

Análisis de los resultados de un programa de tratamiento para dejar de fumar a los seis años de seguimiento.

Froján, M.X.* y Olivares, R.**

* *Doctora en Psicología de la Salud. Profesora asociada del departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Universidad Autónoma de Madrid (España).*

** *Psicóloga. Servicio de Psicología Aplicada. Universidad Autónoma de Madrid (España).*

Resumen

En este estudio se analizan los resultados de la evaluación de un grupo de participantes en un programa para dejar de fumar desarrollado en el Servicio de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid (España), a los seis años de finalizado el mismo. Se trata de una muestra de 21 personas, de las cuales 5 son abstinentes en el momento de la evaluación y otras 16 continúan fumando. Se utilizó un cuestionario para evaluar una serie de variables, agrupadas en las siguientes categorías: datos biográficos, hábito de fumar, hábitos de salud y situación de recaída. Se realiza un análisis descriptivo y de frecuencias de tales variables y se estudian las asociaciones significativas utilizando la prueba chi-cuadrado respecto a dos de ellas: estatus actual de fumador y tiempo de abstinencia. Respecto a la primera de éstas, aparecen asociaciones significativas en las variables peso y control del deseo de fumar. En cuanto a la variable tiempo de abstinencia, aparecen asociaciones significativas respecto a peso, modificaciones en los hábitos de salud, cumplimiento de objetivos a corto plazo, causa de la recaída, situación de recaída, sentimientos al fumar el cigarrillo y apoyo social.

Palabras Clave

Tratamiento del hábito de fumar; proceso de recaída; abstinencia.

— **Correspondencia a:** _____

María Xesús Froján Parga. Dpto. Psicología Biológica y de la Salud. Universidad Autónoma de Madrid. Ciudad Universitaria de Cantoblanco. 28029 Madrid (España). Tel.: 91 397 3956. E-mail: mxesus.frojan@uam.es



Summary

In this work we analyze the results of a smoking cessation program with six years follow-up, carried out on the Applied Psychology Service of Autonomia University in Madrid (Spain). The sample was composed of 21 subjects, 16 who had relapsed and 5 still abstinent. We used a questionnaire to assess variables grouped on four categories: biographic data, smoking habit, health habit and relapse situation. We did a descriptive and frequency analysis and we used chi-cuadrado test to study significative associations with Smoking status and Abstinence period variables. There are significative associations among smoking status with weight and smoking urgency control. Abstinence period is associated with weight, changes on health habit, short term objectives, relapse cause, relapse situation, emotions with the first cigarette and social support.

Key Words

Treatment for smoking habit; relapse process; abstinence.

Résumé

Dans ce travail nous analysons les résultats de l'évaluation d'un groupe de participants à un programme, ayant eu une durée de six ans, pour abandonner le tabac, organisé dans le Service de Psychologie Appliquée de l'Université Autonome à Madrid (Espagne). Les sujets sont 21 au total, dont 5 sont abstinents lors de l'évaluation et 16 fument toujours. Nous avons utilisé un questionnaire pour évaluer les variables regroupées en quatre catégories: renseignements biographiques, habitude de fumer, règles de vie et de santé, et situation lors de la rechute. Nous avons fait une analyse descriptive et des fréquences de ces variables et nous avons étudié les associations significatives en utilisant le test chi-carré pour deux d'entre elles: situation actuelle du fumeur et temps d'abstinence. La première présente des associations significatives pour les variables de poids et contrôle du désir de fumer. Quant au temps d'abstinence, il y a des associations significatives relatives au poids, changements des règles de vie et de santé, accomplissement des objectifs à court terme, cause de la rechute, situation de la rechute, sentiments au moment de fumer la cigarette et assistance sociale.

Mots clé

Traitement pour abandonner le tabac; procès de la rechute; abstinence.

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos quince años se ha reducido considerablemente el número de fumadores en los países del llamado primer mundo. Concretamente, en Estados Unidos y Gran

Bretaña el 40% de las personas que alguna vez han fumado regularmente lo han dejado y sólo entre una cuarta parte y una tercera parte de los adultos son fumadores (Jarvis, 1994). A pesar de esta tendencia en la sociedad, hemos avanzado muy poco en la clarifi-



cación de las variables que se relacionan con el abandono del tabaco y con el mantenimiento de la abstinencia: llega un momento en la vida de los fumadores en que dejan de fumar con cierta facilidad, a pesar de que tuviesen múltiples intentos fallidos en el pasado. En el mismo sentido, los programas de tratamiento del hábito de fumar siguen teniendo una alta tasa de recaídas a pesar del posible éxito inicial que pudiesen conseguir.

