



1995, 1(1), 59-78

TABAQUISMO, ESTRÉS Y PREVENCIÓN DE LA RECAÍDA EN LOS TRATAMIENTOS DEL HÁBITO DE FUMAR

Agustín Bayot* y Antonio Capafons

Universitat de València

Resumen: A diferencia de las décadas anteriores, en la actualidad se obtienen unas tasas de abstinencia, al finalizar el tratamiento, bastante aceptables en los programas de intervención orientados a eliminar el tabaquismo. Sin embargo, dichas tasas decaen drásticamente en los distintos seguimientos realizados. Por lo tanto, el objetivo del trabajo que aquí se presenta consiste en realizar una revisión de la literatura empírica, desde la perspectiva del estrés y del afrontamiento, de los factores situacionales, psicológicos y fisiológicos que pueden predecir el mantenimiento de la abstinencia. Además, también se describen las estrategias más utilizadas en los programas de prevención de la recaída.

Palabras Clave: Tabaquismo, Estrés, Afrontamiento, Prevención de la recaída, Tratamiento

Abstract: At present, smoking cessation programmes achieve more successful abstinence rates at the end of the treatment but, nevertheless, the follow-up studies show a remarkable decrease of these rates. Therefore, this study is a literature review from the viewpoint of stress and coping of the situational, psychological and physiological factors which predict abstinence maintenance. Furthermore, the strategies more used in relapse prevention programmes are described.

Key words: Smoking, Stress, Coping, Relapse prevention, Treatment

Title: *Smoking, stress and relapse prevention in smoking cessation programmes.*

1. Introducción

Tras la revisión realizada por Schwartz (1987), ha quedado establecido qué programas son eficaces para reducir el consumo de tabaco, y cuáles no lo son. Sin embargo, aunque es fácil obtener niveles de abstinencia inmediata aceptables (incluso superiores al 70% -Erickson, Tiffany, Martin y Baker, 1983-), los resultados son poco alentadores a largo plazo. A los 6 meses, reducen estos porcentajes al 35%, y al año, al 20-25% (Glasgow y Lichtenstein, 1987; Labrador, 1989a). Para atajar esta problemática, se han elaborado, fundamentalmente, dos procedimientos (Brandon, Zelman y Baker, 1987). Estos son: 1) Los programas multicomponentes y 2) Los

programas que incluyen sesiones de mantenimiento. Los programas multicomponentes (Bayot, 1994; Bayot, Capafons y Amigó, 1993; Becoña, 1990; Lichtenstein y Mermelstein, 1984), parecieron debido a la gran diversidad de variables que controlan la conducta de fumar y que pueden tener un peso específico en cada persona, en cada situación y en cada una de las fases consideradas en la conducta adictiva. En líneas generales, los programas multicomponentes, suelen constar de tres fases. Estas son: *preparación*, *abandono* y *mantenimiento*.

Por otra parte, existen una serie de teorías que explican el motivo por el cual las personas recaen en situaciones estresantes (Epstein y Perkins, 1988). En líneas generales, dichas teorías se pueden agrupar en tres grandes apartados. En primer lugar, los fumadores re-

* Dirigir la correspondencia a: Dr. Agustín Bayot
C/ Bilbao, 10-6º-24º. 46009, Valencia.

© Copyright 1995: de los Editores de **Ansiedad y Estrés**
Artículo recibido: 25-3-95, aceptado: 21-6-95.

gulares, tras realizar un intento para eliminar el hábito de fumar, experimentan un incremento en los niveles de estrés debido al síndrome de abstinencia agudo a la nicotina. Esta es la explicación por la cual Parrot indica que el tabaquismo produce estrés (Parrot, 1994). En segundo lugar, una serie de teorías ponen el énfasis sobre el condicionamiento clásico, puesto que el deseo de fumar puede estar elicited por las señales ambientales o psicológicas relacionadas con factores que incrementan la probabilidad del tabaquismo. Finalmente, una tercera aproximación puesta de manifiesto por Marlatt (1985) enfatiza la importancia que presentan las habilidades de afrontamiento ante una situación estresante (situación denominada de alto riesgo) para evitar la recaída.

Por lo tanto, el objetivo de este trabajo se va a centrar en analizar los factores situacionales, fisiológicos y psicológicos que intervienen en el proceso de la recaída.

2. Factores determinantes y predictores de la recaída en el consumo de tabaco

La recaída continua siendo el principal problema en el tratamiento del tabaquismo y de otras conductas adictivas, tal y como puso de manifiesto Lichtenstein en un trabajo ya considerado clásico (Lichtenstein, 1982). Por ello, existen una serie de supuestos a la base de las distintas teorías que intentan explicar dicho proceso. Tales supuestos son: 1) Existe una similitud en la recaída a través de los distintos tipos de adicciones (Echeburua y Del Corral, 1986; Hall, Havassy y Wasserman, 1990; Marlatt y Gordon, 1985); 2) diferentes procesos gobiernan el cambio inicial y el mantenimiento (Bandura, 1977a) y 3) El riesgo de la recaída esta determinado por la interacción producida por factores situacionales, individuales y fisiológicos.

En líneas generales, se pueden agrupar en tres tipos los estudios que han tratado el man-

tenimiento de la abstinencia. Estos son: factores situacionales, factores psicológicos y factores fisiológicos.

2.1. Factores situacionales de la recaída

Después de décadas en las cuales se han focalizado las investigaciones sobre los factores individuales de la recaída, investigaciones recientes se han centrado en las influencias situacionales (Baer, Kamarck, Lichtenstein y Ramson, 1989; Curry y Marlatt, 1985; Shiffman, 1982, 1986). Un grupo de trabajos han operativizado las situaciones que pueden incidir en que el ex-fumador retome su anterior hábito de consumo. En un intento por desarrollar una tipología más objetiva, Shiffman (1986) aplicó el procedimiento de clusterización, obteniendo cuatro situaciones que son determinantes o facilitadoras de la recaída. Estas son:

1. Situaciones sociales en las cuales los ex-fumadores se encuentran con otros fumadores (es probable que estén tomando alcohol).
2. Situaciones de relajación. Habitualmente, cuando se está en casa, después de una comida, con un estado emocional positivo y en presencia de otros.
3. Situaciones en las cuales el ambiente que rodea al trabajo produce frustración o ansiedad.
4. Situaciones claramente marcadas por un sentimiento negativo (depresión y/o cólera).

En líneas generales, los resultados de Shiffman (1982) indican que la recaída puede ser el resultado de una combinación de determinantes en un momento dado, como, por ejemplo, beber alcohol, estar con otros fumadores y asistir a fiestas y celebraciones.

Posteriormente, Shiffman y Jarvik (1987), con una muestra de 264 ex-fumadores, analizaron los determinantes situacionales de la recaída. A diferencia del afrontamiento cognitivo (el único predictor fue la ausencia de

otras drogas), el afrontamiento comportamental se pudo predecir en seis situaciones distintas (se eliminó una séptima situación debido al escaso consumo de otras drogas). Por otra parte, estas variables situacionales también muestran el decaimiento del afrontamiento situacional a través del tiempo.

La conclusión a la que llegan estos autores consiste en que las diferencias individuales juegan un rol muy limitado. Además, las estrategias de afrontamiento irán variando en función de las distintas situaciones en las que se encuentre el ex-fumador, las cuales irán afectando la vigilancia de aquellos. Por otra parte, dichas estrategias van disminuyendo a medida que va transcurriendo el tiempo. Este fenómeno, puede ser debido tanto a una disminución de las causas fisiológicas de la recaída (disminuye la probabilidad de que se produzcan crisis de recaída), las estrategias de afrontamiento se van olvidando con el tiempo y la disminución de la motivación.

En un intento por desarrollar una tipología más objetiva a la facilitada por Shiffman (1982, 1986), Baer y Lichtenstein (1988a) intentaron replicar los estudios retrospectivos previos. Estos autores, con una muestra de 176 sujetos ex-fumadores que habían abandonado el tabaco con ayuda de un tratamiento cognitivo-comportamental (aunque no a todos los sujetos se les aplicó el mismo formato terapéutico), intentaron estudiar las cuatro situaciones descritas anteriormente. En el estudio, incluyeron variables demográficas y de consumo, variables psicológicas (auto-eficacia y estrés percibido), dependencia nicotínica y episodios anteriores de recaída. Los resultados indican (contrariamente a los trabajos previos mencionados) que las características situacionales de recaída no se replican exactamente; sino que encontraron dos grandes situaciones causantes de la misma. Estas son: 1) Situaciones no sociales (negativas y estresoras) y 2) Situaciones sociales (positivas). Curiosamente, las características situa-

cionales no se predijeron desde recaídas anteriores, medidas de estrés percibido (a diferencia de Glasgow, Klesges, Mizes y Pechacek, 1985), patrones de fumar anteriores, adicción nicotínica y la auto-eficacia específica a la situación. Por el contrario, aquellas, están determinadas por las características situacionales de episodios de recaída anteriores. La conclusión a la que llegan estos autores (dada la variabilidad de dichos resultados) es que no existe un patrón único de recaída. Únicamente indican que las características de las situaciones de recaída suelen ocurrir de distinta forma y en respuesta a la distinta vulnerabilidad de los sujetos ante determinadas situaciones que elicitaban (en primer lugar) una caída esporádica y aislada; y (posteriormente) la recaída en el consumo. Por ejemplo, no todos los sujetos, en el cluster social, presentaron un afecto positivo. Además, una minoría (N= 15) de los casos informó que habían fumado el primer cigarrillo tomando alcohol, estando en una situación estresante o en una celebración donde sus amigos estaban fumando.

