

# Percepción de las consecuencias del consumo de tabaco en fumadores adictos al juego

M. Planes<sup>1</sup>, L. Fábregas<sup>2</sup>, M.E. Gras<sup>3</sup>, M. Soms<sup>4</sup>

## Resumen

*En una muestra de 34 adictos al juego en tratamiento, se examinan las características de consumo de tabaco de los sujetos fumadores y la influencia de las consecuencias percibidas de la conducta de fumar en función de las etapas de cambio (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992). Los resultados muestran que, aunque los porcentajes de fumadores doblan a los existentes en la población general, las personas fumadoras adictas al juego están representadas en las diferentes etapas de cambio con porcentajes parecidos a los de dicha población. Por otra parte, no se ha encontrado relación entre el nivel de dependencia medido con el Test de Fagerström y la etapa de cambio. En cuanto a la influencia de las consecuencias percibidas del consumo de tabaco, en general los sujetos tienden a conceder mayor importancia a los perjuicios que a los beneficios de fumar. En los análisis en función de las etapas de cambio, se encuentran diferencias significativas entre el grupo de los que piensan dejar de fumar en los próximos seis meses, (contempladores y preparados) y el grupo de los que no fuman (exfumadores y no fumadores) en el beneficio "fumar ayuda a relajarse" que es más valorado por los primeros. También se encuentran dichas diferencias entre los precontempladores y los que no fuman en dos perjuicios: "fumar produce a veces dolor de cabeza" y "fumar a veces provoca taquicardia" que son más valorados por los segundos. Estos resultados sugieren la conveniencia de realizar las intervenciones más adecuadas para cada etapa de cambio, a fin de que las personas adictas al juego puedan también tener éxito en el abandono de la adicción al tabaco.*

**Palabras clave:** Adicción al juego. Adicción al tabaco. Etapas de cambio. Consecuencias percibidas.

<sup>1</sup>Profesora Titular del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Departamento de Psicología. Universidad de Gerona. Institut de Recerca en Qualitat de Vida (IRQV)

<sup>2</sup>Psicóloga. Colaboradora de la Fundació Teresa Ferrer i de l'Associació Gironina d'Ajuda al Ludòpata

<sup>3</sup>Profesora Titular del Área de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Departamento de Psicología. Universidad de Gerona. Institut de Recerca en Qualitat de Vida (IRQV)

<sup>4</sup>Psicóloga de la Fundació Teresa Ferrer i de l'Associació Gironina d'Ajuda al Ludòpata. Profesora Asociada del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Departamento de Psicología. Universidad de Gerona.

**Correspondencia:** Montserrat Planes Pedra  
Departamento de Psicología. Universidad de Gerona  
Plaça de Sant Domènec, 9  
17071- GERONA.  
e-mail: montserrat.planes @udg.es

## Summary

*In a sample of pathological gamblers in treatment (n=34), we examine the smoking characteristics in smokers and smoking perceived consequences by stages of change (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992). Findings show that although in the sample smokers' percentage is twice as large as in the general population, their distribution by stages of change are similar. We have found no relation between stage of change and addiction level evaluated with Fagerström Test. Also subjects think that smoke harms are more important than smoke gains. When we analyzed "benefits" and "prejudices" by stage of change, we found significant differences between subjects that are thinking about smoking cessation in the next six months (contemplation and preparation), and those who don't smoke (ex-smokers and no smokers): the lastest evaluated higher the benefit "smoking relax" and the first evaluated lower the prejudices "smoking sometimes causes headache" and "smoking sometimes causes tachycardia" than the latter. These findings suggest intervention's ways for successful smoking cessation in pathological gamblers smokers.*

**Key words:** Gambling addiction. Smoke addiction. Stages of change. Perceived consequences.

El consumo de tabaco es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en los países desarrollados y comienza a ser también un problema para los países en vías de desarrollo (Becoña, 2000, Skaar, Tsoh, McClure, Cincipirini, Friedman, Wetter y Gritz, 1997). La asociación entre fumar y padecer enfermedades respiratorias, cardiovasculares y cáncer está bien establecida desde hace tiempo y, gracias a las campañas informativas, la mayoría de la población sabe bien a lo que se expone si inicia o mantiene el consumo de tabaco (Adan, 1998, Skaar et al, 1997). Últimamente se ha comprobado una reducción en el número total de fumadores, aunque cada año siguen incorporándose nuevos seguidores a la práctica de este hábito, principalmente jóvenes y mujeres (Lichtenstein y Glasgow, 1992, Villalbí y Ariza, 2000). De forma simultánea, muchas otras personas intentan dejar de fumar, la mayoría de ellas tienen dificultades para conseguirlo y algunas son, durante largo tiempo, incapaces de lograrlo (Lichtenstein y Glasgow, 1992).

Estas dificultades cabe atribuirles, en gran parte, a la capacidad adictiva de la nicotina. Así mismo se tienen datos de que las empresas tabaqueras han procurado incrementar la cantidad de nicotina que absorbe el organismo añadiendo amoníaco a los cigarrillos (Villalbí y Ariza, 2000).

La dependencia física que genera el tabaco se pone de manifiesto, al igual que ocurre con otras sustancias psicoactivas, cuando se interrumpe su uso y se presenta el síndrome de abstinencia cuyos principales síntomas son: disminución de la tasa cardíaca y de la presión arterial, cambios en el EEG y en los potenciales evocados visuales, cansancio, incapacidad para concentrarse, irritabilidad, deseo de fumar, ansiedad, depresión, incremento de la agresividad, dolor de cabeza, alteraciones gastrointestinales (estreñimiento) y del sueño (Adan, 1998, Swonger y Constantine, 1985). La dependencia psicológica aparece cuando el sujeto cree que para realizar satisfactoriamente determinadas actividades (concentrarse, relacionarse con otras personas, divertirse, relajarse, etc.) necesita fumar un cigarrillo.

