

## EFICACIA DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO ATRIBUCIONAL Y TERAPIA AVERSIVA PARA LA CONDUCTA ADICTIVA TABÁQUICA

Serafina Castro Zamudio  
Antonio Godoy Ávila

Departamento de Psicología Social y de la Personalidad  
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

### RESUMEN

*Dada la importancia de las atribuciones causales en la conducta adictiva tabáquica, se ha diseñado un programa de entrenamiento atribucional para comprobar los efectos a medio-largo plazo que podría producir junto con la técnica de fumar rápido (terapia aversiva).*

*Se ha utilizado una muestra de 25 sujetos divididos en dos grupos: 1) grupo de terapia aversiva y programa de entrenamiento atribucional (TA+EA) y 2) grupo de terapia aversiva y programa de información neutra (TA+IN).*

*Los resultados obtenidos en este estudio tienen una considerable importancia, ya que las diferencias halladas al sexto mes de seguimiento entre el grupo de TA+EA (69,2% de éxito) y el grupo de TA+IN (41,7% de éxito), aunque no son estadísticamente significativas, sí son clínicamente relevantes.*

**Palabras clave:** ENTRENAMIENTO ATRIBUCIONAL, TERAPIA AVERSIVA, FUMAR.

## SUMMARY

*Given the importance of causal attributions in smoking addictive behaviour, an attributional training program was designed in order to check the medium and long-term effects produced by this program together with the non-stop smoking (aversive therapy).*

*A sample of 25 subjects divided into two groups was used: 1) Aversive therapy and attributional training program group (AV TH+ATP) and 2) Aversive therapy and neutral information group (AV TH+IN).*

*The results of this study have considerable importance due to the fact that the percentages of success found in the two groups in the sixth month of follow-up are: a 69,2% of success in the first group (AV TH+ATP) and a 41,7% in the second group (AV TH+NI) and although they are not significative from a statistical point of view, are clinically relevant.*

**Key words:** *ATTRIBUTIONAL TRAINING PROGRAM, AVERSIVE THERAPY, SMOKING BEHAVIOUR*

## 1.- INTRODUCCIÓN

El campo atribucional ha adquirido, en el ámbito de la Psicología, una gran relevancia en los últimos años y dentro de éste, las proposiciones teóricas formuladas por Weiner (1974, 1979, 1988). Son muchos los autores que reconocen la función tan importante que ejercen las atribuciones causales en los problemas clínicos. Así, hay bastantes estudios dirigidos a identificar y cambiar las atribuciones causales de los pacientes (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; Anderson, 1983a, 1983b; Dweck, 1975; Försterling, 1985a, 1985b, 1986, 1988, 1990; Nisbett y Ross, 1980; Weiner, 1985, 1986, 1988; Wilson y Linville, 1982). Entre los problemas clínicos a los que se han aplicado las atribuciones causales señalamos la conducta adictiva tabáquica. Aunque los programas de intervención directa sobre dicha adicción se pueden considerar efectivos, el nivel de recaída es muy elevado (Leventhal y Cleary, 1980; Schachter, 1982). Una propuesta de solución a este problema procede del campo atribucional.

Los pacientes, a veces, se sienten incapaces de mantener los logros terapéuticos una vez finalizado el tratamiento (Hunt, Barnett y Branch, 1971; Lichtenstein, 1982; Schwartz, 1987). Este problema lo encontramos con frecuencia en los programas de intervención para dejar de fumar. Desde el ámbito atribucional se ha abordado este problema planteando que los sujetos que se ven a sí mismos como responsables de su conducta de cambio, tendrán más éxito en mantener este cambio una vez que el tratamiento ha finalizado (Grove, 1993; Kopel y Arkowitz, 1975). Si los cambios conductuales se atribuyen a factores externos (v.g., una droga) es más probable que se produzca recaída que si se atribuyen a factores internos (Harackiewicz, Manderlink y Sansone, 1984; Lepper, Greene y Nisbett, 1973).

Harackiewicz, Sansone, Blair, Epstein y Manderlink (1987) manipularon la externalidad del tratamiento comparando los manuales de autoayuda con y sin el componente de una droga. Utilizaron tres programas de intervención: dos intrínsecos (programa de autoayuda o uso del chicle de nicotina sin ayuda externa) y uno extrínseco (uso del chicle de nicotina con ayuda externa). Examinaron las atribuciones para el éxito y fracaso, los efectos del tratamiento en el abandono inicial del tabaco y los efectos de las atribuciones en el mantenimiento del mismo.

