

El cuestionario de evaluación de la recaída/abstinencia de los cigarrillos: primeros resultados

ELISARDO BECOÑA

Profesor Titular. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela

M.^a DEL CARMEN MIGUEZ

Becaria de Investigación. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela

RESUMEN

En las conductas adictivas, uno de los mayores problemas que se presenta es la recaída que en un gran número de casos se produce después de finalizar exitosamente un tratamiento. En fumadores que asisten a programas formales de tratamiento la recaída es un proceso frecuente. En el presente estudio se utiliza el "Cuestionario de Evaluación de la Recaída/Abstinencia de los Cigarrillos" para estudiar dicho proceso. Este cuestionario ha sido aplicado a 57 fumadores que participaron en un programa multicomponente para dejar de fumar 6 y 12 meses después de haber finalizado el mismo. Los resultados obtenidos permiten categorizar los episodios de recaída en fumadores tanto con el modelo de Marlatt como con el de Shiffman. La causa más frecuente de la recaída se debe al afecto negativo o al estado emocional negativo, explicando entre el 38% y el 46% de todas las recaídas.

Palabras clave: Fumadores. Recaída. Cuestionario. Evaluación.

SUMMARY

In the addictive behaviors one of the more important problem is the relapse wich in a great number of the subjects it's produced after the end of a effective treatment. In smokers who assist to formal programs of treatment the relapse it's frequently in the follow-up. In the present study we present the Relapse/Abstinent of Cigarettes Evaluation Questionnaire to study this process. This Questionnaire has been applied at 57 smokers what participated in a behavioral multicomponent program to smoking cessation at 6- and 12-months after of the end of treatment. The results with the Questionnaire permit the categorization of relapse in the Marlatt and Shiffman models. The more frequent relapse was in the negative affect or negative emocional state (between 38% and 46% of all relapses).

Key words: Smokers. Relapse. Questionnaire. Evaluation.

CORRESPONDENCIA A:

Elisardo Becoña

Universidad de Santiago de Compostela

Facultad de Psicología - Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología

Campus Universitario Sur

157006 Santiago de Compostela

RÉSUMÉ

Dans le comportement de ceux qui sont soumis à la drogue, un des problèmes les plus importants consiste en celui de la rechûte qui survient dans de nombreux cas à la fin d'un traitement réussi. Chez les fumeurs qui assistent à des programmes formels de traitement, cette rechûte s'avère très fréquente. Ici-même, au cours de cette étude nous utilisons le "Questionnaire d'Evaluation de Rechûte ou d'Abstinence du Tabac" dans le but d'étudier son évolution. Ce questionnaire a été utilisé avec 57 fumeurs, participant à un programme constitué de divers points dans le but d'abandonner l'usage du tabac après une période de 6 à 12 mois. Les résultats obtenus permettent de déterminer les épisodes de rechûtes chez les fumeurs, en suivant le modèle de Marlatt ou bien celui de Shiffman. La cause la plus fréquente de la rechûte est due à un affect ou un état émotionnel négatifs; cela peut expliquer les 38 et 46% de toutes les rechûtes.

Mots Clé: Fumeurs. Rechûte. Questionnaire. Evaluation.

INTRODUCCION

En todos los programas de tratamiento de las diferentes adicciones, incluyendo la de fumar, el principal problema que se plantea es el gran número de recaídas que se producen después de finalizar el tratamiento (Saunders, 1993).

En el tabaquismo, existe un gran interés por los estudios sobre la recaída, y más actualmente sobre la prevención de la recaída, basándose en el modelo de Marlatt (Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson, 1986; Cummings, Gordon y Marlatt, 1980; Echeburúa y Corral, 1986; Marlatt y Gordon, 1985) o Shiffman (1982, 1986).

El modelo de Marlatt (Marlatt y Gordon, 1985), inicialmente elaborado para el alcoholismo, se ha extendido a otras adicciones, incluyendo el tabaco (Cummings et al., 1980; Shiffman, Read, Mattese, Rapkin y Jarvik, 1985). Para Marlatt, las causas de las recaídas, tanto en ésta como en otras adicciones, son debidas a determinantes o factores ambientales intrapersonales y a determinantes o reacciones a los eventos ambientales interpersonales. Por tanto, unos determinantes serán propios del individuo y los otros, debidos a eventos ambientales o interpersonales.

Dentro de los *determinantes intrapersonales* incluye: 1) *Afrontamiento de estados emocionales negativos*: situaciones en las que el individuo experimenta un estado

emocional o de humor negativo, un estado de ánimo o un sentimiento como la frustración, la ansiedad, la ira, la depresión o el aburrimiento. 2) *Afrontamiento de estados físicos o fisiológicos negativos*: se refiere a manejar reacciones físicas o fisiológicas desagradables que pueden estar asociadas con el uso previo de la sustancia, como el síndrome de abstinencia tras la retirada de la misma u otros estados físicos negativos como el dolor, la enfermedad o la fatiga. 3) *Mejora de los estados emocionales positivos*: se utiliza la sustancia en cuestión para incrementar los sentimientos de disfrute, de celebración y de alegría que ya se poseen. 4) *Prueba de control personal*: se probaría de nuevo la sustancia para comprobar que se puede hacer un uso controlado o moderado de la misma. 5) *Cediendo a impulsos o tentaciones*: incluye el uso de la sustancia en respuesta a impulsos internos, tentaciones u otros avisos que pueden darse en presencia de indicios de la misma o en ausencia de tales indicios.