A diferencia de los que ocurre con otras drogas, el consumo de tabaco entre los fumadores habituales muchas veces no tiene como objetivo experimentar sensaciones agradables sino, más bien, huir de situaciones molestas o evitar que éstas aparezcan (fumar para relajarse, para no aburrirse, para concentrarse, para no sentir hambre, etc.). Algunos autores explican que este tipo de consumo lo que persigue es reducir o eliminar el síndrome de abstinencia que suele aparecer a los pocos minutos de acabar un cigarrillo (Parrot, 1999). Muchos fumadores no son conscientes de

---

la existencia de este síndrome, aunque asocian claramente el consumo de tabaco con la modificación de sus estados emocionales. Parece ser que las personas fuman más cuando están nerviosas, que las personas ansiosas también fuman más que las que no lo son, y ocurre lo mismo con los pacientes depresivos y esquizofrénicos (Acton, Prochaska, Kaplan, Small y Hall, 2001; Becoña, 2000; Fiore, Bailey, Cohen et al., 1996). Así mismo se ha comprobado que los estados de ansiedad producen recaídas en los sujetos abstinentes de tabaco (Hall, Havassy y Wasserman, 1990).

También se ha observado una alta prevalencia del consumo de tabaco entre las personas que tienen problemas de adicción al juego (Arbinaga, 2000, González, 1990). En este colectivo los factores productores de ansiedad están muy presentes, ya sea vinculados a la incertidumbre de los resultados del juego, a los intentos por resistir la urgencia de jugar, a los problemas económicos y al deterioro de sus relaciones familiares y afectivas producidos por el juego, a su percepción de estar metidos en un callejón sin salida y de que muy difícilmente podrán remontar esa situación, etc. Estos últimos factores se encuentran asimismo muy relacionados con los estados depresivos que sufren muchos adictos al juego y que, en ocasiones, pueden acabar llevándoles al suicidio (Arbinaga, 2000). Las personas adictas al juego también suelen tener problemas con el consumo de alcohol y, generalmente, ambas adicciones se tratan de manera simultánea, lo que no ocurre con la adicción al tabaco. Una de las razones para justificar este tipo de actuación es que se suele pensar que el tabaco interfiere menos que el alcohol en los avances de la terapia para abandonar el juego, y que los esfuerzos que supone interrumpir su consumo pueden repercutir negativamente en el tratamiento de la ludopatía. Tal vez esto sea cierto para algunos casos, pero no necesariamente para todos. Además, no se trata de conseguir de inmediato que el sujeto abandone el consumo, sino que pueda avanzar hacia ese objetivo estableciendo las condiciones que lo faciliten posteriormente. Por otra parte no hay que olvidar que por ser la nicotina un estimulante produce nerviosismo, inquietud, etc., lo que supone una sobrecarga emocional que no ayuda precisamente a la persona adicta al juego a

superar este problema. Tonneato y Brennan (2000) consideran que, teniendo en cuenta el incremento de la evidencia sobre la comorbilidad entre dependencia de sustancias y juego patológico, habría que investigar la eficacia de los tratamientos clínicos de ambos problemas. Alertan, además, sobre la posibilidad de que tras tratar una sola de las adicciones, la otra pueda convertirse en su sustituto o provocar la recaída en el problema ya superado.

Desde comienzos de los años 80, Prochaska, Di Clemente y colaboradores, han publicado diversos trabajos sobre los procesos implicados en el abandono del tabaco (Prochaska y Di Clemente, 1983; DiClemente y Prochaska, 1985; Di Clemente, Prochaska, Fairhurts, Velicer, Velasquez y Rossi, 1991; Prochaska, Di Clemente y Norcross, 1992; Prochaska, Velicer, Rossi, Goldstein, Marcus, Rakowski, Fiore, Harlow, Redding, Rosenbloom y Rossi, 1994; Prochaska, Norcross y Di Clemente, 1994; Fava, Velicer y Prochaska, 1995). En ellos proponen abandonar el planteamiento dicotómico de valoración de las intervenciones para dejar de fumar (fuma/no fuma) y sustituirlo por la idea de proceso: hacia qué etapa próxima al abandono definitivo del tabaco ha progresado el sujeto o, alternatively, qué nivel de retroceso ha experimentado.

Estas etapas son las siguientes (Prochaska, Norcross y Di Clemente, 1994): Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento. En la fase de Precontemplación, los sujetos no tienen la firme intención de abandonar el tabaco en el plazo de los próximos seis meses. En la fase de Contemplación, los sujetos sí tienen la firme intención de abandonar el tabaco en dicho plazo. En la fase de Preparación los sujetos tienen la firme intención de abandonar el tabaco en los próximos treinta días y, además, durante el año anterior han hecho uno o más intentos por abandonar el hábito de fumar (si no se cumple esta segunda condición se considera que el sujeto se encuentra todavía en la fase de Contemplación). En la fase de Acción los sujetos llevan un mínimo de 24 horas sin fumar y en la fase de Mantenimiento llevan, al menos, seis meses. Los autores han explicado que no resulta conveniente plantear intervenciones para dejar de fumar, sin tener en cuenta en qué etapa se en-

cuentran los sujetos a quienes va dirigido el programa, ya que los objetivos han de ser diferentes para cada etapa y, en general, también lo serán los componentes de la intervención para cada una de ellas. Por ejemplo, si aplicamos un programa con el único objetivo de conseguir la abstinencia, no reaccionará igual el sujeto que nunca se ha planteado el cambio, que el sujeto que está totalmente decidido a dejar de fumar en muy breve plazo: con relación a esa meta, es mucho más probable que el primero fracase que el segundo. Sin embargo, una vez identificadas las situaciones en que se encuentran cada uno de los sujetos susceptibles de cambio, se pueden proponer las estrategias más adecuadas a cada etapa, de manera que todos ellos vayan avanzando de una fase a otra y acaben finalmente por abandonar el hábito.