Los resultados ponen de manifiesto que los sujetos que atribuían de manera más externa las causas para dejar de fumar, tenían más éxito en la condición experimental extrínseca que en las dos condiciones intrínsecas. Sin embargo, el porcentaje de recaída, durante el seguimiento, fue mayor que en la condición de autoayuda intrínseca, donde los sujetos permanecieron sin fumar por más tiempo. Este hallazgo apoya la predicción de la teoría de la atribución: los tratamientos externos con droga tienen un mantenimiento más pobre.

Aunque no se pueden aportar datos concluyentes a este respecto, parece ser que atribuir el éxito internamente conlleva una mayor probabilidad de éxito en el mantenimiento que si éste se atribuye de manera externa.

Eiser, Van Der Pligt, Raw y Sutton (1985), llevaron a cabo un estudio con objeto de analizar las atribuciones que hacían los sujetos que querían dejar de fumar. Los autores especularon que una persona

que atribuye el fracaso al dejar de fumar a causas estables, como la dificultad de la tarea (v.g., es muy difícil) o la capacidad (v.g., soy un adicto), tendrá poca confianza en que pueda tener éxito al abandonar y, por tanto, no generará la intención de hacerlo. Por el contrario, si un sujeto cree que el fracaso al abandonar se puede deber a factores inestables tales como el esfuerzo o incluso la suerte, tendrá mayores expectativas de éxito, lo que le puede conducir a la intención de abandonar. Los resultados apoyaron sus hipótesis ya que los sujetos que atribuían el fracaso a causas inestables tenían, con mayor frecuencia, la intención de dejar el hábito que aquéllos que hicieron atribuciones estables para el fracaso. Además se les pasó un postest (al año) en el que se confirmó que el porcentaje de sujetos que abandonaron fue mayor entre los que tenían la intención de abandonar que entre los que no tenían tal intención.

Los resultados sugieren que las atribuciones que los sujetos hacen para el fracaso en el abandono del tabaco influyen en las expectativas de éxito, y éstas determinan si está o no formada la intención de abandonar. Esta intención, a su vez, está relacionada con los intentos reales de abstinencia. Por tanto, confianza o expectativa es una variable que se ve influida por las atribuciones, especialmente por la dimensión estabilidad/ inestabilidad (Försterling, 1988).

Hacer atribuciones inestables para posibles fracasos incrementa la probabilidad de que un sujeto genere la intención de abandonar.

Consideramos que los programas de entrenamiento atribucional deberían tener en cuenta las tres dimensiones propuestas por el modelo de la motivación de logro de Weiner, ya que los estudios suelen centrarse en una única dimensión atribucional (internalidad-externalidad o estabilidad-inestabilidad) que conducen a resultados contradictorios y poco clarificadores.

Teniendo en cuenta, de un lado, el problema en el mantenimiento de los resultados terapéuticos a largo plazo de las conductas adictivas (dado el gran porcentaje de recaídas que parece existir entre el tercer y sexto mes de seguimiento) y de otro, la importancia que las atribuciones tienen en el proceso de recaídas, decidimos diseñar un *programa de entrenamiento atribucional* (Castro, 1997). Éste consiste en hacer que los sujetos, mediante entrenamiento, atribuyan el éxito de manera interna, estable y controlable, y el fracaso de manera

externa, inestable y controlable; además, deben aprender a atribuir de manera policausal y no monocausal, puesto que suelen ser múltiples las causas responsables de una conducta. Este programa se aplicó junto con la *técnica de fumar rápido*.

Con este estudio se pretende comprobar si el entrenamiento atribucional influye en el éxito terapéutico (entendiendo éste como un mayor número de sujetos que dejan de fumar por más tiempo). Si realmente, en nuestros resultados, halláramos apoyo para este planteamiento, nos encontraríamos con una nueva herramienta terapéutica que nos ayudaría a obtener resultados más óptimos para que los sujetos consigan mantenerse sin fumar.