En la actualidad, la mayoría de los estudios sobre el hábito de fumar se centran en dos temas: la investigación sobre los factores que hacen que los individuos dejen con más probabilidad de fumar (por sí solos o con ayuda externa) y se mantengan abstinentes y, en segundo lugar, la búsqueda de nuevas alternativas de tratamiento que superen los problemas de los desarrollados hasta el momento. Por lo que respecta a las variables que dificultan el mantenimiento de la abstinencia, los estudios sobre el proceso de recaída se han centrado en dos grandes líneas: situaciones de riesgo y autoeficacia (Velicer *et al.*, 1990). La vuelta a fumar no ocurre precipitadamente sino poco a poco, por lo que es adecuado hablar de la recaída como proceso y estudiar las diferentes variables que van teniendo importancia a lo largo del mismo. Algunas de estas variables son el síndrome de abstinencia de la nicotina, el apoyo social, la dificultad para enfrentarse al estrés, el aumento de peso, etc. En nuestro estudio hemos considerado las que se han mostrado más relevantes en las distintas investigaciones realizadas. La latencia entre el momento del abandono del tabaco y la vuelta al fumar diario se ha relacionado con el nivel de confianza pretratamiento, el estado afectivo en el primer cigarrillo y el origen de éste (bebidas alcohólicas,

presencia de otros fumadores, etc.) (Brandon *et al.*, 1990). El aumento de peso que frecuentemente ocurre al dejar de fumar es una de las variables relacionadas con la recaída y que ha dado lugar a múltiples estudios que intentan clarificar su papel (Swan y Carmelli, 1995; Nides *et al.*, 1994; French *et al.*, 1992). Las causas del aumento de peso asociado a dejar de fumar no se han establecido definitivamente: algunos autores concluyen que la gente engorda al dejar de fumar porque come más cantidad de comida y con mayor contenido calórico (Klesges *et al.*, 1989; Talcott *et al.*, 1995). En este caso se podría controlar el aumento de peso controlando a su vez los hábitos de comida. Sin embargo en la actualidad, la mayoría de los estudios señalan que los responsables de la ganancia de peso son tanto los cambios metabólicos como los cambios en la ingesta, por lo que la intervención habrá de estar orientada a enseñar a los ex fumadores a adaptarse a las pequeñas ganancias de peso al tiempo que se introducen cambios en el estilo de vida, especialmente ejercicio físico, que permitan reducir éstas al mínimo (Rotnitzky, *et al.*, 1996). Ésta era la línea seguida por nuestro programa de intervención.

Otro factor que parece determinante en el proceso de recaída es el síndrome de abstinencia. Swan, *et al.*, (1996) afirman que, aunque diversos estudios retrospectivos indican que muchos ex fumadores citan el desagrado del síndrome de abstinencia como la razón de una recaída, sorprendentemente pocos estudios prospectivos demuestran una relación entre los efectos de la abstinencia de nicotina después de dejar de fumar y el mantenimiento de la abstinencia. Se ha intentado delimitar si la recaída en el hábito de fu-



mar es similar a la que ocurre con otras drogas y si el síndrome de abstinencia de la nicotina es similar también al de éstas (Hughes, Higgins y Bickel, 1994), apuntando la conclusión general hacia la existencia de características comunes, como ansiedad, depresión, dificultad de concentración, impaciencia, irritabilidad, etc.; y otras particulares del tabaco, como el entencimiento de la tasa cardíaca y el incremento de peso/aumento del apetito. De los muchos efectos estudiados, sólo el humor deprimido y el ansia de fumar se han mostrado consistentes en los diversos estudios, si bien recientemente se ha cuestionado la solidez de los mismos. Esta controversia respecto a las características y al papel del síndrome de abstinencia en el proceso de recaída puede ser debida a que no se haya desarrollado y verificado un modelo de síndrome de abstinencia sólido que tenga en cuenta la interacción de los cambios conductuales, bioquímicos y fisiológicos que ocurren al dejar de fumar. Además, puede ser que ciertos efectos de la abstinencia, como el humor deprimido, tienen más impacto inmediato que hacen más probable la recaída, frente a otros derivados de cambios bioquímicos y/o sucesos ambientales que ocurren más lentamente y ejercen su influencia en la recaída más tarde, en el mantenimiento de la fase de abandono.

Otros estudios señalan la importancia primordial de los estados emocionales negativos (Becoña y Míguez, 1995; Brandon et al. 1995), la habilidad esperada para enfrentarse al estrés mientras se permanece abstinente (Shadel y Merlmestein, 1993), el apoyo social en el mantenimiento de la abstinencia (Murray et al., 1995) y, sobre todo, la autoeficacia (Gulliver et al., 1995; Becoña, et

al., 1988; 1989; Stuart, et al., 1994). Por su parte, Prochaska (Prochaska, 1996; Prochaska et al., 1993) señala que es fundamental tener en cuenta el estadio en que se encuentre cada individuo en su proceso de dejar de fumar para actuar de acuerdo con las características del mismo, adecuando las estrategias de intervención y no actuando.

El objetivo que nos planteamos en nuestro estudio fue el de analizar la relevancia de las distintas variables consideradas en la bibliografía en el proceso de abstinencia/recaída del hábito de fumar de los participantes en el programa de tratamiento de la Universidad Autónoma de Madrid seis años después de la finalización del mismo. Para ello intentamos contactar con las personas que habían utilizado nuestro servicio durante los meses de enero a julio de 1991, un total de 76 personas, para que respondiesen a un cuestionario de seguimiento (Becoña y Míguez, 1995).

