

# FACTORES DE RIESGO EN LA ETAPA DE INICIACIÓN EN LA CONDUCTA ADICTIVA AL TABACO

## RISK FACTORS IN THE EARLY STAGES OF TOBACCO-ADDICTIVE BEHAVIOR

AGUSTÍN BAYOT<sup>1</sup>  
UNIVERSIDAD DE VALENCIA

### RESUMEN

El comportamiento adictivo al tabaco se considera un proceso formado por una serie de etapas. Puesto que la etapa de iniciación es crucial en la adquisición de dicho comportamiento, el objetivo de este artículo radica en describir los factores más importantes que intervienen en esta fase, tales como estrés, afrontamiento, competencia social, auto-eficacia y cambio de actitudes. Además, se hace mención a la problemática que entrañan los programas de prevención del comportamiento adictivo al tabaco. Asimismo, se exponen una serie de críticas tanto de tipo metodológico como conceptual, respecto a las teorías explicativas del tabaquismo y de los programas de intervención. Finalmente, se describen una serie de cuestiones a considerar en las investigaciones futuras.

Palabras clave: adolescencia, tabaquismo, relaciones interpersonales, programas de prevención.

### ABSTRACT

Addictive smoking behavior often is described as a process involving a series of stages. Because the initiation stage is crucial in the acquisition of smoking behavior, the purpose of this article is to describe the most important factors operative at this stage, such as stress, coping, social skills, self-efficacy and attitude changes. Problems posed by programs designed to prevent addictive smoking behavior and methodological and conceptual issues concerning intervention programs and theories of smoking are

---

<sup>1</sup> Mandar correspondencia a: Agustín Bayot, Departament de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics, Facultat de Psicologia, Universitat de València Agda. Blasco Ibáñez, 21 46010-Valencia, España. Correo electrónico: bayot@correo.cop.es

discussed. Finally, issues related to future research in the area of smoking cessation are considered.

Key words: adolescence, tobacco, interpersonal relations, prevention programs.

---

El tabaquismo está reconocido como uno de los problemas más importantes de salud pública. Concretamente, en Europa, se estima que se producen 800,000 muertes anuales debido al consumo de tabaco (Steptoe, Wardle, Smith, Kopp, Skrabski, Vinck, & Zotti, 1995). Es más, se calcula que a mitad del próximo siglo, se producirán en el mundo 10 millones de muertes anuales, atribuibles directamente a los efectos producidos por el consumo de tabaco (Bayot, 1994; Lando, 1991).

En líneas generales, las variables psicosociales son los principales factores que contribuyen en la adquisición del comportamiento adictivo al tabaco en la adolescencia (Benito, Costa, Del Llano, & López, 1989; Chassin, Presson, & Sherman, 1990). Desde finales de la década de los setenta, la teoría y las investigaciones han estado focalizadas bajo los supuestos básicos de la psicología social (Flay, 1985). Dentro de este enfoque se han desarrollado cuatro líneas de investigación para explicar el comportamiento adictivo. Según Chassin et al. (1990), estos modelos son: 1) el tabaquismo como consecuencia de un cambio en las actitudes y en las creencias; 2) el tabaquismo como consecuencia de la influencia social; 3) el tabaquismo como consecuencia de un proceso de auto-concepto; y 4) el tabaquismo como consecuencia de problemas de comportamiento en la adolescencia.

### **Variables Descriptivas en la Iniciación al Consumo de Tabaco**

A partir de la revisión bibliográfica, se observa que diversos organismos e instituciones se han preocupado por conocer las cifras referentes a la prevalencia del hábito de fumar, tanto en sectores específicos como en la población en general (Amos, 1992; Goddard, 1990, 1992).

En términos generales, la edad de iniciación al consumo de tabaco se encuentra entre los 14 y los 16 años; no obstante, algunos estudios indican un inicio en edades más tempranas. Por ejemplo, en una encuesta, Comas (1985) reportó una diferencia interesante en la edad de iniciación al consumo de tabaco entre dos grupos de personas de diferente edad. Las personas cuyas edades fluctuaban entre los 35 a los 45 años, el 7.3% empezaron a consumir tabaco entre los 6 y los 10 años y el 33.3% entre los 11 y 15 años. Por el contrario, en un grupo de menores de 21 años, se encontró que el 10.4% y el 59%, iniciaron el consumo de tabaco, respectivamente a los 6-10 años o a los 11-15 años. Los datos obtenidos por Mendoza (1987) se encuentran en la misma

línea, ya que este autor encontró que niños del sexto grado de Educación General Básica, (E.G.B.) -en que la media de edad es de 11.5 años-, el 31.8% afirmó haber probado el tabaco. Para el octavo grado de E.G.B., la proporción se elevó a un 54.1%. Se encontró que este incremento en el consumo de tabaco, entre el sexto y el octavo grado, fue mayor entre las chicas que entre los chicos, marcándose una clara tendencia a la igualación. Estos datos indican que actualmente el inicio al consumo de tabaco se produce en edades más tempranas y que los chicos se inician antes que las chicas, aunque el consumo de tabaco tiende a igualarse entre hombres y mujeres, a medida que avanza la edad.

En Estados Unidos, las investigaciones demuestran que existe una disminución en el porcentaje de adolescentes que inician el hábito de fumar. Por ejemplo, en los siete estudios realizados por la Salud Nacional entre 1974 y 1985 (ver Fiore, Novotny, Pierce, Hatziandreu, Patel, & Davis, 1989), se reportó que el porcentaje de inicio al consumo de tabaco disminuyó entre los chicos en un 1.03%, mientras que permaneció aproximadamente el mismo entre las chicas (0.11%). En relación a la raza, se encontró que entre adolescentes afroamericanos, el consumo de tabaco disminuyó de forma más rápida (-1.02%) que entre los blancos (-0.35%). Entre 1974 y 1985, el nivel educativo reemplazó al sexo como la variable predictora de la conducta de fumar. En el estudio de Fiore et al. (1989), se encontró que los adolescentes que tenían un nivel educativo elevado, disminuyeron su consumo de tabaco, en mayor grado que aquellos con un bajo nivel educativo (el porcentaje de consumo de tabaco disminuyó hasta situarse en un 15%); sin embargo, alrededor de 1987 los niveles de consumo de tabaco se igualaron entre los dos grupos de adolescentes. Por el contrario, relativo al nivel educativo, entre 1974 y 1985, el único grupo en el cual se produjo un incremento en la tasa de iniciación al consumo de cigarrillos, fue el de las chicas con un nivel educativo inferior, pero para 1987 se presentó una rápida disminución en el consumo de tabaco, en función del nivel educativo de las chicas (Pierce, Fiore, Novotny, Hatziandreu, & Davis, 1989). Recientemente, una serie de investigaciones han confirmado esta tendencia (Andreski & Breslau, 1993; Breslau, Kilbey, & Andreski, 1994; US DHHS, 1991), ya que en éstas también se han observado tasas de consumo de tabaco más altas en jóvenes blancos y con niveles educativos inferiores.

Los datos anteriores son congruentes con las líneas de investigación postuladas en la Conferencia Internacional sobre el Tabaco en la Adolescencia (ver Pimentel, 1993). En esta Conferencia, se postuló realizar una investigación sobre las variables que intervienen para la iniciación en el consumo de tabaco. En la investigación participaron diez países europeos. Los participantes en la investigación fueron niños de 6º y 8º de E.G.B. Los resultados encontrados en

España mostraron que en el octavo grado, el 54% de los escolares manifestó haber fumado cigarrillos alguna vez. Se encontró además, que en ese periodo de tiempo (entre el sexto y el octavo grado), los chicos se inician con anterioridad y, posteriormente, las chicas tienden a igualar a los chicos en su consumo de tabaco. Pimentel (1993) también reportó que, además de la edad, el nivel socioeconómico y la edad de los padres, son otras variables importantes que afectan la cantidad de consumo de tabaco en los adolescentes. Por ejemplo, los hijos de obreros fuman más que los hijos de técnicos; asimismo, los hijos de padres desempleados consumen el doble de tabaco que los hijos de padres empleados y los alumnos rurales fuman más que los de la ciudad.

En un estudio reciente llevado a cabo en 21 países europeos, con una muestra de 16,483 estudiantes, cuyas edades oscilaban entre los 18 y los 30 años, se encontró que la prevalencia del consumo de tabaco fue del 33.1% en chicos y del 29.0% en chicas (Steptoe et al., 1995).