Entre las características propuestas por Prochaska, Norcross y Di Clemente (1994), para cada una de las etapas se encuentran las valoraciones diferenciales otorgadas por los sujetos a los pros y a los contras de fumar. Los autores han podido comprobar que, por ejemplo, en la fase más alejada de la intención de cambio (Precontemplación) los sujetos dan las puntuaciones más bajas de todos los grupos a las consecuencias negativas del consumo de tabaco, mientras que en el caso de los beneficios sus valoraciones son bastante semejantes a las de los Contempladores y Preparados (DiClemente y Prochaska, 1985). En otro estudio posterior, Di Clemente et al., (1991), comunican que la importancia otorgada a los beneficios de fumar disminuye significativamente a través de los grupos, siendo los sujetos Precontempladores quienes les dan más importancia y los sujetos Preparados los que menos. Por lo que se refiere a los perjuicios ocurre justamente al revés. De nuevo Prochaska, Norcross y Di Clemente (1994) constatan la diferencia entre Precontempladores y Contempladores respecto a los pros y contras de fumar: los Precontempladores valoran más altos los beneficios y más bajos los perjuicios que los Contempladores.

Conocer estas características permite realizar intervenciones con mayores expectativas de éxito sobre aquellos aspectos emocionales, cognitivos y conductuales que hayan mostrado ser relevan-

tes en la consecución de la abstinencia o en el avance a etapas más cercanas a ella. Por ejemplo, si se comprueba que el cigarrillo es altamente valorado como medio de obtener relajación, se puede proponer a los sujetos que dan esta respuesta su sustitución por la práctica de alguna de las técnicas sencillas que se utilizan con este fin. Así mismo, a los sujetos que consideran positivo que fumar les ayude a reducir el hambre y no engordar, se les puede enseñar otro tipo de estrategias más adaptativas para controlar el peso. Acciones similares se podrían llevar a cabo entre aquellos que encuentran que el cigarrillo facilita las relaciones sociales, ayuda a concentrarse, etc. Por otra parte, los sujetos muestran diferente sensibilidad y, en consecuencia, actúan de forma diferente según los resultados de sus comportamientos, aparezcan de forma inmediata o más o menos demorada (Bayés, 1995, Rachlin, 1989). En el caso de los fumadores, se ha comprobado que son muy pocos los que tienen presentes las consecuencias negativas de fumar que aparecen a largo plazo (cáncer, enfisema, etc.) si se comparan con los no fumadores (Planes, Font y Gras, 2000). Sin embargo, otorgan valores elevados a las consecuencias negativas inmediatas, es decir, les molesta bastante el mal aliento que produce el tabaco, las manchas en los dientes y en los dedos, etc. (Font, 1998). Estos datos apoyan el cambio que se ha producido en los contenidos de las campañas actuales que enfatizan precisamente estas molestias.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, los objetivos principales de nuestra investigación son los siguientes:

1. Describir la prevalencia y las características de consumo de tabaco, en una muestra de pacientes adictos al juego, que acuden a una asociación para recibir asesoramiento para superar su problema.
2. Averiguar la intensidad de la adicción y la etapa de cambio en que se encuentran.
3. Comprobar si existen diferencias entre los sujetos respecto a la importancia que otorgan a las consecuencias inmediatas del consumo de tabaco, en función de la etapa de cambio en la que se encuentran.

## METODOLOGÍA

### Sujetos

Forman parte de la muestra los sujetos que acudieron a la *Fundació Teresa Ferrer* (dedicada al tratamiento de las adicciones) i a la *Associació Gironina d'Ajuda al Ludópata*, a fin de recibir asesoramiento psicológico para abandonar la adicción al juego. La recogida de datos se inició en marzo de 2001 y finalizó en mayo de 2002 en el momento en que ya se había entrevistado a todos los pacientes que aceptaron colaborar en el estudio. En total se entrevistó a 34 sujetos de los cuales el 88,2% son varones. La edad media es de 37,2 años (d.t.=11,6; Rango=19-63).

### Instrumentos

Se empleó una entrevista semiestructurada para favorecer una mejor comunicación y comprensión entre los participantes y obtener, de esta forma, datos más válidos y fiables. El entrevistador, si era necesario, aclaraba el sentido de las preguntas y también pedía confirmación, en caso de no haber comprendido bien las respuestas.