2. MATERIAL Y MÉTODO

En el estudio participaron 21 sujetos que respondieron al cuestionario de evaluación de seguimiento (Becoña y Míguez, 1995); la muestra estaba formada por 16 mujeres (76.2%) y 5 varones (23.8%), con edades comprendidas entre los 20 y los 48 años ($\bar{X}=26.19$; $S_x=6.95$). Todos ellos estaban relacionados con la universidad (estudiantes, personal docente o personal administrativo) y habían acudido voluntariamente al programa de tratamiento del hábito de fumar que se ofertaba gratuitamente en la misma. Dicho programa constaba de siete sesiones de entrenamiento, una de evaluación pretratamiento, otra de evaluación postratamiento y tres



de seguimiento (al mes, a los tres meses y a los seis meses). El programa consistía básicamente en un entrenamiento de estrategias de autocontrol del hábito de fumar junto con instrucciones para modificar otros hábitos de salud que pudieran ayudar en el control del primero. El objetivo planteado era "aprender a vivir sin fumar"; en ningún caso se utilizaban fármacos ni sustitutos de la nicotina y los fumadores eran tratados en grupos formados al azar (según se iban apuntando) de un máximo de 10 personas (Froján, 1991; Froján y Santacreu, 1993).

Para la evaluación de seguimiento se utilizó un único cuestionario (Becoña y Míguez, 1995) dirigido a la obtención de datos sobre el estado actual de los participantes en el programa a los seis años de finalizado el mismo, tanto respecto a su conducta de fumar como a otras variables potencialmente relacionadas con ésta. El cuestionario constaba de un total de 48 preguntas con opciones cerradas de respuestas, salvo las relativas a la situación de recaída en las que se pedía a los sujetos que describiesen dicha situación, para después clasificar sus respuestas en distintas categorías. Las variables que consideramos en el estudio son las siguientes:

a) Datos biográficos. Edad, sexo y profesión.

b) Hábito de fumar. Éxito del programa de tratamiento (abstinencia o no al finalizar el mismo), estatus actual (fumador o no fumador), tiempo máximo de abstinencia, apoyo social durante la abstinencia, control del deseo de fumar, otros intentos de dejar de fumar, intención de fumar en los próximos seis meses, e intención de fumar en los próximos doce meses.

c) Hábitos de salud. Cambios en hábitos de salud (dieta, deporte, alcohol, etc.), modificación en el peso, generalización de los beneficios obtenidos con el programa (estrategias de autocontrol) a otras áreas, consecución de objetivos a corto plazo, y consecución de objetivos a largo plazo.

d) Situación de recaída. Tipo de situación, atribución sobre la causa de la recaída, cómo obtuvo el cigarrillo, sentimientos al coger el cigarrillo, sentimientos al fumar, consumo de alcohol y consumo de café en el momento de la recaída.

El contacto con los 68 sujetos que habían participado en el programa se estableció telefónicamente a partir de los datos de que disponíamos en la ficha de inscripción. Cuando los sujetos no podían ser localizados por esta vía, se les enviaba el cuestionario por correo con una carta informativa. La mayoría de estos cuestionarios nos fueron devueltos, al no vivir los destinatarios en esa dirección. Pudimos localizar telefónicamente a 17 personas, a quienes les explicamos nuestro objetivo y solicitamos su colaboración para contestar el cuestionario que les enviaríamos por correo. Todas las personas con las que conseguimos contactar por teléfono nos enviaron el cuestionario con los datos que solicitábamos. En total reunimos 21 cuestionarios (17 de contacto telefónico y 4 exclusivamente por correo) del conjunto inicial de 68 sujetos. Realizamos los análisis pertinentes para analizar si había diferencias significativas en cuanto a edad, sexo, profesión y éxito en el programa de tratamiento entre los sujetos que habían contestado al cuestionario y aquellos que no lo hicieron y comprobamos que no existían.



