

Revisión

Diferencias individuales como predictores del éxito en la reducción del tabaquismo. Una revisión

AGUSTIN BAYOT
ANTONIO CAPAFONS
Universitat de València

RESUMEN

El trabajo que aquí se presenta analiza las variables más importantes que pueden pronosticar el éxito terapéutico en la eliminación del tabaquismo. Tradicionalmente, las únicas variables que se han considerado relevantes han sido la autoeficacia y la dependencia nicotínica. Sin embargo, estudios recientes han puesto de manifiesto la existencia de una serie de variables que pueden facilitar el abandono del tabaco (tales como autocontrol, baja sensibilidad nicotínica, autoeficacia y motivación de cambio) o pueden dificultar su eliminación (neuroticismo, estrés, aumento de peso y el síndrome de abstinencia).

Asimismo, también se cuestionan las propiedades ansiolíticas de la nicotina y se apoyan los efectos antidepresivos de dicho agente farmacológico.

Finalmente, se argumenta que tanto el aumento de peso como el ansia pueden actuar por mecanismos distintos al resto de síntomas que conforman el síndrome de abstinencia.

Palabras clave: Tratamiento del tabaquismo. Diferencias individuales. Síndrome de abstinencia. Predicción.

SUMMARY

This study analyses the most important variables which may lead to therapeutic success in smoking cessation. Only self-efficacy and nicotine dependence have traditionally been regarded as important facts. Nevertheless, recent studies have shown the occurrence of some variables such as self-control, low nicotine sensitivity and motivation for change which may facilitate smoking cessation, and others variables which may render difficult in the smoking quitting, such as neuroticism, stress, weight gain and withdrawal syndrome. Moreover, anxiolytic nicotine properties are questioned and its antidepressive effects are supported.

It is finally argued that both, weight gain and craving, may act as mechanisms which differ from the remaining symptoms of the withdrawal syndrome.

Key Words: Smoking treatment. Individual differences. Withdrawal syndrome. Prediction.

CORRESPONDENCIA A:

Dr. Agustín Bayot
C/. Bilbao, 10 - 6.º
46009 VALENCIA

RÉSUMÉ

Le travail dont on traite ici analyse les variables les plus importantes qui peuvent pronostiquer la réussite thérapeutique dans l'élimination du tabaquisme. Traditionnellement, on a considéré uniquement comme des variables remarquables, l'auto-efficacité, et la dépendance nicotinique. Pourtant, des études récentes ont déterminé l'existence d'une série de variables qui peuvent faciliter l'abandon du tabac (telles que l'auto-contrôle, la baisse sensibilité nicotinique, l'auto-efficacité et la motivation de changement) ou qui peuvent rendre difficile son élimination (la névrose, le stress, l'augmentation du poids et le syndrome de sevrage).

D'ailleurs, on questionne aussi les propriétés anxiolytiques de la nicotine et on appuie les effets antidépresseurs de cet agent pharmacologique.

Pour finir, on argumente que, soit l'augmentation du poids, soit l'anxiété, elles peuvent agir par des mécanismes divers au reste des symptômes qui constituent le syndrome de sevrage.

Mots Clé: *Thérapie du tabaquisme. Differences individuelles. Syndrome de sevrage. Prédiction.*

INTRODUCCION

A partir de la revisión realizada por Leventhal y Cleary (1980), el comportamiento adictivo al tabaco se considera como un proceso formado por una serie de etapas. Dichas etapas son: iniciación, mantenimiento y abandono. Centrándose únicamente en la fase de abandono, en relación a los estudios llevados a cabo para determinar las variables que puedan predecir el éxito terapéutico en el tabaquismo, los resultados obtenidos son francamente desalentadores (Bayot, Capafons y Amigó, 1993). Sin embargo, aunque tradicionalmente las variables predictoras más importantes únicamente han sido la auto-eficacia (Bandura, 1977a) y la dependencia nicotínica (Fagerstrom, 1978; Bayot, Capafons y Amigó, 1993), estudios recientes determinan la existencia de una serie de variables que facilitan o dificultan la eliminación del tabaquismo.

VARIABLES QUE FACILITAN EL ABANDONO

La aplicación de estrategias de afrontamiento es un factor determinante en la eliminación del hábito de fumar (Shiffman y Willsp 1985). Ya que, entre los fumadores que aplican una estrategia de afrontamiento, el 70% no recae; frente al 18% que no aplican dichas estrategias (Shiffman, 1985). Sin embargo tal y como indican Wills y Shiffman (1985), existen una serie de cues-

tiones que determinan la elección de una respuesta de este tipo. Estas son: 1) grado de severidad del estresor; 2) percepción de poder cambiar el estímulo estresor; 3) la dificultad y la percepción del esfuerzo del afrontamiento a realizar y 4) personalidad y diferencias individuales. Además, la aplicación de dichas estrategias también está determinado por una serie de factores. Dichos factores pueden ser haber participado en anteriores tratamientos (en este caso, se utilizan más estrategias de tipo compartamental) y, a medida que transcurre el tiempo, desde la aplicación del tratamiento, disminuye la frecuencia en la cual se aplican las estrategias (Shiffman, 1985).