En un estudio posterior, estos mismos autores (Baer, Kamarck, Lichtenstein y Ransom, 1989) realizaron un estudio prospectivo para predecir la recaída en ex-fumadores (N= 102), después de un mes de la abstinencia inicial. Baer, Kamarck, Lichtenstein y Ramson, (1989) utilizaron, como predictores, las características y las respuestas de las crisis de recaída previas. Las características situacionales, las respuestas de afrontamiento y los procesos cognitivos fueron utilizados como los principales predictores. Las evaluaciones se realizaron al mes, dos meses y a los tres meses, utilizando una entrevista basada sobre la formulación cognitivo-comportamental del proceso de recaída (Marlatt y Gordon, 1985). En cada evaluación, los sujetos fueron describiendo las crisis de recaída, las situaciones en las cuales fueron tentados a fumar y si habían fumado pero reanudaron la abstinencia. Los resultados indicaron que las caídas iniciales

fueron el predictor más importante de las recaídas posteriores. Además, las características situacionales en las cuales se producían las crisis de recaída y el número de respuestas de afrontamiento (tanto cognitivo como comportamental), informados durante las crisis, coincidían, sólo de forma moderada a través del tiempo. Y, quizás, el aspecto más importante, es que no estaban relacionados con la recaída posterior.

Sin embargo, los resultados aportados por Bliss, Garvey, Heinold y Hitchcock (1989), no se encuentran en la misma línea de los indicados por Baer, Kamarck, Lichtenstein y Ramson, (1989). Con una muestra de 232 personas, examinaron la influencia de las características situacionales y de afrontamiento después de una crisis de recaída, durante un mes, tras un intento de dejar el hábito sin un tratamiento reglado. Respecto de las características situacionales, entre las siete y las doce de la noche, encontrarse en casa o en el trabajo, la presencia de fumadores y el estar trabajando (como actividad antecedente) fueron las situaciones en las cuales se produjeron más recaídas. Además, los precipitantes (de una crisis) más mencionados fueron los sucesos negativos (estrés y depresión). Estos representan el 55.9% de todos los fumadores, frente al 20.5% relativo al síndrome de abstinencia.

Respecto de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los ex-fumadores, Bliss, Garvey, Heinold y Hitchcock (1989) encontraron que, tras una caída, el factor más importante fue el número de estrategias aplicadas (a diferencia de Shiffman, 1984a), independientemente de si éstas eran cognitivas o comportamentales. Además, no apareció un efecto de interacción cuando se combinaron los dos tipos de estrategias (a diferencia de Shiffman, 1984a). Por otra parte, sí que se produjo una disminución significativa de la probabilidad de la utilización de dichas estrategias (y el aumento de la probabilidad de fumar) en presencia de otros fumadores (duran-

te las semanas dos y tres, después de haber dejado el tabaco). Aunque marginal, apareció una relación entre los niveles más altos de motivación (en la línea base), para eliminar el hábito, y el hecho de utilizar activamente estrategias de afrontamiento. Asimismo, cuando se controlaron tanto la presencia de fumadores, como los niveles de motivación, el afrontamiento predijo significativamente el resultado. Respecto de las tasas de abstinencia, no aparecieron diferencias significativas entre aquellos sujetos que únicamente utilizaron estrategias cognitivas, comparados con aquellos que utilizaron estrategias comportamentales.

Sin embargo, los ex-fumadores que aplicaron los dos tipos de estrategias, fue más probable que fueran abstinentes (47.4%), frente a los que únicamente aplicaron un tipo de afrontamiento, pero no ambos (26.5%). No obstante, la cuestión más importante que todavía no ha sido tratada con detalle ha sido si existen diferencias significativas entre las situaciones de alto riesgo seguidas de una recaída y aquellas situaciones también de alto riesgo, pero que están seguidas de una reanudación de la abstinencia (tras una caída). O'Connell y Martin (1987), realizaron una investigación con el propósito de describir las situaciones de alto riesgo (con una muestra elevada -N= 596-), en sujetos que habían abandonado el hábito. Estos autores, plantearon las siguientes hipótesis: 1) las situaciones de alto riesgo de los abstinentes, los que recaen de forma temporal y los que recaen totalmente, muestran una distribución significativamente diferente sobre las categorías establecidas por Marlatt y Gordon (1980) y 2) los ex-fumadores, los cuales reanudaron su consumo habitual de cigarrillos, tras una caída inicial, probablemente podrían tener más atribuciones internas (y menos atribuciones externas) que aquellos que reanudaron su abstinencia, después de una caída inicial. El principal instrumento de medida utilizado (si-

guiendo el modelo clasificatorio desarrollado por Marlatt y Gordon (1980) fue una entrevista estructurada que incluía ocho situaciones en las cuales, los ex-fumadores, habían tenido grandes deseos de fumar (o estaban fumando cuando se cumplimentó la entrevista).

Los resultados obtenidos por estos autores se encuentran en la línea de los obtenidos por Marlatt (Marlatt, 1985; Marlatt y Gordon, 1980), ya que, las personas que recayeron tenían, significativamente, más situaciones en las cuales aparecían más síntomas de abstinencia, y sucesos negativos (el 37% de la muestra utilizada por Marlatt y Gordon (1980), presentó esta característica). Además, fueron menores los niveles de las señales que pudieran elicitar la conducta de fumar, en relación a los dos grupos restantes. No obstante, aunque el sistema clasificatorio utilizado discriminó correctamente entre los tres grupos analizados, la aplicación de un esquema que comprendiera (como categorías principales) los sucesos negativos y las señales que elicitaban el tabaquismo, precedería más adecuadamente la recaída posterior, que el modelo de Marlatt y Gordon (1980, 1985). Cerca del 60% de las personas que recayeron describieron sucesos negativos (tales como depresión y aburrimiento), frente al 35% de los que cayeron temporalmente.

Finalmente, como conclusión se puede indicar que los resultados de O'Connell y Martin (1987) aportan una clara evidencia acerca de que los sujetos que recaen están completamente relacionados con sucesos negativos y con fuertes atribuciones internas. En cambio, tanto los sujetos que recaen temporalmente, como los que se mantienen abstinentes, se encuentran relacionados con sucesos no negativos y con atribuciones externas. Quizás, la crítica más importante que se pueda realizar, consiste en que estos autores no aportan ningún dato acerca de los niveles de dependencia nicotínica.

2.2. Factores psicológicos de la recaída

Las teorías cognitivo-comportamentales juegan un rol muy importante en el estudio de la eliminación del hábito de fumar y de la recaída (Marlatt y Gordon, 1980, 1985; Shiffman y Wills, 1985).

2.2.1. Determinantes psicológicos de la recaída (modelo cognitivo-comportamental del proceso de recaída de Marlatt y Gordon, 1980; 1985)

Curry, Marlatt y Gordon (1987) han enfatizado los estilos atribucionales del ex-fumador, teniendo en cuenta que son el factor más importante a considerar en el estudio de la recaída.

El aspecto clave en este modelo es el TIPO DE REACCIÓN COGNITIVO-AFECTIVA de un sujeto hacia su caída inicial. Este hecho será un factor importante, puesto que determinará (o no) la recaída posterior, en función de las atribuciones de causalidad que realice el ex-fumador. Esta reacción es denominada por los autores EFECTO DE VIOLACIÓN DE LA ABSTINENCIA" (Abstinence Violation Effect -A.V.E.-).

El A.V.E. es un constructo dimensional que comprende dos factores 1) una atribución causal de responsabilidad para la caída y 2) una reacción afectiva posterior hacia la atribución realizada. El modelo del proceso de la recaída de Marlatt y colaboradores, está basado en la taxonomía de las atribuciones de Weiner (1974), para las causas percibidas de éxito y fracaso en el logro de tareas.

Por otra parte, además de las tres dimensiones atribucionales consideradas por Weiner (1974 -locus de causalidad, estabilidad de las atribuciones y controlabilidad-), el A.V.E. incluye la dimensión global/específica sugerida por Abramson y colaboradores en su reformulación de la Teoría de la Indefensión Aprendida (Abramson, Garber y Seligman, 1980; Abramson, Seligman y Teasdale, 1978). Tal y como se ha indicado anteriormente, en su conceptualización, Marlatt y

Gordon distinguieron entre tener una CAÍDA (fumar ocasionalmente un cigarrillo) y una RECAÍDA en el consumo de tabaco (reanudación regular del hábito de fumar).

En una situación denominada de ALTO RIESGO, el ex-fumador puede tener dos tipos de respuesta. Por una parte, si el sujeto utiliza estrategias de afrontamiento en una situación conflictiva, aumentará su auto-eficacia (Bandura, 1977a), respecto de que él puede mantenerse sin fumar, por lo que, desciende la probabilidad de volver a fumar y de recaer. Por otra parte, si NO presenta estrategias de afrontamiento, habrá un descenso de la auto-eficacia, y, por lo tanto, se incrementará la probabilidad de recaída.