Por otro lado, existen una serie de discrepancias acerca de la naturaleza y de las causas de la prevalencia del consumo de cigarrillos en adolescentes. Sussman, Dent, Mestel-Rauch, Johnson, Hansen, y Flay (1988) verificaron la exactitud de las estimaciones acerca del consumo de tabaco. Sus resultados mostraron que las estimaciones realizadas acerca de probar un cigarrillo son exactas, mientras que las estimaciones del consumo semanal se encuentran sobrevaloradas. Respecto del estadio de consumo de tabaco en el cual se encuentran las personas (no-fumadores, probadores o fumadores regulares), los análisis indicaron que los probadores realizan una estimación exacta respecto de su consumo de tabaco, en cambio, los no-fumadores realizan sub-estimaciones y los fumadores regulares sobre-estimaciones acerca del número de cigarrillos que prueban. Asimismo, se encontró que todos los grupos de jóvenes sobre-estimaron la prevalencia del número de cigarrillos consumidos semanalmente. Además, tanto la condición en la cual se encontraban los adolescentes, como el entorno de consumo de tabaco interpersonal, predecía aditivamente las estimaciones de prevalencia, siendo éstas relativamente más elevadas en jóvenes que se iniciaban en el consumo de cigarrillos. Por lo tanto, los datos de este estudio confirmaron en parte las afirmaciones hechas por varios investigadores acerca de que, en general, las estimaciones de la prevalencia de consumo de tabaco, en todos los niveles de consumo (no fumador, probador o fumador) son exageradas. Los jóvenes tienden a sobreestimar su consumo de tabaco, principalmente en su etapa inicial y las variables predictoras de consumo de tabaco son iguales para jóvenes, independientemente de su edad.

### **Etapas en el Desarrollo de la Dependencia Nicotínica en los Adolescentes**

El proceso mediante el cual las personas desarrollan una dependencia al tabaco no ha sido analizado con el énfasis que requiere, a pesar de sus implicaciones para los programas de intervención dirigidos a interrumpir los estadios tempranos de la conducta de fumar (McNeill, 1991). A partir de una serie de publicaciones (Leventhal & Cleary 1980; Russell, 1974), el comportamiento de fumar se ha considerado como un proceso formado por una serie de etapas. Concretamente, Leventhal y Cleary (1980), tras realizar una revisión (tanto empírica como teórica) de la literatura existente, presentaron un modelo múltiple de regulación, el cual intenta integrar, tanto los factores psicológicos, como los biológicos, asociados con el tabaquismo. Además, dichos autores, establecieron que el comportamiento adictivo está formado por las siguientes etapas: preparación, iniciación, experimental y mantenimiento. Según Leventhal y Cleary, y Flay, D'Avernas, Best, Kersell, y Ryan (1983) en la fase de preparación se incluyen todos aquellos factores que llevan a una persona a tomar un cigarrillo y fumar. Se considera que la presión social de amigos, familiares y de los medios de comunicación, es el factor más importante en esta etapa (Benito et al., 1989).

La fase de iniciación es una fase crítica para empezar a fumar. Se considera que el 90% de los adolescentes intentan fumar un cigarrillo; aunque sólo el 60% llegarán a ser fumadores habituales (Hirschman, Leventhal, & Glynn, 1984). Estos autores, desde una perspectiva del desarrollo de la conducta de fumar por etapas, describieron las variables implicadas en el proceso adictivo. De una muestra de 386 adolescentes, encontraron que el 47.5% habían probado un cigarrillo y que estos adolescentes se caracterizaban por tener puntajes altos en situaciones de riesgo, tener el mejor amigo que también fuma y presentar sentimientos de inferioridad. Un 32% llegó a fumar un segundo cigarrillo. Las variables que intervinieron para volver a fumar fueron tener hermanos que fuman, la atracción por el riesgo, una sensación de desamparo y el tener más de la mitad de amigos que fuman. Un hecho a destacar, consiste en que tener actitudes negativas hacia los cigarrillos se relaciona negativamente con el nivel de consumo (este hecho tiene importantes implicaciones en los programas destinados a prevenir dicho comportamiento). Finalmente, de los adolescentes que fumaron un segundo cigarrillo, el 77% probó un tercero. Este incremento se caracterizó por una demora breve, tener el mejor amigo que también fuma y tener una sensación de desamparo (en este último caso, se utilizan los cigarrillos como una estrategia para afrontar situaciones estresantes).

Durante la fase experimental, en la que uno ya se convierte en fumador, los factores biológicos juegan un rol crítico. Sin embargo, los factores

sociales, cognitivos y comportamentales pueden fomentar dicho proceso. En esta fase, desaparecen los efectos fisiológicos negativos característicos de la primera etapa, tales como vómitos (Leventhal & Cleary, 1980) y además se refuerzan los aspectos psicológicos.

En líneas generales, se considera que para desarrollar un patrón regular de la conducta de fumar, se requiere de unos dos años. Este patrón implica una progresión a través de una serie de etapas, desde fumar por motivos psicosociales, hasta un efecto activo de la nicotina y finalmente, algunos fumadores, mantienen la conducta de fumar para evitar el síndrome de abstinencia (McNeill, 1991; Russel, 1974). La fase de mantenimiento se inicia cuando el tabaco se convierte en una parte integral de la auto-regulación en diferentes situaciones. Leventhal y Cleary (1980) enfatizaron la importancia de los factores biológicos y psicológicos en esta fase. De acuerdo con Stern, Prochaska, Velicer, y Elder (1987), las etapas que se siguen para establecer la conducta de fumar son: la precontemplación, la contemplación, la acción y el mantenimiento. Sin embargo, en un estudio hecho por McNeill (1991), se encontró que no existe evidencia contundente que apoye la presencia de ciertas etapas por las que atraviesa el fumador novato y que lo llevan a ser un fumador consumado.

### **Estrés, Afrontamiento y Consumo de Tabaco en la Adolescencia**

Lazarus y Folkman (1986), en su modelo cognitivo, definieron el estrés psicosocial como "la relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar" (p. 43). Estos autores definieron el afrontamiento como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (p. 164). Otros autores (e.g., Shiffman & Wills, 1985), establecieron diferentes estrategias de afrontamiento, en función de la etapa temporal en la cual se utilizan; por ejemplo, distinguieron entre un afrontamiento anticipatorio (eventos pre-estresantes), afrontamiento inmediato (situación de alto riesgo) y afrontamiento restaurador (eventos post-estresantes). De forma similar, el uso de drogas puede ser considerado como un intento de afrontar directamente una situación problemática (afrontamiento primario) o como un resultado de un intento infructuoso para afrontar el problema (afrontamiento secundario, e.g., Stone, Lenox, & Neale, 1985). Carey, Snel, Carey, y Richards (1989) y Lazarus y Folkman (1986), distinguieron entre afrontamiento dirigido al problema y el dirigido a la emoción.

Por otra parte, otro término importante para el tema de este trabajo es

el de la evaluación cognitiva. Este concepto hace referencia al proceso de categorización de un evento estresante respecto de su significado para el individuo. Existen tres tipos de evaluación cognitiva: valoración primaria (recientemente se ha elaborado un cuestionario que evalúa la valoración primaria en tabaquismo; ver, Kalra, Carey, & Folk, 1992); valoración secundaria, y re-evaluación. En la valoración primaria, los individuos se cuestionan ¿qué es lo que está ocurriendo? Las evaluaciones pueden ser: irrelevantes, benigno/positivas y estresantes (daño/pérdida, amenaza y desafío). La valoración secundaria hace referencia a ¿qué es lo que se puede hacer? En los procesos de auto-evaluación, Bandura (1977, 1982) distinguió entre expectativa de resultado, es decir la valoración del individuo de que una determinada conducta logrará ciertos resultados y expectativa de eficacia, esto es, la convicción de que un individuo es capaz de llevar a cabo con éxito una determinada conducta y lograr los resultados deseados. Por último, la re-evaluación hace referencia a un cambio introducido en la evaluación inicial y proviene de la necesidad interna del individuo, más que de las presiones del entorno (Lazarus & Folkman, 1986).

