.1.1. Mortalidad y tabaquismo.....	7
1.1.2. El consumo de tabaco como trastorno adictivo.....	8
1.1.3. Modelos explicativos de la adquisición y mantenimiento de la conducta de fumar. .....	13
<b>1.2. Tratamientos farmacológicos del tabaquismo .....</b>	<b>17</b>
1.2.1. Terapia sustitutiva con nicotina. ....	18
1.2.2. Bupropion. ....	19
1.2.3. Vareniclina. ....	20
<b>1.3. Deficiencias explicativas de los modelos basados en la adicción. ....</b>	<b>21</b>
<b>1.4. Tratamientos psicológicos para el tabaquismo. ....</b>	<b>25</b>
1.4.1. Técnicas aversivas .....	26
1.4.2. Técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán.....	28
1.4.3. Programas Multicomponentes.....	29
1.4.4. Nuevas perspectivas para el tratamiento psicológico sobre el consumo de tabaco. Aportaciones del modelo contextual.....	31
<b>2. Factores relacionados con el éxito en abandono del tabaco mediante tratamiento. .....</b>	<b>33</b>
<b>2.1. Otros factores implicados en el consumo de tabaco y su abandono. Impulsividad,         autocontrol y autoeficacia. ....</b>	<b>37</b>
<b>3. El consumo de tabaco como ejemplo de inflexibilidad psicológica. ....</b>	<b>45</b>
<b>3.1. Impulsividad y autocontrol en el consumo de tabaco y su abandono desde el punto de         vista contextual. ....</b>	<b>49</b>
<b>4. El abandono del consumo de sustancias por sí mismo. ....</b>	<b>52</b>
<b>5. El abandono del consumo de tabaco sin ayuda profesional o autoabandono (“self- quitting”). ....</b>	<b>55</b>
<b>6. Implicaciones del estudio del autoabandono. ....</b>	<b>62</b>

## PARTE EMPIRICA

<b>1. Objetivos</b> .....	<b>67</b>
<b>2. Método</b> .....	<b>69</b>
<b>2.1. Participantes</b> .....	<b>69</b>
2.1.1. Criterios de Inclusión.....	69
2.1.2. Reclutamiento de participantes.....	70
2.1.3. Descripción de la muestra.....	71
<b>2.2. Variables e Instrumentos</b> .....	<b>71</b>
<b>2.3 Procedimiento</b> .....	<b>74</b>
<b>3. Análisis de resultados</b> .....	<b>76</b>
<b>4. Resultados</b> .....	<b>77</b>
4.1. Perfil global de la muestra total de los fumadores que intentan el autoabandono (self- quitters).....	77
4.2. Comparación entre los fumadores que abandonan el consumo de tabaco y los que recaen.....	84
4.3. Repertorios conductuales en fumadores que deciden abandonar el consumo de tabaco mediante autobandono según consiguen abandonar definitivamente o recaen.	91
<b>5. Discusión y Conclusiones.</b> .....	<b>94</b>
5.1. En cuanto al perfil de los que inician el abandono del consumo de tabaco por sí mismos. ....	95
5.2. Comparación entre “self-quitters”. ¿Quién tiene éxito en el abandono de tabaco mediante autoabandono?.....	97
5.3. Conclusiones generales. ....	102
5.4. Limitaciones de la presente investigación y perspectivas futuras.....	104
<b>Referencias</b> .....	<b>107</b>

## INDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1.</i> Prevalencia del consumo de tabaco en Andalucía. _____	7
<i>Tabla 2.</i> Criterios diagnósticos según DSM 5 para los trastornos por consumo de tabaco. _____	10
<i>Tabla 3.</i> Criterios diagnósticos, según DSM 5, para el trastorno de abstinencia de tabaco. _____	11
<i>Tabla 4.</i> Medias (DT) y porcentajes según variables sociodemográficas en los fumadores que no solicitan ayuda profesional. _____	78
<i>Tabla 5.</i> Medias (DT) para variables relacionadas con la historia de consumo de tabaco que inician autoabandono y número de intentos previos. _____	79
<i>Tabla 6.</i> Razones que influyen en la decisión de abandono del consumo de tabaco, en porcentaje. _____	81
<i>Tabla 7.</i> Personas o factores que influyeron en la decisión de abandonar el consumo de tabaco, en porcentaje. _____	82
<i>Tabla 8.</i> Creencias sobre el tabaquismo y sobre la necesidad de tratamiento, en porcentaje _____	82
<i>Tabla 9.</i> Características de la muestra según éxito o fracaso en autoabandono.. _____	85
<i>Tabla 10.</i> Variables relacionadas con el hábito tabáquico. _____	87
<i>Tabla 11.</i> Razones para consumir tabaco en ambos grupos. _____	88
<i>Tabla 12.</i> Patologías mencionadas en el momento de abandonar el consumo de tabaco. _____	89
<i>Tabla 13.</i> Creencias sobre el abandono en ambos grupos. _____	91
<i>Tabla 14.</i> Repertorios conductuales en función del éxito en autoabandono. _____	92
<i>Tabla 15.</i> Modelo de regresión logística para estimar la influencia de las variables en el éxito en autoabandono. _____	93







## PARTE TEÓRICA

# 1. Introducción teórica

## 1.1. El tabaquismo como problema de salud

### 1.1.1. Mortalidad y tabaquismo

El uso del tabaco en nuestra sociedad ha derivado en un grave problema de salud pública, entre otras razones, debido a la magnitud y riesgos que conlleva para el padecimiento de algunas enfermedades, como las cardiovasculares y el cáncer, si bien, en este último grupo, el más citado es con el cáncer de pulmón no se pueden olvidar otros, tales como el de vejiga en los hombres (Bjartveit y Tverdal, 2009; Centers for Disease and Prevention, 1993). Según el estudio La Población Andaluza Ante las Drogas (2011) los datos sobre consumo de tabaco en nuestra comunidad son los siguientes, no siendo muy diferentes de los del resto del país.

*Tabla 1. Prevalencia del consumo de tabaco en Andalucía.*

	<b>2005</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2011</b>
<b>Nunca ha fumado</b>	43,3%	44,6%	46,5%	41,8%
<b>No fuma, antes si</b>	16,3%	13,3%	13,3%	16,7%
<b>Fuma ocasionalmente</b>	5,8%	9,7%	5,0%	5,4%
<b>Fuma diariamente</b>	34,4%	32,4%	35,2%	36,1%
<b>NS/NC</b>	0,26%	-	-	-
<b>Total</b>	100%	100%	100%	100%

Fuente: Los Andaluces ante las Drogas. XII.

Según este mismo estudio, las muertes atribuibles al tabaco en nuestra comunidad ascendieron a 8.538 durante el año 1996, suponiendo estas el 14,56% de todas las que ocurrieron en ese año. En el caso del conjunto de España, las muertes debidas al consumo de tabaco durante el año 2001 ascendieron a 54.233, lo que supuso

un 15,5% de todas las muertes ocurridas en individuos de más de 35 años (Banegas et al., 2005). El consumo de tabaco ha sido, y es la causa de mortalidad más susceptible de ser prevenida (Mrozowicz-Gaudyn, Sanz y Carballo, 2013), como consecuencia, las autoridades legislativas no han dudado en implementar normas con el objetivo de reducir las cifras de mortalidad mencionadas más arriba, tales como 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* (BOE, nº 309 p.42241) y la Ley 42/2010 que modificaba algunos aspectos de la anterior en relación a la venta y a un aumento en la restricción de los espacios libres para fumar (BOE, nº 318, p. 109188). Estamos ante un problema de salud pública y como tal debería ser abordado, ya que tanto las consecuencias derivadas del consumo de tabaco como los beneficios asociados al abandono de su consumo están bien documentados (Bjartveit y Tverdal, 2009; Doll, Peto, Wheatlhey, Gray y Sutherland, 1994). No obstante, un gran porcentaje de la población continúa fumando a pesar de los esfuerzos legislativos de las distintas administraciones por reducir su prevalencia e incidencia si bien ha habido una reducción como consecuencia de la aplicación de las leyes mencionadas más arriba, pasando de una prevalencia del 26,2% en 2009 al 24% en 2011 (Banegas et al. 2005; Barth, Critchley y Bengel, 2006, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

### **1.1.2. El consumo de tabaco como trastorno adictivo**

Al igual que otras sustancias, el consumo de tabaco se encuentra incluido dentro de los trastornos por consumo de sustancias en la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5) de la American Psychiatric Association (APA, 2014) siendo la característica esencial de estos la “*asociación de síntomas*

*cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia”*. (APA, 2014, p. 483).

Así, dentro de los trastornos relacionados con el consumo de tabaco, siguiendo los criterios del citado manual podemos diferenciar cuatro tipos, a saber:

- a) Trastorno por consumo de tabaco.
- b) Abstinencia de tabaco.
- c) Otros trastornos inducidos por el tabaco.
- d) Trastorno relacionado con el tabaco no especificado.

Para el desarrollo del presente estudio son los dos primeros los que tienen interés, tanto por su significación clínica como por la dificultad de su recuperación ya que los trastornos por consumo de tabaco se caracterizarían por tratarse de un *“patrón problemático de consumo de tabaco que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo que se manifiesta, al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses”* (APA, 2014, p. 571). (Tabla 2).

Tabla 2. Criterios diagnósticos según DSM 5 para los trastornos por consumo de tabaco.

<b>Trastornos por consumo de sustancias</b>	<b>Trastorno por consumo de tabaco</b>
Control deficitario sobre el consumo de la sustancia (Criterios 1-4)	1- Se consume tabaco con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto. 2- Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de tabaco. 3- Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir tabaco o consumirlo. 4- Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco.
Deterioro social (Criterios 5-7)	5- Consumo recurrente de tabaco que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar. 6- Consumo continuado de tabaco a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del tabaco. 7- El consumo de tabaco provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
Consumo de riesgo de la sustancias (Criterios 8 y 9)	8- Consumo recurrente de tabaco en situaciones en las que provoca un riesgo físico. 9- Se continúa con el consumo de tabaco a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el tabaco.
Criterios farmacológicos (Criterios 10 y 11)	10- Tolerancia, definida por alguno de los hechos siguientes: a) Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de tabaco para conseguir el efecto deseado. b) Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de tabaco. 11- Abstinencia; manifestado por alguno de los hechos siguientes: a) Presencia del síndrome de abstinencia característico del tabaco. b) Se consume tabaco (o alguna sustancia similar, como la nicotina para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Tabla 3. Criterios diagnósticos, según DSM 5, para el trastorno de abstinencia de tabaco.

A) Consumo diario de tabaco por lo menos durante varias semanas.	B) Cese brusco o reducción de la cantidad de tabaco consumido, seguido en las 24 horas siguientes por cuatro (o más) de los signos o síntomas siguientes:	C) Los signos o síntomas del criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	D) Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Irritabilidad</li> <li>2- Ansiedad</li> <li>3- Dificultad para concentrarse</li> <li>4- Aumento del apetito.</li> <li>5- Intranquilidad.</li> <li>6- Estado del ánimo deprimido.</li> <li>7- Insomnio.</li> </ol>		

Lo más característico de este trastorno es el deterioro en la capacidad para abandonar el consumo del tabaco y que, en su mayor parte, esta incapacidad es atribuida al efecto de la sustancia en determinados circuitos cerebrales y en el caso, del consumo de tabaco aunque al principio supone una conducta de carácter voluntario no obstante, con el paso del tiempo, la voluntad del individuo respecto al consumo este pasa a depender de sistemas cerebrales de neurotransmisión dopaminérgicos que, “supuestamente”, no están bajo control voluntario (Ochoa, Li y McNamee, 1990), no obstante lo anterior, comienzan a aparecer voces críticas respecto a esta visión de la adicción del tabaco u otras sustancias como enfermedad o trastorno motivado por sistemas de neurotransmisión cerebral señalando que el consumo de sustancias y el mantenimiento del mismo es más una elección del sujeto que un trastorno debido a cambios en los sistemas de neurotransmisión cerebral (Heyman, 2013).

A pesar de lo anterior, y similar al caso del alcohol, pero a diferencia de otras sustancias adictivas, es necesario señalar que el tabaco es un producto de venta libre en nuestro país, si bien con limitaciones a los menores de 18 años, lo cual conlleva que determinados criterios señalados en los manuales puedan ser poco significativos de cara al diagnóstico, por ejemplo, el excesivo tiempo para la consecución del tabaco, debido a la permisividad legal y social con respecto al mismo y por tanto facilidad en su consecución, o el abandono de actividades como consecuencia de su consumo aunque esto está cambiando debido a las introducciones legales, señaladas anteriormente, aprobadas en nuestro país, p. ej., respecto al uso de tabaco en lugares públicos. Baker, Breslay, Covey y Shiffman (2012), han sido críticos con los criterios establecidos en los manuales diagnósticos y propusieron que el proceso diagnóstico de los trastornos relacionados con el consumo de tabaco debería: 1) ayudar a las decisiones o recomendaciones de tratamiento, 2) a identificar a los pacientes que tienen un elevado riesgo de padecer consecuencias negativas derivadas de su uso, 3) a identificar a aquellos que necesitan una intervención dirigida a la deshabituación nicotínica y qué tipo y dosis de tratamiento necesitarían y, por supuesto, 4) que permita la elaboración de instrumentos de medida tanto para el campo clínico como para el campo de investigación, por tanto, una evaluación deseable de la dependencia del tabaco, a juicio de los mismos autores, debería tener las siguientes características:

a) Contener criterios claros y sencillos para asignar puntuaciones a los distintos ítems, de forma que la información que aporte cada uno de ellos sea clara tanto para el paciente como para quien evalúa, evitando en lo posible una interpretación desmesurada o carente de parsimonia.

b) Medir constructos que sean teórica y empíricamente centrales en la dependencia del tabaco.

c) Debería ser breve, apropiada para el uso en contextos clínicos.

d) Los criterios deben dar lugar a ítems que tengan propiedades psicométricas adecuadas en términos de fiabilidad y validez.

Suponiendo una escala continua podemos categorizar el hábito tabáquico como un proceso automatizado y repetitivo relacionado con el consumo de tabaco y, por otro lado, nos encontramos con el término adicción al tabaco, cuyo significado es equivalente al de dependencia siendo su característica principal la pérdida de control en relación al consumo de tabaco y el ejercicio de un gran esfuerzo para abandonar su consumo y que con frecuencia termina en fracaso. Son varias la teorías o causas propuestas para explicar esta dependencia o adicción pudiendo encontrar desde causas neuroquímicas, ambientales o incluso determinantes individuales de carácter genético (Le Foll y George, 2007).

### **1.1.3. Modelos explicativos de la adquisición y mantenimiento de la conducta de fumar**

La psicología ha aportado diferentes estrategias dirigidas al tratamiento del tabaquismo por los beneficios que abandono de su consumo aporta para la salud. La existencia de diferentes modelos explicativos de adquisición y mantenimiento ha dado lugar a diferentes propuestas de intervención en función del peso explicativo de las variables utilizadas para la comprensión de dicha conducta de consumo, ya sean estas de carácter fisiológico o psicológico. En las siguientes líneas se exponen brevemente



algunos de los modelos y variables que más influencia han tenido en la explicación del hábito tabáquico y de las que han surgido distintas estrategias de tratamiento.

a) Los modelos basados en la adicción postulan que aunque el tabaco contiene muchas sustancias, la nicotina es la responsable de la mayoría de los efectos del tabaco en humanos, atribuyendo a la nicotina un gran potencial adictivo debido a la actuación de esta sobre los receptores nicotínicos de la acetilcolina  $\alpha_4\beta_2$ . Estos receptores se encuentran localizados en las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral, si bien estos receptores se desensibilizan rápidamente, es decir pierden respuesta ante la presencia repetida de la nicotina, los efectos de la misma producen una liberación sostenida de dopamina (DA) en el núcleo accumbens y es lo que convierte a la nicotina en una sustancia adictiva similar a otras sustancias como las anfetaminas o la cocaína debido a la sensación de recompensa que proporciona (Fernández Espejo, 2002; Molero Chamizo y Muñoz Negro, 2005;). Otros autores, (George y O'Malley, 2004) señalan que la nicotina altera la función de otros muchos neurotransmisores, que incluyen además de la DA, la noradrenalina (NA), la 5 Hidroxitriptamina (5-HT), el glutamato, el ácido gamma aminobutírico (GABA) y algunos péptidos opioides endógenos, siendo el GABA y el glutamato los que juegan un papel crucial en la dependencia nicotínica asociada a claves estimulables a través del córtex prefrontal, la amígdala y el hipocampo (Le Foll y George, 2007). Con el abandono del consumo de tabaco se produce una disminución de la concentración de DA en el núcleo accumbens provocando la sintomatología típica del síndrome de abstinencia, caracterizado, como decíamos más arriba, por ansiedad, inquietud, insomnio y problemas de concentración, teniendo su pico a las 48 horas después de haber consumido tabaco por última vez y desapareciendo a los seis meses (Le Foll y George, 2007; Molero Chamizo y Muñoz Negro, 2005). No

obstante, se ha visto que la nicotina solo es adictiva en forma de consumo de tabaco y no en otras presentaciones de consumo, lo que sugiere que algunos componentes del mismo pueden potenciar los efectos reforzantes de la nicotina (Le Foll, Wertheim y Goldberg, 2007). Dentro de este modelo explicativo hay tres diferentes variantes (Roales Nieto y Calero García, 1994):

Modelo de efecto fijo: Este modelo sostiene que la nicotina induce el reforzamiento estimulando centros neurales específicos como se ha señalado anteriormente. No obstante, este modelo plantea algunas dudas como mecanismo explicativo, ya que como se decía respecto al anterior modelo, se ha visto que la administración de nicotina en otras presentaciones distintas a las del tabaco, por ejemplo, chicle o comprimidos no genera dependencia en humanos (Le Foll et al., 2007).

Modelo de regulación nicotínica: El modelo establece que a través del consumo de tabaco se regula el nivel de nicotina en el organismo de forma que el consumo de tabaco sería un mecanismo regulador de la presencia de nicotina en sangre. Así en procedimientos de abandono del tabaco basados en la reducción de nicotina se puede comprobar cómo los fumadores tienden a compensar la cantidad de nicotina inhalando más cantidad o aprovechando más el cigarrillo (Benowitz, 1988). No obstante, este modelo presenta algunas contradicciones, p. ej. no explica por qué ante determinados eventos o situaciones (estrés) las cantidades consumidas de tabaco cambian o por qué se dan unas altas tasas de recaída después de haber pasado un tiempo considerable tras el abandono de su consumo (Leventhal y Cleary, 1980).

Modelo de regulación múltiple: Este modelo fue propuesto por Leventhal y Cleary (1980) como respuesta a las deficiencias de los modelos centrados exclusivamente en la nicotina y cuya idea fundamental es que la regulación emocional es la clave que explica la conducta de fumar, así alteraciones en la homeostasis emocional estimulan la conducta de fumar. Este modelo que supera las debilidades de los anteriores atribuyendo a la regulación emocional (es decir, a una causa de carácter fundamentalmente psicológico) el papel de protagonista en el proceso de dependencia, debido a que el estado emocional se ha condicionado a los niveles de nicotina que a su vez se puede ver condicionado por claves estimulares externas.

b) Modelos basados en variables conductuales.

Teoría del proceso oponente: Con un carácter no farmacológico, Ternes (1977) (cf. En Roales-Nieto y Calero García, 1994) ofrece esta teoría como explicación del tabaquismo. Según este modelo cualquier desequilibrio afectivo significativo, en un sentido positivo o negativo, puede poner en marcha mecanismos centrales que van a intentar restablecer el equilibrio perdido. Es decir, en el caso del consumo de tabaco la presencia de sintomatología de abstinencia fruto de la administración repetida de la nicotina supone un fortalecimiento del proceso dirigido a alterar dicho mecanismo afectivo que, en el caso del tabaquismo, se mantiene por refuerzo positivo derivado de los efectos reforzantes de la nicotina y por refuerzo negativo derivado de la atenuación de los síntomas adversos propios de la abstinencia nicotínica.

Teorías basadas en el aprendizaje: Según estas propuestas teóricas, el consumo de tabaco se puede explicar de la misma manera que cualquier otra conducta adictiva, es decir, se trataría de un hábito sobreaprendido que es susceptible de ser modificado al

igual que cualquier otra conducta. El consumo de tabaco es fruto de una combinación de factores que incluyen un organismo con unas determinadas características biológicas y un repertorio comportamental determinado (disposición de modelos, reglas sobre los efectos de la sustancia, contacto directo con el tabaco), un estado motivacional determinado, unas condiciones contextuales generales y específicas determinadas y las consecuencias físicas y/o sociales derivadas de la autoadministración del tabaco (Secades-Villa y Fernández-Hermida,2001). (Fig. 1).

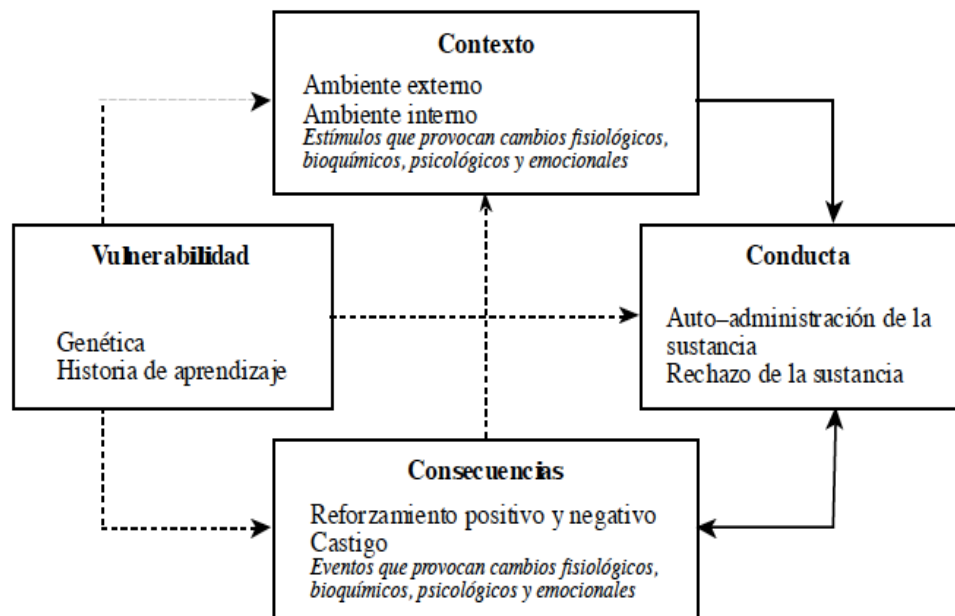


Fig. 1 Modelo Funcional del consumo de sustancias (Secades y Fernández, 2001).

## 1.2. Tratamientos farmacológicos del tabaquismo.

Aunque no es el objetivo del presente estudio, se presentan, siquiera brevemente, los tratamientos más utilizados y aprobados en nuestro país para la deshabituación tabáquica. Siguiendo a Roales-Nieto y Calero García (1994) se entiende por tratamientos farmacológicos del tabaquismo aquellas intervenciones destinadas a lograr la abstinencia o una atenuación del hábito de fumar y que incluyen el empleo de

una sustancia como elemento fundamental del tratamiento y que es aplicada por un médico o farmacéutico cuyo papel es activo frente al del fumador que suele adoptar el rol de paciente.

### **1.2.1. Terapia sustitutiva con nicotina**

La terapia sustitutiva con nicotina, (TSN) denominada en inglés como *Nicotine Replacement Therapy* (NRT) consiste en la administración de nicotina por otra vía distinta a la habitual del consumo de tabaco y su objetivo es evitar o atenuar el malestar derivado de la deprivación nicotínica facilitando con ello el abandono de consumo de tabaco. La presentación comercial de este fármaco se ha realizado en diferentes perfiles, parches, chicles, spray nasal e inhaladores y comprimidos según la duración del efecto que se persiga, así, por ejemplo, el parche proporciona una administración continua, durante horas, de nicotina, mientras que las otras presentaciones, chicles, comprimidos, proporcionan una administración discreta de corta duración, permitiendo de esta manera la presencia de la nicotina en sangre aproximadamente durante unos 20 minutos. La latencia de actuación del spray es muy corta, al igual que su permanencia en sangre, que oscila de 5 a 10 minutos, no obstante, a pesar de estas diferencias farmacodinámicas en las presentaciones, no se han encontrado diferencias significativas entre las mismas en lo que a eficacia para el abandono del consumo de tabaco se refiere (Le Foll y George, 2007). La TSN se ha mostrado efectiva en la cesación tabáquica a largo plazo, entendido este como un periodo superior a los doce meses (Etter y Stapleton, 2006), y los datos aportados por Roales-Nieto (2003), en una revisión llevada a cabo sobre 28 estudios basados en la utilización del chicle de nicotina, muestran que el porcentaje promedio de sujetos que se mantienen abstinentes a los seis meses es del 34%, bajando al 27% a los doce meses y llegando este porcentaje a los dos años al 18,1%. Otros

autores postulan que la eficacia de la TSN presenta diferencias según el género de los pacientes argumentando distintos modos de acción según el mismo (p. ej. Wetter et al., 1999). En cambio, otros autores críticos con la concepción de la nicotina como sustancia adictiva argumentan que el posible efecto de la TSN sea más debido a un efecto tóxico de la nicotina y, por tanto, derivado de cierta aversividad a la misma que a un efecto sustitutorio (Fowler, Lu, Johnson, Marks y Kenny, 2011; Frenk y Dar, 2011). En otro estudio llevado a cabo por Jorenby et al (1995) encontraron que dosis mayores de nicotina transdérmica, 44 mg, redujeron el craving de forma significativa frente a dosis de 22 mg, no obstante, esta reducción no estaba relacionada con el éxito y el mantenimiento de la abstinencia ni a las ocho ni veintiséis semanas de haber iniciado el abandono del consumo de tabaco.

### **1.2.2. Bupropion**

El Bupropion se presenta en forma de comprimidos de liberación sostenida que contienen 150 mg de sustancia activa. Es el primer tratamiento farmacológico no nicotínico para la dependencia tabáquica ya que se trata de un antidepresivo monocíclico. Su uso en el tratamiento del tabaquismo se debe a que durante su utilización durante el tratamiento en pacientes con trastornos del estado de ánimo se observó que estos disminuían su consumo de tabaco, aunque su mecanismo de acción para el tratamiento del tabaquismo no es conocido con exactitud, sí se sabe que actúa a nivel del núcleo accumbens inhibiendo la recaptación de DA, lo que explicaría la reducción del *craving* o ansia por consumir tabaco (Fiore y Theobad, 2009). Los fumadores que utilizan Bupropion a dosis de 100 mg, 150 mg o 300 mg diarios, tienen 1,42, 1,69 y 2,84 veces respectivamente más probabilidades de dejar de fumar que aquellos que reciben placebo. Según los estudios y la experiencia clínica con Bupropion

el fármaco puede indicarse a cualquier fumador que haga un intento serio de dejar de fumar y cuyo consumo de tabaco sea superior a 10 cigarrillos al día, siempre que no tenga alguna contraindicación derivada del uso del fármaco. (Díaz-Maroto y Jiménez, 2008).