Por tanto, el objetivo general que planteamos en este estudio es diseñar un programa de entrenamiento atribucional (se aplicaría junto con un programa de intervención tradicional como es la técnica de fumar rápido). La finalidad sería conseguir un mejor éxito terapéutico. Este éxito se traduciría en un mayor número de sujetos que han dejado y se mantienen sin fumar y un menor número de recaídas, información que se obtiene mediante la declaración verbal del propio sujeto, los autorregistros y el monóxido de carbono medido mediante un aparato. Se mostraría así la superioridad de esta forma de intervención frente a los programas de intervención tradicionales en los que no se abordan de una forma directa las atribuciones de los sujetos fumadores.

Del objetivo general planteado, y en función de la revisión teórica realizada para este estudio, cabría esperar que en el grupo de entrenamiento atribucional+terapia aversiva, el número de sujetos que se mantenga sin fumar en los seguimientos (primer, tercer y sexto mes) sea significativamente mayor que en el grupo de información neutra+terapia aversiva, así como que el número de recaídas sea menor.

## 2.- MÉTODO

### 2.1.-Sujetos

Los sujetos participantes en este estudio han sido 25, con edades comprendidas entre los 18 y 30 años (con una media de edad de 23,28 y una desviación típica de 3,69) de los cuales 9 son varones

(con una media de edad de 23,33 y una desviación típica de 4,72) y 16 mujeres (con una media de edad de 23,25 y una desviación típica de 3,15).

Los sujetos estaban vinculados en su totalidad a la Universidad de Málaga, siendo todos ellos estudiantes de las distintas facultades o escuelas universitarias. El programa de intervención se llevó a cabo en el SAP (Servicio de Atención Psicológica) de la Universidad de Málaga.

En la tabla 1 se presenta cómo quedó distribuido el total de sujetos entre los dos grupos:

Tabla 1.- Características y composición de la muestra por grupos

GRUPOS	N	SEXO		EDAD	
		V	M	MEDIA	D.T.
G. TA+EA	13	5 38,5%	8 61,5%	24,15	3,48
G. TA+IN	12	4 33,3%	8 66,7%	22,33	3,82

## 2.2.- Procedimiento

El estudio se realizó a lo largo de diez meses, para ello se siguieron los pasos que se describen a continuación.

1.- *Fase de evaluación.* Se llevaron a cabo dos sesiones de evaluación individual, en las que se utilizó una entrevista, autorregistros, medición del monóxido de carbono y una revisión médica que certificara que no existía ningún problema médico que hiciera inviable la aplicación de la técnica de fumar rápido. La revisión se realizó en el Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Victoria" de Málaga, previo acuerdo del SAP con dicho hospital.

2.- *Fase de tratamiento.* Se llevaron a cabo un total de diez sesiones de tratamiento durante seis semanas.

La duración de las sesiones ha sido de 2 horas cuando se llevó a cabo la terapia aversiva junto con el programa de entrenamiento atribucional (grupo de TA+EA) o con el programa de información neutra (TA+IN). De 1h 15 minutos cuando las sesiones eran sólo de terapia aversiva (TA) y de 45 minutos cuando en las sesiones sólo se trabajó el programa de entrenamiento atribucional (EA) o de información neutra (IN).

Una vez realizada la selección, se contó con un total de 28 sujetos, entre los cuales 3 abandonaron tras la primera sesión de terapia, finalizando la misma con 25 sujetos.

3.- *Fase de seguimiento.* Las sesiones de seguimiento se realizaron por un período de seis meses. Cinco días antes de la fecha se les avisaba telefónicamente y se les recordaba las tareas a realizar. Se utilizaron tres mediciones: al primer, tercer y sexto mes de haber finalizado el tratamiento (estas sesiones eran sesiones de evaluación idénticas a la fase pre y postratamiento).

### 2.3.- Variables e instrumentos de evaluación

Las variables que se han utilizado en el presente estudio son las siguientes:

1.- Variable independiente: el estudio engloba dos grupos: grupo de terapia aversiva+entrenamiento atribucional (TA+EA) y grupo de terapia aversiva+información neutra (TA+IN). Ambos comprenden los dos niveles de la variable independiente.

2.- Variables dependientes: comprende todas aquellas variables en las que esperamos produzca sus efectos la variable independiente. En esta investigación son: Variables conductuales como fumar o no fumar (se tiene en cuenta la declaración verbal de abstinencia, los autorregistros y el monóxido de carbono).

En el estudio se utilizaron distintos tipos de instrumentos: entrevista, autorregistros y un aparato para la evaluación del monóxido de carbono.

