

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAT DE PSICOLOGIA

**DEPARTAMENT DE PERSONALITAT, AVALUACIÓ I TRACTAMENTS
PSICOLÒGICS**



**APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE
AUTO- REGULACIÓN FISIOLÓGICA
EN TABAQUISMO**

TESIS DOCTORAL



Presentada por:

Dña. M^a AMPARO COTOLÍ CRESPO

Dirigida por:

Dr. ANTONIO CAPAFONS BONET

UMI Number: U602899

All rights reserved

INFORMATION TO ALL USERS

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted.

In the unlikely event that the author did not send a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if material had to be removed, a note will indicate the deletion.



UMI U602899

Published by ProQuest LLC 2014. Copyright in the Dissertation held by the Author.
Microform Edition © ProQuest LLC.

All rights reserved. This work is protected against
unauthorized copying under Title 17, United States Code.

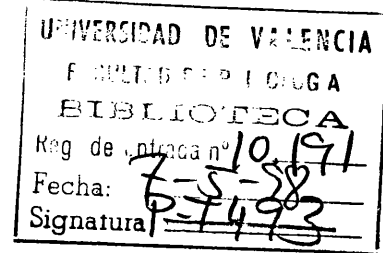


ProQuest LLC
789 East Eisenhower Parkway
P.O. Box 1346
Ann Arbor, MI 48106-1346

D.693.453

L.693.470

BID.T 1469



AGRADECIMIENTOS

Desde aquí quiero dar las gracias a todos los que han aportado su grano de arena para que este trabajo de "equipo" pudiera consolidarse.

En primer lugar deseo agradecer la labor constante y eficaz del Director de esta Tesis Doctoral, el Profesor Dr. D. Antonio Capafons Bonet. Sin su rigurosidad metodológica, orientaciones y consejos habría sido imposible su realización.

También agradecer, en nombre de los que colaboraron en este trabajo, al Dr. Salvador Amigó la confianza y el interés depositados en ellos, brindándonos la oportunidad de comprobar la eficacia de la Terapia de Auto-Regulación.

Mi reconocimiento al Dr. Agustín Bayot por todo el tiempo invertido en el ordenador con los análisis estadísticos, por su buen hacer y su paciencia.

Asimismo quiero resaltar la colaboración de mis compañeros y amigos Rafael García, Carmen Casas y M^a José Sanchís (terapeutas nº1, 2 y 3) y su contribución en el desarrollo de este trabajo.

En estos agradecimientos no puedo dejar de mencionar a todos los "pacientes fumatas" que confiaron en nuestro trabajo y participaron en él. Estos reconocimientos los hago extensivos al Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública (IVESP) y al Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), que apoyaron la realización de esta investigación.

También quiero mostrar mi gratitud a Francisco López por sus enseñanzas en el manejo del Word, por su calma y serenidad en los momentos "críticos" y a su mujer Ana M^a López por su paciencia y comprensión.

Finalmente quiero destacar el apoyo y colaboración indiscutible de mi marido, Oscar García, al que le doy el relevo en esta andadura psicológica. Para ti, el máximo sentido que tiene una palabra: "GRACIAS".

ÍNDICE

JUSTIFICACIÓN Y ESTRUCTURA DEL TRABAJO

I. MARCO TEÓRICO DEL TABAQUISMO

CAPITULO 1

NOTAS INTRODUCTORAS SOBRE EL TABAQUISMO

1.1. INTRODUCCIÓN	3
1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA PLANTA DEL TABACO	3
1.3. PREVALENCIA Y TENDENCIAS ACTUALES EN EL CONSUMO DE CIGARRILLOS	6
1.4. EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA DE FUMAR	9
1.4.1. Evaluación Fisiológica	10
1.4.2. Evaluación Conductua	12

CAPITULO 2

DESARROLLO DEL HÁBITO DEL TABAQUISMO: FASES Y FACTORES ASOCIADOS

2.1. INTRODUCCIÓN	19
2.2. FASES EN EL DESARROLLO DE LA ADICCIÓN AL TABACO	19
2.3. FACTORES ASOCIADOS AL INICIO DEL CONSUMO DE TABACO ..	21
2.4. FACTORES ASOCIADOS A LA CONSOLIDACIÓN DEL HÁBITO DE FUMAR	23

2.5. FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL HÁBITO DE FUMAR	25
2.6. FACTORES ASOCIADOS A LA RECAÍDA Y AL MANTENIMIENTO DEL ABANDONO DEL HÁBITO DE FUMAR	27

CAPITULO 3

MODELOS EXPLICATIVOS DE LA CONDUCTA DE FUMAR

3.1. INTRODUCCIÓN	37
3.2. MODELO MÉDICO-FARMACOLÓGICO	37
3.3. MODELO PSICOLÓGICO	40
3.3.1. Teoría Psicoanalítica	42
3.3.2. Psicología de la Personalidad	43
3.3.3. Aportaciones de la Psicología Social	47
3.3.4. Aportaciones de las T ^a del Aprendizaje Social	51
3.3.5. Aportaciones de la Psicología Cognitiva	52
3.3.6. El Modelo Bioconductual	56
3.3.7. El Modelo Integrador de Cambio	57
3.3.8. El Enfoque Clínico	60

II. MARCO TEÓRICO DE LA TERAPIA DE AUTO-REGULACIÓN

CAPITULO 4

HIPNOSIS Y SUGESTIÓN

4.1. INTRODUCCIÓN	71
4.2. HIPNOSIS: ORÍGENES DE LA POLÉMICA	72
4.3. ESTADO ACTUAL DE LA HIPNOSIS	73
4.4. SUGESTIÓN VS. HIPNOSIS	79

CAPITULO 5

TERAPIA DE AUTO-REGULACIÓN: ÁREAS Y CONCEPTOS RELACIONADOS

5.1. INTRODUCCIÓN	91
5.2. LÍNEAS TEÓRICAS QUE CONFLUYEN EN LA TERAPIA DE AUTO-REGULACIÓN	92
5.3. CARACTERÍSTICAS COMUNES DE LAS TÉCNICAS DE AUTO- REGULACIÓN	94
5.3.1. Estructuración en tres Fases	94
5.3.2. Uso de la Sugestión	98
5.3.3. Sujeto Activo	103
5.3.4. Relajación	105
5.4. CARACTERÍSTICAS DE LA AUTO-REGULACIÓN FISIOLÓGICA ..	107

III. ESTUDIO EMPÍRICO

CAPITULO 6

METODOLOGÍA

6.1. INTRODUCCIÓN	117
6.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN EN TERAPIA DE AUTO- REGULACIÓN	117
6.3. OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y PREDICCIONES	120
6.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	123
6.5. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	124
6.6. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	128
6.6.1. Entrevista: Historia Clínica para Fumadores ..	129
6.6.2. FTQ (Fagerström, 1978)	130
6.6.3. Instrumento de Auto-Evaluación del Fumador (Horn, 1975)	131
6.6.4. Fichas para la Auto-Observación	132
6.6.5. Cuestionario de Seguimiento para Fumadores (Capafons, 1992)	132
6.6.6. Locus de Control de la Salud (adaptado de Wallston et al., 1978)	133
6.6.7. Cuestionario de Expectativas (adap.de Cholí, 1989)	134
6.6.8. EPQ-A (Eysenck y Eysenck, 1975)	134
6.6.9. Escala de Auto-Regulación Fisiológica (Amigó, 1992)	135
6.7. DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO	137
6.7.1. Estructura de las sesiones	139

CAPITULO 7

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1. INTRODUCCIÓN	155
7.2. DESCRIPCIÓN DEL CONSUMO DE CIGARRILLOS AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO	156
7.3. MANTENIMIENTO DE LOS RESULTADOS A LOS 3, 6 Y 12 MESES DE SEGUIMIENTO	165
7.3.1. Resultados del Seguimiento a los 3 Meses	165
7.3.2. Resultados del seguimiento a los 6 Meses y Datos Comparativos frente a los obtenidos en la Terapia de Auto-Regulación Emocional y Grupo Control	168
7.3.3. Resultados del Seguimiento a los 12 Meses	176
7.5. GRÁFICAS DE LA EVOLUCIÓN DE LOS GRUPOS POST- TRATAMIENTO.....	184
7.5. VARIABLES PREDICTORAS DEL RESULTADO OBTENIDO	191
7.5.1. Introducción	191
7.5.2. Correlaciones entre las distintas variables ..	192
7.5.3. Pruebas de Diferencias	202
7.5.3.1. Cuestionario de Tolerancia Nicotínica (Fagerström, 1978)	203
7.5.3.2. Instrumento de Auto-Evaluación del Fumador (Horn,175)	204
7.5.3.3. Análisis realizados en las Variables de Personalidad	206
7.5.3.4. Expectativas de Resultado	209
7.5.3.5. Elementos de la Escala de Auto- Regulación Fisiológica	210
7.5.3.6. Variable Terapeuta	212
7.5.4. Ecuaciones de Regresión Múltiple	216

7.5.4.1. Variable Dependiente: Consumo de Cigarrillos Post-Tratamiento	218
7.5.4.2. Variable Dependiente: Consumo de Cigarrillos a los 3 Meses	220
7.5.4.3. Variable Dependiente: Consumo de Cigarrillos a los 6 Meses	223
7.5.4.4. Variable Dependiente: Consumo de Cigarrillos a los 12 Meses	226
7.5.5. Análisis Discriminantes	229
7.5.5.1. Grupo de Reducción Parcial vs. Reducción Total	231
7.5.5.2. Grupo de Reducción Parcial vs. Fumadores Controlados	235
7.5.5.3. Grupo de Reducción Total vs. Fumadores Controlados	239

CAPITULO 8

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

8.1. INTRODUCCIÓN	245
8.2. RESULTADOS POST-TRATAMIENTO Y MANTENIMIENTO	246
8.3. PRUEBAS DE DIFERENCIAS	252
8.4. ANÁLISIS DE REGRESIÓN Y ANÁLISIS DISCRIMINANTES	254

CAPITULO 9

CONCLUSIONES

9. CONCLUSIONES	259
-----------------------	-----

REFERENCIAS	269
-------------------	-----

ANEXOS

N°1. GRÁFICAS INDIVIDUALIZADAS Y NOTAS DE TERAPIA INDIVIDUAL.....	321
N°2. ESCALA DE AUTO-REGULACIÓN FISIOLÓGICA Y ESCALA DE AUTO-REGULACIÓN EMOCIONAL	369
N°3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	411

JUSTIFICACIÓN Y ESTRUCTURA DEL TRABAJO

El consumo de tabaco es un tema de suma importancia por las repercusiones que pueda tener en la salud de los individuos que lo consumen, ya que se le considera un factor de riesgo asociado a diferentes enfermedades. Es decir, a partir de la evidencia médica que muestra la relación tabaco/enfermedad, es cuando surgen los primeros intentos serios de establecer unas normas claras de uso y consumo, y de mostrar los peligros potenciales que ello entraña.

Sin embargo, debido a que el tabaco es en la actualidad un producto en el que se entremezclan intereses económicos, políticos y sociales de distinta índole, muchas veces contradictorios, se enturbia la visión objetiva de los individuos, sean consumidores o no, generando en la población conductas de aceptación o rechazo vinculadas a la "libertad individual" o a la "coacción impositiva" de unos frente a otros.

Quizás, la polémica central reside en su carácter de factor de riesgo no único, sino uno más entre otros muchos, como el alcohol, la obesidad, descanso inadecuado, etc. (Chao & Zyzansky, 1990), que son considerados como estilos de vida "nocivos" y que unido a características de personalidad (Eysenck, 1994) o a variables socioculturales y procedentes del medio ambiente (Blanco & León, 1990) en que vive inmerso el individuo, influyen en su estado de salud. Todos estos factores repercuten en el bienestar físico y psíquico de las personas, haciendo necesario abordar estos problemas desde una perspectiva diferente, adaptándose a las exigencias de nuestro tiempo.

Dentro de esta línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1989), define la promoción de la salud como "el proceso de capacitar a los individuos y comunidades para incrementar su control en los determinantes de la salud y a través de él mejorar su propia salud". Para ello, es indispensable, por una parte, una política legislativa que conciencie a la población de que las soluciones a muchos problemas de salud se encuentran en uno mismo y por otra parte, centrándose en la persona individual, es necesario fomentar el auto-control personal como una meta esencial que hay que alcanzar en el proceso de socialización. Es decir, que cada individuo pueda auto-dirigir y controlar su propia conducta, plantear sus propios objetivos y evaluar su comportamiento (Capafons, 1986). Este punto es central en la génesis de las conductas adictivas, como es el hábito de fumar cigarrillos, puesto que a corto plazo, en el inicio del consumo, las consecuencias pueden ser gratificantes, mientras que a largo plazo, tras el consumo abusivo, es cuando aparecen las consecuencias negativas bien por las repercusiones en la salud o por las implicaciones psicológicas y sociales que se asocian a dicho consumo.

Así, ayudando a la persona y ofreciéndole estrategias que conlleven comportamientos más adaptativos, se aumentará su propio bienestar tanto físico como psicológico. Podemos apuntar, pues, que son estas estrategias de auto-control las que se pretenden potenciar a través de la Terapia de Auto-Regulación de Amigó (1990, 1992), procurando reducir el componente de "esfuerzo" (Thoresen & Mahoney, 1974), que está a la base de los procesos de auto-control, ya que para abandonar el hábito de fumar se ha de elegir entre una consecuencia inmediata positiva (refuerzo social en la adolescencia) y unas "hipotéticas" consecuencias

negativas en el organismo a largo plazo, o bien entre una aversiva (dejar de consumir cigarrillos) para conseguir otra gratificante, también a largo plazo, como es la mejora en la salud física.

En el presente trabajo de investigación se plantea como objetivo prioritario el estudio de la eficacia de un nuevo procedimiento psicológico: La Terapia de Auto-Regulación Fisiológica (Amigó, 1992), adaptada al problema de la deshabituación del tabaquismo. A través de ella se pretende estudiar la influencia de la sugestión dentro del campo de la intervención comportamental y si puede ser factible introducirla dentro de paquetes terapéuticos que maximicen los resultados post-tratamiento y su posterior mantenimiento. Se ha utilizado un ensayo clínico centrado en los problemas de deshabituación al tabaquismo ya que consideramos, por lo expuesto anteriormente, que en la actualidad reviste gran importancia y urgen medidas, no sólo preventivas, sino de apoyo para aquellos fumadores que "desean" dejar de fumar y "no pueden" conseguirlo con las técnicas generadas para eliminar el hábito de fumar.

La Terapia de Auto-Regulación Fisiológica surge, pues, de la necesidad de ofrecer, dentro de la psicología clínica, un tratamiento que aúne: 1) porcentajes elevados de éxito tanto al finalizarlo, como en su mantenimiento a lo largo del tiempo; 2) brevedad en la intervención, y que de este modo pueda plantearse la posibilidad de ser incorporado a programas de salud pública y 3) que resulte "agradable" y refuerce los aspectos motivacionales de los fumadores en sus deseos de abandonar el hábito de fumar (Capafons, 1993).

De este modo, cabe resaltar, que la finalidad de este estudio es comprobar la eficacia de la Terapia de Auto-Regulación Fisiológica, tanto a corto como a largo plazo y no la de presentar una revisión exhaustiva de la información existente sobre el tabaquismo, puesto que esto ya ha sido realizado por otros autores (Castillo, 1991; Bayot, 1994, Becoña, Palomares & García, 1994). Así, se presentan, por un lado, los aspectos teóricos relacionados con el tema del consumo de tabaco (incidencia, modelos explicativos, tratamientos, etc.) y, por otro, el marco teórico relacionado con la Terapia de Auto-Regulación Fisiológica (hipnosis, sugestión, biofeedback, auto-control, etc.). Ambos puntos confluyen en la parte empírica, donde se analiza el tipo de intervención realizada para eliminar la conducta de fumar y los resultados obtenidos tras el tratamiento y a lo largo del seguimiento realizado (3, 6 y 12 meses).

