

# ¿Porqué los sujetos recaen en los tratamientos para dejar de fumar?.

## Un estudio exploratorio.

Becoña, E.; Lista, M.J. y Froján, M.J.

Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología  
Universidad de Santiago de Compostela

### RESUMEN

*Se analiza en una muestra de sujetos fumadores jóvenes las situaciones que les llevaron a recaer después de llevar a cabo un tratamiento formal para dejar de fumar. Utilizando el modelo de Marlatt y Gordon (1985) sobre situaciones que propician la recaída el principal determinante de la recaída es la presión social a fumar (47.05%), seguido de los estados emocionales negativos (29.41%). Se discute la relevancia de los modelos de recaída para el diseño de programas de tratamiento más eficaces y la necesidad de producir cambios de actitudes en la población respecto al consumo de tabaco.*

**Palabras clave:** *recaída, fumar, tratamiento.*

### ABSTRACT

*We analyzed the situations of relapse in a sample of young smokers after a formal treatment to stop smoking. Utilizing the Marlatt & Gordon's (1985) model about situations of relapse, the more important are the social pressure to smoke (47.05%) and the negative emotional states (29.41%). We discussed the relevance of the relapse models for the design of treatments of smokers more effective and the necessity of attitude change of people about the smoking.*

**Key words:** *relapse, smoking, treatment.*

Correspondencia:

Elisardo Becoña. Universidad de Santiago de Compostela. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Campus Universitario. 15705 Santiago de Compostela. Galicia.

## INTRODUCCION

El tratamiento de fumadores constituye en la actualidad un campo de interés creciente por los bien conocidos efectos del tabaco sobre la salud (OMS, 1974, 1979; Royal College of Physicians, 1983). Por otra parte, las técnicas conductuales han conseguido mejorar las tasas del 2-30% de éxito obtenido al año de seguimiento (Leventhal y Cleary, 1980; Lichtenstein, 1982) que hasta hace poco se obtenían. Hoy tenemos técnicas como la de fumar rápido (Becoña, 1985), retener el humo (Becoña, 1988; Kopel, Suckerman y Baksht, 1979), reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán (Becoña, 1987b, Foxx y Brown, 1979), el chicle con nicotina (Fagerstrom y Melin, 1985) y los programas multicomponentes (Becoña, 1987a, Coelho, 1985; Lichtenstein y Merlmenstein, 1984), que consiguen tasas de abstinencia en torno al 100% al final del tratamiento y del 50% de abstinencia al año de seguimiento.

El haber mejorado la tasa de abstinencia del 20-30% al 50% es un hecho positivo, aunque no podemos considerarlo como la meta definitiva. Queda todavía al menos otro 50% en donde se fracasa. En esta línea, y no sólo para el tratamiento de sujetos fumadores, sino en otras alteraciones comportamentales, está surgiendo un gran interés en conocer por qué las técnicas no consiguen mejores resultados, o por qué las técnicas fracasan en algunos casos (Emmelkamp y Foa, 1983). En el tabaquismo, como en el resto de las adicciones, esto se ha visto reflejado en lo que se conoce por estudios sobre la "recaída" o más actualmente la "prevención de la recaída", particularmente unida al modelo de Marlatt (Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson, 1986; Cummings, Gordon y Marlatt, 1980; Echeburúa y De Corral, 1986; Marlatt y Gordon, 1985). Este, inicialmente construido para el alcoholismo, ha sido más actualmente extendido a otras adicciones, incluyéndose también el tabaquismo (Cummings y cols., 1980; Shiffman y Jarvik, 1987; Shiffman, Read, Maltese,

Rapkin y Jarvik, 1985).

Los estudios que han analizado la recaída en el tabaquismo han seguido fundamentalmente el modelo propuesto por Marlatt (Cummings y cols., 1980; Rosenthal y Marx, 1981) y que ha sido recientemente desarrollado por Marlatt y Gordon (1985). En éste las causas de las recaídas tanto en esta 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 serían propios del individuo y los otros debidos a eventos ambientales o interpersonales.