1.- Entrevista sobre tabaquismo. Se evaluaron aspectos relacionados con el consumo de tabaco. La entrevista, junto con los autorregistros, permitió seleccionar a los sujetos para este estudio, ya que en ella se contempla la frecuencia de cigarrillos fumados (la

media diaria no debía ser inferior a los 10 cigarros), la edad no superior a los 30 años, no presentar ningún problema psicológico por el cual pudieran necesitar ayuda psicológica, no padecer ninguna enfermedad que se viera afectada por la terapia aversiva (problemas cardiovasculares, respiratorios, estomacales ...), adquirir un compromiso de asistencia a todas las sesiones y la motivación de los sujetos de cara al tratamiento.

2.- Autorregistro del consumo de tabaco. Los sujetos debían registrar, durante 15 días, cada cigarrillo que fumaban, incluyendo la hora, el lugar, la situación y compañía, así como las circunstancias o pensamientos que provocaban el deseo de fumar, la necesidad subjetiva que percibían en cada cigarrillo fumado y cómo se sentían después de haber fumado (se empleaba en la fase de evaluación para ambos grupos, es decir, tanto para el grupo de TA+EA como para el grupo de TA+IN; sin embargo, durante y tras el tratamiento se utilizaba en aquellos sujetos del grupo de TA+IN que hubiesen tenido algún desliz).

3.- Autorregistro sobre atribuciones. Este autorregistro lo realizaron, durante el tratamiento, los sujetos del grupo de TA+EA; se anotaba la hora, las causas por las que habían fumado o por las que habían tenido éxito y las tenían que dimensionalizar en externalidad/internalidad, inestabilidad/estabilidad y controlabilidad/incontrolabilidad así como la valoración que hacían de la ejecución de su conducta.

4.- Autorregistro de la frecuencia de consumo diaria. Los sujetos sólo registraban la frecuencia de cigarrillos fumados (este autorregistro lo realizaban los sujetos, del grupo de TA+IN, que hubiesen recaído tras el tratamiento y que consumieran tabaco diariamente).

5.- Medidor del CO. Para la medida del monóxido de carbono (CO) se usó el medidor Mini Smokerlyzer distribuido por la casa Bedfont Technical Instruments LTD.

#### 2.4.- Diseño

Se ha utilizado un diseño factorial mixto 2x5, con un factor de medidas repetidas (pretratamiento, postratamiento y seguimiento al primer, tercer y sexto mes) y un factor con dos niveles que son los

dos grupos de entrenamiento: a) terapia aversiva+entrenamiento atribucional (TA+EA) y b) terapia aversiva+información neutra (TA+IN).

El programa de información neutra (IN) se añadió al segundo grupo con el único objeto de que la duración de las sesiones fuera la misma en ambos casos.

De los 25 sujetos del estudio se asignaron al azar 13 al grupo de TA+EA y 12 al grupo de TA+IN.

Con objeto de controlar que las características personales de cada uno de los terapeutas (dos terapeutas y dos coterapeutas) no influyeran de forma diferencial en el éxito terapéutico, cada uno de ellos pasaba por las dos condiciones experimentales (grupo de TA+EA y grupo de TA+IN), de tal modo que había dos grupos a los que se les aplicaba TA+EA (compuesto por 7 y 6 sujetos) y otros dos de TA+IN (ambos con 6 sujetos).

### **3.- Análisis estadístico**

Para comprobar la hipótesis de esta investigación, previamente se determinaron las pruebas estadísticas que se podían aplicar.

Para analizar la relación entre los grupos de TA+EA y TA+IN y fumar o no fumar a partir de tablas 2x2, se ha aplicado el test exacto de Fisher dado el pequeño tamaño de sujetos en las celdas de las tablas, salvo en el sexto mes de seguimiento que se ha podido aplicar el test basado en ji-cuadrado ya que éste exige que no más del 25% de las celdas tengan frecuencia esperada  $< 5$  y esto sólo se verifica en el sexto mes de seguimiento.

En todos los casos se ha realizado un contraste unilateral basado en las hipótesis:

$$H_0: P_1 = P_2$$

$$H_1: P_1 > P_2$$

## **3.- RESULTADOS**

### **3.1.- Porcentaje de éxitos y fracasos**

En un análisis pormenorizado de filas por columnas, donde N hace referencia al total de sujetos por filas, se ha encontrado que:

1. De un total de 13 sujetos pertenecientes al grupo de TA+EA, el 100% no fuma tras el tratamiento (postto) (véase tabla 2).