La entrevista estaba estructurada en varias partes específicas en función de la situación de consumo del sujeto. En la primera se recogían *datos demográficos* (edad y sexo) y sobre la situación de consumo (fumador activo, ex-fumador y no fumador). En caso de tratarse de un fumador activo se le formulaban una serie de preguntas sobre las *características de consumo*: número de cigarrillos que fuma habitualmente al día, tiempo que hace que consume dicha cantidad, clase de tabaco que consume generalmente, si normalmente se traga el humo del cigarrillo y si acostumbra a consumir totalmente el cigarrillo. A continuación se le hacían otras preguntas que correspondían a los siguientes cuestionarios o escalas:

1. *Test de Fagerström*. La versión actual (cf. Becoña y Vázquez, 1997) consta de seis ítems y está diseñado para valorar el grado de dependencia del tabaco. El cuestionario combina diferentes respuestas sobre el hábito de fumar con el objetivo de crear una medida global de dependencia de la nicotina. Las preguntas eran las siguientes: número de cigarrillos que fuma al día

(ya evaluada dentro de las características de consumo), minutos que tarda por la mañana en encender el primer cigarrillo, si el primer cigarrillo de la mañana es aquél al cual más le costaría renunciar, si fuma más durante las primeras horas de la mañana, si fuma cuando está enfermo y guarda cama y si le resulta difícil abstenerse de fumar en los lugares en que está prohibido.

2. *Escala para evaluar los estadios de cambio en fumadores*. Se trata de una adaptación de Becoña y Vázquez (1997) de los diferentes ítems que Prochaska, DiClemente y colaboradores emplean para identificar en qué etapa de cambio se encuentran los sujetos. Las preguntas se refieren a la intención firme de dejar de fumar en el próximo mes, o en los próximos seis meses, y a si se ha realizado por lo menos un intento de abandono del consumo de tabaco durante el año anterior.

3. *Consecuencias inmediatas asociadas al consumo de tabaco*. El cuestionario consta de 7 beneficios y 8 perjuicios que el sujeto evalúa utilizando una escala de seis puntos -que le entrega la entrevistadora- cuyo rango abarca desde 1: "nada importante" hasta 6: "extremadamente importante". Este instrumento elaborado por Font (1998) plantea fundamentalmente consecuencias inmediatas o poco demoradas.

En el caso de los sujetos ex-fumadores, se recogían los mismos datos que si se tratara de fumadores en activo pero presentando las preguntas en tiempo pasado.

Por lo que se refiere a los no fumadores, a parte de los datos demográficos y de una pregunta sobre si alguna vez había probado el tabaco, sólo se les preguntaba sobre su creencia referente a la importancia de los beneficios y de los perjuicios asociados al consumo de tabaco que experimentan los fumadores.

El tiempo de realización de la entrevista era aproximadamente de media hora.

### Procedimiento

En el curso de las entrevistas que mantenían los afectados con la psicóloga encargada de su atención, se les pedía su colaboración voluntaria para un estudio sobre el consumo de tabaco y se les daban garantías respecto a la confidencialidad

de los datos. En caso de responder afirmativamente, una segunda psicóloga se encargaba de realizar las entrevistas y de agradecer su participación en la investigación. Todos los sujetos menos dos accedieron a ser entrevistados.

## RESULTADOS

La distribución de los sujetos respecto a la situación de consumo es la siguiente: un 76,5% son fumadores (26 sujetos; 88,5% varones), un 8,8% ex-fumadores (3 sujetos, dos de ellos varones) y un 14,7% no fumadores (5 sujetos todos ellos varones).

Los resultados sobre el nivel de consumo y antigüedad en el mismo de los fumadores están representados en la Tabla 1. Como podemos ver, la mitad de ellos fuma más de una cajetilla de tabaco al día. Casi todos los que fuman más de 30 cigarrillos al día llevan más de seis años consumiendo dicha cantidad. Sólo dos sujetos fuman 10 cigarrillos o menos al día y están estabilizados en dicho consumo desde hace más de seis años.

En la Tabla 2 se muestran otros indicadores de las características de consumo, entre ellas, las respuestas a los ítems incluidos en el *Test de Fagerström* utilizado para evaluar el grado de dependencia del tabaco y los ítems correspon-

dientes a la *Escala para evaluar los estadios de cambio en fumadores*. Son mayoría los que fuman tabaco rubio, así como los que inspiran el humo para llevarlo a los pulmones, los que consumen totalmente el cigarrillo y los que dicen que el primer cigarrillo de la mañana es aquel al cual más les costaría renunciar. Más de la tercera parte comunican que fuman más durante las primeras horas del día; que tardan menos de 5 minutos en fumar el primer cigarrillo después de despertarse y que fuman incluso cuando están enfermos y guardan cama. También debemos destacar que la mayoría de los sujetos (80,8%) no han hecho ningún intento para dejar de fumar durante el año anterior y que el 53,8% no tiene previsto abandonar el tabaco en los próximos seis meses.

Por lo que se refiere a la intensidad de su adicción medida con el Test de Fagerström (ver Tabla 3), los sujetos quedan clasificados de la siguiente manera: fumadores con alta dependencia nicotínica (obtienen valores superiores a 6), fumadores con dependencia de tipo medio (valores entre 4 y 6) y fumadores con baja dependencia (valores inferiores a 4). Es importante señalar que más de la cuarta parte de los sujetos presenta una alta dependencia de la nicotina. En la misma tabla podemos conocer en qué etapa del proceso

**Tabla 1**  
Nivel de consumo de cigarrillos de los jugadores fumadores en función del tiempo que hace que consumen la cantidad informada. n(%)

Antigüedad en el consumo actual	Nº de cigarrillos/día				
	De 1 a 10 <sup>a</sup>	De 11 a 20 <sup>a</sup>	De 21 a 30 <sup>a</sup>	Más de 30 <sup>a</sup>	Total <sup>a</sup>
Menos de 1 año	-	2 (18,2)	3 (42,9)	-	5 (19,2)
De 1 a 6 años	-	4 (36,4)	2 (28,6)	1 (16,7)	7 (26,9)
Más de 6 años	2 (100)	5 (45,5)	2 (28,6)	5 (83,3)	14 (53,8)
Total <sup>b</sup>	2 (7,7)	11 (42,3)	7 (26,9)	6 (23,1)	26 (100)