Wills (1985) en una investigación realizada para determinar la relación existente entre afrontamiento, estrés y consumo de tabaco en la adolescencia, encontró que existe una relación negativa entre la utilización de estrategias de afrontamiento y el consumo de drogas (alcohol y tabaco) y que el estrés está relacionado con el incremento en la probabilidad del consumo de estas drogas. Robertson (1990), en una investigación donde estudió el hábito de fumar de matrimonios jóvenes, encontró que los grandes fumadores (más de 20 cigarros por día) presentaban niveles más altos de ansiedad y de depresión, que los bajos fumadores (menos de 20 cigarros por día). Este autor también encontró que entre jóvenes solteras existían diferencias significativas en ansiedad (pero, no en depresión), en función de su nivel de consumo de cigarrillos. Además, las estrategias de afrontamiento internas estuvieron asociadas con altos niveles de consumo de tabaco y de alcohol, a diferencia de las estrategias de afrontamiento externas (el autor no indica qué tipo de estrategias, internas/externas, utilizaron las adolescentes).

Como conclusión, se puede indicar que la existencia de factores estresantes en la vida de los adolescentes es un predictor en la iniciación al tabaquismo (Penny & Robinson, 1986). Warburton, Revell, y Thompson (1991) encontraron que en años recientes, tanto en el Reino Unido, como en los Estados Unidos, las mujeres y las personas de los grupos sociales más deprimidos económicamente, consumen más tabaco que antes y que otros grupos sociales. Estos autores señalaron que es necesario determinar si estos cambios en las características demográficas de los fumadores son debidos a diferencias individuales en la forma de afrontar las situaciones estresantes.

### **Competencia Social y Auto-Eficacia como Determinantes en el Consumo de Tabaco en la Adolescencia**

En décadas anteriores, se había utilizado un modelo que consideraba que el uso de drogas se debía a causas patológicas (i.e., baja auto-estima o delincuencia) y que poco se podía hacer al respecto. Actualmente este modelo ha sido desechado y, en su lugar, se ha postulado que es factible evitar el consumo de drogas (Perry, 1983). En la última década en los estudios realizados para prevenir el uso de tabaco y de las drogas en general, se ha enfatizado el entrenamiento de habilidades sociales e interpersonales y la promoción de conductas saludables alternativas (Pentz, 1985). Las habilidades cognitivas y comportamentales, que se pretende enseñar están relacionadas con competencia social (Meichenbaum, Butler, & Gruson, 1981). Pentz estableció que la competencia social puede incluir diversas habilidades que son aplicables a una variedad de situaciones (por ejemplo, asertividad). Asimismo, estableció que existen habilidades específicas para evitar el uso drogas, (e.g., asertividad para resistir la presión ejercida por el grupo de referencia sobre el adolescente), o habilidades más adecuadas para una determinada persona o para un grupo de edad. Al respecto, se han realizado diversos estudios psicosociales, los cuales han demostrado un incremento constante en la prevalencia del consumo de tabaco y alcohol en adolescentes y explican que estos resultados están relacionados con la incapacidad de ejercer las habilidades de competencia social, tales como negarse a aceptar el ofrecimiento de un cigarrillo (Kellam, Brown, & Fleming, 1982).

Por otro lado, las investigaciones realizadas para determinar la relación existente entre la competencia social y el consumo de drogas, están determinadas por la forma de afrontar las situaciones estresoras. Según Pentz (1985), principalmente dos perspectivas han dirigido estas investigaciones. Estas son, el modelo de afrontamiento al estrés y el modelo de respuesta al estrés. El primero hace hincapié en que el consumo de drogas se realiza como una conducta compensatoria o de afrontamiento en reacción al estrés y el segundo establece que el consumo de drogas es una conducta que incrementa el estrés a través del tiempo, y asume que si los individuos utilizan las drogas como un mecanismo de afrontamiento, inhiben el aprendizaje de conductas más adaptativas. Los resultados obtenidos en estudios longitudinales apoyan el modelo de respuesta al estrés, más que al modelo de afrontamiento al estrés, como modelo explicativo en el consumo de drogas (Wrubel, Benner, & Lazarus, 1981).

Una serie de resultados obtenidos en las investigaciones realizadas, apoyan la relación existente entre las adicciones y la competencia social, en donde se establece, en primer lugar, que las variables tales como la respuesta



al consumo de las drogas, habilidades sociales y la auto-eficacia -"convicción por la cual un sujeto puede realizar un tipo de conducta (s) exitosa (s) para producir un resultado deseado" (Bandura, 1977, p. 193)-, son altamente estables a través del tiempo. En segundo lugar, la dirección de la relación causal, replica la dirección del cambio cognitivo-comportamental obtenido por Bandura. Estos resultados tienen dos implicaciones: la competencia social, por sí sola, no es un predictor exacto del consumo de drogas en la adolescencia (Huba & Bentler, 1980), y la fuerza de la competencia social como predictor de las adicciones puede depender de si las habilidades de la competencia social están medidas en situaciones directamente relacionadas (resistir el ofrecimiento de alguna droga), o en situaciones indirectamente relacionadas (Pentz, 1983).

### **Iniciación en el Consumo de Tabaco como Resultado de Procesos Psicosociales**

*Características Familiares, Grupo de Referencia e Influencia Social.* Una serie de estudios han analizado el rol que ejerce la familia en la iniciación del comportamiento adictivo en la adolescencia (Eiser, Eiser, Gammage, & Morgan, 1989; Isohanni, Moilanen, & Rantakallio, 1991). Concretamente, Eiser et al. (1989) realizaron una investigación para establecer una distinción entre el hábito de fumar de los propios padres, y las actitudes que éstos tienen respecto de dicho hábito. Los resultados obtenidos mostraron que la oposición de los padres es un predictor más importante que su comportamiento, en la intención de fumar de los adolescentes.

Por otra parte, a diferencia de Eiser et al. (1989), Isohanni et al. (1991) analizaron los factores que determinan el inicio del hábito de fumar en la adolescencia, con especial referencia en aquellos ambientes familiares conflictivos. Tal y como hipotetizaron estos autores, el divorcio de los padres y la muerte de éstos eleva el riesgo de fumar entre los adolescentes de ambos sexos. Sin embargo, entre las chicas, la muerte de la madre es el principal predictor, así como también, fumar durante el embarazo, tener un parto antes de los veinte años, tener más de tres hermanos y que la madre esté desempleada. En el mismo sentido, Findler, Michell, Raab, y Charlton (1992) identificaron que el grupo de niños con mayor riesgo de fumar, fueron aquéllos que presentaban problemas emocionales y conductuales, que sus familiares eran fumadores, que pertenecieran a una familia con un solo progenitor y que tuvieran una baja auto-estima. Además, Hammarström y Janlert (1994) reportaron que el desempleo es un factor de riesgo para desarrollar el hábito de fumar entre las personas jóvenes, especialmente en las mujeres.

Evans, Dratt, Raines, y Rosenberg (1988), establecieron que la mayoría de las investigaciones realizadas presentan problemas metodológicos. Para solucionar esta problemática, estos autores realizaron una distinción entre

variables descriptivas (número de amigos en el grupo de referencia que fuman) y variables mediadoras (percepción de la presión ejercida por el grupo de referencia). Según estos autores, el número de amigos que fuman, la selección de los mismos, el modelado, la presión ejercida por el grupo de referencia y la disponibilidad de cigarrillos, son las variables que predicen el consumo de tabaco. Los resultados del estudio mostraron que la presión ejercida por el grupo de referencia fue la única variable, entre las examinadas, que predijo dicho comportamiento.