Por **determinantes ambientales intrapersonales** se refiere a aquellos factores intrapersonales (dentro del individuo) o las reacciones a eventos ambientales no personales. Por **determinantes interpersonales** se refiere a la presencia o influencia de otros individuos como parte del evento precipitante de la recaída.

Dentro de los **determinantes ambientales intrapersonales** incluye en primer lugar los estados emocionales negativos, tales como el enfrentamiento a la frustración y/o el enfado, como a cualquier otro estado emocional negativo. Aquí se incluirían los sentimientos de culpa, hostilidad o agresión que pueden llevar al enfado, así como sentimientos de miedo, ansiedad, depresión, soledad, aburrimiento, tristeza, etc. Se incluirían también reacciones de estrés por exámenes, hablar en público, búsqueda de empleo, etc. En segundo lugar, los estados físicos o fisiológicos negativos, tales como el enfrentamiento a estados físicos asociados con el uso previo de sustancias (ej. síndrome de abstinencia) así como el enfrentamiento con otros estados físicos negativos (ej. dolor, fatiga, calambres). en tercer lugar están los estados emocionales positivos; esto es, estados donde la sustancia serviría para incrementar los sentimientos de placer, alegría, celebración, etc. En cuarto lugar la prueba del control personal, consistente en probar de nuevo la sustancia para comprobar que se puede hacer un uso controlado o moderado de la misma. Finalmente, en quinto

lugar, impulsos y tentaciones. Estos pueden darse ante el inicio de la sustancia (ej. un fumador enciende al lado un cigarrillo) o en ausencia de indicios de la sustancia. En este último caso el sujeto ante el impulso procura conseguir la sustancia.

Dentro de los **determinantes interpersonales** incluye tres. El primero es el conflicto interpersonal. Se refiere a un conflicto asociado a una relación interpersonal tal como el matrimonio, una amistad, familia, relaciones con el jefe, etc. Aquí, a su vez, podemos dividir tal conflicto interpersonal en el enfrentamiento con la frustración y/o enfado (ej. desacuerdos, peleas, celos, disputas), como con otros conflictos interpersonales distintos a la frustración y al enfado, tales como ansiedad, miedo, tensión, preocupación. En segundo lugar la presión social, tanto directa como indirecta, hacia el consumo de la sustancia. En el primer caso es una persona o grupo la que ejerce presión sobre el individuo o le proporciona la sustancia. En el segundo el individuo observa a una persona o individuo utilizando la sustancia, o le sirven de modelo para su uso. Y, en tercer lugar, la mejora de los estados emocionales positivos cuando así lo hace para aumentar los sentimientos de placer, celebración, excitación sexual, libertad, etc., en una situación interpersonal.

Marlatt y Gordon (1985) hacen notar que cuando se clasifica los episodios de recaída sólo se puede puntuar en una sola de las categorías anteriores, eligiendo el evento precipitante de la recaída más significativo y más reciente. Cuando hay dudas entre categorías sugieren se de prioridad a la primera categoría (determinantes ambientales intrapersonales) que a la segunda (determinantes interpersonales). Asimismo, el orden dentro de las categorías indica las prioridades en caso de duda.

Los estudios llevados a cabo con dicho modelo (Cummings y cols., 1980; Rosenthal y Marx, 1981) indican que en el caso del tabaco hay varios determinantes, tanto intrapersonales, como interpersonales, de distinta relevancia. Así, como puede verse en la tabla 1, dentro de los determinantes

intrapersonales, el más importante es el estado emocional negativo, que explica el 37% y el 43% del total de las recaídas en los dos estudios anteriormente citados, y dentro de los determinantes interpersonales la presión social explica el 32% y el 25%, respectivamente, del total de las recaídas en los dos estudios anteriores. Otros determinantes como la prueba del control personal, los estados físicos negativos o los estados emocionales positivos, carecen de relevancia o son irrelevantes. Sin embargo, el análisis de las situaciones de recaída tanto en éste como en otros modelos nos posibilita un mejor conocimiento de este proceso y con ello una posterior intervención para evitar tal recaída.