### **1.2.3. Vareniclina**

Basado, al igual que la TRN, en la actuación de la nicotina sobre los receptores nicotínicos, aparece como tratamiento de la dependencia del tabaco el fármaco conocido como Vareniclina, el cual actúa como agonista parcial de los receptores nicotínicos, dando lugar a una liberación de DA que si bien es de un 40% a un 60% menor que la que tiene lugar con la nicotina, produce también efectos antagonistas, por un lado, actúa estimulando el receptor nicotínico controlando el *craving* y por otro bloquea los efectos que produce la nicotina (Díaz Maroto y Jiménez Ruiz, 2008). En la actualidad es considerado un fármaco seguro y ha mostrado ser significativamente más eficaz para el tratamiento del abandono de tabaco tanto a largo como a corto plazo que el Bupropion (Fagerström y Hughes, 2008). Los datos de eficacia, entendida esta como abstinencia continuada (más de seis meses desde el inicio del tratamiento) de la Vareniclina fueron del 44% frente al 29% del Bupropion y el 17% del placebo (Le Foll y George, 2007). Otros estudios (p. ej. Cahill, Stead y Lancaster, 2012) arrojan unos datos de Vareniclina que van desde el 70% a los seis meses de abstinencia y del 49,6% a los doce meses con un tratamiento de una duración de 24 semanas, frente al 43,6% a los seis meses y del 36,9% a los doce meses del placebo.

### **1.3. Deficiencias explicativas de los modelos basados en la adicción**

Aun teniendo en cuenta los posibles beneficios de la terapia farmacológica, no se puede obviar la aparición de determinados efectos secundarios derivados de la misma y que puede variar dependiendo de la terapéutica farmacológica aplicada, por otro lado, hay que tener en cuenta el coste económico que supone, bien para el paciente ya que estos fármacos no están incluidos en la cartera de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, bien para las arcas públicas. Esta forma de entender el consumo de tabaco basada exclusivamente en la dependencia nicotínica y por ende de una estrategia terapéutica basada en el uso de ciertos fármacos, cuyo efecto es la atenuación de la sintomatología de abstinencia presenta una serie de deficiencias y su solidez empírica es muy débil como se han encargado de poner de manifiesto algunos autores (Atrens, 2001), por ello, la adicción o dependencia tendría que ser un término que debería ser usado para describir problemas con una sustancia adictiva y no ser usada como un concepto explicativo. Sea como fuera, los datos sobre el papel de la dependencia en el mantenimiento de la conducta de consumo de tabaco son contradictorios (Hagimoto, Nakamura, Morita, Masui y Oshima, 2010, Vangeli, Stapleton, Smit, Borland y West, 2011). Una de las consecuencias derivadas de una conducta adictiva es la pérdida de control del sujeto respecto al consumo de una determinada sustancia y en el caso de la nicotina no es seguro que esta sustancia pueda ejercer un papel importante o determinante en la de pérdida de control (Rose, 2006). Es interesante señalar que el hecho de que la nicotina sea una sustancia reforzante no quiere decir necesariamente que sea una sustancia adictiva, incluso el hecho de ser considerada una sustancia psicoactiva se convierte en condición necesaria pero no suficiente para convertirse en adictiva. Así, la creación de modelos animales de adicción utilizando la nicotina ha sido



extremadamente difícil y sólo se ha dado en el caso de primates en un estudio presentado por Wood en 1990 (cf. en Atrens, 2001). Otros autores (Mark, Blander y Hoebel, 1991) han criticado la excesiva influencia de la hipótesis dopaminérgica de la adicción nicotínica, encontrando algunas inconsistencias, tales como que sustancias inocuas como la sacarina tiene unos efectos similares a los de la nicotina en el Núcleo Accumbens. Otros autores, Dar y Frenk (2004) ponen en cuestión la capacidad adictiva de la nicotina basándose en las dudas sobre distintos aspectos que tiene que cumplir una sustancia para ser considerada adictiva y señalan que no se ha demostrado que los fumadores opten por una autoadministración pura de nicotina igual que ocurre con otras sustancias adictivas con las que se suele comparar la nicotina, tampoco han podido ser demostrados los efectos euforizantes, señalando que cuando en otros estudios han podido ser probados dichos efectos no se han controlado las instrucciones previas recibidas por los sujetos. Estos mismos autores (Frenk y Dar, 2011) señalan las debilidades de la nicotina como sustancia adictiva, ya que su papel reforzante ha sido puesto en entredicho cuando han podido demostrar que fumadores privados de nicotina han optado por compensar dichos déficit nicotínicos con “cigarrillos libres de nicotina”, incluso llegando a plantear la duda sobre los estudios existentes debido a los posibles efectos del alquitrán que acompaña a los cigarrillos, cuya concentración es casi la misma que la de nicotina; o la influencia de otras sustancias no nicotínicas que conlleva el uso del cigarrillo y que pueden tener un papel reforzante en determinadas áreas cerebrales, postulando que la utilización de cigarrillos libres de nicotina podría ser igualmente útil en la atenuación del síndrome de abstinencia y el *craving*, mientras que, por otro lado, se ha encontrado evidencia de que la nicotina administrada en alguna de las formas terapéuticas mencionadas anteriormente no atenúa el *craving* en la misma

medida que lo hace el tabaco fumado. Añadido a lo anterior, numerosos autores empiezan a poner en cuestión todo el postulado neuroquímico, señalando dudas sobre el papel adictivo de la nicotina o mejor, sobre la influencia de otros aspectos imprescindibles en ese papel bien de tipo ambiental o químico o una interacción entre ambos o incluso genética, tales como la influencia de claves estímulares, o el papel jugado por otros neurotransmisores (Rose, 2006, 2007). Frenk y Dar (2011) plantean también dudas acerca de la tolerancia y el síndrome de retirada ya que, por ejemplo, en el caso de la tolerancia sólo aparece para alguno de los efectos nicotínicos y no para otros, por ejemplo para la aversividad, pero no para los efectos placenteros y en el caso del síndrome de abstinencia, plantean que es similar al obtenido con otros hábitos apetitivos que no conllevan uso de sustancias; otro fenómeno observado, más interesante aún, es la ausencia de sintomatología de abstinencia en función de determinadas reglas (p. ej. durante la celebración del *Sabbath* en Jerusalén) o una mayor intensidad de *craving* ante determinadas señales estímulares externas más que según los niveles de nicotina presentes a nivel cerebral. En otro estudio, Dar y Barret (2014) cuestionan los resultados de las distintas alternativas farmacológicas para el tratamiento del tabaquismo debido, sobre todo, a la falta de control de las posibles creencias que tienen los sujetos que participan en los estudios de eficacia respecto a dichas estrategias terapéuticas ya que estos autores consideran que esta percepción puede jugar un papel muy importante y se ha podido comprobar su influencia en dichos resultados. Así mismo, en relación a lo anterior, las diferencias en tipología de fumadores en función del contexto y cantidad de cigarrillos consumidos puede poner en cuestión la capacidad adictiva de la nicotina, Kandel y Chen (2000) (cf. en Coggins, Murrelle, Carchman y Heidberder, 2009) señalan que sólo el 50% de los fumadores

cumplen los criterios de dependencia establecidos en los manuales diagnósticos y por otro lado, desde un punto de vista más ambientalista, se ha puesto de manifiesto la importancia de algunos aspectos relacionados con claves estimulares en la modulación del *craving* una vez instaurada la conducta de fumar (Muñoz, Sanjuán, Fernández-Santaella, Vila y Montoya, 2011). Por último, en relación a la importancia relativa de la dependencia nicotínica también ha podido ser comprobada la influencia de determinadas políticas fiscales en el tabaco sobre el aumento o disminución de la incidencia de fumadores (Le Foll y George, 2007, Williams, Beebe y Neas, 2015).

La existencia de distintas tipologías de fumadores también hace pensar en otros mecanismos distintos de los puramente biológicos como determinantes de la dependencia o abstinencia (Coggins et al., 2009). En la actualidad se puede observar un incremento en la prevalencia de fumadores “*chippers*”, aquellos que consumen menos de cinco cigarrillos al día, como mínimo cuatro días a la semana al menos durante dos años (Shifman, 1989) o por otro lado, el incremento que se está observando en fumadores no diarios, sino asociados a condiciones muy específicas (Berg et al., 2013). La existencia de este tipo de fumadores entra en contradicción con la hipótesis de la dependencia nicotínica y su influencia en la intensidad del *craving* o en la evitación del síndrome de abstinencia, pues este tipo de fumadores enfatiza más la importancia de determinadas claves estimulares para la obtención de refuerzo positivo frente a la importancia concedida a otras claves estimulares indicadoras de refuerzo negativo, que serían más determinantes en el caso de fumadores diarios. Por otro lado, los *chippers* perciben menos dificultades a la hora de abandonar el consumo de tabaco, igual que no usan el tabaco como mecanismo regulador de la abstinencia, *craving* o compulsión subjetiva (Shiffman y Pay, 2006). Algunos autores como Chainton, Cohen, McDonad y

Bondy, (2007) han señalado la necesidad de disminuir la importancia atribuida la dependencia nicotínica debido a la escasa utilidad del constructo como factor predictivo en el éxito en el cese de consumo de tabaco y, por otro, de disminuir las expectativas en las medidas terapéuticas derivadas del consumo de tabaco basadas en la dependencia y en este sentido señalan que dicha dependencia es algo muy distinto del acto de fumar y la conciben como la necesidad que tiene un determinado individuo de nicotina pero que por sí sola, no es útil para determinar o predecir el resultado de los intentos de cesación tabáquica, así, siguiendo la lógica de la dependencia nicotínica, los sujetos más dependientes serían los que deberían mostrar más dificultad a la hora de cesar en el consumo de tabaco y a la inversa, sin embargo, estos autores señalan que los datos no muestran una relación lineal de la dependencia, medida mediante el *Heaviness Smoking Index* (HSI), con la probabilidad de cese de consumo de tabaco, ya que, si bien los fumadores que habían puntuado bajo en la dependencia consiguieron el abandono del consumo de tabaco antes que los que habían puntuado alto, a largo plazo las tasas de abandono de consumo era similares entre ambos grupos, por lo que concluyeron que la dependencia es sólo un factor más implicado en la cesación tabáquica, pero ni mucho menos es el determinante principal, admitiendo la influencia de otro tipo de factores, ya sean cognitivos, afectivos o ambientales.

#### **1.4. Tratamientos psicológicos para el tabaquismo**

Dadas, como se ha señalado anteriormente, las dificultades de acceso a los tratamientos farmacológicos y su escasa eficacia derivada de una forma de entender el hábito tabáquico como algo solamente mediado por el efecto de diversos neurotransmisores y teniendo en cuenta que fumar es, al fin y al cabo, una conducta, se han propuesto diversos enfoques terapéuticos para el tabaquismo desde la psicología. A

partir de los años sesenta del siglo XX, con el desarrollo de las técnicas de modificación de conducta se establecieron distintos modelos de intervención para el abandono del consumo de tabaco que serán resumidos, siquiera someramente, en las líneas que siguen.

#### **1.4.1. Técnicas aversivas**

Las estrategias aversivas suponen la asociación de la conducta de fumar con algún tipo de estimulación desagradable, ya sea de tipo incondicionado o condicionado que se administra paralela a la cadena de respuestas que componen la conducta de fumar, teniendo como objetivo convertir la conducta de fumar en algo desagradable (Becoña Iglesias y Vázquez González, 1998; Roales-Nieto y Calero García, 1994).

##### *Técnica de fumar rápido:*

Esta técnica se basa en los principios del condicionamiento aversivo y trata de conseguir que el propio consumo de tabaco se convierta en un acto desagradable para el fumador. Consiste, en su versión más clásica, en que los fumadores inhalen caladas cada seis segundos hasta el punto de que empiecen a sentir estimulación interoceptiva aversiva, ya sea en forma de náuseas o de mareos. Se compone de diversas sesiones en las que se hacen tres ensayos de 15 minutos cada uno, dejando una pausa de 5 minutos de descanso entre ellos; este tipo de tratamiento dura 2-3 semanas, aplicándose inicialmente en sesiones diarias para posteriormente espaciar las sesiones. Se le atribuye una tasa promedio de abstinencia del 34% en seguimientos de 5 y 6 años (Becoña Iglesias y Vázquez González, 1998) si bien otros autores (Roales-Nieto y Calero García, 1994) resaltan que hay datos contradictorios en lo que a resultados de eficacia se refiere.

### *Técnica de saciación:*

Con esta técnica se pretende que los aspectos positivos del consumo de tabaco se conviertan en aversivos a través del consumo de tabaco mismo mediante una cantidad excesiva de cigarrillos consumidos. Para la consecución del objetivo se instruye al sujeto para que aumente de forma exagerada la cantidad de cigarrillos fumados pretendiendo de esta manera llegar hasta el punto de saciación, es decir, hasta que el fumador no puede fumar más, eliminando así el poder reforzante del consumo de tabaco y convertirlo en algo aversivo para el fumador (Becoña Iglesias y Vázquez González 1998; Roales-Nieto y Calero García, 1994). Esta técnica, a diferencia de la anterior, la realiza el propio sujeto en su contexto habitual, obteniendo tasas de abstinencia según Schwartz (1997, cf. en Becoña Iglesias y Vázquez González, 1998) que oscilan entre el 15% y el 35% al año de seguimiento.

### *Técnica de retener el humo:*

Esta técnica consiste en que el sujeto retenga el humo del cigarrillo en boca y garganta durante intervalos de entre 30 y 45 segundos y, paralelamente, continúe respirando por la nariz. Una vez terminado el ensayo se descansa durante 30 segundos y se repite hasta seis veces el mismo procedimiento, proporcionando al paciente instrucciones para que perciba la experiencia. El tratamiento mediante esta técnica consta de unas 8 sesiones que comprenden 3 ensayos con 5-6 retenciones cada uno. Los resultados de esta técnica han mostrado cierta eficacia, llegando al 68% de abstinencia los seis meses de seguimiento (Becoña Iglesias y Vázquez González, 1998).

### *Otras técnicas de carácter aversivo:*

Debido a las contraindicaciones de los anteriores, se proponen otras técnicas, basadas también en principios derivados del Análisis Funcional; así, por ejemplo, la técnica de *fumar focalizado* o *fumar centrado en la atención* pretende que el acto de fumar se convierta en aversivo en sí mismo. Se instruye al fumador para que se centre en la estimulación derivada del propio acto de fumar, en otras palabras, se pretende aislar la conducta de fumar del resto de estimulación que normalmente acompaña al consumo de tabaco para que el sujeto experimente toda la estimulación que conlleva fumar tal y como es en realidad. Las cifras de eficacia de esta técnica están en torno al 60% a los seis meses (Liechtenstein, Harris, Birchler, Wahl y Schmal, 1973) y tiene la ventaja de que la técnica puede ser aplicada por el propio sujeto en su contexto habitual (Roales-Nieto y Calero García, 1994).

*Tratamiento por aversión al sabor.* El objetivo que se pretende con este tipo de procedimientos es conseguir un sabor desagradable al consumir un cigarrillo mediante la ingesta previa de alguna sustancia que lo provoque, por ejemplo, acetato de plata. Su eficacia es baja y en algunos casos pueden aparecer molestias bucales (Becoña Iglesias y Vázquez González, 1998).

No obstante, a pesar de algunas cifras de eficacia, las técnicas aversivas han quedado apartadas del arsenal terapéutico al igual que los modelos basados únicamente en la dependencia nicotínica.

#### **1.4.2. Técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán**

Esta técnica parte del supuesto de la nicotina como principal agente responsable de la dependencia, pero no sería la única, sino que el consumo de tabaco sería, pues una conducta que se mantiene tanto por factores fisiológicos como psicológicos. La técnica

conlleva una progresiva reducción de la ingesta de nicotina mediante el cambio semanal de consumo de una marca de cigarrillos a otra con menos cantidad de nicotina, esta reducción respecto al inicio del tratamiento es del 30%, 60% y 90% en el número de cigarrillos consumidos en línea base, todo ello acompañado de la cumplimentación de autorregistros diarios que representen el número de cigarrillos consumidos. En último término, se persigue la reducción del número de cigarrillos si el sujeto no consigue el abandono total del tabaco, si bien, al igual que las anteriores, no está exenta de inconvenientes derivados de la autorregulación de la nicotina, ya que en algunos casos el fumador compensa el descenso de los niveles de nicotina aumentando el número de cigarrillos fumados y por otro lado, la reducción de cigarrillos puede aumentar el valor reforzante de los cigarrillos restantes (Becoña Iglesias y Vázquez González, 1998, Roales Nieto y Calero García, 1994; Kabat y Wynder, 1987).

Los datos sobre eficacia de esta técnica son dispares, Becoña Iglesias y Vázquez González (1998) señalan cifras entre el 8% y 50% al año de seguimiento, con un nivel promedio del 34% mientras que por otro lado Roales-Nieto y Calero García (1998) hablan de cifras de recaída del 70% de los participantes a los 6 meses de finalizar el programa.

### **1.4.3. Programas Multicomponentes**

Esta modalidad propone la aplicación de distintas estrategias que se han mostrado eficaces en el abandono del consumo de tabaco. Siguiendo a López Ríos, Roales-Nieto y Ayllon (2001) los programas multicomponentes conllevan añadir a una estrategia de probada eficacia elementos terapéuticos que se han visto útiles para el abandono del tabaquismo. Estos programas se desarrollan en tres fases: preparación



para abandonar, abandono y mantenimiento de abstinencia. En la primera fase se persigue motivar al fumador a la vez que incrementar su compromiso para abandonar el consumo de tabaco utilizando depósitos monetarios y contratos de contingencias. En la fase de abandono ya se aplica una técnica que haya demostrado su eficacia en el cese del consumo de tabaco. Por último, una vez abandonado el consumo de tabaco, se pasa a la fase de mantenimiento, que va dirigida a mantener los logros conseguidos. Se compone de sesiones de seguimiento y se sigue trabajando en la prevención de recaídas, mediante entrenamiento en autocontrol, habilidades en manejo del craving, control estimular etc. (Becoña Iglesias y Vázquez González, 1998). Los estudios sobre resultados de eficacia de los programas multicomponentes han informado de tasas de abstinencia cercanas al 50%. (p.ej. Becoña Iglesias y Vázquez González, 1998) mientras en otros estudios la comparación de cifras de éxito obtenidas entre un programa de reducción y otro multicomponente son similares, rondando el 30% de fumadores abstinentes a los nueve meses (López Ríos et al., 2001).

#### **1.4.4. Nuevas perspectivas para el tratamiento psicológico sobre el consumo de tabaco. Aportaciones del modelo contextual**

Como hemos visto anteriormente, la existencia de distintas teorías explicativas que postulan la implicación de diversos elementos de control en la conducta de fumar y su abandono da lugar a distintos modelos de intervención para el tratamiento del consumo de tabaco y a una carencia de modelos explicativos que permitan una lógica coherente de cara a abordar dicha problemática. Desde los modelos biológicos se enfatiza la importancia de la capacidad adictiva de la nicotina, atribuyéndole la posibilidad de cambios a nivel del sistema nervioso central, algo que, como hemos comentado más arriba, presenta numerosas debilidades empíricas, hasta los modelos basados en constructos cognitivos en los cuales se nos ofrece un panorama explicativo basado en distintos eventos privados cuya manipulación es necesaria para eliminar la conducta de consumo. Ambos modelos, biológicos y cognitivos, serán la base de las distintas alternativas terapéuticas clásicas más frecuentes y cuya lógica fundamental será la del intento de modificar la causa responsable del consumo de tabaco para la eliminación del hábito. Sin embargo, estos eventos, ya sean de tipo cognitivo y/o fisiológico, serán asumidos desde un punto de vista contextual como eventos conductuales en sí mismos (Hayes, Stroschal y Wilson, 2014). Así, desde este punto de vista, perderían su papel explicativo y pasarían a ser entendidos como variables dependientes. El consumo de tabaco, pues, se entiende como parte de un entramado de relaciones funcionales formado a partir de contingencias pasadas y presentes. Esta concepción, siguiendo a Hernández López (2007) permite eliminar el papel causal de determinados eventos fisiológicos y/o cognitivos y, por tanto, no será necesario un

abordaje dirigido a modificar estos, sino que formarán parte de la intervención terapéutica, pero más que su modificación se abordará su relación funcional con el consumo de tabaco. Esta concepción da lugar a una visión de los trastornos por consumo de tabaco como producto de la interacción entre distintas variables, cada una de las cuales aporta su importancia de cara al consumo del mismo, pero sin que ninguna de ellas, por sí sola, pueda explicarlo en su totalidad. De esta manera, habrá multitud de perfiles de fumadores y para intentar definirlos será necesario tener en cuenta las variables, biológicas, psicológicas o sociales en interacción y cuyo objetivo de cara al tratamiento será conocer las variables contextuales, es decir, se asume el comportamiento como un todo y lo que interesa, fundamentalmente, serán las relaciones conducta-conducta, independientemente de su carácter biológico, psicológico o social. Estas relaciones entre los distintos tipos de variables son arbitrarias, y, por tanto, no están basadas en características físicas, sino que son relaciones que están establecidas en el contexto social-verbal. De esta manera, el consumo de tabaco, como cualquier otro comportamiento, conlleva una naturaleza verbal y, por tanto, su conocimiento y objetivo de cambio debe pasar por un análisis del lenguaje (Barnes-Holmes, Cochrane, Barnes-Holmes, Stewart y McHugh, 2004; Wilson y Luciano, 2002). Diversos estudios dan cuenta de la eficacia de este enfoque para el abordaje del tabaquismo (Gifford, Kohlenberg, Hayes, Antonuccio et al, 2004; Gifford et al., 2011; Hernández-López, Luciano, Bricker, Roales-Nieto Montesinos, 2009).

## 2. Factores relacionados con el éxito en abandono del tabaco mediante tratamiento

Factores de todo tipo se han relacionado con el éxito a la hora de abandonar el consumo de tabaco mediante tratamiento, así, por ejemplo, el mantenimiento de la abstinencia ha sido asociado con variables tales como edad de inicio o de abandono, nivel de educación, religión o estado civil (Froján y Becoña, 1999). De esta manera se ha observado que las tasas de abandono aumentan con la edad, posiblemente debido a la aparición de sintomatología aversiva derivada del consumo de tabaco a lo largo del tiempo (Gregor y Borrelli, 2012) o el estado civil, el cual se ha visto muy influyente según el estatus de fumador de la pareja, así, las personas que participaban en algún programa de cesación tabáquica que tenían pareja fumadora eran más proclives a las recaídas que las que su pareja no era fumadora, teniendo este factor además un mayor peso predictor en mujeres que en hombres (Kabat y Wynder, 1987; Torchalla, Okoli, Hemsing y Greaves, 2011).

El género también ha sido otro factor que ha sido tenido en cuenta a la hora de predecir el éxito en el abandono del consumo de tabaco (Bjornson et al., 1995), así en el caso de los hombres el *craving* era el predictor más potente de una posible recaída mientras que en el caso de las mujeres aparecían como predictores más eficaces de recaída el estado de ánimo, la ansiedad, la ira y el estrés percibido (Nakajima y al'Absi, 2012). Especial importancia, en el caso de las mujeres, tiene la ganancia de peso, que actuaba como predictor de la recaída en consumo de tabaco (Mizes et al., 1998). Además de las preocupaciones por posibles ganancias de peso, otros autores (p.ej. Torchalla et al., 2011) justifican la posible existencia de diferencias en cuanto a género

debidas a influencias hormonales que tienen la capacidad de provocar algunos cambios en el metabolismo de la nicotina, dando lugar a que la mujer sienta de una forma más aversiva el síndrome de abstinencia y fuera, por tanto más vulnerable para sufrir sintomatología depresiva y estados de ánimo negativos, todo ello añadido a una mayor preocupación por el peso y una menor percepción de apoyo social, lo que daría lugar a una tasa de recaídas más elevada una vez iniciada la abstinencia. En el caso de mujeres embarazadas, la prevalencia de mujeres que son incapaces de abandonar el consumo de tabaco llega al 20%, en este caso una elevada percepción de estrés por el abandono del tabaco, junto con un estado anímico depresivo y una estrategia de abandono de consumo de tabaco centrado en la resistencia a las ganas de fumar impide una abstinencia nicotínica prolongada (Varescon, Leignel, Poulain y Gerard, 2011) mientras que desde un punto de vista más sociodemográfico las mujeres se ven menos influenciadas en relación al cese en consumo de tabaco por el control social que pueden suponer la pareja y la familia de origen así como los amigos (Westmaas, Wild y Ferrence, 2002).

No obstante, algunos autores señalan que no se pueden sacar conclusiones definitivas respecto al género en el mantenimiento de la abstinencia debido a las influencias que pueda tener el tratamiento utilizado o la adherencia al mismo (Llambí et al., 2008). La edad en el caso del género ha sido una variable que se ha considerado importante, ya que por debajo de los 50 años las mujeres han mostrado más eficacia en el abandono del consumo de tabaco mientras que los hombres han mostrado más facilidad en el abandono del tabaco cuando la edad es superior, no obstante, las diferencias a través de grupos de edad son relativamente pequeñas (Jarvis, Cohen, Delnevo y Giovino, 2013). En el caso de personas jóvenes se ha visto que hay más

variables implicadas tales como la cantidad de cigarrillos consumida, el género, el nivel educativo, creencias sobre los efectos del tabaco en la salud, la influencia de los valores relacionados con la salud, motivos para fumar y la ocupación (Chassin, Presson, Rose y Sherman, 1996; Peña, Konfino y Mejía, 2015). Otros estudios (p. ej. Tucker, Ellickson, Orlando y Klein, 2005), muestran el elevado interés que tienen los jóvenes en abandonar el consumo de tabaco, aunque solo el 33% de los que lo intentan se mantienen abstinentes durante 6 meses o más.

En relación a otros hábitos adictivos, los fumadores de la muestra del estudio de Tucker et al. (2005) presentaban elevadas tasas de consumo de alcohol y otras drogas y peor salud mental, por su parte, la presión social o la influencia del grupo de iguales se ha visto importante como elemento predictor de cesación tabáquica; así, por ejemplo, en chicas que optaron por el abandono del consumo de tabaco se observó que tenían amigos que utilizaban el tabaco con poca frecuencia, percibían menos apoyo parental a su conducta de fumar y tenían menos intención de fumar (Ellickson, Tucker y Klein, 2001). No destacaron las variables sociodemográficas como buenos predictores ni tampoco la historia de consumo; en este caso, solo la abstinencia a corto plazo a partir de la cesación y el cumplimiento terapéutico presentaron una relación significativa más allá de los seis meses de abstinencia (Nerin et al., 2004), mientras se señala la importancia de otro tipo de factores de carácter externo a la hora de influir en la recaída tales como claves estimulares relacionadas con consumo de tabaco (Shiffman et al., 1996).