*Actitudes y Variables Normativas Como Predictores del Consumo de Tabaco.* Godin, Valois, Lepage, y Desharnais (1992), establecieron que la mayoría de los modelos propuestos actualmente sobre la conducta humana tienen su origen en la psicología social, y que entre estos modelos, la teoría de la Acción Planificada (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1980), puede considerarse la propuesta más integrada de los comportamientos sociales. De acuerdo con esta teoría, la conducta (hasta el punto en que está bajo el "control voluntario") está determinada por la intención. A su vez, la intención se predice a través de dos componentes principales, el factor personal (actitudinal), el cual consiste en determinar la suma de la "creencia evaluativa (conductual)" acerca de las consecuencias de realizar una conducta concreta, y el factor normativo subjetivo, el cual se refiere a la anticipación que realiza la persona acerca de la aprobación o desaprobación, de un comportamiento determinado por parte de las personas significativas para uno (Eiser, 1989). Las variables externas al modelo propuesto pueden influir en la intención, y ésta a su vez, va a influir en la conducta pero, únicamente por la influencia de las actitudes y de las normas subjetivas sobre dichas variables externas. Por ejemplo, un determinado comportamiento puede estar relacionado con variables demográficas (tales como edad y clase social) y de personalidad (introversión-extroversión). Sin embargo, de acuerdo con los autores citados anteriormente, el efecto de estas variables sobre la intención estará determinado por su efecto sobre las actitudes y las normas subjetivas. Por lo tanto, la teoría de la Acción Planificada especifica los determinantes próximos de la intención y de la conducta, no obstante, la intención no será siempre un predictor preciso del comportamiento. De acuerdo a la teoría, existen dos factores que median la relación observada entre la intención y la conducta; estos son, el grado de correspondencia entre las medidas de la intención y de la conducta (generalidad vs. especificidad) y la estabilidad de la intención (Ajzen & Fishbein, 1980).

La teoría de Acción Planificada ha sido aplicada en el estudio de distintos aspectos relacionados con las dependencias a las drogas, tales como tabaco y alcohol. En relación al tabaquismo, únicamente un número reducido de investigadores han aplicado dicha teoría (Sutton, 1989). Concretamente, Budd (1986) incorporó las creencias en el modelo propuesto por Fishbein y

Ajzen (1975) para potenciar el poder predictivo en una muestra de adolescentes fumadores. Este autor encontró que los no fumadores eran mucho más proclives que los fumadores para considerar los riesgos de cáncer y de enfermedad cardíaca, en cambio, los fumadores se centraron en aspectos tales como el placer producido por los cigarrillos. En este estudio también se comprobó que para todos los sujetos las actitudes tienen un efecto directo sobre la conducta, lo cual no está determinado por su efecto sobre la intención (este resultado es consistente con los datos obtenidos por Bentler & Speckart, 1979, 1981). También se demostró que existe una relación directa entre las normas subjetivas y la conducta, en aquellas personas en las cuales las normas son importantes.

A pesar de que varios estudios han analizado la utilidad de la teoría en la predicción de la conducta de fumar, se pueden realizar las siguientes críticas al modelo propuesto por Fishbein y Ajzen (1975): 1) La teoría de la Acción Planificada fracasa en distinguir entre la intención comportamental (planes que tiene una persona acerca de su comportamiento futuro) y las expectativas comportamentales (probabilidad percibida de lograr una meta determinada; Warshaw & Davis, 1985). 2) Dicha teoría es excesivamente parsimoniosa. Una crítica común consiste en que una serie de variables, tales como "normas comportamentales" (ver, Grube, Morgan, & McGree, 1986) y "estructuras sociales" (Liska, 1984) tienen un efecto directo sobre la intención y sobre la conducta. Por lo tanto, dichas variables deberían de incluirse en el modelo. 3) En su aplicación al tabaquismo, una variable que puede ser de vital importancia para comprender tanto la intención actual, como la conducta posterior, es la conducta pasada. Bentler y Speckart (1979), en su variante del modelo de Fishbein y Ajzen (1975), fueron capaces de predecir la conducta subsiguiente, no sólo de las actitudes, normas subjetivas e intenciones, sino también de la conducta pasada. 4) Una limitación de los estudios realizados con adolescentes ha consistido en evaluar los componentes del modelo sin intervenir prácticamente en la conducta (Becofia, 1993). Norman y Tedeschi (1989) comprobaron que la simple información no proporciona ningún efecto positivo, ni en la intención, ni en la conducta de fumar. Este hecho también ocurre en otras áreas, como puede ser en educación sexual (García, 1990). 5) Pese a la importancia que tiene la evaluación en distintos períodos, en raras excepciones se han realizado seguimientos (Fishbein, 1982). 6) Fishbein y Ajzen (1975) limitaron su teoría a conductas que se encuentran bajo el control voluntario, excluyendo comportamientos que requieren estrategias, habilidades o la cooperación de otras personas. Para resolver esta cuestión, Ajzen (1985, 1988; Ajzen & Madden, 1986) ha incorporado el concepto de "control comportamental percibido", en su modelo del comportamiento interpersonal, este concepto es similar a la auto-eficacia (Bandura, 1977) y a la condición

facilitadora (Triandis, 1977). Concretamente, en un tratamiento aplicado en la reducción del sobrepeso, Schifter y Ajzen (1985) encontraron que el control comportamental percibido fue un predictor significativo tanto en la intención de perder peso, como en la pérdida del mismo. En relación al tabaquismo, los resultados obtenidos por Godin et al. (1992) mostraron que el control comportamental percibido y el hábito de fumar predijeron la conducta posterior. Por su parte, la intención estuvo predicha por el control comportamental percibido, las actitudes y las normas subjetivas. En oposición a estudios previos (Bentler & Speckart, 1979; Godin et al., 1987; Sutton, Marsh, & Matheson, 1987), los resultados obtenidos no apoyaron la influencia del hábito sobre la intención.

### **Programas de Prevención**

La gran mayoría de los programas antitabaco han enfatizado la adquisición de habilidades y la auto-eficacia para resistir la influencia social, más que otros aspectos relacionados con la teoría del aprendizaje social, tales como la influencia del modelado y el refuerzo social sobre el desarrollo de la motivación (Hirschman & Leventhal, 1989; Leventhal, Baker, & Brandon, 1989; Leventhal, Keeshan, Baker, & Wetter, 1991). Dicha concepción asume que el tabaquismo está motivado únicamente por el estrés emocional y no por los estados emocionales positivos. Por lo tanto, las intervenciones están dirigidas a aumentar las habilidades de afrontamiento ante las situaciones conflictivas. Aunque este planteamiento puede ser adecuado en la pre-adolescencia, tal y como plantean Leventhal et al. (1991), en la adolescencia, los motivos fundamentales están determinados por las relaciones interpersonales.

Respecto de los resultados obtenidos en las intervenciones actuales, se han encontrado reducciones que oscilan entre el 15% y el 35%, aplicando programas de tratamiento basados en los modelos del aprendizaje social (Flay, 1985). Sin embargo, revisiones posteriores han mostrado que estas reducciones van desapareciendo en los dos o tres años siguientes (Flay, Koepke, Thompson, Santi, Best, & Brown, 1989; Murray, Davis-Hearn, Goldman, Pirie, & Luekper, 1988). Quizás la explicación se encuentre en que los distintos programas que se han aplicado, no han prestado atención a la motivación de los adolescentes, ni se ha realizado una distinción entre lo que los adolescentes pueden hacer y lo que quieren hacer (Leventhal et al., 1991).

Según Benito et al. (1989) la información que aparece en las campañas publicitarias, mostrando los efectos negativos que produce el hábito de fumar, indica una ignorancia acerca de lo que es el comportamiento adictivo. Se presupone que si los jóvenes tuvieran una mayor información acerca de los peligros que ocasiona el tabaco no adoptarían dicha práctica. Sin embargo,

según Benito et al. el comportamiento adictivo no está determinado únicamente por decisiones cognitivas y racionales; si esto fuera así, dicho comportamiento se reduciría drásticamente.

A continuación se describen dos medidas orientadas a rediseñar el ambiente en el cual se desenvuelven los jóvenes: Primero, diseñar condiciones estimuladoras que ofrezcan opciones comportamentales alternativas al consumo de tabaco (introduciendo barreras que dificultan el consumo de cigarrillos). Entre las estrategias que se han utilizado están: a) Las medidas político-económicas encaminadas a reconvertir la producción y comercialización del tabaco, así como preparar servicios educativos y sanitarios que asuman el objetivo de la educación para la salud. Según Joossens y Raw (1991) la Comunidad Económica Europea, a través de su política agrícola, subsidia la producción de tabaco a un ritmo de 1300 millones de ecus por año; b) tomar medidas legislativas conducentes a controlar y a reducir la publicidad, así como también reducir el acceso al tabaco. Igualmente se podría incentivar a las instituciones competentes, para que fomenten comportamientos alternativos al tabaquismo en la juventud. Altman, Foster, Rasenick-Douss, y Tye (1989), realizaron una investigación donde, tras visitar 412 tiendas, el 74% de los adolescentes tuvieron éxito en adquirir cigarrillos. Posteriormente, realizaron una campaña comunitaria y las ventas se redujeron en un 39%, lo cual puso de manifiesto la conveniencia de dichas campañas; y c) el diseño ambiental facilitador de opciones alternativas. Segundo, diseñar condiciones de refuerzo y de apoyo, de forma que las prácticas alternativas al consumo de drogas sean gratificantes (por los padres, profesores y líderes juveniles, como por el bienestar producido por las opciones alternativas al consumo de tabaco).