En cuanto a los *determinantes interpersonales* incluye: 1) *Afrontamiento de conflictos interpersonales*: situaciones que incluyen un conflicto actual o relativamente reciente, asociado con cualquier relación interpersonal, como el matrimonio, una amistad, las relaciones de trabajo, etc. 2) *Presión social*: situaciones en las que el individuo responde a la influencia de otra persona o grupo de sujetos que ejercen presión sobre él para que haga un consumo de

la sustancia problema. Esta presión puede ejercerse de forma directa, por ejemplo mediante persuasión verbal o, de forma indirecta, como por ejemplo estar en presencia de otras personas que estén involucradas en la misma conducta puede servir de modelo de uso de esa sustancia para el individuo (Marlatt y Gordon, 1985; Sutton, 1993). 3) *Mejora de los estados emocionales positivos*: cuando se utiliza la sustancia en una situación interpersonal con la finalidad de incrementar los sentimientos de placer, celebración, etc.

Marlatt y Gordon (1985) destacan que, cuando se clasifican los episodios de recaída, sólo se puede puntuar en una de las categorías anteriores, eligiendo el evento precipitante de la recaída más significativo y más reciente. Cuando hay dudas entre categorías sugieren dar prioridad a la primera, determinantes ambientales intrapersonales, sobre la segunda.

Los estudios llevados a cabo con dicho modelo (Becoña, Lista y Froján, 1989; Cummings et al., 1980; Rosenthal y Marx, 1981) indican que en el caso del tabaco, al igual que en otras conductas adictivas como la dependencia del alcohol o la heroína (Echeburúa y Corral, 1986), hay varios determinantes, tanto intrapersonales como interpersonales, de distinta relevancia. Generalmente el proceso de recaída aparece asociado a tres situaciones de alto riesgo: estados emocionales negativos, presión social y conflictos interpersonales (Marlatt, 1979).

El modelo de Shiffman (Shiffman, 1982, 1984, 1989; Shiffman et al., 1985; Shiffman y Jarvik, 1987) se ha centrado, especialmente, en el estudio de la recaída en fumadores, así como en qué factores determinan que estos sujetos recaigan. Ha encontrado como precipitantes de la recaída los siguientes: 1) *Situaciones relacionadas con la comida*: fumar después de las comidas o con el café es tan gratificante para los fumadores que estas ocasiones deben ser consideradas de alto riesgo. 2) *Afecto negativo*: los sentimientos de tristeza, ansiedad, depresión, están asociados con fumar y por lo tanto con posibles recaídas (por ej., la muerte de un

familiar, problemas laborales, etc.). De esta forma el fumador utiliza los cigarrillos para mitigar el efecto displacentero. 3) *Consumo de alcohol*: se ha comprobado que beber alcohol facilita fumar, sugiriéndose que el alcohol puede disminuir la motivación y la capacidad de afrontamiento y, por lo tanto, al inhibir las respuestas de afrontamiento, la probabilidad de recaída se incrementa (Shiffman y Jarvik, 1987). 4) *Situaciones sociales*: algunos fumadores utilizan el cigarrillo para manejar sus sentimientos de torpeza en las situaciones sociales, sentirse mejor, más seguro o agradar a otra persona. 5) *Aburrimiento*: los fumadores que se encuentran aburridos se ven a sí mismos como "haciendo" algo cuando fuman. Fumar es un entretenimiento para muchas personas, o un modo de evitar el aburrimiento (Becoña, Galego y Lorenzo, 1988). 6) *Afecto positivo*: Aunque es más frecuente fumar bajo condiciones de afecto negativo, algunos fumadores son propensos a fumar bajo el sentimiento positivo de relajación o felicidad, alegando que así acentúan sus sentimientos de alegría; al encontrarse feliz, esto hace que baje la guardia y vuelva a fumar. 7) *Sustitutos de comer*: La sustitución de la comida es otra de las funciones de los cigarrillos. Fumando se reduce el hambre, realizándose especialmente cuando existe temor de ganar peso. La explicación de ello está en que cuando una persona deja los cigarrillos se le regula el sentido del gusto que antes cuando era fumador tenía amortiguado. Ello puede conducir a saborear mejor la comida, gustarle más e incluso comer más (Becoña y Galego, 1988). El miedo a ganar peso después de haber dejado de fumar (principalmente en mujeres), disminuye la motivación del fumador para estar abstinentes y vuelve a fumar. Por lo tanto, en este caso se fuma para controlar el peso.

Otra de las causas que Shiffman et al. (1985) ha encontrado que llevan a las personas que han dejado de fumar a recaer es la presencia de otros fumadores. El ofrecimiento de cigarrillos por parte de éstos o ver cómo realizan su consumo, la disminución del control, el efecto de conformidad y la tentación que se produce en tales circuns-

tancias, produce en algunas ocasiones que la persona que había dejado de fumar se sienta distinta ante otras personas que fuman, y vuelva de nuevo a su estatus anterior de fumador. De esta forma, se ver reflejado en las personas ante las que en ese momento se encuentra y que son fumadores (Becoña, 1994b).

El objetivo del presente estudio es evaluar la utilidad del "Cuestionario de evaluación de la recaída/abstinencia de los cigarrillos", cuestionario que permite evaluar el proceso de la recaída y conceptualizar la misma tanto según el modelo de Marlatt como el de Shiffman.