A partir de la Teoría de la atribución, Marlatt y Gordon (1985) proponen que la intensidad del AVE se intensifica cuando las atribuciones causales que realiza el sujeto, ante una caída ocasional, se centran en factores internos, estables y globales que son percibidos como INCONTROLABLES (pensar que no se tiene fuerza de voluntad). A partir de aquí, las reacciones emocionales de CULPABILIDAD Y AUTOCRÍTICA que realiza el sujeto, relacionadas con estas atribuciones, dificultan la mejoría o recuperación después de una caída ocasional. En cambio, la intensidad del AVE desciende cuando la persona realiza atribuciones causales externas, inestables, específicas y controlables.

Por medio de las atribuciones causales realizadas por los participantes (tanto prospectiva como retrospectivamente), en un programa para eliminar el tabaquismo, Curry, Marlatt y Gordon (1987), validaron el A.V.E. Estos autores encontraron que dicho constructo es el predictor más importante (explica el 42% de la varianza) de la recaída. Es la conexión más inmediata entre el hecho de consumir un cigarrillo (caída inicial) y, en un momento posterior, volver a fumar regularmente. También se encontró que los sujetos que recayeron (después de la primera semana

de la caída inicial) manifestaron AVEs más altos que los que mantuvieron la abstinencia tras un año de seguimiento.

Tal y como hipotetizaron los autores, los ex-fumadores que recayeron, realizaron más atribuciones internas, estables y globales por haber fumado un sólo cigarrillo que los que habían fumado y posteriormente reanudaron la abstinencia.

Un aspecto de suma importancia puesto de manifiesto por Curry Marlatt y Gordon, (1987) consiste en que entre la caída inicial y la reanudación completa del hábito, transcurre (en la mayoría de las ocasiones) una semana de tiempo. Por consiguiente, es de vital importancia (a nivel clínico) la intervención inmediata tras fumarse el primer cigarrillo.

Por otra parte, los resultados obtenidos por estos autores, apoyan la aplicación (en los programas destinados a eliminar el tabaco) de técnicas de reestructuración cognitiva orientadas a modificar las atribuciones internas, estables y globales) y juegos de roles (en los cuales se apliquen estrategias de afrontamiento ante una caída). Como conclusión, los sujetos que manifesten más culpabilidad y atribuciones internas, estables y globales, serán los que más pronto podrán tener una caída inicial y posteriormente volver a fumar a corto plazo. Sin embargo, puesto que las atribuciones internas pueden realizarse independientemente de las externas (Solomon, 1978), Harackiewicz, Sansone, Blair, Epstein y Manderlink (1987) examinaron el role de las atribuciones en el cambio inicial y a largo plazo del comportamiento adictivo. Para tal fin, manipularon la externalidad del tratamiento, comparando los manuales de auto-ayuda con y sin un componente farmacológico (chicle de nicotina). Además, también se comparó la orientación motivacional de tres programas: la auto-ayuda intrínseca, el chicle intrínseco y el chicle extrínseco. Los resultados indicaron que los sujetos a los cuales se les aplicó el chicle de nicotina obtuvieron tasas más eleva-

das de abstinencia (al finalizar el tratamiento), que el grupo de auto-ayuda. Sin embargo, los sujetos del grupo de auto-ayuda intrínseco realizaron menos atribuciones externas, respecto de su éxito, y obtuvieron un mantenimiento de la abstinencia durante un periodo más prolongado. En cambio, el grupo que realizó atribuciones externas, fueron menos capaces de mantener la abstinencia a largo plazo. Por lo tanto, estos datos aportan un apoyo para la mediación atribucional de los efectos del tratamiento sobre el mantenimiento.

2.2.2. Estados emocionales negativos

El estrés, la depresión y la ansiedad están estrechamente relacionados con la recaída Cummings, Gordon y Marlatt (1980). Estos autores, informaron que el 30% de todos los ex-fumadores que recayeron presentaban estados emocionales negativos. En la misma línea se encuentran los datos aportados por Shiffman (1982, 1984b). Los sujetos fueron entrevistados inmediatamente después de haber tenido la recaída. En la mayoría de ellos (el 71%), los estados negativos precedieron a la recaída. Por otra parte, la ansiedad fue el factor predisponente. Tras producirse la recaída, la cólera, la frustración y la depresión fueron los estados más característicos. Además, tanto los sujetos que continuaban abstinentes como los que recayeron, se preocuparon de recaídas futuras.

Por otra parte, Shiffman, Shumaker, Abrams, Cohen, Garvey, Grunberg y Swan (1986) han presentado tres modelos para describir la relación existente entre los estresores y la recaída. Estos son:

1. *El modelo acumulativo*. La recaída se produce por un proceso continuo, después de la acumulación de estresores sobrepasa un umbral determinado.
2. *El modelo episódico*. Este modelo sugiere que la recaída es un fenómeno del "todo" o "nada", ocasionada por el aumento brusco de los estresores.

3. *Modelo interactivo*. Los hechos aislados pueden empujar a los sujetos a traspasar el umbral de la recaída; pero, estos hechos tienen lugar variando continuamente los niveles antecedentes del estrés psicológico y otros factores predisponentes.

Epstein y Perkins (1988) analizaron la relación que existe entre el estrés y el consumo de tabaco y la recaída. Aunque estos autores establecen claramente la estrecha relación que existe entre el estrés y el consumo de tabaco, consideran que es necesario realizar estudios prospectivos de las experiencias estresoras que se producen tras eliminar el hábito de fumar. De esta forma, se podrían identificar a los fumadores que resisten la tentación de fumar tras una situación estresante de las personas que recaen en ausencia de estresores. En líneas generales, estos resultados se encuentran parcialmente en desacuerdo con los obtenidos por Hall, Havassy y Wasserman (1990). Estos autores, centraron su investigación, principalmente, en la evaluación de dos constructos: 1) el estrés agudo y 2) el compromiso con la abstinencia. Los resultados indican que aquellos fumadores que presentan un compromiso máximo en obtener una abstinencia total (al finalizar el tratamiento) decrece el riesgo de recaída en las 12 semanas siguientes a la finalización de la terapia. Entre los ex-fumadores que tuvieron una caída, el 43% de los sujetos que presentaban unos objetivos rigurosos recayeron; mientras que los sujetos que aceptaban la posibilidad de una caída, recayeron el 77% (estos datos se encuentran en desacuerdo con lo postulado en el modelo de Marlatt y Gordon -1980, 1985-). Por otra parte, en relación a los niveles de estrés como predictores de la recaída, los datos son contradictorios respecto de otras investigaciones. Esta variable, únicamente predijo el consumo posterior cuando se analizaron los datos retrospectivamente, pero no se encontró ningún vínculo entre dichas variables cuando los análisis se realizaron prospectivamente. Quizás,

existen dos explicaciones que puedan describir estos datos: 1) los eventos que determinan la reanudación del comportamiento adictivo ejercen sus efectos rápidamente y 2) las puntuaciones del estrés (retrospectivamente) pueden haber estado determinadas por la ocurrencia de la propia caída. Es decir, los sujetos pueden racionalizar su propio fracaso. Además, los datos aportados por estos autores, también apoyan el supuesto que indica la existencia de una similitud, en el proceso de recaída, en las distintas adicciones (comparación alcohol, tabaco y opiáceos).

Finalmente, tras revisar las principales conclusiones a las que llegan los autores que han analizado el tema que estamos tratando, quizás se tenga que realizar un replanteamiento de los modelos tradicionales explicativos de la recaída.

2.2.3. Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento fue el principal predictor del mantenimiento de la abstinencia (Shiffman, 1982). Sin embargo, este autor no realizó una distinción clara entre el afrontamiento cognitivo y el comportamental. Posteriormente, este autor (Shiffman, 1984a) realizó una taxonomía claramente diferenciada entre los dos tipos de estrategias de afrontamiento. Los resultados obtenidos confirmaron los obtenidos previamente (Shiffman, 1982).

Shiffman (1984a) intentó delimitar tanto cuáles son las estrategias de afrontamiento más utilizadas, como la eficacia relativa de las mismas. Respecto de las estrategias comportamentales (siete) utilizadas, no aparecieron diferencias significativas entre ellas. Sin embargo, los ex-fumadores que utilizaron alguna estrategia, obtuvieron mejores resultados que la ausencia de estrategias. Por otra parte, las estrategias comportamentales más utilizadas fueron comer, beber y ocuparse en otras actividades. Un patrón similar se encuentra en las estrategias cognitivas utilizadas. Entre estas

estrategias, la fuerza de voluntad fue inferior a las demás estrategias utilizadas. Estos datos se encuentran en la línea de lo aportado por Salleras (1983), respecto de que no es la fuerza de voluntad el factor determinante en el mantenimiento de los resultados obtenidos, sino la motivación. Asimismo, los pensamientos auto-punitivos no tuvieron ninguna eficacia. Sin embargo, lo determinante en el mantenimiento de la abstinencia no es el número de estrategias utilizadas (a diferencia de Bliss, Garvey, Heinold y Hitchcock -1989-) sino la combinación de estrategias, tanto cognitivas como comportamentales.