<sup>a</sup> Porcentajes por columnas

<sup>b</sup> Porcentajes por fila

**Tabla 2**  
**Características del consumo de tabaco en los jugadores fumadores. n (%)**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Fuma más de 30 cigarrillos al día. <sup>a</sup>	6 (23,1)	20 (76,9)
Fuma tabaco rubio.	19 (73,1)	7 (26,9)
Habitualmente aspira el humo hasta llevarlo a los pulmones.	23 (88,5)	3 (11,5)
Acostumbra a fumar los cigarrillos enteros.	17 (65,4)	9 (34,6)
Cuando se despierta tarda menos de cinco minutos en fumar el primer cigarrillo. <sup>a</sup>	9 (34,6)	17 (65,4)
Encuentra difícil abstenerse de fumar en los lugares en los que está prohibido. <sup>a</sup>	7 (26,9)	19 (73,1)
El primer cigarrillo de la mañana es al que más le costaría renunciar. <sup>a</sup>	14 (53,8)	12 (46,2)
Fuma más durante las primeras horas de la mañana. <sup>a</sup>	9 (34,6)	17 (65,4)
Fuma cuando está enfermo y tiene que guardar cama. <sup>a</sup>	10 (38,5)	16 (61,5)
Ha hecho algún intento para dejar de fumar de por lo menos una semana de duración el año pasado. <sup>b</sup>	5 (19,2)	21 (80,8)
Tiene la firme intención de dejar de fumar en el próximo mes. <sup>b</sup>	2 (7,7)	24 (92,3)
Tiene la firme intención de dejar de fumar en los próximos seis meses. <sup>b</sup>	12 (46,2)	14 (53,8)

<sup>a</sup> Ítems incluidos en el Test de Fagerström.

<sup>b</sup> Ítems incluidos en la Escala para evaluar los estadios de cambio en fumadores de Becoña y Vázquez (1997).

de cambio se encuentran. Aunque algo más de la mitad de los fumadores no tienen la firme intención de dejar de fumar en los próximos seis meses (Precontempladores), cabe destacar que el resto (un 46,2%) sí que manifiesta esta intención. También creemos de interés el caso de los dos fumadores que tienen la firme intención de abandonar el consumo de tabaco durante el próximo mes y, además, cuentan en su haber algún intento de abandono durante el año anterior (Pre-parados). También en la Tabla 3 puede comprobarse que no existe relación entre intensidad de la dependencia y etapa de cambio ( $X^2_{(4)} = 1,13$ ;  $P = 0,89$ ).

Por lo que se refiere a los tres jugadores que anteriormente fueron fumadores, uno se encuentra en la fase de Acción (ha dejado de fumar y

lleva abstinerente al menos 24 horas) y los otros dos llevan seis meses o más abstinentes (fase de Mantenimiento).

Para realizar los análisis de las valoraciones otorgadas a los beneficios y a los perjuicios, y debido al reducido número de sujetos encontrados en alguna de las etapas, hemos clasificado a los fumadores en función de su intención de abandonar o no el consumo de tabaco y hemos incluido en un mismo grupo a los exfumadores y a los no fumadores. La inclusión de Contempladores y Preparados en un mismo grupo se apoya en los datos comunicados por DiClemente y Prochaska (1985) referentes a que ambos colectivos se parecen en su valoración de los pros y los contras de fumar.

**Tabla 3**  
**Distribución de los jugadores fumadores en función de la Etapa de Cambio en la que se encuentran**  
**y del nivel de dependencia medido con el Test de Fagerström. n (%)**

Etapa de Cambio	Nivel de dependencia			
	<i>Baja</i>	<i>Media</i>	<i>Alta</i>	<i>Total<sup>b</sup></i>
Precontemplación <sup>a</sup>	2 (14,3)	8 (57,1)	4 (28,6)	14 (53,8)
Contemplación <sup>a</sup>	1 (10)	7 (70)	2 (20)	10 (38,5)
Preparación <sup>a</sup>	-	1 (50)	1 (50)	2 (7,7)
Total <sup>a</sup>	3 (11,5)	16 (61,5)	7 (26,9)	26 (100)

<sup>a</sup> Porcentajes por filas.

<sup>b</sup> Porcentajes por columna.

$X^2_{(4)} = 1,13$ ;  $P = 0,89$

En las Tablas 4 y 5 se presentan las medias y desviaciones típicas de la importancia que otorgan los sujetos a los beneficios y a los perjuicios

de fumar en función de la etapa de cambio en la que se encuentran. Se aprecia que, independientemente de la etapa, en general los sujetos conce-

**Tabla 4**  
**Valoraciones medias de la importancia que otorgan a los beneficios que comporta el consumo de tabaco en**  
**el grupo de los fumadores que no piensan dejar de fumar, en el grupo de fumadores que si piensa en**  
**abandonar el hábito y en el grupo de exfumadores y no fumadores y resultados de la prueba**  
**de Kruskal-Wallis de comparación de los tres grupos.**