Tabla 1. Análisis de frecuencias

VARIABLE	PORCENTAJE
SEXO	Varones 23,8% (5) Mujeres 76,2% (16)
EDAD	Menos de 20 años 9,5% (2) Entre 20 y 25, 61,9% (13)
	Entre 26 y 30, 9,5% (2) Entre 31 y 35, 4,8% (1)
	Más de 36 años 14,3% (3)
PROFESIÓN	Estudiante 85,7% (18) Trabajador 14,3% (3)
ESTATUS DE FUMADOR	No fumador 23,8% (5) Fumador 76,2% (16)
ÉXITO DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO	Dejó de fumar 61,9% (13) No dejó de fumar 38,1% (8)
TIEMPO MÁXIMO ABSTINENTE	No lo dejaron 38,1% (8) Hasta 3 meses 19,0% (4)
	Hasta 1 año 4,8% (1) Hasta 3 años 9,5% (2)
	Hasta 6 años 9,5% (2) Más de 6 años 19,0% (4)
CAMBIOS EN HÁBITOS DE SALUD	No cambio de hábitos 4,8% (1)
	Cambio de 1 ó 2 hábitos 38,1% (8)
	Cambio más de 2 hábitos 57,1% (12)
MODIFICACIÓN EN PESO	Perdió peso 4,8% (1)
	Sin variación 76,2% (16)
	Ganó peso 19,0% (4)
GENERALIZA BENEFICIOS A OTRAS ÁREAS	Si 66,7% (14) No 33,3% (7)
	CONTROL DEL DESEO DE FUMAR
CONSECUCCIÓN OBJETIVOS CORTO PLAZO	Bastante 33,3% (7) Totalmente 14,3% (3)
	CONSECUCCIÓN OBJETIVOS LARGO PLAZO
OTROS INTENTOS DE DEJAR DE FUMAR	Si 61,9% (13) No 38,1% (8)
	APOYO EN ABSTINENCIA (N = 13)
INTENCIÓN DE FUMAR EN 6 MESES (N = 16)	Sin apoyo 53,85% (7) Con apoyo 46,15% (6)
INTENCIÓN DE FUMAR EN 12 MESES (N = 16)	Si 50,0% (8) No 50,0% (8)
	SITUACIÓN DE RECAÍDA (N = 16)
Nunca abstinentes 50,0% (8)	
Situación de estrés 31,3% (5)	
ATRIBUCIÓN SOBRE LA CAUSA DE LA RECAÍDA (N=16)	Situación social 18,7% (3)
	Ansiedad 31,2% (5)
	Situaciones sociales 43,8% (7)
¿CÓMO OBTUVO EL CIGARRILLO? (N = 16)	No quisieron dejarlo 25,0% (4)
	Ofrecen 56,3% (9) Pide 31,3% (5) Compra 12,5% (2)
SENTIMIENTOS AL COGER CIGARRILLO (N = 16)	Ninguno en especial 68,8% (11)
	Feliz 6,3% (1) Ansioso 12,5% (2)
	Enfadado 6,3% (1) Deprimido 6,3% (1)
SENTIMIENTOS AL FUMAR (N = 16)	Ninguno en especial 50,0% (8)
	Aliviado 6,3% (1) Optimista 6,3% (1)
	Culpable 18,8% (3) Fracasado 18,8% (3)
¿TOMANDO ALCOHOL? (N = 16)	No 81,3% (13) Si 14,3% (3)
¿TOMANDO CAFÉ? (N = 16)	No 100% (16)



3. RESULTADOS

Los análisis estadísticos se han hecho con el procesador SPSS 7.5 para Windows 95 de Microsoft. Se ha realizado un análisis de frecuencias de todas las variables evaluadas en el estudio y un análisis descriptivo de las cuantitativas. Posteriormente hemos utilizado la prueba chi-cuadrado para estudiar la posible asociación entre cada variable potencialmente relevante con las variables criterio tiempo de abstinencia y estatus de fumador en el momento actual.

En la **tabla 1** se exponen las frecuencias (entre paréntesis) y el porcentaje de sujetos que responden en cada categoría de las variables recogidas en el cuestionario de seguimiento; en la **tabla 2** se presentan los estadísticos descriptivos de las variables cuantitativas. Como podemos comprobar, la mayoría de los sujetos eran mujeres (algo más de tres cuartos del total) con edades comprendidas entre los 20 y 25 años (algo más de la mitad con una media de edad de 26.19 años), re-

sultados esperables al trabajar con una población mayoritariamente estudiantil (el 85.7% de los participantes). En el momento de la evaluación fumaban 16 sujetos (el 76.2% de los participantes), de los cuales 13 (61.8%) había dejado de fumar al finalizar el programa de tratamiento. Cuatro de los cinco sujetos que actualmente eran abstinentes habían dejado de fumar con el programa (con lo cual el tiempo de abstinencia superaba los 6 años), mientras que el quinto participante lo había dejado casi un año después, coincidiendo con un embarazo. En total recayeron 8 sujetos, la mayoría en los primeros 3 meses (cuatro personas, el 19% del total de los participantes), un tercero estuvo un año sin fumar, otros dos permanecieron hasta 3 años abstinentes (9.5% del total) y el último que recayó lo hizo tras casi seis años de abstinencia (atribuyendo la causa de la recaída a situaciones de estrés familiar). El periodo medio de abstinencia es de 1.5 años. La práctica totalidad de los sujetos (excepto uno) modificó alguno de sus hábitos de salud al finalizar