Por otra parte, los fumadores que han recibido un tratamiento formal (frente a los que abandonan su hábito por sí mismos), combinan tanto las estrategias cognitivas como las comportamentales. Sin embargo, los fumadores que no asisten a un tratamiento formal es más probable que utilicen únicamente estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo (Shiffman, 1985). Por otra parte, Shiffman (1985) ha elaborado un perfil de riesgo de los factores que pueden inhibir la utilización de las estrategias de tipo comportamental. Sin embargo, las estrategias cognitivas no se ven afectadas por dichos factores de riesgo. Aspecto éste a tener en cuenta en la aplicación de los tratamientos para eliminar el hábito de fumar.

Otro aspecto que puede facilitar el abandono del tabaquismo está relacionado con el nivel de sensibilidad nicotínica que presentan los fumadores. En una investigación realizada por Shiffman (1989), este autor observó una serie de diferencias entre los denominados fumadores duros y los fumadores ocasionales ("chippers"). Entre las principales características que presentan los denominados fumadores ocasionales se encuentran: fuman 5 cigarrillos al día (entre el 10% y el 15% de la población en general fuma menos de 5 cig./día -Evans, Gilpin, Pierce, Burns, Barland, Johnson et al;1992; US DHHS 1988-), inhalan el humo de sus cigarrillos, pueden permanecer cortos períodos sin fumar, presentan menos problemas emocionales y tienen una mejor adaptación a las situaciones estresante. Por otra parte, no pueden ser considerados fumadores sociales, puesta que fuman en las mismas situaciones que los fumadores duros. Sin embargo, el resultado más sorprendente consiste en que los fumadores ocasionales tienen una reacción menos aversiva en el primer contacto con los cigarrillos (Shiffman, 1989). Estos resultados, aunque no son definitivos desafían las teorías clásicas de dependencia. Por lo tanto, se requiere llevar a cabo una serie de investigaciones en las cuáles se determine cuales son los factores que pueden proteger a los fumadores ocasionales de la dependencia.

Investigaciones previas han traído que aquellos sujetos que muestran una reacción más aversiva, cuando fuman el primer cigarrillo, tienen más posibilidades de convertirse en fumadores habituales (McKenney y Thomas, 1967) y, además, resulta más difícil eliminar el hábito de fumar (Palmer, 1970). Estos datos, aunque fueron tabulados por los autores citados anteriormente, con posterioridad, han sido analizados por Shiffman. Por otra parte, las observaciones de Russell (1989) también apoyan estos resultados. Los fumadores más dependientes (aquellos que muestran un síndrome de abstinencia más acusado), tienen una reacción más negativa cuando fuman el primer cigarrillo, comparado con los menos dependientes. Finalmente, un análisis de las historias clínicas de los fumadores menos depen-

dientes (1986; 1988) ha sugerido que puede existir una base genética que predisponga el consumo de tabaco.

Por otra parte, uno de los determinantes para el abandono del hábito es, obviamente, la motivación (Hajek, 1991; Salleras, 1983). Recientemente, en un programa para dejar de fumar, fue utilizada la escala FTQ. Dicha escala está formada por la motivación intrínseca (con dos dimensiones: refuerzo inmediato e influencia social). Los análisis indican que los fumadores que presentan niveles más altos en la escala de motivación intrínseca, tienen más probabilidades de conseguir la abstinencia (Curry, Wagner y Grothaus, 1990; 1991).

Sin embargo aunque la motivación proporciona la energía para adquirir el compromiso para el cambio, tal como indica Marlatt (1985), no es suficiente en sí misma. Tanto la motivación (el compromiso) como las estrategias de afrontamiento (el medio) deben ser considerados los elementos esenciales para eliminar el tabaquismo (Marlatt, 1985).

Finalmente, una revisión de la literatura indica que entre los predictores más importantes para la eliminación del tabaquismo (al menos en los sujetos que han utilizado materiales de autoayuda) se encuentran: tener un patrón de comportamiento menos dependiente al tabaco (Curry, Wagner y Grothaus, 1991; Gritz, Berman, Bastani y Wu, 1992), previos períodos prolongados de abstinencia (Curry, Wagner y Grothaus, 1991), presentar una gran confianza en eliminar el hábito (Orleans y Rimer, 1992), tener una alta motivación (Curry, Wagner y Grothaus, 1991; Gritz, Berman, Bastani y Wu, 1992) y más apoyo social (Lando, Pirie, McGovern, Pechacek, Swim y Loken, 1991). Además, en la investigación prospectiva realizada por Carey, Kalra, Carey, Halperin y Richards (1993), los sujetos que abandonan su hábito (sin ayuda profesional) presentan un menor estrés percibido, mayores niveles de auto-eficacia e intervienen más variables de afrontamiento (utilizan más estrategias de solución de problemas y técnicas de reestructuración cognitiva). Estos resultados se encuentran en la línea de

los indicados por Capafons e Ibáñez (1988), apoyándose en un estudio ya clásico de Perri y Richards (1977). Ya que, según estos autores, los sujetos calificados como "exitosos" mostraron una mayor motivación y compromiso con su cambio de comportamiento, se marcaron objetivos más amplios y utilizaron una mayor cantidad de recursos con mayor consistencia y frecuencia.