2. De un total de 12 sujetos pertenecientes al grupo de TA+IN, el 83,3% no fuma tras el tratamiento frente a un 16,7% que sí lo hace (véase tabla 2).

3. En la relación entre el grupo de TA+EA y el grupo de TA+IN (en el postratamiento) y fumar o no fumar, se obtiene una probabilidad de 0,22 en el test exacto de Fisher; luego no existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de terapia aversiva+entrenamiento atribucional y el grupo de terapia aversiva+información neutra; de hecho no se esperaba encontrar diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ya que el impacto de la técnica de fumar rápido suele ser potente y el del programa de entrenamiento atribucional esperamos que ocurra sólo a medio-largo plazo.

De un total de 13 sujetos pertenecientes al grupo de TA+EA, el 76,9% no fuma al primer mes de seguimiento (seguim1) frente a un 23,1% de sujetos que han recaído (véase tabla 2).

De un total de 12 sujetos del grupo de TA+IN, el 66,7% no fuma al primer mes de seguimiento frente a un 33,3% que sí fuma (véase tabla 2).

En la relación entre ambos grupos (en el primer mes de seguimiento) y fumar o no fumar, se obtiene una probabilidad de 0,45 en el test exacto de Fisher; luego no se puede afirmar que existan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. No obstante, los datos son consistentes con lo que cabía esperar.

De un total de 13 sujetos pertenecientes al grupo de TA+EA, el 69,2% no fuma al tercer mes de seguimiento (seguim3) frente a un 30,8% de sujetos que sí fuman (véase tabla 2).

De un total de 12 sujetos del grupo de TA+IN, el 58,3% no fuma al tercer mes de seguimiento frente a un 41,7% que ha recaído (véase tabla 2).

En la relación entre ambos grupos (en el tercer mes de seguimiento) y fumar o no fumar, se obtiene una probabilidad de 0,44 en el test exacto de Fisher. De nuevo los datos apuntan en la dirección esperada, aunque la diferencia no llegue a alcanzar la significación estadística.

Tabla 2.- Porcentaje de éxitos y fracasos (en ambos grupos) en cada una de las mediciones (pos-tratamiento, seguimiento al primer, tercer y sexto mes)

Pos-tratamiento	No fuman (postto)	Fuman (postto)	% del total de la muestra
G. TA+EA	13 100%	0	13
G. TA+IN	10 83,3%	2 16,7%	12
% del total de la muestra	23 92%	2 8%	25 100%
Seguimiento al primer mes	No fuman (seguim1)	Fuman (seguim1)	% del total de la muestra
G. TA+EA	10 76,9%	3 23,1%	13
G. TA+IN	8 66,7%	4 33,3%	12
% del total de la muestra	18 72%	7 28%	25 100%
Seguimiento al tercer mes	No fuman (seguim3)	Fuman (seguim3)	% del total de la muestra
G. TA+EA	9 69,2%	4 30,8%	13
G. TA+IN	7 58,3%	5 41,7%	12
% del total de la muestra	16 64%	9 36%	25 100%
Seguimiento al sexto mes	No fuman (seguim6)	Fuman (seguim6)	% del total de la muestra
G. TA+EA	9 69,2%	4 30,8%	13
G. TA+IN	5 41,7%	7 58,3%	12
% del total de la muestra	14 56%	11 44%	25 100%

De un total de 13 sujetos pertenecientes al grupo de TA+EA, el 69,2% no fuma al sexto mes de seguimiento (seguim6) frente a un 30,8% de sujetos que sí fuman (véase tabla 2).

De un total de 12 sujetos pertenecientes al grupo de TA+IN, el 41,7% no fuma al sexto mes de seguimiento frente a un 58,3% que ha recaído (véase tabla 2).

En la relación entre ambos grupos (en el sexto mes de seguimiento) y fumar o no fumar, se ha obtenido con ji-cuadrado un coeficiente= 1,92, con g.l= 1 y una probabilidad de 0,16; luego no se puede afirmar que existan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, aunque los datos sean consistentes con lo que cabía esperar.