MATERIAL Y METODO

Sujetos

Los sujetos del estudio acudieron a un programa de tratamiento para dejar de fumar a través de anuncios en la prensa diaria. De las 85 personas que acudieron a informarse del "Programa para dejar de fumar", 77 mostraron su intención de asistir al mismo, por lo que seguidamente cubrieron una hoja de datos personales y varios cuestionarios. A continuación fueron asignados a uno de los grupos de tratamiento. Sin embargo, sólo consideramos sujetos en tratamiento a aquellos que acudieron a la primera sesión e hicieron el correspondiente depósito monetario, condición para participar en el programa (cfr. Becoña, 1994c). Estos fueron un total de 57 fumadores (27 hombres y 30 mujeres) con una media de edad de 35.10 años (D. T. = 11.48) y un consumo medio de cigarrillos al día antes del tratamiento de 28.24 (D. T. = 11.86).

Material

A todos los sujetos se les aplicaron medidas de evaluación de monóxido de carbono (CO) en el aire espirado, mediante el *Micro Smokerlyzer CO Monoxide Monitor* (Bedfont Technical Instruments Ltd, Sittigbourne, Kent, Reino Unido) antes del tratamiento, en las sesiones de tratamiento y en los seguimientos. Por otra parte, para la evaluación de la conducta de fumar de cada sujeto se han utilizado varias escalas y cuestionarios. Aquí, debido al tema que nos

ocupa, nos centraremos únicamente en la descripción del "Cuestionario de evaluación de la recaída/abstinencia de los cigarrillos".

Cuestionario de evaluación de la recaída/abstinencia de los cigarrillos.

El "Cuestionario de evaluación de la recaída/abstinencia de los cigarrillos" de Becoña (1994a) es un cuestionario elaborado para aplicar en el seguimiento de los programas de tratamiento de fumadores, a los 6, 12 y posteriores meses después del mismo. Su estructura se basa en un cuestionario previo utilizado para obtener información acerca de las crisis de recaída en fumadores (Shiffman, 1988). Con el presente cuestionario se recoge información sobre el estado del antiguo fumador, si está abstinente o si ha recaído y, si éste es el caso, cuáles han sido las causas de su recaída. Permite conocer datos básicos de consumo de los fumadores tratados, así como otros relacionados con el proceso de recaída de tal modo que posibilite categorizar las causas de la recaída según los modelos de Marlatt (Marlatt y Gordon, 1985) y Shiffman et al. (1985), junto a otra información relevante del proceso de recaída. Su elaboración inicial se hizo con el objetivo de categorizar los procesos de recaída según estos modelos.

Este cuestionario tiene la ventaja de poder ser cumplimentado por el sujeto directamente en la sesión de seguimiento como por un clínico a través del teléfono.

Consta de 16 cuestiones para los fumadores y otras 16 para los no fumadores, aunque una de las de los fumadores, la referida al proceso de recaída, se subdivide en otras 10. Por ello, habrá un total de 26 cuestiones para los fumadores y 16 para los no fumadores o abstinentes. Combina preguntas abiertas y cerradas con el objetivo de obtener la mayor información posible y del modo más preciso. La introducción de varias preguntas abiertas dota al cuestionario de una mayor flexibilidad sin menoscabar la obtención de información objetiva, permitiendo una posterior codificación en categorías sin forzar al sujeto a contestar a alternativas cerradas, dada la gran variedad de posibles situaciones de recaída.

Las primeras cuestiones se refieren a datos demográficos y de consumo de los cigarrillos. Si en el momento de su aplicación la persona fuma, el cuestionario recoge información sobre la topografía de fumar; la marca y la cantidad de cigarrillos que fuma diariamente; las intenciones del sujeto con respecto a la disminución del consumo actual o a una posterior abstinencia.

El tema 5 y sus apartados se focalizan en el proceso de recaída. El interés estriba en acotar con la mayor precisión este proceso. Por ello hay preguntas muy puntuales que, al mismo tiempo, permiten cierta flexibilidad en las alternativas con el objetivo de recabar una información precisa y relativamente amplia sobre la recaída. A los sujetos se les pregunta sobre el momento en que tuvo lugar la recaída; quiénes estaban presentes, pues es conocida la relación entre recaída y la presencia de otros fumadores (Shiffman, 1982, 1986; Marlatt et al., 1985); y si en ese momento estaba consumiendo alcohol o café (Istvan y Matarazzo, 1984). Principalmente el consumo de café se ha encontrado fuertemente relacionado con la conducta de fumar (Swanson, Lee y Hoop, 1994) tanto en hombres como en mujeres.

Posteriores preguntas hacen referencia al estado de ánimo y sentimientos, antes y después de fumar ese primer cigarrillo que le condujo a la recaída, junto con información sobre si el sujeto ha ganado, perdido o mantenido el peso. Varios estudios demuestran la relación entre fumar y control de peso (Gritz, Klesges y Meyers, 1989). Especialmente en las mujeres, se ha encontrado que reconocen que fumando pueden regular con mayor facilidad su peso corporal (Charlton, 1984).

Otros ítems evalúan las atribuciones, creencias e intenciones del sujeto sobre la recaída o sobre su posterior abstinencia. Las atribuciones y creencias del sujeto son importantes en relación con el proceso de recaída, creando estados atribucionales que llevan a actuar en función de las mismas (Becoña, 1993a; Fishbein y Ajzen, 1975).

El cuestionario además recoge informa-

ción de la reacción de las personas que rodean al fumador, al enterarse de que ha vuelto a fumar, y comprueba si esta reacción ha sido de consentimiento o de tipo aversivo. Igualmente, si le han influido los medios de comunicación. La publicidad y la presión social al consumo facilitan conocer el producto, identificarse con lo que rodea al mismo y crear conciencia de que fumar es normal (Becoña, Palomares y García, 1994). En el caso de los sujetos que permanecen abstinentes, los medios de comunicación pueden actuar de concienciación hacia la abstinencia, mostrando lo importante que puede llegar a ser y las ventajas que acarrea no fumar. Finalmente, se evalúa el grado de satisfacción de la vida personal del fumador o exfumador según el caso.