Por otra parte, para que el comportamiento adictivo deje de ser reforzador, es necesario fomentar una cultura alternativa en la que se promuevan acciones tendientes a asociar el consumo de tabaco con indicadores de escasa relevancia social y al mismo tiempo, promover reforzadores de alta relevancia social, acciones y programas. Entre los aspectos más importantes se encuentran los programas realizados en contextos escolares y aquellos transmitidos a través de los medios masivos de comunicación (Benito et al., 1989; Chassin et al., 1990; Flay, 1985; Flay et al., 1989; Hirschma & Leventhal, 1989; Leventhal et al., 1991; McNeill, 1991; Murray et al., 1988). En relación con los programas realizados en los contextos escolares, dado que en la escuela confluye la influencia de padres, profesores y compañeros (y por períodos lo suficientemente largos como para que su influencia se deje sentir en las costumbres de los jóvenes), éste ámbito ha sido el escenario preferido para aplicar un gran número de programas orientados a prevenir el consumo de tabaco. En relación con los contextos escolares, la mayor parte de los estudios revisados inciden preferentemente en dos niveles de intervención. En primer

nivel incluye intervenciones en poblaciones escolares. Los programas que se aplican en las escuelas son estrictamente de prevención primaria, en los cuales el énfasis no se pone tanto en la reducción de los riesgos (por medio de la reducción del consumo de tabaco), sino en desarrollar los recursos personales de los adolescentes (y, por consiguiente, incrementar su potencial de salud). Segundo, estos programas parecen ser eficaces para reducir, detener y/o retrasar la conducta de fumar. Según los expertos, se considera que si se lograra proteger a los jóvenes del tabaco hasta los veinte años, habría muchas posibilidades de que no adquirieran el hábito después de esa edad (Chassin et al., 1990). Tercero, los programas de intervención van más allá de únicamente informar sobre los problemas que causa el tabaco, sino que incluyen el desarrollo de un cierto número de habilidades específicas. Por lo general, los programas incluyen la adquisición de habilidades tales como la identificación de situaciones de alto riesgo (i.e., fiestas con amigos o estar en ciertos estado emocional; Marlatt, 1993); habilidades para afrontar la ansiedad, el aburrimiento y otros estados emocionales que incrementan la probabilidad de fumar; habilidades para la solución de problemas y toma de decisiones; habilidades sociales y de auto-afirmación. Así, los programas enfatizan el entrenamiento y no sólo la información (Pentz, 1985). Los programas de intervención en la escuela han utilizado estrategias que incluyen tanto discusiones en pequeños grupos, como utilizar modelos que escenifican situaciones que tienen una cierta probabilidad de inducir a fumar, basándose en situaciones de la vida real. Sin embargo, aunque estas técnicas de intervención son útiles con los preadolescentes, como ya se mencionó, en la adolescencia intervienen factores determinados por las relaciones sociales y los motivos que impulsan a los adolescentes a realizar determinadas prácticas (Leventhal et al., 1991). Algunos programas han utilizado líderes juveniles como elementos clave para su eficacia. En una investigación realizada por Menéndez (1990) se encontraron diferencias significativas en el consumo de tabaco al comparar a los líderes de afinidad (un 62.5% fumaban), con los alumnos que fueron rechazados en un test sociométrico (23.8%), con un grupo control (36.4%) y con los líderes de autoridad (23%). Además de los programas existentes para reducir el consumo de tabaco en los estudiantes, también existen programas orientados a reducir el consumo de tabaco en los profesores. Los investigadores han reconocido que el entrenamiento del profesor y el desarrollo de un equipo de salud en el centro escolar son componentes necesarios para el éxito de un programa de educación para la salud en el hábito de fumar (Tortu & Botvin, 1989).

Respecto a los programas de intervención para prevenir el consumo de tabaco transmitidos a través de los medios masivos de comunicación, el efecto de estos programas ha sido cuestionado por los profesionales de la salud (por ejemplo, Altman et al., 1989). Una de las críticas a estos programas, ha sido

que la publicidad en sí misma es un factor causal directo del tabaquismo durante la adolescencia (Klitzner, Gruenewald, & Bamberger, 1991). Sin embargo, existe una cierta discrepancia en la literatura especializada respecto de la relación que se establece entre la publicidad y el consumo de tabaco. Esta discrepancia probablemente se deba a que no existe consenso sobre cuál es realmente el impacto que la publicidad tiene sobre la conducta de las personas (Goldstein, Fischer, & Richards, 1987). Klitzner et al. (1991) estudiaron tanto el efecto que la publicidad tiene sobre la conducta de consumir tabaco, como el efecto que la publicidad tiene para prevenir o abandonar el consumo de tabaco. Sus resultados mostraron que ambos tienen un efecto sobre la conducta, aunque con diferente intensidad. Engleman (1987) realizó otro estudio para probar la efectividad de la publicidad sobre el consumo de tabaco y encontró que el 5% de sus sujetos redujo su consumo de tabaco, después de escuchar un programa en un medio masivo. Como señalaron Aitken, Eadie, Hastings, y Haywood (1991), la publicidad tiene efectos predisponentes y reforzantes sobre las actitudes y el comportamiento de los niños en relación al tabaquismo.

### **Conclusión y Líneas Futuras de Intervención**

En las líneas anteriores se han descrito los factores más importantes que intervienen en la fase de iniciación en el consumo de tabaco. Sin embargo, en la actualidad se están realizando una serie de críticas tanto a nivel conceptual como a nivel metodológico respecto de las teorías explicativas del comportamiento adictivo al tabaco, así como de los programas de intervención que se han venido aplicando en la década de los ochentas. Este hecho se produce en todas las fases que intervienen en el consumo de tabaco. En líneas generales, las críticas se han centrado en los siguiente puntos (Bayot, 1994):

1.- Aunque los resultados iniciales que se han obtenido en los programas de prevención del tabaquismo en los adolescentes oscilan entre el 15% y el 35% (Flay, 1985), posteriormente estos resultados van desapareciendo (Flay et al., 1989).

2.- No existe una explicación definitiva de los mecanismos que subyacen en el comportamiento adictivo al tabaco. En la actualidad, es un hecho bien conocido que drogas concretas (por ejemplo, la nicotina) están relacionadas con receptores específicos en zonas cerebrales concretas (Clarke, 1991). Pero este hecho no es suficiente para explicar la adicción al tabaco. Asimismo, al analizar la literatura especializada se observa que los hijos de fumadores y de niveles socio-económicos bajos tienen una mayor probabilidad de convertirse en futuros fumadores (US DHHS, 1989), pero tampoco en este caso se puede explicar la dependencia nicotínica. También se conoce cómo

algunos fumadores realizan este comportamiento para mantener su estado de ánimo (Glassman, Covey, Stetner, Walsh, & Raizman, 1988), así como para controlar el aumento de peso (Grunberg, 1990), no obstante, tampoco es suficiente. Grunberg y Acri (1991), establecen que la explicación se encuentra en que aunque intervengan tanto mecanismos comportamentales como biológicos (y la posible interacción entre ellos), dichas variables no establecen una causalidad del tabaquismo, sino que únicamente sugieren mecanismos de acción.

3.- Otra crítica hace referencia al escaso conocimiento que existe respecto de las diferencias individuales que aparecen en cada etapa del proceso adictivo al tabaco. Aunque es un hecho admitido por la mayoría de los autores que el tabaquismo es un comportamiento adictivo (US DHHS, 1988; West, 1992), no es suficiente para explicar dichas diferencias. Por otra parte, se han realizado otros intentos para explicar estas diferencias individuales en función de variables de personalidad, variables demográficas y de otros factores psicosociales (Grunberg, 1990); sin embargo, fracasan en explicar la variabilidad existente en las distintas etapas. Al respecto, Prochaska y DiClemente (1982, 1983) desarrollaron un modelo transteórico, el cual explica las distintas etapas en el consumo de tabaco; sin embargo, dicho modelo es descriptivo y no explicativo.