Un factor muy relacionado con el mantenimiento de la abstinencia y con las habilidades de afrontamiento es la auto-eficacia (Bandura, 1977a). Sin embargo, no todos los autores llegan a las mismas conclusiones. A diferencia de algunos autores (Condiotte y Lichtenstein, 1981; DiClemente, 1981; McIntyre, Lichtenstein y Mermelstein, 1983), Shiffman (1984b) encontró resultados contradictorios, sugiriendo que las recaídas de muchos sujetos no están correctamente descritas por la teoría actual. A diferencia de las predicciones realizadas por Marlatt, se produjo un decremento de los niveles de auto-eficacia, tanto en los sujetos que recayeron como los que fueron capaces de superar una crisis. Sin embargo, los resultados más sorprendentes fueron que (en la fase previa a la recaída), los sujetos que recayeron, presentaban niveles de auto-eficacia superiores a los que superaron la crisis. Tal y como se ha indicado anteriormente, estos resultados son contradictorios con los obtenidos por otros autores. Sin embargo, se encuentran en la línea de los obtenidos por Gottlieb, Friedman, Cooney, Gordon y Marlatt (1981). En este caso, los ex-fumadores presentaban grandes tasas de recaída cuando pensaban que podían fumar un cigarrillo. Estos datos sugieren que, en ciertas ocasiones, existe un exceso de confianza, por parte de los fumadores (tener grandes expectativas de

éxito en situaciones en las cuales la probabilidad de éxito es muy baja). Además, aunque la auto-eficacia ha sido aplicada durante años en los programas orientados a eliminar el tabaquismo, no todos los supuestos del constructo que estamos analizando han sido analizados de forma adecuada. Según Baer, Holt y Lichtenstein (1986), los supuestos más importantes son:

1. ¿Son las expectativas de eficacia operacionalizadas en los programas para eliminar el tabaco específicas para una situación concreta o reflejan una percepción global de control?
2. ¿Son los niveles de eficacia diferentes de otros predictores psicosociales de éxito en los tratamientos clínicos para eliminar el tabaco?
3. ¿Predicen prospectivamente las puntuaciones de auto-eficacia el estatus posterior del fumador?
4. ¿En qué etapa en el proceso de eliminación del tabaquismo predicen de forma más adecuada las expectativas de eficacia?
5. ¿Los niveles de eficacia se incrementan a través del tiempo como una función de mantenerse abstinente? O preguntando de otro modo, ¿Cuál es la causa y cuál el efecto?

Una serie de investigadores han intentado dar respuesta a estos supuestos (Baer, Holt y Lichtenstein, 1986; Devins, 1992; Devins y Edwards, 1988; DiClemente, 1981; DiClemente, Prochaska y Gibertini, 1985; Garcia, Schmitz y Doerfler, 1990; Haaga y Stewart, 1992). Concretamente, los resultados de Baer, Holt y Lichtenstein, (1986) mostraron que la auto-eficacia no predice el comportamiento tabáquico en situaciones específicas (estos datos se encuentran en la línea de los obtenidos por Conditte y Lichtenstein -1981-; pero, difieren de los obtenidos por DiClemente, Prochaska y Gibertini, 1985). Por otra parte, tal y como ponen de manifiesto una serie de autores, en cada fase de la etapa de abandono

del tabaco (preparación, eliminación y mantenimiento) parecen estar diferencialmente asociados con diversos factores psicológicos (Pomerleau, Adkins y Pertschuk, 1979; Rosen y Shipley, 1983). La auto-eficacia evaluada antes del tratamiento no predice el resultado posterior (McIntyre-Kingsolver, Lichtenstein y Mermelstein, 1984). Baer, Holt y Lichtenstein (1986) no evaluaron todas las fases. Sin embargo, encontraron una capacidad predictiva diferencial en función de realizar dicha evaluación al final del tratamiento o en el seguimiento. Concretamente, a los dos meses de seguimiento, estos autores identificaron a los ex-fumadores con riesgo de recaída de forma más clara que al final del tratamiento. A diferencia de los planteamientos postulados por Bandura (1977a; 1982) y Curry, Marlatt y Gordon (1987), los niveles de auto-eficacia no se incrementan en el periodo de mantenimiento en las personas que continúan abstinentes (Baer, Holt y Lichtenstein, 1986).

Por otra parte, Garcia, Schmitz y Doerfler (1990) examinaron el role de la auto-eficacia en una muestra de fumadores (N= 36) que intentaron dejar el hábito por sí mismos. Estos autores, siguiendo las indicaciones de Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson (1986), plantearon las siguientes cuestiones: 1) ¿Las expectativas de eficacia predicen el estatus de los fumadores en el futuro mejor que el comportamiento pasado? 2) ¿Cómo afecta a la evaluación de la auto-eficacia al éxito o fracaso de las estrategias de afrontamiento utilizadas en situaciones de alto riesgo? y 3) ¿Son diferentes los mecanismos de afrontamiento asociados con diferentes niveles de auto-eficacia? Los datos aportados por estos autores indican que los niveles de auto-eficacia realizados en la línea base tienen menor poder predictivo (respecto del comportamiento posterior) que los realizados posteriormente. Sin embargo, existe una gran variabilidad a través de los sujetos. Asimismo, una variable considerada de gran importancia por estos autores

es la motivación. Respecto del poder predictivo diferencial entre la auto-eficacia y la conducta previa de fumar, no existen diferencias entre ellas (estos datos son consistentes con los obtenidos por Baer, Holt y Lichtestein -1986-). Además, en aquellas situaciones de alto riesgo, en las cuales los sujetos fumaban, los niveles de auto-eficacia fueron altos cuando se utilizaron estrategias de afrontamiento (no distinguieron entre estrategias comportamentales y cognitivas, debido a que los fumadores utilizaron indistintamente un tipo u otro de estrategias). Por consiguiente, estos resultados apoyan el postulado de la teoría de la auto-eficacia en la cual las evaluaciones realizadas por los fumadores están mediatizadas por los factores situacionales. Sin embargo, esta investigación presenta una serie de limitaciones (no se realizaron validaciones fisiológicas y la muestra -aparte de ser limitada- estaba formada por fumadores jóvenes).

Un aspecto que no ha sido totalmente delimitado ha sido la relativa contribución (así como las distintas interacciones) de la auto-eficacia y las demás variables que conforman la teoría cognitivo-social de Bandura (1977b, 1986), implicadas en la dificultad del cambio del comportamiento tabáquico. Devins y Edwards (1988), en una muestra de 45 pacientes crónicos de enfermedad pulmonar obstructiva, evaluaron independientemente y de forma más específica, las expectativas de resultado ("estimación de una persona de que una conducta dada conducirá a ciertos resultados" -Bandura, 1977a-), las expectativas de eficacia ("convicción de que uno puede realizar con éxito la conducta requerida para producir los resultados" -Bandura, 1977a-). Además, incluyeron dos variables adicionales: 1) la motivación para dejar de fumar y 2) la disponibilidad de un repertorio de técnicas comportamentales para eliminar el hábito. Tal y como hipotizaron los autores, la auto-eficacia percibida fue el único predictor de la abstinencia, tanto al final del tratamiento como en los se-

guimientos realizados al mes y a los tres meses. Respecto de las demás variables analizadas, contribuyeron en la reducción del tabaco debido a la interacción producida con la auto-eficacia, pero no de forma independiente de esta última variable.

En líneas generales, la auto-eficacia (operacionalizada como "la confianza en uno mismo para evitar fumar en situaciones de alto riesgo") predice consistentemente el mantenimiento de la abstinencia (Baer y Lichtenstein, 1988b). Sin embargo, un aspecto no totalmente establecido, consiste en la capacidad predictiva de dicho constructo después de una caída. Haaga y Stewart (1992) evaluaron la auto-eficacia para la recuperación de la abstinencia (Self-Efficacy for Recovery -SER-) de recientes ex-fumadores, después de una caída, por medio del paradigma denominado "pensamientos articulados en situaciones simuladas" (ATSS -Davison, Robins y Johnson, 1983-). Este paradigma, fue utilizado por Haaga (1989) para eliminar los posibles inconvenientes que presentan los informes retrospectivos. Respecto de la polémica existente en relación a cuáles son los niveles de SER más adecuados, existen, fundamentalmente, tres posturas distintas. Estas son: 1) los programas de tratamiento tradicionales orientados a obtener la abstinencia sugieren niveles bajos; 2) algunos teóricos cognitivo-comportamentales consideran más adecuado obtener puntuaciones altas (Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson, 1986) y 3) puntuaciones moderadas de SER son las más adecuadas (Bandura, 1986).

Haaga (1989) demostró que el SER (junto con el AVE -Marlatt y Gordon, 1985-) no distingue significativamente entre ex-fumadores (con un corto periodo de abstinencia) que recaen y aquellos que caen, pero reanudan, posteriormente, la abstinencia. Los resultados obtenidos por Haaga y Stewart (1992) apoyan la hipótesis de Bandura (1986). Por lo tanto, están en contra de las dos posturas restantes

mencionadas anteriormente. Además, hay que indicar que la auto-eficacia y el SER son estadísticamente independientes.

Por otra parte, la delimitaron de la auto-eficacia y las expectativas de respuesta-resultado, ha sido un tema de continua controversia entre los defensores de la teoría cognitivo-social (Bandura, 1986; Lee, 1989). Haaga y Stewart (1992) concluyen que, como conceptos abstractos, son distintos. Respecto de dicho tema, estos autores adoptan una posición intermedia. Rechazan la suposición por la cual una determinada expectativa puede ser, inequívocamente, asignada a la auto-eficacia, a la respuesta/resultado, o formando parte de un todo (Bandura, 1986; Devins y Edwards, 1988). Además, también rechazan la opinión por la cual, si la indeterminación de una expectativa concreta apoya a la auto-eficacia o a las expectativas de resultado-respuesta, signifique que la teoría cognitivo-social carezca de validez (Lee, 1989).