Previo a la parte empírica en la que se presenta la investigación y los resultados obtenidos, se ha desarrollado el marco teórico que la define. De este modo, en el primer capítulo se esbozan aspectos descriptivos relacionados con el tabaco tales como las características de la planta, su evolución histórica y prevalencia en la población actual. También se ha considerado conveniente revisar las diferentes formas de evaluar la conducta de fumar que se establecen en función de objetivos bien individuales, o bien colectivos (estudios epidemiológicos).

Seguidamente se analizan los factores asociados al consumo de cigarrillos, incidiendo en aquellos que son característicos de cada una de las fases por las que pasa un fumador: inicio, consolidación, abandono y recaída o mantenimiento. El

conocimiento de estos factores ayuda a la comprensión del comportamiento adictivo.

En el capítulo tercero se abordan los modelos explicativos que intentan ofrecer, desde diferentes perspectivas, una visión pormenorizada del hábito de fumar y que a su vez se plasma en una mejor elaboración de programas de intervención tanto preventivos como de tratamiento.

Tras esta parte teórica relacionada con el tabaquismo en el capítulo cuarto se analiza el concepto de Hipnosis, revisando las implicaciones de la aceptación de cada una de las dos perspectivas que definen este campo: "Trance vs. No-Trance" y se recogen las líneas de trabajo seguidas por los investigadores del tema dentro del estado actual de la hipnosis. También en este capítulo se desmenuza el concepto de Sugestión, puesto que consideramos está a la base de la Hipnosis y la Terapia de Auto-Regulación, siendo en el capítulo quinto donde se analizan las áreas y conceptos teóricos relacionados con ella. En este apartado quinto se plantea lo que poseen en común las técnicas de Auto-Regulación de Amigó (1992) y sus características específicas.

La parte empírica abarca los capítulos sexto, séptimo, octavo y noveno. En el capítulo sexto, se exponen los aspectos metodológicos de la presente investigación, los objetivos, el diseño experimental, la descripción de la muestra y los instrumentos de evaluación. Junto a ello, se presenta el tipo de intervención realizada y las pautas de las sesiones con el fin de que se conozcan los pormenores de este tipo de intervención basada en la Terapia de Auto-Regulación.

En el apartado séptimo se analizan los resultados obtenidos tras la aplicación del tratamiento para la eliminación del hábito de fumar mediante la Terapia de Auto-Regulación Fisiológica, y los análisis de varianza, regresión múltiple y discriminantes realizados, siendo en el capítulo octavo donde estos resultados se resumen y discuten.

Finalmente en el capítulo noveno se exponen las conclusiones generales presentando unas reflexiones tanto críticas como metodológicas acerca de la Terapia de Auto-Regulación y en concreto de la Auto-Regulación Fisiológica.

I. MARCO TEÓRICO DEL TABAQUISMO

CAPÍTULO 1

**NOTAS INTRODUCTORAS SOBRE EL
TABAQUISMO**

1.1. INTRODUCCIÓN

A continuación se presenta un breve inciso teórico sobre el tabaquismo aportando información sobre las características de la planta y los componentes tóxicos que pueden afectar a la salud de los fumadores, la prevalencia y tendencias del consumo de cigarrillos que se observan en la actualidad y por último, se muestran las diferentes formas de evaluar el hábito de fumar, tanto en el ámbito fisiológico como conductual. Así pues, vamos a hacer un pequeño repaso a estos puntos.

1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA PLANTA DEL TABACO

Baste señalar que la planta de tabaco (originaria de América), de grandes hojas que una vez secas son utilizadas para su consumo, pertenece, dentro de la familia de las Solanáceas, al género Nicotiana. La variedad de mayor interés es, por supuesto, la Nicotina Tabacum, de la cual se extrae el tabaco de consumo habitual. Dentro de ella existen diferentes tipos, que a su vez generan tipos concretos de tabaco (el oscuro, el amarillo, el oriental, etc.).

Según los historiadores, Carlos V, sembró y cultivó la planta pero fue Juan Nicot quien medio siglo después la llevó a la reina de Francia recomendando su aplicación para la curación de heridas. En agradecimiento a Nicot, se llamó a la planta "nicotiana" y su producto activo "nicotina" (González, 1994).

La forma de consumirlo ha ido evolucionando desde su incorporación a la sociedad europea. Así tenemos, el tabaco en polvo, el rape (variedad del tabaco en polvo, más oscuro y grueso), el tabaco de mascar, el cigarro puro, el tabaco en pipa, el cigarrillo y la última variante que se está extendiendo actualmente y es el llamado "cigarrillo ecológico" o "limpio". Este último, es un cigarrillo sin combustión, el cual a pesar de ser menos contaminante para el ambiente, ya que no produce humo, parece ser igual de tóxico en los fumadores que habitualmente lo consumen.

Los componentes nocivos del tabaco están contenidos en el humo producido por su combustión y por la del papel, en el caso de los cigarrillos. Debido a que la mayor parte del humo que se consume va al ambiente, ésta es una de las cuestiones que ha generado más polémica en la actualidad dando lugar a las restricciones para fumar en lugares cerrados y compartidos con personas no fumadoras.

Este punto genera conflictos y quizá, como se ha comentado anteriormente, sea producido por posturas impositivas que se apoyan en el argumento del peligro potencial del tabaco en la salud de sus consumidores, o no consumidores, (fumadores pasivos), "olvidando" que es un factor de riesgo no único, pero sí evitable, y que por tanto, en casos de lugares compartidos con no fumadores el interés ha de estar centrado más en las molestias que el humo ocasiona, que "siempre" son ciertas y sobre las cuales un fumador no va ser "consciente" de ellas en muchas situaciones.

Las sustancias tóxicas más importantes que se encuentran en los cigarrillos de uso habitual (Becoña, Palomares & García, 1994; Castillo, 1989) son:

1. La *nicotina*, que actúa sobre el sistema circulatorio y puede provocar, entre otras alteraciones, taquicardias, vasoconstricción periférica, aumento transitorio de la presión arterial, etc. Su uso crónico puede producir dependencia física y su carencia desencadenar el síndrome de abstinencia que se caracteriza por un estado de ansiedad, nerviosismo, fatiga e irritabilidad (Russell, 1989). Según el DSM-IV (1995) el síndrome de abstinencia incluye cuatro o más de los siguientes síntomas: estado de ánimo disfórico o depresivo, insomnio, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultades de concentración, inquietud o impaciencia, disminución de la frecuencia cardíaca, aumento del apetito o aumento de peso.

2. El *monóxido de carbono*, este gas tóxico se produce, no sólo de la combustión del tabaco, sino también del papel del cigarrillo. Su acción conlleva un menor aporte de oxígeno al organismo siendo el responsable del bajo peso del niño al nacer en madres fumadoras. El monóxido de carbono, junto con otros gases irritantes como los aldehídos y el amoníaco, son los que provocan la aparición de enfermedades respiratorias crónicas.

3. Sustancias cancerígenas como el *alquitrán*, que se desprende fundamentalmente de la combustión del papel del cigarrillo y es el responsable de la mayoría de los cánceres que pueden estar asociados al consumo de tabaco, a través de cigarrillos.

Es curioso descubrir que la planta del tabaco, a partir de su difusión por los españoles, fue generadora de polémica y ya desde el siglo XVI existen publicaciones sobre sus propiedades curativas, por un lado y sobre sus propiedades nocivas, por otro (Becoña et al., 1994). Sin embargo, poco a poco, y a pesar de sus

prohibiciones y “bulas de excomuni3n” fue aumentando el auge de su consumo, estableci3ndose un importante mercado de tabaco hasta la actualidad, donde la producci3n alcanza un volumen comercial considerable en 120 pa3ses. El principal productor es China, seguida de Estados Unidos (entre ambos producen el 40% del total mundial), despu3s le siguen la India y Brasil. Espa3a ocupa una posici3n intermedia entre los pa3ses productores (Beco3a et al., 1994).

Es f3cil deducir que, debido al volumen econ3mico y laboral que genera la industria del tabaco, se produzcan tensiones cuando se intentan establecer medidas basadas en el punto de vista sanitario.

1.3. PREVALENCIA Y TENDENCIAS ACTUALES EN EL CONSUMO DE CIGARRILLOS

Distintos estudios epidemiol3gicos aportan informaci3n sobre la incidencia y prevalencia de su consumo en la sociedad actual. En cuanto a la prevalencia seg3n la edad, el estudio del CIS de 1986 (en Castillo, 1991), muestra la proporci3n de fumadores por rangos de edad. As3, entre los 15 y 20 a3os, fuma el 54% de la poblaci3n; entre los 21 y 25 a3os, el 67%; y entre los 26 y 45 a3os son fumadores el 48%. A partir de los 46 a3os desciende el consumo (al 31%) y sobre todo a partir de los 65 a3os fuman s3lo alrededor del 17%. Puede apreciarse como entre los 15 y 25 a3os est3 el bloque de edad que m3s fuma. A nivel m3s general, la encuesta realizada por Mendoza, (1992), indica que en Espa3a fuma un 36% de la

población de 18 años, y que de los fumadores actuales el 51% son varones y el 22% mujeres (en Becoña et al., 1994).

Frente a todo ello, resulta esperanzadora la tendencia al descenso en el consumo de tabaco en adolescentes de ambos sexos comparando estudios realizados en 1986 y 1990. Quizá este hecho, como apuntan Becoña et al. (1994), puede ser debido a que los programas preventivos que se van realizando sobre las consecuencias del consumo de tabaco en la salud de las personas va teniendo ya su fruto. A este respecto, en el DSM-IV se informa de que la prevalencia de fumar en Estados Unidos ha ido disminuyendo entre el 0,7% y el 1% por año aproximadamente.

Sin embargo, del estudio realizado por la Delegación de Servicios Sociales del Ayto. de Valencia (1991, - en De la Cruz & De la Cruz, 1993), se obtuvo que fuma el 48.70% de la población mayor de 15 años, mientras que en el resto de España, en una encuesta realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1989, se encontró que son fumadores el 38% de la población general. En el trabajo De la Cruz y De la Cruz (1993), sobre una muestra de adolescentes (14/17 años) de la provincia de Valencia, se obtuvo que un 45.50% consume tabaco habitualmente, apenas existiendo diferencias por sexos (50.56% chicos y 49.44% chicas). También se encontró en este estudio un aumento en el consumo de cigarrillos entre la población femenina, ya que mientras los chicos de 14/16 años superan (levemente) a las chicas en el consumo de tabaco, a los 17 años, esta tendencia se invierte siendo el porcentaje de chicas que fuman del 39.60% frente al 27.6% de los adolescentes que lo consumen. Estos autores encontraron que, en cuanto al tipo de tabaco (rubio/negro), existe una preferencia por los cigarrillos rubios entre los jóvenes de ambos sexos (el 96.13%

eligen fumar tabaco rubio), siendo el consumo de tabaco negro más común entre los chicos.

Los estudios sobre la prevalencia de consumo de tabaco en función del referente social, a menudo ofrecen datos dispares. O bien se relaciona un mayor nivel de ingresos y estudios con un mayor consumo (CIS, 1986), o bien se encuentra que los hijos de obreros fuman en mayor proporción que los hijos de técnicos (Mendoza, 1987; Pimentel, 1993). En cuanto a las profesiones, los trabajos realizados al respecto señalan la elevada proporción de fumadores entre la clase trabajadora, en concreto el 61.9% encontrado en el estudio de Sánchez-Agudo en 1991.

Es interesante destacar la gran prevalencia de fumadores dentro del personal sanitario, alrededor del 50% de los médicos (DGPS, 1988; Salleras, 1988b; Castillo, 1991). Los datos obtenidos por Batle, Boixet, Agudo, Almirall y Salvador, (1991), en un trabajo realizado en el Hospital Sant Jaume y Santa María Magdalena de Mataró, resultan optimistas ya que se observan tendencias al descenso en el consumo de tabaco en el personal médico entre las muestras tomadas en 1986 y 1989, con un incremento de ex-fumadores. Aún así, esperamos que en nuestro país no ocurra lo encontrado en las investigaciones de Raw (1991), donde hallaron que el 30% de los médicos fumadores lo hacía delante de sus pacientes. En Bayot (1994), se encuentra una revisión exhaustiva de los estudios epidemiológicos realizados.

Finalmente señalar que, en general, los estudios epidemiológicos muestran como van aumentando las tendencias del consumo de tabaco (Salleras, 1988a) y sobre todo se aprecia la incorporación a la categoría de "grandes fumadores" de las mujeres

y los adolescentes. Aún así, existen tendencias hacia el descenso del consumo (Becoña et al., 1994; Melero, 1994), especialmente en la población masculina (en comparación con el auge del consumo de cigarrillos en las décadas de los 70/80, -OMS, 1987). Las mujeres, por su parte, con una incorporación posterior al consumo de tabaco, siguen una evolución diferente con una tendencia a la alza en España, tal como lo demuestra el estudio de De la Cruz y De la Cruz (1993) en población valenciana. En Melero (1994), aparece una revisión de los estudios epidemiológicos realizados en diversos países de Europa y en España. En nuestro país el consumo de tabaco en las diversas autonomías sigue una evolución desigual aunque manteniéndose una tendencia a la baja en comparación al consumo de finales de los años 80.

1.4. EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA DE FUMAR

Evaluar la conducta de fumar cumple diferentes finalidades y de ahí que existan distintos procedimientos que inciden sobre los dos componentes básicos del hábito de fumar. Por un lado, teniendo en cuenta el componente fisiológico, se evalúa en el organismo del fumador qué porcentaje de los distintos elementos nocivos que incorpora el tabaco están presentes y poder determinar, de este modo, el grado de dependencia física.

Por otro, partiendo del componente conductual, se evalúa la topografía del fumador, no sólo la cantidad de cigarrillos/día, sino también, en qué condiciones el consumo se reduce o aumenta (laborales, sociales, familiares), su asociación otros productos (café, bebidas alcohólicas, etc.), o diferentes situaciones (tensión,

relax, concentración...), etc. Toda esta información puede ayudar a determinar la no menos importante dependencia psicológica asociada al tabaquismo.

Así, el conocimiento de las características de ambos componentes, el fisiológico y el conductual, es imprescindible para establecer el tratamiento eficaz que consiga la eliminación (o al menos una reducción significativa y duradera) del hábito de fumar.

Además de esta información individualizada, la evaluación de la conducta de fumar, también cumple objetivos más globales y de ahí las encuestas y trabajos de investigación de organismos públicos (OMS) o privados, que intentan aportar información sobre la prevalencia del consumo de tabaco en la población o la incidencia del tabaquismo en la salud, etc. La finalidad es ofrecer datos que muestren las tendencias de la sociedad en lo referido al consumo de tabaco. Acorde con las nuevas tecnologías, el Departament de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics de la Universitat de Barcelona, está realizando, a título de prueba en Internet, una adaptación del CHF (Cuestionario de actividades asociadas con el hábito de fumar de A. Andrés Pueyo), con el objetivo de establecer tipologías de fumadores. Aproximadamente en un año, han recibido unas 300 respuestas al cuestionario de todo el mundo hispanohablante (comunicación personal). Se accede por el servidor OLE (para más información ver E-mail).