4.- Otras críticas, se centran en la relativa atención que se ha prestado a un aspecto central como es la recaída (Bayot, 1994; Bayot & Capafons, 1995b). Cuestiones relacionadas con los motivos por los cuales las personas recaen después de meses, e incluso años después de haber abandonado el tabaco siguen sin encontrar una explicación satisfactoria. Además, tal y como han indicado Lichtenstein y Glasgow (1992), los recientes avances en la comprensión teórica y metodológica del proceso de recaída (Brownell, Marlatt, Lichtenstein, & Wilson, 1986; Marlatt & Gordon, 1985) para disminuir en el tabaquismo, no se han traducido en un aumento de los resultados obtenidos. Quizás, la explicación radique en la dificultad que entraña la aplicación empírica de los principios teóricos (Shiffman, 1993). Este hecho se puede observar en el efecto de violación de la abstinencia (A.V.E.), propuesto por Marlatt (1993) y Marlatt y Gordon (1985). Sin embargo, las implicaciones que esta teoría pueda tener en los tratamientos aplicados para tratar de eliminar el tabaquismo, todavía no se han verificado.

Por lo tanto, ante estas limitaciones, los esfuerzos que se realicen en los próximos años deberán centrarse, entre otros, en los siguientes aspectos. Primero, en la creación de nuevos programas de prevención del comportamiento adictivo al tabaco, así como en el perfeccionamiento de los programas existentes, con la finalidad de reducir el número de personas que inicien dicho comportamiento. Este hecho es básico, ya que tal y como indican algunos



autores (i.e., Chassin et al., 1990; Lynch & Bonnie, 1994), el 89% de los fumadores inicia el consumo de tabaco antes de los dieciocho años. Segundo en la planificación y realización de campañas publicitarias en contra del consumo de tabaco. Estas campañas deberían estar orientadas, sobre todo, hacia los fumadores menos dependientes. Es decir, a aquellos fumadores que presentan la capacidad de abandonar el tabaco por sí mismos. Entre los elementos más importantes que se pueden utilizar se encuentran el determinar un día concreto para eliminar el tabaco (por ejemplo, día mundial sin tabaco), manuales de auto-ayuda, o programas computarizados. Entre las ventajas que presentan estos programas se encuentra su enorme difusión. En este caso, los medios de comunicación, fundamentalmente la televisión, desempeñan una función de indudable importancia. Por otra parte, en aquellos fumadores denominados como duros, deberán aplicarse los tratamientos formales. En este caso, los objetivos de los programas radicarán en la formación de nuevos tratamientos así como en el perfeccionamiento de los ya existentes (Bayot, 1994; Bayot, Capafons, & Cardeña, 1997; Bayot, Capafons, & Amigó, 1993, 1995).

Finalmente, con el objetivo de obtener una mayor comprensión del comportamiento adictivo al tabaco, las investigaciones futuras deberían tener en cuenta una serie de aspectos relacionados con el tabaquismo. De esta forma, quizás, se pueda reducir el factor de riesgo más importante para la salud que existe en la actualidad. Entre otros, estos aspectos son:

a) Los programas de prevención en la iniciación en el tabaquismo, los cuales, deben de tomar en cuenta cuestiones que en otras investigaciones se han encontrado como variables que afectan el consumo de tabaco en adolescentes tales como: tener hermanos que fuman, tener padres que fuman, tener padres separados, tener una opinión semi-positiva del tabaco, no continuar los estudios a partir de los dieciséis años, pensar que ellos pueden ser futuros fumadores. Asimismo, los programas deben de enfatizar la distinción entre lo que los adolescentes pueden realizar (habilidades de afrontamiento y competencia social) y cuáles son sus objetivos (motivación).

b) Las investigaciones deberán estar dirigidas más hacia el problema que hacia el método (Grunberg, Nisbett, Rodin, & Singer, 1987).

c) Los estudios que se realicen tienen que incluir una aproximación multidisciplinaria (Grunberg & Singer, 1990).

d) Se deben incluir trabajos en paralelo tanto de humanos como de animales, ya que de esta forma, se podrán realizar estudios en los cuales se analicen por un lado, los patrones de comportamiento adictivo humano, así como las motivaciones y la presión ejercida por los demás, y por otra parte, estudiar los efectos producidos por la manipulación de distintas dosis de agentes adictivos durante el ciclo vital de un organismo. Además, realizar

medidas relativas a la nicotina existente en el tejido del sistema nervioso central, examinar los receptores nicotínicos característicos de áreas específicas del cerebro, etc.

e) Prestar atención tanto a los comportamientos incondicionados como a los condicionados que mantienen el comportamiento adictivo al tabaco.

f) Desarrollar tratamientos farmacológicos para la reducción del tabaquismo (Bayot, 1995), ya que actualmente, dichas técnicas todavía se encuentran en las primeras etapas de desarrollo. Concretamente, tal y como indica Fagerström (1991), dicho procedimiento terapéutico se encuentra al mismo nivel que el tratamiento de la hipertensión hace 40 años.

g) Para comprobar el estatus del fumador, además de los auto-informes, hay que realizar, en cada estudio, una evaluación fisiológica, pero dicha medición tiene que estar orientada a obtener indicadores del estado de los sujetos tanto a muy corto plazo (por medio del nivel obtenido en monóxido de carbono), como en un período más largo (niveles de cotinina), todo esto, después de abandonar el hábito de fumar.

h) Se deben de realizar una serie de investigaciones en las cuales se analice exactamente la incidencia que presenta el ansia de fumar, tanto en la eliminación del tabaco como en la recaída. Además, habría que determinar tanto los aspectos psicológicos como fisiológicos implicados en dicho término, así como la forma en la que los aspectos cognitivos de los procesos automáticos y no automáticos pueden estar controlando la urgencia de fumar (Tiffany, 1990).

i) Se requiere un número considerable de estudios en los cuales se analice con detalle el comportamiento adictivo al tabaco en las mujeres fumadoras, así como su efecto diferencial entre hombres y mujeres. Este hecho es fundamental, ya que los conocimientos existentes se han obtenido en estudios realizados con varones y si la tendencia actual no sufre ningún cambio, el porcentaje de mujeres fumadoras igualará (o, quizás, sobrepasará) al de los hombres al final de la década de los noventa, además en ocasiones, los tratamientos aplicados producen un efecto diferencial entre hombres y mujeres (Bayot, 1996).

j) Determinar con exactitud cuáles son los síntomas característicos del síndrome de abstinencia y cuáles son los criterios que se toman para tal finalidad, ya que tal y como se ha puesto de manifiesto en trabajos anteriores (Bayot, 1994; Bayot & Capafons, 1995a), es posible que la ansiedad y el aumento de peso actúen como mecanismos distintos al resto de los síntomas que conforman dicho síndrome.

## REFERENCIAS

- Aitken, P. P., Eadie, D. R., Hastings, G. B., & Haywood, A. J. (1991). Predisposing effects of cigarette advertising on children's intentions to smoke when older. *British Journal of Addiction, 86*, 383-390.
- Ajzen, I. (1985). From intention to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior*. Springer: Heidelberg.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago, IL: The Dorsey Press.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood: N J, Prentice-Hall.
- Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology, 22*, 453-474.
- Altman, D. G., Foster, V., Rasenick-Douss, L., & Tye, J. B. (1989). Reducing the illegal sale of cigarettes to minors. *Journal of the American Medical Association, 261*, 80-83.
- Amos, A. (1992). Why children start smoking. The health education challenge. *British Journal of Addiction, 87*, 18-21.
- Andreski, P., & Breslau, N. (1993). Smoking and nicotine dependence in young adults: Differences between blacks and whites. *Drug and Alcohol Dependence, 32*, 119-125.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist, 37*, 122-147.
- Bayot, A. (1994). *Terapia de auto-regulación para la eliminación del tabaquismo*. Tesis Doctoral. Facultat de Psicologia. Universitat de València. España. (Tesis publicada en microficha, 1998).
- Bayot, A. (1995). Eficacia de la farmacoterapia en la eliminación del tabaquismo. *Revista Española de Drogodependencias, 20*, 177-196.
- Bayot, A. (1996). Factores asociados con el comportamiento adictivo al tabaco. *Revista Española de Drogodependencias, 21*, 169-184.
- Bayot, A., & Capafons, A. (1995a). Diferencias individuales como predictores del éxito en la reducción del tabaquismo: Una revisión. *Revista Española de Drogodependencias, 20*, 7-16.
- Bayot, A., & Capafons, A. (1995b). Tabaquismo, estrés y prevención de la recaída en los tratamientos del hábito de fumar. *Ansiedad y Estrés, 1*, 61-80.
- Bayot, A., Capafons, A., & Amigó, S. (1993). Terapia de auto-regulación emocional para la reducción del tabaquismo: Datos preliminares a los 6 meses de seguimiento. En A. Capafons, & S. Amigó (Eds.), *Hipnosis, terapia de auto-regulación e intervención comportamental* (pp. 215-222). Valencia: Promolibro.
- Bayot, A., Capafons, A., & Amigo, S. (1995). *Tabaco y terapia de auto-regulación emocional: Un programa estructurado para dejar de fumar*. Valencia:

Promolibro.