2.3. Factores fisiológicos de la recaída

Uno de los principales supuestos de los modelos de la dependencia nicotínica consiste en que los efectos de la abstinencia producen la recaída (Killen, Fortmann, Kraemer, Varady y Newman (1992). Sin embargo, no está totalmente delimitado el role que pueda jugar, después de abandonar el hábito. West y Russell (1985) intentaron comprobar la existencia de predictores de la severidad del síndrome de abstinencia. Para tal finalidad, estos autores evaluaron la relación que existe, antes y después de veinticuatro horas de haber abandonado los cigarrillos, entre los cambios producidos en los síntomas físicos, los estados emocionales, los niveles de nicotina en plasma, las concentraciones de monóxido de carbono espirado y las puntuaciones obtenidas en una versión modificada del cuestionario de motivación (Russell, Peto y Patel, 1974), antes de abandonar el hábito. Únicamente se evaluaron cinco subescalas (dependencia, au-

tomatismo, estimulación, sedación e indulgencia), puesto que las dos restantes no obtuvieron ninguna puntuación.

Respecto de los resultados obtenidos, los niveles de nicotina en plasma predijeron significativamente las principales características del síndrome de abstinencia (ansia, inquietud, problemas de concentración, apetito y las puntuaciones globales del síndrome de abstinencia. En cambio, los niveles de monóxido de carbono, únicamente predijeron el ansia y la inquietud. Respecto de la escala de motivación, la subescala de dependencia predijo el ansia de fumar, la irritabilidad y las puntuaciones globales del síndrome de abstinencia. Sin embargo, la subescala de indulgencia únicamente predijo el apetito.

Además, como predijeron los autores, el número de cigarrillos consumidos en la línea base no predice significativamente ningún efecto de la abstinencia. Puesto que, tal y como han puesto de manifiesto los resultados obtenidos por West y Russell (1985), el nivel de dependencia nicotínica predice los síntomas obtenidos posteriormente, resultaría determinante comprobarla eficacia de los tratamientos en los cuales se aplica nicotina. En la literatura existente, aparecen una serie de estudios en los cuales el tratamiento de sustitución de nicotina reduce (frente a un tratamiento placebo) los síntomas aparecidos (Hughes, Hatsukami, Pickens, Krahn, Malins y Luknic, 1984; Schneider, Jarvik y Forsythe, 1984; West, Jarvis, Russell, Carruthers y Feyereabend, 1984). Sin embargo, una cuestión no totalmente establecida, consiste en delimitar tanto la eficacia de dicho tratamiento como el período temporal en el cual es eficaz. El estudio realizado por Gross y Stitzer (1989) analizó el efecto producido por el chicle de nicotina (Nicorette; 2 mg.) sobre los auto-informes aportados por los sujetos en relación a los síntomas del síndrome de abstinencia (siguiendo los criterios del D.S.M. III-R, 1987). Sin embargo, la característica más importante de esta

investigación consiste en la duración del período temporal en el cual se analizaron los datos. Estos autores formaron dos grupos (N=40): 1) tratamiento con sustitución de nicotina y 2) tratamiento placebo. Durante la primera semana, el grupo al cual se le aplicó la droga activa, redujo significativamente la irritabilidad, la ansiedad, la impaciencia, la inquietud, el apetito, la dificultad de concentrarse, el insomnio y el ansia del tabaco, frente al grupo placebo. En este último grupo, los síntomas fueron disminuyendo hasta las primeras 4/5 semanas. A partir de este periodo, no aparecieron diferencias significativas entre los dos grupos. Sin embargo, estas diferencias se mantuvieron en relación al apetito durante las 10 semanas en las cuales se obtuvieron los datos. A partir de estos resultados clínicos, únicamente se puede considerar oportuno aplicar el tratamiento de sustitución de nicotina hasta las primeras 4/5 semanas, después de abandonar el hábito. A partir de este período, excepto en el caso en que se considere importante el aumento de peso en la prevención de la recaída, carece de sentido aplicar dicho tratamiento.

Killen, Fortmann, Newman y Varady (1991) realizaron un estudio prospectivo (N=1218) para examinar los factores asociados con el ansia, sobre un periodo de 8 semanas. Además, aportan datos sobre el role que desempeña dicha variable sobre el mantenimiento de la abstinencia. En la línea base, Killen, Fortmann, Newman y Varady, (1991) evaluaron la dependencia nicotínica por medio de una versión reducida (DI) del cuestionario de dependencia de Fagerström. Transcurridas 48 horas después de abandonar el hábito, se evaluó el ansia de fumar.

Tanto a las 48 horas como a las 4 y 8 semanas después de abandonar el tabaco, se encuentran consistentemente asociados la dependencia nicotínica y el ansia de fumar. Sin embargo, quizás el resultado mas importante consiste en que el nivel de ansia medido a las

48 horas después del abandono del tabaco está relacionado con el resultado. Mientras que el 43% de los participantes en la investigación con niveles bajos de ansia permanecía abstinentemente a los dos meses de seguimiento, únicamente el 26% de los que obtuvieron puntuaciones altas permanecían abstinentes. En suma, estos datos son importantes puesto que aportan una evidencia de la importancia que presenta el ansia de fumar, incluso después de la desaparición de los síntomas fisiológicos del síndrome de abstinencia.

Posteriormente, el mismo equipo de investigación (Killen, Fortmann, Kraemer, Varady y Newman (1992), examinaron prospectivamente los factores asociados con el estatus del fumador, al año y a los dos años de seguimiento. Las puntuaciones obtenidas en la línea base, obtenidas con la versión modificada del FTQ (Fagerstrom, 1978), predijeron la tasa de abstinencia tanto al año como a los dos años de seguimiento. Sin embargo, el consumo de cigarrillos y el nivel de nicotina de los mismos, no predice la recaída posterior. Respecto del ansia de los cigarrillos, los resultados se encuentran en la misma línea de los obtenidos por Killen en un estudio anterior (Killen, Fortmann, Newman y Varady, 1991). La diferencia fundamental reside en el período temporal, puesto que se utilizó un seguimiento de dos años.

Aunque tanto la dependencia nicotínica (medida por el FTQ -Fagerstrom, 1978-) y el ansia de fumar predicen la recaída, existe una gran discrepancia, entre los autores que han analizado este tema, acerca de la importancia que puedan presentar los factores fisiológicos en la recaída. Este hecho es debido a varios factores. Los mas importantes son:

1. Las teorías fisiológicas de la recaída no explican detalladamente el nivel de dependencia en las personas que han abandonado el tabaco, ni por qué se mantiene dicho hábito (Wise, 1988).

2. Los opiáceos (y, posiblemente, la nicotina y la cocaína) activan los circuitos neuronales implicados en la estimulación del cerebro. Dicha estimulación resulta muy reforzante. Por lo tanto, en ausencia de dependencia física, es posible mantener el consumo de tabaco (Wise, 1988).
3. Respecto del ansia de fumar, se puede distinguir entre la relacionada con el síndrome de abstinencia y la relacionada con el recuerdo del refuerzo positivo producido en situaciones anteriores (Wise, 1988). Además, el ansia de fumar en el momento de dejar los cigarrillos, es producida por la disminución del nivel de nicotina en sangre. Pero, posteriormente, este fenómeno se produce por factores psicológicos (Epstein y Perkins, 1988). Por otra parte, aunque es un factor muy importante en la recaída, no siempre están relacionados (Cummings, Jaen y Giovino, 1985).
4. Los mecanismos neurofisiológicos que controlan el síndrome de abstinencia de la nicotina, puede que sean diferentes a los responsables del ansia de fumar. Hughes, Hatsukami, Pickens, Krahn, Malins y Luknic (1984) no encontraron diferencias (respecto del ansia) entre el grupo tratado con sustitución de nicotina y un grupo placebo.
5. Aunque Fagerstrom (1978) aportó evidencia sobre que el FTQ mide la dependencia nicotínica, otros autores han obtenido resultados contradictorios. Lombardo, Hughes y Fross (1988) no consiguieron replicar la correlación obtenida por Fagerstrom entre el aumento de la tasa cardiaca, después de fumar, y las puntuaciones obtenidas en el FTQ (al dejar de fumar, dicha tasa disminuye).
6. Las tasas de recaída más elevadas se producen entre los tres meses y el año después de abandonar el tabaco (Leventhal y Cleary, 1980). Por lo tanto, si únicamente ac-

tuaran factores fisiológicos, la recaída se produciría inmediatamente.

3. Prevención de la recaída

Los esfuerzos realizados para prevenir la recaída por medio de las sesiones de apoyo, han tenido un escaso resultado en el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo (Schwartz, 1987). Sin embargo, Marlatt (1985) ha propuesto un prometedor modelo de prevención de la recaída, en el cual se conceptualizan las conductas adictivas como un problema de auto-manejo, más que el resultado de patologías o rasgos de personalidad.

En relación al tabaquismo, un modelo de prevención de la recaída que se ha analizado con detalle ha sido el propuesto por Shiffman, Read, Maltese, Rapkin y Jarvik (1985).