1.4.1. EVALUACIÓN FISIOLÓGICA

Para la evaluación fisiológica existen varios procedimientos que permiten conocer si la persona ha fumado (y su grado), o si ha estado pasivamente ingiriendo el humo del tabaco. Las medidas fisiológicas más comunes (Becoña & Lorenzo, 1989) son las de:

1. *Nicotina*: No es muy utilizada debido a que su vida media oscila entre una y dos horas. Se evalúa con mayor fiabilidad a través de la sangre.

2. *Cotinina*: es el principal metabolito de la nicotina. Se utiliza más que la nicotina ya que su vida media oscila entre 15 y 40 horas.

3. *Tiocianato (TCN)*: resulta de la metabolización del cianuro de hidrógeno. Su vida media es de 14 días, por tanto es útil para evaluar a los fumadores diarios y a los ocasionales. La evaluación en sangre es muy fiable pero suele utilizarse más en saliva ya que es una buena medida además de cómoda y práctica de realizar. Luna, Carrasco, Castro y Vila (1997), realizaron una investigación para determinar la relevancia de los niveles de tiocianato en saliva en una evaluación del consumo de tabaco en adolescentes. Los resultados sí mostraron que los niveles de TCN en saliva son una prueba bioquímica adecuada para diferenciar a los NO Fumadores y Ex Fumadores de los que consumían tabaco semanalmente. Sin embargo, dada la duración media del TCN, concluyen que no es útil para distinguir entre los adolescentes que no consumen habitualmente cigarrillos.

4. *Monóxido de Carbono*: Se desprende del tabaco y del papel del cigarrillo. Se evalúa en pocos segundos a través de un instrumento llamado Ecolizador, que expresa la concentración de CO₂ en partes por millón, obteniéndose inmediatamente el resultado. Su vida media es de 2 a 5 horas, tiene el inconveniente de que los fumadores ocasionales o los que

fuman pocos cigarrillos no son detectados con este procedimiento.

1.4.2. EVALUACIÓN CONDUCTUAL

La evaluación conductual, al igual que cualquier otra conducta que se desee conocer o modificar, se sirve dentro del tabaquismo de:

1. *Entrevistas/Autoinformes*: Utilizados para la evaluación individual o en la elaboración de las encuestas. En ellos se incluye información biográfica (edad, sexo, trabajo, etc.), y de hábitos, actitudes y opiniones.

En nuestra investigación se ha utilizado una entrevista estructurada utilizada por la Generalitat de Catalunya. En el Anexo nº 3, puede observarse y comprobarse el rastreo de información que se realiza en ellas.

2. *Auto-registros de consumo de cigarrillos*: Están centrados en la obtención de información sobre la cantidad de cigarrillos/día fumados, temporalidad, situaciones ambientales, estado emocional asociado a fumar, etc.

Los auto-registros utilizados en este trabajo (Anexo nº 3), evalúan la cantidad de cigarrillos/día fumados y junto a ello, se les pidió a los sujetos que también registrasen el número de cigarrillos/día que les "apetecía" fumar pero que no fumaban.

3. *Escalas y Cuestionarios*: Dentro de los estudios realizados en psicología para llegar a determinar cuáles son los factores o aspectos que pueden estar incidiendo en la conducta de

fumar (especialmente en su mantenimiento), se han elaborado una serie de escalas y cuestionarios estandarizados que se utilizan en las investigaciones sobre tabaquismo como el *ARU Smoking Motivation Questionnaire* de Russell (1974). Basándose en este cuestionario, González, Salvador, Leonsegui, Guillen y Ortega (1995), realizaron un trabajo para la estandarización en muestras españolas del ARU-SMQ-9, una escala de "dependencia" a la nicotina compuesta por nueve ítems extraídos de la escala ARU de Russell, encontrando que poseía buenos niveles de validez predictiva.

Sin embargo, el cuestionario más conocido y que ha generado más estudios en diferentes países, ha sido el *Cuestionario de Tolerancia Nicotínica* de Fagerström (Fagerström, 1978). Su importancia radica en que se ha encontrado que es un buen predictor de la dependencia a la nicotina (Becoña & Galego, 1988). También existen investigaciones que muestran su utilidad como predictor de los niveles en sangre de cotinina (Pomerleau, Pomerleau, Majchrzak, Kloska & Malakuti, 1990).

Otro instrumento es el *Cuestionario de Hábitos del Fumador* de Horn (Horn, 1975), que aporta información sobre los motivos que desencadenan la conducta de fumar. Ambos cuestionarios han sido utilizados en la presente investigación y en la parte experimental se comentarán más ampliamente.

También existen diferentes cuestionarios y escalas que parten de los distintos modelos que sobre la conducta de fumar se realizan (Becoña, 1989). Así, están el *Cuestionario de la Motivación a Fumar*, elaborado a partir del Modelo del

Control del Afecto de Tomkins, (1966; Ikard, Green & Horn, 1969; Ikard & Tomkins, 1973; -en Becoña 1989a-); la *Escala de Pros y Contras de Fumar* (DiClemente, Prochaska & Gibertini, 1985; Velicer, DiClemente, Prochaska & Brandenburg, 1985), elaborada a partir de la Teoría del Balance Decisional de Janis y Mann (1977). Basándose en el Modelo de Autoeficacia de Bandura (1977), están la *Escala de Confianza de Fumar* de Condiotte y Lichtenstein (1981) o la *Escala de Autoeficacia para Evitar Fumar* de DiClemente (1981).

4. *Bogus Pipeline*: Un problema que se puede presentar al evaluar la conducta de fumar, sobre todo si es en jóvenes, es el de la veracidad de los datos debido a que esta conducta es considerada como poco "saludable". De este modo, para reducir al máximo las respuestas de deseabilidad social, Jones y Sigall (1971), elaboraron el método del *bogus pipeline* (BPL), en el cual los sujetos son llevados a creer que sus respuestas, dadas en un cuestionario escrito, serán verificadas por un instrumento de medida fisiológica o bioquímica que puede ser considerado como un "auténtico detector de mentiras". Investigaciones como las de Evans, Hanse y Mittlemark, (1977), demostraron que al utilizar este método se obtenían autoinformes más válidos y precisos. Para más información sobre el tema, ver el trabajo de Carrasco, Luna y Adame (1993), donde se realiza una revisión exhaustiva de 17 investigaciones que han examinado la eficacia de esta técnica. Estos autores concluyen que es útil y recomendable en las condiciones que propicien la falsedad de los datos.

Otros sistemas de evaluación conductual como puede ser el método observacional o los informes de otras personas, que en ocasiones suelen utilizarse, pueden presentar problemas de fiabilidad en la información obtenida si no se utilizan técnicas adecuadas de observación tales como los *Registros a través de procedimientos mecánicos* (espejo unidireccional, filmación, etc.), *Registros de conductas motoras*, *Escalas de apreciación sobre respuestas motoras*, etc. (Fernández-Ballesteros, 1992), y se entrena al observador en recoger la conducta de fumar en las distintas situaciones y con procedimientos objetivos para evitar sesgos.

CAPÍTULO 2

DESARROLLO DEL HÁBITO DEL TABAQUISMO: FASES Y FACTORES ASOCIADOS

2.1. INTRODUCCIÓN

La conducta de fumar puede abarcar casi la totalidad del ciclo vital del individuo, desde la pre-adolescencia a la vejez. Como es natural, durante todo este periodo existen múltiples influencias familiares y sociales (además de las características personales), que van determinando el comportamiento, es decir, se van produciendo cambios a los que se va adaptando el hábito del tabaquismo.

Para analizar más detalladamente la conducta de fumar, se han establecido una serie de etapas o fases por las que pasa todo fumador. Estas fases, en general, van relacionadas con los estadios de cambio que se producen a lo largo de la vida ya que el hábito de fumar es un proceso dinámico y complejo que evoluciona y se adapta a las "necesidades" del individuo que lo posee.

2.2. FASES EN EL DESARROLLO DE LA ADICIÓN AL TABACO

Un trabajo pionero en este campo fue el de Leventhal y Clearly (1980), en el cual se establecieron las etapas de:

1. *Preparación*: Se produce en la adolescencia y es el período en el que se aprenden actitudes y creencias acordes con el hábito de fumar. En esta fase es importante la presión del grupo de iguales (compañeros, amigos, etc.), la publicidad y la familia, con la aparición de modelos de "prestigio" que fuman, transmitiendo actitudes positivas hacia el tabaco.

2. *Iniciación*: Se van afianzando las actitudes positivas en consonancia con el hábito de fumar, que quedará reforzado por las consecuencias psicológicas y sociales asociadas al tabaco, con una mayor aceptación dentro el grupo, sentirse más adulto, etc.

3. *Conversión*: Es la etapa "experimental" en la que se aprende cómo fumar. La mayor fuente de influencia son los amigos y las consecuencias percibidas del consumo de tabaco.

4. *Consumo regular*: El hábito de fumar llega a convertirse en parte de la personalidad. Las influencias principales son las propias actitudes y las consecuencias sociales positivas aportadas por otros fumadores.

En la actualidad según Becoña et al. (1994), se asumen las siguientes fases: 1) adquisición del hábito de fumar (inicio y mantenimiento); 2) consolidación (fumador regular); 3) abandono (ex-fumador) y 4) recaída y/o mantenimiento de la abstinencia.

Dentro de esta línea son importantes los trabajos de Prochaska y DiClemente (1982, 1983, 1986, etc.), Stern, Prochaska, Velicer y Elder (1987) y Prochaska y Prochaska (1993), entre otros, con la elaboración del *Modelo Integrador de Cambio*, a partir del cual explicaron, en un principio, las fases de adquisición o iniciación en el consumo de tabaco y posteriormente las de abandono. Este modelo será explicado posteriormente dentro del apartado de Modelos Explicativos de la conducta de fumar.

Estas distintas fases que aparecen a lo largo de la adquisición del hábito, están determinadas por factores sociales, psicológicos y

fisiológicos (especialmente en la fase del abandono), que condicionan el comportamiento de las personas, tanto en su camino de "conversión" a fumador como en el proceso de "desandar" este hábito adquirido y mantenido a lo largo de los años.

En este recorrido por los aspectos teóricos relacionados con el consumo de tabaco, es útil tener presente los factores que determinan la conducta adictiva al tabaco ya que pueden influir en los resultados cuando se establece un programa de eliminación del hábito de fumar. Como señala Becoña et al. (1994), se pueden agrupar en tres grandes bloques:

1. Procesos farmacológicos y de condicionamiento.
2. Procesos cognitivos y de toma de decisiones.
3. Características personales y del contexto social.

Estos tres aspectos toman un papel predominante en función de la fase del consumo de tabaco en que se encuentra el fumador. De forma sucinta, se van a exponer los factores que quedan asociados a cada una de ellas.

2.3. FACTORES ASOCIADOS AL INICIO DEL CONSUMO DE TABACO

Dentro de este apartado, es interesante resaltar la aportación hecha por Swan, Meliá, Fitzsimons, Breeze y Murray (1989 -en Castillo, 1991-), que tras una revisión de los trabajos realizados sobre el tema, encontraron cuatro grandes grupos de factores

relacionados con esta etapa inicial de adquisición de la conducta de fumar. Estos son:

- Actitudes, creencias, información y variables de personalidad.
- Características de la familia, escuela y amigos. Aquí el factor determinante es la presión del grupo de amigos.
- Influencia de la publicidad y entorno social.
- Características de los Programas de Educación para la Salud a los que se puede estar expuesto.

Por su parte, Becoña et al. (1994), a partir también de los estudios existentes, establece 8 factores que considera implicados en la adquisición de la conducta de fumar:

1. Factores de predisposición, en los que se incluirían tres aspectos: a) las normas y los valores del grupo de iguales (compañeros, amigos...); b) características personales, como la inclinación hacia conductas "problema", la extraversión, etc. y c) factores sociales, donde estaría la "doble moral" de la sociedad actual.
2. Características sociodemográficas: Sexo, edad, clase social, trabajo y estudios.
3. Disponibilidad y accesibilidad al tabaco.
4. Bajo coste económico.
5. Publicidad y presión social al consumo.
6. Factores cognitivos y de expectativa ante los cigarrillos.

7. Carencia de estrategias adecuadas de afrontamiento ante el aburrimiento y el control de peso corporal.

8. Efectos fisiológicos y psicológicos de los primeros cigarrillos (efectos psicofarmacológicos de la nicotina y factores de reforzamiento).

Todos ellos, se hallan relacionados en mayor o menor medida en esta primera fase.

2.4. FACTORES ASOCIADOS A LA CONSOLIDACIÓN DEL HÁBITO DE FUMAR

Poco a poco, la conducta de fumar queda incorporada al patrón conductual de las personas (fumadores) y va generando componentes adictivos, es decir, junto a los factores anteriores provenientes de las características de personalidad o de la "influencia social", se van incorporando factores biológicos (debido a los componentes del tabaco), que determinan una posible dependencia física. Así, esta adicción al tabaco queda determinada por una compleja interacción de factores económicos, sociales, psicológicos, sensitivos, motores y farmacológicos (Rusell, 1989).

Siguiendo la pauta establecida por Becoña et al. (1994), son cinco los factores directamente implicados en esta fase de consolidación del hábito:

1. Los factores relacionados con los efectos psicofarmacológicos de la nicotina, establecidos a partir de su

poder reforzante y de la evitación de los efectos negativos de la abstinencia.

2. Los factores relacionados con las asociaciones realizadas al fumar cigarrillos, es decir, con las situaciones y la asunción de características positivas en los fumadores y ante el hecho de fumar.

3. La negación, minimización o despersonalización de las consecuencias del tabaco en la salud.

4. La utilización del tabaco como herramienta psicológica en situaciones problemáticas como reductor del estrés o control del peso corporal o como estrategia de afrontamiento.

5. La aceptación, facilitación y potenciación del consumo en su medio a través de la familia y el grupo de iguales, de los medios de comunicación, la publicidad o de figuras de identificación.

Bayot (1996), en su revisión de las investigaciones que analizan los factores asociados al comportamiento adictivo al tabaco, destaca la importancia de los trabajos que estudian dentro de un enfoque psicológico, la relevancia de las variables de ansiedad, estrés, depresión y afrontamiento y su relación con el consumo de cigarrillos. También resalta los trabajos que, dentro de un enfoque farmacológico, destacan la influencia de la sensibilidad, tolerancia y dependencia a la nicotina y la influencia en el mantenimiento del comportamiento adictivo al tabaco.

Todos estos factores tanto físicos, psicológicos como situacionales, reportan al fumador un determinado tipo de beneficios y será necesario el transcurso del tiempo (años), hasta

que el fumador se plantee la posibilidad de dejar de fumar, a partir, quizá, de los primeros "síntomas negativos" percibidos por el hecho de fumar, como son los problemas de tos o las sensaciones de ahogo y fatiga al realizar alguna actividad física poco habitual (por ejemplo, subir escaleras...). En nuestra investigación, casi todos los sujetos apoyaban su intento de dejar el hábito basándose en posibles problemas de salud, bien presentes o bien futuros.

2.5. FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL HÁBITO DE FUMAR

Las investigaciones centradas en encontrar los factores que puedan determinar el abandono o no del hábito de fumar siguen dos líneas, por una parte están los estudios que se centran en la búsqueda de los factores que influyen en la toma de decisiones para dejar de fumar, aquí entrarían las aportaciones de Janis y Mann (1977), con su Teoría de la Hoja de Balance Decisional de los Incentivos, o la aportación de Mausner y Platt (1977), con su Expectativa de Utilidad Subjetiva (para más información al respecto ver Castillo, 1991). Por otra parte están las investigaciones centradas en identificar los factores psicológicos, sociales o físicos que son determinantes en el proceso de abandono.