Beneficios del consumo de tabaco	Fumadores que no piensan dejar de fumar <i>Media (d.t.)</i> <i>n=14</i>	Fumadores que sí piensan dejar de fumar <i>Media (d.t.)</i> <i>n=12</i>	Exfumadores y no fumadores <i>Media (d.t.)</i> <i>n=8</i>	$X^2_{(2)}$ (P)
Fumar ayuda a concentrarse	2,21 (1,63)	1,83 (1,40)	2,00 (1,93)	0,82 (0,66)
Fumar ayuda a relajarse	3,64 (1,95)	3,92 (1,16)	2,00 (1,77)	6,17 (0,05)
Cuando se está aburrido, fumar distrae	2,71 (2,05)	2,75 (1,66)	1,75 (1,49)	2,73 (0,26)
Fumar facilita conocer gente y hacer amistades	1,21 (0,80)	1,00 (0,00)	1,00 (0,00)	1,43 (0,49)
El gusto del tabaco es bueno	2,93 (1,64)	3,17 (1,70)	2,50 (1,93)	0,97 (0,62)
Fumar ayuda a no sentir tanto el hambre	2,14 (1,88)	2,67 (1,87)	1,63 (1,41)	1,53 (0,47)
Fumar ayuda a adelgazar	1,21 (0,58)	1,25 (0,62)	1,63 (1,77)	0,03 (0,99)



**Tabla 5**

**Valoraciones medias de la importancia que otorgan a los perjuicios que comporta el consumo de tabaco en el grupo de los fumadores que no piensan dejar de fumar, en el grupo de fumadores que si piensa en abandonar el hábito y en el grupo de exfumadores y no fumadores y resultados de la prueba de Kruskal-Wallis de comparación de los tres grupos.**

Perjuicios del consumo de tabaco	Fumadores que no piensan dejar de fumar <i>Media (d.t.)</i> <i>n= 14</i>	Fumadores que sí piensan dejar de fumar <i>Media (d.t.)</i> <i>n=12</i>	Exfumadores y no fumadores <i>Media (d.t.)</i> <i>n=8</i>	X <sup>2</sup> (2) (P)
Fumar produce a veces acidez de estómago	1,64 (0,93)	2,83 (1,80)	3,38 (1,92)	5,32 (0,07)
Fumar amarillea los dientes	4,21 (1,97)	4,25 (1,14)	4,88 (1,89)	2,04 (0,36)
Fumar mancha los dedos de nicotina	2,64 (1,82)	3,67 (2,15)	3,25 (2,25)	1,41 (0,50)
Fumar disminuye mi rendimiento deportivo	3,93 (2,40)	4,25 (2,01)	5,00 (1,77)	0,98 (0,61)
Fumar produce un aliento desagradable	4,07 (1,64)	4,67 (1,61)	4,50 (1,69)	1,25 (0,53)
Fumar produce a veces dolor de cabeza	1,57 (0,85)	3,25 (2,34)	3,88 (1,36)	9,68 (0,008)
El humo hace que la ropa huelga mal	3,93 (1,94)	5,17 (1,59)	5,00 (1,41)	3,64 (0,16)
A veces fumar provoca taquicardia	1,64 (1,50)	3,00 (2,00)	4,38 (1,69)	9,59 (0,008)

den mayor importancia a los perjuicios que a los beneficios. Los perjuicios valorados más negativamente por la mayoría de los sujetos son: “fumar amarillea los dientes”, “fumar disminuye el rendimiento deportivo”, “fumar produce un aliento desagradable” y “el humo hace que la ropa huelga mal”.

Si analizamos los resultados por etapas podemos ver que los sujetos que no fuman (exfumadores y no fumadores) otorgan en todos los casos mayor importancia a los perjuicios del consumo de tabaco que a sus posibles beneficios. Mientras que los sujetos que continúan fumando (tengan o no la firme intención de abandonar el consumo en un futuro) dan valores bastante más elevados al beneficio “fumar ayuda a relajarse”, en comparación con los que otorgan a los perjuicios “fumar produce a veces acidez de estómago”,

“fumar produce a veces dolor de cabeza” y “a veces fumar provoca taquicardia”. Otro beneficio bien valorado por estos grupos es el relativo al buen gusto del tabaco.

Los resultados de la prueba de Kruskal-Wallis de comparación entre los tres grupos, por lo que se refiere a los beneficios (ver Tabla 4), indican que éstos sólo se diferencian significativamente en la importancia que otorgan a un beneficio: “fumar ayuda a relajarse”. Los contrastes realizados con la prueba U de Mann-Whitney muestran diferencias significativas en la valoración de dicho beneficio entre el grupo de sujetos que no fuma (exfumadores y no fumadores) y aquellos fumadores que piensan dejar el consumo de tabaco próximamente (U=15; P=0,01), de manera que éstos últimos valoran más los beneficios de relajarse por medio del consumo de tabaco.

Igualmente se observa una tendencia en este sentido entre los que no fuman y los fumadores que no piensan abandonar el hábito en los próximos seis meses ( $U=29,5$ ;  $P=0,07$ ).

En cuanto a los perjuicios (ver Tabla 5), sólo en dos de ellos: “fumar produce a veces dolor de cabeza” y “a veces fumar provoca taquicardia” se encuentran diferencias en las valoraciones medias de cada grupo. En estos casos las diferencias significativas se hallan entre aquellos fumadores que no piensan dejar de fumar en los próximos seis meses y los sujetos que no fuman ( $U=8,5$ ;  $P<0,0005$  y  $U=16$ ;  $P=0,005$  respectivamente). En ambos casos, son los que no fuman (exfumadores y no fumadores) quienes otorgan mayor importancia a los dos perjuicios considerados.

## DISCUSIÓN

La elevada prevalencia de consumidores de tabaco entre los jugadores de nuestro estudio (más de las tres cuartas partes de la muestra), corrobora datos anteriores (Arbinaga, 2000, González, 1990) sobre los altos porcentajes de fumadores existentes en este colectivo, en comparación con los de la población general, en la que los fumadores tan solo suponen el 36% (Becoña, 2000, Villalbí, 1998).