En el caso de estar abstinente, se obtiene información sobre el apoyo social recibido, dado que existe una relación positiva entre el apoyo social y el resultado del tratamiento (Brownell et al., 1986; Havassy, Hall y Wasserman, 1991), apoyo familiar y éxito terapéutico (Coppotelli y Orleans, 1985; Morgan, Ashenberg y Fisher, 1988). Otras preguntas, abiertas, obtienen información de lo que significa para el sujeto ser un exfumador, así como de las ventajas que aprecia al no fumar.

Tratamiento

El tratamiento aplicado a los fumadores de este estudio ha sido el programa multicomponente de Becoña (1993b), que consta de: 1) autorregistro y representación gráfica del consumo de cigarrillos; 2) depósito motivacional y contrato de tratamiento; 3) información sobre el tabaco; 4) control de estímulos; 5) reducción del consumo o de la cantidad de nicotina y alquitrán, a razón de un 30% semanal, seguida de la reducción gradual del número de cigarrillos después del último cambio de marca, si no habían dejado de fumar; 6) estrategias para afrontar el síndrome de abstinencia; 7) estrategias para prevenir la recaída; y, 8) feedback proporcionado por la medida del monóxido de carbono en el aire espirado.

La duración del tratamiento fue de 6 sesiones, una por semana, con una duración de hora y media la primera y las siguientes de una hora. Los sujetos fueron tratados en

grupo.

Procedimiento

Una vez concluido el tratamiento para dejar de fumar, se hicieron seguimientos al cabo de un mes, dos, tres, seis y doce meses después de finalizado el tratamiento. En los seguimientos de 6 y 12 meses, los sujetos cumplieron el cuestionario de evaluación de la recaída/abstinencia de los cigarrillos cuando acudían a las sesiones de seguimiento, en donde igualmente se evaluaba su nivel de monóxido de carbono en el aire espirado para verificar su abstinencia o consumo de cigarrillos. Si no acudían, se les pasaba el cuestionario mediante entrevista telefónica y se corroboraba su información sobre el estatus de fumar con otras dos personas significativas para el sujeto de las que teníamos autorización para contactar con ellas.

La categorización de los fumadores en las categorías de los modelos de Marlatt y Shiffman se realizó por parte de tres psicólogos con experiencia en tratamiento de fumadores y evaluación de la recaída. En todos los casos, al menos dos de los tres evaluadores coincidieron con evaluaciones independientes, en la clasificación de los fumadores en una misma categoría del modelo respectivo.

RESULTADOS

Porcentaje de abstinencia

Al final del tratamiento, 33 sujetos se encontraban abstinentes, es decir el 57.89% de la muestra; al mes de seguimiento fueron 30 los sujetos abstinentes, representando el 52.63%; a los dos meses de seguimiento estaban abstinentes 26 sujetos, con una tasa del 45.61%; a los tres meses, 25 sujetos estaban abstinentes, el 43.85%; a los seis meses de seguimiento había 15 sujetos abstinentes, el 26.31 % del total de la muestra y a los 12 meses de seguimiento estaban abstinentes 14 sujetos, el 24.56% del total de la muestra. A lo largo de todo el seguimiento se produjeron un total de 26 recaídas en aquellos que dejaron de fumar con el tratamiento o en aquellos que dejaron de fumar posteriormente al tratamiento pero recayeron en el período comprendido en los seguimientos.

Determinantes y precipitantes de la recaída

A continuación se muestran los resultados que hemos obtenido, después de aplicar el cuestionario de evaluación de la recaída/abstinencia de los cigarrillos, en los seguimientos a los sujetos que han recaído, según los modelos de Marlatt y Shiffman.

Determinantes de la recaída, según el modelo de Marlatt. Como puede apreciarse en la tabla 3, las situaciones en las que los sujetos recaen principalmente, siguiendo el modelo de Marlatt, ocurren en los *determinantes intrapersonales*, explicando el 61.54% de las causas de recaída. Dentro de éstos, los *estados emocionales negativos* ocupan el primer lugar con un 38.46%, seguido de los estados físicos negativos, con un 11.54%. Un 3.85% recayó en estados emocionales positivos, prueba de control personal e impulsos y tentaciones, respectivamente.

Los determinantes interpersonales explican el 30.77 % de las recaídas. Dentro de estos determinantes, en primer lugar se encuentran los *estados emocionales positivos* y la *presión social* con el 15.38%, respectivamente; y, por último, el *conflicto interpersonal* con el 3.85%.

Precipitantes de la recaída según el modelo de Shiffman. Otra clasificación de los precipitantes de la recaída específica para fumadores ha sido la formulada por Shiffman et al. (1985). Basándonos en la información que los sujetos nos proporcionaron hemos clasificado, siguiendo este modelo, las situaciones en las que los sujetos recaen (tabla 4). Los resultados indican que el 46.15 % de los sujetos recaen debido al afecto negativo, el 23.08 % debido al afecto positivo, el 19.23 % por situaciones sociales, el 3.85 % por aburrimiento y, por último, el 2% al utilizar el fumar como sustituto de comer con el objetivo de controlar el peso.

También encontramos que el 88.46% informó no estar consumiendo ningún tipo de bebida alcohólica (tabla 5), mientras que el 11.53% sí; con respecto al consumo de café, el 38.46% estaba tomando café, mientras que el 61.54% no (tabla 5). En cambio, en el 76.92% de los casos la recaída se pro-

dujo ante la *presencia de otras personas*, mientras que sólo un 23.08% se encontraban solos en el momento de la recaída.