Becoña et al. (1994), mantienen que los factores que inciden en el hecho de que un fumador se plantee el dejar el hábito son los relacionados con:

1. La aceptación de la relación tabaco/salud.

2. Los síntomas de abstinencia y los efectos asociados a ella como la necesidad de fumar en situaciones específicas, es decir, se percibe que “no se controla” el consumo de cigarrillos.

3. Los beneficios percibidos al dejar de fumar (físicos y psicológicos).

4. El aumento de la auto-estima por el abandono y la creencia en la propia habilidad para dejarlo.

5. Las normas sociales y el apoyo social por dejar de fumar.

6. La posesión de habilidades alternativas para afrontar las situaciones de consumo, en relación con el control de estímulos, recursos para reducir el estrés y habilidades para mantener la abstinencia.

7. Las características sociodemográficas.

8. La consideración del abandono como un proceso (fases de precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento o recaída -Prochaska & Prochaska, 1993-).

Todos estos factores han de ser potenciados (directa o indirectamente) cuando se elabora un programa de tratamiento para abandonar el hábito de fumar y de esta manera quedará aumentada su eficacia.

2.6. FACTORES ASOCIADOS A LA RECAÍDA Y AL MANTENIMIENTO DEL ABANDONO DEL HÁBITO DE FUMAR

Dentro de la intervención, tanto médica como psicológica, el mantenimiento de las ganancias terapéuticas a lo largo del tiempo, es un problema que se intenta abordar desde diferentes estrategias ya que obtener el éxito tras el programa y que éste no se mantenga es una merma en la eficacia del tratamiento, es decir, una "prueba dura" para su utilización o no. La pregunta clave no es sólo ¿ha dado buenos resultados el tratamiento? sino también ¿por cuánto tiempo se mantienen los resultados obtenidos?.

En el caso del tabaquismo, la recaída es un problema común y en ella inciden fuertemente el aspecto fisiológico (posible dependencia), por un lado, y la fuerza del hábito por otro.

A modo global, Becoña et al. (1994), mantienen como factores asociados a la recaída:

1. La búsqueda de alivio de los síntomas de abstinencia.
2. Los efectos psicofarmacológicos de la nicotina.
3. La falta de estrategias de afrontamiento.
4. Los indicios y la presión social al consumo.
5. Las características sociodemográficas.
6. Los sentimientos de culpa y fracaso tras la vuelta al consumo de cigarrillos.

Los factores que estos autores destacan como más importantes para mantener el abandono del consumo de tabaco son:

1. La aceptación de la relación tabaco/salud.
2. Las adecuadas habilidades de afrontamiento.
3. El apoyo social.
4. Un estilo de vida saludable.

Los trabajos que se realizan sobre el proceso de recaída pueden agruparse en tres bloques: 1) Investigaciones centradas en los problemas asociados a la dependencia física; 2) Investigaciones centradas en los aspectos sociales que inciden en la recaída; y 3) Las investigaciones que resaltan los aspectos psicológicos de la vuelta al consumo regular. A continuación se comentan las aportaciones realizadas por diferentes autores englobadas en los tres apartados señalados.

(1) Investigaciones centradas en los problemas asociados a la dependencia física.

Con trabajos como los de Rusell (1988, 1989, 1991); West, Hajek y Belcher (1989); West, Hajek y McNeill (1991); Stevens y Hollis (1989); Pomerleau (1990); Balfour (1994), entre otros. Estas investigaciones están centradas en determinar qué factores están implicados en la dependencia física. Por ejemplo, Rusell (1989), encontró que los síntomas asociados al síndrome de abstinencia del tabaco son: irritabilidad, ansiedad, depresión, hambre, dificultad en la concentración, cefaleas, sed, alteraciones intestinales, cambios respiratorios y cambios en la presión sanguínea. Por su parte, West et al. (1989), hallaron en sus investigaciones que una de las variables más determinante del éxito en la abstinencia, es el nivel de dificultad de los ex-fumadores para resistir el deseo urgente de fumar. Resultados similares fueron encontrados por Killen,

Fortmann, Newman y Varady (1991), evidenciando la importancia que representa la "ansia" de fumar para poder superar la dependencia y mantenerse abstinentes.

Esta "resistencia a la tentación" (en nuestro caso a "fumar cigarrillos") es uno de los paradigmas del constructo de auto-control desarrollado por Kanfer (1976), y éste es un punto que se pretende potenciar con la Terapia de Auto-Regulación, es decir, se pretende reducir el componente de esfuerzo que se requiere para "resistir la tentación" de seguir fumando cigarrillos, facilitando las capacidades auto-regulatorias del ser humano.

Por su parte, las conclusiones a las que llegaron Jarvik y Hatsukami (1989), sobre cuáles son los factores de tolerancia y dependencia que inciden en la conducta adictiva y su recaída, les llevaron a establecer que:

- La dependencia en el consumo de tabaco lleva a la búsqueda repetitiva de él, a pesar de disponer de información sobre sus consecuencias nocivas.
- La dependencia física puede originar (parcialmente) una conducta de búsqueda de nicotina.
- El consumo de tabaco puede deberse al refuerzo positivo de la nicotina.
- No todos los consumidores regulares de tabaco son físicamente tolerantes o dependientes.

También existen investigaciones centradas en los posibles efectos positivos de la nicotina en el organismo. Por ejemplo, Redolat, Carrasco y Simón (1994), realizaron una revisión de la

de la literatura partiendo de la hipótesis de que los fumadores consumen cigarrillos como "recurso psicológico" que les proporciona una mejora en la ejecución de determinadas tareas, aumenta el nivel de alerta, etc. Estos autores, presentan los resultados de las investigaciones realizadas para evaluar los efectos de la nicotina y el tabaco sobre las funciones cognitivas de ejecución motora, procesos atencionales, atención selectiva, memoria inmediata y memoria diferida. Sin embargo los resultados que ofrecen han de tomarse con cautela por los problemas metodológicos que conllevan, tanto por las muestras utilizadas como por las situaciones de experimentación.

(2) Investigaciones centradas en analizar las cuestiones sociales que inciden en una vuelta al consumo regular.

Dentro de esta línea están los trabajos de Baer, Kamarck, Lichtenstein y Ransom, 1989; Shiffman (1984a); O'Connell y Martin (1987); Bliss, Garvey, Heinold y Hitchcock (1989), etc. Se busca la posible diferenciación entre caídas ocasionales y recaídas graves incorporando al factor situacional estados emocionales negativos y los problemas personales. Los resultados encontrados mostraron que estos dos últimos aspectos, dentro de una situación de crisis, son los determinantes más importantes de las recaídas graves, mientras que las caídas ocasionales se producen a consecuencia de "tentaciones fuertes" asociadas a factores de facilitación social como son, por ejemplo, las reuniones con amigos fumadores.

Las relaciones entre consumo de tabaco y café o alcohol, también se han estudiado como determinantes situacionales de la recaída por autores como Shiffman (1982); Zavela, Barnett, Smedi, Istvan y Matarazzo (1990); González (1994), etc. El trabajo de

Llorente, Betancourt, Ochoa, Lara y Baglan (1994), analiza la conexión de estos hábitos tóxicos y especialmente la relación café/tabaco, considerando que el No tomar café es un fuerte estímulo, como agente protector contra el fumar.

Dentro de este grupo de investigaciones, Marlatt y Gordon (1985), estudiaron la relación entre dimensiones situacionales que facilitan el consumo de tabaco y los estilos atribucionales. Estos autores encontraron que la recaída puede estar determinada por dos bloques de factores: por un lado, los que están asociados a estados emocionales negativos como ansiedad, irritabilidad y estrés y por otro, los relacionados con la presión social. Los estudios de Condiotte y Lichtenstein (1981), y Shiffman (1982), apuntan resultados en el mismo sentido.

Por su parte Shiffman (1982), estableció una clasificación de las situaciones que pueden producir la recaída en el consumo de tabaco y que conviene tener presentes a la hora de aplicar un tratamiento para la eliminación de este hábito, ya que esta recaída puede ser resultado de la combinación de determinadas situaciones en un momento concreto, creándose así, lo que se podría llamar situaciones de "alto riesgo", que según Shiffman serían :

- Situaciones asociadas a fracaso. Suelen darse generalmente en casa, cuando se está sólo y en estados emocionales negativos.
- Situaciones asociadas al trabajo. Se producen en momentos de tensión laboral, presencia de compañeros o aburrimiento.

- Situaciones asociadas a ambientes sociales. En ellas suelen conjuntarse tres “puntos críticos”: café, alcohol y amigos fumando.
- Situaciones asociadas a momentos de placer o distensión.

Una clasificación posterior sobre los factores situacionales relacionados con el problema de la recaída fue la establecida por Baer y Lichtenstein (1988). En su trabajo encontraron que no existía un patrón único de recaída ya que influye, en gran manera, la vulnerabilidad de los sujetos y las características de la situación. Así, establecieron una clasificación más general de: 1) Situaciones no sociales, negativas y estresoras para los sujetos y 2) Situaciones sociales de componente positivo y placentero.

Tras esta enumeración de situaciones que suelen producir recaída establecidas por Shiffman (1982), o Baer y Lichtenstein (1988), surge una pequeña pregunta: ¿queda alguna situación aparte de estas?. O sea, ¿no será que cuando en la “mente” de un ex-fumador se cruza el deseo de fumar cualquier “excusa” (o situación) es buena?.

(3) Investigaciones centradas en los aspectos psicológicos que pueden influir en la recaída.

Dentro de estos trabajos destacan los estudios pioneros de Marlatt y Gordon (1980, 1985), con su Modelo Cognitivo-Comportamental del Proceso de Recaída, y la importancia otorgada a los estilos atribucionales del ex-fumador como factor determinante de la vuelta al consumo de tabaco (Curry, Marlatt & Gordon, 1987). Las conclusiones a las que llegaron Curry et al. (1987), fueron que los ex-fumadores que muestran más culpabilidad y atribuciones

internas, estables y globales, serán los que tienen más probabilidad de tener una caída inicial y una recaída a corto plazo.

Otro aspecto importante a tener en cuenta en la recaída son las expectativas de auto-eficacia (Condiotte & Lichenstein, 1981; Shiffman, 1984a; García, Schmitz & Doerfler, 1990) y las respuestas de afrontamiento (Shiffman, 1984b; 1986; Curry et al., 1987; Bliss, Garvey, Heinold & Hitchcok, 1989). Las investigaciones de Shiffman (1984b), pusieron de manifiesto que la unión de las estrategias cognitivas y conductuales favorece más el mantenimiento de la abstinencia que el uso separado de ellas.

También se han estudiado las relaciones de la recaída con el estrés, la depresión y la ansiedad (Cummings, Gordon & Marlatt, 1980), el estrés y el hábito de fumar (Shiffman et al., 1986; Epstein & Perkins, 1988; Hall, Havassy & Wasserman, 1990), o el estrés y el neuroticismo como factores que dificultan el abandono del consumo de cigarrillos (Hajek, 1991), etc. En un trabajo de revisión de la literatura sobre la utilización del tabaco como regulador de las emociones, Gilbert y Wesler (1989), observaron que su uso está relacionado con el "control" de los "afectos negativos" como puedan ser la irritación o la ansiedad. En estas investigaciones se encuentran nexos de unión entre factores emocionales y fumadores crónicos, aunque los resultados encontrados no son totalmente concluyentes ya que no se puede establecer de forma exacta la conexión que existe entre el estrés y el consumo de tabaco (Bayot & Capafons, 1995a).

Tal como apuntan los resultados de los distintos estudios, a la hora de establecer un programa de intervención y plantear las estrategias adecuadas para prevenir la recaída, habrá que

centrarse primero en los factores psicológicos dando al sujeto buenas estrategias de afrontamiento (Shiffman & Wills, 1985).

Carey, Carey, Snel & Richards (1989), tras una revisión de los trabajos realizados desde perspectiva del modelo transaccional de estrés de Lazarus y Folkman (1984), plantean que las investigaciones han de tener en cuenta tanto la valoración primaria como la secundaria que hace el sujeto (especialmente la auto-eficacia), dado que estas valoraciones son buenos predictores de éxito en el abandono de fumar, ya que permiten que los ex-fumadores puedan superar cualquier situación conflictiva en la que tenga que "poner a prueba" su auto-control personal. Por ello, estas estrategias han de ser flexibles y adaptables a las distintas situaciones y sobre todo, el terapeuta debe prevenir al ex-fumador de que, tal como señalan Shiffman y Jarvik (1987), puede presentarse el problema de su "olvido" conforme va transcurriendo el tiempo.

Bayot, y Capafons (1995a), tras una revisión sobre las variables que facilitan o que dificultan el abandono del consumo de tabaco, concluyen que, de las variables psicológicas, poseer buenos niveles de afrontamiento y autoeficacia facilitan el abandono del consumo mientras que el estrés, los estados depresivos y la variable neuroticismo dificultan el abandono del hábito. Por su parte, de las variables fisiológicas, el nivel de nicotina en sangre es el elemento más importante.

CAPÍTULO 3

**MODELOS EXPLICATIVOS DE LA CONDUCTA
DE FUMAR**

3.1. INTRODUCCIÓN

Las actuales teorías explicativas acerca del consumo de tabaco se centran en las distintas fases por las que pasa el fumador, quedándose relegados los modelos unicausales ya que, en general, abarcan de modo global todo el proceso de adquisición y mantenimiento de un hábito tan complejo como es el del tabaquismo.

A la hora de plantear las distintas teorías relacionadas con el tabaquismo, vamos partir del Modelo Médico-Farmacológico y del Modelo Psicológico, presentando las aportaciones más significativas que cada modelo han ido generando y que pueden ayudar a tener una visión más pormenorizada del hábito de fumar y que, a su vez, puede traducirse en una mejor elaboración de programas tanto preventivos como de tratamiento.

3.2. MODELO MÉDICO-FARMACOLÓGICO

Este modelo está centrado en buscar la evidencia médica que demuestre las consecuencias nocivas del tabaco en la salud de los individuos. Estas consecuencias vendrían determinadas directamente con la cantidad diaria de tabaco consumida y la susceptibilidad individual a las sustancias químicas que componen el humo del tabaco.

Se basa, pues, en la dependencia física (nicotina) y en las enfermedades que pueden estar relacionadas con el fumar, considerándolo como factor de riesgo que aumenta los índices de

morbilidad y mortalidad en los sujetos fumadores. Dentro de estas enfermedades se hallan: bronquitis crónica, enfisema pulmonar, carcinoma broncogénico, alteración de la resistencia a las infecciones de las vías respiratorias, enfermedades cardiovasculares, problemas en el embarazo y en el recién nacido y, sobre todo, en el cáncer de pulmón, faringe, etc.

La Organización Mundial de la Salud, es el organismo internacional que ha puesto de manifiesto, reiteradamente, el riesgo que entraña el tabaco, elaborando directrices para que los gobiernos, a partir de sus políticas sanitarias, implanten medidas preventivas y de control que favorezcan una disminución de su consumo a través de una mayor información de las posibles consecuencias que conlleva su uso o abuso, tanto en uno mismo como en los demás.

Los modelos explicativos se centran en el componente fisiológico del hábito de fumar, es decir, de la dependencia física o adicción a la nicotina. Según Leventhal y Clearly (1980), los modelos que explican la adquisición y el mantenimiento del hábito a partir de la nicotina son:

1. Modelo del Efecto Fijado. Parte de que el hábito de fumar es reforzado por la nicotina, estimulando los centros específicos del sistema nervioso (cambiando los niveles de neuroaminas).

2. Modelo de Regulación de la Nicotina. Parte de que al fumar se regula el nivel de nicotina en el medio interno oponiéndose, de este modo, al modelo del refuerzo que mantiene que sólo se fuma cuando los niveles de nicotina descienden.