Por otra parte, los porcentajes de sujetos fumadores que hemos encontrado en las etapas previas al abandono del consumo de tabaco, son muy semejantes a los que se han encontrado en varios estudios realizados con diferentes poblaciones en los EE.UU, donde los Precontempladores son el grupo más numeroso seguidos de los Contempladores y, con cifras bastante más reducidas, por los Preparados (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992). Los datos anteriores hacen pensar que los fumadores adictos al juego no constituyen una clase especialmente recalcitrante de fumadores ya que, en gran parte, se encuentran en etapas próximas al abandono del consumo, al igual que ocurre en la población general de fumadores.

Teniendo presentes estos resultados, pensamos que a los sujetos que se encuentran en la etapa de Contemplación y, especialmente, a los que están en la de Preparación, probablemente les sería muy útil encontrar algún tipo de apoyo

en sus esfuerzos para conseguir el abandono del consumo de tabaco, ya sea fortaleciendo sus decisiones favorables al cambio o proporcionándoles las estrategias que lo faciliten. Es decir, convendría que el tratamiento de la adicción al juego se realizara conjuntamente con el de las otras adicciones que presenten los pacientes, tal y como apuntan Tonneato y Brennan (2000).

Respecto a la falta de relación entre nivel de dependencia y etapa de cambio que hemos encontrado, nuestros resultados son semejantes a los de Vázquez y Becoña (1998) quienes comprobaron que el grado de dependencia medido con el Test de Fagerström no predecía la abstinencia de fumar en un grupo de 186 personas que recibían tratamiento para abandonar el consumo de tabaco. Pero difieren de los hallados por DiClemente *et al.* (1991) en una muestra de 1466 fumadores pertenecientes a la población general. Estos autores comunican que los Precontempladores tuvieron una mayor puntuación media en adicción (utilizando también el Test de Fagerström) que los Contempladores y Preparados.

Por lo que se refiere a las valoraciones de las consecuencias inmediatas o poco demoradas del consumo de tabaco, en general se consideran más importantes los perjuicios que comporta el consumo de tabaco que los beneficios de tal consumo. Entre los perjuicios destacan las altas puntuaciones que reciben, por parte de todos los grupos, aquellas consecuencias de tipo estético, o con repercusiones en las relaciones interpersonales, (dientes y dedos amarillos, reducción del rendimiento deportivo, aliento y olor de la ropa desagradables). Los beneficios más valorados por su importancia son “fumar ayuda a relajarse” y “el gusto del tabaco es bueno”.

Si analizamos las **valoraciones de los perjuicios por grupos**, encontramos que los adictos al juego que no tiene intención de dejar de fumar en un futuro próximo (Precontempladores) tienden a valorar menos las consecuencias negativas del consumo de tabaco que los que sí piensan dejar (Contempladores y Preparados), siendo estos resultados semejantes a los comunicados por DiClemente y Prochaska, (1985), por DiClemente *et al.*, (1991) y por Fava, Velicer y Prochaska (1995) a partir de muestras de población general. No obstante sólo son significativas

las diferencias entre los que no tienen intención de dejar de fumar en un futuro próximo (Precontempladores) y los que lo han dejado o nunca han fumado en la valoración de dos perjuicios: “fumar produce a veces dolor de cabeza” y “a veces fumar provoca taquicardia”. En ambos casos los no fumadores otorgan mayor importancia a estos perjuicios que los Precontempladores. De acuerdo con la teoría de Rachlin (1989), igualmente defendida por Bayés (1995), estos dos efectos inmediatos o poco demorados del consumo de tabaco han podido tener una influencia decisiva en hacer que los sujetos que conocen esta relación –ya sea por haberla experimentado personalmente, o de manera vicaria– se abstengan de fumar. Desde esta perspectiva, se podrían hacer intervenciones educativas que enseñaran a los sujetos a autoexaminar sus percepciones somáticas y a realizar determinadas atribuciones, por ejemplo, una persona podría aprender que su dolor de cabeza no es tanto el resultado de una reunión conflictiva como de la cantidad de cigarrillos que fumó para afrontarla.

Otra estrategia que facilitaría establecer un nexo entre la conducta de fumar y las consecuencias para la salud (que al tener éstas una aparición sólo probable y más demorada suelen ser minusvaloradas por los fumadores) consistiría en proporcionarles información sobre sus niveles de CO expirado mediante el empleo sistemático del Smokerlyzer. De esta forma podrían constatar algunos de los efectos inmediatos del humo del cigarrillo en su organismo y, tal vez les resultara más difícil negar su vulnerabilidad.

Por lo que se refiere a los análisis de las **valoraciones de los beneficios por grupos** observamos las semejanzas encontradas por DiClemente y Prochaska, (1985), por DiClemente et al., (1991) y por Fava, Velicer y Prochaska, (1995) entre las valoraciones de Precontempladores, Contempladores y Preparados. Sólo difieren en la importancia otorgada al beneficio “fumar ayuda a relajarse” los sujetos que no fuman respecto a aquellos que piensan dejar de fumar en un futuro próximo. Estos últimos otorgan mayor importancia a este beneficio que los primeros.

Entre las intervenciones que sugieren los resultados, atendiendo a los beneficios más valorados, encontramos las siguientes: en el caso del

uso del tabaco con el objetivo de relajarse, estarían indicadas intervenciones generales para un mejor afrontamiento de las situaciones potencialmente estresantes y también intervenciones más específicas y concretas como puede ser el aprendizaje de diferentes modalidades de las técnicas de relajación. También se pueden utilizar técnicas aversivas para hacer menos deseable el gusto del tabaco, como por ejemplo, la sensibilización encubierta.