El número de cigarrillos, criterio principal para distinguir entre fumadores ligeros y pesados, también ha servido para pronosticar la diferencia de éxito en el abandono del consumo de tabaco mediante algún tipo de tratamiento profesional,

presuponiendo una mayor facilidad de éxito en la cesación tabáquica a fumadores de bajas cantidades de cigarrillos por día; no obstante, eran los fumadores de más cantidad los que tenían más éxito en el abandono del consumo de tabaco si bien el éxito de dicho factor, pudiera ser debido a la mayor probabilidad de consecuencias aversivas para la salud que tienen los fumadores que consumen mayor número de cigarrillos (Kabat y Wynder, 1987).

El abandono del consumo de tabaco conlleva una serie de cambios en los hábitos que pueden ser muy complejos y resultar un proceso muy variable de una persona a otra, pasando por el número de intentos de abandono, la existencia de episodios de reducción o intentos no planeados hasta múltiples recaídas (Hughes, 2003), todo ello ha motivado que la evaluación sobre las diferencias en el éxito en dicho proceso de abandono en lo que a la sintomatología de abstinencia nicotínica de un sujeto fumador a otro sea un elemento a tener en cuenta de cara al diseño de intervenciones eficaces, ya que en distintos momentos del proceso pueden estar los elementos claves para el abandono del consumo de tabaco (Giovino, Hughes, Pearce y Marcus, 1990). Este síndrome de retirada da lugar a sintomatología afectiva y física, estando la primera más relacionada con la recaída (Piasecki, Jorenby, Smith, Fiore y Baker, 2003). En un estudio llevado a cabo por Shiffman y Waters, (2004) se encontró que la recaída estaba más relacionada con los cambios rápidos en afectividad negativa mientras que Chassin, Presson, Sherman y Kim, (2002) encontraron que los que tuvieron éxito en el abandono del tabaco utilizando algún tipo de tratamiento mostraron descensos significativos en sus niveles de estrés, no obstante, no encontraron incrementos en estrés en los que habían fracasado en el intento de abandono, es decir, el intento fallido de abandono no exacerbó los niveles de estrés mientras que las creencias

relacionadas con el fumar se vieron modificadas, así, en el caso de los que tuvieron éxito en el abandono del tabaco se tomaron más en serio las advertencias sobre los riesgos derivados del consumo de tabaco a la par que una disminución en la credibilidad de los aspectos positivos de fumar. Los que recayeron no mostraron incrementos en los niveles de afectividad negativa pero sí manifestaron más disponibilidad a la credibilidad sobre los beneficios de fumar mientras que otros autores siguen insistiendo en la idea de la afectividad negativa, en este caso asociada al craving en la recaída (Piper et al., 2011).

### **2.1. Otros factores implicados en el consumo de tabaco y su abandono. Impulsividad, autocontrol y autoeficacia**

Aunque el constructo impulsividad ha tenido varias definiciones, la principal característica del mismo es que conlleva una respuesta más rápida o menos lejana en el tiempo, pero, a la vez, más perjudicial para el que la realiza, en detrimento de otra respuesta o respuestas cuyas consecuencias serían más beneficiosas a largo plazo, pero más demoradas en el tiempo. La idea que subyace en el concepto de impulsividad sería la tendencia de respuesta rápida, no planificada y sin tener en cuenta las consecuencias de dicha conducta (Iribarren, Jiménez-Giménez, García-de Cecilia y Rubio-Valladolid, 2011). La impulsividad ha sido definida como un tipo de comportamiento no premeditado e irreflexivo (Salvo y Castro, 2013), como un tipo de acción ejecutada prematuramente y de forma arriesgada, pobremente diseñada y teniendo consecuencias indeseadas para el que la realiza (Bickel, Jarmolowicz, Mueller, Gatchalian y McClure, 2012). Algunos autores (Adan, 2012) han entendido la impulsividad como un rasgo de la personalidad, es decir, como un repertorio estable de comportamiento, caracterizado por acciones con falta de previsión, que no tienen en cuenta las consecuencias que



puedan derivarse de dichas acciones. No obstante, otros autores (Dickman, 1990) distinguen entre una impulsividad funcional y otra disfuncional, entendiendo por impulsividad funcional aquella que dependiendo del contexto pueda obtener una optimización de resultados, y otra disfuncional, caracterizada por decisiones rápidas e irreflexivas que conllevan importantes consecuencias negativas para la persona. Desde un punto de vista funcional, la conducta impulsiva se ha caracterizado más por ser considerada como una clase funcional de respuestas, es decir, un grupo de respuestas con distintas topografías pero que funcionan bajo el mismo paradigma de reforzamiento, señalando seis posibles dominios o paradigmas, a saber: (1) conducta apetitiva excesiva, cuya fuente de mantenimiento es un reforzamiento positivo, especialmente de carácter social, (2) conducta controlada pero ineficaz en términos de consecuencias derivadas de su ejecución, (3) conducta impulsiva derivada del alivio momentáneo de eventos internos de carácter aversivo, (4) estrategias débiles de inhibición conductual, (5) déficit en el seguimiento de reglas y (6) estrategias pobres de control estimular e incapacidad de retraso en el reforzamiento (Farmer y Golden, 2009). Otros autores, (McKeel y Dixon, 2014), también desde un punto de vista funcional, han conceptualizado tres categorías diferentes de impulsividad, que incluyen: a) iniciación de respuesta, b) inhibición de respuesta y c) sensibilidad a las consecuencias. La primera conlleva responder impulsivamente antes de realizar una evaluación completa de la situación estimular, la inhibición de respuesta se entiende como un fracaso a la hora de detenerla una vez comenzada dicha respuesta y la tercera es la relacionada con la sensibilidad a las consecuencias, que se conoce también como manipulación de la recompensa y retraso del reforzamiento, esta última íntimamente relacionada con el repertorio conductual de autocontrol.

Otros autores (Doran, McChargue y Cohen, 2007; Doran, Cook McChargue y Spring, 2009), han resaltado la impulsividad como una tendencia a la obtención del reforzamiento sin tener en cuenta las consecuencias negativas asociadas, estando relacionada dicha impulsividad con el consumo regular de tabaco y siendo uno de los más importantes predictores de la dificultad de abandono del mismo, ya que las personas fumadoras son menos proclives a mostrar conductas dirigidas a la obtención de reforzamiento a largo plazo. Desde esta perspectiva, el consumo de tabaco cumpliría los requisitos de estar asociado a la impulsividad, en cuanto que, normalmente, hay una pérdida de control y sobre todo y, posiblemente, más importante sin tener en cuenta las consecuencias negativas a largo plazo derivadas del consumo de tabaco y bien documentadas en la literatura científica (p.ej., Bjartveit y Tverdal, 2009; Doll, Peto, Wheatley, Gray y Sutherland, 1994). La pérdida de control en la conducta de consumo de tabaco es evidente, debido a que la mayoría de fumadores señalan su deseo de abandono y no todos lo consiguen, incluso siguen consumiendo a pesar de haber experimentado graves consecuencias que, de no haberlo consumido, no hubieran aparecido (Roales-Nieto, 2003; Steinberg, Schmelzer, Richardson y Foulds, 2008), o cuando ya han desaparecido determinados estados afectivos ligados a la abstinencia (Dawkins, Powell, Pickering, Powell y West, 2009). A pesar de la documentada implicación de la impulsividad en el desarrollo del trastorno por consumo de tabaco, y a que su importancia etiológica haya sido puesta de manifiesto, se desconoce cuáles son los mecanismos concretos que la impulsividad juega en el desarrollo del consumo continuado de tabaco al igual que existen discrepancias en cuanto a su papel como facilitador del inicio del trastorno por consumo de tabaco o su papel secundario a este, es decir, su aparición tras el desarrollo del trastorno por consumo de tabaco (Perry y

Carroll, 2008), de una manera u otra, la impulsividad está presente en el trastorno por consumo de tabaco, pudiendo actuar incrementando la sensibilidad a los efectos reforzantes de la nicotina en los momentos de iniciación al consumo de la misma (Perkins, Parzynski, Mercincavage, Conklin y Fonte, 2012). Los datos obtenidos en el laboratorio revelaron que los fumadores que se mostraron más impulsivos en medidas de autoinforme también fueron más proclives a reaccionar a claves estímulares relacionadas con el tabaco, experimentando, pues, un mayor *craving* ante dichas claves (Doran, McChargue y Cohen, 2007). Respecto a los datos que relacionan impulsividad y recaída existen contradicciones, entre los que encuentran una relación neutra (Powell, Dawkins, West, Powell y Pickering, 2010) y los que sí encuentran una relación significativa entre impulsividad y recaída en fumadores que habían estado en tratamiento farmacológico apoyado con terapia cognitiva conductual para el abandono del consumo de tabaco (López-Torrecillas et al., 2014). En el mismo sentido, pero con población adolescente, se realizó un estudio en el que se pudo comprobar que los participantes más impulsivos eran los que menos iniciaban conductas de cesación tabáquica, siendo por tanto los que menos se beneficiaban de programas de abandono del consumo (Wegmann, Bühler, Strunk, Lang y Nowak, 2012). Así mismo, los instrumentos que miden la impulsividad o alguna de sus dimensiones pueden ser útiles para aportarnos información acerca de pacientes adolescentes que pueden mostrar la capacidad para abandonar el consumo de tabaco o mantenerse abstinentes una vez iniciada la cesación tabáquica (Krishnan-Sarin et al., 2007).

El autocontrol ha sido definido como la otra cara de la impulsividad, es decir mientras que para la impulsividad la respuesta va dirigida a la obtención del reforzador más inmediato y pequeño (de menor valor entendido este como reforzamiento), el

autocontrol se ha entendido a la inversa, es decir, la respuesta que da lugar a la obtención de reforzador mayor (de más valor) pero demorado en el tiempo (Forzano, Michels, Sorama, Etopio y English, 2014). Algunos autores (Baumeister y Vohs, 2007) entienden el autocontrol como la habilidad de controlar o regular los pensamientos, emociones, impulsos y conductas, sin embargo, la mayoría ponen de manifiesto el papel clave de reforzamiento en el autocontrol y enfatizan la importancia de la variable tiempo de presentación del reforzador y su valor, más o menos reforzante, siendo lo esencial para hablar de autocontrol la elección de un reforzador más grande y demorado en el tiempo frente a otro más pequeño y de consecución inmediata (Gómez Becerra y Luciano Soriano, 2000; Logue, Peña-Correal, Rodríguez y Kabela, 1986, Rachlin y Green, 1972). Por otro lado, Roales-Nieto y Calero García (1994) introducen otra modalidad de respuesta de autocontrol, que es aquella que conlleva la emisión de una respuesta que irá seguida por consecuencias negativas para el individuo pero que tendrá consecuencias positivas a largo plazo o supondrá la eliminación de otras negativas de mayor impacto. Refiriéndose a la influencia del autocontrol en los trastornos por consumo de sustancias, algunos estudios (Wills et al., 2010; Wills, Sandy y Yaeger, 2002), han mostrado que los sujetos que mantienen elevadas tasas de autocontrol son menos proclives a desarrollar trastornos relacionados con el consumo de sustancias, entre otros los relacionados con el consumo de tabaco. Otros estudios, (O'Connell, Schawartz y Shiffman, 2008), muestran la importancia de la progresiva adquisición de repertorios de autocontrol, por ejemplo, la emisión de pequeñas respuestas de autocontrol previas a la iniciación del abandono del consumo de tabaco que han mostrado tener un efecto protector en las recaídas posteriores, sin embargo, otros autores (Hagger et al., 2013), destacan que la emisión progresiva de respuestas de

autocontrol pueden dar lugar a una disminución en la ejecución de estas, dando a entender un agotamiento y estableciendo límites a la capacidad de autocontrol. No solo una vez desarrollado el trastorno por consumo de tabaco el autocontrol tiene un importante papel, sino que incluso en jóvenes que aún no se han iniciado en el mismo se ha visto como una variable importante de cara a la influencia que podrían ejercer los medios de comunicación a través de la publicidad, por ejemplo, los jóvenes que mostraban puntuaciones elevadas en autocontrol eran los menos proclives a ser influidos por los anuncios referidos a bebidas y tabaco (Wills et al., 2010). Todo esto podría llevar a concluir que la incorporación de técnicas basadas en el autocontrol serían eficaces como alternativa a los tratamientos del cese de tabaquismo, si bien la discrepancia en este asunto ha sido puesta de manifiesto en distintas investigaciones, así algunos autores (Roales-Nieto y Calero García, 1994) señalan que los programas de autocontrol, de forma aislada no aportan ninguna ventaja significativa respecto al tratamiento de la cesación tabáquica, sin embargo, otros autores (Chiou, Wu y Chang, 2013; Digiusto y Bird, 1995; Hersch, 2005) discrepan y postulan que estas técnicas pueden ser eficaces por sí mismas, mientras que otros señalan que la eficacia se podría ver mediatizada por las expectativas de éxito de los sujetos que participan en los tratamientos de autocontrol (Ingram y Goldstein, 1978) o por el apoyo social en el momento de abandono (Digiusto y Bird, 1995). Son frecuentes los estudios que señalan la importancia de la pérdida de control en los trastornos por consumo de sustancias como la base del desarrollo algunos trastornos adictivos o en los trastornos de conductas adictivas sin sustancia, llegando a entender los trastornos adictivos como un fallo persistente en los mecanismos de control conductual, dando lugar a una persistencia en la conducta, a pesar de las consecuencias negativas que ello conlleva

(Pedrero Pérez, Rojo Mota, Ruiz Sánchez de León, Llanero Luque y Puerta García, 2011). Se puede afirmar que el trastorno por consumo de tabaco estaría relacionado con el autocontrol y la impulsividad, siendo estos conceptos centrales en algunos de los trastornos psicopatológicos más frecuentes y entre ellos el consumo de sustancias (López Torrecillas et al., 2014).

Otro tipo de factores personales que pueden dar razón del mantenimiento de la abstinencia se encuentra en lo que puede ser entendido como alguna capacidad o habilidad para afrontar las consecuencias derivadas de la sintomatología de abstinencia; algunos autores ponen el énfasis en los niveles de autoeficacia entendida esta como la creencia sobre la capacidad de mantenerse abstinentes a pesar de la inclinación y el deseo de fumar como en el caso de mujeres embarazadas (Bello, Robles, Sarmiento, Tuliao y Reyes, 2011, Elfeddaño, Bolman, Candel, Wiers y De Vries, 2012), no obstante, otros autores como Herd, Borland y Hyland, (2009) que señalan la autoeficacia como un factor importante pero limitando dicha importancia al primer mes de abstinencia debido a la mayor presencia de craving en este periodo. La relación entre autoeficacia y síndrome de abstinencia también ha sido tenida en cuenta en los estudios sobre éxito en abandono del consumo de tabaco, encontrando que niveles bajos de autoeficacia estaban asociados con elevados niveles de severidad del síndrome de abstinencia (Morrel, Skerbek y Cohen, 2011) aunque Gwaltney, Metrik, Kahler y Shiffman (2009) señalan que, si bien la relación entre autoeficacia y abstinencia es evidente, posiblemente no sea tan robusta y potente como se cree, pudiendo estar dicha relación muy influenciada según el periodo post abstinencia que se esté teniendo en cuenta a la hora de realizar los estudios o tener un carácter dinámico que va cambiando a lo largo del mantenimiento de la abstinencia nicotínica (Herd et al., 2009) mientras

que en el caso de jóvenes fumadores la autoeficacia se ha mostrado un buen predictor de abandono, sobre todo si va unida a la presencia de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco aunque los resultados son contradictorios (Lennox, 1992).

Un locus de control interno o atribución interna de logro en el abandono del consumo de tabaco ha sido considerado un factor muy importante en el éxito en la cesación tabáquica, especialmente durante los tres primeros meses de abandono (Schmitz, Roserfarb y Payne, 1993). La influencia del tabaco en la vida del sujeto o la autopercepción en relación al consumo de tabaco también ha sido tomada en cuenta de cara al mantenimiento de la abstinencia, así, los pacientes que tras el abandono del consumo de tabaco se clasificaban a sí mismos como ex fumadores tendían a ser más consistentes en la abstinencia que los que se clasificaban como fumadores a pesar de haber dejado ya el consumo (Tombor et al., 2015).

### **3. El consumo de tabaco como ejemplo de inflexibilidad psicológica**

El desarrollo del hábito de consumo de tabaco puede dar lugar a la manifestación de distintas alteraciones tras un tiempo de privación nicotínica tales como ansiedad, depresión e irritabilidad y podrían dar cuenta del mantenimiento de la conducta de fumar mediante un paradigma de reforzamiento negativo. Así, mientras en los primeros contactos con el tabaco la conducta de fumar podría verse favorecida por efectos placenteros o positivos combinados con otros de tipo aversivo, el mantenimiento de la misma podría estar justificado por la eliminación de dicha sintomatología aversiva derivada del agotamiento de nicotina en sangre (Molero Chamizo y Jiménez Negro, 2005). El consumo de tabaco permite un alivio inmediato del síndrome de retirada tras un periodo de privación del mismo, siendo este síndrome y el estado anímico negativo que conlleva un determinante de la recaída (Brown et al., 2008; Brown, Lejuez, Kahler, Strong y Zvolensky, 2005). Pasado el tiempo, el consumo de tabaco sería pues una conducta dirigida a la obtención de un reforzador negativo inmediato (alivio de la sintomatología de abstinencia) a pesar de las consecuencias negativas a largo plazo para el individuo que la realiza; de ésta manera, utilizando la terminología de Farmer y Golden (2009), el consumo de tabaco podría ser caracterizado como una respuesta que produce reforzamiento negativo a partir de la reducción de sintomatología aversiva o eventos internos evaluados negativamente. No obstante, aunque el consumo de tabaco atenúa o mitiga estos síntomas en un primer momento, a largo plazo termina produciendo una exacerbación de la sintomatología que pretende evitar. En este sentido pues, podemos conceptualizar el consumo de tabaco como una forma de respuesta inflexible, es decir bajo control de la función que se



deriva del pensamiento y/o emoción en cada momento (Luciano, 2016), es decir, como una clase de respuesta que conlleva una negación a permanecer en contacto con los eventos privados aversivos derivados de la deprivación nicotínica, ya sean estos, pensamientos, emociones, recuerdos, sensaciones corporales e imágenes, convirtiendo el fumar una estrategia para alterar la frecuencia, intensidad o duración del malestar (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996, Gifford et al., 2004). Así, se ha comprobado que los fumadores con un elevado repertorio de estrategias de evitación son más proclives a las recaídas en el contexto de la experiencia de altos niveles de afectividad negativa, craving u otros eventos interoceptivos relacionados con la reducción o abandono del consumo de tabaco (Farris, Zvolensky y Schmidt, 2016), en el caso del consumo de tabaco, o mejor, la privación del mismo, termina dando lugar a la respuesta de evitación, en este caso, fumar, lo que ha dado lugar a que, bajo este prisma, entiendan fumar como una forma específica de evitación experiencial o inflexibilidad psicológica (Zvolensky et al., 2014), facilitando así el desarrollo de instrumentos de medida dirigidos a una mejor comprensión de los procesos explicativos del consumo de tabaco (Farris et al., 2015). Como se ha señalado más arriba, en el inicio del consumo de drogas, el tabaco no es una excepción, hay un desarrollo inicial del consumo por reforzamiento positivo, pasado el tiempo, empieza a ser una conducta, que tras un tiempo sin consumo es mantenida por reforzamiento negativo (Farmer y Golden, 2009). Diversos modelos basados en el reforzamiento negativo han sido utilizados para explicar el inicio y mantenimiento de la conducta de consumo de tabaco (Becoña y Vázquez, 1998, Dierker et al., 2015). Consistente con lo anterior, varios autores dan razón del consumo de tabaco entendiéndolo como una estrategia asociada a un patrón inflexible (Brown, Lejuez, Kahler, Strong y Zvolensky, 2005; Brown et al.,

2008; Farris, Langdon, Dibello y Zvolensky, 2015; Farris, Zvolensky y Schmidt, 2015; Hernández López, 2007; Minami, Bloom, Reed, Hayes y Brown, 2015). Así, más que importar el síndrome de abstinencia en la recaída, resulta ser más definitorio en el mantenimiento de la abstinencia la capacidad de tolerar dicho malestar (Zvolensky, et al., 2014).

Numerosos estudios han enfatizado la inflexibilidad psicológica como el fenómeno que subyace al consumo de sustancias, incluido el consumo de tabaco (Chawla y Ostafin, 2007; Farris, Zvolensky, DiBello y Schmidt, 2015; Roales-Nieto et al., 2016, Zvolensky et al., 2014). La inflexibilidad psicológica explica la tendencia que tienen los humanos para suprimir o atenuar la afectividad negativa, es decir, se trata de un patrón comportamental deliberado para eliminar o evitar un estado de sufrimiento o distress, o mejor, cuando una persona se comporta intencionadamente para alterar la forma y/o frecuencia de determinados eventos internos o experiencias privadas (pensamientos, emociones, recuerdos, sensaciones corporales, imaginaciones) y el contexto donde ocurren (Farris et al., 2015). Los trastornos por consumo de sustancias, desde un punto de vista funcional, podrían ser conceptualizados como una clase de conducta donde programas de reforzamiento positivo y/o negativo pueden mantener una función reguladora de estados emocionales, así, no es de extrañar que los distintos estados negativos derivados del cese del consumo de drogas, en el presente estudio, el caso del consumo de tabaco, y la estrategia basada en la inflexibilidad pueda ser un elemento que dificulte la cesación tabáquica (Carmody, Vieten y Astin, 2007; Luciano, Páez-Blarrina y Valdivia-Salas 2010). En principio, esta forma de comportarse sería lógica y no tendría nada de extrañar y menos de patológica, salvo cuando al final se convierte en una estrategia fallida, esto es, no consigue los objetivos esperados, o bien

la persecución de los objetivos requiere de estrategias que no consiguen alterar ni forma ni función, o los medios para conseguirlo son poco saludables (Wilson y Luciano, 2002). La inflexibilidad psicológica forma parte de la naturaleza humana en cuanto seres verbales y supone un plan elaborado con un objetivo, el cual es eliminar o evitar algo doloroso o aversivo (Luciano y Hayes, 2001; Wilson y Luciano, 2002). Así, para Luciano et al. (2004) un patrón inflexible es una clase conductual funcional regulada verbalmente que obtiene los efectos contrarios a los esperados, es decir, en este caso se mantiene bajo un paradigma de reforzamiento a corto plazo, pero hay pérdida a largo plazo en cuanto no es posible que la persona actúe bajo su control ya que la conducta estará determinada por las funciones de los eventos internos presentes y no por funciones ligadas a lo que tiene significado para la persona (Luciano, 2016). Esta estrategia inflexible ha sido considerada la base de muchos trastornos psicopatológicos, que, si bien puede ser diferentes topográficamente, no lo son cuando hablamos desde un punto de vista funcional de la conducta, así, trastornos tales como ansiedad, estrés postraumático o, conductas autolesivas pueden estar relacionadas con la inflexibilidad psicológica (Chawla y Ostafin, 2007). No solo es importante el reforzamiento negativo producido por la supresión momentánea del malestar, a ello hay que añadir el apoyo de la comunidad verbal a las citadas formas de actuación inflexibles y, en este sentido, cabe señalar que gran parte del sistema de atención a la salud mental está basado en esta concepción (Luciano y Hayes, 2001; Wilson y Luciano, 2002).

Congruente con esta forma de entender el consumo de tabaco, pues, se han propuesto alternativas terapéuticas dirigidas al manejo de esos eventos internos que pueden estar en la base de las recaídas. Así, el objetivo de dichas terapias, suponen una forma de afrontamiento de los estados emocionales y cognitivos consistente en dotar de

estrategias a los consumidores de tabaco, que permitan una aceptación de las experiencias internas y una nueva relación funcional con los eventos cognitivos problemáticos relacionados con el consumo de tabaco. De este modo, frente a los modelos más usuales que potencian las estrategias de evitación, ya sea en forma de tratamientos farmacológicos u otros de carácter cognitivo, dirigidos a alterar la frecuencia e intensidad de los eventos internos, surgen otros modelos terapéuticos, basados en la aceptación, cuya finalidad es mantener una relación distinta con dichos eventos ( Bowen y Marlatt, 2009; Brown et al., 2008; Carmody et al., 2007; Davis, Fleming, Bonus y Baker, 2007, Hernández-López, Luciano, Bricker, Roales-Nieto y Montesinos, 2009).

### **3.1. Impulsividad y autocontrol en el consumo de tabaco y su abandono desde el punto de vista contextual**

Anteriormente se ha señalado la importancia del autocontrol y la impulsividad en el inicio y mantenimiento de la conducta de fumar. Al igual que en el caso de la inflexibilidad psicológica, impulsividad y autocontrol pueden ser explicados como conducta verbal en tanto en cuanto son conductas que son mantenidas por la comunidad verbal, tanto en términos de consecución de objetivos como en términos de obstrucción en la persecución de los mismos. Algunos estudios han intentado demostrar la relación existente entre evitación inflexibilidad psicológica e impulsividad, así, por ejemplo, en un estudio llevado a cabo por Berghoff, Pomerantz, Pettibone, Segrist y Bedwell (2012) se encontró que las puntuaciones autoinformadas de impulsividad eran buenos predictores de las puntuaciones obtenidas en inflexibilidad psicológica. Por otro lado, al igual que en otros casos en los que la conducta verbal está implicada, esta conlleva, el fenómeno conocido como insensibilidad a las contingencias, es decir, la conducta

quedaría bajo control de variables de tipo verbal y sería, pues, sensible a las contingencias emanadas de la regla y no a las que se derivan de la propia conducta (Gómez Becerra, Moreno San Pedro y López Martín, 2006). En este estudio el autocontrol se ha conceptualizado a partir de la teoría conductual denominada Teoría del Marco Relacional (Wilson y Luciano, 2002), en inglés *Relational Frame Theory* (R.F.T.) (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001) y sirve para explicar las elecciones realizadas en un contexto de autocontrol a través de relaciones o, mejor, marcos relacionales. Sería por tanto el autocontrol una respuesta relacional que puede ser descrita como una respuesta derivada. Lo más destacado desde este punto de vista es que las elecciones son realizadas bajo control verbal y no solo debidas a los reforzadores que se derivan de la elección. La elección, por tanto, es contextual y consiste en la participación de factores tales como reglas, funciones de estímulo y reforzamiento. Desde este modelo se han desarrollado procedimientos para alterar las funciones de los estímulos a través de distintas claves. Hayes et al. (2001) explica el retraso en el reforzamiento y, por tanto, la reducción de la impulsividad gracias al papel del lenguaje en relación a eventos temporales. En este caso, esa relación temporal o marco relacional temporal es una relación posible gracias a la comprensión del significado de pasado, presente y futuro. Otro de las relaciones implicados en el manejo de la impulsividad y el desarrollo del autocontrol es el marco de comparación, en el que, bajo determinadas claves contextuales, se establece un seguimiento en base a los conceptos más-menos (Barnes-Holmes et al., 2004). Para el aprendizaje de autocontrol también se hacen necesarios el establecimiento de marcos relacionales condicionales y causales, es decir, para un adecuado entrenamiento en autocontrol o manejo de la impulsividad, se van introduciendo simultáneamente marcos temporales (retraso del

reforzador o de la aparición del mismo en el futuro, gracias a las funciones verbales y/o transformación de funciones y al fenómeno de insensibilidad a las contingencias), marcos comparativos, en tanto que el reforzador futuro a través de marcos comparativos resulta superior al más inmediato, y el marco condicional, el cual especifica la conducta a realizar para la obtención del reforzador más valioso y demorado en el tiempo y el causal para establecer la relación conducta contingencia (McKeel y Dixon, 2014; Ramnerö y Törneke, 2015).