3. Modelo de Regulación Múltiple. Se centra en los mecanismos de cambio (de poco a gran consumidor) que se dan en los fumadores. Parte de las respuestas emocionales y de los mecanismos adictivos de la nicotina. Así, primero, el fumar regula las respuestas emocionales generadas por aspectos externos (estrés ambiental), después regula el distrés causado por cambios en el nivel de nicotina en sangre.

De estos modelos, el que ha generado una gran cantidad de trabajos es el *Modelo de Regulación Múltiple*, centrándose las investigaciones en la posible explicación de la dependencia o adicción al tabaco a partir de los niveles de nicotina o cotinina (Russell, 1974, 1989, 1991; Russell, Sutton, Iyer, Feyerabend & Vesey 1982; Russell, Jarvis, Jones & Feyerabend, 1990; West, 1992a,b; West & Grunberg, 1991; West, Hajek & Belcher, 1989; West, Hajek & McNeill, 1991; etc.).

El modelo farmacológico, al centrarse en los efectos fisiológicos del tabaco en el organismo, encamina su tratamiento, o bien en buscar "sustitutos", que por una parte reduzcan (y eliminen) el poder estimulante de la nicotina y por otra, eviten los efectos negativos de la abstinencia. O bien, a partir de otros agentes farmacológicos, busca incidir directamente sobre el síndrome de abstinencia. Dentro del primer grupo estarían los tratamientos basados en el Chicle de Nicotina y los Parches de Nicotina (Becoña, 1987; Becoña & Galego, 1988; Goldstein, Niaura, Follik & Abrams, 1989; Killen, Fortman, Newman & Varady, 1990; Hartman, Leong, Glynn, Wilkings & Jarvik, 1991; Fagerström, Hurt, Sawe & Tonnesen, 1992, entre otros). En el segundo grupo estarían los tratamientos basados en la Buspirona, la Clonidina, el Chicle de Acetato de Plata y la Doxepina (West, Hajek & McNeill, 1991; Covey

& Glassman, 1991; Jensen, Schmidt, Pedersen & Dahl, 1991; Edwards, Murphy, Downs, Ackerman & Rosenthal, 1989, etc.).

Los resultados de las investigaciones realizadas para comprobar la eficacia de dichos tratamientos muestran que los mejores resultados se obtienen cuando se combinan los procedimientos farmacológicos y los comportamentales (Fagerström, 1982), ya que de este modo quedan abarcadas tanto la dependencia física como la psicológica. En Bayot (1994, 1995), aparece una revisión exhaustiva de toda la problemática que encierra el tratamiento farmacológico.

3.3. MODELO PSICOLÓGICO

Para llegar a una explicación aproximativa de la conducta de fumar, se hace necesario tener presente los distintos factores que inciden en su aparición o su mantenimiento, ya sean éstos sociales, económicos, familiares, psicológicos, farmacológicos, políticos, publicitarios, etc.

Dentro del campo psicológico es imprescindible un acercamiento multidisciplinar puesto que en el hábito de fumar conviven dos "aspectos" básicos que lo determinan: por un lado están los aspectos individuales y por otro están los aspectos sociales de la conducta de fumar. Es decir, este carácter individual satisface unas "necesidades", ya sean físicas o psicológicas que refuerzan su uso continuado (Rusell, 1989; OMS, 1987, 1988; Benowitz, 1991). Asimismo, en esta faceta individual se encuentra el hecho de actuar como "facilitador funcional" (Benito, Costa, Del Llano & López, 1989), asociándose su consumo a situaciones

cotidianas ya sea estudiar, tomar café o copas, iniciar el trabajo, etc., de tal modo que estas situaciones se convierten en estímulos discriminativos que ponen en marcha el deseo de fumar.

Respecto al carácter social que conlleva el fumar tabaco, éste actúa como "facilitador social" al favorecer la integración en determinados ambientes sociales (Murray, Luepker, Johnson & Mittelmark, 1984; Potts, Gillies & Herbert, 1986; Evans, Dratt, Raines & Rosenberg, 1988; Swan, Meliá, Fitzsimons, Breeze & Murray, 1989). Este aspecto social queda fuertemente reforzado por la publicidad, que en cierto sentido, presenta al tabaco como un signo de autonomía e independencia resaltando atributos masculinos (baste recordar los "antiguos" anuncios televisados de Camel, Winston, Marlboro, etc.).

Así pues, dentro del modelo psicológico se ha producido un acercamiento a la conducta de fumar desde distintas perspectivas, entre todas ellas destaca la Psicología Social, con su aportación teórica sobre las causas que pueden determinar la iniciación, la adquisición y el abandono del hábito del tabaquismo, y la Psicología Clínica centrada, especialmente, en la elaboración de tratamientos que ayuden a los sujetos a abandonar el hábito una vez adquirido. Este acercamiento parte de las aportaciones teóricas elaboradas (tanto clínicas como sociales), para establecer una intervención eficaz, aunando las dos vertientes (individual y social) que confluyen en el consumo de tabaco.

A continuación, presentaremos diferentes aproximaciones teóricas relacionadas con el hábito de fumar. Primero se comentarán brevemente la teoría psicoanalítica, que se ha quedado relegada por su carácter simplista a la hora de explicar la conducta

de fumar (Stacker & Bartmann, 1977), y la teoría de la personalidad, centrada en la búsqueda de posibles variables internas relacionadas con el consumo de cigarrillos.

Posteriormente se resumirán las aportaciones de la psicología del aprendizaje, la psicología social, las teorías cognitivas, el modelo bioconductual de Pomerleau y Pomerleau (1984, 1989) y el modelo integrador de etapas Prochaska y DiClemente (1982, 1983), Stern, Prochaska, Velicer y Elder (1987) y Prochaska y Prochaska (1993). Cabe resaltar el carácter multidisciplinar de los diferentes modelos explicativos a pesar de tener un origen teórico bien social, bien cognitivo, etc. La finalidad de esta estructura es meramente descriptiva para facilitar el discurso de los diferentes enfoques que conforman el campo de la Psicología.

Por último, dentro de la aproximación clínica, se presentarán los distintos tratamientos psicológicos que han mostrado ser eficaces en la eliminación o reducción del tabaquismo.

3.3.1. TEORÍA PSICOANALÍTICA

La hipótesis de la oralidad establecida por la teoría psicoanalítica como causa determinante de la consumición de tabaco, carece de utilidad práctica como hipótesis explicativa. En ella, la regresión hasta la fase oral es una búsqueda de la sensación de bienestar similar a la que se obtuvo en los primeros momentos de la vida. La figura de la madre es frustrante para las apetencias orales del hijo, o por el contrario es sobregratificante de la oralidad del niño, provocándole, así, una fijación oral (Castillo, 1989). El adulto fijado en la etapa oral, donde el placer proviene de los labios y la lengua (actividades de chupar y tragar), manifestará conductas excesivas de comer, beber o fumar, etc.

Las críticas que pueden hacerse a esta hipótesis parten de que en esta preferencia oral, los cigarrillos sin nicotina, o con índices inferiores, deberían servir como sustitutos, cosa que no ha podido ser demostrada como lo avalan las investigaciones centradas en buscar la regulación del nivel de nicotina en los sujetos que cambian de marcas de tabaco con alta cantidad de nicotina a marcas con baja cantidad de nicotina. En estos casos, se produce con gran frecuencia lo que se podría denominar un “efecto rebote”, fumándose más cantidad de cigarrillos para regular los niveles nicotínicos en sangre (Stacket & Batmann, 1977, McMorrow & Foxx, 1985; Becoña, 1992).

3.3.2. PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD

La aportación de la psicología de la personalidad, más que centrarse en teorías explicativas del hábito de fumar, busca la posible relación “predictiva” entre variables de personalidad y determinados patrones de conducta adictiva (Grossarth-Maticek, Eysenck & Vetter, 1988 -en Eysenck, 1994-). Es decir, las investigaciones hacen hincapié en variables tales como motivación (Salleras, 1983; Hajek, 1991), auto-eficacia (Haaga & Stewart, 1992), neuroticismo, extraversión, psicoticismo (Becoña, 1990a; Hajek, 1991; Bayot, 1994) y su relación entre fumadores (y no fumadores), bien como determinantes del consumo de tabaco o como factores de éxito/fracaso en los intentos de abandono del hábito. También se estudia el papel de los factores genéticos en el inicio del consumo de cigarrillos (Eaves, Eysenck & Martin, 1989), sin embargo, en estos trabajos no se ofrecen datos concluyentes de relación causa/efecto.

En lo referente a la dimensión Extraversión/Introversión, Eysenck (1967, 1980), establece una etiología del tabaquismo basándose en su teoría de la personalidad. Mantiene que debido al bajo nivel de activación cortical de los extravertidos, éstos utilizan las propiedades estimulantes de la nicotina sobre el sistema nervioso central para incrementar su arousal hasta niveles óptimos de funcionamiento.

A pesar de las críticas que puede presentar este componente de predisposición, fundamentadas sobre todo en cómo medir y manipular el concepto de arousal, existen estudios cuyos resultados muestran a la extraversión como variable predictora de consumo de tabaco (Stacker & Bartmann, 1977; Cherry & Kierman, 1976), mientras que en otros esta relación no aparece como significativa (para más información ver la revisión realizada sobre esta temática de O'Connor, 1989). Una posible explicación sobre esta relación está basada en el importante papel que juega el cigarrillo en las relaciones sociales, como se ha comentado anteriormente, y de ahí que los extravertidos fumen más, ya que, según Eysenck (1967, Eysenck & Eysenck, 1985), poseen una mayor tendencia a mantener relaciones interpersonales con un mayor número de gente, siendo uno de los componentes principales de la extraversión la sociabilidad. Sin embargo, paradójicamente, los trabajos de revisión de Becoña (1990a) y Bayot (1994), muestran que la variable extraversión está más asociada al éxito terapéutico.

Debido, pues, a que la conducta de fumar reviste gran complejidad y está determinada por variables personales, variables situacionales y la interacción de las mismas, dentro de la psicología de la personalidad, un modelo teórico que puede dar cabida a las distintas variables interrelacionadas es el *Interaccionismo*

(Magnusson, 1976; Endler & Magnusson, 1976), puesto que defiende que la conducta es función de un proceso de continua interacción entre individuo y situaciones.

Estos autores, partiendo del análisis lewiniano de la conducta, definen el Interaccionismo como la interrelación entre las pautas de reacción o conducta (B), las estructuras cognitivas (P), y las situaciones sociales (E). Se centran en cuatro puntos: 1) la conducta es función de un proceso continuo multidireccional de retroalimentación entre el individuo y la situación; 2) en este proceso de interacción el individuo es un agente activo; 3) en cuanto a los aspectos de la persona, los factores cognitivos constituyen los agentes determinantes de la conducta; y 4) en cuanto a la situación, la significación psicológica de la misma para el individuo constituye el factor causal más importante. El individuo en este modelo es activo, construye su propio mundo y elabora la información al mismo tiempo que la recibe.

El *Interaccionismo* puede ser útil en la explicación de la conducta de fumar ya que pretende, según Pervin (1984), comprender los patrones de estabilidad y cambio de la conducta. Sin embargo, es deficitario en el sentido de que no aporta una teoría comprensiva de la cognición de la situación, es decir, qué aspectos inciden en el desarrollo o no de una conducta (de consumo de cigarrillos, en este caso), en función del significado asignado por la persona a esa situación y cómo las diferencias individuales influyen en la interpretación de los estímulos situacionales (Sánchez-Cánovas & Sánchez-López, 1994-).

Aquí podemos ver similitudes con el *Modelo de Auto-Regulación* de Kanfer (Kanfer & Karoly, 1972; Kanfer, 1976; Kanfer

& Hagerman, 1981), en el que se daría cabida a estas variables cognitivas puesto que en este modelo se conceptualizan las diferentes influencias que determinan una conducta en tres tipos de variables denominadas Alfa (variables situacionales), Beta (variables autogeneradas o intrapersonales) y Gamma (variables biológicas). Las conductas auto-reguladas surgirían cuando la persona necesitara aumentar la eficacia de su comportamiento ante determinadas tareas, por ejemplo: dejar de fumar. Sin embargo, la ejecución de esta conducta (en nuestro caso: "no encender cigarrillos"), según Kanfer, es probabilística, es decir, se desencadenaría en función de la relativa contribución de las variables Alfa, Beta o Gamma.

De este modo, deberían tenerse presentes tanto los factores personales como los biológicos y externos para mantener el control de los individuos sobre su propio comportamiento, es decir, en la elaboración de una intervención para abandonar el hábito (o conducta) de fumar, se deberían introducir programas de cambio centrados en el ambiente (técnicas de control de estímulos) para controlar las variables Alfa; los métodos de auto-dirección (auto-observación, auto-evaluación, auto-refuerzo...) para potenciar las variables Beta y técnicas para reducir la ansiedad (variables Gamma) ya que gran cantidad de fumadores utilizan los cigarrillos como control de la ansiedad, es decir, por su efecto tranquilizador (US DHHS, 1988), siendo ésta uno de los síntomas más importantes del síndrome de abstinencia (Hughes et al., 1984).

Este marco teórico sirve para englobar, entre otros muchos, los trabajos de Hatsukami, Morgan, Pickens y Champagne (1990), donde los resultados de su estudio mostraron que el consumo de tabaco varía en función de diferentes situaciones y en estados de

tensión y estrés; las aportaciones de Horn (1975), sobre los diferentes motivos por los cuales los individuos fuman: para buscar estimulación, por "manipular" o hacer algo con las manos, por placer y relajación, para reducir la ansiedad social, por adicción psicológica y por hábito; los estudios de Tiffany (1990), sobre los aspectos cognitivos de los procesos automáticos y no automáticos que pueden estar controlando la urgencia de fumar; o los estudios de Benito, Costa, Del Llano y López (1989), sobre las consecuencias por las cuales los adolescentes se inician en el consumo de tabaco etc.

3.3.3. APORTACIONES DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL

Desde la psicología social, diferentes modelos teóricos intentan dar una explicación a los aspectos relacionados con el hábito de fumar y que pueden estar incidiendo tanto en las fases de iniciación y adicción como de abandono y recaída (Flay, 1985).

Adaptando la teoría de la *Disonancia Cognitiva* al hábito de fumar, esta disonancia puede observarse en cada una de las fases por las que atraviesa un fumador, especialmente en el inicio y el abandono, ya que constantemente va recibiendo "presiones" de toda índole respecto al consumo de tabaco. Como ya es sabido, la formulación de Festinger (1957), mantiene que la existencia de dos elementos disonantes provoca en el individuo un estado psicológicamente incómodo, de tensión, que le lleva a intentar eliminarla con tanta intensidad como sea su magnitud. Festinger, plantea tres modos fundamentales de reducir la disonancia cognitiva: 1) cambiando de conducta; 2) alterando el ambiente; y 3) añadiendo nueva información.



Respecto a las presiones que tiene que hacer frente el fumador vemos que en la iniciación al consumo de tabaco dominarían más las influencias sociales externas. Así, los “elementos” disonantes en la adolescencia serían la familia por una parte y el grupo de amigos por otra (Chassin, Presson, Sherman, Corty & Olshavsky, 1984), con dos opciones diferentes sobre el hábito de fumar, por un lado los riesgos para la salud y la prohibición de fumar (padres) y por otro ser aceptado entre el grupo de amigos que “fuerzan” a las demostraciones de “ser” adulto.