VARIABLES QUE DIFICULTAN LA ELIMINACIÓN DEL TABAQUISMO

En este apartado se analizarán los factores que dificultan la eliminación del tabaco. Sin embargo, el denominador común que subyace a todos ellos, según Hajek (1991), es el estrés y el neuroticismo.

Respecto de los síntomas que forman el síndrome de abstinencia, en este apartado se analizarán de forma separada tanto el ansia (el término inglés "craving" se ha traducido por "ansia") como el aumento de peso. Ello es debido, principalmente, por dos motivos. En primer lugar, los dos síntomas indicados permanecen durante un largo período de tiempo. Mientras los síntomas del síndrome de abstinencia tienen su inicio durante las 24 horas después de la abstinencia, tienen su máximo durante la primera semana, posteriormente declinan paulatinamente. Sin embargo, el ansia puede permanecer durante más de un año (Ashton y Stepney, 1982). En relación al incremento del peso, éste se produce durante un período superior al de los otros síntomas (Gritz, Carr y Marcus, 1991; Hughes, 1992).

En segundo lugar, el tratamiento de sustitución de nicotina (chicle de nicotina/parches de nicotina) no obtiene un efecto consistente tanto en la reducción del peso (Fagerström, Hurt, Sawe y Tonnesen, 1992; Hughes y Glaserg 1993) Perkins 1993) como en el ansia (Rose, Levin, Behm, Adivi y Schur, 1990). Por lo tanto, es de suponer que dichos síntomas actúen por mecanismos distintos al resto de síntomas que forman el síndrome.

En relación a la depresión, hay que distinguir entre una depresión clínica y los estados depresivos que generalmente aparecen en los sujetos, formando parte del sín-

drome de abstinencia.

A partir del estudio realizado por Glassman, Stetner, Walsh, Raizman y Fleiss, Cooper y Cavey (1988), varios estudios han mostrado la relación que existe entre depresión y tabaquismo. No obstante, con anterioridad ya se había observado dicha relación (Shiffman indicó que el 22% de los sujetos que recaen presentan un cuadro depresivo -Shiffman, 1982-).

Aunque la prevalencia de las tasas de depresión varía entre las distintas muestras de fumadores analizadas (61% -Glassman, Stetner, Walsh, Raizman, Fleiss, Cooper y Covey, 1988-; 46% -Hall, Muñoz y Reus, 1990-; 31% -Hall, Muñoz y Reus, 1991-; 22% -Shiffman, 1982-), dichas tasas son muy elevadas. Sobre todo si tenemos en cuenta que la incidencia de la depresión, en la población en general, oscila entre 3.7% y 6.7% (Robins, Helzer, Weisman, Orvaschel, Gruenberg y Burke, 1984).

Además, no sólo existe una mayor incidencia depresiva entre los fumadores, sino que se agrava la sintomatología en los sujetos con una depresión clínica cuando se elimina el tabaco (Hall, Muñoz y Reus, 1991).

Respecto del tratamiento más adecuado, los procedimientos más estudiados son la sustitución de nicotina, los antidepresivos y el tratamiento cognitivo-comportamental (Hall, Muñoz, Reus y Sees, 1993). Respecto del tratamiento de sustitución de nicotina, aunque la investigación reciente indica que dicho agente farmacológico tiene propiedades antidepresivas (influye en el sistema dopaminérgico -Churchill, Pariser, Larson y Dilsaver, 1989)- no existen estudios en los cuales se pueda apreciar el efecto diferencial de dicho tratamiento en sujetos clínicamente depresivos (Hall, Muñoz, Reus y Sees, 1993).

Entre las propiedades que presenta el tratamiento con fármacos antidepresivos, se produce un aumento en la autoestima (Hall, Muñoz, Reus y Sees, 1993) y una disminución de la sintomatología asociada con el ansia. Además, no sólo reduce el síndrome de abstinencia sino que mantiene la abstinencia, a través de los efectos producidos

sobre los mecanismos centrales del refuerzo (Churchill, Pariser, Larson y Dilsaver, 1989).

Sin embargo, aunque existe una evidencia teórica de las propiedades de los antidepressivos en el tratamiento del tabaquismo, se han realizado muy pocos estudios en los cuales se han aplicado dichos fármacos (Glassman, Stetner, Walsh, Raizman, Fleiss, Cooper y Covey, 1988; Edwards, Murphy, Downs, Ackerman y Rosenthal, 1989).