Otro importante autor en este tema es Shiffman (Shiffman, 1982, 1984; Shiffman y cols., 1985; Shiffman y Jarvik, 1987), el cual se ha centrado especialmente en prevenir la recaída en fumadores, así como en qué factores determinan que los sujetos fumadores recaigan. Los precipitantes de la recaída que ha encontrado han sido: situaciones relacionadas con la comida, afecto negativo, consumo de alcohol, situaciones sociales, aburrimiento, afecto positivo y como sustituto de la comida. Este autor, y sus colaboradores, ha realizado estudios empíricos con gran número de sujetos y han sugerido para estas situaciones distintas técnicas para hacerles frente (ej. Shiffman y cols., 1985).

El objetivo del presente trabajo exploratorio es analizar en sujetos que han participado en un tratamiento formal para dejar de fumar, cúales son las causas que les han llevado a volver a recaer una vez que habían logrado la abstinencia en dicho tratamiento. Hipotetizamos, por nuestra experiencia en el tratamiento de fumadores jóvenes, que en nuestros sujetos será la presión social el determinante más importante de los procesos de recaída. Con esta excepción, los demás determinantes serán semejantes a los obtenidos en otros estudios estadounidenses, anteriormente comentados, acerca de las causas de las recaídas en fumadores, siguiendo el modelo de Marlatt y Gordon (1985).

Prevenções  
Recaídas

Recaída

## METODO

### Sujetos

Los sujetos del presente estudio son aquellos que han recaído, un año más tarde de haber finalizado un tratamiento formal de su hábito tabáquico, y de los que teníamos datos en ese seguimiento. Los sujetos eran fundamentalmente estudiantes universitarios, de Santiago de Compostela. Estos habían participado en distintos grupos experimentales de tratamiento: programa multicomponente (N=10) (Becoña, 1987a) retener el humo (N=11) (Kopel, Suckerman y Baksht, 1979), y reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán (N=10) (Foxx y Brown, 1979). Del total de los sujetos de los distintos tratamientos, 31, obtuvimos datos de 29 de ellos un año más tarde de haber finalizado el tratamiento. La media de edad de estos 29 sujetos era de 22.1 años (D.T. =3.7), con un rango de edad de 17 a 35 años. Fumaban antes del tratamiento un promedio de 19.9 cigarrillos al día. De estos 29 sujetos, al año de seguimiento, estaban abstinentes 10 sujetos y no abstinentes 19. Hay que indicar, para el objetivo de nuestro estudio, que hemos incluido como sujetos que han recaído no sólo a aquellos que así lo hicieron desde su abstinencia al final del tratamiento respecto al año de seguimiento, sino también a aquellos que en algún momento del tratamiento lograron la abstinencia por unos días o semanas, pero que a continuación recayeron sin haber finalizado el tratamiento abstinentes. De este modo, de los 19 sujetos de los que tenemos datos, 2 de ellos nunca llegaron a la abstinencia, quedando por tanto un total de 17 sujetos para el análisis.

### Instrumentos

Los sujetos cumplimentaron al comienzo del tratamiento, al final y en los distintos seguimientos varios instrumentos, tales como datos demográficos, historia de fumar, y escalas relacionadas con su conducta de fumar (Becoña, 1987a). Los seguimientos se llevaron a cabo al mes, tres meses, seis meses y un año.

Al año de seguimiento cumplimentaron

un cuestionario acerca de distintos aspectos de su situación actual de fumador o no fumador. Los que habían recaído cumplimentaron un cuestionario en donde indicaron las causas de dicha recaída y otros datos relacionados con la misma; los que se mantenían abstinentes indicaron qué significaba para ellos ser un ex-fumador y especialmente qué ventajas veían en ello. Los items utilizados para la obtención de los datos anteriores fueron: "Por favor, describe lo más detalladamente posible las causas que tu atribuyes a que estés ahora fumando, a pesar de haber llevado a cabo el tratamiento para dejar de fumar", y "¿por qué volvistes a fumar una vez abstinentes?. Los anteriores datos se obtuvieron personalmente o bien mediante carta.