No obstante, a nivel clínico, es importante señalar que aparecen resultados interesantes, ya que el porcentaje de éxito al sexto mes de seguimiento en el grupo de TA+EA es del 69,2% frente a un 41,7% del grupo de TA+IN, de acuerdo con la superioridad esperada del programa llevado a cabo en el grupo de entrenamiento atribucional. El porcentaje de fracaso en el grupo de TA+EA es del 30,8% frente a un 58,3% en el grupo de TA+IN. Además, en todas las mediciones, aparece un porcentaje de éxito superior en el grupo de terapia aversiva+entrenamiento atribucional frente al grupo de terapia aversiva+información neutra.

#### 4.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En este estudio, se ha establecido un objetivo general, referido al diseño de un programa de intervención sobre entrenamiento atribucional que se ha aplicado junto con un programa de intervención tradicional (terapia aversiva), con objeto de comprobar si influye positivamente en el mantenimiento de los resultados.

En base a este objetivo general se ha planteado una única hipótesis, donde era esperable que en el grupo de entrenamiento atribucional el número de sujetos que se mantuviera sin fumar en los seguimientos fuera significativamente mayor que en el grupo que recibió únicamente terapia aversiva. Aunque la hipótesis no queda corroborada a nivel estadístico, es importante señalar que en el grupo de entrenamiento atribucional el porcentaje de sujetos que ha

conseguido mantenerse sin fumar en los distintos seguimientos es superior. Merece especial atención resaltar dicha superioridad en el sexto mes de seguimiento, donde el porcentaje de éxito conseguido en este grupo es del 69,2% frente a un 41,7% en el otro grupo. Desde un punto de vista clínico estas diferencias, aunque una por una no sean estadísticamente significativas, sí son relevantes. De hecho son muchos los autores (Glasgow y Lichtenstein, 1987; Lichtenstein, 1982; Pechacek, 1979; Schwartz, 1987) que coinciden en señalar el porcentaje tan elevado de recaídas que se produce a partir del tercer mes de seguimiento. Así, Hunt, Barnett y Branch (1971), indicaron que a los tres meses, punto crítico, la abstinencia suele ser inferior al 40% y al año desciende al 20-30%.

Además los programas de intervención que parecen presentar mejores resultados tienen un porcentaje de éxito del 40-50% al año de seguimiento (Danaher, 1977; Lando, 1982; Lichtenstein, Harris, Birchler, Wahl y Schmahl, 1973; Lichtenstein y Glasgow, 1977; Schmahl, Lichtenstein y Harrys, 1972).

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio consideramos, por un lado, que habría que seguir trabajando en esta línea de investigación ya que, aunque los datos no son claramente concluyentes, arrojan cierta luz a nuestros planteamientos. Esto nos motiva a seguir en esta línea para poder obtener datos clarificadores. Para ello sería necesario enriquecer nuestro programa de entrenamiento atribucional, ya que éste puede ser uno de los factores que ha incidido negativamente en la obtención de nuestros resultados y, por otro, que los programas de entrenamiento atribucional que pretenden inducir cambios a nivel cognitivo deben tener una duración suficiente para garantizar dicha instauración; quizás si hubiésemos incrementado el número de sesiones (eran un total de 6 sesiones de 45 minutos), hubiésemos encontrado resultados más concluyentes.