Con respecto a si tenían cigarrillos a mano en el momento de la recaída (tabla 6), sólo el 3.85 % los tenía. Los que no los tenían a mano los consiguieron en el 38.46% de los casos pidiéndolos, al 26.92% se los ofrecieron, el 23.08% los compró y el 7.69% los encontró en casa.

Acerca de cómo se sintieron antes y después de fumar ese primer cigarrillo que les condujo de nuevo al consumo (tabla 7), *antes de fumar el primer cigarrillo*, el 42.31% de los sujetos estaban ansiosos, el 19.23 % se encontraban felices y relajados, el 7.69 % se manifestaron deprimidos y el mismo porcentaje informó encontrarse neutral; por último, el 3.85 % de los sujetos alegaban otros sentimientos diferentes a los anteriores. *Después de fumar el cigarrillo*, el 26.92% de los sujetos se sintieron preocupados y el 23.07% culpables, el 15.38% se manifestaron aliviados y el 11.54% como fracasados. El restante 23.08% del grupo manifestó otros sentimientos distintos a los anteriores. No hubo ningún sujeto que informara que se encontrara exitoso, optimista o desesperado.

DISCUSION

En el presente estudio, hemos analizado el proceso de recaída de los sujetos que no lograron mantener su abstinencia a lo largo del tiempo, utilizando el *Cuestionario de evaluación de la recaída/abstinencia de los cigarrillos* en fumadores o ex-fumadores que participaron en un programa de tratamiento para dejar de fumar.

Siguiendo la clasificación de Marlatt et al. (1985), las principales causas de recaída que se obtuvieron fueron, dentro de los determinantes intrapersonales, los estados emocionales negativos (38.46%) y, dentro de los determinantes interpersonales, la presión social (15.38 %) y los estados emocionales positivos (15.38 %). La principal causa de recaída ha sido los estados emocionales negativos, dándose en el 38.46% de los sujetos. Los estados emocionales negativos incluyen la frustración, el enfado, la ansie-

dad, la depresión, el aburrimiento, el estrés, etc. Este resultado se confirma repetidamente en los estudios de recaída (Marlatt y Gordon, 1985; Becoña, Lista y Froján, 1989; Cumings et al., 1980; Rosenthal y Marx, 1981, Becoña, Vázquez, Míguez y García, 1994). Le ha seguido en importancia, y dentro de los determinantes interpersonales, los estados emocionales positivos y la presión social, con un 15.38% en ambas situaciones. Un factor que se ha dado y que suele estar presente en todos los estudios de recaída y es común a la presión social y a los estados emocionales positivos, es la presencia de otras personas en el momento de la recaída que, por lo general, parte o en su totalidad son fumadores, situación que en este estudio ha aparecido en el 76.92% de los casos (tabla 5), confirmando así resultados de estudios anteriores hechos con fumadores (Shiffman, 1982, 1986, Marlatt et al., 1985, Garvey et al., 1992) y también con otro tipo de adicciones como el alcoholismo (Brown et al., 1989). La presencia de otras personas ha propiciado de uno u otro modo la recaída, ya que ha permitido una mayor accesibilidad de los cigarrillos, lo que se comprueba al observar que el 38.46% de los sujetos que recaen piden los cigarrillos a alguna persona presente y en el 26.92% de los casos se los ofrecen (tabla 6). Resultados similares se encontraron en estudios previos (Sutton, 1992). Por lo tanto, los otros fumadores son la principal fuente de obtención de cigarrillos (Borland, 1990). Sin embargo, el factor "conflicto interpersonal", en esta muestra, no tuvo importancia. Lo que sí se confirma claramente, al igual que se ha dado en otras investigaciones (Cumings et al., 1980; Rosenthal y Marx, 1981; Becoña et al., 1989, Becoña et al., 1994), es que los determinantes intrapersonales son la causa de más del 50% de las recaídas, en este caso del 61.54% y dentro de éstos los más importantes son siempre los estados emocionales negativos. Uno de los estados emocionales negativos que juega un papel primordial es la ansiedad, que como puede verse en la tabla 7, en el 42.31 % de los sujetos que han recaído informaron encontrarse ansiosos en el momento de la recaída. Shiffman (1982) ya había encontrado en un estudio hecho con

183 exfumadores, que el 41.7 % de los sujetos que habían tenido crisis de recaída informaban encontrarse ansiosos en los momentos que precedan a la crisis. Resultados similares se han obtenido en otros estudios (Brandon et al., 1990; Becoña et al., 1994). Se puede considerar, por lo tanto, el sentimiento de ansiedad como de alto riesgo para la recaída, lo que puede deberse a la creencia tan arraigada entre los fumadores de que fumar relaja. Además, es frecuente observar que muchas de las personas que acuden a tratamiento para dejar de fumar, manifiestan una problemática de base en la que el factor ansiedad está presente o es importante.

Con respecto al modelo de Shiffman, la principal causa de la recaída que hemos encontrado (tabla 4), de modo semejante que con el modelo de Marlatt, ha sido el afecto negativo, explicando el 46.15 % de las recaídas y en la línea de estudios previos (Shiffman, 1982, 1986, 1987; Shiffman et al., 1985). Sin embargo, el segundo precipitante de la recaída fue el afecto positivo con un 23.08%, ocupando las situaciones sociales el tercer lugar con un 19.23 % y no el segundo como ha aparecido en otros estudios. Sin embargo, las situaciones sociales no ocupan un lugar tan primordial en esta muestra como en los estudios anglosajones, quizás por el cambio social que se está dando actualmente respecto al tabaco, el cual empieza a no estar tan de moda y a no existir de forma tan acentuada la presión a fumar en situaciones sociales. Además, también pueden haber influido las características de esta muestra perteneciente a la población general, a diferencia de otros estudios como el de Becoña et al. (1989) que utilizaron una muestra de estudiantes universitarios, en los que la presión social puede resultar más factible.