## RESULTADOS

### Tasas de abstinencia.

En la tabla 2 indicamos, a título informativo, las tasas de abstinencia obtenidas del total de los sujetos (N=31) en los distintos tiempos del tratamiento, en cada uno de los distintos programas de tratamiento. Como se aprecia al final del tratamiento estaba abstinente el 30% de los sujetos del programa multicomponente, el 90.90% del grupo de retener el humo y el 90% del grupo de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán. En los siguientes meses del seguimiento hay un descenso en la eficacia. Así a los seis meses son el 20% de los sujetos del grupo multicomponente los que están abstinentes, y el 54.54% y 50%, respectivamente, de los grupos de retener el humo y reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán. Finalmente, al año de seguimiento, siguen estando abstinentes el 20% de los sujetos del programa multicomponente, el 27.27% del grupo de retener el humo y el 50% del grupo de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán.

### Causas de la recaída

Para el análisis de las causas de la recaída hemos seguido el modelo de Marlatt y Gordon (1985), anteriormente comenta-

**Tabla 1.- Situaciones en las que los sujetos fumadores recaen, según el modelo de Marlatt.**

Situaciones de recaída	Estudio	
	(1)N=64	(2)N=35
<b>DETERMINANTES INTRAPERSONALES</b> .....	50%	57%
-Estados emocionales negativos .....	37%	43%
-Estados físicos negativos .....	2%	—
-Estados emocionales positivos .....	6%	8%
-Prueba de control personal .....	—	—
-Impulsos y tentaciones .....	5%	6%
<b>DETERMINANTES INTERPERSONALES</b> .....	50%	43%
-Conflicto interpersonal .....	15%	43%
-Presión social .....	32%	25%
-Estados emocionales positivos .....	3%	6%

(1) Cummings, Gordon y Marlatt (1980)

(2) Rosenthal y Marx (1981)

**Tabla 2.- Porcentajes de abstinencia en los distintos grupos.**

Grupo	Final del tratamiento	Seguimiento (en meses)				
		1	2	3	6	12
Programa multicomponente (N = 10)	30	30	30	30	20	20
Retener el humo (N = 11)	90.90	90.90	63.63	45.45	54.54	27.27
Reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán (N = 10)	90	70	70	60	50	50

**Tabla.- 3 Situaciones en las que los fumadores recayeron una vez abstinentes.**

Situaciones de recaída	N	%
<b>DETERMINANTES INTRAPERSONALES .....</b>	9	52.94
-Estados emocionales negativos .....	5	29.41
-Estados físicos negativos .....	-	-
-Estados emocionales positivos .....	2	11.76
-Prueba de control personal .....	-	-
-Impulsos y tentaciones .....	2	11.76
<b>DETERMINANTES INTERPERSONALES .....</b>	8	47.05
-Conflicto interpersonal .....	-	-
-Presión social .....	8	47.05
-Estados emocionales positivos .....	-	-
<b>TOTAL</b>	17	100.00

do, clasificando las recaídas en determinantes ambientales intrapersonales y determinantes interpersonales y, a su vez, cada uno de ellos en su categorías respectivas. Esta clasificación, de los 17 sujetos de los que tenemos datos de su recaída, se muestra en la tabla 3. Como allí se aprecia 9 sujetos (52.94%) se incluyen dentro de los determinantes ambientales intrapersonales y los restantes 8 (47.05%) en determinantes interpersonales. Dentro de las situaciones específicas de recaída de los determinantes ambientales intrapersonales son los estados emocionales negativos los que explican el 29.41% del total de las recaídas, seguidos de los estados emocionales positivos (11.76%) y los impulsos y tentaciones (11.76%). No aparece ninguna situación de recaída en los estados físicos negativos ni en la prueba de control personal. En las situaciones de recaída de los determinantes interpersonales únicamente aparece la presión social como importante, con el 47.5% del total de las recaídas, sin aparecer el conflicto interpersonal y los estados emocionales positivos como situaciones específicas de recaída en la presente muestra.