Los resultados obtenidos por Hall, Muñoz y Reus (1991) indican que el tratamiento cognitivo-comportamental puede ser adecuado en los sujetos que presenten al mismo tiempo comportamientos adictivos al tabaco y una depresión clínica. Además, una vez finalizado el tratamiento, dicho procedimiento obtiene un mantenimiento de la abstinencia más elevado que el tratamiento basado en antidepressivos y en los de sustitución de nicotina. Sin embargo, Zelman, Brandon, Jorenby y Baker (1992) han encontrado un efecto diferencial, en los sujetos que presentan problemas afectivos, en función de aplicar entrenamiento en estrategias de afrontamiento y apoyo conjuntamente. De entre los sujetos que presentan altos niveles de depresión, obtienen un resultado más positivo los que se les aplica información y apoyo que los sujetos a los cuales se les entrena en habilidades de afrontamiento. Quizás, la explicación se encuentre en la línea de lo indicado por McMullin y Giles (1981) acerca de las características que tienen que reunir los sujetos para que el tratamiento cognitivo-comportamental sea eficaz. Entre dichas características se encuentra el no presentar niveles altos de depresión.

Actualmente, existe un fuerte apoyo acerca de la existencia del síndrome de abstinencia. Sin embargo, no existe un criterio común para establecer su definición y la operacionalización del conjunto de síntomas que lo forman (Jarvik y Hatsukami 1989). Según Gritz, Carr y Marcus (1991), tanto de los estudios retrospectivos como de los prospectivos se extraen los siguientes componentes del síndrome de abstinencia: la urgencia o deseos de fumar (ansia) y una

variedad de síntomas. Dichos síntomas estarán en función, en parte, de los criterios que utilice cada autor (A.P.A.; 1980; 1987; Hughes, Gust y Pechacek, 1987; US DHHS, 1988).

Para determinar la importancia que el síndrome de abstinencia pueda tener para el desarrollo de la dependencia, Hughes, Gust y Pechacek (1987), en su investigación utilizaron los criterios de dependencia determinados por el DSM-III (A.P.A.; 1980). Los resultados mostraron que únicamente el 21% de los sujetos clasificados como dependientes presentaron un síndrome de abstinencia. Estos autores concluyen que o bien los criterios de clasificación presentados en el DSM-III (A.P.A.; 1980) del síndrome de abstinencia y la dependencia no son válidos o el síndrome no es una característica de aquella. Posteriormente Hughes, Gust y Pechacek (1987), utilizando su propia clasificación, más próxima al DSM-III-R (A.P.A.; 1987) encontraron que el 46% de los sujetos que abandonaron su hábito experimentaron el síndrome de abstinencia.

Por otra parte, una de las cuestiones que se plantean en relación con el tema que estamos tratando, consiste en determinar si los síntomas que se experimentan se deben únicamente a los efectos producidos por la nicotina o a otros factores. Según Hatsukami, Skoog, Huber y Hughes (1991) existen tres planteamientos para resolver esta cuestión: 1) examinar si los fármacos antagonistas de la nicotina precipitan el síndrome. Hatsukami, Skoog, Huber y Hughes (1991) no aportan ningún resultado convincente al respecto. Sin embargo, Clarke (1991) sí que aporta datos confirmatorios de tal hecho; 2) comprobar si la administración de nicotina puede aliviar dichos síntomas. En la mayoría de los síntomas que conforman el síndrome s que se produce un alivio de los mismas, excepto en el ansia y 3) examinar los cambios que se producen tras la supresión de la administración de nicotina. La supresión de la nicotina, tras un período de consumo, produce síntomas de abstinencia. Hughest, Gust, Keenan, Skoog, Fenwick y Higgins (1991). indican que el 20% de los fumadores a los cuales se les ha aplicado un tratamiento basado en el chicle

de nicotina, durante un período superior a los seis meses, se produce una dependencia al mismo.

Por otra parte, los resultados de Hatsukami, Skoog, Huber y Hughes (1991) indican que aunque algunos síntomas dependen del efecto producido por la nicotina, la gravedad de los mismos no es únicamente el resultado de los efectos farmacológicos de dicha sustancia. Rose y colaboradores (Levin, Rase y Behm, 1990) indican que mediante la aplicación de ácido cítrico reducen el ansia.

Aunque no se ha realizado ningún estudio controlado que compare el síndrome de abstinencia en las personas que eliminan el tabaco por sí mismas y aquellas que abandonan su hábito formando parte de un tratamiento formalizado, los resultados obtenidos por Gritz, Carr y Marcus (1991) son de gran interés. Con una muestra de 554 fumadores y con un seguimiento de un año, el nivel de dependencia predice el estatus del fumador (tanto a corto como a largo plazo) y el síndrome de abstinencia (a corto plazo). En la primera semana, el 87% presentaba el síndrome de abstinencia y el 66.6% el ansia.

Al eliminar el hábito de fumar, entre los síntomas que produce el síndrome de abstinencia, la consecuencia más común, aparte del ansia de fumar y el efecto negativo, puede ser el incremento del apetito y el aumento de peso (Gritz, Carr y Marcus, 1991). Según el Informe del Cirujano General de Estados Unidos, en el 80% de los sujetos que abandonan el tabaco se produce un aumento de peso (US DHHS 1990).

En la revisión realizada por Klesges (Klesges, Meyers, Klesges y La Vasque, 1989), este autor concluye que, por término medio, los fumadores pesan de 3 a 4 kilos menos que los no fumadores.