En las fases posteriores dominarían las presiones ejercidas por factores internos tales como las actitudes y creencias (Chassin et al., 1984), en cuestiones referidas a, por ejemplo, la relación tabaco/enfermedad. De este modo, el dejar de fumar quedaría definido como un proceso en el que el fumador pasa por distintas etapas hasta llegar a ser un “fumador disonante” donde tendrá que utilizar las diferentes estrategias para tomar decisiones e intentar abandonar el hábito. Un ejemplo de ello puede apreciarse en los padres o adultos, fumadores, que “aconsejan” no fumar, bien sea por cuestiones de salud futura o por no caer en la dependencia etc. Estas inconsistencias lógicas generarán el estado de disonancia, y dado que éste es aversivo y por tanto según Festinger (1957) tiene propiedades motivacionales, la magnitud de la disonancia será el indicador de la fuerza motivacional que impele al fumador a buscar esas diferentes estrategias que le ayuden en la decisión de dejar de fumar y eliminar la disonancia al abandonar el hábito.

Otra aportación de la Psicología Social, dentro del área del tabaquismo, viene desde la perspectiva de la *Influencia Social* que se ha centrado, especialmente, en las formas de inicio y adquisición de la conducta de fumar.

La *Influencia social* es definida por Sussman (1989), como los efectos psicológicos que otros tienen sobre un individuo. En la adolescencia, la influencia del grupo de iguales es uno de los factores más importantes que contribuyen a la iniciación en el hábito de fumar. Esta influencia puede ejercerse a partir de dos tipos de presión básicos: 1) la influencia social normativa, que se manifiesta entre los miembros del grupo debido a que sus miembros cumplen con comportamientos establecidos a partir de los cuales se recibirán reforzadores sociales (Sussman et al, 1988), es decir, ajustándose a las normas grupales se obtiene apoyo y un mayor estatus dentro del grupo, y 2) la influencia social informativa, que resalta la importancia de la información social que el grupo aporta al individuo. Esta información se transmite bien influyendo en el modelo de identificación de la imagen social del grupo, con atributos como independencia, madurez, fuerza, etc. (Chassin, Presson, Sherman & Margolis, 1988; Flay et al., 1985; Eiser, 1985), o bien influyendo en las consecuencias negativas físicas y sociales de conductas como puede ser la del consumo de cigarrillos.

Una segunda área que es abordada desde la perspectiva de la *Influencia social*, es la de la familia en la que vive inmerso el adolescente. Así, la influencia de los padres puede determinarse a partir de sus hábitos, ya que si éstos fuman, se incrementa la probabilidad de fumar en los hijos (Charlton, 1986; Michell & Stenning, 1989), y también a partir de las actitudes hacia el tabaquismo, ya que la familia es transmisora de normas y valores (Swan et al., 1989). Dentro de este punto, resulta curiosa la contradicción de padres fumadores que desapruaban el consumo de cigarrillos en sus hijos (Eiser, Morgan, Grammage & Gray, 1989), esta prohibición puede causar el efecto contrario en los adolescentes, debido a los actos de rebeldía propios de esta edad.

Los estudios realizados desde la perspectiva de la influencia social, también se ocupan de la publicidad y el entorno social, ambos aspectos pueden generar actitudes favorables hacia el consumo de tabaco. A partir de la publicidad, se ofrecen estereotipos corporales, imágenes atractivas, etc., que favorecen la experiencia inicial de consumo de cigarrillos (Charlton, 1986) y el mantenimiento del hábito (Potts, Gillies & Herbert, 1986). Otros factores del entorno social que influyen en el consumo de cigarrillos, es el fácil acceso a ellos y la disponibilidad de dinero (Castillo, 1991). Estos dos aspectos, junto con la publicidad, repercuten en las campañas de prevención limitando sus resultados.

Las investigaciones de Evans et al. (1988), les llevaron a la formulación del modelo de relación entre el número de amigos o compañeros que fuman y conducta de fumar, en el cual se destaca que el número de cigarrillos que se fuma, el modelado de los amigos, la disponibilidad de cigarrillos y la intención de fumar, son predictores del consumo de tabaco en el futuro.

Por último, otra línea de trabajos que se originan desde la Psicología Social es la que estudia los nexos causales entre atribuciones y adicción (Marlatt & Gordon, 1985). Entre otros, las investigaciones de Eiser y Van Der Plift (1986), mostraron que los fumadores que se percibían a sí mismo como más adictos hacían más atribuciones estables y externas sobre su capacidad para abandonar el hábito y tenían menos confianza que los que se describían como menos adictos. Sin embargo, se necesitan más investigaciones para llegar a conclusiones claras puesto que los trabajos de Curry, Marlatt y Gordon (1987), dieron como resultado que los ex-fumadores que muestran más culpabilidad y atribuciones

internas, estables y globales eran los que más pronto pueden tener una caída inicial y una recaída a corto plazo.

Otras investigaciones se centran en los procesos de auto-concepto (Swann, 1983; Burton, Sussman, Hansen, Johnson & Flay, 1989), puesto que ciertas conductas se adoptan para expresar o afirmar la existencia de la auto-imagen y lograr una imagen de competencia personal, autonomía, seguridad y adultez. En este punto la influencia de la publicidad es determinante ya que como ponen de manifiesto Aitken, Eadie, Hastings y Haywood (1991), la publicidad tiene efectos de predisposición y de refuerzo sobre las actitudes y el comportamiento de los niños/adolescentes con relación al tabaquismo.

3.3.4. APORTACIONES DE LAS TEORÍAS DEL APRENDIZAJE SOCIAL DE BANDURA

En estos trabajos se resaltan los procesos de imitación como factores determinantes del consumo de tabaco. Se parte de las aportaciones de Bandura (1977a y b), y la importancia de los mediadores representativos en el aprendizaje observacional. Las pautas de adquisición de la conducta modelada, en este caso la conducta de fumar cigarrillos, estarán controladas por procesos de atención y retención, mientras que la ejecución de las respuestas (fumar), estarán relacionadas con los procesos de reproducción motora y los procesos motivacionales y de refuerzo (Castillo, 1989). Se aplican los principios del aprendizaje para comprender las dimensiones que subyacen a la conducta de fumar: frecuencia, asociación con estímulos externos, el curso de su desarrollo, etc. (Taylor, 1986).

Por otro lado, están las investigaciones centradas en el abandono o recaída en el consumo de tabaco, aquí un constructo muy estudiado es el de auto-eficacia, tomada como "la convicción de que uno mismo puede ejecutar con éxito la conducta requerida" (Bandura, 1977a, p. 193). En el modelo cognitivo-social de Bandura (1977b, 1986), se asume que si uno se percibe a sí mismo como capaz de realizar una conducta (en este caso, dejar de fumar), es más probable que lo logre. Se conceptualiza, pues, la auto-eficacia en términos de expectativas y percepción de control (Devins & Edwards, 1988). Sin embargo, los resultados de los diferentes estudios centrados en la auto-eficacia son contradictorios, ya que en unos se demuestra que la auto-eficacia es una de las variables cognitivas que predice el abandono del hábito de fumar y su mantenimiento como aportan las investigaciones de Condiotte y Lichtenstein, (1981); DiClemente, (1981); McIntyre-Kingsolver, Lichtenstein y Mermelstein, (1983); Mothersill, McDovell y Rosser, (1988); Kirscht, Janz y Becker, (1989); etc. Mientras que en otros trabajos los resultados han sido dispares (Gottlieb, Friedman, Cooney, Gordon & Marlatt, 1981; Shiffman, 1984b).

En general, estas investigaciones han recibido críticas metodológicas centradas, fundamentalmente, en la medición de la auto-eficacia (Baer, Holt & Lichtenstein, 1986; Hajek, Belcher & Stapleton, 1987).

3.3.5. APORTACIONES DE LA PSICOLOGÍA COGNITIVA

Desde la Psicología Cognitiva se estudian los procesos psicológicos que están a la base del comportamiento "adictivo" al tabaco en sus diferentes etapas, tales como los procesos de afrontamiento (Lazarus & Folkam, 1984), y su relación con el

mantenimiento de la abstinencia (Shiffman, 1982, 1984a; Shiffman & Wills, 1985). Estas aportaciones mantienen que al abandonar el consumo de tabaco, los fumadores desarrollan estrategias de afrontamiento para controlar los efectos emocionales (ansiedad, tensión, estrés, etc.), los cuales, siendo fumadores, intentan paliar a través del consumo de tabaco (Carey, Snel, Carey & Richards, 1989).

Dentro de esta línea está el *Modelo de Control del Afecto* (Tomkins, 1966; Ikard & Tomkins, 1973 -en Taylor, 1986-), en el que se mantiene que el fumador fuma regularmente sólo si el acto de fumar se asocia a un aumento de afecto positivo o a una disminución de afecto negativo. Se distinguen cuatro tipos generales de fumadores: 1) el fumador de afecto positivo (fuma para incrementar la activación y por placer); 2) el fumador de afecto negativo (fuma para reducir los sentimientos desagradables de ansiedad, ira, etc.); 3) el fumador adicto (que fuma tanto para reducir el afecto negativo como para estimular el afecto positivo); y 4) el fumador habitual, aquí la conducta de fumar se ha convertido en un hábito automático.

También se elaboran modelos explicativos de los factores asociados con la decisión de dejar el consumo de tabaco. Así encontramos la *Teoría de la Hoja de Balance Decisional de los Incentivos* (Janis & Mann, 1977), con su adaptación a la decisión de dejar de fumar que realizaron Velicer, DiClemente, Prochaska y Branderburg (1985). Estos autores elaboraron un instrumento para estudiar el proceso de decisión de abandonar el hábito de fumar que constaba de dos escalas denominadas Pros de fumar y Contras de fumar. El instrumento mostró ser un buen predictor de los que seguirían fumando y de los que abandonarían el hábito, a partir de

la valoración inicial de los fumadores sobre los pros y contras de fumar. En esta línea se encuentra el *Enfoque de la Expectativa de Utilidad Subjetiva* (SEU, Edwards, 1954), el cual mantiene que la gente elige la alternativa de conducta que cree le proporcionará el máximo número de resultados positivos y el mínimo de negativos. La aplicación de este principio de maximización a la toma de decisiones para dejar de fumar, nos diría que los fumadores dejan el tabaco por una alta expectativa en los beneficios que se esperan al abandonar el tabaco y no por el miedo a las consecuencias del consumo prolongado. Sin embargo, los resultados del estudio de Mausner y Platt (1977), mostraron que el hecho de que los fumadores estén convencidos de los beneficios que conlleva dejar de fumar no implica que vayan a realizar intentos de dejarlo.

Dentro del enfoque cognitivo, el *Modelo de Cambio de Creencias de Salud* (Hochbaum, 1958; Rosenstok, 1974, -en Taylor, 1986-) se aplica a la conducta de salud de dejar de fumar. Este modelo parte de dos supuestos, en primer lugar estarían las creencias acerca de las amenazas a la salud que posee el sujeto. Estas creencias pueden estar influidas por tres factores: 1) los valores generales acerca de la salud ("me preocupo por mi salud"), 2) las creencias específicas sobre su vulnerabilidad ("como fumador podría tener cáncer"), y 3) las creencias acerca de la severidad del problema ("podría morir si desarrollo un cáncer"). El segundo supuesto se centra en la creencia de que unas determinadas conductas de salud pueden reducir la amenaza. Aquí se resaltan dos factores: 1) las creencias en que determinadas medidas pueden ser eficaces contra determinadas amenazas ("si dejo de fumar ahora, no desarrollaré cáncer") y 2) las creencias en que los beneficios de las medidas sobre la salud son superiores a los costes ("seré fuerte para dejar de fumar y reduciré los riesgos de

tener cáncer”). De este modo, a partir de estas creencias se genera una conducta de salud: “Dejaré de fumar”.

Dentro del área del tabaquismo, la *Teoría de la Acción Razonada* de Fishben y Ajzen (1975), en la cual se intenta aunar los factores actitudinales y conductuales, también se ha adaptado al proceso de abandono del hábito de fumar generando un gran número de investigaciones. En Castillo (1991) y Bayot (1994), aparece una revisión exhaustiva de los trabajos realizados al respecto. Según esta teoría, una conducta de salud es un resultado directo de una “intención de conducta”, que está formada por dos componentes: 1) las actitudes hacia la acción específica, que a su vez, son el resultado de creencias acerca de los beneficios de la conducta (“si dejo de fumar, tendré menos tos”) y las evaluaciones hacia la conducta (“estaré más saludable”), y 2) las normas subjetivas sobre si las acciones son apropiadas o no, que son función de las creencias normativas (“mi familia y amigos piensan que debería dejar de fumar”) y la motivación para conseguirlo (quiero hacer lo que ellos quieren que haga). Así, es más fácil que un fumador inicie el abandono del tabaco si sigue este proceso que si no posee estas actitudes y creencias normativas (Taylor, 1986).

Becoña (1993), realiza una investigación sobre la teoría de la *Acción Razonada* con la finalidad de comprobar su utilidad en la predicción de la abstinencia en el tratamiento para la deshabitación del tabaquismo. Sus resultados no confirman que sirva de predictor del consumo o no de cigarrillos ya que, a pesar de que sí se obtienen datos que avalan el que la conducta se predice de la intención conductual, los análisis de regresión múltiple no confirmaron que ésta se prediga de la actitud y de la norma subjetiva. Según Becoña, la actitud al final del tratamiento es

el mejor predictor de la conducta a los 6 meses y al año de seguimiento.

Para finalizar, resaltar la importancia del *Modelo Cognitivo-Comportamental del Proceso de Recaída* de Marlatt y Gordon (1980, 1985), en el área del tabaquismo. En su modelo, presentan el llamado "Efecto de Violación de la Abstinencia" (AVE), es decir, partiendo de la distinción que realizan estos autores entre "caída" (fumar ocasionalmente 1 ó 2 cigarrillos en una situación específica) y "recaída" (reanudación del consumo regular de tabaco), el hecho de que un ex-fumador tenga un tipo de reacción cognitiva (atribución causal de responsabilidad) y afectiva (hacia su caída inicial), ésta será determinante en la recaída posterior. Las investigaciones realizadas por Curry, Marlatt y Gordon (1987) mostraron que este constructo (AVE), era el mejor predictor de la recaída encontrando que los ex-fumadores que sienten más culpables y realizan atribuciones estables y globales, son los más proclives a la recaída en el consumo de tabaco, como se ha comentado anteriormente.

3.3.6. EL MODELO BIOCONDUCTUAL DE POMERLEAU Y POMERLEAU (1984, 1989)

En este modelo se ofrece una perspectiva integradora o "bio-comportamental", en la que se sugiere una asociación entre las consecuencias reforzantes del consumo de tabaco y los mecanismos neuroregulatorios. Dentro de las consecuencias subjetivas de fumar se encuentran: aumento de la concentración, memoria, mayor nivel de activación y placer, etc. Por otro lado, dentro de las consecuencias subjetivas de no fumar (en fumadores) se encuentran: peor funcionamiento de la memoria, descenso de la

concentración, inactividad, aumento de la ansiedad y tensión emocional, irritabilidad, etc. (Pomerleau & Pomerleau, 1984).

En su reformulación posterior (Pomerleau & Pomerleau, 1989; p. 77) establecieron una distinción entre: 1) condiciones que predisponen o modulan el hábito de fumar y los refuerzos incondicionados producidos por la nicotina; 2) factores ambientales que proporcionan el contexto estimular para el consumo de tabaco; 3) el tabaquismo y la administración de nicotina junto a los efectos neuroreguladores que establecen la respuesta bioconductual; y 4) consecuencias reforzantes que mantienen el hábito de fumar. A través del *Modelo Bioconductual*, intentaron ofrecer una explicación del porqué se mantiene el hábito de fumar una vez iniciada esta conducta, teniendo en cuenta estos cuatro factores.