El resultado más diferencial de este estudio en relación con los que se han realizado sobre la recaída es el referente al afecto positivo, que surge como la segunda causa en importancia de recaída en este estudio, utilizando los criterios clasificatorios de Shiffman. Basándose en el modelo de Marlatt, los estados emocionales positivos ocupan igual porcentaje que la presión social; es decir, hubo un porcentaje significativo de

casos que recayeron debido a este factor que, si recordamos, se refiere a fumar en una situación interpersonal con la finalidad de incrementar los sentimientos de placer, celebración, etc. Este resultado pudo verse ligeramente influido por la circunstancia de que el período de los primeros seguimientos coincidió con la época de las vacaciones estivales, período de gran peligro para los exfumadores recientes.

Como indica éste, como otros estudios, las recaídas son un acontecimiento frecuente y que más que como excepciones hay que considerarlas como la norma dentro del tratamiento de las conductas adictivas. Es necesario subrayar esta idea tanto de cara a los profesionales como a los propios adictos, y no como un fracaso del individuo o como consecuencia de utilizar un diseño erróneo del programa de tratamiento.

Finalmente, este estudio muestra que el cuestionario de evaluación de la recaída/abstinencia de los cigarrillos es un instrumento útil para evaluar el proceso de recaída en fumadores, posibilitando categorizar a los fumadores que han recaído tanto según el modelo de Marlatt como el de Shiffman, al tiempo que obtener datos de gran relevancia sobre el proceso de recaída. Además, deja abierta la posibilidad de que con tales datos podamos diseñar o perfeccionar los programas de tratamiento existentes, especialmente para prevenir la recaída, implantar específicas técnicas de intervención para el abandono como para el mantenimiento o evitación de la recaída. Dado que tan importante es dejar de fumar como mantenerse abstinentes, la utilización sistemática de este cuestionario permitió tener una información fiable del proceso de recaída y cada vez desarrollar estrategias más efectivas para que los fumadores no recaigan.

AGRADECIMIENTOS

La realización de esta investigación ha sido posible gracias a la ayuda PB90-0368 de la Dirección General de Investigación Científica y Técnica (DGICYT) del Ministerio de Educación y Ciencia del Estado español.

Agradecemos a Fernando L. Vázquez su ayuda en la categorización de los episodios de recaída de este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BECOÑA, E. (1993a). La utilidad de la teoría de la acción razonada en la predicción de la abstinencia en el tratamiento de fumadores. *Revista Española de Drogodependencias*, 18, 3-14.
- BECOÑA, E. (1993b). *Programa para deixar de fumar*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicacións e Intercambio Científico da Universidade de Santiago de Compostela.
- BECOÑA, E. (1994a). Evaluación de la conducta de fumar. En J. L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 405-454). Madrid: Debate.
- BECOÑA, E. (1994b). La recaída y la prevención de la recaída en los exfumadores. *Revista de Psicología Contemporánea*, 1, 29-38.
- BECOÑA, E. (1994c). Tratamiento del tabaquismo. En J. L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 455-493). Madrid: Debate.
- BECOÑA, E. Y GALEGO, P. (1988). El tratamiento actual del hábito tabáquico. *Medicina Integral*, 12, 302-311.
- BECOÑA, E.; GALEGO, P. Y LORENZO, M. C. (1988). *El tabaco y su abandono*. Santiago de Compostela: Servicio Galego de Saúde. Plan Autonómico sobre Drogodependencias.
- EBECOÑA, E., LISTA Y FROJÁN, M. J. (1989). ¿Por qué los sujetos recaen en los tratamientos para dejar de fumar?. Un estudio exploratorio. *Revista Española de Drogodependencias*, 14, 26-36.
- BECOÑA, E.; PALOMARES, A. Y GARCIA, M. P. (1994). *Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.
- BECOÑA, E.; VÁZQUEZ, F. L.; MÍGUEZ, M. C. Y GARCÍA, M. P. (1994). *Causes of relapse in Spanish smokers*. Comunicación presentada en el 9.ª Conferencia Modiale sur le Tabac et la Santé. París.
- BORLAND, R. (1990). Slip-ups and relapse in attempts to quit smoking. *Addictive Behaviors*, 15, 235-245.
- BRANDON, T. H.; TIFFANY, S. T.; OBREMSKI, K. M. Y BAKER, T. B. (1990). Post-cessation cigarette use: the process of relapse. *Addictive Behaviors*, 15, 105-114.
- BROWNELL, K. D.; MARLATT, G. A.; LICHTENSTEIN, E. Y WILSON, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41, 765-782.
- CHARLTON, A. (1984). Smoking and weight control in teenagers. *Public Health*, 98, 277-281.
- COPPOTELLI, H. C. Y ORLEANS, C. T. (1985). Partner support and other determinants of smoking cessation maintenance among women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 455-460.
- CUMMINGS, C.; GORDON, J. R. Y MARLATT, G. A. (1980). Relapse: Preventing and prediction. En W. R. Miller (Ed.), *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity* (pp. 291-321). New York: Pergamon Press.
- ECHEBURÚA, E. Y CORRAL, P. (1986). Predicción de la recaída en las conductas adictivas: estrategias de intervención. *Drogalcohol*, 11, 16-24.
- FISHBEIN, M. Y AJZEN, I. (1975). *Belief, attitudes and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- GARVEY, A. J.; BLISS, R. E.; HITCHCOCK, J. L.; HEINOLD, J. W.; ROSNER, B. (1992). Predictors of smoking relapse among self-quitters: a report from the normative aging study. *Addictive Behaviors*, 17, 367-377.
- GRITZ, E.; KLESGES, R. Y MEYERS, A. (1989). The smoking and body weight relationship: implications for intervention and postcessation weight control. *Annuary Behavior Medical*, 11, 144-153.
- HAVASSY, B. E.; HALL, S. M. Y WASSERTMAN, D. A. (1991). Social support and relapse: Commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 16, 235-246.
- ISTVAN, J. Y MATARAZZO, J. D. (1984). Tobacco, alcohol, and caffeine use: A review of their interrelationships. *Psychological Bulletin*, 95, 301-326.