Tabla 2. Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	D. típica
Edad	21	20	48	26,19	6,95
Tiempo abstinentes	21	0 días	Más de 6 años	1,5 años	2,02
Controla el deseo de fumar (0 nada-3 totalmente)	21	0	3	1,48	0,93
Apoyo recibido en la abstinencia (0 nada-4 totalmente)	13	0	4	1,8	1,36



el programa (dieta, ejercicio físico, consumo de alcohol, horas de sueño), llegando al 57.1% los sujetos que cambiaron más de dos hábitos. El 66.7% consideraba que había generalizado los beneficios del programa a otras áreas de su vida. Por otra parte, el 76.2% no experimentó variaciones en su peso, el 19% ganó peso y el 4.8% (un individuo) perdió. Respecto al control del deseo de fumar, sólo 3 personas (14.3%) consideran que lo controlan totalmente y un porcentaje similar no lo controla en absoluto. El resto considera que lo controla algo (38.1%) o bastante (33.3%), estableciéndose la media en 1.48 (siendo 0 ningún control y 3 máximo control) En cuanto a la consecución de objetivos a corto y largo plazo, el 66.7% y el 61.9%, respectivamente, considera que los ha alcanzado. Por otra parte, el 53.85% de los sujetos que se mantuvieron abstinentes durante algún tiempo (13 sujetos) afirma no haber tenido apoyo social durante la abstinencia, estando la media de apoyo social en 1.8 puntos, considerando una escala de 0 (ningún apoyo) a 4 (máximo apoyo); de los 16 que están fumando en la actualidad, el 50% se plantea intentar dejar de fumar en los próximos 6 meses o en los próximos 12 meses (81.25%); únicamente 3 sujetos tienen intención de continuar fumando después de ese periodo.

Por lo que respecta al proceso de recaída, los 16 sujetos que actualmente son fumadores asocian este hecho con situaciones de estrés (31.3%), con situaciones sociales (18.7%) o nunca consiguieron dejar de fumar (50%). Por tanto, de los que recayeron, el 62.5% lo hicieron en situaciones de estrés y el 37.5% en situaciones sociales. La atribución sobre la causa de la recaída se distribuye de la siguiente manera: el 31.2% señala

dificultades en el control de la ansiedad y el estrés, el 43.8% dificultades para enfrentarse a las situaciones sociales y el 25% restante afirma que nunca quisieron dejarlo definitivamente. Más de la mitad de los fumadores (56.3%) obtienen el primer cigarrillo de la recaída aceptando un ofrecimiento, el 31.3% lo piden y el 12.5% lo compra. La mayoría de ellos no asocian este primer cigarrillo con ningún sentimiento especial, ni al cogerlo (68.8%) ni al fumarlo (50%). De los restantes, como se puede observar en la **tabla 1**, las emociones predominantes, aunque no exclusivas, son negativas (ansiedad, depresión), con sentimientos de culpabilidad y fracaso. Ninguno de ellos se fumó este primer cigarrillo tomando café y sólo en el 14.3% de los casos lo hizo tomando alcohol.

Respecto al análisis de las diferencias de las variables analizadas con respecto al *estatus actual de fumador* (fumador o abstinentes), únicamente se encuentran asociaciones significativas con el *peso* ($\alpha=0.027$) y con el *control del deseo de fumar* ($\alpha=0.004$), tal como se puede comprobar en la **tabla 3**. En el resto de las variables no se encuentra ninguna asociación significativa respecto a la variable criterio *estatus actual de fumador*. Por lo que se refiere a la variable *peso*, el análisis muestra que los no fumadores tuvieron un aumento de peso mayor que los fumadores; los resultados relativos a la variable *control del deseo de fumar* son los esperables, existiendo una asociación negativa entre fumar y controlar el deseo de hacerlo: los fumadores controlan poco el deseo de fumar frente a los no fumadores, que en su mayoría lo controla totalmente.

En cuanto a los resultados obtenidos respecto a la variable *tiempo de abstinencia*, el



Tabla 3. Resultados de la prueba chi-cuadrado respecto a la variable *estatus de fumador*.

	CHI-CUADRADO	GL	SIGNIFICACIÓN
SEXO	0,053	1	0,819
EDAD	4,604	4	0,330
PESO	7,219	2	0,027*
HÁBITOS DE SALUD	0,328	2	0,849
CONTROL DESEO	13,125	3	0,004*
GENERALIZACIÓN	0,131	1	0,717
OBJETIVOS CP	0,525	1	0,469
OBJETIVOS LP	0,911	1	0,340
APOYO	4,856	2	0,088

Tabla 4. Resultados de la prueba chi-cuadrado respecto a la variable *tiempo de abstinencia*.

	CHI-CUADRADO	GL	SIGNIFICACIÓN
SEXO	1,706	5	0,888
EDAD	20,462	20	0,429
PESO	22,641	10	0,012*
HÁBITOS DE SALUD	25,594	10	0,004*
CONTROL DESEO	21,703	15	0,116
GENERALIZACIÓN	8,625	5	0,125
OBJETIVOS CP	12,000	5	0,035*
OBJETIVOS LP	1,388	5	0,926
ATRIBUCIÓN CAUSA RECAÍDA	29,194	15	0,015*
SITUACIÓN DE RECAÍDA	23,467	8	0,003*
SENTIMIENTOS COGERLO	35,156	20	0,052
SENTIMIENTOS AL FUMAR	55,192	20	0,000**
APOYO	29,000	10	0,001**

análisis realizado muestra que existen asociaciones significativas de esta variable con el peso ($\alpha=0.012$), las modificaciones en los hábitos de salud ($\alpha=0.004$), la consecución de objetivos a corto plazo ($\alpha=0.035$), la causa de la recaída ($\alpha=0.015$), la situación de recaída