Sin embargo, existe una gran variabilidad individual en el aumento de peso, tal como se observa en los distintos estudios realizados (Klesges, Depue, Audrain, Klesges y Meyers, 1991; Klesges, Klesges y Meyers, 1991; Williamson, Madans, Anda, Kleinman, Giovino y Byers, 1991). Concretamente, las mujeres tienden a ganar más

peso que los hombres (Williamson, Madans, Anda, Kleinman, Giovino y Byers, 1991). Además, otros predictores pueden ser un elevado consumo de cigarrillos y tener un peso por debajo de la media (Klesges, Meyers, Klesges y Lavasque, 1989; Williamson, Madans, Anda, Kleinman, Giovino y Byers, 1991). Concretamente, este último autor encontró que, en promedio, el aumento de peso fue de 2.8 kg. y 3.8 kg. (en hombres y mujeres, respectivamente). Además, el 9.8% (entre los hombres) y el 13.4% (entre las mujeres) aumentaron más de 13 kg. (Williamson, Madans, Anda, Kleinman, Giovino y Byers, 1991).

Pero el problema no radica en que el aumento de peso puede reducir, en parte, los beneficios obtenidos (en términos globales para la salud) al eliminar el tabaco (US DHHS, 1990), sino que, debido sobre todo a la preocupación que existe entre las mujeres por el aumento de peso puede dificultar la eliminación del mismo o precipitar la recaída (Centers for Disease Control, 1991; Moses, Baniliv y Lifshitz, 1989). Al menos en Estados Unidos, un número elevado de estudiantes en los grados superiores fuman para mantener el peso (Camp, Klesges y Relyea, 1993; Klesges y Klesges, 1988).

A continuación, se van a describir las relaciones más importantes que existen entre el consumo de tabaco y el aumento de peso (Perrkins, 1993):

1.- El peso corporal es más reducido en los fumadores, se iguala al eliminar el tabaquismo y, tras la recaída, vuelve a los niveles iniciales.

2.- La ingesta de calorías no es diferente entre los fumadores y los no fumadores (a pesar de que los fumadores tienen un menor peso). Se incrementa transitoriamente después de dejar el tabaco y puede decrecer después de la recaída. El tabaquismo y la ingesta de nicotina no produce cambios agudos en el apetito entre los fumadores, pero puede decrecer el apetito entre los no fumadores.

3.- La actividad metabólica está incrementada de forma aguda por el tabaquismo

y la nicotina, especialmente en conjunción con la actividad física.

4.- La actividad física no está sistemáticamente influenciada por el tabaquismo a la ingesta de nicotina (aguda/crónica).

Por otra parte, el ansia es un término problemático, tanto a nivel conceptual como a nivel metodológico. A nivel conceptual (definido por West y Schneider -1987- como "la urgencia y el deseo de fumar"), no se ha establecido a qué nivel de deseo -presumiblemente experimentado por todos los fumadores- se puede considerar ansia. A nivel metodológico, el problema, en parte, deriva desde los presupuestos conceptuales. No existen instrumentos de medida que evalúen dicho término (recientemente, Tiffany y Drobes -1991- han desarrollado y validado inicialmente un cuestionario sobre el ansia de fumar). Por otra parte, a pesar de que West y Schneider lo consideran la característica más importante del síndrome de abstinencia, Hughes, Higgins y Hatsukami (1990) excluyeron el análisis de dicho término por la naturaleza problemática del mismo.

En un esfuerzo por eliminar las deficiencias que plantean las teorías fisiológicas de la dependencia, Wise (1988) ha desarrollado un modelo unificado de las adicciones. Aquéllas no explican el inicio del proceso del hábito de fumar y, además, fracasan en poder explicar la recaída en los sujetos en los cuales se ha producido una desintoxicación de la sustancia adictiva, originaria de la dependencia. Este autor, mantiene que la estimulación cerebral (producida por los opiáceos y, presumiblemente, por la nicotina y el alcohol) puede mantener la adicción sin necesidad de existir una dependencia fisiológica. Respecto del ansia de fumar, Wise (1988) distingue entre el ansia asociado con la anticipación de la reducción del síndrome de abstinencia y el ansia resultante del recuerdo del refuerzo positivo.

Respecto del rol que ejerce el término que se está analizando en relación a la recaída, Killen, Fortmann, Newman y Varady (1991) realizaron un estudio prospectivo para delimitar dicho rol. Los resultados obtenidos indican que la dependencia fue

asociada al ansia tanto a las 48 horas como a las 4 y a las 8 semanas. Además, el nivel de ansia medido a las cuarenta y ocho horas después de haber eliminado el tabaco, estaba asociado con el resultado del tratamiento. Los sujetos que presentaban niveles elevados de ansia, a los dos meses de seguimiento, se mantuvieron abstinentes el 22%. Sin embargo, los sujetos que obtuvieron puntuaciones bajas, se mantuvieron abstinentes el 43%. Por lo tanto, este estudio indica que el ansia predice el resultado posterior.