## **4. El abandono del consumo de sustancias por sí mismo**

Diversos estudios se han realizado sobre el abandono del consumo de sustancias por sí mismo (Carballo, et al., 2007; Sobell, Ellingstad y Sobell, 2000). Este concepto surge, no sin polémica, en un contexto donde el modelo médico en conductas adictivas es el más influyente, el cual entiende los trastornos por consumo de sustancias como enfermedades crónicas y recidivantes (Casas, Bruguera, Duro y Pinet, 2011). Este modelo médico conlleva, por un lado, la necesidad de tratamiento, asumiendo de esta manera que el sujeto consumidor de sustancias no es capaz de controlar su conducta de consumo por sí mismo, se le presupone un carácter crónico, es decir, el adicto siempre será adicto y, por lo tanto, hay que asumir que el riesgo de recaída estará siempre presente, por lo que el único objetivo terapéutico viable en el tratamiento de las conductas adictivas ha de ser la abstinencia y, por ende, la imposibilidad de un consumo controlado (Carballo et al., 2007). Igualmente, esta concepción de las conductas adictivas presupone también la existencia de un deterioro o cambio neurobiológico como factor explicativo o etiológico del consumo de sustancias adictivas, lo que implica un tratamiento farmacológico preferentemente (Casas et al., 2011). Contradiendo lo anterior, se han realizado diversos estudios sobre la recuperación del consumo de sustancias sin ayuda profesional (Carballo et al., 2007; Mariezcurrena, 1994) como también, por ejemplo, sobre juego patológico (Hodgins y el-Guebaly, 2000; Slutske, 2006). Distintos factores han sido propuestos como variables explicativas de esa recuperación en ausencia de tratamiento, por ejemplo, factores tales como el soporte familiar, gravedad de problemas ocasionados por el consumo de la sustancia, gravedad de la adicción en términos de episodios de consumo o deterioro

sobre la salud o número de años como consumidor, o en otros casos, es algún tipo de evaluación cognitiva, tal como balance de pros y contras en relación al consumo de sustancias, o incluso algún tipo de eventos vitales importantes suelen ser utilizados como razones que permiten poner en duda los postulados del modelo biomédico (Toneatto, Sobell, Sobell y Rubel, 1999). Así mismo, la relativamente elevada frecuencia de personas que se recuperan de los trastornos por consumo de sustancias por sí mismos conlleva la necesidad de explorar esta vía de recuperación, por un lado, como objeto de estudio en sí mismo y, por otro, por el posible esclarecimiento de variables que permitan mejorar la eficacia de los tratamientos existentes. No todos los sujetos que acuden a las clínicas son los que, de alguna manera, presentan los problemas más graves relacionados con el consumo de sustancias. Un elevado número de estos no acude a solicitar ayuda profesional para el abandono de los consumos de sustancias, e incluso otros, son capaces de reducir dichos consumos problemáticos y retornar a usos sociales, es decir, al uso de la sustancia, como, por ejemplo, en el caso del alcohol, en cantidades que no representan un problema de salud, esto es, lo que se ha dado en llamar consumo responsable (Sobell, Cunningham y Sobell, 1996). Por otro lado, las diferencias encontradas entre la búsqueda de tratamiento para los trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos son elevadas. Así, mientras que, en el caso de los trastornos por consumo de sustancias, el nivel de búsqueda de ayuda profesional era del 24% en el caso de otros trastornos tales como depresión esa cifra podía alcanzar el 54% o el 61% en el caso de los bipolares (Pérez-Gómez y Sierra Acuña, 2007). Diversos estudios han mostrado, a pesar de las críticas, que la recuperación sin tratamiento en personas con problemas de alcohol y otras drogas es elevada, hablándose de cifras que oscilan entre el 15% y el 70% (Pérez, 2007). Estos



datos desmienten la idea, derivada del modelo médico, de que el cambio o recuperación de los trastornos por consumo de sustancias solo pueden ser abordados mediante tratamientos profesionales; es más, algunos autores señalan que la principal vía de recuperación es el autocambio (Carballo, et al., 2008).

También el juego patológico se encuentra incluido dentro de los trastornos adictivos en los manuales estadísticos, DSM5, (APA 2014) en cuanto supone la pérdida de control respecto de una conducta. Así mismo, el estudio de este trastorno no ha sido obviado dentro de los estudios sobre recuperación por sí mismo, no obstante, un bajo porcentaje de estos pacientes buscan ayuda profesional, a la par que un porcentaje elevado de los que no buscan el tratamiento consiguen la recuperación de dicho trastorno (Slutske, 2006), y los que más se beneficiaban de los programas de ayuda profesional eran aquellos que presentaban más problemas con la conducta patológica de juego (Hodgins y el-Guebaly, 2000).

## **5. El abandono del consumo de tabaco sin ayuda profesional o autoabandono (*self quitting*)**

Al igual que con otras sustancias, el abandono del consumo del tabaco por sí mismo, autoabandono o “*self-quitting*” ha sido estudiado por diferentes autores (Hughes et al, 1992; Lennox y Taylor, 1994; Lichtenstein y Cohen, 1990; Mikkelsen, Dalum, Skov-Ettrup y Tolstrup, 2015; Stewart, 1999; Ward, Klesges y Zbikowski, 1997). Roales-Nieto (2003) ofrece una definición sobre el autoabandono del consumo de tabaco, entendiendo ese proceso como el cese en la conducta de fumar iniciado por sí mismo, siendo el propio fumador el principal agente de cambio, utilizando sus propios medios o, como mucho, con personas de su entorno habitual, pero siendo él el único responsable del abandono o bien iniciando el cese con algún material de autoayuda.

Las cifras de abandono mediante este método son muy elevadas según distintos autores que se han dedicado a su estudio (Edwards, Bondy, Callaghan y Mann, 2014; Fiore et al., 1990; Giovino et al., 1990; Lennox y Taylor, 1994; Linchtenstein y Cohen, 1990) el 90% de los fumadores, unos 37.000.000 que dejaron el consumo de tabaco entre los años 1976 y 1985, lo hicieron sin recurrir a la ayuda de ningún profesional ni método de autoayuda. Los datos aportados por Mikkelsen et al., (2015) señalan que el abandono del consumo de tabaco sin ayuda profesional en Estados Unidos ha ido desde el 92% en 1986 al 64% en 2003, coincidiendo con la expansión de servicios de ayuda para su abandono. A pesar de estas evidencias, existe mucha más bibliografía sobre los métodos basados en algún tipo de ayuda profesional, especialmente en tratamientos farmacológicos, a pesar de su costo y de la dificultad de aplicación en lugares donde no hay un elevado nivel de renta (Chapman y MacKenzie, 2010). En este sentido, es de

suponer un gran interés por parte de la industria farmacéutica por la promoción de sus tratamientos químicos, así como por la expansión de la idea de la dificultad mediante autoabandono, llegando incluso a ocultar la importancia de esta estrategia tanto en términos de eficacia como de uso, ya que la farmacoterapia para el abandono del tabaquismo sigue teniendo un bajo nivel de utilización, en torno a 17% de los fumadores que lo intentan (Steinberg, Michael, Schmelzer, Richardson, Donna y Foulds, 2008), o incluso menores (8,8%) según los datos aportados por Chapman y MacKencie (2010). Otros autores (Morphett, Partridge, Gartner, Carter y Hall, 2015), en la misma línea entienden que esta forma de actuar ha supuesto un interés en rechazar el punto de vista los fumadores en relación a los métodos para abandonar el consumo de tabaco.

En un estudio llevado a cabo por Mars y Matheson (1983), antes de la expansión de los tratamientos farmacológicos para la cesación tabáquica, el 53% de los fumadores que consiguieron abandonar el consumo de tabaco señalaron que no les había resultado nada difícil dejar de consumir, frente al 27% que sí indicaron muchas dificultades.

Hay que destacar, así mismo, las diferencias encontradas en los distintos estudios sobre la eficacia de la estrategia de quitarse mediante autoabandono, siendo más escépticos en sus expectativas. Así, frente a Fiore et al. (1990) que señalan cifras que oscilan alrededor del 90% utilizando la estrategia de autoabandono, otros (p.ej. Gritz, Carr y Marcus, 1988) bajan la expectativa de eficacia del autoabandono al 11% pasado un año desde el inicio del abandono, respecto a las tasas encontradas a los 12 meses de pacientes que inician algún programa de tratamiento. El abanico de cifras sobre eficacia entre los que optan por el autoabandono es muy amplio, así Fiore et al.,

(1990) señalan unas cifras de éxito en torno al 47,5% frente al 23,6% de los fumadores que acudieron a un profesional o siguieron algún tipo de programa de cesación tabáquica. Más pesimistas se muestran Linchtenstein y Cohen (1990), que ofrecen unas cifras de éxito en los intentos de abandono sin ayuda de un 0,5%. En cambio, hay otros estudios que hablan de una eficacia del 77%, si bien esta no permanecía estable y descendía hasta un 40% a los trece meses (Doran, Valentin, Robinson, Britt y Mattick, 2006). Marlatt, Curry y Gordon (1998) señalan una tasa de éxito de los que se quitaron a través de autoabandono del 13% en el primer año, si bien esta cifra aumentaba hasta un 19% al segundo año, mientras que, por su parte, Baillie, Mattick y Hall (1995) encontraron que sólo el 7,33% se mantenían abstinentes a los diez meses. Otros estudios llegan a elevar hasta el 95% la cifra de personas que informan haber abandonado el consumo de tabaco a través de autoabandono (Cohen et al., 1989; Lennox y Taylor, 1994; Schachter, 1990), si bien, en la misma línea, pero con resultados más modestos, Smith, Chapman y Dunlop (2015) en una revisión de estudios de abandono del consumo de tabaco sin ayuda señalan que entre el 54% y el 69% de los fumadores australianos han abandonado el consumo de tabaco mediante autoabandono y entre un 41% y un 58% lo han intentado aunque no lo han logrado y, aunque sin dar cifras, Willians et al, (2015) señalan que las cifras de éxito son más elevadas en los fumadores que no solicitan tratamiento frente a aquellos que recurren a alguno de los tratamientos conocidos. Otros estudios señalan que más de dos tercios de los fumadores que han conseguido abandonar el consumo de tabaco lo han hecho sin recurrir a ningún tipo de ayuda profesional (Hung, Dunlop, Perez y Cotter, 2011).

Por otro lado, Gross et al., (2008) en un estudio acerca de las razones para no utilizar servicios de ayuda profesional para el abandono del consumo de tabaco,

encontraron que la mayoría de los sujetos indicaron que podían hacerlo sin ningún tipo de ayuda profesional,(55,2%) y otro porcentaje muy elevado señaló que no era necesario (40%), mientras que otros indicaron que los tratamientos eran muy costosos, pero no eficaces (25%). Otros autores (Smith, Carter, Chapman, Dunlop y Freeman, 2015) mediante estudios cualitativos han encontrado que son los aspectos relacionados con el coste de los servicios de ayuda para el abandono, el acceso a dichos servicios y la confianza en sí mismo para quitarse así como ciertas ideas sobre la seguridad y eficacia de la farmacoterapia las razones fundamentales para no utilizar dichos servicios de ayuda si bien, estas razones estaban acompañadas de otros valores importantes tales como la responsabilidad individual y el significado moral de quitarse sin ayuda.

Así las cosas, algunos autores señalan que aunque la eficacia de los tratamientos convencionales, especialmente los farmacológicos, para el tabaquismo ha quedado demostrada en ensayos clínicos esta no se ha traducido en una reducción de la prevalencia del tabaquismo (Pierce, Cummins, White, Humphrey y Messer, 2012). Sea como fuere, el autoabandono del consumo de tabaco es el método preferido para cesar en el consumo de tabaco, y el preferido asimismo por los que están planeando un próximo intento de cesación tabáquica (Morphett et al., 2015) e igualmente es el más utilizado por fumadores jóvenes y con más nivel educativo (Hung et al., 2011) resultando además un método superior en eficacia y eficiencia, al menos en términos absolutos respecto a los métodos farmacológicos (Roales-Nieto et al., 2016). Mikkelsen et al., (2015) encontraron que el autoabandono era la estrategia utilizada por los hombres y los fumadores más jóvenes en el momento de quitarse, que habían sido fumadores por un corto periodo de tiempo y eran fumadores de menos cantidad diaria de tabaco.

Distintos han sido también los factores predictores de éxito observados en la estrategia de quitarse del tabaco mediante autoabandono. Así, la dependencia nicotínica ha sido el único elemento predictor que han señalado en sus estudios Linchestein y Cohen (1990), ya que las otras variables contempladas por estos autores, tales como las estrategias utilizadas, las razones para dejar de fumar, variables demográficas, junto con el historial como fumador o la motivación para el abandono, no habían mostrado un efecto predictor. Patten y Martin (1996) revisaron un total de 15 estudios prospectivos sobre la importancia de la gravedad de la sintomatología de la abstinencia en relación con el éxito en el autoabandono del consumo de tabaco, encontrando que la mayoría de estudios, nueve de ellos, no mostraron una relación significativa entre la intensidad del síndrome de abstinencia de la nicotina y la recaída tanto a corto como a largo plazo. Lennox y Taylor (1994) encontraron que las razones económicas, por ejemplo, el precio del tabaco, tenían una mayor influencia en el mantenimiento de la abstinencia en fumadores que se quitaban mediante autoabandono que las razones relacionadas con la salud. Una planificación adecuada del intento de autoabandono como elemento predictor de éxito en el abandono del consumo fue señalada por varios autores (Sendzik, McDonald, Brown, Hammond y Ferrence, 2011; Stewart, 1999), no obstante, la importancia atribuida a la planificación quedó en puesta en entredicho con la investigación de Ferguson, Shiffman, Gitchell, Sembower y West (2009). El número de cigarrillos y la edad de abandono fueron señalados como factores predictores de éxito en la abstinencia por Marlatt, Curry y Gordon (1998).

El género también ha sido señalado como una variable importante en los intentos de autoabandono, matizando que los hombres son más proclives a la consecución de la abstinencia a largo plazo (Ward, Klesges, Zbikowski, Bliss y Garvey,

1997). Otros autores (Westmaas y Langsam, 2005) se han interesado por las distintas variables que pueden entrar en juego según el género, así en el caso de los hombres el consumo de cafeína y alcohol junto con presencia de afectividad negativa predijeron la conducta de fumar el día de inicio del abandono, mientras que en el caso de las mujeres, la dependencia nicotínica, la edad o el consumo de tabaco como estrategia de control de peso y el consumo de poca cantidad de comida durante los episodios de *craving* predijeron el consumo de tabaco el día de inicio del abandono. Carey, Kalra, Carey, Halperin y Richards (1993), en un estudio sobre autoabandono en el que la tasa de eficacia llegó al 22%, encontraron que los abstinentes mostraban puntuaciones más bajas en estrés percibido, más puntuación en autoeficacia y menos adherencia al deseo de consumo.

El consumo de bebidas alcohólicas, junto a la presencia de fumadores en el entorno inmediato puede jugar un papel importante en el éxito en autoabandono (Garvey, Bliss, Hitchcock y Heinold, 1992; Lennox y Taylor, 1994). Diferentes factores han sido señalados según el momento de abstinencia, siendo distintos estos según el momento; así en el caso de la abstinencia inicial influía el género y la cantidad de cigarrillos por día, siendo los hombres y los que fumaban menos de 20 cigarrillos diarios los que permanecían abstinentes, mientras que en el caso de abstinencia tardía eran jóvenes y tenían poco historial como consumidores mostrando además más estrategias relacionadas con el abandono del tabaco (Marlatt, Curry y Gordon, 1998). Una motivación elevada y el compromiso con el abandono han mostrado más importancia en el éxito de la cesación que la dependencia nicotínica (Armitage y Arden, 2008, Oei y Hallam, 1991).

En una revisión sobre la opinión y la experiencia vivida por fumadores que no habían usado ningún tratamiento para el tabaquismo y habían tenido éxito en su abandono, llevada a cabo por Smith, Carter, Dunlop, Freeman y Chapman (2015) encontraron que los tres conceptos considerados importantes por los “*self-quitters*” para lograr el éxito en la cesación tabáquica eran *motivación*, entendida como la razón para quitarse, *voluntad*, entendida como un rasgo o cualidad personal que permite el manejo adecuado del “*craving*” y *compromiso* de mantenerse abstinentes hasta lograr el éxito en el abandono definitivo del consumo de tabaco.

En relación con el éxito en autoabandono, algunos autores (Bachmann, Znoj y Brodbeck, 2012, han señalado distintas tipologías de abandono o mejor, distintas trayectorias a la hora de abandonar el consumo de tabaco mediante autoabandono, para ello controlaron el abandono sin ayuda profesional de tabaco durante un mes a una muestra de sujetos que iniciaban la cesación en una fecha determinada, lo que les permitió elaborar un perfil diferenciador de los que conseguirían éxito, a los tres y seis meses, respecto a los que no lo lograrían, distinguiendo a los “*quitters*” que fueron aquellos que se mantuvieron abstinentes totalmente durante el primer mes una vez iniciado el intento, los clasificados como “*late quitters*” fueron aquellos que retrasaron su inicio en la cesación del consumo de tabaco, no obstante, su probabilidad de éxito iba aumentando a medida que iniciaban el abandono del consumo de tabaco, los denominados “*returners*” eran aquellos que incrementaban la probabilidad de fumar durante los 29 días una vez iniciado el intento y los “*persistent smokers*” que fueron los que tenían una elevada probabilidad de fumar durante los 29 días una vez iniciado el cese.



## 6. Implicaciones del estudio del autoabandono

Existen razones de interés para el estudio sobre autoabandono de tabaco o “*self-quitting*”:

- a) No existen tratamientos para el abandono del consumo de tabaco que hayan demostrado una eficacia absoluta. Existen, como se ha señalado más arriba, distintos tipos de tratamiento según el modelo explicativo sobre la conducta de fumar que se asuma, si bien las cifras de éxito, en términos absolutos, son relativamente moderadas cuando son comparadas con las cifras de abandono del consumo de tabaco obtenidas mediante autoabandono, por tanto, el conocimiento de factores que expliquen el éxito esta estrategia de cesación en el consumo de tabaco permitiría un complemento a los tratamientos existentes.
- b) El autoabandono es un fenómeno muy frecuente, de gran importancia epidemiológica, un adecuado conocimiento del mismo permitiría el diseño de campañas públicas más eficaces de promoción de la salud, centradas en los factores relacionados con el éxito en el abandono del consumo de tabaco (Giovino, Hughes, Pearce y Marcus, 1990; Hughes, Gulliver, Fenwick, Valliere, Cruser, Pepper, Shea, Solomon y Flynn, 1992).
- c) El conocimiento del perfil de ex fumadores que optan por el autoabandono va a permitir una mejor discriminación para la elección de mejores estrategias de abandono a usar por aquellos fumadores que, deseando dejar o reducir el consumo de tabaco, no pueden o no quieren recibir tratamiento.

- d) Puesto que todavía son una mayoría de fumadores los que no recurren a tratamiento para cesar en la conducta de fumar, los datos obtenidos a través de ex fumadores que autoabandonan el consumo de tabaco permiten conocer mejor los procesos de abandono, cuyo conocimiento, de otra forma, solo estaría asequible a través de los que acuden a tratamiento, evitando así el sesgo en el conocimiento en un tema tan importante para la salud como es el consumo de tabaco.
- e) No hay estudios sobre autoabandono en nuestro país, la realización del presente estudio permitirá conocer las diferencias y similitudes de la población española respecto a los factores implicados en el abandono del consumo de tabaco respecto a los estudiados en otros contextos culturales y geográficos.





## PARTE EMPÍRICA

## 1. Objetivos

El objetivo principal de esta Tesis es analizar los repertorios comportamentales, circunstancias y características que permiten explicar por qué los fumadores abandonan el consumo de tabaco sin ningún tipo de tratamiento aplicado por algún profesional sanitario.

Este objetivo se plantea llevar a cabo explorando a través de dos objetivos generales:

- a) Explorar las características sociodemográficas, hábitos relacionados con el consumo de tabaco y creencias asociadas al abandono del consumo de tabaco de fumadores que intentan el autoabandono.
- b) Explorar distintas variables relacionadas con el éxito y fracaso del autoabandono del consumo de tabaco y otras relacionadas de acuerdo a consideraciones teóricas y empíricas sobre aspectos de regulación del comportamiento tales como el autocontrol y la inflexibilidad psicológica.

Por tanto, en el presente estudio se plantean los siguientes objetivos específicos:

- (1) Analizar el perfil sociodemográfico de los ex fumadores exitosos en autoabandono del consumo de tabaco y de los fumadores que, aunque iniciaron el autoabandono recayeron y continúan fumando.
- (2) Estudiar el perfil de los fumadores que puedan dar razón del éxito o fracaso en autoabandono (años como fumador, tasa de consumo, dependencia del tabaco).

- (3) Estudiar la presencia de factores externos señalados en la literatura sobre el tema en el momento de inicio del autoabandono (contextos domésticos, laboral, de relaciones sociales, etc.).
- (4) Analizar el proceso de abandono del consumo de tabaco (inicio, duración y mantenimiento de la abstinencia) con especial atención a repertorios comportamentales susceptibles de estar relacionados con la decisión y el éxito o el fracaso.
- (5) Estudiar la posible relación de creencias y reglas sobre el abandono del consumo de tabaco.
- (6) Analizar la relación que la inflexibilidad psicológica y la regulación personal pueden jugar en el proceso de cambio facilitando o dificultando el abandono a la par que la interacción de las mismas con otras variables.

## **2. Método**

### **2.1. Participantes**

En el presente estudio se han incluido fumadores que han optado por el autoabandono del consumo de tabaco dividiéndose en dos grupos: un primer grupo lo constituyen aquellos que consiguieron el cese definitivo en el consumo de tabaco y se mantienen abstinentes en el momento de realizar la entrevista y, otro segundo grupo formado por fumadores que lo igual que los anteriores pero recayeron posteriormente y se mantenían fumando en el momento de realizar la entrevista.

#### **2.1.1. Criterios de Inclusión**

Se establecieron los siguientes criterios que deberían cumplir los participantes para formar parte de la investigación:

- a) Ser mayores de edad.
- b) Consumo pasado diario de tabaco.
- c) Abstinencia total de tabaco durante al menos 6 meses para aquellos considerados en el grupo de los ex fumadores.

Se descartaron a aquellos que hubieran recibido algún tipo de ayuda formal, entendiendo por tal, de acuerdo a lo establecido por Roales-Nieto y Calero García (1994):

- a) Tratamientos médico farmacológicos: incluyen el empleo de alguna sustancia, aplicada por algún profesional del medicamento, médico o farmacéutico.



- b) Tratamientos psicológicos: entendiendo por tales aquellos tratamientos que no incluyan ningún tipo de fármaco y además son llevados a cabo en contextos clínicos por un profesional de psicología.
- c) Tratamiento en contextos naturales: alguno de los tratamientos anteriores aplicado en contextos distintos al sanitario, es decir, tratamientos susceptibles de ser aplicados en el contexto natural donde se encuentran los fumadores que solicitaran ayuda.
- d) Grupos de autoayuda: entendiendo por tal aquellos grupos, no guiados por profesionales sanitarios que persiguen la abstinencia de tabaco.

### **2.1.2. Reclutamiento de participantes**

La participación en el presente estudio fue voluntaria. Los participantes fueron captados a través de las siguientes actividades:

- Anuncio en prensa provincial, en el que se podía leer *“Se necesitan ex fumadores de más de seis meses de abstinencia de tabaco para investigación que estamos llevando a cabo sobre procesos de abandono del tabaco. Puedes colaborar llamando al teléfono (...) o en la siguiente dirección: (...)”*.
- Búsqueda de participantes a través de entrevistas radiofónicas en Radio Luna Ser y Canal Sur.
- Inclusión de anuncio, igual al anunciado en prensa, en el foro de internet “sin malos humos”.

- Búsqueda de colaboración a través de profesionales sanitarios de Centros de Salud solicitándoles la invitación a participar en la realización de entrevistas a pacientes que cumplieran los requisitos.
- Técnica de bola de nieve mediante la cual se consultaba con otros miembros del grupo de investigación y conocidos de los participantes para difundir la necesidad de encontrar fumadores y exfumadores que hubieran intentado el autoabandono.

### **2.1.3. Descripción de la muestra**

La muestra total del presente estudio estuvo compuesta por 137 participantes que habían elegido el autoabandono, de los cuales, 99 se mantienen abstinentes en el momento de realizar la entrevista, verificado mediante control de cooximetría, y 38 que han recaído en el consumo de tabaco tras haber intentado cesar en el consumo sin acudir a ningún tipo de tratamiento. (Ver tabla 4).