($\alpha=0.003$), los sentimientos al fumar el cigarrillo ($\alpha=0.000$) y el apoyo social durante la abstinencia ($\alpha=0.001$). El análisis de las variables tiempo de abstinencia y peso muestra que el aumento de peso fue nulo en aquellos individuos que no dejaron de fumar y que a



medida que es mayor el tiempo de abstinencia, son más los sujetos que aumentan de peso, especialmente a partir de los seis años sin fumar. Sin embargo, nuestro análisis muestra que hasta los tres años de abstinencia no se produce una ganancia de peso, por el contrario, aparece una ligera tendencia a una asociación inversa: son más los sujetos que no tienen variaciones (o incluso pierden peso) que los que ganan. Para clarificar más la relación del peso con la abstinencia, analizamos la asociación entre dicha variable y el éxito del programa de tratamiento con la prueba chi-cuadrado, con resultados negativos ($\chi^2=4.922$; $\alpha=0.095$). Por lo que respecta a la asociación entre tiempo de abstinencia y modificaciones en los hábitos de salud, el análisis muestra que los cambios en los hábitos de salud se producen principalmente durante el primer año de abstinencia, continuando en menor medida las modificaciones hasta los tres años, momento a partir del cual los hábitos de salud parece que se estabilizan. El análisis entre tiempo de abstinencia y consecución de objetivos a corto plazo plantea que existe una asociación entre no haber conseguido dejar de fumar y la no consecución de los objetivos a corto plazo, mientras que a los tres meses de abstinencia son más los sujetos que afirman haber conseguido tales objetivos; a partir de este momento, la asociación no es relevante. Por lo que respecta a la asociación entre tiempo de abstinencia y causa de la recaída, parece que durante el primer año son las situaciones sociales la principal causa de recaída, y entre el primer y tercer año de abstinencia es la incapacidad para manejar la ansiedad. En el mismo sentido se presenta la asociación entre tiempo de abstinencia y situación de recaída, que refleja que hasta los tres meses de abstinencia las

situaciones sociales son las principales, pero a partir de este momento son más los sujetos que recaen en situaciones de estrés y ansiedad. Los sentimientos al fumar el primer cigarrillo de la recaída están también asociados significativamente al tiempo de abstinencia, de modo que hasta los tres meses fumar el primer cigarrillo se asocia a sentimientos de culpabilidad y a partir de este momento los sentimientos varían, siendo de alivio hasta el primer año y de optimismo hasta el tercer año de abstinencia. La recaída en momentos posteriores se asocia a sentimientos de fracaso. Por último, la asociación entre tiempo de abstinencia y apoyo social se manifiesta en el sentido de que en los primeros momentos de abstinencia el apoyo social no parece relevante, aumentando su importancia a partir de los tres meses.

4. DISCUSIÓN

En general, podemos afirmar que los resultados obtenidos no difieren de los encontrados en otros estudios sobre el tema. El porcentaje de sujetos abstinentes en el momento de la evaluación (23.8%) después de seis años de finalizado el programa, es similar al que se señala en otras investigaciones (Bayot, 1995), si bien son escasos los estudios con un periodo de seguimiento tan extenso. El mayor número de recaídas se produjo en los primeros tres meses de abstinencia y sólo un sujeto de los que había superado los tres años recayó en un momento posterior; después de más de cinco años de abstinencia. Parece, por tanto, que los primeros tres meses son fundamentales para el mantenimiento de la abstinencia y que, una vez superados los tres años, la recaída se hace



más improbable. En este sentido nos podemos plantear la necesidad de realizar sesiones de apoyo durante los tres meses siguientes a la finalización del programa de tratamiento con el objetivo de afianzar los resultados obtenidos en el mismo. Estas sesiones de apoyo deberían incidir especialmente en el desarrollo de habilidades para manejar las situaciones sociales que, a la vista de los resultados obtenidos, parece que son las que están más relacionadas con la recaída en este periodo de tiempo. A largo plazo, sin embargo, son más relevantes en el mantenimiento de la abstinencia las habilidades para manejar la ansiedad y el estrés. Este resultado tiene una aplicación clínica importante: en general, los programas de intervención sobre el hábito de fumar se centran en el manejo de la ansiedad asociada al síndrome de abstinencia que se produce en las primeras semanas después de dejar de fumar y, sin embargo, a partir de los resultados del presente estudio podríamos plantear la importancia de enseñar a los ex fumadores habilidades para el manejo de la ansiedad y el estrés cotidianos y a largo plazo, sin circunscribirse al síndrome de abstinencia. Igualmente, los primeros tres meses sin fumar marcan el momento de inflexión respecto a la importancia del apoyo social: durante este periodo dicho apoyo no parece relevante para el mantenimiento de la abstinencia, pero a partir de aquí va aumentando su importancia. En este mismo sentido concluye el estudio de Murray *et al.* (1995), relacionando en este caso el apoyo de la pareja con el mantenimiento de la abstinencia unas semanas después del abandono, proponiendo de cara a dificultar la recaída un entrenamiento específico para los ex fumadores y sus parejas que empezase después de estas primeras semanas.