CONCLUSION

Tal y como se ha puesto de manifiesto en las páginas anteriores, en la fase de eliminación del tabaquismo intervienen tanto variables psicológicas como fisiológicas. En relación a los factores psicológicos, el afrontamiento, el estrés, el neuroticismo, la autoeficacia y los estados depresivos ejercen un rol muy importante en el abandono del tabaco. Respecto de los factores farmacológicos, la nicotina es el elemento más importante. Sin embargo, no está totalmente establecido cuál es la función que ejerce dicho agente farmacológico.

En relación al nivel de sensibilidad nicotínica que presentan los fumadores, si se confirman los postulados de Shiffman (1989), se rechazarían las teorías clásicas explicativas de la dependencia nicotínica.

A diferencia de las teorías clásicas que atribuyen a la nicotina propiedades ansiolíticas, ésta presenta propiedades antidepresivas, ya que influye en el sistema dopaminérgico.

Finalmente, un aspecto de gran interés en el tema que nos ocupa ya puesto de manifiesto por Bayot (1994), es el relacionado con el síndrome de abstinencia. A partir de aquí, se pueden plantear una serie de cuestiones tales como:

1.- En realidad ¿en qué consiste el síndrome de abstinencia?

2.- ¿Se puede considerar común un concepto abstracto aislado relacionado con otros aspectos tales como la dependencia y la tolerancia?

3.- ¿Son las características indicadas por Hughes, Gust y Pechacek (1987), en el DSM-III (1980) y en el DSM-III-R (1987) las que realmente constituyen el síndrome de abstinencia?

4.- Siendo de esta formas ¿qué criterios han determinado dicha elección?

5.- ¿Realmente, tal y como hemos indicado en un trabajo anterior (Bayot -1994-), tanto el ansia como el aumento de peso actúan por mecanismos distintos al resto de

síntomas que conforman el síndrome de abstinencia?

Estas y otras cuestiones requieren una aclaración para determinar exactamente las variables que determinan, en mayor medida, el comportamiento adictivo al tabaco.

Por lo tanto, una de los objetivos prioritarios de las investigaciones futuras deberá estar orientado en analizar dichos interrogantes.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1980). Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders. Third ed.(DSM III) APA. Trad. Cast. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM III. Barcelona: Masson, 1984.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1987). Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders. Third ed. Revised (DSM III-R) APA. Trad. Cast. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM III-R. Barcelona: Masson, 1989.

ASHTON, H. & STEPNEY, R. (1982). Smoking. Psychology and Pharmacology. London: Tavistok.

BANDURA, A. (1977a). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Review, 84, 191-215.

BAYOT, A. (1994). Terapia de Auto-Regulación para la Eliminación del Hábito de Fumar. Tesis Doctoral no publicada.

BAYOT, A; CAPAFONS, A. Y AMIGO, S. (1993). Terapia de Auto-Regulación Emocional para la Deshabitación del Tabaquismo: Factores Diferenciales como Predictores de Éxito Terapéutico. En A. Capafons y S. Amigó. Hipnosis. Terapia de Auto-Regulación e Intervención Comportamental. Valencia: Promolibro.

CAMP, D. E.; KLESGES, R. C. & RELYEA, G. (1993). The Relationship between Body Weight Concerns and Adolescent Smoking. Health Psychology, 12, 24-32

CAPAFONS, A. E IBAÑEZ, E. (1988). Competencia Aprendida (la Aproximación de Rasenbaum) -I-: Características definicionales, Críticas Conceptuales y su Relación con la Intervención Comportamental. Revista Española de Terapia del Comportamiento, 6, 3, 191-215

CAREY, M.P; KALRA, D; CAREY, K.B; HALPERIN, S. & RICHARD, C.S. (1993). Stress and Unaided Smoking Cessation: A Prospective Investigation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 931-838.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL (1991). Body-Weight Perceptions and Selected Weight-Management Goal and Practices of High School Students -United States 1990-. Journal of the American Medical Association, 266, 2811-2812.

CHURCHILL, C.M; PARISER, S.F; LARSON, C.N. & DILSAVER, S. C. (1989). Antidepressants and Cessation of Smoking. American Journal of Psychiatry, 146, 1238.

CLARK, P.B.S. (1991). Nicotine Receptor Blockade Therapy on Smoking Cessation. British Journal of Addiction, 86, 501-505.

CURRY, S; WAGNER, E.H. & GROTHAUS, L.C. (1990). Intrinsic and Extrinsic Motivation for Smoking Cessation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 3, 310-316.

CURRY, S.J; WAGNER, E.H. & GROTHAUS, L.C. (1991). Evaluation of Intrinsic and Extrinsic Motivation Interventions with a Self-Help Smoking Cessation Program. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 2, 318-324.

EDWARDS, N.B; MURPHY, J.K; DOWNS, A.D; ACKERMAN, B.J. & ROSEN-RHAL, T.L. (1989). Doxepin as an Adjunct to Smoking Cessation: A Double-Blind Pilot Study. Am. J. Psychiatry, 146, 3, 373-376.

EVANS, N.J; GILPIN, E, PIERCE, J.P; BURNS, D.M; BORLAND, R; JOHNSON, M. et al. (1992). Occasional Smoking Among Adults: Evidence from California Tobacco Survey. Tobacco Control, 1, 169-175.