## DISCUSION

Los resultados que hemos obtenido indican la utilidad del modelo de Marlatt y Gordon (1985) para el análisis de las situaciones de recaída de los sujetos fumadores. De los determinantes de la recaída es la presión social la que aparece como más importante, tal como habíamos propuesto, con un 47.05% del total de las recaídas, seguida de los estados emocionales negativos en situaciones ambientales intrapersonales, con un 29.41%. Otros dos determinantes ambientales intrapersonales explican parte de las recaídas, como son los estados emocionales positivos, con un 11.76% y los impulsos y tentaciones, con otro 11.76% del total de las recaídas.

A pesar de las limitaciones de nuestro trabajo, por ser exploratorio, y ser preciso en otros estudios utilizar muestras más amplias, notamos primeramente que en los sujetos fumadores de esta muestra tiene una gran importancia la presión social a que recaigan una vez ya están abstinentes. la peculiaridad de la muestra, fundamentalmente estudiantes universitarios, y la ciudad donde estos viven con sus propias características sociológicas, propician

en muchos casos tal proceso de recaída al salir con frecuencia a lugares públicos, beber alcohol y estar en un ambiente social la mayoría de las veces positivo. Estos factores funcionan como presión social y ayudan al efecto de conformidad o valoración positiva hacia el tabaco (Becoña, 1986), valoración que todavía existe en nuestro país en amplios sectores a pesar de los importantes avances que se van paulatinamente dando para cambiar esa valoración positiva a una negativa del tabaco y su consumo. Igualmente el ser joven se asocia en muchos casos con fumar (Leventhal y Cleary, 1980) y ayuda a explicar tan alto porcentaje de sujetos que han recaído, una vez abstinentes, por este motivo. Sería, por tanto, preciso, a la luz de estos datos, incidir en el cambio de actitudes y creencias ante el tabaco en mayor grado y, de modo específico, en personas jóvenes (Becoña, 1986). Estas son las más propicias a comenzar a fumar y a mantener en el futuro su hábito. Ello indica la necesidad de que junto a los programas de tratamiento formales estén también presentes adecuados programas preventivos de esta conducta.

La segunda situación de recaída más importante que hemos encontrado han sido los estados emocionales negativos. Este ha sido la causa más importante de recaída en otros estudios que se han realizado con el modelo de Marlatt (Cummings y cols, 1980; Rosenthal y Marx, 1981). Quizás el utilizar muestras de la población general explica que sea éste, y no la presión social como ha sido en nuestro caso, lo que explique que sea la causa más importante de la recaída de los sujetos fumadores. Sin embargo, aún así, en nuestro caso explica un importante 29.41% de todas las situaciones de recaída.

Por tanto, el modelo de Marlatt y Gordon (1985) permite clasificar las distintas situaciones de recaída de los fumadores, permitiendo incluso la diferenciación entre muestras distintas. sin embargo, también hay que anotar como han indicado nuestros datos, como los de otros autores anteriormente, que algunas de las situaciones

de recaída que el modelo sugiere son de escasa o nula relevancia para explicar dicho proceso en fumadores. Claro ejemplo son los estados físicos negativos y la prueba del control personal dentro de los determinantes ambientales intrapersonales y los estados emocionales positivos dentro de los determinantes interpersonales. Sin embargo, en otras conductas adictivas tienen gran relevancia. Los estudios de Shiffman acerca de las causas de las recaídas en fumadores se orientan a solventar las anteriores deficiencias del modelo de Marlatt y Gordon, aunque éste sigue siendo el más importante en el análisis de porqué los sujetos recaen en las distintas conductas adictivas. Tanto en un caso como en otro es evidente la relevancia de llevar a cabo estos estudios para que la información que obtengamos de los mismos nos permitan programas de tratamiento más efectivos, o prevenir la recaída una vez ya abstinentes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BECOÑA, E. (1985). La técnica de fumar rápido: una revisión. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 3, pp. 209-243.