## **2.2. Variables e Instrumentos**

Con el objetivo de realizar una evaluación lo más completa posible de los participantes se utilizaron los siguientes instrumentos:

a) *Entrevista Inicial*, donde se recogen datos sobre distintas cuestiones sociodemográficas, tales como el sexo, la edad, el estado civil y de clasificación según el nivel educativo y socioeconómico, y una serie de cuestiones básicas referidas al status actual en relación al consumo de tabaco, con el objeto de que se pudiera adjudicar al participante a un grupo u otro, al igual que proporcionara información

sobre el tiempo que ha pasado desde el inicio de abandono, número de recaídas, tiempo sin fumar y resultados de la cooximetría. (Ver ANEXO I)

b) *Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II)* (Acceptance and Action Questionnaire, AAQ-II, Bond, et al., 2011; versión española de Ruiz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013). Consiste en un cuestionario para la medición de la inflexibilidad psicológica, consta de 7 ítems que describen cómo se relaciona el individuo con sus eventos internos (pensamientos, sentimientos, emociones, recuerdos, etc.) y de qué manera esa relación es una barrera para la vida que le gustaría llevar. Los participantes en el estudio responden al cuestionario en una escala tipo Likert de 7 puntos (desde 1 “nunca” hasta 7 “siempre”) acerca de la veracidad de las frases aplicadas a su vida. Las puntuaciones bajas obtenidas en el cuestionario serían indicativas de elevada flexibilidad y las puntuaciones elevadas muestran un elevado grado de inflexibilidad. (Ver ANEXO II)

c) *Cuestionario de Abandono sin ayuda profesional (ASAP)*. (Roales-Nieto, 2011) Elaborado *ex profeso* con el objetivo de recoger información en varias secciones: aspectos relacionados con el proceso de abandono e intentos previos y aspectos relacionados con la decisión de dejar de fumar, tales como razones para fumar, sintomatología adversa al iniciar el abandono, creencias sobre el tabaquismo como enfermedad y su abandono, sintomatología al dejar de fumar y durante el proceso de abandono del tabaco, situaciones similares a dejar de fumar que haya vivido. Existen dos versiones, ASAP-1 para quienes hayan conseguido abandonar el consumo de tabaco y otra, ASAP-2, para quienes fracasaron en su intento y continúan fumando (ver ANEXO III).

d) *Test de Fagerström* (1978). Se trata de una versión actualizada (Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991). Utilizado para obtener una medida de dependencia nicotínica y que consta de 6 ítems ofreciendo una escala de dependencia con tres niveles, baja dependencia (0-4), dependencia media (5-6) y alta dependencia (7-10). (Incluido en ASAP)

e) *Cuestionario de Autocontrol de Rosenbaum* (versión española adaptada por Capafons y Barreto, 1989) habiendo omitido los ítems 3, 5, 10, 11, 12, 14, 17, 23, 24 y 36, por considerarlos no relevantes para el tema de estudio al estar vinculados a áreas no relacionadas con el comportamiento de estudio y que podrían inducir a confusión. Consta en este estudio por tanto de 26 ítems cuya opción de respuesta es mediante escala tipo Likert oscilando la puntuación de -3, “No me caracteriza ni me describe”; 0, “Casi nunca me caracteriza ni me describe”; a 3, “me caracteriza y me describe muchísimo”; en la que el individuo manifiesta el grado en que le caracteriza o no tiene relación ninguna con su comportamiento; es un cuestionario que sirve para evaluar la competencia aprendida o habilidades para controlar las “interferencias” derivadas de los eventos internos (emociones, dolor, pensamientos no deseados, etc.), una puntuación elevada es indicativa de un repertorio de autocontrol adecuado. (Ver ANEXO IV)

Consta de 36 ítems cuya opción de respuesta es mediante escala tipo Likert oscilando la puntuación de -3, “No me caracteriza ni me describe”; 0, “Casi nunca me caracteriza ni me describe”; a 3, “me caracteriza y me describe muchísimo”; en la que el individuo manifiesta el grado en que le caracteriza o no tiene relación ninguna con su comportamiento; es un cuestionario que sirve para evaluar la competencia aprendida o habilidades para controlar las “interferencias” derivadas de los eventos internos

(emociones, dolor, pensamientos no deseados, etc.), a mayor puntuación más repertorio de respuestas de autocontrol presenta la persona evaluada. (Ver ANEXO V)

f) *Cooximetría*: Para comprobar la abstinencia de tabaco se realizaba una prueba de aire espirado con el objetivo de medir la presencia de Monóxido de Carbono (CO) compatible con el estatus de no fumador (Linder y Exadaktilos, 2013; Ruckmand, 2011). Para ello se utilizó un cooxímetro marca Bendfot y se consideró que el participante era abstinento cuando la cooximetría arrojaba un valor máximo de 5 ppm.

### **2.3 Procedimiento**

Esta Tesis forma parte del desarrollo de un proyecto de investigación financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (Plan Nacional de Investigación, Ref: PSI201-24512 ), cuyo objetivo es el análisis de los métodos de abandono del consumo de tabaco sin ayuda profesional. Para la consecución de este objetivo se entrevistó a fumadores que habían iniciado el autoabandono del consumo de tabaco de acuerdo al siguiente procedimiento:

#### *a) Elaboración de los instrumentos de evaluación*

En esta fase del proyecto se crearon los instrumentos de evaluación de variables que estuvieran citadas en la bibliografía sobre autoabandono del consumo de tabaco. Para ello se prepararon dos entrevistas semiestructuradas por parte del equipo del proyecto, denominadas *Entrevista para la evaluación del Autoabandono sin Ayuda Profesional I y II (ASAP I y ASAP II)*. Paralelamente se incluyeron algunos otros instrumentos, tales como el AAQ-II y otros que fueron modificados tales como el Cuestionario de Autocontrol de Rosenbaum.

*b) Reclutamiento y evaluación de los participantes.*

A partir de mayo de 2013 se inició el reclutamiento de los participantes, en este tiempo y hasta finales de 2014 se utilizaron las estrategias mencionadas más arriba para su captación. Una vez seleccionados los participantes siguiendo los criterios mencionados anteriormente, estos eran entrevistados por un grupo de investigadores voluntarios, cara a cara y en una única sesión, con el objetivo de poder contrastar así mismo la información obtenida con los resultados en la cooximetría. Los lugares donde se realizaba la evaluación era variable dependiendo de las posibilidades que ofreciera el participante.

### 3. Análisis de resultados

Los datos obtenidos se codificaron y analizaron mediante el programa estadístico SPSS 21 para Mac. Se llevaron a cabo análisis de frecuencias y se utilizaron estadísticos descriptivos para la descripción de la muestra y el perfil de los participantes. Para el estudio de las diferencias en frecuencias en las variables discretas se utilizó el estadístico chi-cuadrado, para el análisis de variables continuas se usó el estadístico  $t$  de Student para muestras independientes con el objeto de analizar la diferencia de medias entre los dos grupos si la distribución cumplía los criterios de normalidad, si esta condición no se cumplía se utilizaría el estadístico  $Z$  de Kolmogorov-Smirnov. El nivel de confianza utilizado ha sido del 95%.

Así mismo, con el objetivo de estimar el posible valor predictivo de ciertas variables relacionadas con el mantenimiento de la abstinencia y la recaída en el consumo de tabaco se utilizó el procedimiento de regresión logística binaria. En este análisis se utilizó el método *introducir*, con el fin de conocer la potencia clasificadora del conjunto de variables.

## **4. Resultados**

En este apartado se describen los principales resultados que se han obtenido según los objetivos planteados en la presente tesis doctoral. En primer lugar, se describe el perfil sociodemográfico de los fumadores, con éxito y sin éxito en el autoabandono. En segundo lugar, se realiza una serie de comparaciones entre lo que serían aspectos relacionados con el consumo de tabaco con el objeto de encontrar posibles diferencias que permitan indagar en si estas explican de alguna manera el éxito en el abandono del consumo. En tercer lugar, se estudian posibles factores que actuaran como elicitadores de la decisión de abandonar el consumo de tabaco. En cuarto lugar, se analizan las posibles diferencias en creencias y concepciones del tabaquismo entre los dos grupos de fumadores con el objetivo de evaluar la posible relación de estas con el éxito en el abandono. En quinto y último lugar se va a analizar una serie de repertorios conductuales relacionados con el autocontrol y manejo de eventos internos que pueden estar presentes en los fumadores y que pueden dar razón del éxito en el propósito de abandonar el consumo de tabaco a través de autoabandono.

### **4.1. Perfil global de la muestra total de los fumadores que optan por el autoabandono (self-quitters)**

En este apartado se realiza una descripción de los fumadores que han participado en la presente investigación y que en su día optaron por el autoabandono para cesar en el consumo de tabaco, un grupo tuvo éxito y se mantiene abstinentes en la actualidad y otro grupo recayó pasado un periodo de seis meses sin consumir tabaco; para ello se utilizan variables sociodemográficas, historia y hábitos de consumo, dependencia nicotínica y resistencia a las ganas de fumar. Se intenta obtener un perfil



que proporcione información sobre contextos y determinantes del autoabandono. En este perfil se realizan análisis univariados descriptivos.

#### 4.1. a) Variables sociodemográficas.

En la tabla 4 se exponen las características sociodemográficas de los participantes.

*Tabla 4. Medias (DT) y porcentajes según variables sociodemográficas en los fumadores que no solicitan ayuda profesional.*

Hombres		58 (42,3%)
Mujeres		79 (57,7%)
Edad: Media (DT)		41,25 (12,27)
Nivel educativo	Primaria	7 (5,1%)
	Secundaria	27 (19,7%)
	Formación Profesional	31 (22,6%)
	Universitario	72 (52,6%)
Estado civil	Soltero	32 (23,4%)
	Casado	90 (65,7%)
	Separado	13 (9,5%)
	Viudo	2 (1,5%)
Nivel socioeconómico	Bajo-medio bajo	26 (19%)
	Medio	85 (62%)
	Medio alto-alto	26 (19%)

Nota: Se ha tomado la media y desviación típica en variables continuas y frecuencia en porcentajes en el caso de variables no continuas.

#### 4.1.b) Perfil de fumador.

En la siguiente tabla, núm. 5, se presentan las características como fumador de los participantes en el estudio, se trata de variables tales como la edad de inicio del consumo de tabaco, número de cigarrillos diarios, años con experiencia como fumador, dependencia nicotínica medida según el Test de Fagerström, resistencia a las ganas de fumar y el número de intentos previos de abandono.

Tabla 5. Medias (DT) para variables relacionadas con la historia de consumo de tabaco que inician autoabandono y numero de intentos previos.

Media (DT) edad de inicio		16,32 (3,43)
Media (DT) número de cigarrillos/día		15,95 (9,13)
Media (DT) años como fumador		17,94 (10,85)
Media (DT) dependencia nicotínica		3,52 (2,28)
Media (DT) resistencia a ganas de fumar		62,17 (26,11)
Intentos previos	Ningún intento	52 (38%)
	Más de un intento	56 (40,9%)
	Más de cinco intentos	24 (17,5%)

Nota: Se ha tomado la media y desviación típica en variables continuas y frecuencia en porcentajes en el caso de variables no continuas.

#### 4.1.c. Razones para el abandono del consumo de tabaco, personas y factores que pudieron justificar la decisión de abandonar.

Con el objeto de estudiar las posibles razones que llevan a los fumadores a plantearse el abandono del consumo de tabaco, decidimos introducir en el cuestionario una pregunta abierta acerca de las razones que podían estar a la base de decidir abandonar el consumo de tabaco que posteriormente fue codificada de acuerdo a las siguientes categorías:

- a) Salud: cuando los entrevistados mencionaran algún aspecto relacionado con la salud, tanto con los referidos al miedo a padecer alguna enfermedad o como al padecimiento mismo de una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco en el momento de decidir abandonar el consumo de tabaco por parte del entrevistado o de algún familiar cercano al entrevistado.
- b) Familiar: En esta categoría se incluyeron aquellas respuestas que hacían mención a la presión ejercida por algún familiar, o como intención de dar ejemplo a los hijos.
- c) Sociales: En este caso se agruparon en esta categoría aquellas respuestas que hacían mención a los aspectos legislativos o derivados del coste del tabaco.
- d) Laborales: Aquí se incluyeron las respuestas que hicieran mención a alguna restricción del consumo de tabaco debido a aspectos profesionales, tales como la influencia del consumo de tabaco en el rendimiento laboral.
- e) Generales: En la categoría se tuvieron en cuenta aquellas respuestas que hacían referencia a aspectos tales como dependencia de nicotina, percepción del consumo de tabaco como drogodependencia o como una cuestión de autocontrol y manejo de sí mismo.

Por otra parte, se incluyeron preguntas acerca de qué personas fueron relevantes para los participantes que pudieron influir en la decisión de abandonar el consumo de tabaco además de otros factores, tales como coste económico y aspectos legislativos de

restricción del uso de tabaco, que pudieron influir en la decisión de abandonar el consumo de tabaco. En la tabla 6 podemos ver las razones señaladas para el abandono del consumo de tabaco, señaladas en su gran mayoría las razones relacionadas con la salud, mientras en la tabla 7 podemos comprobar las personas que han sido relevantes para la decisión de abandonar el consumo de tabaco, comprobando que la familia y la pareja son las personas más señaladas por los participantes para el abandono del consumo de tabaco, si bien, los factores económicos están a corta distancia de la pareja como factor de abandono del consumo de tabaco.

*Tabla 6. Razones que influyen en la decisión de abandono del consumo de tabaco..*

Salud	97 (70,8%)
Familiar	10 (7,3%)
Sociales	10 (7,3%)
General	14 (10,2%)

Nota: Se ha tomado la distribución de frecuencias en variables no continuas.

*Tabla 7.* Personas o factores que influyeron en la decisión de abandonar el consumo de tabaco.

Familia	54 (39,4%)
Pareja	41 (29,9%)
Amigos	7 (5,1%)
Compañeros de trabajo	2 (1,5%)
Economía	39 (28,5%)
Legislación	17 (12,4%)
Percepción social consumo de tabaco	12 (8,8%)

Nota: Se ha tomado la distribución de frecuencias en variables no continuas.

#### 4.1.d. Concepción del tabaquismo y su abandono.

En la siguiente tabla se presentan las creencias relacionadas con el consumo de tabaco y la creencia sobre necesidad de tratamiento para su abandono y la concepción sobre necesidad de posesión de habilidades para su abandono.

*Tabla 8.* Creencias sobre el tabaquismo y sobre la necesidad de tratamiento.

Enfermedad	99 (72,3%)
Necesidad de tratamiento	30 (21,9%)
Determinación para el abandono	76 (55,5%)

Nota: Se ha tomado la distribución de frecuencias en variables no continuas.

#### 4.1.e. Descripción de los resultados.

Según los datos analizados en el presente estudio el perfil de los fumadores que deciden abandonar el consumo de tabaco mediante autoabandono es, en términos de género, más frecuentemente mujer, con una edad media de 41 años, con estudios superiores, con pareja y encuadrados según su propia opinión en un nivel socioeconómico medio. La edad de inicio en el consumo de tabaco es de unos 16 años, con una historia de casi 18 años como fumador y un consumo de 16 cigarrillos al día. Así mismo han sido fumadores que no presentan, según la puntuación obtenida en el Test de Fagerström, una dependencia nicotínica elevada, muy por debajo de 5, que es el punto de corte de lo que sería pasar a una dependencia moderada, establecido por algunos autores (Becoña Iglesias y Vázquez González, 1998). Casi en términos similares los hay que no han mostrado intentos previos de abandono del consumo de tabaco o han mostrado más de uno, si bien, no hay un número excesivo de intentos en la muestra.

Las razones argumentadas para la decisión de abandonar el consumo de tabaco están, fundamentalmente, relacionadas con la salud, siendo la familia uno de los factores más citados por los participantes del estudio como influyentes para tomar la decisión de cesar en el consumo de tabaco. Por otro lado, si bien una gran mayoría consideran o entienden el consumo de tabaco como una enfermedad, en un gran porcentaje consideran que no es necesario un tratamiento y considera que la consecución del abandono del uso de tabaco se debe a una cuestión de determinación o fortaleza asimilable a “fuerza de voluntad”.

## **4.2. Comparación entre los fumadores que abandonan el consumo de tabaco y los que recaen**

### 4.2.a Variables sociodemográficas.

En este apartado se va a describir el perfil sociodemográfico de los fumadores que intentan el autoabandono del consumo tabaco que participaron en el estudio y ver las posibles diferencias entre los que tuvieron éxito en el abandono y los que recayeron. En la tabla 9 se exponen las características de los dos grupos y de la muestra total, para ello se utilizaron análisis univariados descriptivos utilizando medias, frecuencias y porcentajes. Como se puede ver, en ambos grupos predomina el sexo femenino, encontrando una edad media superior a los 43 años en el grupo de fumadores que tienen éxito en el autoabandono, mientras que la edad media en el grupo de participantes que no tienen éxito es inferior, 35,79 años, resultando esta diferencia ser significativa. En ambos grupos, abstinentes y recidivantes, una gran mayoría de los participantes está casado, 70,7% y 52,6% respectivamente y en ambos grupos igualmente predominan los que poseen estudios universitarios, el 52,5% y 52,6% según su estatus actual de fumador. En los dos grupos una mayoría se autoperceben como pertenecientes a clase media, 64,6% en el caso de los ex fumadores y el 55,3% en los recidivantes sin que existan diferencias significativas en estas variables sociodemográficas.

Tabla 9. Características de la muestra según éxito o fracaso en autoabandono.

		Exfumadores	Recidivantes	$\chi^2/Z^*(p)$
Hombres		46 (33,57%)	12 (8,75%)	2,492 (.114)
Mujeres		53 (38,68%)	26 (18,97%)	
Edad Media (DT)		43,34 (12,12)	35,79 (11,02)	-3,259(.001)*
Estado Civil	Soltero	21 (21,2%)	11 (28,9%)	7,258 (.064)
	Casado	70 (70,7%)	20 (52,6%)	
	Separado/divorciado	6 (6,1%)	7 (18,4%)	
	Viudo	2 (2,0%)	0 (0,0%)	
Nivel educativo	Primaria	6 (6,61%)	1 (2,6%)	1,970 (.579)
	Secundaria	21 (21,25%)	6 (15,8%)	
	Formación Profesional	20 (20,2%)	11 (28,9%)	
	Universitario	52 (52,5%)	20 (52,6%)	
Nivel socioeconómico	Bajo y medio bajo	15 (15,2%)	11 (28,9%)	3,425 (.180)
	Medio	64 (64,6%)	21 (55,3%)	
	Medio alto y alto	20 (20,2%)	6 (15,8%)	

Nota: Las comparaciones estadísticas en los grupos de variables no-continuas fueron calculadas con la prueba de Pearson chi-cuadrado. Las diferencias entre grupos de variables continuas fueron calculadas usando la Z de Kolmogorov-Smirnov para muestras independientes que no siguen una distribución normal. \*Significativo para  $p < .05$ .

#### 4.2.b. Comparación en factores relacionadas con el consumo de tabaco entre los que consiguen el abandono y los que recaen.

En la tabla 10 se exponen las características relacionadas con los hábitos de consumo de tabaco. Los participantes pertenecientes al grupo de los fumadores que se mantienen abstinentes consumían una media de 16,62 cigarrillos/día y la edad media de inicio en el consumo habitual de tabaco era de 16,54 años, mientras que en el grupo de fumadores que habían recaído el número medio de cigarrillos al día era de 14,31 y la edad media de inicio en el consumo de tabaco era de 14,88 años. En relación a la



dependencia de la nicotina, se registraron los datos sobre el test de Fagerström, referida a cuando los participantes tomaron la decisión de cesar en el consumo de tabaco. Como se puede comprobar, ninguna de las variables relacionadas con los hábitos de consumo de tabaco presenta diferencias significativas en relación al éxito en el abandono del consumo de tabaco, a excepción de la edad en la que se decide la dejar de consumir tabaco, existiendo entre ambos grupos una diferencia superior a los 7 años. Los datos obtenidos en el Cuestionario de Fagerström no resultan diferentes en términos estadísticos entre los grupos, lo que sugiere que no existen diferencias en lo que a dependencia nicotínica se refiere entre el éxito o fracaso en autoabandono. Por último, cabe señalar que la resistencia a las ganas de fumar en función de situaciones y/o contextos no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los que tuvieron éxito y no lo tuvieron en el cese.

Tabla 10. Variables relacionadas con el hábito tabáquico.

	Exfumadores M (DT)	Recidivantes M (DT)	Z de Kolmogorov- Smirnof. (p)/t (p)*
Nº cigarrillos/día	16,62 (10,21)	14,24 (5,23)	,86 (.447)
Edad de inicio en consumo de tabaco	16,45 (2,80)	14,88 (5,50)	1,33 (.056)
Años como fumador	19,29 (10,91)	14,99 (10,77)	1,28 (.76)
Edad de abandono	36,35 (10,93)	29,77 (9,65)	1,63 (.01)**
Monóxido de Carbono	2,32 (1,62)	19,04 (12,43)	3,81 (.000)**
Dependencia (Fagerström)	3,51 (2,37)	3,53 (2,10)	.484 (.973)
Resistencia a ganas	60,88 (25,55)	65,50 (27,57)	-,926 (.356)*

Nota: Las comparaciones estadísticas en el caso de variables continuas fueron calculadas utilizando la prueba Z de Kolmogorov-Smirnov si no cumplían el criterio de normalidad, si cumplían dicho criterio, se utilizó la prueba *t* de Student (\*)

\*\* Significativo para  $p < ,05$

Como se puede ver en la tabla 11, entre las distintas razones que argumentan ambos grupos para consumir tabaco están relacionados mayoritariamente con la satisfacción que les produce el uso de tabaco y el relax proporcionado por el mismo, si bien la satisfacción está más asociada en términos de significación estadística a los fumadores que fracasaron en el intento de autoabandono. El resto de razones están en proporciones más o menos igualadas según los grupos, no obstante, solo se encuentran diferencias significativas en la satisfacción al consumir tabaco como motivo para fumar, más ligada a los fumadores que tienen éxito en el autoabandono, frente al motivo de relajación, que, por su parte es mencionado más frecuentemente por los fumadores que no tuvieron éxito

Tabla 11. Razones para consumir tabaco en ambos grupos.

	Ex fumadores		Recidivantes		$\chi^2$ (p)
	Si	No	Si	No	
Sensación de seguridad	21 (21,2%)	78 (78,8%)	11 (31,4%)	24 (68,6%)	1,48 (,252)
Sensación de Independencia	17 (17,2%)	82 (82,8%)	9 (25%)	27 (75%)	1,04 (,217)
Satisfacción	56 (56,6%)	43 (43,4%)	11 (30,6%)	25 (69,4%)	7,14 (,008)
Relajación	52 (52,5%)	47 (47,5%)	23 (62,2%)	14 (36,8%)	1,01 (,315)
Sensación de Calma	38 (38,4%)	61 (61,6%)	13 (36,1%)	23 (63,9%)	0,58 (,810)
Estimulante	20 (20,2%)	79 (79,8%)	9 (25%)	27 (75%)	0,360 (,548)
Sentirse bien	18 (18,2%)	81 (81,8%)	9 (25%)	27 (75%)	0,767 (,381)
No consciente	34 (34,3%)	65 (65,7%)	7 (19,4%)	29 (80,6%)	2,77 (,096)

Nota: Las comparaciones estadísticas en los grupos de variables no-continuas fueron calculadas con la prueba de Pearson chi-cuadrado.

\*Significativo para  $p \leq .05$

#### 4.2.c. Variables relacionadas con salud en el momento de la decisión de abandonar el consumo de tabaco según el éxito en autoabandono.

La influencia de ciertas patologías a la hora de decidir el cese del consumo de tabaco sin ayuda se pueden ver en la tabla 12, tanto las ligadas al consumo de tabaco tales como la afonía y la taquicardia, como algunos síntomas que estaban presentes en el momento de decidir dejar de fumar, mostrando algunas de ellas relación estadísticamente significativa con el estatus actual de fumador o abstinentes, tales como afonía, otras también ligadas al consumo de tabaco, como taquicardia, ardor de estómago o cansancio fueron indicadas por una minoría de los participantes pero no mostraron relación significativa alguna con el éxito o fracaso en autoabandono. En cambio, variables de carácter conductual, tales como la distimia y la ansiedad sí que

mostraron una relación significativa con el estatus de éxito o fracaso en el abandono del consumo de tabaco, estando en su mayor parte relacionadas con el fracaso en el autoabandono.

Tabla 12. Patologías mencionadas en el momento de abandonar el consumo de tabaco.

		Si	No	No recuerda	$\chi^2(p)$
Afonía	Exfumador	21 (22,3%)	71 (75,5%)	2 (2,1%)	10,05 (.007)
	Recidivante	11 (32,4%)	18 (52,9%)	5 (14,7%)	
Taquicardia	Exfumador	18 (19,6%)	69 (75,0%)	5 (5,4%)	,008 (.996)
	Recidivante	7 (20%)	26 (74,3%)	2 (5,7%)	
Ardor estomago	Exfumador	28 (30,4%)	60 (65,2%)	4 (3,2%)	,950 (.622)
	Recidivante	10 (29,4%)	21 (61,8%)	3 (8,8%)	
Cansancio	Exfumador	23 (25,3%)	62 (68,1%)	6 (6,6%)	3,81 (.149)
	Recidivante	6 (17,6%)	22 (64,7%)	6 (17,6%)	
Distimia	Exfumador	21 (23,1%)	69 (75,8%)	1 (1,1%)	14,58 (.001)
	Recidivante	11 (31,4%)	18 (51,4%)	6 (4,8%)	
Ansiedad	Exfumador	15 (16,3%)	74 (80,4%)	3 (3,3%)	6,93 (.031)
	Recidivante	10 (29,4%)	20 (38,8%)	4 (11,8%)	

Nota: Las comparaciones estadísticas en los grupos de variables no-continuas fueron calculadas con la prueba de Pearson chi-cuadrado.

\*Significativo para  $p \leq .05$

#### 4.2.d. Conceptuación del tabaquismo y su abandono entre los que consiguen el abandono y los que recaen.

En la tabla 13 aparecen, por un lado, la relación existente entre la creencia o regla sobre la concepción del tabaquismo considerándolo como una enfermedad y el éxito o fracaso en el autoabandono, y por otro lado, la relación entre creencia en la necesidad de tratamiento para el abandono del consumo de tabaco y el éxito o fracaso en el cese del consumo de tabaco, y por último, se han analizado las posibles

diferencias en creencias relacionadas con algunas habilidades especiales, mencionada en términos genéricos, como justificante del éxito en el autoabandono del consumo de tabaco u otros motivos espúreos que puedan dar razón del éxito en el autoabandono del consumo de tabaco.

Ambos grupos, coinciden en la concepción del tabaquismo como una enfermedad, si bien no existe en este caso una relación estadísticamente significativa entre dicha concepción del uso de tabaco y el status actual de fumador o ex fumador, en cambio, sí hay una relación significativa entre la creencia en la necesidad de tratamiento para el abandono del consumo de tabaco y el fracaso en el autoabandono. Por otro lado, existe una idea muy asentada entre los participantes que no consiguen el abandono acerca de la importancia de la presión social para el cese en el consumo de tabaco.

Tabla 13. Creencias sobre el abandono del consumo de tabaco en ambos grupos.

		Si	No	$\chi^2$ (p)
Tabaquismo como enfermedad	Exfumador	70 (71,4%)	28 (28,6%)	,663 (.415)
	Recidivante	29 (78,4%)	8 (21,6%)	
Necesidad de tratamiento	Exfumador	12 (12,8%)	82 (87,2%)	24,88 (.000)
	Recidivante	18 (56,3%)	14 (43,8%)	
Solo los fuertes son capaces	Exfumador	52 (56%)	40 (43,5%)	2,05 (.152)
	Recidivante	24 (70,6%)	10 (29,4%)	
Dejar de fumar por presión social	Exfumador	14 (15,9%)	74 (84,1%)	10,16 (.001)
	Recidivante	14 (43,8%)	18 (56,3%)	

Nota: Las comparaciones estadísticas en los grupos de variables no-continuas fueron calculadas con la prueba de Pearson chi-cuadrado.

\*Significativo para  $p \leq .05$ .