En definitiva, consideramos que los resultados obtenidos en este estudio tienen cierta relevancia como para no descartar seguir trabajando el patrón o perfil atribucional de los sujetos fumadores que quieren dejar de fumar ya que, si mejoramos ciertos aspectos en estos programas, probablemente podamos contribuir a mejorar los programas de intervención sobre el consumo de tabaco asegurándonos un mantenimiento de los resultados a largo plazo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. y Teasdale, J. (1978). Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 9-74.
- Anderson, C. A. (1983a). Motivational and performance delicts in interpersonal settings: The effects of attributional style. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1136-1147.
- Anderson, C. A. (1983b). The causal structure of situations: The generation of plausible causal attributions as a function of type of event situation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19, 185-203.
- Castro, S. (1997). *Entrenamiento atribucional en terapias de tabaquismo*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga.
- Danaher, B. G. (1977). Rapid smoking and self-control in the modification of smoking behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 1068-1075.
- Dweck, C. S. (1975). The role of expectations and attributions in the alleviation of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 671-685.
- Eiser, J. R., Van Der pligt, J., Raw, M. y Sutton, S. R. (1985). Trying to stop smoking: Effects of perceived addiction, attributions for failure and expectancy of success. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 321-341.
- Försterling, F. (1985a). Attributional Retraining: A Review. *Psychological Bulletin*, 98(3), 495-512.
- Försterling, F. (1985b). Attributional aspects of cognitive behavior modification: A theoretical approach and suggestions for techniques. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 27-37.
- Forsterling, F. (1986). Attributional conceptions in clinical psychology. *American Psychologist*, 41(3), 275-285.
- Försterling, F. (1988). *Attribution theory in clinical psychology*. Wiley series in clinical psychology. John Wiley and Sons.
- Försterling, F. (1990). Attributional therapies. En S. Graham y V. S. Folkes (Eds), *Attribution Theory: Applications to Achievement, Mental Health, and Interpersonal Conflict*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers Hillsdale.
- Glasgow, R. E. y Lichtenstein, E. (1987). Long-term effects of behavioral smoking cessation interventions. *Behavior Therapy*, 18, 297-324.
- Grove, J. R. (1993). Attributional correlates of cessation self-efficacy among smokers. *Addictive Behaviors*, 18, 311-320.

- Harackiewicz, J. M., Manderling, G. y Sansone, C. (1984). Rewarding pinball wizardry: Effects of evaluation and cue value on intrinsic interest. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 287-300.
- Harackiewicz, J. M., Sansone, C., Blair, L. W., Epstein, J. A. y Manderlink, G. (1987). Attributional Processes in Behavior Change and Maintenance: Smoking Cessation and Continued Abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3, 372-378.
- Hunt, W. A., Barnett, L. W. y Branch, L. G. (1971). Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 455-456.
- Kopel, S. y Arkowitz, H. (1975). The role of attribution and self-perception in behavior change: Implications for behavior therapy. *Genetic Psychology Monographs*, 92, 175-212.
- Lando, H. A. (1982). A factorial analysis of preparation, aversion and maintenance in the elimination of smoking. *Addictive Behaviors*, 7, 143-154.
- Lepper, M. R., Greene, D. y Nisbett, R. E. (1973). Undermining children's intrinsic interest with extrinsic reward: A test of the overjustification hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 28, 129-137.
- Leventhal, H. y Cleary, P. D. (1980). The smoking problem: A review of the research and theory in behavioral risk modification. *Psychological Bulletin*, 88(2), 370-405.
- Lichtenstein, E. (1982). The smoking problem. A behavioral perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(6), 804-819.
- Lichtenstein, E. y Glasgow, R. E. (1977). Rapid smoking: Side effects and safeguards. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 815-821.
- Lichtenstein, E., Harris, D. E., Birchler, G. R., Wahl, J. M. y Schmahl, D. P. (1973). Comparison of rapid smoking, warm smoky air, and attention placebo in the modification of smoking behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 92-98.
- Nisbett, R. y Ross, L. (1980). *Human inference: Strategies and shortcomings of social judgment*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Pechacek, T. F. (1979). Modification of smoking behavior. En *Smoking and health: A report of the U.S. Surgeon General* (Department of Health, Education, and Welfare Publication No. Phs 79-50066). Washington, D. C.: Government Printing Office.
- Schachter, S. (1982). Recidivism and self-cure of smoking and obesity. *American Psychologist*, 37, 436-444.
- Schmahl, D. P., Lichtenstein, E. y Harrys, D. E. (1972). Successful treatment of habitual smokers with warm, smoky air and rapid smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 105-111.

- Schwartz, J. L.** (1987). *Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada 1978-1985*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.
- Weiner, B.** (1974). *Achievement motivation and attribution theory*. New Jersey: General Learning Press.
- Weiner, B.** (1979). A theory of motivation for some classroom experiences. *Journal of Educational Psychology*, 71, 3-25.
- Weiner, B.** (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92, 548-573.
- Weiner, B.** (1986). *An Attributional Theory of Motivation and Emotion*. New York: Springer Verlag.
- Weiner, B.** (1988). Attribution theory and attributional therapy: Some theoretical observations and suggestions. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 99-104.
- Wilson, T. D. y Linville, P. W.** (1982). Improving the academic performance of college freshmen: Attribution therapy revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 367-376.