En los programas de tratamiento en los cuales se han aplicado sesiones para mantener los niveles de abstinencia, los resultados han sido, en parte, contradictorios. Hall, Rugg, Tunstall y Jones (1984), aplicaron un programa de entrenamiento para evitar la recaída. Dos condiciones (entrenamiento en habilidades de afrontamiento-entrenamiento en relajación, aumento de la motivación por medio de valorar los pros y los contras de la conducta adictiva y entrenamiento de habilidades para mantener la abstinencia- y un grupo de discusión) fueron cruzados con dos niveles de fumar rápido (6 y 30 inhalaciones, respectivamente). Al año de seguimiento, el 46% de los sujetos (N= 57), a los cuales se les aplicó la condición de entrenamiento, se mantenía abstinentes, frente al 30% (N= 66) en el grupo de discusión. Además, hay que indicar que el entrenamiento de las estrategias de afrontamiento fue más eficaz en los denominados fumadores blandos (menos de 20 cig./día). Por otra parte, Brandon, Zelman y Baker (1987) aplicaron sesiones de mantenimiento a las 2, 4, 6 y 12 semanas después de haber finalizado el tratamiento. Durante este periodo, se obtuvieron diferencias significativas, frente a un gru-

po control. Pero, transcurrido dicho período, no se observaron dichas diferencias. Además, Davis y Glaros (1986) y Lando y McGovern (1985) no encontraron diferencias significativas en el grupo en el cual se aplicó un programa de prevención.

Posteriormente, Stevens y Hollis (1989), a la semana de haber finalizado un programa de tratamiento, asignaron, aleatoriamente, a los sujetos abstinentes a una de las siguientes condiciones: 1) grupo de entrenamiento en habilidades de afrontamiento elaboradas individualmente; 2) grupo de discusión (sin entrenamiento) y 3) grupo control. En el primer grupo mencionado, los sujetos recibieron (tras aplicárseles un tratamiento para abandonar el tabaco) tres sesiones intensivas. En dichas sesiones, después de que los individuos identificaran una situación específica conflictiva, por medio de una versión modificada del cuestionario utilizado por Condiotte y Lichtenstein (1981 -"The Smoking Confidence Questionnaire"-), los sujetos elaboraban las estrategias de afrontamiento más adecuadas. Además, tenían que simular la situación lo más vívidamente posible. Por otra parte, se utilizaron juegos de roles y técnicas imaginativas.

A los doce meses de seguimiento, las tasas de abstinencia fueron superiores en el grupo que se entrenaron las estrategias de afrontamiento (41.35%) que en los grupos de discusión (34.1%) y en el grupo control (33.3%), respectivamente. La abstinencia se comprobó bioquímicamente. Además, los autores también indican que el aspecto más importante no es el número de sesiones, sino el contenido de las mismas. Estos datos se encuentran en la línea de los aportados por otros autores (Marlatt, 1985; Shiffman, Read, Maltese, Rapping y Jarvik, 1985).

Con anterioridad se han descrito una serie de estudios en los cuales existía una seria inconsistencia a la hora de explicar el por qué (en una situación de alto riesgo) no todos los ex-fumadores reinician su hábito.

O'Connell y Martin (1987) demostraron que la recaída (en las situaciones de alto riesgo) esta relacionada con los sucesos negativos (estrés y depresión, fundamentalmente).

A diferencia de los modelos de clasificación utilizados con anterioridad, O'Connell, Cook, Gerkovich, Potocky y Swan (1990) utilizaron un modelo clasificatorio basado en los estados metamotivacionales a partir de la teoría "inversa" (reversal theory) (Apter, 1982). Este autor ha identificado una serie de términos contrapuestos en los estados metamotivacionales (Apter, 1989). Concretamente en tabaquismo, O'Connell (1988) ha propuesto que los términos más relevantes son: a) tético (telic)/paratético (paratelic) y b) negativismo/conformismo. En el estado paratético, los sujetos están orientados hacia su actividad actual. Están alegres, son espontáneos y prefieren prolongar la actividad que están realizando. Consideran que su actividad no es muy importante y buscan un alto arousal. En cambio, en el estado tético, los sujetos están orientados hacia el futuro e intentan terminar su actividad tan rápidamente como sea posible. Prefieren sentir que el objetivo que se han marcado y la tarea que tienen que realizar para conseguirlo son muy importantes. Además, intentan evitar un alto arousal (Apter, 1989).

El objetivo propuesto por O'Connell, Cook, Gerkovich, Potocky y Swan (1990) consiste en determinar si la teoría inversa puede explicar el comportamiento de los ex-fumadores, durante las situaciones de alto riesgo. Estos autores plantearon las siguientes hipótesis: 1) los sujetos paratéticos, en situaciones de alto riesgo, tienen más probabilidades de tener una caída que los téticos; 2) los sujetos en el estado negativista, en situaciones de alto riesgo, tienen más probabilidades de tener una caída que los conformistas y 3) la disponibilidad de cigarrillos, estar relacionado con estados paratéticos, pero no con estados téticos. Los resultados obtenidos por estos autores confirmaron las tres hipótesis plantea-

das. Además, los sujetos en estados paratéllicos frecuentan fiestas, bares y restaurantes donde el consumo de tabaco es muy frecuente. Estos resultados son similares a los obtenidos por Shiffman (1986), donde las recaídas se produjeron en situaciones de tipo social.

Aunque una serie de estudios han relacionado la recaída con los sucesos negativos (Cumming, Gordon y Marlatt, 1980; O'Connell y Martin, 1987), O'Connell, Cook, Gerkovich, Potocky y Swan (1990) sugieren que una clase particular de suceso negativo (téllico-negativista) está relacionado con el tabaquismo en las situaciones de alto riesgo.

Además, aunque una serie de investigaciones se han centrado en delimitar tanto las situaciones de alto riesgo como los estados emocionales que determinan la recaída, cuando se han comparado dos crisis experimentadas por el mismo sujeto, únicamente se ha encontrado una limitada consistencia (Baer y Lichtenstein, 1988a; Baer, Kamarck, Lichtenstein y Ramson, 1989; Shiffman, 1991). Potocky, Gerkovich, O'Connell y Cook (1991), siguiendo la teoría inversa de Apter (1982, 1989), plantearon las siguientes hipótesis: 1) las personas que experimentan dos crisis de recaída en el mismo estado metamotivacional experimentaron el mismo resultado y 2) las personas que experimentan dos crisis de recaída en distintos estados metamotivacionales obtendrán diferentes resultados en las dos crisis. A diferencia de los resultados obtenidos por Baer y Lichtenstein (1988a -estos autores encontraron dos clusters claramente diferenciados: social/negativo v.s. social/positivo-), los datos obtenidos por Potocky, Gerkovich, O'Connell y Cook (1991) reflejan tanto consistencias como inconsistencias. Aunque no se encontró ninguna consistencia en los pares téllico/paratéllico y negativista/conformista, apareció un patrón consistente combinando los dos pares. La mayoría de los sujetos fueron paratéllicos o negativistas en ambas crisis. Sin embargo, este estudio presenta una limita-

ción: los datos fueron tomados retrospectivamente. Actualmente no existe una metodología apropiada para evaluar los estados metamotivacionales durante la crisis de recaída). Los datos obtenidos por Potocky, Gerkovich, O'Connell y Cook (1991) sugieren una aproximación alternativa: la intervención adaptada a los estados metamotivacionales. Ya en un trabajo anterior, O'Connell, Cook, Gerkovich, Potocky y Swan (1990) plantearon una serie de estrategias de intervención aplicadas en los estados paratéllicos y negativistas. Concretamente, en los estados paratéllicos, deberían aplicarse una serie de estrategias eficaces (evitar a otros fumadores) antes de producirse la crisis de recaída. Por otra parte, en los estados negativistas las estrategias utilizadas deberían incluir entrenamiento en asertividad.

Por otro lado, las estrategias más frecuentemente utilizadas, para mantener la abstinencia, son las siguientes (Labrador, 1989b; Lichtenstein y Mermelstein, 1984):

1. *Mantenimiento del contacto psicólogo-cliente después de finalizar el tratamiento.* La forma de realizar este tipo de contactos ha sido muy variado (sesiones de apoyo, contacto telefónico, etc.). Aunque los resultados no han sido muy satisfactorios (dada la variedad de dichos contactos), se considera una estrategia de inclusión obligada en los programas encaminados a mantener la abstinencia.
2. *Apoyo social.* Puesto que el comportamiento adictivo está, en parte, controlado por el ambiente externo al fumador (el 47.05% de las personas que recaen es debido a la presión social -Marlatt y Gordon, 1985-), es conveniente controlar todos los aspectos que regulan dicho comportamiento.
3. *Habilidades de afrontamiento y control de las situaciones conflictivas.* Las habilidades más utilizadas han sido: solución de problemas, reestructuración cognitiva, pro-

gramación de actividades, inoculación de estrés, relajación, asertividad y habilidades sociales.

Sin embargo, Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson (1986) proponen las siguientes fases para prevenir la recaída:

1. *Motivación y compromiso.* En esta etapa, los sujetos se comprometen a modificar su comportamiento. En este proceso, hay dos aspectos relacionados con la recaída: a) desarrollar métodos dirigidos a aumentar la motivación y b) realizar investigaciones orientadas a identificar las probabilidades de éxito de las personas.
2. *Cambio inicial del comportamiento.* Esta etapa puede tener una duración de varias semanas. Puesto que los sujetos están, todavía, muy motivados por el cambio realizado, no es el período más problemático para producirse una recaída. Sin embargo, ante las situaciones estresantes, es el momento propicio para desarrollar y practicar las habilidades de afrontamiento específicas (Marlatt y Gordon, 1985). Según Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson (1986), las tareas más importantes son: a) tomar una decisión; b) reestructuración cognitiva y c) habilidades de afrontamiento.
3. *Mantenimiento.* Aunque en muchos estudios se incluye algún tipo de tratamiento durante la fase de mantenimiento, este período ha sido virtualmente ignorado como un punto de intervención. Con la excepción de la realización de sesiones de apoyo (las cuales son una reiteración de lo realizado anteriormente), pocos estudios han tenido en cuenta la fase de mantenimiento como el período en el cual el objetivo prioritario es el proceso de la caída/recaída. En esta fase, Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson (1986) indican que las tareas de intervención más apropiadas son: a) continuación de la observación; b) apoyo social

y c) cambio general en el estilo de vida (Marlatt, 1993).