### 4.3. Repertorios conductuales en fumadores que deciden abandonar el consumo de tabaco mediante autoabandono según consiguen abandonar definitivamente o recaen

Para el análisis de la inflexibilidad psicológica como factor que puede dar razón, en parte, del éxito en el cese del consumo de tabaco mediante autoabandono hemos incluido el AAQ-II en el Cuestionario General. Las puntuaciones medias obtenidas se representan en la tabla 14, habiéndose encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, siendo los fumadores que no han tenido éxito los que presentan una puntuación media más elevada. Por otro lado, en lo que al autocontrol se refiere, los fumadores que han tenido éxito muestran una puntuación estadísticamente

significativa superior a la que presentan los que no han conseguido el éxito en la cesación tabáquica.

*Tabla 14.* Repertorios conductuales en función del éxito en autoabandono.

	Exfumadores	Recidivantes	t(p).
Infle Psicológica M (DT)	23,46 (2,95)	25,36 (5,23)	-3,41 (,001)
Autocontrol M (DT)	27,72 (18,58)	19,97 (18,13)	2,198 (,030)

Nota: Las diferencias entre grupos de variables continuas fueron calculadas usando la *t* de Student para muestras independientes.

\*Significativo para  $p \leq .05$ .

De todas las variables seleccionadas para la realización de un modelo predictivo mediante regresión logística cuyos datos aparecen en la Tabla 15 se encontró que la inflexibilidad psicológica es la que presenta una mayor relación de tipo positivo con el consumo de tabaco posterior al inicio de abandono, sirviendo como un predictor significativo para la recaída después de intentar abandonar el consumo de tabaco sin ayuda (OR= 1,246;  $p < ,05$ ) mientras que en el caso del autocontrol presentaba una baja relación y negativa con el estatus de fumador que recae siendo no significativo el índice de Wald y se ha visto más proclive para identificar a los que tienen éxito, (OR= ,989;  $p > 0,05$ ) estando en sintonía estos factores con los años como fumador y la edad de abandono, pero sin llegar a ser significativo (OR= ,996;  $p > 0,05$ ; OR= ,957;  $p > 0,05$ ). El modelo es correcto para identificar el 76,5% de los que consiguen la abstinencia.

Tabla 15. Modelo de regresión logística de estimación de la influencia de las variables en el éxito en autoabandono.

	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)
Nº cigarrillos	-,021	,038	,308	,579	,979
Sexo	-,674	,516	1,703	,192	,510
Inflexibilidad Psicológica	,220	,090	5,920	,015*	1,246
Autocontrol	-,011	,013	,784	,376	,989
Dependencia	,213	,130	2,683	,101	1,237
Años fumador	-,004	,069	,004	,948	,996
Edad de cese	-,044	,069	,405	,525	,957

Notas: B=Coficiente de regresión; ET= Error Estandar; Wald= Prueba de Wald; Exp (B)= Estimación de la Odds Ratio

\*Significativo para  $p \leq .05$ .



## **5. Discusión y Conclusiones**

Conocer cuáles son algunos de los determinantes, relacionados con el hábito tabáquico, sociodemográficos o comportamentales, que puedan contribuir a explicar el éxito o abandono en el intento de abandono del consumo de tabaco sin ayuda profesional ha sido el objetivo general de investigación de este estudio, además de ver el papel de variables tradicionalmente consideradas de interés, con el fin de ayudar a diseñar mejores campañas preventivas y mejorar las tasas de éxito de los tratamientos para el tabaquismo al tratarse de un problema de salud pública.

Se ha realizado una revisión de la bibliografía sobre el tema con el objetivo de conocer variables relevantes para explicar el éxito o fracaso del autoabandono del tabaco y cuáles de ellas siguen teniendo respaldo empírico en la actualidad; no se puede olvidar que desde que se realizaron dichos estudios hasta hoy, ha sido mucho lo que se ha confirmado acerca de la influencia perjudicial del tabaco sobre la salud y se ha transmitido a la ciudadanía, han habido también cambios legislativos importantes en lo que a consumo y venta de tabaco se refiere, sobre todo en nuestro país, y campañas de prevención dirigidas a disminuir el número de fumadores con un fuerte impacto acerca de las consecuencias de su consumo así como un incremento en los servicios públicos sanitarios para ayuda a los fumadores que quisieran abandonar, igualmente se ha transmitido una visión de la nicotina como sustancia adictiva que ha podido influenciar en el comportamiento de abandono a modo de reglas y creencias.

El primer gran objetivo que se pretende conseguir con la realización del presente estudio, dado el interés que despierta el consumo de tabaco desde el punto de vista sanitario, no era otro que analizar las características y repertorios comportamentales que

podrían explicar cuáles son las razones que llevan a una persona a intentar dejar de fumar, es decir, cuáles son los factores que situarían a la persona en disposición de pasar a la acción para abandonar el consumo de tabaco y dentro de este gran objetivo, otro más específico, que haría explícito aquellos factores que pudieran dar razón del éxito en el autobandono del consumo de tabaco.

### **5.1. En cuanto al perfil de los que inician el abandono del consumo de tabaco por sí mismos**

Parece interesante conocer un poco más cuáles son las características de las personas fumadoras que deciden en algún momento de sus vidas romper con el hábito tabáquico debido a la aportación del conocimiento que dichas características puede suponer de cara a facilitar la creación de motivación en sí misma para abandonar el consumo de tabaco. Así, los fumadores que participaron en esta investigación tenían una edad media superior a los 41 años y la mayoría eran mujeres, la muestra de este estudio es muy parecida a la utilizada por Westmaas et al. (2005) y similar a la muestra que utilizó Ferguson et al (2009) en lo que a la edad se refiere. Una mayor proporción de participantes con formación superior destaca sobremanera respecto a otros niveles formativos tanto en la muestra utilizada en este estudio como en la muestra de Westmaas et al. (2005). Así mismo, las razones para abandonar el consumo de tabaco, fundamentalmente, están relacionadas con la salud, bien por temor a padecer alguna de las enfermedades que provoca el consumo de tabaco, lo cual estaría relacionado con la, cada vez mayor, información disponible acerca de los perjuicios que conlleva fumar o, bien puede ser debido a un efecto considerable de consecuencias aversivas experimentadas por los fumadores. Resulta llamativo que gran parte de los fumadores que han participado en este estudio han realizado diversos intentos de abandonar el

consumo de tabaco teniendo como resultado el fracaso en abstinencia continuada, por otro lado, tal y como se ha señalado anteriormente, la dependencia nicotínica no parece ser un factor que incite a los fumadores o que permita explicar el éxito en el abandono, así las puntuaciones obtenidas en nuestra muestra en lo que a dicho factor se refiere no es un elemento que resalte, su bajo valor estaría dentro de lo que se considera una baja dependencia, resultaría lógico pensar que los más dependientes fueran los que intentaran abandonar el consumo de tabaco, debido, posiblemente, a mayores consecuencias aversivas derivadas del consumo del tabaco que, a su vez, iría ligada a un mayor número de cigarrillos consumidos, así mismo y en relación a esta cuestión. Otras razones como la economía o el gasto que conlleva el uso de tabaco esté al mismo nivel de importancia que la pareja como factores que influyen en la decisión de abandonar el consumo de tabaco. En el caso de nuestro país, y teniendo en cuenta las fechas en las que se ha realizado el estudio, en las que se implantaron cambios legislativos restringiendo el uso y consumo de tabaco en determinados lugares públicos, cabe destacar un número importante de personas que han señalado los cambios en dicha legislación como factores que de alguna manera han incidido en su decisión de abandonar el consumo de tabaco. En relación a la creencia en la necesidad de tratamiento los datos obtenidos en la muestra reflejan que sólo un pequeño porcentaje cree que es necesario para conseguir el abandono del tabaco, coincidiendo aun en mayor grado con las tesis de Gross et al., (2008) siendo similares los datos que hacen referencia a la capacidad de uno mismo para abandonar el consumo.

## **5.2. Comparación entre “*self-quitters*”. ¿Quién tiene éxito en el abandono de tabaco mediante autoabandono?**

Si importante es comprender qué mecanismos, razones o factores llevan a la acción en lo que a abandono en el consumo de tabaco se refiere, más importante aún es comprender que estrategias, razones, factores, repertorios, etc. pueden explicar el éxito en el abandono o disminuir la probabilidad de fracaso cuando no se acude a tratamiento. En este sentido se ha considerado conveniente comparar determinados factores, que aparecían en la literatura sobre el tema, entre los que tenían éxito y los que fracasaban.

En la variable género, se encontró en ambos grupos un mayor número de mujeres, especialmente en el caso del grupo de los que no tienen éxito; la proporción de mujeres que recaen es de más del doble respecto a los que lo tienen éxito, no obstante, no ha dado lugar a la existencia de una relación estadísticamente significativa que permita relacionar el género con el éxito en abandono de tabaco. El género ha sido una variable muy mencionada, especialmente en la literatura que se ha dedicado al estudio de variables relacionadas con éxito en abandono mediante tratamiento de algún tipo, tanto en relación a craving en mujeres, asumiendo mayor aversividad en el género femenino, como con cuestiones de estética, tales como el peso, en cambio, los datos obtenidos en nuestro estudio ponen en cuestión los obtenidos por Ward et al., (1997) que señalaban que los hombres eran más proclives a la abstinencia a largo plazo.

El status de casados o con pareja, es el grupo mayoritario en ambos grupos, especialmente en el grupo de los que han tenido éxito en el abandono, no obstante, no

se han podido estudiar el impacto significativo de la relación debido a problemas de tamaño de la muestra.

Cuando se consultó sobre el nivel educativo, los participantes de este estudio mostraron en términos proporcionales y en ambos grupos, con éxito y sin éxito en abandono del consumo de tabaco, una formación superior, no obstante, no hay una relación estadísticamente significativa que permita justificar un mayor status formativo de los que consiguen abandonar.

En determinados aspectos sociodemográficos se encontraron algunas diferencias entre los exfumadores exitosos y los que recaen. Así, por ejemplo, las diferencias en edad resultan significativas en términos estadísticos. La superioridad de edad de los que abandonan, de unos ocho años respecto de los que no tienen éxito, resulta llamativa, coincidiendo en este caso con las conclusiones del estudio de Marlat, Curry y Gordon (1998). Este es uno de los factores que señalaban como predictores de éxito en fumadores que solicitaban tratamiento Gregor y Borrelli (2012), argumentando que su influencia era debida a la aparición de consecuencias aversivas derivadas del consumo de tabaco y que era más probable su aparición en edades mayores, si bien este puede ser un factor de peso tal y como añaden los citados autores, este se podría ver mediatizado por los años de consumo de tabaco, que teóricamente deberían ser más determinantes que la edad de abandono en lo que a consecuencias aversivas del tabaco se refiere, que si bien en el caso de la muestra es muy superior, casi cinco años, no da lugar a diferencias significativas estadísticamente, y la edad media de inicio en ambos grupos es pequeña, en torno a unos dos años, no dando tampoco lugar a diferencias significativas.

Coincide, en términos generales, los datos obtenidos en el presente estudio con los que en su día consiguieron con su estudio sobre abandono sin ayuda profesional Linchstein y Cohen (1990), que les permitió concluir que las variables sociodemográficas no sirven como variables predictoras en el éxito en auto abandono.

Los mismos autores, en cambio, señalan la importancia que puede tener la dependencia nicotínica como elemento predictor del éxito en autoabandono del consumo de tabaco, mientras que otros no entienden la importancia concedida a esta variable, p. ej. Armitage y Arden, (2008). En el presente estudio, además de la baja dependencia que presentaban los fumadores que participaron, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la variable dependencia nicotínica entre exfumadores y recidivantes, lo cual, unido a los resultados de otros estudios señalados anteriormente, puede llevar a concluir que es necesario un replanteamiento del constructo dependencia, de manera que se convierta en algo útil para la planificación de tratamientos del tabaquismo.

No ha resultado posible encontrar en la revisión bibliográfica prácticamente nada referido a la resistencia a las ganas de fumar, salvo en el caso de mujeres embarazadas, considerándolo una estrategia de mantenimiento de la abstinencia, que se relacionaba negativamente con la abstinencia, en este estudio, si bien, los que no han tenido éxito en abandonar han mostrado puntuaciones más altas, dicha estrategia no ha presentado ser estadísticamente significativa entre ambos grupos.

Resulta llamativo la ausencia de diferencias en cuanto a los motivos señalados para fumar y la sensación subjetiva que puede proporcionar el consumo de tabaco. Así la relajación, a pesar de ser considerado el tabaco como una sustancia estimulante

(Paradoja de Nesbitt), fue señalada por ambos grupos de forma mayoritaria como motivo para el consumo de tabaco, tan solo se encontraron diferencias significativas en el grupo de éxito que señalaron el uso de tabaco por la satisfacción que les proporcionaba, aun así, parece necesario indagar más en cuáles son los motivos reales por los que la gente fuma ya que los resultados obtenidos en este estudio mayoritariamente, a excepción de los mencionados anteriormente, no se destaca de ninguna manera sobresaliente ningún motivo o grupo de motivos.

Más arriba se ha indicado que más que la influencia de la edad de abandonar tal vez fuera más importante la influencia que podían jugar determinadas variables que pudieran ser consecuencia de un largo historial de consumo, bien en el éxito o bien en el inicio de la decisión de abandonar el consumo de tabaco, así por ejemplo, padecer afonía cuando decidió dejar de fumar, tuvo más importancia para los fumadores que no tuvieron éxito, cuando decidieron cesar en el consumo de tabaco que para los que tuvieron éxito. No obstante, más llamativo es la influencia que han tenido, en el mismo grupo, es decir, en el de los fumadores que no tuvieron éxito, algunos síntomas tales como distimia o ansiedad, dando a entender que pudieron ser factores que incitaron al abandono y se mantuvieron relacionadas con la recaída, en el sentido que afirman Piasecki et al., (2003).

Ha sido mencionado más arriba la influencia que la industria farmacéutica ejercía sobre los fumadores, proveedores de servicios sanitarios etc. a través de la difusión de opiniones de expertos sobre el tabaquismo como enfermedad y la necesidad de su tratamiento para conseguir el abandono, omisión de los datos sobre eficacia del autoabandono etc. de forma que, los fracasos en cese del consumo de tabaco se convirtieran en una especie de “profecías autocumplidas” de las premisas de las

industrias farmacéuticas; así, los datos obtenidos en el presente estudio, en cuanto a la concepción del tabaquismo como enfermedad en ambos grupos, no permiten el establecimiento de una relación estadísticamente significativa con ningún grupo, mientras que, por el contrario, la necesidad de tratamiento para el tabaquismo sí se convierte en un hecho diferencial relacionado con los que han fracasado en el intento de abandono del consumo de tabaco, lo cual coincide con los datos mencionados en la literatura (Gross et al., 2008) en los que se afirmaba que no era necesario el tratamiento para el abandono del consumo de tabaco en el grupo de los que tienen éxito en el abandono. Al igual que en la concepción de la necesidad de tratamiento, si bien, sin dar lugar a diferencias estadísticamente significativas, sí hay una gran relación con la creencia en la necesidad de una “fortaleza especial” para abandonar el consumo por parte de los que han fracasado en el intento, algo que contrasta, al menos, con las conclusiones obtenidas por Lichtenstein y Cohen (1990).

El autocontrol ha sido una de las variables típicamente relacionadas con el mantenimiento de la abstinencia tabáquica. Los datos obtenidos en el presente estudio no son una excepción, y señalan una diferencia considerable entre las medias obtenidas por ambos grupos, siendo, lógicamente, mucho mayor la puntuación obtenida por los fumadores que se mantienen abstinentes. En este estudio, se han obtenido diferencias significativas en la puntuación en autocontrol, rozando los seis puntos de diferencia, esto significa que el autocontrol es una variable implicada en la consecución de abandonar el consumo de tabaco mediante autoabandono, igualmente, esta variable ha sido relacionada en otros trabajos (Rosa, Sánchez y Olivares, 1998), con el mantenimiento de la abstinencia. Al igual que en el caso del autocontrol, los dos grupos de la muestra diferían significativamente en términos de inflexibilidad psicológica,



puntuando mucho más en el AAQ-II los fumadores que no habían tenido éxito en la cesación tabáquica. No existen estudios previos que informen de la inflexibilidad psicológica en fumadores que opten por el autoabandono, no obstante, la investigación de Hernández-López (2007), no encuentra diferencias significativas en inflexibilidad psicológica que puedan dar razón del mantenimiento de la abstinencia a corto ni largo plazo en fumadores que habían estado en tratamiento, concretamente en una comparación de tratamientos, estando uno de ellos dirigido a promocionar la flexibilidad psicológica..

No es el caso del presente estudio, los datos obtenidos en el modelo de regresión logística muestran que la inflexibilidad psicológica es la variable que mejor permite explicar la diferencia entre ambos grupos en un modelo en el que se han introducido las variables relacionadas clásicamente con la dificultad de cesar en el consumo de tabaco ya sea con o sin ayuda profesional, coincidiendo estos datos con los mostrados por Farris et al., (2015) si bien los suyos estaban referidos a fumadores que buscan tratamiento.

### **5.3. Conclusiones generales**

Se describen en este apartado los determinantes que se pueden extraer de todas las comparaciones realizadas de forma que permita establecer una serie de premisas acordes con los objetivos iniciales de este estudio.

a) La escasez de estudios en nuestro país sobre características y variables relacionadas con los fumadores que deciden abandonar el consumo mediante autoabanono no permite establecer comparaciones y las cuestiones sociodemográficas apenas si dan información del éxito en el abandono.

b) Tal vez se pueda concluir que la introducción de determinados cambios en la legislación relacionados con el uso, compra y consumo de tabaco pueda dar lugar, aunque sea tímidamente, a cambios en el patrón de consumo, incluso favoreciendo su abandono.

c) Las circunstancias y variables en torno al hábito tabáquico no han mostrado influencia alguna, en casi todos los aspectos, salvo la edad de abandono, dando a entender que a partir de determinada edad el tabaco empieza a resultar más aversivo, especialmente en aquellos que lo utilizan por satisfacción, predisponiendo al abandono de su consumo. Variables tales como dependencia o número de cigarrillos no ha demostrado tener relación con éxito o fracaso en el autoabandono del tabaco.

d) Es necesario desmitificar la solución de tratamiento farmacológico como estrategia válida de cese en el consumo de tabaco para potenciar estrategias de autoabandono. La influencia de determinadas creencias sobre el cese del consumo puede ralentizar la puesta en marcha de procesos de autoabandono del consumo de tabaco.

e) El conocimiento de la importancia de la variable inflexibilidad psicológica como repertorio subyacente al consumo de tabaco y sus recaídas debe permitir, por un lado, su inclusión como variable a evaluar en los tratamientos y por otro, la elaboración de protocolos breves y flexibles dirigidos a aquellos fumadores que por distintas razones no pueden o no quieren acudir a ningún tipo de tratamiento con el objetivo de potenciar la flexibilidad.

#### **5.4. Limitaciones de la presente investigación y perspectivas futuras**

Las limitaciones del presente estudio se describen a continuación con el objeto de mejorar posibles investigaciones futuras sobre el tema.

a) Este tipo de estudios suele adolecer de sesgo en la información debidos al recuerdo de los participantes. No solamente el paso del tiempo que influye en el recuerdo, sino que dicha información podría estar sesgada en función del éxito a la hora de abandonar el consumo de tabaco. Por otro lado, determinados aspectos relacionados con el consumo, pueden ser infra o supra valorados a través del tiempo, por ejemplo, el número de cigarrillos o aspectos relacionados con la dependencia.

b) La forma de selección de la muestra no ha sido aleatoria; se trata de una de las principales limitaciones de los trabajos de autoabandono de conductas adictivas, debido a la dificultad para acceder a este tipo de pacientes.

c) El tamaño de nuestra muestra es inferior al utilizado en otros estudios sobre el tema, así mismo se trata de un estudio exploratorio y por otro lado correlacional, debido, como se ha señalado anteriormente, a la falta de datos en nuestro país, no obstante, puede aportar algo de información sobre el tema.

d) Las dificultades de acceder a personas que hayan abandonado y poder asistir a una sesión para realizar la entrevista dificulta el acceso a una muestra mayor. Esto puede dar lugar a limitaciones en la generalización de los resultados. No obstante, el hecho de ser de los primeros estudios realizados sobre el tema permite sentar unas bases mínimas para futuras investigaciones.

e) No se han podido contrastar las informaciones aportadas por los participantes con informaciones provenientes de otras personas, familiares o amigos que recordasen el momento de abandono con el objetivo de atenuar los posibles sesgos en el recuerdo como consumidor de tabaco.

Son necesarios estudios que repliquen los hallazgos controlando los aspectos señalados como debilidades mediante:

- a) Diseño de estudios prospectivos que permita investigar el proceso de abandono del consumo de tabaco a lo largo del tiempo y los cambios en distintas variables durante dicho proceso.
- b) Elaboración de instrumentos de evaluación de inflexibilidad relacionados con el consumo de tabaco que permita una mejor comprensión del tabaquismo como estrategia de evitación experiencial.
- c) Realización de estudios sobre self-quitting, en países de nuestro entorno, la escasez de estos no permite comprar la influencia de aspectos tales como la legislación respecto a su uso o la fiscalidad en el abandono del consumo del tabaco en lugar de otras variables más ligadas a aspectos conductuales.



## Referencias

- Adan, A. (2012). Impulsividad funcional y disfuncional en jóvenes con consumo intensivo de alcohol. *Adicciones*, 24(1), 17-22. doi:10.20882/adicciones.113
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. DSM 5. Barcelona: Masson.
- Armitage, C. J. y Arden, M. A. (2008). How useful are the stages of change for targeting interventions? randomized test of a brief intervention to reduce smoking. *Health Psychology*, 27(6), 789-798. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.27.6.789
- Atrens, D. M. (2001). Nicotine as an addictive substance: A critical examination of the basic concepts and empirical evidence. *Journal of Drug Issues*, 31(2), 325-394. doi: 10.1177/002204260103100202
- Bachmann, M. S., Znoj, H. y Brodbeck, J. (2012). Identifying Distinct Quitting Trajectories after an Unassisted Smoking Cessation Attempt: An Ecological Momentary Assessment Study. *Open Journal of Medical Psychology*, 1, 44-50. http://dx.doi.or/10.4236/ojmp.2012.13008.
- Baillie, A. J., Mattick, R. P. y Hall, W. (1995). Quitting smoking: Estimation by meta-analysis of the rate of unaided smoking cessation. *Australian Journal of Public Health*, 19(2), 129-131.
- Baker, T. B., Breslay, N., Covey, L. y Shiffman, S. (2012). DSM criteria for tobacco use disorder and tobacco withdrawal: A critique and proposed revisions for DSM-5.

*Addiction* (Abingdon, England), 107(2), 263-275.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03657.x>

Banegas, J. R., Díez Gañán, L., González Enríquez, J., Villar Alvarez, F. y Rodríguez-Artalejo, F. (2005). Recent decrease in smoking-attributable mortality in Spain. *Medicina Clínica*, 124(20), 769-771.

Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., McHugh, L. y Hayes, S. C. (2004). Relational Frame Theory: Some Implications for Understanding and Treating Human Psychopathology. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(2), 355-375.

Barnes-Holmes, D., Cochrane, A., Barnes-Holmes, Y., Stewart, I. y McHugh, L. (2004). Aceptación psicológica: Análisis experimental e interpretaciones teóricas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 517-530.

Barth, J., Critchley, J. y Bengel, J. (2006). Efficacy of psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 32(1), 10-20.  
doi:[http://dx.doi.org/10.1207/s15324796abm3201\\_2](http://dx.doi.org/10.1207/s15324796abm3201_2)

Baumeister, R. F. y Vohs, K. D. (2007). Self-regulation, ego depletion, and motivation. *Social and Personality Psychology Compass*, 1(1), 115-128.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1751-9004.2007.00001.x>

Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1998). *Tratamiento del Tabaquismo*. Madrid: Dykinson.

- Bello, A. M., Robles, J. N., Sarmiento, A. F., Tuliao, A. P. y Reyes, R. C. (2011). Motivation, cognitive, and affective factors that predict smoking relapse: A cross-sectional study in a filipino sample. *Journal of Smoking Cessation*, 6(1), 17-24. doi:<http://dx.doi.org/10.1375/jsc.6.1.17>
- Benowitz, N. (1988). Pharmacological aspects of cigarette smoking and nicotine addiction. *New England Journal of Medicine*, 319, 1318-1330.
- Berg, C.J., Schauer, G.L., Buchanan, T.S., Sterling, K., DeSisto, C., y Pinsker, E.A. (2013). *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(4), 1059-1067. doi: 10.1037/a0033790.
- Berghoff, C. R., Pomerantz, A. M., Pettibone, J. C., Segrist, D. J. y Bedwell, D. R. (2012). The relationship between experiential avoidance and impulsiveness in a nonclinical sample. *Behaviour Change*, 29(1), 25-35. doi: 10.1017/bec.2012.6
- Bickel, W. K., Jarmolowicz, D. P., Mueller, E., Gatchalian, K. M. y McClure, S. M. (2012). Are executive function and impulsivity antipodes? A conceptual reconstruction with special reference to addiction. *Psychopharmacology*, 221(3), 361-387. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00213-012-2689-x>
- Bjartveit, K. y Tverdal, A. (2009). Health consequences of sustained smoking cessation. *Tobacco Control*, 18(3), 197-205. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/tc.2008.026898>
- Bjornson, W., Rand, C., Connett, J.E., Lindgren, P., Nides, M., Pope, F., y... O'Hara, P. (1995). Gender differences in smoking cessation after 3 years in the lung health study. *American Journal of Public Health*, 85(2), 223-230.



- Bond, F.W., Hayes, S.C. Baer, R.A., Carpenter, K.M, Guenote, N., Orcutt, H.K., y...  
Zettle, R.D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire- II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688.  
doi:10.1016/j.beth.2011.03.007
- Bowen, S. y Marlatt, A. (2009). Surfing the urge: Brief mindfulness-based intervention for college student smokers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(4), 666-671.  
doi:http://dx.doi.org/10.1037/a0017127
- Brown, R. A., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., Strong, D. R. y Zvolensky, M. J. (2005). Distress tolerance and early smoking lapse. *Clinical Psychology Review*, 25(6), 713-733. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2005.05.003
- Brown, R. A., Palm, K. M., Strong, D. R., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., Zvolensky, M. J. y... Gifford, E. V. (2008). Distress tolerance treatment for early-lapse smokers: rational, program description and preliminary findings. *Behavior Modification*, 32(3), 302. doi:10.1177/0145445507309024
- Cahill, K., Stead, L. F. y Lancaster, T. (2012). Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD006103.  
doi:http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006103.pub6
- Capafons A y Barreto P (1989). Competencia aprendida: Fiabilidad y validez de su medida, críticas y recomendaciones. *Revista Española De Terapia Del Comportamiento*, 1(7), 19-39.