- Bayot, A., Capafons, A., & Cardeña, E. (1997). Emotional self-regulation therapy: A new and efficacious treatment for smoking. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *40*, 146-156.
- Becoña, E. (1993). La utilidad de la teoría de la acción razonada en la predicción de la abstinencia en el tratamiento de fumadores. *Revista Española de Drogodependencia*, *18*, 3-14.
- Benito, A., Costa, M., Del Llano, J., & Lopez, E. (1989). Tabaco o salud: Elecciones en una cultura de drogas. *JANO, Medicina y Humanidades*, *37*, 45-57.
- Bentler, P. M., & Speckart, G. (1979). Models of attitude-behavior relations. *Psychological Review*, *86*, 452-464.
- Bentler, P. M., & Speckart, G. (1981). Attitudes "causes" behaviors: A structural equation analysis. *Journal of Personality and Social Behavior*, *40*, 226-238.
- Breslau, N., Kilbey, M., & Andreski, P. (1994). DSM-III-R nicotine dependence in young adults: Prevalence, correlates and associated psychiatric disorders. *Addiction*, *89*, 743-754.
- Brownell, K. D; Marlatt, G. A; Lichtenstein, E. & Wilson, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, *41*, 765-782.
- Budd, R. J. (1986). Predicting cigarette use: The need to incorporate measures of salience in the theory of reasoned action. *Journal of Applied Social Psychology*, *16*, 663-685.
- Carey, M. P., Snel, D. L., Carey, K. B., & Richards, C. S. (1989). Self-initiated smoking cessation: A review of the empirical literature from a stress and coping perspective. *Cognitive Therapy and Research*, *13*, 323-341.
- Chassin, L., Presson, C. C., & Shurian, S. (1990). Social psychological contributions to the understanding and prevention of adolescent cigarette smoking. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *16*, 133-151.
- Clarke, P. B. S. (1991). Nicotine receptor blockade therapy on smoking cessation. *British Journal of Addiction*, *86*, 501-505.
- Comas, D. (1985). *El uso de las drogas en la juventud*. Madrid: Ministerio de Cultura.
- Eiser, J. R. (1989). *Psicología social: Actitudes, cognición y conducta social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Eiser, J. R., Eiser, C., Gammage, P., & Morgan, M. (1989). Health locus of control and health beliefs in relation to adolescent smoking. *British Journal of Addiction*, *84*, 1059-1065.
- Engleman, S. (1987). The impact of mass media anti-smoking publicity. *Health Promotion*, *1*, 63-74.
- Evans, R. I., Dratt, L. M., Raines, B. E., & Rosenberg, S. S. (1988). Social influences on smoking initiation: Importance of distinguishing descriptive versus mediating process variables. *Journal of Applied Social Psychology*, *18*, 925-943.
- Fagerström, K. O. (1991). Towards better diagnoses and more individual treatment of tobacco dependence. *British Journal of Addiction*, *86*, 543-547.
- Findler, W., Michell, L., Raab, G., & Charlton, A. (1992). Smoking: A special need? *British Journal of Addiction*, *87*, 1583-1591.

- Fiore, M. C., Novotny, T. E., Pierce, J. P., Hatzianandreu, E. J., Patel, K. M., & Davis, R. M. (1989). Trends in cigarette smoking in the United States: The changing influence of gender and race. *Journal of the American Medical Association, 261*, 49-55.
- Fishbein, M. (1982). Social psychological analysis of smoking behavior. In R. Eiser (Ed.), *Social psychology and behavioral medicine*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior*. New York: Addison-Wesley.
- Flay, B. R. (1985). What do we know about the social influences approach to smoking prevention? Review and recommendations (NIDA Research Monograph N° 63). In C. Bell, & R. Battles (Eds.), *Prevention research: Deterring drug abuse among children and adolescents*. Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
- Flay, B. R., d'Avernas, J. R., Best, J. A., Kersell, M. W., & Ryan, K. B. (1983). Cigarette smoking: Why young people do it and ways of preventing it. In P. J. McGrath, & P. Firestone (Eds.), *Pediatric and adolescent behavioral medicine* (pp. 132-183). New York: Springer.
- Flay, B. R., Koepke, D., Thompson, S. J., Santi, S., Best, A., & Brown, K. S. (1989). Six year follow-up of the first Waterloo school smoking prevention trial. *American Journal of Public Health, 79*, 1371-1376.
- García, J. L. (1990). El embarazo no deseado en adolescentes: La experiencia con el "programa joven" del COFES-Iturruma durante dos años. Comunicación presentada en el IIº Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Valencia. España.
- Glassman, A. H., Covey, L., Stetner, F., Walsh, B.T., & Raizman, P. (1988). Heavy smokers, smoking cessation, and clonidine. *Journal of the American Medical Association, 260*, 1553.
- Goddard, E. (1990). *Why children start smoking*. London: HMSO.
- Goddard, E. (1992). Why children start smoking. *British Journal of Addiction, 87*, 17-18.
- Godin, G., Valois, P., Lepage, L., & Desharnais, R. (1992). Predictors of smoking behaviour: An application of Ajzen's theory of planned behavior. *British Journal of Addiction, 87*, 1335-1343.
- Godin, G., Valois, P., Shephard, R. J., & Desharnais, R. (1987). Prediction of leisure-time exercise behavior: A path analysis (LISREL V) model. *Journal of Behavioural Medicine, 10*, 145-158.
- Goldstein, A. O., Fischer, P. M., & Richards, J. W. (1987). Relationship between high school student smoking and recognition of cigarette advertisements. *Journal of Pediatric, 110*, 488-491.
- Grube, J. W., Morgan, M., & McGree, S. T. (1986). Attitudes and normative beliefs as predictors of smoking intentions and behaviors: A test of three models. *British Journal of Social Psychology, 25*, 81-93.
- Grunberg, N. E. (1990). The inverse relationship between tobacco use and body weight.

- In L. T. Kozlowski, H. M. Annis, et al. (Eds.), *Research advances in alcohol and drug problems* (pp. 273-316). New York: Plenum Press.
- Grunberg, N. E., & Acri, J. B. (1991). Conceptual and methodological considerations for tobacco addiction research. *British Journal of Addiction, 86*, 637-641.
- Grunberg, N. E., Nisbett, R. E., Rodin, J., & Singer, J. E. (1987). *A distinctive approach to psychological research: The influence of Stanley Schachter*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Grunberg, N. E., & Singer, J. E. (1990). Biochemical measurement. In J. T. Cacioppo, & L. G. Tassinari (Eds.), *Principles of psychophysiology. Physical, social, and inferential elements*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hammarström, A., & Janlert, U. (1994). Unemployment and change of tobacco habits: A study of young people from 16 to 21 years of age. *Addiction, 89*, 1691-1696.
- Hirschman, R. S., & Leventhal, H. (1989). Preventing smoking behavior in school children: An initial test of a cognitive-development program. *Journal of Applied Social Psychology, 19*, 559-583.
- Hirschman, R. S., Leventhal, H., & Glynn, K. (1984). The development of smoking behavior: Conceptualization and supportive cross-sectional survey data. *Journal of Applied Social Psychology, 14*, 184-206.
- Huba, G. J., & Bentler, P. M. (1980). Questionnaire from the UCLA longitudinal growth study, wave IV-year V. Unpublished Manuscript.
- Isohanni, M., Moilanen, I., & Rantakallio, P. (1991). Determinants of teenage smoking, with special reference to non-standard family background. *British Journal of Addiction, 86*, 391-398.
- Joossens, L., & Raw, M. (1991). Tobacco and the European common agricultural policy. *British Journal of Addiction, 86*, 1191-1202.
- Kalra, D. L., Carey, M. P., & Folk, V. G. (1992). Development and psychometric evaluation of the primary appraisal of smoking cessation inventory. *Journal of Psychology, 126*, 621-630.
- Kellam, S. G., Brown, C. H., & Fleming, J. P. (1982). Social adaptation to first grade and teenage drug, alcohol, and cigarette use. *Journal of School Health, 52*, 301-306.
- Klitzner, M., Gruenewald, P. J., & Bamberger, E. (1991). Cigarette advertising and adolescent experimentation with smoking. *British Journal of Addiction, 86*, 287-298.
- Lando, H. A. (1991). Toward a comprehensive strategy for reducing the health burden tobacco. *British Journal of Addiction, 86*, 649-652.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, S. A.
- Leventhal, H., Baker, T., & Brandon, T. (1989). Intervening, and preventing cigarette smoking. In T. Ney, & A. Gale (Eds.), *Smoking and human behavior*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Leventhal, H., & Cleary, P. D. (1980). The smoking problem: A review of the research and theory in behavioral risk modification. *Psychological Bulletin, 88*, 370-405.