3.3.7. EL MODELO INTEGRADOR DE CAMBIO

Este modelo (Prochaska & DiClemente, 1982, 1983, 1984), resalta la importancia de las dimensiones temporales para un apropiado uso de las estrategias terapéuticas específicas que faciliten el cambio para dejar de fumar. El modelo parte de cuatro etapas: 1) *Precontemplación*, es el intervalo durante el cual las personas van moviéndose en dirección hacia un cambio en su conducta; 2) *Contemplación*, en esta etapa se hacen serios propósitos de cambio; 3) *Acción*, cuando ya se empieza un programa de cambio específico, y 4) *Mantenimiento* de los objetivos terapéuticos alcanzados.

En sus trabajos encontraron que en cada etapa se utilizaban diferentes estrategias, por ejemplo los procesos cognitivos como la toma de decisiones, clarificación de valores y metas, eran más importantes en los dos primeros estadios, cuando los fumadores se

preparan para la acción, mientras que las estrategias orientadas a la acción, tales como refuerzos o control de estímulos eran más frecuentes en las dos últimas etapas.

Así, en función de estas características cabría preguntarse, ¿en qué etapa se encuentra el fumador y cuáles son las variables que contribuyen más a mantener la conducta adictiva? ¿qué técnicas y objetivos son más apropiados en esa etapa determinada?. Es decir, adaptando las aportaciones de Prochaska y Prochaska, (1993) y Kanfer (1976) al contexto terapéutico, para que un programa de intervención sea eficaz, se ha de tener presente, por una parte, que tanto los terapeutas como los fumadores han de acordar en qué estadio se encuentra el fumador, y por otra, que se han de generar programas de cambio en función de las variables situacionales, intrapersonales o biológicas y su relación en el periodo concreto en que se desea abandonar el consumo de tabaco.

Con el *Modelo Integrador de Cambio* se explicaron en un principio la *fase de adquisición* del consumo de tabaco y posteriormente la *fase de abandono* (Prochaska & Prochaska, 1993). A modo descriptivo presentamos las características de ambas fases.

En el *inicio o adquisición de la conducta de fumar* quedan establecidas las etapas de:

1. *Precontemplación*: Todavía no se vislumbra la posibilidad de iniciarse en el consumo de tabaco. O bien se están resistiendo en las presiones de fumar, o bien las razones positivas de ello son desconocidas.

2. *Contemplación*: Comienzan las primeras presiones con los cigarrillos y se perciben ventajas y consecuencias positivas por su consumo, es decir, se está pensando en empezar a fumar.

3. *Acción*: Se dan los primeros experimentos con cigarrillos, a pesar de estar en el periodo de decisión. Todavía no existe un gran placer al fumar pero se enfatizan los aspectos positivos de fumar, quedando relegados los negativos.

4. *Mantenimiento*: Se establece la conducta de fumar de modo regular. Se siente el placer al fumar y se desea fumar maximizando las consecuencias positivas percibidas.

En la fase de *abandono del consumo de tabaco*, también se siguen las mismas etapas:

1. *Precontemplación*: Los fumadores evitan cambiar sus creencias adoptando posturas defensivas, procesan menos información sobre el consumo de tabaco, etc.

2. *Contemplación*: Se establecen propósitos para cambiar el hábito, para ello, aumentan su información acerca de las consecuencias del tabaco para la salud, expresan más sentimientos y creencias acerca de ellos mismos con relación a su problema.

3. *Acción*: Se decide dejar de fumar, convirtiéndose en ex-fumadores. Se intenta cambiar el hábito y las asociaciones establecidas manifestándose más auto-refuerzo y refuerzo social para sus cambios.

4. Mantenimiento: Los ex-fumadores siguen utilizando los procedimientos del contracondicionamiento y control de estímulos, aunque manifiestan menos esfuerzo que en la etapa anterior.

Estas distintas fases están determinadas por factores sociales, psicológicos y fisiológicos (especialmente en el abandono), que condicionan el comportamiento de las personas, tanto en su camino de "conversión" a fumador, como en el proceso de "desandar" este hábito adquirido a lo largo de los años.

3.3.8. EL ENFOQUE CLÍNICO

La aproximación clínica se ha centrado, fundamentalmente, en los síntomas de abstinencia y las técnicas de tratamiento individual. Explica la adicción al tabaco como una conducta aprendida determinada por la interacción de factores económicos, sociales, psicológicos, sensitivos, motores y farmacológicos (Rusell, 1989). Dentro de este enfoque, en el que se busca la comprensión del proceso de formación de la adicción, Benito, Costa, Del Llano y López (1989), analizan las condiciones antecedentes y consecuentes que encierra el comportamiento adictivo al tabaco. Mantienen que la persona realiza continuas elecciones entre diferentes opciones conductuales que incluyen actividades que están relacionadas o no, con el uso de la droga (o consumo de tabaco) y que están influidas por factores de disponibilidad, accesibilidad, coste económico, etc.

Debido a que la perspectiva clínica se ha centrado especialmente en la elaboración de diferentes estrategias y tratamientos para la eliminación o reducción del hábito del tabaquismo, dentro de este punto vamos a presentar las diferentes

alternativas que han generado más investigación y resultados más prometedores.

Los programas de intervención para dejar de fumar incluyen una gran variedad de tratamientos y estrategias (ver Caballo, 1991), que se han utilizado bien individualmente o bien en diferentes tipos de combinaciones. Los mejores, especialmente en lo que se refiere al mantenimiento de la abstinencia, se obtienen con los tratamientos cognitivos-comportamentales (Leventhal & Clearly, 1980), a pesar de que los porcentajes de éxito al año de seguimiento pueden oscilar entre el 20-25% (Labrador, 1989a).

En la actualidad se aboga por los programas multicomponentes ya que las investigaciones avalan su eficacia a corto y a largo plazo (Lando, 1977; Killen, Maccoby & Taylor, 1984; McIntyre, Lichtenstein & Mermelstein, 1986; Labrador, 1989b; Becoña, 1990b). En este tipo de programas se ofrece al fumador un abandono rápido, un contacto frecuente y apoyo durante los periodos de abstinencia y seguimiento, además de ofrecer técnicas de auto-control para prevenir y dominar la posible "recaída" (Becoña, Galego & Lorenzo, 1988).

Las diferentes estrategias utilizadas para eliminar el hábito de fumar, se centran tanto en el paradigma del condicionamiento clásico como en el del condicionamiento operante. En general, se engloban en dos grupos: 1) las técnicas que utilizan procedimientos aversivos, y 2) las técnicas que no usan la aversión como eje central.

Las técnicas aversivas intentan establecer respuestas de aversión condicionadas a la ingesta de tabaco, apareando un estímulo desagradable (choque eléctrico, sabor desagradable,

imágenes con escenas desagradables, etc.), que constituiría el estímulo incondicionado, con el cigarrillo que constituiría el estímulo condicionado. Se intenta, de este modo, administrar un estímulo aversivo para inhibir una respuesta indeseable con lo cual se pretende disminuir la fuerza del hábito y reducir la sensación placentera que acompaña al hecho de fumar (Lichtenstein & Danaher, 1976).

Entre las diferentes estrategias aversivas utilizadas a través de la técnica de *respuesta de escape al choque eléctrico*, Sandler (1986, -en Kanfer & Goldstein, 1986-), destaca las investigaciones de Gendreau y Dodwell (1968), Elliot y Tighe (1968), y Conway (1977), como las que mejores resultados ofrecen a pesar de ser limitados, y especialmente resalta el trabajo de Dericco, Brigham y Garlington (1977) en el que se evaluó la eficacia de tres programas de tratamiento aversivo: saciación, control cognitivo y choque. Estos autores encontraron que las tasas de éxito aumentan si se emplea un procedimiento que conlleve un choque frecuente, intenso y extenso.

Dentro las técnicas aversivas que pretenden "potenciar o fomentar" el sabor desagradable del tabaco están las de *saciación, retención del humo y fumar rápido*; también está la estrategia denominada *focalización en el fumar* (focused smoking) de Hackett y Horan (1978, -en Taylor, 1986-), en la cual el fumador se centra en las sensaciones desagradables del humo del tabaco en la boca y la garganta, fumando de forma habitual.

Los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas con estas técnicas son a veces dispares, en general, al finalizar el tratamiento obtienen buenos resultados, pero al año de seguimiento

pueden encontrarse con la estrategia de *fumar rápido*, porcentajes desde el 6% de abstinencia de Raw y Russell (1980), o del 70% de Erickson, Tiffany, Martin y Baker (1983). Cuando se utiliza *la saciación*, también se observan buenos resultados en Resnik (1968), pero no confirmados en otras investigaciones como la de Estringer, Gregory y Lando (1984).

La misma disparidad se observa con la técnica de *retener el humo* de Kopel, Suckerman y Baksht (1979). De los diferentes trabajos que estudian la eficacia de las técnicas aversivas se extrae una conclusión clara y es que estas estrategias son eficaces si se combinan con otras técnicas dentro de los programas multicomponentes (Leventhal & Clearly, 1980; Nepps, 1984; Lando & McGovern, 1985; Schwartz, 1987; Becoña & Froján, 1988a, 1988b; Becoña & Galego, 1988; Becoña, 1990b; Becoña, Palomares & García 1994).

Una posible explicación de porqué las técnicas aversivas tienen una buena "aceptación" dentro del hábito del tabaquismo puede residir en que éste es en su origen aversivo, es decir, inicialmente los cigarrillos son desagradables para el fumador incipiente, aunque el desarrollo de la tolerancia sea rápido. Por este motivo con las técnicas aversivas se puede llegar a buenos porcentajes de éxito post-tratamiento pero de breve duración, ya que un gran número de ex-fumadores reincide apenas acaba el tratamiento (Hunt & Matarazzo, 1973). Este aspecto aversivo inicial no lo poseen otros hábitos como la ingesta de alimentos con alto contenido calórico (dulces, chocolate, etc.). De ahí, que no hayan mostrado eficacia en los programas de pérdida de peso (Foreyt & Kennedy, 1971; Abramson, 1973) y en la actualidad sólo se utilicen

con problemas específicos y no dentro de los programas estándares de reducción de obesidad.

Dentro de las estrategias no aversivas utilizadas en la eliminación del hábito de fumar y que están avaladas por investigaciones con resultados prometedores, están la técnica de *reducción gradual de nicotina y alquitrán (RGINA)* de Foxx y Brown (1979), en ella, partiendo de la dependencia fisiológica, se va cambiando marcas de cigarrillos con menos contenido de nicotina y alquitrán combinándolo con auto-registros de cigarrillos consumidos (Lichtenstein, 1982). Ofrece buenos resultados (Foxx & Axelroth, 1983; Becoña & Lista, 1989), tal como se observa en las investigaciones y en los trabajos de revisión (Schwartz, 1987; Becoña, 1992), aunque no existe un criterio de tratamiento uniforme en todas las investigaciones, a pesar de que la *RGINA* sea la técnica principal.

Otra estrategia no aversiva es la de *fumar controlado* de Frederiksen (1977, 1979). Esta técnica se utiliza cuando el fumador no desea dejar de fumar totalmente. El objetivo es disminuir y mantener un número de cigarrillos/día muy inferior al del inicio del tratamiento. Mediante ella se obtienen resultados aceptables (Glasgow, Morray & Lichtenstein, 1989) y es una técnica que puede ofrecer a los fumadores estrategias para el control de consumo de cigarrillos en un nivel inferior a su línea base (Becoña, 1990b).

También se ha utilizado el *contrato de contingencias*, en el cual, generalmente, el fumador hace un depósito monetario que recupera conforme va cumpliendo las condiciones del contrato. Esta estrategia se ha utilizado con mejores resultados dentro de paquetes multicomponentes (Paxton, 1980a, 1980b, 1981, 1983), ya

que de forma individual los resultados que se obtienen oscilan alrededor del 13% de éxito en la abstinencia (Bradshan, 1973; Epstein & McCoy, 1975; Lichtenstein & Danaher, 1976).

Por último, señalar que la *hipnosis* ha mostrado su eficacia en la eliminación del hábito de fumar (Katz, 1980; Holroyd, 1980; Schwartz, 1987, Watkins, 1990)), en los distintos procedimientos utilizados a través de la sugestión directa y posthipnótica. Agee (1983), realiza una revisión exhaustiva de las investigaciones realizadas dentro del marco de la hipnosis, donde se resalta la importancia, como factor de éxito en el tratamiento, dentro de estas técnicas la "variable terapeuta" y el rapport que se establece con el fumador junto con la individualización de las sugestiones, adaptándolas a cada caso concreto.

La *hipnosis*, como técnica de sugestión, constituye una estrategia adjunta a los tratamientos psicológicos (Kirsch, Montgomery & Sapirstein, 1995) a tener en cuenta en las intervenciones con fumadores, ya que a través de ella se pueden potenciar los efectos de las diferentes estrategias aversivas y no aversivas elaboradas dentro del ámbito del tabaquismo (ver revisiones de Brown, 1992; Lynn, Neufeld, Rhue & Matorin, 1994; Bayot, 1994; Bayot, Capafons & Amigó, 1995). El problema que plantean las investigaciones sobre el uso de la hipnosis en el tratamiento del tabaquismo reside, tal como comentan, Bayot, Capafons y Cardeña (1997), en que tanto las diferentes orientaciones teóricas (psicodinámica, cognitiva...) como la gran disparidad de técnicas que son utilizadas de diferente forma, hace difícil la equiparación entre ellas.

Como conclusión, cabe reflexionar el porqué la conducta de fumar es tan resistente al cambio, sobre todo si las revisiones de la literatura muestran que existen técnicas eficaces para el tratamiento del tabaquismo. Taylor (1986), ofrece tres razones: 1) las investigaciones rebelan que existe una gran variedad de motivos para fumar: por estimulación, para reducir la tensión, ansiedad, por placer, etc. y que éstos motivos aparecen en cada fumador con unas características específicas que no pueden controlar las diferentes técnicas por sí solas; 2) algunas intervenciones no tienen en cuenta el contexto ambiental en el que se produce la conducta de fumar, existiendo pocos análisis de los estímulos ambientales que controlan la conducta de fumar de un individuo particular; y 3) las intervenciones deben de conocer el desarrollo de las distintas etapas por las que ha pasado un fumador ya que no es igual que se esté pocos o muchos años consumiendo de forma habitual cigarrillos.

Hay que tener presente, pues, que los fumadores fuman por diferentes motivos y los factores físicos se asocian de diferente forma en cada uno, es decir, con el hábito del tabaquismo se entra de lleno en el "mundo" de las diferencias individuales.

II. MARCO TEÓRICO DE LA TERAPIA DE AUTORREGULACIÓN

CAPÍTULO 4

HIPNOSIS Y SUGESTIÓN

4.1. INTRODUCCIÓN

Tal como mantiene Capafons (Capafons & Amigó, 1993a), “la Hipnosis y la Terapia de Auto-Regulación son dos procedimientos que nos ayudan a maximizar el uso de la sugestión” (p. 19). A partir de aquí podemos plantearnos, tanto en los aspectos conceptuales como metodológicos, qué diferencias o similitudes existen entre estos tres vocablos (hipnosis, auto-regulación, sugestión), y qué implicaciones, dentro de la investigación científica, conlleva el asumir un modelo conceptual determinado. Es decir, se ha de seguir la conexión terminológica para llegar a “aprehender” los modelos teóricos y las aplicaciones prácticas derivadas de ellos. Esta afirmación parece “obvia” dentro del amplio espectro de la Psicología, sin embargo, la interconexión de un lenguaje común en las diferentes áreas, ramas o teorías, puede llevar a cierto confucionismo ya que un mismo término puede tener distintas acepciones siendo éste el caso de la “hipnosis” o de la “auto-regulación”.