- Carballo, J. L., Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Errasti-Pérez, J. M., Alhalabí-Díaz, S. y Espada, J. P. (2007). Recuperación natural del abuso de alcohol y drogas ilegales en una muestra española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 661-678.
- Carballo, J. L., Fernández-Hermida, J. R., Sobell, L. C., Dum, M., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O. y... AlHalabí-Díaz, S. (2008). Differences among substance abusers in Spain who recovered with treatment or on their own. *Addictive Behaviors*, 33(1), 94-105. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.07.013>
- Carey, M. P., Kalra, D. L., Carey, K. B., Halperin, S. y Richards, C. S. (1993). Stress and unaided smoking cessation: A prospective investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(5), 831-838. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.61.5.831>
- Carmody, T. P., Vieten, C., Astin, J. A. (2007). Negative affect, emotional acceptance, and smoking cessation. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(4), 499-508. doi:[10.1080/02791072.2007.10399889](http://dx.doi.org/10.1080/02791072.2007.10399889)
- Casas, M., Bruguera, E., Duro, P. y Pinet, C. (2011). Conceptos básicos en los trastornos adictivos. En Bobes, J., Casas, M. y Gutiérrez, M.C. (Eds.) *Manual de Trastornos Adictivos*. (17-27). Barcelona: Enfoque Editorial.

- Centers for Disease Control and Prevention (1993). Smoking cessation during previous year among adults -United States, 1990 and 1991. *MMWR Morbidity Mortality Weekly Report.*, 42(26) 504-507.
- Chaiton, M. O., Cohen, J. E., McDonald, P. W. y Bondy, S. J. (2007). The Heaviness of Smoking Index as a predictor of smoking cessation in Canada. *Addictive Behaviors*, 32(5), 1031-1042.
- Chapman, S. y MacKenzie, R. (2010). The global research neglect of unassisted smoking cessation: causes and consequences. *PLoS Medicine*, 7(2), e1000216. doi:<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000216>
- Chassin, L., Presson, C. C., Rose, J. S. y Sherman, S. J. (1996). The natural history of cigarette smoking from adolescence to adulthood: Demographic predictors of continuity and change. *Health Psychology: Official Journal Of The Division Of Health Psychology, American Psychological Association*, 15(6), 478-484. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.15.6.478>
- Chassin, L., Presson, C. C., Sherman, S. J. y Kim, K. (2002). Long-term psychological sequelae of smoking cessation and relapse. *Health Psychology*, 21(5), 438-443. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.21.5.438>
- Chawla, N. y Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871-890

- Chiou, W., Wu, W. y Chang, M. (2013). Think abstractly, smoke less: A brief construal-level intervention can promote self-control, leading to reduced cigarette consumption among current smokers. *Addiction*, *108*(5), 985-992. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/add.12100>
- Coggins, C. R., E., Murrelle, E. L., Carchman, R. A. y Heidbreder, C. (2009). Light and intermittent cigarette smokers: A review (1989-2009). *Psychopharmacology*, *207*(3), 343-63. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00213-009-1675-4>
- Cohen, S., Lichtenstein, E., Prochaska, J.O., Rossi, J.S., Gritz, E.R., Carr, C.R. y... Ossip-Klein, D. (1989). Debunking myths about self-quitting. Evidence from 10 prospective studies of persons who attempt to quit smoking by themselves. *The American Psychologist*, *44*(11), 1355-1365. doi: 10.1037/0003-0066X.44.11.1355
- Consejería de Salud y Bienestar Social (2011). *Los Andaluces ante las Drogas XII*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Dar, R. y Barrett, S. P. (2014). The effects of beliefs regarding drug assignment in experimental and field studies of nicotine delivery devices: A review. *Journal of Psychopharmacology*, *28*(11),1071-1079. doi:10.1177/0269881114548295
- Dar, R. y Frenk, H. (2004). Do smokers self-administer pure nicotine? A review of the evidence. *Psychopharmacology*, *173*(1-2), 18-26. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00213-004-1781-2>

- Davis, J. M., Fleming, M. F., Bonus, K. A. y Baker, T. B. (2007). A pilot study on mindfulness based stress reduction for smokers. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 72.
- Dawkins, L., Powell, J.H., Pickering, A., Powell, J. y West, R. (2009). Patterns of change in withdrawal symptoms, desire to smoke, reward motivation and response inhibition across 3 months of smoking abstinence. *Addiction*, 104, 850-858. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02522.x
- Díaz-Maroto, J.L. y Jiménez, C.A. (2008). Tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 32(3), 71-82.
- Dickman, S. J. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: Personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 95.
- Dierker, L., Rose, J., Selya, A., Piasecki, T. M., Hedeker, D. y Mermelstein, R. (2015). Depression and nicotine dependence from adolescence to young adulthood. *Addictive Behaviors*, 41, 124-128. doi:10.1016/j.addbeh.2014.10.004
- Digiusto, E. y Bird, K. D. (1995). Matching smokers to treatment: Self-control versus social support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 290-295. doi:10.1037/0022-006X.63.2.290
- Doll, R., Peto, R., Wheatley, K., Gray, R. y Sutherland, I. (1994). Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 309(6959), 901-911.

- Doran, N. Cook, J. Mc Chargue, D.E. y Spring, B. (2009). Impulsivity and cigarette craving: differences across subtypes. *Psychopharmacology*, 207(3), 365-373.
- Doran, N., McChargue, D. y Cohen, L. (2007). Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addictive Behaviors*, 32(1), 90-98.
- Doran, C. M., Valentin, L., Robinson, M., Britt, H. y Mattick, R. P. (2006). Smoking status of Australian general practice patients and their attempts to quit. *Addictive Behaviors*, 31(5), 758-766. doi:10.1016/j.addbeh.2005.05.054
- Edwards, S. A., Bondy, S. J., Callaghan, R. C. y Mann, R. E. (2014). Prevalence of unassisted quit attempts in population-based studies: A systematic review of the literature. *Addictive Behaviors* 39(3), 512-519. doi:10.1016/j.addbeh.2013.10.036
- Elfeddali, I., Bolman, C., Candel, M.M., Wiers, R.W. y De Vries, H. (2012). The role of self-efficacy, recovery self-efficacy, and preparatory planning in predicting short-term smoking relapse. *British Journal of Health Psychology*, 17(1), 185-201.
- Ellickson, P. L., Tucker, J. S. y Klein, D. J. (2001). Sex differences in predictors of adolescent smoking cessation. *Health Psychology: Official Journal Of The Division Of Health Psychology, American Psychological Association*, 20(3), 186-195. doi:10.1037/0278-6133.20.3.186
- Etter, J. y Stapleton, J. A. (2006). Nicotine replacement therapy for long-term smoking cessation: A meta-analysis. *Tobacco Control*, 15(4), 280-285.

- Fagerström, K.O. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3(3-4), 235-241.
- Fagerström, K. y Hughes, J. (2008). Varenicline in the treatment of tobacco dependence. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4(2), 353-363.
- Farmer, R. F. y Golden, J. A. (2009). The forms and functions of impulsive actions: Implications for behavioral assessment and therapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5(1), 12-30. doi:10.1037/h0100870
- Farris, S. G., Langdon, K. J., Dibello, A. M. y Zvolensky, M. J. (2015). Why do anxiety sensitive smokers perceive quitting as difficult? the role of expecting "interoceptive threat" during acute abstinence. *Cognitive Therapy and Research*, 39(2), 236-244. doi:10.1007/s10608-014-9644-6
- Farris, S. G., Zvolensky, M. J., DiBello, A. M. y Schmidt, N. B. (2015). Validation of the Avoidance and Inflexibility Scale (AIS) among treatment-seeking smokers. *Psychological Assessment*, 27(2), 467-477. doi:10.1037/pas0000059
- Farris, S.G., Zvolensky, M.J. y Schmidt, N.B. (2016). Difficulties with Emotion Regulation and Psychopathology Interact to Predict Early Smoking Cessation Lapse. *Cognitive Therapy and Research*, 40(3), 357-367. doi: 10.1007/s10608-015-9705-5
- Ferguson, S. G., Shiffman, S., Gitchell, J. G., Sembower, M. A. y West, R. (2009). Unplanned quit attempts—Results from a U.S. sample of smokers and ex-smokers.

*Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of The Society of Research on Nicotine and Tobacco*. 11(7), 827-832. doi:10.1093/ntr/ntp072

Fernández-Espejo, E. (2002). Neurobiological basis of drug addiction. *Revista De Neurología*, 34(7), 659-664.

Fiore, M. C., Novotny, T. E., Pierce, J. P., Giovino, G. A., Hatziandreu, E. J., Newcomb, P. A. y... Davis, R. M. (1990). Methods used to quit smoking in the united states. do cessation programs help? *Jama*, 263(20), 2760-2765.

Fiore, M.C. y Theobad, W. (2009). Tratamiento farmacológico: eficacia y seguridad de Bupropion. En Barrueco, M., Hernández, M.A. y Torrecilla, M. (Eds.). *Prevención y tratamiento del tabaquismo* (pp. 207-243). Badalona: Ediciones Médicas.

Forzano, L. B., Michels, J. L., Sorama, M., Etopio, A. L. y English, E. J. (2014). Self-control and impulsiveness in adult humans: Comparison of qualitatively different consumable reinforces using a new methodology. *The Psychological Record*, 64(4), 719-730.

Fowler, C. D., Lu, Q., Johnson, P. M., Marks, M. J. y Kenny, P. J. (2011). Habenular [alpha]5 nicotinic receptor subunit signaling controls nicotine intake. *Nature*, 471(7340), 597-601. doi:10.1038/nature09797

Frenk, H. y Dar, R. (2011). If the data contradict the theory, throw out the data: Nicotine addiction in the 2010 report of the surgeon general. *Harm Reduction Journal*, 812. doi:10.1186/1477-7517-8-12



- Garvey, A. J., Bliss, R. E., Hitchcock, J. L., Heinold, J. W. y Rosner, B. (1992). Predictors of smoking relapse among self-quitters: a report from the Normative Aging Study. *Addictive Behaviors*, 17(4), 367-377.
- George, T.P. y O'Malley, S.S (2004). Current pharmacological treatments for nicotine dependence. *Trends in Pharmacological Sciences*, 25(1), 42-48.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L. y Palm, K. M. (2004). Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior Therapy*, 35(4), 689-705.  
doi:http://dx.doi.org.ezproxy.uned.es/10.1016/S0005-7894(04)80015-7
- Giovino, G. A., Hughes, J. R., Pearce, J. P. y Marcus, S. E. (1990). Smoking cessation: A comparison of aided vs. unaided quitters /attempters. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 36(2), 424. doi:http://dx.doi.org.ezproxy.uned.es/10.1016/0091-3057(90)90435-K
- Gómez, A. P. y Acuña, D. S. (2007). Recuperación natural y recuperación con tratamiento del consumo de drogas y alcohol. *Adicciones*, 19(4), 409-422.  
doi:10.20882/adicciones.301
- Gómez Becerra, I. y Luciano Soriano, M. C. (2000). Autocontrol a través de reglas que alteran la función. *Psicothema*, 12(3), 418-425.
- Gómez, I., Moreno, E. y López, Nieves (2006). *(In)sensibilidad a unas u otras contingencias en el marco de la conducta gobernada por reglas*. Mexico: Plaza y Valdés.

- Gregor, K. y Borrelli, B. (2012). Barriers to quitting smoking among medically ill smokers. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(5), 484-91. doi:10.1007/s10865-011-9376-y
- Gritz, E. R., Carr, C. R. y Marcus, A. C. (1988). Unaided smoking cessation: Great American smoke out and new year's day quitters. *Journal of Psychosocial Oncology*, 6(3-4), 217-234. doi:10.1300/J077v06n03\_15
- Gross, B., Brose, L., Schumann, A., Ulbricht, S., Meyer, C., Völzke, H. y... John, U. (2008). Reasons for not using smoking cessation aids. *BMC Public Health*, 8, 129. doi:10.1186/1471-2458-8-129
- Gwaltney, C. J., Metrik, J., Kahler, C. W. y Shiffman, S. (2009). Self-efficacy and smoking cessation: A meta-analysis. *Psychology Of Addictive Behaviors*, 23(1), 56-66. doi:10.1037/a0013529
- Hagger, M. S., Leaver, E., Esser, K., Leung, C., Te Pas, N., Keatley, D. A. y...Chatzisarantis, N. D. (2013). Cue-Induced Smoking Urges Deplete Cigarette Smokers' Self-Control Resources. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(3), 394-400. doi:10.1007/s12160-013-9520-8
- Hagimoto, A., Nakamura, M., Morita, T., Masui, S. y Oshima, A. (2010). Smoking cessation patterns and predictors of quitting smoking among the Japanese general population: a 1-year follow-up study. *Addiction*, 105(1), 164-173. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02735.x

- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152-1168. doi:10.1037/0022-006X.64.6.1152
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2nd ed.)*. New York, NY, US: Guilford Press, New York, NY.
- Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C. y Fagerström K.O. (1991). The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal Of Addiction, 86*(9),1119-1127.
- Herd, N. y Borland, R. (2009). The natural history of quitting smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addiction, 104*(12), 2075-2087. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02731.x
- Hernández, M. (2007). *Comparación entre distintos tratamientos para el tabaquismo: Estrategias de Aceptación vs. Estrategias de Control*. (Tesis doctoral inédita). Departamento de Psicología. Universidad de Almería.
- Hernández-López, M., Luciano, M. C., Bricker, J. B., Roales-Nieto, J. G. y Montesinos, F. (2009). Acceptance and commitment therapy for smoking cessation: A preliminary

- study of its effectiveness in comparison with cognitive behavioral therapy. *Psychology Of Addictive Behaviors: Journal Of The Society Of Psychologists In Addictive Behaviors*, 23(4), 723-730. doi:10.1037/a0017632
- Hersch, J. (2005). Smoking restrictions as a self-control mechanism. *Journal of Risk and Uncertainty*, 31(1), 5. doi:10.1007/s11166-005-2927-2
- Heyman, G.M. (2013). Addiction and choice: Theory and new data. *Frontiers in psychiatry*, 4,1-5. doi: 10.3389/fpsyat2013.00031
- Hodgins, D. C. y el-Guebaly, N. (2000). Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: A comparison of resolved and active gamblers. *Addiction (Abingdon, England)*, 95(5), 777-789.
- Hughes, J. R., Gulliver, S. B., Fenwick, J. W., Valliere, W. A., Cruser, K., Pepper, S. y... Flynn, B. S. (1992). Smoking cessation among self-quitters. *Health Psychology*, 11(5), 331-334. doi:10.1037/0278-6133.11.5.331
- Hughes, J. R. (2003). Motivating and helping smokers to stop smoking. *Journal of General Internal Medicine*, 18(12), 1053-1057.
- Hung, W.T., Dunlop, S.M., Perez, S.M. Perez, D. y Cotter, T. (2011). Use and perceived helpfulness of smoking cessation methods: results from a population survey of recent quitters. *BMC. Public Health*, 11592. doi:10.1186/1471-2458-11-592
- Ingram, R. y Goldstein, B. (1978). Role of expectancy factors in behavioral self-control therapies: an experimental inquiry. *Psychological Reports*, 42(2), 535-542.

- Iribarren, M.M., Jiménez-Giménez, M., García-de Cecilia, J.M. y Rubio-Valladolid, G. (2011). Validación y propiedades psicométricas de la escala de impulsividad-estado (EIE). *Actas Españolas de Psiquiatría* 39(1), 49-60.
- Jarvis, M. J., Cohen, J. E., Delnevo, C. D. y Giovino, G. A. (2013). Dispelling myths about gender differences in smoking cessation: population data from the USA, Canada and Britain. *Tobacco Control*, 22(5), 356-360. doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050279
- Jorenby, D.E., Smith, S.S., Fiore, M.C., Hurt, R.D., Offord, K.P., Croghan, I.T. y... Baker, T.B. (1995). Varying nicotine patch dose and type of smoking cessation counselling. *Jama*, 274(17), 1347-1352.
- Kabat, G. C. y Wynder, E. L. (1987). Determinants of quitting smoking. *American Journal of Public Health*, 77(10), 1301-1305.
- Krishnan-Sarin, S., Reynolds, B., Duhig, A. M., Smith, A., Liss, T., McFetridge, A., Potenza, M. N. (2007). Behavioral impulsivity predicts treatment outcome in a smoking cessation program for adolescent smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(1), 79-82. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.09.006
- Le Foll, B. y George, T. P. (2007). Treatment of tobacco dependence: integrating recent progress into practice. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 177(11), 1373-1380.
- Le Foll, B., Wertheim, C. y Goldberg, S.R. (2007). High reinforcing efficacy of nicotine in non-primate. *PlosOne*, 2(2), e230.

Lennox, A. S. (1992). Determinants of outcome in smoking cessation. *The British Journal Of General Practice: The Journal Of The Royal College Of General Practitioners*, 42(359), 247-252.

Lennox, A. S. y Taylor, R. J. (1994). Factors associated with outcome in unaided smoking cessation, and a comparison of those who have never tried to stop with those who have. *The British Journal Of General Practice: The Journal Of The Royal College Of General Practitioners*, 44(383), 245-250.

Leventhal, H. y Cleary, P.D. (1980). The smoking problem: a review of the research and theory in behavioral risk modification. *Psychological Bulletin* 88(2), 370-405.

Ley Orgánica 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, *Boletín Oficial del Estado*, 27 de diciembre de 2005, núm. 305, p. 42241-42250.

Ley 42/2010, de 30 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. *Boletín Oficial del Estado*, 31 de diciembre de 2005, núm. 318, p. 109188-109194.

Lichtenstein, E. y Cohen, S. (1990). Prospective analysis of two modes of unaided smoking cessation. *Health Education Research*, 5(1), 63-72.  
doi:10.1093/her/5.1.63

Liechtenstein, E., Harris, D. E., Birchler, G. R., Wahl, J. M. y Schmal. D. P. (1973). Comparison of rapid smoking, warm, smoky air, and attention placebo in the

modification of smoking behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40(1), 92-98.

Linder, G, Exadaktylos, A.K. (2013). How noninvasive hemoglobin measurement with co-oximetry can change your practice: an expert review. *Emergency Medicine International*, 2013, 1-4. doi:10.1155/2013/701529

Llambí, M.L., Esteves, E., Blanco, M.L., Barros, M., Parodi, C. y Goja, B. (2008). Factores predictores de éxito en el tratamiento del tabaquismo. *Revista Médica del Uruguay* 24(2), 83-93.

Logue, A. W., Peña-Correal, T. E., Rodríguez, M. L. y Kabela, E. (1986). Self-control in adult humans: Variation in positive reinforcer amount and delay. *Journal Of The Experimental Analysis Of Behavior*, 46(2), 159-173. doi:10.1901/jeab.1986.46-159

López, F., Roales-Nieto, J.G. y Ayllon, T. (2001). Comparación de la eficacia de dos programas de intervención psicológica en tabaquismo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(3), 197-212.

López-Torrecillas, F., Nieto-Ruiz, A., Velasco-Ortuño, S., Lara-Fernández, M., López-Quirantes, E. M. y Castillo-Fernández, E. (2014). The role of impulsivity in dropout from treatment for cigarette smoking. *Comprehensive Psychiatry*, doi:10.1016/j.comppsy.2014.06.004

Luciano, C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42 (165-166), 3-14.

- Luciano, C. y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(1), 109-157.
- Luciano, C., Páez-Blarrina, M. y Valdivia-Salas, S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial. *International Journal Of Clinical And Health Psychology* 10(1), 141-165.
- Mariezcurrera, R. (1994). Recovery from addictions without treatment: Literature review. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 23(3-4), 131-154.  
doi:10.1080/16506079409455971
- Mark, G. P., Blander, D. S. y Hoebel, B. G. (1991). A conditioned stimulus decreases extracellular dopamine in the nucleus accumbens after the development of a learned taste aversion. *Brain Research*, 551(1-2), 308-310. doi:10.1016/0006-8993(91)90946-S
- Marlatt, G. A., Curry, S. y Gordon, J. R. (1988). A longitudinal analysis of unaided smoking cessation. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 56(5), 715-720.
- Marsh, A. Matheson, J. (1983). *Smoking attitudes and behaviour*. London: HMSO.
- Martínez-Vispo, C.; Fernández, E., López-Durán, A. y Becoña, E. (2015). Influencia de la sensibilidad a la ansiedad en una intervención psicológica para dejar de fumar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(1), 11-19. doi: 10.5944/rppc.vol21.num.1.2016.15977.



- McKeel, A. N. y Dixon, M. R. (2014). Furthering a behavior analytic account of self-control using relational frame theory. *Behavioral Development Bulletin*, 19(2), 111-118. doi:10.1037/h0100581
- Mikkelsen, S.S., Dalum, P., Slovic-Ettrup, L.S. y Tolstrup, J.S. (2015). What characterizes smokers who quit without using help? A study of users and non-users of cessation support among successful ex-smokers. *Tobacco Control*, 24(6), 556-561. doi:10.1136/tobaccocontrol-2013-051484.
- Minami, H., Bloom, E. L., Reed, K. M. P., Hayes, S. C. y Brown, R. A. (2015). The moderating role of experiential avoidance in the relationships between internal distress and smoking behavior during a quit attempt. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal Of The Society Of Psychologist In Addictive Behaviors*, 29(2), 400-407. doi:10.1037/adb0000030
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Informe a las Cortes Generales de la evaluación del impacto sobre la salud pública de la Ley 42/2010*. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Informe\\_Impacto\\_Salud\\_Ley\\_Tabaco.pdf](http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Informe_Impacto_Salud_Ley_Tabaco.pdf)
- Mizes, J. S., Sloan, D. M., Seigraves, K., Spring, B., Pingitore, R. y Kristeller, J. (1998). The influence of weight-related variables on smoking cessation. *Behavior Therapy*, 29(3), 371-385. doi:10.1016/S0005-7894(98)80038-5
- Molero Chamizo, A. y Muñoz Negro, J.E. (2005). Psicofarmacología de la nicotina y conducta adictiva. *Trastornos Adictivos* 7(3), 137-152.

- Morphett, K., Partidge, B., Gartner, C., Carter, A. y Hall, W. (2015). Why Don't Smokers Want Help to Quit? A Qualitative Study of Smoker's Attitudes towards Assisted vs. Unassisted Quitting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(6), 6591-6607. doi:10.3390/ijerph120606591
- Morrell, H. R., Skarbek, E. A. y Cohen, L. M. (2011). The relationship between self-efficacy and nicotine withdrawal severity among adult smokers. *Addiction Research and Theory*, 19(6), 494-503.
- Mrozowicz-Gaudyn, D., Sanz, M.M. y Carballo, J.L. (2013). Efectividad de un tratamiento conductual de deshabituación tabáquica. *Revista de Psicología de la Salud*, 1(1), 65-83.
- Muñoz, M. Á., Sanjuán, R., Fernández-Santaella, M. C., Vila, J. y Montoya, P. (2011). Aspectos neuropsicológicos del craving por la nicotina. *Adicciones*, 23(2), 111-123. doi:10.20882/adicciones.154
- Nakahima, M. y al'Absi, M. (2012). Predictors of risk for smoking relapse in men and women: a prospective examination. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal Of The Society Of Psychologist In Addictive Behaviors*. 26(3), 633-637. doi:10.1037/a.0027280
- Nerin, I., Novella, P., Crucelaegui, A., Beamonte, A., Sobradie, N. y Gargallo, P. (2004). Predictors of Success at 6-Month Follow up for Smokers Treated at a Smoking Cessation Clinic. *Archivos de Bronconeumología* 40(12), 558-562.

- Ochoa, E.L.M., Li, L. and McNamee, M.G. (1990). Desensitization of central cholinergic mechanism and neuroadaptation to nicotine. *Molecular Neurobiology*, 4(3-4), 251-287.
- O'Connell, K. A., Schwartz, J. E. y Shiffman, S. (2008). Do resisted temptations during smoking cessation deplete or augment self-control resources? *Psychology Of Addictive Behaviors*, 22(4), 486-495. doi:10.1037/0893-164X.22.4.486
- Oei, T.P. y Hallam, J. (1991). Behavioral strategies used by long-term successful self-quitters. *The International Journal of the Addictions*, 26(9), 993-1002.
- Patten, C.A., y Martin, J.E. (1996). Does nicotine withdrawal affect smoking cessation? Clinical and theoretical issues. *Annals Of Behavioral Medicine*, 18(3) 190-200. doi:10.1007/BF02883397
- Pedrero-Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez de León, J. M., Lozoya-Delgado, P., Llanero-Luque, M., Rojo-Mota, G. y Puerta-García, C. (2011). Prefrontal symptoms assessment: Psychometric properties and normative data of the dysexecutive questionnaire (DEX) in a sample from the Spanish population. *Revista De Neurologia*, 52(7), 394-404.
- Peña, L., Konfino, J. y Mejía, R. (2015). Cesación de tabaco no asistida en Buenos Aires: estudio cualitativo. *Revista Argentina de Salud Pública*, 6(22), 14-20.
- Pérez, A. (2007). Consumo de Alcohol y otras Drogas: Recuperación Natural y sus Mecanismos de cambio. *Boletín Electrónico de Salud Escolar* 3(2).