- Leventhal, H., Keeshan, P., Baker, T., & Wetter, D. (1991). Smoking preventing: Towards a process approach. *British Journal of Addiction, 86*, 583-587.
- Lichtenstein, E., & Glasgow, R. (1992). Smoking cessation: What have we learned over the past decade? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 6*, 518-527.
- Liska, A. E. (1984). A critical examination of the causal structure of the Fishbein-Ajzen attitude-behavior model. *Social Psychology Quarterly, 47*, 61-74.
- Lynch, B. S., & Bonnie, R. J. (1994). *Growing up tobacco free: Preventing nicotine addiction in children and youths*. Washington, DC: Academy Press.
- Marlatt, G. A. (1993). La prevención de las recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-comportamental. En M. Casas, & M. Gosop (Eds.), *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de las recaídas*. Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- McNeill, A. D. (1991). The development of dependence on smoking in children. *British Journal of Addiction, 86*, 589-592.
- Meichenbaum, D. T., Butler, L., & Gruson, L. (1981). Toward a conceptual model of social competence. In J. D. Wine, & M. D. Smye (Eds.), *Social competence*. New York: Guilford Press.
- Mendoza, R. (1987). Consumo de tabaco y drogas en los escolares. *Comunidad y Drogas, 83-102*.
- Menéndez, L. F. (1990). Variables de grupo y consumo de tabaco: Relaciones entre liderazgo y tabaquismo en estudiantes de enseñanzas medias. *Revista Española de Drogodependencia, 15*, 111-117.
- Murray, D. H., Davis-Hearn, M., Goldman, A. I., Pirie, P., & Luekper, R. V. (1988). Four and five years follow-up results from four seventh grade smoking prevention strategies. *Journal of Behavioral Medicine, 11*, 385-406.
- Norman, N. C., & Tedeschi, J. T. (1989). Self-Presentation, reasoned action, and adolescents decisions to smoke cigarettes. *Journal of Applied Social Psychology, 19*, 543-558.
- Penny, G. N., & Robinson, J. O. (1986). Psychological resources and cigarette smoking in adolescents. *British Journal of Psychology, 77*, 351-357.
- Pentz, M. A. (1983). Prevention of adolescent substance abuse through social skill development. In C. Leukefeld, & T. Glynn (Eds.), *Preventing adolescent drug abuse: Intervention strategies*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Pentz, M. A. (1985). Social competence and self-efficacy as determinants of substance use in adolescent. In S. Shiffman, & T.A. Wills (Eds.), *Coping and Substance Use*. Orlando: Academic Press, Inc.
- Perry, C. L. (1983). Tobacco use among adolescents: Promising trends in prevention and cessation strategies. In T. C. Coates (Ed.), *Behavioral medicine: A Practical Handbook*. Champaign, IL: Research Press.
- Pierce, J. P., Fiore, M. C., Novotny, T. E., Hatziandreu, E. J., & Davis, R. M. (1989). Trends in cigarette smoking in the united states. Educational differences are increasing. *Journal of the American Medical Association, 261*, 56-60.

- Pimentel, L. (1993). *El Debate de Nuestro Tiempo: Tabaquismo o Salud*. Valencia, España: Ayuntamiento de Valencia.
- Prochaska, J. O., & Diclemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- Prochaska, J. O., & Diclemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward and integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Robertson, J. A. (1990). Coping, social support and drinking amongst young married couples. In D. M. Warburton (Ed.), *Addiction controversies*. London: Harwood Academic Publishers.
- Russell, M. A. H. (1974). Realistic goals for smoking an health: A case for safer smoking. *Lancet*, 1, 254-258.
- Schifter, D. E., & Ajzen, I. (1985). Intention, perceived control, and weight loss: An application of the Theory of Planned Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 843-851.
- Shiffman, S. (1993). Smoking cessation treatment: Any progress? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 718-722.
- Shiffman, S., & Wills, T. A. (1985). *Coping and Substance Use*. Orlando: Academic Press, Inc.
- Stepoe, A., Wardle, J., Smith, H., Kopp, M., Skrabski, A., Vinck, J., & Zotti, A. M. (1995). Tobacco smoking in young adults from 21 european countries: Association with attitudes and risk awareness. *Addiction*, 90, 571-582.
- Stern, R. A., Prochaska, J. O., Velicer, W.F., & Elder, J. P. (1987). Stages of adolescent cigarette smoking acquisition: Measurement and sample profiles. *Addictive Behaviors*, 12, 319-329.
- Stone, A. A., Lennox, S., & Neale, J. M. (1985). Daily coping and alcohol use in a sample of community adults. In S. Shiffman, & T. A. Wilks (Eds.), *Coping and Substance Use*. Orlando: Academic Press.
- Sussman, S., Dent, C. W., Mestel-Rauch, J., Johnson, C. A., Hansen, W. B., & Flay, B. R. (1988). Adolescents nonsmokers, triers, and regular smokers' estimates of cigarette smoking prevalence: When do overestimations occur and by whom? *Journal of Applied Social Psychology*, 18, 537-551.
- Sutton, S. R. (1989). Smoking attitudes and behavior: applications of Fishbein and Ajzen's theory of reasoned action to predicting and understanding smoking decisions. In T. Ney, & A. Gale (Eds.), *Smoking and human behaviors*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Sutton, S. R., Marsh, A., & Matheson, J. (1987). Explaining smokers' decisions to stop: Test of an expectancy-value approach. *Social Behavior*, 2, 35-49.
- Tiffany, S. T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review*, 97, 147-168.
- Tortu, S., & Botvin, G. J. (1989). School-based smoking prevention: The teacher training process. *Preventive Medicine*, 18, 280-289.
- Triandis, H. C. (1977). *Interpersonal behavior*. Monterrey, CA: Brook/Cole.



- US DHHS (1988). The health consequences of smoking. Nicotine addiction: A Report of de Surgeon General (DHHS Publication N° 88-8406). Washington, DC: US. Government Printing Office.
- US DHHS (1989). Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progres. Washington, D.C. U.S. Department of Health and Human Services.
- US DHHS (1991). National household survey on drug abuse: Population estimates, 1991, Rockville, Maryland: Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, DHHS publication no. (ADM) 92-1887, (Washington: US Government Printing Office).
- Warburton, D. M., Revell, A. D., & Thompson, D. H. (1991). Smokers of the future. *British Journal of Addiction*, 86, 621-625.
- Warshaw, P. R., & David F. D. (1985). Disentangling behavioral intention and behavioral expectation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 21, 213-228.
- West, R. (1992). Nicotine addiction: A re-analysis of the arguments. *Psychopharmacology*, 108, 408-410.
- Wills, T. A. (1985). Stress, coping, and tobacco and alcohol use in early adolescent. In S. Shiffman, & T. A. Wills (Eds.), *Coping and substance use*. Orlando: Academic Press, Inc.
- Wrubel, J., Benner, P., & Lazarus, R. S. (1981). Social competence from the perspective of stress and coping. In J. D. Wine, & M. D. Smye (Eds.), *Social competence*. New York: Guilford Press.