4. Conclusiones

A partir de la revisión realizada, no se puede establecer de forma exacta la relación que existe entre el estrés y el consumo de tabaco. Quizás, tal y como ponen de manifiesto Carey, Kalra, Halperin y Richard (1993), la escasa coordinación que se establece en la evaluación de los estresores no permite realizar una fuerte inferencia causal entre estrés y tabaquismo. Sin embargo, quizás la postura adoptada por Cohen y Lichtenstein sea la más adecuada. Ya que, estos autores, proponen que la relación sea bidireccional. Esto es: a) el estrés puede dificultar la eliminación del tabaco y precipitar la recaída; b) el fracaso en la eliminación del hábito de fumar causa estrés y c) ambas direcciones de causalidad están presentes (Cohen y Lichtenstein, 1990).

Para finalizar, cabe señalar la necesidad (dada la superioridad de los tratamientos en los cuales se aplican sesiones de entrenamiento en habilidades de afrontamiento) de establecer una serie de investigaciones en las cuales se determine la naturaleza de los aspectos siguientes:

1. El entrenamiento en dichas habilidades. ¿Es más eficaz aplicarlo antes o después de abandonar el hábito?
2. Determinar el número de sesiones y período temporal en el cual se aplican dichas sesiones.
3. En las situaciones de alto riesgo. ¿Qué resulta más conveniente aplicar estrategias específicas para cada caso o estandarizadas?
4. Las estrategias de afrontamiento. ¿Se indicarían meramente o es más conveniente que los sujetos desarrollen y practiquen detalladamente las estrategias que se consideren más adecuadas por los propios ex-fumadores?.

Referencias bibliográficas

- Abramsnon, L.Y., Garber, J. y Seligman, M. E.P. (1980). Learned Helplessness in Humans: An Attributional Analysis. In J. Garber y M.E.P. Seligman (Eds.): *Human Helplessness: Theory and Application*, pp. 3-34. New York: Academic P.
- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. y Teasdale, J. (1978). Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulations. *Journal of Abnormal Psychology*, 87 49-74.
- American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*. Third ed.Revised (DSM III-R) APA. Trad. Cast. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM III-R. Barcelona: Masson, 1989.
- Apter, M.J. (1982). *The Experience of Motivation: The Theory of Psychological Reversals*. London: Academic Press.
- Apter, M.J. (1989). *Reversal Theory: Motivation, Emotion, and Personality*. London: Routledge.
- Baer, J.S., Holt, C.S. y Lichtenstein, E. (1986). Self-Efficacy and Smoking Reexamined: Construct Validity and Clinical Utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 6, 846-852.
- Baer, J.S., Kamarck, T., Lichtenstein, E. y Ramson, C.C. (1989). Prediction of Smoking Relapse: Analyses of Temptations and Transgressions After Initial Cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 5, 623-627.
- Baer, J.S. y Lichtenstein, E. (1988a). Classification and Prediction of Smoking Relapse Episodes: An Exploration of Individual Differences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 1, 104-110.
- Baer, J.S. y Lichtenstein, E. (1988b). Cognitive Assessment. In D.M. Donovan y G.A. Marlatt (Eds.): *Assessment of Addictive Behaviors: Behavioral, Cognitive and Physiological Processes* (pp: 189-213). N.Y.: Guilford Press.
- Bandura, A. (1977a). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1977b). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 37 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Bayot, A. (1994). *Terapia de Auto-Regulación para la Eliminación del Hábito de fumar*. Tesis doctoral no publicada. Universitat de València.
- Bayot, A., Capafons, A. y Amigo, S. (1993). Terapia de Auto-Regulación Emocional para la Reducción del Tabaquismo: Datos Preliminares a los Seis Meses de Seguimiento. En A. Capafons y S. Amigo: *Hipnosis, Terapia de Auto-Regulación e Intervención Comportamental*. Valencia: Promolibro.
- Becoña, E. (1990). Estrategias Efectivas para Dejar de Fumar. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 8, 1, 91-108.
- Becoña, E., Lista, M.J. y Frojan, M.J. (1989). ¿Por que los Sujetos Recaen en los Tratamientos para Dejar de Fumar? Un Estudio Exploratorio. *Revista Española de Drogodependencias*, 14, 1, 29-36.
- Bliss, R.E., Garvey, A.J., Heibold, J.W. y Hitchcock, J.L. (1989). The Influence of Situation and Coping on Relapse Crisis Outcome After Smoking Cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 3, 443-449.
- Brandon, T.H., Zelman, D.C. y Baker, T.B. (1987). Effects of Maintenance sessions on Smoking Relapse: Delaying the Inevitable? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 5, 780-782.
- Brownell, K.D., Marlatt, G.A., Lichtenstein, E. y Wilson, G.T. (1986). Understanding and Preventing Relapse. *American Psychologist*, 41, 7, 765-782.
- Carey, M.P., Kalra, D.L., Carey, K.B., Halperin, S. y Richard, C.T. (1993). Stress and Unaided Smoking Cessation: A Prospective Investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 5, 831-838.
- Cohen, S. y Lichtenstein, E. (1990). Perceived Stress, Quitting Smoking, and Smoking Relapse. *Health Psychology*, 9, 466-478.
- Condiotte, M.M. y Lichtenstein E. (1981). Self-Efficacy and Relapse in smoking Cessation Programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 648-658.
- Cummings, C., Gordon, J.R. y Marlatt, G.A. (1980). Relapse: Prevention and Prediction. In W. R. Miller (Ed.): *The Addictive Disorders: Treatment of Alcoholism, Drug Abuse, Smoking, and Obesity* (pp. 291- 322). New York: Pergamon Press.
- Cummings, K.M., Jaen, C.R. y Giovino, G. (1985). Circumstances Surrounding Relapse in a Group of Recent Ex-Smokers. *Preventive Medicine*, 14, 195-202.
- Curry, S.G. y Marlatt, G.A. (1985). Unaided Quitters' Strategies for Coping with Temptations to Smoke. In S. Shiffman and T.A. Wills (Eds.): *Coping and Substance Use*. Orlando: Academic Press, Inc.
- Curry, S.G., Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1987). Abstinence Violation Effect: Validation of an Attributional Construct with Smoking Cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 2, 145-149.
- Davis, J.R. y Glaros, A.G. (1986). Relapse Prevention and Smoking Cessation. *Addictive Behaviors*, 11, 105-114.