FAGERSTROM, K.O. (1978). Measuring Degree of Physical Dependence to Tobacco Smoking with Reference to Individualization of Treatment. Addictive Behavior, 3, 235-241.

- FAGERSTROM, K.O; HURT, R.D; SAWE, U. & TONNESEN, P.** (1992). Therapeutic Use of Nicotine Patches: Efficacy and Safety. Journal of Smoking-Related Diseases, 3, 247-261.
- GLASSMAN, A.H; STETNER, F; WALSH, T; RAZMAN, P.S; FLEISS, J.L; COOPER, T.B. & COVEY, L.S.** (1988). Heavy Smokers, Smoking Cessation, and Clonidine. Results of a Double-blind, Randomized Trial. JAMA, 259, 19, 2863-2866.
- GRITZ, E.R; BERMAN, B.A; BASTANI, R. & WU, M.** (1992). A Randomized Trial of a Self-Help Smoking Cessation Intervention in a Nonvolunteer Female Population: Teting the Limits of the Public Health Model. Health Psychology 11 280-289.
- GRITZ, E.R; CARR, C.R. & MARCUS, A.C.** (1991). The Tobacco Withdrawal Syndrome in Unaided Quitters. British Journal of Addiction, 86, 57-69.
- HAJEK, P.** (1991). Individual Differences in Difficulty Quitting Smoking. British Journal of Addiction, 86, 555-558.
- HALL, S.M; MUÑOZ, R.F. & REUS, V.I.** (1990). Smoking Cessation, Depression, and Dysphoria. In L. Harris (Ed.): Problems of Drug Dependence 1990: Proceedings of the 52nd Annual Scientific Meeting. The Committee on Problems of Drugs Dependence Inc. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- HALL, S.M; MUÑOZ, R.F. & REUS, V.I.** (1991). Depression and Smoking Treatment: A Clinical Trial of an Affect Regulation Treatment. In Problems of Drug Dependence 1991: Proceeding of the 53rd Annual Scientific Meeting. The Committee on Problems of Drugs Dependence, Inc. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- HALL, S.M; MUÑOZ, R.F; REUS, V.I. & SEES, K.L.** (1993). Nicotine, Negative Affect, and Depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 761-767.
- HATSUKAMI, D; SKOOG, K; HUBER, M. & HUGHES, J.R.** (1991). Signs and Symptoms from Nicotine Gum Abstinence. Psychopharmacology, 104, 496-504.
- HUGHES, J.R.** (1986). Genetics of Smoking. A Review. Behavior Therapy, 17, 335-345.
- HUGHES, J.R.** (1988a). Clonidine, Depression, and Smoking Cessation. JAMA, 259, 19, 2901-2902.
- HUGHES, J.R.** (1992). Tobacco Withdrawal in Self-Quitters. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 5, 689-697.
- HUGHES, J.R. & GLASER, M.** (1993). Transdermal Nicotine for Smoking Cessation. Health Values, 17, 24-31.
- HUGHES, J.R; GUST, S.W; KEENAN, R.M; SKDOG, K; FENWICK, J.W. & HIGGINS, S.T.** (1991). Long-Term Use of Nicotine versus Placebo Gum. Archives of Internal Medicine, 151, 1993-1998.
- HUGHES, J.R; GUST, S.W. & PECHACEK, T.F.** (1987). Prevalence of Tobacco Dependence and Withdrawal. American Journal of Psychiatry, 144, 205-208.
- HUGHES, J.R; HIGGINS, S.T. & HATSUKAMI, D.K.** (1990). Effects of Abstinence from Tobacco. In L. Kozlowsk, H. Annis, H. Cappel et al. (Eds.): Research Advances in Alcohol and Drug Problems. New York: Plenum Press.
- JARVIK, M.E. & HATSUKAMI, D.K.** (1989). Tobacco Dependence. In T. Ney and A. Gale (Eds.): Smoking and Human Behavior. Chichester: John Wiley & Sons.
- KILLEN, J.D; FORTMANN, S.P; NEW-MAN, B. & VARADY, A.** (1991). Prospective Study of Factor Influencing the Development of Craving Associated with Smoking Cessation. Psychopharmacology, 105, 191-196.
- KLESGES, R.C; DEPUE, K; AUDRAIN, J; KLESGES, L.M. & MEYERS, A.W.** (1991). Metabolic Effects of Nicotine Gum and Cigarette Smoking: Potential Implications for Postcessation Weight Gain? Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 5, 749-752.
- KLESGES, R.C. & KLESGES, L.M.** (1988). Cigarette Smoking as a Dieting Strategy in a University Population. International Journal of Eating Disorders, 7, 423-419.
- KLESGES, R.C; KLESGES, L.M. & MEYERS, A.W.** (1991). Relationship on Smoking Status, Energy Balance, and Body Weight: Analysis of the Second National Health and Nutrition Examination Survey. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 6, 899-905.
- KLESGES, R.C; MEYERS, A.W; KLESGES, L.M. & LAVASQUE, M.E.** (1989). Smoking, Body Weight, and Their Effects an Smoking Behavior: A Comprehensive Review of the Literature. Psychological Bulletin, 106, 204-230.
- LANDO, H.A; PIRIE, P.L; MCGOVERN, P; PECHACEK, T.F; SWIM, J. & LOKEN, B.** (1991). A Comparison of Self-Help Approaches to Smoking Cessation. Addictive Behaviors, 16, 183-193.