No debemos olvidar, por último, las limitaciones de este estudio a causa, principalmente, del reducido número de sujetos que forman parte de la muestra, y de su carácter transversal. No obstante, pensamos que los resultados son lo suficientemente interesantes como para que se continúe investigando con muestras más numerosas que permitan confirmarlos y a ser posible mediante diseños longitudinales. Serían especialmente interesantes aquellos diseños que contemplaran algún tipo de intervención que tuviera como objetivo modificar aquellas variables que han mostrado ser relevantes en la presente investigación.

## REFERENCIAS

1. **Acton GS, Prochaska JJ, Kaplan AS, Small T, Hall SM.:** Depression and stages of change for smoking in psychiatric outpatients. *Addictive Behaviors*, 2001; 26, 621-631.
2. **Adan A.:** Psicobiología de la dependencia del tabaco. *Psicología Conductual*, 1998; 6 (1), 137-156.
3. **Arbinaga F.:** Estudio comparativo sobre el juego patológico en estudiantes (8-17 años): Características sociodemográficas, consumo de drogas y depresión. *Adicciones*, 2000; 12 (4), 493-505.
4. **Becoña E.:** Tratamiento del tabaquismo: Situación actual y perspectivas futuras. *Adicciones*, 2000; 12 (1), 77-85.
5. **Becoña E, Vázquez FL.:** La evaluación de la conducta de fumar. *Psicología Conductual*, 5 (3), 1997; 345-364.
6. **DiClemente CC, Prochaska JO.:** Processes and stages of change: Coping and competence in smoking behavior change. En S. Shiffman y T.A. Wills (Eds.), *Coping and substance abuse* (pp. 319-343). San Diego: Academic Press, 1985.
7. **DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velasquez MM, Rossi JS.:** The pro-

- cess of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991; 59 (2), 295-304.
8. **Fava JL, Velicer WF, Prochaska JO.:** Applying the transtheoretical model to a representative sample of smokers. *Addictive Behaviors*, 1995; 20 (2), 189-203.
  9. **Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dofman SF, Goldstein MG, Gritz ER, Heyman RB, Holbrook J, Jaen CR, Kotte TE, Lando HA, Meclenburg R, Mullen PD, Nett LM, Robinson L, Stitzer ML, Tommasello AC, Villejo L, Wewers ME.:** Smoking Cessation. Clinical practice guideline, N° 18. Rockville, M.D.: US Dept. of Health and Human Services. Agency for Health Care Policy and Research, 1996.
  10. **Font S.:** Paràmetres rellevants en la percepció de les conseqüències de la conducta de fumar en joves fumadors i no fumadors. Treball de Recerca. Universitat de Girona, 1998.
  11. **González A.:** Juego patológico: Situación actual en España. Comunicación presentada en: Jornades Europees sobre el Joc (GREF). Barcelona, abril 1990.
  12. **Hall SM, Havassy BE, Wasserman DA.:** Commitment to abstinence and acute stress in relapse to alcohol, opiates and nicotine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1990; 58 (2), 175-181.
  13. **Lichtenstein E, Glasgow RE.:** Smoking cessation: Wath hare we learned over past decade?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1992; 60 (4), 518-527.
  14. **Parrot AC.:** Does cigarette smoking cause stress?. *American Psychologist*, 1999; 54 (10), 817-820.
  15. **Planes M, Font S, Gras ME.:** ¿Piensan los estudiantes fumadores en las consecuencias de su hábito?. *Oncología*, 2000; 23, 61-62.
  16. **Prochaska JO, DiClemente CC.:** Stages and processes of self-change in smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983; 5, 390-395.
  17. **Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC.:** In search of how people change. *American Psychologist*, 1992; 47 (9), 1102-1114.
  18. **Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC.:** Changing for good. New York; Avon Books, 1994.
  19. **Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, Fiore C, Harlow LL, Redding CA, Rosenbloom D, Rosi SR.:** Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 1994; 13 (1), 39-46.
  20. **Rachlin H.:** Judgment, decision and choice. New York: Freeman, 1989.
  21. **Skaar KL, Tsoh JY, McClure JB, Cincipirini PM, Friedman K, Wetter DW, Gritz ER.:** Smoking cessation I: An overview of research. *Behavioral Medicine*, 1997; 26, 5-13.
  22. **Swonger AK, Constantine LL.:** Drogas y terapia. Madrid: Alhambra. (Edición original en inglés, 1976); 1985.
  23. **Toneatto T, Brennan J.:** Pathological gambling in treatment-seeking substance abusers. *Addictive Behaviors*, 2002; 27, 465-469.
  24. **Vázquez FL, Becoña E.:** Variables predictivas del consumo de cigarrillos y de la abstinencia en un programa para dejar de fumar. *Psicología Conductual*, 1998; 6 (3), 501-518.
  25. **Villalbí JR.:** Tabaco y políticas del tabaco. En E. Becoña (Ed.), Libro blanco sobre el tabaquismo en España (pp.175-189). Barcelona: Glosa, 1998.
  26. **Villalbí JR, Ariza C.:** El tabaquismo en España: Situación actual y perspectivas para el movimiento de prevención. En J.R. Villalbí y C. Ariza (Eds.), El tabaquismo en España: Situación actual y perspectivas para el movimiento de prevención (pp. 3-15). Barcelona: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 2000.