- Davison, G.C., Robins, C. y Johnson, M.K. (1983). Articulated Thoughts During Simulated Situations: A Paradigm for Studying Cognition in Emotion and Behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 7, 17-40.
- Devins, G.M. (1992). Social Cognitive Analysis of Recovery from a Lapse smoking Cessation: Comment on Haaga and Stewart (1992). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 1, 29-31.
- Devins, G.M. y Edwards, P.J. (1988). Self-Efficacy and Smoking Reduction in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Behavior Research and Therapy*, 26, 2, 127-135.
- Diclemente, C.C. (1981). Self-Efficacy and Smoking Cessation Maintenance. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 175-187.
- Diclemente, C.C., Prochaska, J.O. y Gibertini, M. (1985). Self-Efficacy and the Stages of Self Change of Smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 181-200.
- Echeburúa, E. y del Corral, P. (1986). Predicción de la Recaída en las conductas Adictivas: Estrategias de Intervención. *Drogalcohol*, XI, 1, 16-24.
- Epstein, L.H. y Perkins, K.A. (1988). Smoking, Stress, and Coronary Heart Disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 3, 342-349.
- Erickson, L.M., Tiffany, S.T., Martin y Baker, T.B. (1983). Aversive Smoking Therapies: A Conditioning Analysis of Therapeutic Effectiveness. *Behavior Research and Therapy*, 21, 6, 595-611.
- Fagerström, K.O. (1978). Measuring Degree of Physical Dependence to Tobacco Smoking with Reference to Individualization of Treatment. *Addictive Behavior*, 3, 235-241.
- García, M.E., Schmitz, J.M. y Doerfler, L.A. (1990). A Fine-Grained Analysis of the Role of Self-Efficacy in Self-Initiated Attempts to Quit Smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 3, 317-322.
- Glasgow, R.E., Klesges, R.C., Mizes, J.S. y Pechacek, T.F. (1985). Quitting Smoking: Strategies Used and Variables Associated with Success in a Stop-Smoking Contest. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 6, 905-912.
- Glasgow, R.E. y Lichstein, E. (1987). Long-Term Effects of Behavioral Smoking Cessation Interventions. *Behavior Therapy*, 18, 297-324.
- Gottlieb, A.M., Friedmen, L.F., Cooney, N., Gordon, J. y Marlatt, G.A. (1981). *Quitting Smoking In Self-Help: Relapse and Survival in Unaided Quitters*. Papers Presented at the Association for the Advancement of Behavior Therapy. Toronto, Canadá.
- Gross, J. y Stitzer, M.L. (1989). Nicotine Replacement: Ten-Week Effects on Tobacco Withdrawal Symptoms. *Psychopharmacology*, 98, 334-341.
- Haaga, D.A. (1989). Articulated Thoughts and Endorsements Procedures for Cognitive-Assessment in the Prediction of Smoking Relapse. Psychological Assessment: *A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 112-117.
- Haaga, D.A. y Stewart, B.L. (1992). Self-Efficacy for Recovery from a Lapse After Smoking Cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 1, 24-28.
- Hall, S.M., Havassy, B.E. y Wasserman, D.A. (1990). Commitment to abstinence and Acute Stress in Relapse to Alcohol, Opiates, and Nicotine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 2, 175-181.
- Hall, S.M., Rugg, D., Tunstall, C. y Jones, R.T. (1984). Preventing Relapse to Cigarette Smoking by Behavioral Skill Training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 3, 372-382.
- Harackiewicz, J.M., Sansone, C., Blair, L.W., Epstein, J.A. y Mandlerlink, G. (1987). Attributional Processes in Behavior Change and Maintenance: Smoking Cessation and Continued Abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3, 372-378.
- Hughes, J.R., Hatsukami, D.K., Pickens, R.W., Krahn, D., Malins, S. y Luknic, A. (1984). Effects of Nicotine on the Tobacco Withdrawal Syndrome. *Psychopharmacology*, 83, 82-87.
- Killen, J.D., Fortmann, S.P., Kraemer, H.C., Varady, A. y Newman, B. (1992). Who Will Relapse? Symptoms of Nicotine Dependence Predict Long-Term relapse After Smoking Cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 5, 797-801.
- Killen, J.D., Fortmann, S.P., Newman, B. y Varady, A. (1991). Prospective Study of Factor Influencing the Development of Craving Associated with Smoking Cessation. *Psychopharmacology*, 105, 191-196.
- Labrador, F. (1989a). Modificación de la Conducta de Fumar (I): Técnicas para Dejar de Fumar. *JANO*, XXXVII, 875, 59-62.
- Labrador, F. (1989b). Modificación de la Conducta de Fumar (II): Estrategias para Mantener la Abstinencia y Programas Multicomponentes. *JANO*, XXXVII, 875, 67-74.
- Lando, H.A. y McGovern, P.A. (1985). Nicotine Fading as a Nonaversive alternative in a Broad-Spectrum Treatment for Eliminating Smoking. *Addictive Behaviors*, 10, 153-161.
- Lee, C. (1989). Theoretical Weaknesses Lead to Practical Problems: The Example of Self-Efficacy Theory. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 115-123.
- 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.
- Lichtenstein, E. (1982). The Smoking Problem: A Behavioral Perspective

- tive. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 804-809.
- Lichtenstein, E. y Mermelstein, R.J. (1984). Review of Approaches to Smoking Treatment: Behavior Modification Strategies. In J. Matarazzo, S. Weiss, J. Herd, N. Miller and S. Weiss (Eds.): *Behavioral Health. A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. New York: John Wiley & Sons.
- Lombardo, T.W., Hughes, J.R. y Fross, J.D. (1988). Failure to Support the validity of the Fagerström Tolerance Questionnaire as a Measure of Physiological Tolerance to Nicotine. *Addictive Behaviors*, 13, 87-90.
- Marlatt, G.A. (1985). Coping and Substance Use: Implications for Research, Prevention, and Treatment. In S. Shiffman and T.A. Wills (Eds.): *Coping and Substance Use*. Orlando: Academic Press, Inc.
- Marlatt, G.A. (1993). La Prevención de las Recaídas en las Conductas Adictivas: Un Enfoque de Tratamiento Cognitivo-Comportamental. En M. Casas y M. Gosop (Eds.): *Tratamientos Psicológicos en Drogodependencias: Recaída y Prevención de las recaídas*. Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1980). Determinants of Relapse: Implications for the Maintenance of Behavior Change. In P. O. Davidson and S. M. Davidson (Eds.): *Behavioral Medicine: Changing Health Life-Style*. pgs: 410-452. New York: Brunner/Mazel.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (Eds.) (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- McIntyre-Kingsolver, K., Lichtenstein, E. y Mermelstein, R.J. (1983). Self-Efficacy and Relapse in Smoking Cessation: A Replication and Extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 632-633.
- O'Connell, K.A. (1988). Reversal Theory and Smoking Cessation. En M. J. Apter, J. H. Kerr y M. P. Cowles (Eds.): *Progress in Reversal Theory* (pp: 181-190). Amsterdam, Netherlands: North-Holland.
- O'Connell, K.A., Cook, M.R., Gerkovich, M.M., Potocky, M. y Swan, G.E. (1990). Reversal Theory and Smoking: A State-Based Approach to Ex-Smokers' Highly Tempting Situations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 4, 489-494.
- O'Connell, K.A. y Martin, E.J. (1987). Highly Tempting Situations Associated with Abstinence, Temporary Lapse, and Relapse among Participants in Smoking Cessation Programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3, 367-371.
- Parrot, A.C. (en prensa). Individual Differences in Stress and Arousal During Cigarette Smoking. *Psychopharmacology*.
- Paxton, R. (1980). The Effects of a Deposit Contract as a Component in a Behavioural Programme for Stopping Smoking. *Behavior Research y Therapy*, 18, 45-50.
- Paxton, R. (1983). Prolonging the Effects of Deposit Contracts with Smokers. *Behavior Research Therapy*, 21, 4, 425-433.
- Pomerleau, O.F., Adkins, D. y Pertschuk, M. (1978). Predictors of Outcome and Recidivism in Smoking Cessation Treatment. *Addictive Behaviors*, 3, 65-70.
- Potocky, M., Gerkovich, M.M., O'Connell, K.A. y Cook, M.R. (1991). State-Outcome Consistency in Smoking Relapse Crises: A Reversal Theory Approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 2, 351-353.
- Rosen, T.J. y Shipley, R.H. (1983). A Stage Analysis of Self-Initiated Smoking Reductions. *Addictive Behaviors*, 8, 268-272.
- Russell, M.A.H., Peto, J. y Patel, U.A. (1974). The Classification of smoking by Factorial Structure of Motives. *J.R. Statist Soc Series (A)*, 137, 313-346.
- Salleras, L. (1983). La Prevención del Tabaquismo. *JANO*, 594, 60-64.
- Schneider, N.G., Jarvik, M.E. y Forsythe, A.B. (1984). Nicotine versus Placebo Gum in the Alleviation of Withdrawal Syndrome During Smoking Cessation. *Addictive Behaviors*, 9, 149-156.
- Schartz, J.L. (1987). *Review and Evaluation of Smoking Cessation Methods: The United States and Canada, 1978-1985*. Washington, D.C: Department of Health and Human Services.
- Shiffman, S. (1982). Relapse Following Smoking Cessation: A Situational Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 71-86.
- Shiffman, S. (1984a). Coping with Temptations to Smoke. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 2, 261-267.
- Shiffman, S. (1984b). Cognitive Antecedents and Sequelae of Smoking Relapse Crisis. *Journal of Applied Social Psychology*, 14, 3, 296-309.
- Shiffman, S. (1986). A Cluster-Analytic Classification of Smoking Relapse Episodes. *Addictive Behaviors*, 11, 295-307.
- Shiffman, S. (1991). Refining Models of Dependence: Variations across Persons and Situations. *British Journal of Addiction*, 86, 611-615.
- Shiffman, S. y Jarvik, M.E. (1987). Situational Determinants of Coping in Smoking Relapse Crises. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 1, 3-15.
- Shiffman, S., Read, L., Maltese, J., Rapping, D. y Jarvik, E. (1985). Preventing Relapse in Ex-smokers. A Self-Management Approach. In G.A. Marlatt y J.R. Gordon (Eds.): *Relapse Prevention. Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford P.
- Shiffman, S., Schumaker, S.A., Abrams, D., Cohen, S., Garvey, J., Grunberg, N. y Swan, G. (1986).

- Models of Smoking Relapse. *Health Psychology*, 5 (Suppl.), 13-27.
- Shiffman, S. y Wills, T.A. (Eds.) (1985). *Coping and Substance Use*. Orlando: Academic Press, Inc.
- Solomon, S. (1978). Measuring Dispositional and Situational Attributions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 4, 589-594.
- Stevens, V.J. y Hollis, J.F. (1989). Preventing Smoking Relapse, Using an Individually Tailored Skills-Training Technique. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 3, 420-424.
- Weiner, B. (1974). *Achievement Motivation and Attribution Theory*. New Jersey: General Learning Press.
- West, R., Jarvis, M.J. y Russell, M.A.H., Carruthers, M.E. Feyereabend, C. (1984). Effects of Nicotine Replacement on the Cigarette Withdrawal Syndrome. *British Journal of Addiction*, 79, 215-219.
- West, R. y Russell, M.A.H. (1985). Pre-abstinence Smoke Intake and Smoking Motivation as Predictors of Severity of Cigarette Withdrawal Symptoms. *Psychopharmacology*, 87, 334-336.
- Wise, R.A. (1988). The Neurobiology of Craving: Implications for the understanding and Treatment of Addiction. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 2, 118-132.