- MARLATT, G. A. (1979). Alcohol use and problem drinking: A cognitive-behavioural analysis. En P. Kendall y S. Hollon. *Cognitive-behavioural interventions: Theory, research and procedures*. New York: Academic.
- MARLATT, G. A.; GORDON, J. R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- MORGAN, G. D.; ASHENBERG, Z. S. Y FISHER, E. B. J. (1988). Abstinence from smoking and the social environment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 298-301.
- ROSENTHAL, B. S. Y MARX, R. D. (1981). Determinants of initial relapse episodes among dieters. *Obesity and Variatric Medicine*, *10*, 94-97.
- SAUNDERS, B. (1993). Conductas adictivas y recaída. Una visión de conjunto. En M. Casas y Gossop (coord.), *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias* (pp. 45-84). Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- SHIFFMAN, S. (1982). Relapse following smoking cessation: A situational analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *50*, 71-86.
- SHIFFMAN, S. (1984). Coping with temptations to smoke. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *52*, 261-267.
- SHIFFMAN, S. (1986). A Cluster-analytic classification of smoking relapse episodes. *Addictive Behaviors*, *11*, 295-307.
- SHIFFMAN, S. (1988). Behavioral assessment. En D.M. Donovan y G.A. Marlatt (Eds), *Assessment of addictive behaviors* (pp. 139-188). New York: Guilford Press.
- SHIFFMAN, S. (1989). Conceptual issues in the study of relapse. En M. Gossop (Ed.), *Relapse and addictive behaviour* (pp. 149-179). London: Tavistock and Routledge.
- SHIFFMAN, S. AND JARVIK, M. E. (1987). Situational determinants of coping in smoking relapse crises. *Journal of Applied Social Psychology*, *17*, 3-15.
- SHIFFMAN, S.; READ, L.; MALTESE, J.; RAPKIN, D. Y JARVIK, M. E. (1985). Preventing relapse in ex-smokers: A self-management approach. En G. A. Marlatt y J. R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp. 472-520). New York: Guilford Press.
- SUTTON, S. (1992). Are "risky" situations really risky?. Review and critique of the situational approach to smoking relapse. *Journal of Smoking-Relapse Disorders*, *3*, 79-84.
- SUTTON, S. (1993). Is wearing clothes a high risk situation for relapse?. The base problem in relapse research. *Addiction*, *88*, 725-726.
- SWANSON, J.A.; LEE, J.W. Y HOPP, J.W. (1994). Caffeine and nicotine: A review of their joint use and possible interactive effects in tobacco withdrawal. *Addictive Behaviors*, *19*, 229-256.

TABLA 1: Cuestionario de evaluación de la recaída/abstinencia de los cigarrillos

Nombre: _____ Seguimiento: _____

Grupo _____ Fecha _____

1. ¿Actualmente fuma? SI NO

2. ¿Desde cuándo? _____

3. ¿Cantos cigarrillos/día? _____

4. Marca _____

5. ¿Cómo ocurrió la recaída?:

5.1. ¿Dónde estaba?

5.2. ¿Qué estaba haciendo?

5.3. ¿Estaba tomando alcohol? SI NO

5.4. ¿Estaba tomando café? SI NO

5.5. ¿Quienes estaban presentes?

5.6. ¿Tenía cigarrillos a mano? SI NO

5.7. ¿Cómo los consiguió?

a) _____

b) Se los ofrecieron

c) Los compró

d) Los encontró ¿dónde?

5.8. ¿Cómo se sintió cuando cogió el cigarrillo?

- feliz

- ansioso

- enfadado

- neutral

- relajado

- deprimido

5.9. ¿Cómo se sintió después de fumar el cigarrillo?

- aliviado

- preocupado

- exitoso

- optimista

- culpable

- desesperado
- como un fracasado

5.10. ¿Y con los siguientes cigarrillos?

6. Desde el final del programa de tratamiento hace 6/12 meses ha:

- ganado peso + _____ kg.
- perdido peso - _____ kg.
- mantenido el peso = _____ kg.

7. ¿Considera que, si quiere, puede controlar sus deseos de fumar?

- Totalmente
- Bastante
- Algo
- Nada

8. ¿Cuál es la causa principal a la que atribuiría el que no haya podido dejar de fumar o mantenerse abstinentemente?

- a) _____
- b) Dificultad para controlar los deseos de fumar, sobre todo en ciertas situaciones
¿Cuáles? _____
- c) Ganancia de peso.....
- d) Estar rodeado de otros fumadores.....
- e) Situaciones sociales (fiestas, reuniones, salir, etc.).....
- f) Presión importante o externa (separación, accidente, muerte de un familiar, etc.).....