- LEVENTHAL, H. & CLEARY, P.D. (1980). The Smoking Problem: A review of the Research and Theory in Behavioral Risk Modification. Psychological Bulletin, 88, 2, 370-405.
- LEVIN, E.D; BEHM, F. & ROSE, J.E. (1990). Development of a Citric Acid Aerosol as a Smoking Cessation Aid. Drug and Alcohol Dependence, 25, 273-279.
- MARLATT, G.A. (1985). Coping and Substance Use: Implications for Research, Prevention, and Treatment. In S. Shiffman and T.A. Wills (Eds.): Coping and Substance Use. Orlando, Academic Press, Inc.
- McKENNELL, A.C. & THDMAS, R.K. (1967). Adults and Adolescents Smoking Habits and Attitudes. London: British Ministry of Health.
- McMULIN, R.E. & GILES, T.R. (1981). Cognitive Behavior Therapy: A Re-structuring Approach. Grune & Stratton.
- MOSES, N; BANJILIVY, M.-M. & LIFS-HITZ, F. (1989). Fear of Obesity Among Adolescents Girls. Pediatrics, 83, 393-398.
- ORLEANS, C.T. & RIMER, B.R. (1992). Enhancing Adherence to Cancer Control Regimens: Clear Horizons. Unpublished Research Report.
- PALMER, A.B. (1970). Some Variables Contributing to the Onset of Cigarette Smoking Among Junior High School Students. Soc Sci Med; 4, 359-366.
- PERKINS, K.A. (1993). Weight Gain Following Smoking Cessation. Journal of Consulting and Consulting and Clinical Psychology, 61, 768-777.
- PERRI, M. & RICHARDS, C. (1977). An Investigation of Naturally Occurring Episodes of Self-Controlled Behaviors. J. Of Counselling Psychology, 24, 178-185.
- POMERLEAU, D.F; COLLINS, A.C; SHIFFMAN, S. & POMERLEAU, C.S. (1993). Why Some People Smoke and Others Do Not: New Perspectives. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 723-731.
- ROBINS, L.N; HELZER, J.E; WEISSMAN, M.M; ORVASCHEL, J; GRUENBERG, E. & BURKE, J.D. ir (1984). Lifetime Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Three Sites. Archives of General Psychiatry, 41, 949-958.
- ROSE, J.E; LEVIN, E.D; BEHM, F.M; ADIVI, C. & SCHUR, C. (1990). Transdermal Nicotine Facilitates Smoking Cessation. Clinical Pharmacology and Therapeutics, 47, 323-330.
- RUSSELL, M.A.H. (1989). Subjective and Behavioral Effects of Nicotine in Humans: Some Sources of Individual Variation. In A. Nordberg et al. (Eds.): Progress in Brain Research (Vol. 79). New York: Elsevier Science.
- SALLERAS, L. (1983). La Prevención del Tabaquismo. JANO (Monográfico), 594 60-64.
- SHIFFMAN, S. (1982a). Relapse Following Smoking Cessation: A Situational Analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, 71-86.
- SHIFFMAN, S. (1985). Coping with Temptations to Smoke. In S. Shiffman and T. A. Wills (Eds.): Coping and Substance Use. Orlando: Academic Press, Inc.
- SHIFFMAN, S. (1989). Tobacco "Chippers"-Individual Differences in Tobacco Dependence. Psychopharmacology, 97, 539-547.
- SHIFFMAN, S. & WILLS, T. A. (Eds.) (1985). Coping and Substance Use. Orlando: Academic Press, Inc.
- TIFFANY, S.T. & DROBES, D.J. (1991). The Development and Initial Validation of a Questionnaire on Smoking Urges. British Journal of Addiction, 86, 1467-1476.
- US DHHS (1988). The Health Consequences of Smoking. Nicotine Addiction: A Report of the Surgeon General (DHHS Publication N.º 88-8406). Washington, DC: US. Government Printing Office.
- US DHHS (1990). The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General (DHHS Publication N.º CDC 90-8416). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- WEST, R. & SCHNEIDER, N. (1987). Craving for Cigarettes. British Journal of Addiction, 82, 407-415.
- WILLIAMSON, D.F; MADANS, J; ANDA, R.F; KLEINMAN, J.C; GIOVINO, G.A. & BYERS, T. (1991). Smoking Cessation and Severity of Weight Gain in a National Cohort. New England Journal of Medicine, 324, 739-745.
- WISE, R.A. (1988). The Neurobiology of Craving: Implications for the Understanding and Treatment of Addiction. Journal of Abnormal Psychology, 97, 2 118-132.
- ZELMAN, D. C; BRANDON, T. H; JORENBY, D. E. & BAKER, T. B. (1992). Measures of Affect and Nicotine Dependence Predict Differential Response to Smoking Cessation Treatments. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 6, 943-952.