La modificación de hábitos de salud también aparece como una variable relacionada con el mantenimiento de la abstinencia. El programa de tratamiento en el que participaron los sujetos de este estudio insistía en la conveniencia de modificar ciertos hábitos de vida como forma de facilitar el abandono del hábito de fumar. En este sentido, se daban instrucciones específicas a los participantes para modificar su consumo de alcohol, de café, incrementar el ejercicio físico, etc. así como se entrenaba en estrategias de auto-control generalizables a otras conductas de salud (de hecho, independientemente de su estatus de fumador, el 66.7% de los sujetos consideró que había generalizado los beneficios del programa a otras áreas de su vida). Sin embargo, según los resultados obtenidos, las principales modificaciones ocurren durante el primer año de abstinencia; esto quiere decir que las recaídas se pueden producir con igual probabilidad en sujetos que han incrementado la ejecución de conductas de salud y, por tanto, que dicho incremento no garantiza el mantenimiento de la abstinencia. Los individuos modifican y mantienen los cambios en sus hábitos de vida independientemente de su estatus de fumador; de hecho, tal como se puede comprobar en la **tabla 3**, no existe relación entre ambas variables.

En lo que se refiere a la ganancia de peso que supuestamente está asociada al proceso de dejar de fumar y, en muchos casos, de recaída, nuestro estudio muestra que el 76.2% de los participantes no experimentó ninguna variación y que no está asociada al éxito del programa de tratamiento pero sí al estatus de fumador actual: los no fumadores tuvieron un aumento de peso mayor que los fumadores; el análisis posterior de la asocia-



ción significativa de esta variable con el *tiempo de abstinencia* nos indica que el aumento de peso no ocurre en los primeros años sino que son más los individuos que empiezan a engordar a partir de los tres años de abstinencia, periodo durante el cual la tasa de recaída es mayor; por ello, este estudio nos permite afirmar que el incremento de peso no se relaciona con el éxito para dejar de fumar ni con la dificultad para mantenerse abstinentes durante los primeros años (periodo crítico para la recaída), así como confirmar que, de acuerdo con otros estudios (Klesges *et al.*, 1989; Talcott *et al.*, 1995), el entrenamiento en estrategias de autocontrol que incluyan la dieta dificulta el aumento de peso durante el proceso de dejar de fumar.

La *consecución de objetivos a corto plazo* es otra variable que parece ser relevante en el proceso de recaída; a la vista de los resultados obtenidos podemos afirmar que los objetivos fijados al finalizar el programa de tratamiento y en los momentos iniciales de la abstinencia contribuyen a ayudar al individuo a no fumar; quizás el hecho de plantearse objetivos demasiado ambiciosos provoque en el fumador una sensación de fracaso que contribuya a dificultar el proceso de no fumar y facilite la recaída. Por ello, podría ser interesante que los programas de intervención enseñasen a los fumadores a ajustar sus objetivos a corto plazo a sus posibilidades, de modo que la consecución de los mismos fuese más probable y reforzase la continuación del proceso de mantenimiento sin fumar.

Por último, los *sentimientos al fumar* el primer cigarrillo de la recaída también están asociados con el *tiempo de abstinencia*: tales sentimientos van variando a medida que aumenta

el tiempo desde que termina el programa de tratamiento, pasando de unos primeros momentos de culpabilidad al alivio y optimismo posterior y finalizando con sentimientos de fracaso a partir del tercer año de abstinencia. Los sentimientos de culpabilidad al fumar el primer cigarrillo en las semanas iniciales de la abstinencia pueden ser explicados por la cercanía del programa y los compromisos establecidos por el ex fumador; renovados en las sucesivas sesiones de seguimiento que, al menos en nuestro caso, se establecían al mes, a los tres meses y a los seis meses. Por ello se puede explicar que predominen los sentimientos de culpabilidad que, en muchas ocasiones, facilitan que el individuo continúe fumando sin analizar positivamente esta primera "caída", de acuerdo con el modelo de Marlatt (Marlatt y Gordon, 1985). En momentos posteriores son sentimientos de alivio y optimismo los más frecuentes, provocados quizás por el descanso que puede suponer dejar de enfrentarse activamente al deseo de fumar y la mayor seguridad que puede sentir el ex fumador sobre el control de su hábito. La recaída posterior está asociada a sentimientos de fracaso, probablemente porque se produce en un momento en que el ex fumador considera que ya controla perfectamente su deseo de fumar y que no existen situaciones de riesgo. Estos resultados nos indican la conveniencia de enseñar a los individuos cómo se produce la recaída, conceptualizándola como un proceso con diferentes fases a lo largo de las cuales hay que ir poniendo en marcha estrategias distintas, de acuerdo con la situación y el momento temporal. Por ello podría ser importante considerar que el entrenamiento para dejar de fumar no debería finalizar con la abstinencia inicial de los fuma-



dores sino mantenerse durante al menos tres años, en sesiones espaciadas y dirigidas a controlar los distintos factores que van cobrando relevancia a lo largo de este periodo.