9. ¿Cuál ha sido la reacción de la gente que le rodea (esposa, hijos, amigos, compañeros) al saber que ha vuelto a fumar?

10. Ha tenido alguna influencia la información de los medios de comunicación en su vuelta al consumo de cigarrillos?

11. En los últimos 6/12 meses, ¿cuántos días no fumó ningún cigarrillo?

Ninguno 1 o más

12. ¿Tiene la intención de dejar de fumar en los próximos 6 meses?

SI NO

13. ¿Y en los próximos 30 días?

SI NO

14. ¿Y disminuir su consumo?

SI NO

15. ¿Cuándo? _____

16. Y, para finalizar, ¿cuál es el grado de satisfacción de su vida personal actualmente?

- Insatisfecho
- Escasamente satisfecho
- Bastante satisfecho
- Muy satisfecho
- Extremadamente satisfecho.

NO FUMADORES

1. ¿Fumó algún cigarrillo en los últimos 6 meses? SI NO
2. ¿Y alguna calada? SI NO
3. ¿Número de caladas _____
4. ¿Cuándo? _____
5. ¿Cuántos días? _____
6. ¿Cuántas caladas/día? _____
7. Número de caladas en la última semana _____
8. ¿Cúanto tiempo lleva abstinente? _____
9. ¿Ha recibido apoyo de las personas que le rodean desde que finalizó el tratamiento para que se mantuviese abstinente?

- Total apoyo
- Bastante apoyo
- Algún apoyo
- Ningún apoyo

10. Desde que finalizó el programa de tratamiento, nota que haya:

- Ganado peso..... + _____ Kg.
- Perdido peso..... - _____ Kg.
- Mantenido el mismo peso..... = _____ Kg.

11. ¿Qué representa para vd. en el momento actual ser un ex-fumador?

12. ¿Qué ventajas ve en ello?

13. Indique la mejora física que ha notado desde que ha dejado de fumar:

14. ¿Tiene la intención de seguir sin fumar

en los próximos 6 meses? SI NO

15. ¿Ha tenido alguna influencia la información de los medios de comunicación en el mantenimiento de su abstinencia?

16. Y, para finalizar, ¿cuál es el grado de satisfacción de su vida personal actualmente?

- Insatisfecho
- Escasamente satisfecho
- Bastante satisfecho
- Muy satisfecho
- Extremadamente satisfecho

Información obtenida por: _____

Observaciones: _____

TABLA 2: Tasas de abstinencia y recaída respecto al seguimiento anterior (%) (y n.º de sujetos abstinentes y que han recaído en cada seguimiento) (N= 57)

GRUPO		
TIEMPOS	Porcentaje de abstinencia (n/N)	Porcentaje de recaídas entre cada evaluación (n/N)
Al final del tratamiento	57.89 (33/57)	-
Al 1 mes de seguimiento	52.63 (30/57)	10.52 (6/57)
A 2 meses de seguimiento	45.61 (26/57)	8.77 (5/57)
A 3 meses de seguimiento	43.85 (25/57)	3.50 (2/57)
A 6 meses de seguimiento	26.31 (15/57)	19.29 (11/57)
A 12 meses de seguimiento	24.56 (14/57)	3.50 (2/57)

TABLA 3: Situaciones en las que los sujetos recaen, según el modelo de Marlatt (N= 26)

Situaciones de recaída	n	%
I. DETERMINANTES INTRAPERSONALES	16	61.54
- Estados emocionales negativos	10	38.46
- Estados físicos negativos	3	11.54
- Estados emocionales positivos	1	3.85
- Prueba de control personal	1	3.85
- Impulsos y tentaciones	1	3.85
II. DETERMINANTES INTERPERSONALES	8	30.77
- Conflicto interpersonal	1	3.85
- Presión social	4	15.38
- Estados emocionales positivos	4	15.38

TABLA 4: Precipitantes de la recaída según Shiffman (N= 26).

Precipitantes	n	%
1) Comida	0	0.00
2) Afecto negativo	12	46.15
3) Consumo de alcohol	0	0.00
4) Situaciones sociales	5	19.23
5) Aburrimiento	1	3.85
6) Afecto positivo	6	23.08
7) Sustitutos de comer	2	7.69

TABLA 5: Consumo de alcohol y café en la situación de recaída y presencia o ausencia de otras personas (N= 26).

	SI		NO	
	n	%	n	%
Consumo de alcohol	3	11.53	23	88.46
Consumo de café	10	38.46	16	61.54
Personas presentes	20	76.92	6	23.08

TABLA 6: ¿Tenía cigarrillos a mano?

	n	%
SI	1	3.85
NO, los consiguió:	25	96.15
¿Cómo los consiguió?		
- los pidió	10	38.46
- se los ofrecieron	7	26.92
- los compró	6	23.08
- los encontró	2	7.69

TABLA 7: Sentimiento antes y después de fumar el primer cigarrillo.

a) ¿Cómo se sentía cuando cogió el cigarrillo? (N= 26)

	n	%
Feliz	5	19.23
Ansioso	11	42.31
Enfadado	0	0.00
Neutral	2	7.69
Relajado	5	19.23
Deprimido	2	7.69
Otros	1	3.85

b) ¿Cómo se sintió luego? (N= 26).

	n	%
Aliviado	4	15.38
Preocupado	7	26.92
Exitoso	0	0.00
Culpable	6	23.07
Optimista	0	0.00
Desesperado	0	0.00
Como un fracasado	3	11.54
Otros	6	23.08