BECOÑA, E. (1986). *La relación actitud-conducta*. Santiago de Compostela: Grial.

BECOÑA, E. (1987a). Intervención psicológica para la eliminación del hábito de fumar. En J.M. Buceta (Ed.), *Psicología clínica y salud: aplicación de estrategias de intervención*, pp. 255-282. Madrid: UNED.

BECOÑA, E. (1987b). La técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina para dejar de fumar. *Psiquis*, 8 49-58.

BROWNELL, K.D., MARLATT, G.A., LICHTENSTEIN, E., y WILSON, G.T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41, pp. 765-782.

COELHO, R.J. (1985). *Quitting smoking. A psychological experiment using community research*. New York: Peter Lang.

CUMMINGS, C., GORDON, J.R., y MARLATT, G.A. (1980). Relapse: prevention and prediction. en W.R. Miller (Ed.), *The addictive disorders. Treatment of alcoholism, drug, abuse, smoking and obesity*, pp. 291-322. New York: Pergamon Press.

→ ECHEBURUA, E., y DE CORRAL, P. (1986). Predicción de la recaída en las conductas adictivas: estrategias de intervención. *Drogalcohol*, 11, pp. 16-24.

E MELKAMP, P.M.G., y FOA, E.B. (1983). Failures are a challenge. En P.M.G. Emmelkamp y E.B. Foa (Eds.), *Failures in behavior therapy*, pp. 1-9. New York: Wiley.

FAGERSTROM, K.O. (1982). A comparison of psychological and pharmacological treatment in smoking cessation. *Journal of Behavioral Medicine*, 5 pp. 343-351.

FAGERSTROM, K.O. y MELIN, B. (1985). Nicotine chewing gum in smoking cessation: Efficiency, nicotine dependence, therapy duration and clinical recommendations. En J. Grabowski y S.M. Hall (Eds.), *Pharmacological adjuncts in smoking cessation*, pp. 102-109. Rockville, MD: National Institute of Drug Abuse.

FOXX, R.M. y BROWN, R.A. (1979). Nicotine fading and selfmonitoring for cigarette abstinence or controlled smoking. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12 pp. 111-125.

KOPEL, S., SUCKERMAN, K., y BAKSHT, A. (1979). Smokeholding: An evaluation of physiological effects and treatment efficacy of a new non hazardous aversive smoking procedure. *Paper presented at the meeting of the association for advancement of behavior therapy*. Toronto, Canadá.

LEVENTHAL, H. y CLEARY, P.D. (1980). The smoking problem: A review of research and theory in behavioral risk modification. *Psychological Bulletin*, 88, 370-504.

LICHTENSTEIN, E. (1982). The smoking problem: A behavioral perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, pp. 804-819.

LICHTENSTEIN, E., y MERMELSTEIN, R.L. (1984). Review of approaches to smoking treatment: Behavior modification strategies. En J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herad, N.E. Miller y S.M. Weiss (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enlacement and disease prevention*, pp. 695-712. New York: Wiley.

MARLATT, G.A. y GORDON, J.R. (1985). Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guildford Press.

→ Organización Mundial de la Salud (1974). *Consecuencia del tabaco para la salud*. Ginebra, Suiza: OMS.

ROSENTHAL, B.S., y MARX, R.D. (1981). Determinate of initial relapse episodes among dieters. *Obesity and Variatric Medicine*, 10, pp. 94-97.

Royal College of Physicians (1983). *Health or smoking?* London: Pitman.

SHIFFMAN, S. (1982). Relapse following smoking cessation: A situational analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 pp. 71-86.

SHIFFMAN, S. (1984). Coping with temptations to smoke. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52 pp. 261-267.

SHIFFMAN, S., READ, L., MALTESE, J., RAPKIN, D. y JARVIK, 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: Guildford Press.

SHIFFMAN, S., y JARVIK, M.E. (1987). Situational determinants of coping in smoking relapse crisis. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, pp. 3-15.