BIBLIOGRAFÍA

- Becoña, E.; Froján, M.X.; Lista, M.J. (1988). Comparison between two self-efficacy scales in maintenance of the smoking cessation. *Psychological Reports*, 62: 359-362.
- Becoña, E.; Lista, M.J.; Froján, M.X. (1989). ¿Por qué los sujetos recaen en los tratamientos para dejar de fumar? Un estudio exploratorio. *Revista Española de Drogodependencias*, 14 (1): 19-36.
- Becoña, E.; Míguez, M.C. (1995). El cuestionario de evaluación de la recaída/abstinencia de los cigarrillos: primeros resultados. *Revista Española de Drogodependencias*, 20 (1): 25-40.
- Brandon, T.H.; Copeland, A.L.; Saper, Z.L. (1995). Programmed therapeutic messages as a smoking treatment adjunct. Reducing the impact of negative affect. *Health Psychology*, 14 (1): 41-47.
- Brandon, T.H.; Tiffany, S.T.; Obremski, K.M.; Baker, T.B. (1990). Postcessation cigarette use. The process of relapse. *Addictive Behaviors*, 15: 105-114.
- Claerman, D.R.; Jacobs, D.R. (1991). Relationships between weight and caloric intake of men who stop smoking. The multiple risk factor intervention trial. *Addictive Behaviors*, 16: 401-410.
- French, S.A.; Jeffery, R.W.; Pirie, P.L.; McBride, C.M. (1992). Do weight concerns hinder smoking cessation efforts? *Addictive Behaviors*, 17: 219-226.
- Froján, M.X. (1991). Eficacia de las variables de control en un programa de tratamiento del hábito de fumar. *Revista de Psicología de la Salud*, 3 (2): 133-153.
- Froján, M.X.; Santacreu, J. (1993). El programa UAM para fumadores insatisfechos (PUAFI). *Anales de Psicología*, 9 (1): 53-70.
- Gulliver, S.B.; Hughes, J.R.; Solomon, L.J.; Dey, A.N. (1995). An investigation of self-efficacy, partner support and daily stress as predictors of relapse to smoking in self-quitters. *Addiction*, 90: 767-772.
- Jarvis, M.J. (1994). A profile of tobacco smoking. *Addiction*, 89: 1.371-1.376.
- Kawachi, I.; Troisi, R.J.; Rotnizky, A.G.; Coakley, E.H.; Colditz, G.A. (1996). Can physical activity minimize weight gain in women after smoking cessation? *American Journal of Public Health*, 86 (7): 999-1.004.
- Klesges, R.C.; Meyers, A.W.; Klesges, L.M.; LaVasque, M.E. (1989). Smoking, body weight, and their effects on smoking behavior. A comprehensive review of the literature. *Psychological Bulletin*, 106 (2): 204-230.
- Lichtenstein, E.; Brown, R. (1982). Current trends in the modification of cigarette dependence. En: A. Hersen; A. Kazdin (Eds.) *International handbook of behavior modification*. New York: Plenum Press, 600-611.
- Marlatt, G.A.; Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Murray, R.P.; Johnston, J.J.; Dolce, J.J.; Lee, W.W.; O'Hara, P. (1995). Social support for smoking cessation and abstinence. The Lung Health Study. *Addictive Behaviors*, 20: 159-170.



Nides, M.A.; Gonzales, D.; Tashkin, D.P.; Rakos, R.F.; Murray, R.P.; Bjorson-Benson, W.M.; Lindgren, P.; Connet, J. E. (1995). Predictors of initial smoking cessation and relapse through the first two years of the Lung Health Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63* (1): 60-69.

Prochaska, J.O. (1996). A stage paradigm for integrating clinical and public health approaches to smoking cessation. *Addictive Behaviors, 21*: 721-732.

Prochaska, J.O.; DiClemente, C.C.; Velicer, W.F.; Rossi, J.S. (1993). Standardized, individualized, interactive and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health Psychology, 12* (3): 399-405.

Shadel, W.G.; Mermelstein, R.J. (1993). Cigarette smoking under stress. The role of coping expectancies among smokers in a clinic-based smoking cessation program. *Health Psychology, 12* (6): 443-450.

Stuart, K.; Borland, R.; McMurray, N. (1994). Self-efficacy, health locus of control and smoking cessation. *Addictive Behaviors, 19* (1): 1-12.

Swan, G.E.; Ward, M.M.; Jack, L.M. (1996). Abstinence effects as a predictors of 28-day relapse in smokers. *Addictive Behaviors, 21*: 481-490.

Swan, G.E.; Carmelly, D. (1995). Characteristics associated with excessive weight gain after smoking cessation in men. *American Journal of Public Health, 85* (1): 73-77.

Talcott, G.W.; Fiedler, E.R.; Peterson, A.L.; Pascale, R.W.; Klesges, R.C.; Johnson, R.S. (1995). Is weight gain after smoking cessation

inevitable? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63* (2): 313-316.

Velicer, W.F.; DiClemente, C.C.; Rossi, J.S.; Prochaska, J.O. (1990). Relapse situations and self-efficacy: an integrative model. *Addictive Behaviors, 15*: 271-283.