- Perkins, K. A., Parzynski, C., Mercincavage, M., Conklin, C. A. y Fonte, C. A. (2012). Is self-efficacy for smoking abstinence a cause of, or a reflection on, smoking behavior change? *Experimental And Clinical Psychopharmacology*, 20(1), 56-62. doi:10.1037/a0025482
- Perry, J. L. y Carroll, M. E. (2008). The role of impulsive behavior in drug abuse. *Psychopharmacology*, 200(1), 1-26. doi:[10.1007/s00213-008-1173-0](https://doi.org/10.1007/s00213-008-1173-0)
- Piasecki, T. M., Jorenby, D. E., Smith, S. S., Fiore, M. C. y Baker, T. B. (2003). Smoking withdrawal dynamics: II. improved tests of withdrawal-relapse relations. *Journal Of Abnormal Psychology*, 112(1), 14-27. doi:10.1037/0021-843X.112.1.14
- Pierce, J.P., Cummins, S.E., White, M.M., Humphrey, A. y Messer, K. (2012). Quitlines and nicotine replacement for smoking cessation: Do we need to change policy? *Annual Review Of Public Health*, 33, 341-356. doi:10.1146/annurev-publhealth-031811-124624
- Piper, M. E., Schlam, T. R., Cook, J. W., Sheffer, M. A., Smith, S. S., Loh, W. y... Baker, T. B. (2011). Tobacco withdrawal components and their relations with cessation success. *Psychopharmacology*, 216(4), 569-78. doi:10.1007/s00213-011-2250-3
- Powell, J., Dawkins, L., West, R., Powell, J. y Pickering, A. (2010). Relapse to smoking during unaided cessation: Clinical, cognitive and motivational predictors. *Psychopharmacology*, 212(4), 537-549. doi:10.1007/s00213-010-1975-8
- Rachlin, H. y Green, L. (1972). Commitment, choice and self-control. *Journal Of The Experimental Analysis Of Behavior*, 17(1), 15-22. doi:10.1901/jeab.1972.17-15

- Ramnerö, J. y Törneke, N. (2015). On having a goal: Goals as representations or behavior. *The Psychological Record*, 65(1), 89-99
- Ríos, F. L., Roales-Nieto, J. G. y Ayllón, T. (2001). Comparación de la eficacia de dos programas de intervención psicológica en tabaquismo. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(3), 197-212.
- Roales-Nieto J.G. y Calero, M.D. (1994). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: McGraw-Hill.
- Roales-Nieto, J.G. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el tabaquismo. En M. Pérez, (coor.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Vol. II.* (pp. 287-353). Madrid: Pirámide.
- Roales-Nieto, J.G., Pedro, E.S., García, R.C., Romero, B.M., López, F.J., Luciano, A.G y... Hernández-López, M. (2016). Flexibilidad psicológica y autoabandono del tabaco. *International Journal Of Psychology and Psychological Therapy*, 16(2), 111-130.
- Rosa, A.I., Sánchez, J. y Olivares, J. (1984). Técnicas de autocontrol y adicción al tabaco: Meta-análisis de la literatura española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 98(4), 829-850.
- Rose, J.E. (2006). Nicotine and nonnicotine factors in cigarette addiction. *Psychopharmacology*, 184, 274-285. doi: 10.1007/s00213-005-0250-x
- Rose. J.E. (2007). Decotimized cigarettes: a new tool to combat cigarette addiction. *Addiction*, 102, 181-182. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01727.x

- Rosenbaum, M. (1980). Cuestionario de autocontrol. En A. Capafons y P. Barreto (1989) (traducción y adaptación). Competencia aprendida: Fiabilidad y validez de su medida, críticas y recomendaciones. *Revista Española de Terapia del Comportamiento, 1*, 19-39.
- Ruckman, J.S. (2011). A comparative study of total hemoglobin measurement technology: noninvasive pulse cooximetry and conventional methods. Tesis doctoral. University of Connecticut.
- Ruiz, F.J., Herrera, Á. L., Luciano, C., Cangas, A.J., y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema, 25*(1), 123-129.
- Salvo G, L. y Castro S, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista Chilena De Neuro-Psiquiatría, 51*(4), 245-254.
- Schachter, S. (1990). 'Debunking myths about self-quitting: Evidence from 10 prospective studies of persons who attempt to quit smoking by themselves': Reply. *American Psychologist, 45*(12), 1389-1390. doi:10.1037/0003-066X.45.12.1389
- Schmitz, J. M., Rosenfarb, I. S. y Payne, T. J. (1993). Cognitive and affective responses to successful coping during smoking cessation. *Journal of Substance Abuse, 5*(1), 61-72. doi:10.1016/0899-3289(93)90123-S

- Secades Villa, R. y Fernández Hermida, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: Nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), 365-380.
- Sendzik, T., McDonald, P. W., Brown, K. S., Hammond, D. y Ferrence, R. (2011). A response to Prochaska: Life does not always go according to plan; your quitting might not either. *Addiction*, 106(11), 2015-2016. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03598.x
- Shiffman, S. (1989). Tobacco “chippers” individual differences in tobacco dependence. *Psychopharmacology* 9 (4), 539-547.
- Shiffman, S. y Pay, J.(2006). Smoking patterns and dependence: Contrasting chippers and heavy smokers. *Journal Of Abnormal Psychology*, 115 (3), 509-523. doi:10.1037/0021-843X.115.3.509
- Shiffman, S. y Waters, A. J. (2004). Negative affect and smoking lapses: A prospective analysis. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 72(2), 192-201. doi:10.1037/0022-006X.72.2.192
- Shiffman, S., Gnys, M., Richards, T. J., Paty, J. A., Hickcox, M. y Kassel, J. D. (1996). Temptations to smoke after quitting: A comparison of lapsed and maintainers. *Health Psychology*, 15(6), 455-461. doi:10.1037/0278-6133.15.6.455
- Slutske, W. S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two U.S. national surveys. *The American Journal Of Psychiatry*, 163(2), 297-302.

- Smith, A.L., Carter, S.M., Dunlop, S.M., Freeman, B. y Chapman, S. (2015). The Views and Experiences of Smokers Who Quit Smoking Unassisted. A Systematic Review of the Qualitative Evidence. *PLoS ONE* 10(5): e0127144. Doi: 10.1371/journal.Pone.0127144.
- Smith, A.L., Chapman, S. y Dunlop, S.M. (2015). What do we know about unassisted smoking cessation in Australia? A systematic review, 2005-2012. *Tobacco Control*, 24(1), 18-27. doi:10.1136/tobaccocontrol-2013-051019
- Smith, A.L., Carter, S.M. Chapman, S. Dunlop, S.M. y Freeman B. (2015). Why do smokers try to quit without medication or counselling? A qualitative study with ex-smokers. *BMJ Open*, 5(4)e007301. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007301.
- Sobell, L. C., Cunningham, J. A. y Sobell, M. B. (1996). Recovery from alcohol problems with and without treatment: Prevalence in two population surveys. *American Journal Of Public Health*, 86(7), 966-972. doi:10.2105/AJPH.86.7.966
- Sobell, L. C., Ellingstad, T. P. y Sobell, M. B. (2000). Natural recovery from alcohol and drug problems: methodological review of the research with suggestions for future directions. *Addiction*, 95(5), 749-64.
- Soriano, C.L., Valverde, M.R. y Martínez, O.G. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in Experiential Avoidance Disorder and Acceptance and Commitment Therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 4(1), 377-394.



- Steinberg, M. B., Schmelzer, A.C., Richardson, D.L. y Foulds, J. (2008). The case for treating tobacco dependence as a chronic disease. *Annals Of Internal Medicine*, 148(7), 554-556.
- Stewart, C. (1999). Investigation of cigarette smokers who quit without treatment. *Journal of Drug Issues*, 29(1), 167-185. doi:10.1177/002204269902900111
- Tombor, I., Shahab, L., Brown, J., Notley, C. y West, R. (2015). Does non-smoker identity following quitting predict long-term abstinence? evidence from a population survey in England. *Addictive Behaviors*, 45, 99-103. doi:10.1016/j.addbeh.2015.01.026
- Toneatto, T., Sobell, L. C., Sobell, M. B. y Rubel, E. (1999). Natural recovery from cocaine dependence. *Psychology Of Addictive Behaviors*, 13(4), 259-268. doi:10.1037/0893-164X.13.4.259
- Torchalla, I., Okoli, C. C., Hemsing, N. y Greaves, L. (2011). Gender differences in smoking behaviour and cessation. *Journal Of Smoking Cessation*, 6(1), 9-16. doi:10.1375/jsc.6.1.9
- Tucker, J. S., Ellickson, P. L., Orlando, M. y Klein, D. J. (2005). Predictors of attempted quitting and cessation among young adult smokers. *Preventive Medicine*, 41(2), 554-561.
- Vangeli, E., Stapleton, J., Smith, E.S., Borland, R. Y West, R. (2011). Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: a systematic review. *Addiction*, 106 (12), 2110-2121.

- Varescon, I., Leignel, S., Poulain, X. y Gerard, C. (2011). Coping strategies and perceived stress in pregnant smokers seeking help for cessation. *Journal Of Smoking Cessation*, 6(2), 126-132. doi:10.1375/jsc.6.2.126
- Ward, K. D., Klesges, R. C., Zbikowski, S. M., Bliss, R. E. y Garvey, A. J. (1997). Gender differences in the outcome of an unaided smoking cessation attempt. *Addictive Behaviors*, 22(4), 521-533. doi:10.1016/S0306-4603(96)00063-9
- Wegmann, L., Bühler, A., Strunk, M., Lang, P. y Nowak, D. (2012). Smoking cessation with teenagers: The relationship between impulsivity, emotional problems, program retention and effectiveness. *Addictive Behaviors*, 37(4), 463-468. doi:10.1016/j.addbeh.2011.12.008
- Westmaas, J. L. y Langsam, K. (2005). Unaided smoking cessation and predictors of failure to quit in a community sample: Effects of gender. *Addictive Behaviors*, 30(7), 1405-1424.
- Westmaas, J. L., Wild, T. C. y Ferrence, R. (2002). Effects of gender in social control of smoking cessation. *Health Psychology: Official Journal Of The Division Of Health Psychology, American Psychology Association* 21(4), 368-376. doi:10.1037/0278-6133.21.4.368
- Wetter, D. W., Fiore, M. C., Young, T. B., McClure, J. B., de Moor, C. A. y Baker, T. B. (1999). Gender differences in response to nicotine replacement therapy: Objective and subjective indexes of tobacco withdrawal. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 7(2), 135-144. doi:10.1037/1064-1297.7.2.135

- Williams, M.B., Beebe, L.A. y Neas, B.R. (2015). State-level correlates of unassisted quit attempts and success. *The Journal Of The Oklahoma State Medical Association*, 108 (11), 455-462.
- Wills, T. A., Sandy, J. M. y Yaeger, A. M. (2002). Moderators of the relation between substance use level and problems: Test of a self-regulation model in middle adolescence. *Journal Of Abnormal Psychology*, 111(1), 3-21. doi:10.1037/0021-843X.111.1.3
- Wills, T. A., Gibbons, F. X., Sargent, J. D., Gerrard, M., Lee, H. y Dal Cin, S. (2010). Good self-control moderates the effect of mass media on adolescent tobacco and alcohol use: Tests with studies of children and adolescents. *Health Psychology: Official Journal Of The Division Of Health Psychology, American Psychology Association*, 29(5), 539-549. doi:10.1037/a0020818
- Wilson, K. y Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Zvolensky, M. J., Farris, S. G., Schmidt, N. B. y Smits, J. A. J. (2014). The role of smoking inflexibility /avoidance in the relation between anxiety sensitivity and tobacco use and beliefs among treatment-seeking smokers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 22(3), 229-237. doi:10.1037/a0035306

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### ENTREVISTA INICIAL

Fecha cumplimentación: \_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Código de participante: \_\_\_\_\_

Sexo: 1. Hombre 2. Mujer      Edad: EN AÑOS

Profesión y ocupación actual: TRANSCRIPCIÓN DIRECTA SE CODIFICARÁ DESPUÉS

Estado civil: 1. Soltero   
2. Casado/con pareja estable   
3. Separado/divorciado   
4. Viudo

**Nivel educativo:**

Sin estudios  1  
Primaria  2  
Secundaria  3  
Formación Profesional  4  
Universitario sin Postgrado  5  
Universitario con Postgrado  5

**En qué nivel socioeconómico se sitúa:**

Bajo  1  
Medio Bajo  1  
Medio  2  
Medio Alto  3  
Alto  3

---

#### CUESTIONES BÁSICAS

**A1. ¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar?: TABULAR EN MESES**

**A2. En este preciso momento ¿continúa sin fumar?** Sí  1  
No  2

**Si ha contestado que No, indique**

- desde cuándo ha vuelto a fumar: TABULAR EN MESES

- cuánto fuma diariamente: TABULAR EN NÚMERO DE CIGARRILLOS

- cuánto tiempo consiguió estar sin fumar: TABULAR EN MESES

**A3. ¿Le importaría hacer una prueba de CO espirado? **Hacerla y poner el resultado. Comentarlo.****

**Resultado: TABULAR EN RESULTADO DIRECTO PPM**

**SI CONTESTA NO SE LE ENTREGA EL CUESTIONARIO DE AUTOABANDONO CON RECAÍDA (ASAP-2).**

**SI CONTESTA QUE CONTINÚA SIN FUMAR SE LE ENTREGA EL CUESTIONARIO DE  
AUTOABANDONO CON ÉXITO (ASAP-1)**

## ANEXO II

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada una de esas afirmaciones ES VERDAD PARA USTED haciendo una señal en la casilla que corresponda. (AAQ-II)

5	Nunca 1	Muy raramente 2	Raramente 3	A veces 4	Con frecuencia 5	Casi siempre 6	Siempre 7
5.1. No me afecta recordar cosas desagradables.							
5.2. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que me gustaría vivir.							
5.3. Tengo miedo de mis sentimientos.							
5.4. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.							
5.5. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.							
5.6. Tengo el control de mi vida.							
5.7. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.							
5.8. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.							
5.9. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.							
5.10. Mis pensamientos y sentimientos no interfieren en el camino que quiero llevar en mi vida.							

## ANEXO III

### CUESTIONARIO AUTOABANDONO DEL TABAQUISMO (ASAP-1)

Fecha cumplimentación: \_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Código de participante:** AUNQUE HAYAIS ASIGNADO UN CÓDIGO, AÑADIDLE EL CÓDIGO DE DATOS QUE SE INDICA EN LA ENTREVISTA INICIAL (ejemplos: 001A, 001H, 001Z, 001C, etc., con la terminación de la inicial de cada sede)

**A4. Cuando tomó la decisión de dejar de fumar ¿lo consiguió y ya no fumó nunca más, o ha tenido recaídas?**

- No fumé nunca más  1 - Tuve recaídas  2

**A5. Si ha señalado que tuvo recaídas, díganos todos los datos posibles sobre ellas**

- cuántas veces llegó a recaer: **TABULAR EN NÚMERO DE VECES**

- qué tiempo pasó fumando en cada una de ellas: **TABULAR EN MESES**

- aproximadamente cuántos cigarrillos consumía al día: **TABULAR EN NÚMERO DE CIGARRILLOS**

**POR FAVOR, SITÚESE EN EL MOMENTO EN EL QUE TOMÓ LA DECISIÓN DE ABANDONAR EL TABACO E INICIÓ LA RETIRADA, Y CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS CON EL MÁXIMO DETALLE POSIBLE**

1. ¿Por qué tomó la decisión de dejar de fumar?

TABULAR LA RESPUESTA DIRECTA LO MÁS SIMPLIFICADA POSIBLE, SE CODIFICARÁ DESPUÉS UNA VEZ SE CATEGORICE EL UNIVERSO DE RESPUESTAS RECOGIDAS

2. Cuáles fueron las principales razones para llegar a tomar la decisión

TABULAR LA RESPUESTA DIRECTA LO MÁS SIMPLIFICADA POSIBLE, SE CODIFICARÁ DESPUÉS UNA VEZ SE CATEGORICE EL UNIVERSO DE RESPUESTAS RECOGIDAS

3. Cuando tomó la decisión de abandonar el tabaco ¿cuántos cigarrillos fumaba diariamente?: **NÚMERO**

4. ¿Fumaba más por la mañana que por la tarde?:  Sí 1  No 2

5. ¿Cuándo se fumaba su primer cigarrillo?

- 1 Inmediatamente, al levantarme por la mañana.
- 2 Antes de que pasara media hora después de levantarme por la mañana
- 3 Entre la primera media hora y la hora después de levantarme por la mañana
- 4 Pasada una hora después de levantarme por la mañana

6. ¿Qué cigarrillo le costó más suprimir?

- El primero de la mañana. 1  Otro 2

7. ¿Fumaba cuando estaba enfermo?  Sí 1  No 2



10. ¿Con qué edad se inició como fumador?: EN AÑOS

11. En el tiempo en que decidió abandonar ¿fumaba con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?  Sí 1  No 2

12. ¿Qué y quiénes influyeron en su inicio como fumador?:

- 12.1  Mi padre
- 12.2  Mi madre
- 12.3  El servicio militar
- 12.4  Los hermanos
- 12.5  Mi pareja
- 12.6  Los profesores en el colegio
- 12.7  Mis compañeros en el colegio
- 12.8  Mis amigos
- 12.9  Querer parecer mayor
- 12.10  Otras cosas (indicar cuáles): \_\_\_\_\_ **12.10A**
- 12.11  No recuerdo por qué empecé a fumar

13. ¿Qué cosas cree que le motivaban para seguir fumando cuando lo hacía?

- 13.1  Fumar me daba sensación de seguridad.
- 13.2  Fumar me daba sensación de independencia.
- 13.3  Sacar el cigarrillo, ponérmelo en la boca, encenderlo, aspirar y todo eso era muy satisfactorio.
- 13.4  Porque fumar era un momento de descanso, de relajación.
- 13.5  Porque me calmaba.
- 13.6  Porque me ayudaba a mantenerme activo, me daba fuerza para seguir trabajando.
- 13.7  Fumaba porque si no me encontraba mal.
- 13.8  Fumaba sin darme cuenta, sin reparar en ello.
- 13.9  Era una manera de aislarse de los problemas.
- 13.10  No recuerdo por qué fumaba.

14. La última vez que tomó la decisión de abandonar el tabaco ¿qué o quiénes influyeron en su decisión?:

- 14.1  Mi familia
- 14.2  Mis amigos
- 14.3  Los compañeros de trabajo
- 14.4  Mi pareja
- 14.5  El gasto que suponía
- 14.6  Las leyes sobre restricciones para fumar
- 14.7  Mis problemas de salud
- 14.8  El clima social hacia el tabaco
- 14.9  No recuerdo por qué decidí dejarlo
- 14.10  Otras razones (indicar cuáles): \_\_\_\_\_ **14.10A**

15. ¿Cuántas veces había intentado dejar de fumar antes de conseguirlo?

- 1 Ninguna
- 2 Una o dos veces
- 3 Entre 3 y 5 veces
- 4 Bastantes veces, más de 5
- 5 Muchas veces, más de 10

16. ¿Cuando dejó de fumar le pasó algo de esto? En las cosas que Sí le ocurrieron indique la intensidad con la que lo experimentó (desde 1 muy poco hasta 5 de forma muy intensa). Cuando no recuerde si le pasó o no señale NO.

Cosas que le pasaron cuando dejó de fumar:	SI 1	NO 2	En caso que SI indique la intensidad				
			1	2	3	4	5
Irritabilidad, sensación de enfado 18.1	SEÑALAR EN LAS COLUMNAS 18.1 A 18.9	SEÑALAR EN LAS COLUMNAS 18.11 A 18.91 la intensidad marcada, si se ha dejado en blanco señalar 0					
Ansiedad 18.2							
Aumento del apetito 18.3							
Problemas para dormir 18.4							
Ganas de volver a fumar 18.5							
Dificultades para concentrarme 18.6							
Náuseas 18.7							
Sensación de mareo 18.8							
Sensación de debilidad 18.9							

17. ¿Piensa que el tabaquismo es una enfermedad?:  Sí 1  No 2

18. ¿Piensa que para dejar de fumar es necesario seguir un tratamiento?:  Sí 1  No 2

**CUESTIONARIO DE INTENTO DE AUTOABANDONO DEL TABAQUISMO ASAP-2**

Fecha cumplimentación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Código de participante:** AUNQUE HAYAIS ASIGNADO UN CÓDIGO, AÑADIDLE EL CÓDIGO DE DATOS QUE SE INDICA EN LA ENTREVISTA INICIAL (ejemplos: 001A, 001H, 001Z, 001C, etc., con la terminación de la inicial de cada sede)

**Por favor, SITÚESE EN EL MOMENTO EN EL QUE INTENTÓ ABANDONAR EL TABACO POR ÚLTIMA VEZ y conteste a las siguientes preguntas CON EL MAYOR DETALLE POSIBLE**

1. ¿Por qué tomó la decisión de dejar de fumar?

TABULAR LA RESPUESTA DIRECTA LO MÁS SIMPLIFICADA POSIBLE, SE CODIFICARÁ DESPUÉS UNA VEZ SE CATEGORICE EL UNIVERSO DE RESPUESTAS RECOGIDAS

2. Cuáles fueron las principales razones para llegar a tomar esa decisión

TABULAR LA RESPUESTA DIRECTA LO MÁS SIMPLIFICADA POSIBLE, SE CODIFICARÁ DESPUÉS UNA VEZ SE CATEGORICE EL UNIVERSO DE RESPUESTAS RECOGIDAS

3. Cuando tomó la decisión de abandonar el tabaco ¿cuántos cigarrillos fumaba diariamente?: NÚMERO

4. ¿Fumaba más por la mañana que por la tarde?:  Sí 1  No 2

5. ¿Cuándo se fumaba su primer cigarrillo?

- 1 Inmediatamente, al levantarme por la mañana.
- 2 Antes de que pasara media hora después de levantarme por la mañana
- 3 Entre la primera media hora y la hora después de levantarme por la mañana
- 4 Pasada una hora después de levantarme por la mañana

6. ¿Qué cigarrillo le costó más suprimir cuando intentó dejar de fumar?

- El primero de la mañana 1  Otro 2

7. ¿Fumaba cuando estaba enfermo?  Sí 1  No 2

10A. ¿Cuántos cigarrillos al día fumaba en el momento de decidir el abandono: EN AÑOS

11A. En el tiempo en que decidió abandonar ¿fumaba con mas frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?  Sí 1  No 2

10. ¿Con qué edad se inició como fumador?: EN AÑOS

11. ¿Qué y quiénes influyeron en su inicio como fumador?:

- 11.1  Mi padre
- 11.2  Mi madre
- 11.3  El servicio militar
- 11.4  Los hermanos
- 11.5  Mi pareja
- 11.6  Los profesores en el colegio
- 11.7  Mis compañeros en el colegio
- 11.8  Mis amigos

- 11.9  Querer parecer mayor  
11.10  Otras cosas (indicar cuáles): \_\_\_\_\_ 11.10A  
11.11  No recuerdo por qué empecé a fumar

12. La última vez que tomó la decisión de abandonar el tabaco ¿qué o quiénes influyeron en esa decisión?:

- 13.1  Mi familia  
13.2  Mis amigos  
13.3  Los compañeros de trabajo  
13.4  Mi pareja  
13.5  El gasto que suponía  
13.6  Las leyes sobre restricciones para fumar  
13.7  Mis problemas de salud  
13.8  El clima social hacia el tabaco  
13.9  No recuerdo por qué decidí dejarlo  
13.10  Otras razones (indicar cuáles): \_\_\_\_\_ 13.10A

13. ¿Cuántas veces ha intentado dejar de fumar en los últimos 5 años?

- 1 Ninguna  
 2 Una o dos veces  
 3 Entre 3 y 5 veces  
 4 Bastantes veces, más de 5  
 5 Muchas veces, más de 10

14. ¿En el tiempo que estuvo sin fumar le pasó algo de esto? En las cosas que Sí le ocurrieron indique la intensidad con la que lo experimentó (desde 1 muy poco hasta 5 de forma muy intensa).

Señalar en las columnas 17.1 a 17.9 primero 1, 2 o 3 según hayan elegido Sí, No o No recuerdo. Después señalar en las columnas 171I a 179I la intensidad indicada o un O si no hay respuesta.

15. ¿Piensa que el tabaquismo es una enfermedad?:  Sí 1  No 2

16. ¿Piensa que para dejar de fumar es necesario seguir un tratamiento?:  Sí 1  No 2

Síntomas	Lo <b>padecía</b> cuando decidió dejar de fumar 21A			¿Qué paso en el tiempo que estuvo sin fumar? 21B			Ahora 21C		
	Sí	No	No sabe	Mejóro	Empeoro	No sabe	Mejóro	Empeoro	No sabe
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Tos persistente/Flemas 1	SEÑALAR EN LAS COLUMNAS 21A1 a 21A10: 1, 2 0 3 en función de la respuesta dada a cada ítem. Tabular como O aquellos no valorados			SEÑALAR EN LAS COLUMNAS 21B1 a 21B10: 1, 2 0 3 en función de la respuesta dada a cada ítem. Tabular como O aquellos no valorados			SEÑALAR EN LAS COLUMNAS 21C1 a 21C10: 1, 2 0 3 en función de la respuesta dada a cada ítem. Tabular como O aquellos no valorados		
Dificultad para respirar 2									
Dolor en el pecho 3									
Afonía/disfonía 4									
Palpitaciones 5									
Ardor de estomago 6									
Cansancio 7									
Depresión/ánimo decaído 8									
Ansiedad/Estrés 9									
Poco apetito 10									

17. Díganos qué cosas recuerda que mejorasen o empeorasen durante el tiempo que se mantuvo sin fumar.

18. Díganos si está de acuerdo con estas afirmaciones:

18 A Dejar de fumar es proponérselo y comprometerse a lograrlo  Sí 1  No 2

18 B Sólo los fuertes son capaces de dejar de fumar  Sí 1  No 2

18 C Dejé de fumar por la presión social  Sí 1  No 2

## ANEXO IV

ESCALA DE AUTOCONTROL DE ROSENBAUM

Indique cómo de características o descriptivas de usted son las siguientes afirmaciones	Me caracteriza y me describe <b>muchísimo</b>	Me caracteriza y me describe <b>bastante</b>	Me caracteriza y me describe <b>ligeramente</b>	<b>Casi nunca</b> me caracteriza ni describe	<b>Disto mucho</b> de caracterizarme y describirme	No me caracteriza ni me describe <b>nunca</b>
1. Cuando tengo que hacer una tarea aburrida trato de pensar en sus partes menos aburridas y me centro las consecuencias que obtendré al finalizarla.						
2. Cuando hago algo que me produce ansiedad, intento controlarme y seguir.						
4. Me es difícil manejar mis sentimientos de nerviosismo y tensión sin ayuda.						
6. No puedo evitar pensar en los errores que he cometido en el pasado						
7. Cuando me enfrento a un problema difícil, trato de encontrar una solución hasta conseguirlo						
8. Trabajo y cumplo mis obligaciones más rápidamente cuando alguien me presiona.						
9. Cuando me enfrento a una situación difícil, prefiero retrasar tomar una decisión.						
13. Cuando me invade un pensamiento desagradable, intento pensar en algo agradable para evitarlo.						
15. Cuando estoy de mal humor, intento hacer cosas para mejorar mi estado de ánimo.						
16. Si llevara tranquilizantes conmigo tomaría uno cada vez que me sintiera tenso o nervioso.						
18. Suelo retrasar las tareas desagradables aunque pueda hacerlas de inmediato						
19. Necesito la ayuda de alguien para dejar de hacer las cosas que sé que no tengo que hacer						
20. Cuando encuentro dificultades para realizar un determinado trabajo trato de encontrar la forma de que me ayuden a solucionarlo						
21. No puedo evitar pensar en posibles catástrofes que me pueden ocurrir						
22. Prefiero terminar un trabajo que tenga que hacer y después ocuparme de las cosas que me gustan						
25. Cuando fracaso en algo que me he propuesto, lo supero pensando que no es tan catastrófico y que puedo hacer algo al respecto						
26. Cuando siento que estoy siendo muy impulsivo me digo a mi mismo "para y piensa antes de hacer nada"						
27. Aunque esté terriblemente enfadado con alguien, considero mis acciones hacia esa persona muy cuidadosamente						
28. Cuando me enfrento a la necesidad de tomar una decisión, busco todas las alternativas posibles, en lugar de decidir de forma rápida y espontánea						
29. Habitualmente hago primero las cosas que más me gustan, aunque haya otras más urgentes por hacer y dejen las que no me gustan para el final						
30. Cuando me doy cuenta que no puedo hacer nada y voy a llegar tarde a una cita importante trato de guardar la calma						
31. Cuando siento dolor trato de no pensar en él						
32. Planeo mi trabajo cuando son varias las cosas que tengo que realizar						
33. Cuando tengo poco dinero, trato de llevar un registro de mis gastos con el fin de poder planear mi futuro						
34. Si me es difícil concentrarme en un trabajo determinado, lo divido en partes más pequeñas						
35. No puedo superar los pensamientos desagradables que me invaden						