Por este motivo seguidamente vamos a intentar clarificar el significado de estos tres términos: Hipnosis, Sugestión y Auto-Regulación, al menos en lo que a esta línea de investigación se refiere. Sin embargo, al establecer un orden en el discurso surge, ya, una primera reflexión en la delimitación de “qué” es la hipnosis y “qué” es la sugestión. Para ello, puesto que ya existen trabajos al respecto, más que centrarnos en una revisión exhaustiva de toda historia de la hipnosis (ver Sarbin & Coe, 1972; T.X. Barber, 1969, 1985, Chaves, 1989; Tortosa, González-Ordi & Miguel Tobal, 1993, Capafons, en prensa; Capafons & Amigó, 1993a & b; etc.), partiremos de la polémica surgida entre las dos líneas teóricas que,

en Francia, estudiaron el fenómeno del hipnotismo y que formaron la Escuela de la Salpêtrière, en la cual se partía de que el estado hipnótico era un “estado patológico” diferente al “estado normal” de consciencia, y la Escuela de Nancy, centrada en la sugestión y manteniendo la continuidad de la hipnosis con la conducta normal (Sarbin & Coe, 1972). De estas dos corrientes parten las actuales concepciones de la hipnosis y la sugestión que se barajan tanto a nivel “académico” como “popular”.

4.2. HIPNOSIS: ORÍGENES DE LA POLÉMICA

A finales del siglo XIX, se desarrollaron y evolucionaron dos líneas teóricas diferentes sobre el hipnotismo. Charcot, en la Escuela de la Salpêtrière, se centró en la búsqueda de los síntomas físicos de los distintos estados hipnóticos, llegando a la conclusión de que el hipnotismo sólo produce efectos indiscutibles en los histéricos y que las manifestaciones hipnóticas de letarquía, catalepsia y sonambulismo, son estados nerviosos patológicos (Chauchard, 1971; Sarbin & Coe, 1972). Este autor mantuvo que “las manifestaciones del hipnotismo y gran hipnotismo (si aparecen los tres fenómenos anteriores), pueden desarrollarse independientemente de toda sugestión...” (en Tortosa et al., 1993, p. 26). La sugestionabilidad es tomada como un síntoma que puede aparecer dentro del hipnotismo, pero no es considerada como elemento básico de la hipnosis. Charcot y sus discípulos (Janet, Babinski, etc.), la consideraron un “estado patológico”, siendo Janet el que explicó las manifestaciones de la hipnosis como “la representación de lo patológico en el espíritu” (Chauchard, 1971, p. 19). Babinski, en contra de su maestro Charcot, acepta (tras la

influencia de Bernheim) que los síntomas presentados por los histéricos son producto de la sugestión, pero sigue manteniendo los postulados de la Escuela de la Salpêtrière, considerando al hipnotismo como un estado patológico diferente de la conducta normal (Chauchard, 1971; Tortosa et al, 1993).

Por su parte la Escuela de Nancy, con Liebéault y Bernheim, desarrolla una concepción del hipnotismo diferente a la defendida por Charcot y sus seguidores. Se mantiene que la hipnosis es perfectamente posible en sujetos normales y que no es debida a ninguna patología. Se sigue la línea establecida por el Abbé de Faria (1755-1819) y Braid (1843, 1846, 1855), los cuales resaltan la importancia de los procedimientos sugestivos (verbales y no verbales) como la base del fenómeno hipnótico y la influencia de las expectativas y creencias del paciente para que éste se produjese (T.X. Barber, 1985; Tortosa et al., 1993).

Con Bernheim (1886), pues, se consideran como elementos fundamentales de la hipnosis la sugestión y la sugestionabilidad.

4.3. ESTADO ACTUAL DE LA HIPNOSIS

Estas dos posturas iniciales sobre la hipnosis, se han desarrollado a lo largo del siglo XX formando dos bloques en controversia a la hora de explicar las bases teóricas de la hipnosis y los procesos subyacentes (Miguel-Tobal & González Ordi, 1993).

Así, por un lado están los "teóricos del trance", defensores de que la hipnosis es un estado alterado de consciencia que hace posible la realización de unos fenómenos (catalepsia, cambios

fisiológicos, amnesia...), difíciles de realizar en un estado normal de vigilia. Esta orientación es seguida por autores como Weitzenhoffer (1957), Shor (1959), Hilgard (1965, 1986, 1991), Spiegel y Spiegel (1987), etc.

Frente a ellos, los llamados "teóricos del no-estado" defienden la hipnosis desde un punto de vista cognitivo-comportamental, es decir, la hipnosis puede ser explicada a través de variables motivacionales o psicosociales tales como actitudes, expectativas, sugestionabilidad, etc., al igual que cualquier otra conducta no hipnótica. Siguiendo esta línea destacan las obras de T.X. Barber (1969), Sarbin y Coe (1972), Barber y Wilson (1977), Spanos (1986), Spanos y Chaves (1989), Kirsch (1993) entre otros. Dentro de esta perspectiva cognitiva, que enlazaría con la Escuela de Nancy, se defiende que la susceptibilidad a la hipnosis es entrenable (Capafons & Amigó, 1993b), frente a la postura del "trance" que mantiene que la persona será más o menos hipnotizable según posea o no una cualidades para entrar en ese estado "especial" de trance.

A partir de la década de los 80, se ha producido un acercamiento entre estas dos posturas a raíz de la entrada de la hipnosis en el contexto de laboratorio. Se enfatiza en estos trabajos, la búsqueda de los mecanismos que generan el comportamiento hipnótico y, de este modo según Kihlstrom (1985), "la cuestión de si la hipnosis es un estado especial de consciencia o no, deja de tener relevancia sustantiva" (en Tortosa et al., 1993, p. 33). A pesar de ello, sigue estando vigente la disyuntiva de si la hipnosis hace que la persona esté en un estado especial de consciencia o si la hipnosis puede reducirse a efectos de la sugestión (Miguel-Tobal & González Ordi, 1993).

Las investigaciones realizadas por los diferentes autores, según Laurence y Nadon (1986), giran en torno a dos áreas, por un lado estudios sobre los indicadores psicofisiológicos relacionados con la hipnosis y por otro, estudios sobre la experiencia subjetiva de los sujetos hipnotizados y el grado de ejecución de los instrumentos de medida de la sugestionabilidad. Con respecto a esta temática es interesante resaltar el trabajo de Lamas, Valle-Inclán y Albo (1996), donde se corroboran en muestras españolas los resultados obtenidos en otros países de la SHSS: C (Escala de Susceptibilidad Hipnótica de Stanford, forma C de Weitzenhoffer) y de la HGSHS: A (Escala de Grupo de Susceptibilidad Hipnótica de Harvard, forma A de Shor y Orne), en cuanto a los índices de consistencia interna (.85). En Miguel-Tobal y González Ordi (1993), aparece una revisión de los trabajos realizados en estas dos áreas de investigación.

En la actualidad existe un gran número de investigaciones que se centran en la búsqueda de los factores cognitivos que están a la base de los fenómenos hipnóticos. Así, dentro de esta línea tenemos los trabajos de St. Jean, McInnis, Campbell-Mayne y Swainson (1994), sobre la importancia de los procesos atencionales que median en la distorsión del tiempo dentro del fenómeno hipnótico; las investigaciones de Spanos, Flynn y Niles (1990), sobre la relación rapport/hipnotizabilidad, en la que se resalta la importancia del rapport aunque éste no sea una condición suficiente para un alto nivel de hipnotizabilidad. También conviene resaltar el trabajo de Kinnunen, Zamansky y Block (1994), en el que intentaron averiguar la validez de las respuestas verbales de los sujetos ante las experiencias subjetivas de las sugestiones hipnóticas, o las investigaciones sobre el papel de las expectativas en la sensibilidad hipnótica de Silva y Kirsch (1987); Wickless y Kirsch (1989);

Vickery y Kirsch (1991); Kirsch (1993); Page, Handley y Green (1997), entre otros.

Otra gran vía de investigación es la relacionada con la hipnosis clínica y su aplicación en diversos trastornos psicológicos como puedan ser: agorafobia (Southworth & Kirsch, 1988), personalidad múltiple (Kirsch & Barton, 1988), depresión (Kirsch, Mearns & Catanzaro, 1990), tratamiento del dolor (ver Coe, 1986; Barber, 1982; Fernández-Abascal, 1985; Miguel-Tobal & González Ordi, 1988; Baker & Kirsch, 1991; Miller & Bowers, 1993), etc. Dos campos también muy estudiados han sido el tabaquismo (ver revisión de Agee, 1983; Holroyd, 1980; Davidson, 1985; Hudson, 1986; Brown, 1992; Spiegel, Frischolz, Fleiss & Spiegel, 1993; Lynn, Neufeld, Rhue & Matorin, 1994; Bayot, Capafons & Amigó, 1995) y la obesidad (ver Crasilneck & Hall, 1985; Brown & Fromm, 1987). En Martínez-Tendero (1995) aparece una amplia revisión de los trabajos realizados mediante técnicas hipnóticas dentro del área clínica.

De esta vertiente aplicada de la hipnosis existe un gran número de publicaciones en las que aparecen las diferentes pautas a seguir (según sea la orientación teórica) en el tratamiento de los diferentes trastornos: Stokvis (1967), Granone, 1973; Kroger y Fezler (1976) Gardner (1981); Stovkis y Wiesenhütter (1983); Crasilneck y Hall (1985); Coe (1986); Spanos y Chaves (1989); Brown y Fromm, (1987); Spiegel y Spiegel (1978); Odessky (1991); Fromm y Nash (1992); Lynn, Kirsch y Rhue (1996), entre otros muchos. Sirvan de ejemplo los trabajos de Spiegel y Spiegel (1978) y Kroger y Fezler (1976). Los primeros autores proponen un tratamiento, adaptable a diferentes problemas, cuya finalidad reside en que el sujeto pueda aplicárselo en cualquier circunstancia, es

decir defienden la auto-hipnosis. Mediante ella el sujeto se aplica las sugerencias, que podrían seguir el esquema siguiente: "Fumar es un veneno para el cuerpo". "No puedo vivir sin mi cuerpo". "Sin el tabaco respeto a mi cuerpo y a mí mismo". Por su parte, Kroger y Fezler (1976), a partir de su *Modelo Hipnoconductual*, se centran en lo que llaman "imaginación condicionada", que consiste en unir a determinadas imágenes (verse sentado fumado), otras de carácter negativo (por ejemplo: fumar y ver el rostro demacrado, hombros caídos, nervioso, sensaciones de malestar...) o positivo, según sea el propósito, es decir, ante la imagen de estar sin cigarrillos, unir imágenes que refuercen el bienestar, satisfacción, etc.

En general, los tratamientos basados en técnicas hipnóticas poseen una primera fase en la que se realiza la inducción hipnótica, una segunda fase de profundización donde se instauran las sugerencias y una tercera fase de "salida" o finalización de la hipnosis que se suele presentar de forma inversa a la de la inducción.

González Ordi y Miguel-Tobal (1994), realizaron un estudio sobre las diferencias que se observan en la aplicabilidad y efectividad de las técnicas hipnóticas. Según estos autores, esta disparidad de resultados experimentales versus clínicos, puede ser debida a seis fuentes de variabilidad: 1) el tipo de evaluación realizada, es decir, registros fisiológicos o medidas subjetivas; 2) la muestra utilizada; 3) el tipo de tarea que se pide al sujeto y en la que pueden entrar factores motivacionales; 4) el contexto donde se aplica la hipnosis; 5) los objetivos que se pretenden y, por último, 6) las variables de procedimiento en la aplicación de la hipnosis. Todos estos puntos pueden ser los generadores de las diferencias en los resultados de los trabajos que se realizan dentro del ámbito

de la hipnosis al mismo tiempo que dificultan la comparación entre ellos.

Estamos, pues, con Tortosa et al, (1993), al considerar que una posible causa de la "falta de congruencia y uniformidad de los datos obtenidos por los distintos laboratorios" (p. 32) y en los estudios realizados, sea debida a la coexistencia de dos ejes conceptuales dicotómicos, uno lo formaría el de "teóricos del estado vs. teóricos del no estado" y el otro estaría conformado por la "hipnosis clínica vs. hipnosis experimental".

Para finalizar esta visión global de la hipnosis, hay que resaltar la propuesta teórica de Lynn y Rhue (1991), en la cual se presentan las distintas perspectivas y modelos teóricos más relevantes de la hipnosis, que coexisten en la actualidad, agrupados en cuatro bloques. El primero lo formarían las *Teorías del Factor Único*, entre otras se incluirían aquí la "*Teoría Neodisociativa*" de Hilgard (1991a), la "*Hipnosis como Regresión*" de Nash (1991) y la "*Hipnosis como Relajación*" de Edmonston (1991).

En un segundo bloque incluyen las *Perspectivas Clínicas*, con J. Barber (1991) y su "*Modelo del Cerrajero*" y las aproximaciones de Zeig y Rennick (1991), que siguen el *Modelo Ericksoniano de la Hipnosis*.

Otro bloque lo constituiría, según Lynn y Rhue (1991), la *Perspectiva Socio-Cognitiva*, con autores como Coe y Sarbin (1991) y su "*Teoría del Role*"; Spanos (1991) y su "*Actividad Dirigida a un Objetivo*"; Wagstaff (1991) y su aportación sobre la importancia de la terminología de los fenómenos hipnóticos; Kirsch (1991) y su "*Teoría de la Expectativa de Respuesta*"; o Fourie (1991), con su

“Teoría del Ecosistema”. Dentro de esta perspectiva se hallan Lynn y Rhue (1991), con su propuesta de un *“Modelo Integrador de la Hipnosis”*, en él se integran los conceptos de las perspectivas psicosocial y cognitiva. También aquí, se incluiría el *“Modelo teórico de Auto-Regulación”* de Amigó (1992), puesto que parte de la perspectiva psicosocial o cognitiva de la hipnosis.

El cuarto bloque lo formarían las *“Teorías Interactivo-Fenomenológicas”* como el *“Modelo Sinérgico”* de Nadom, Laurence y Perry (1991); el *“Modelo Contextual”* de Sheehan (1991); el *“Modelo Socio-Psico-Biológico de la Hipnosis”* de Bányai (1991), o el modelo de McConkey (1991) sobre la *“Construcción y Resolución de la Experiencia y la Conducta en Hipnosis”*.

Somos conscientes de que en este trabajo sólo se presentan pequeños esbozos de lo que fue y es la hipnosis dentro de la disciplina psicológica, pero como puede deducirse, la hipnosis, a pesar de las connotaciones negativas que parecen estar asociadas a ella, ha desarrollado, y está desarrollando, un amplio campo de estudio tanto en el ámbito teórico y experimental, como aplicado.

4.4. SUGESTIÓN VS. HIPNOSIS

El otro término que conviene clarificar, antes de adentrarnos en la Terapia de Auto-Regulación, es el de “Sugestión” dado que la Terapia de Auto-Regulación es una estrategia de intervención psicológica basada en la sugestión, al igual que la hipnosis u otras técnicas de control mental.

Para hablar de la sugestión, pues, se hace necesario retomar los orígenes de la hipnosis científica y la polémica establecida entre las escuelas de La Salpêtrière y de Nancy. Dentro de esta última, Bernheim, desarrolló una “psicología de la sugestión hipnótica” (Chauchard, 1971), resaltando la importancia de la sugestionabilidad de las personas. Bernheim (1886), mantenía que “Toda idea aceptada por el cerebro es sugestión. Tanto si esta llega a través del oído, expresada por otra persona, por los ojos, formulada por escrito o consecutiva a una impresión visual, como si nace de manera en apariencia espontánea, despertada por una impresión interna o desarrollada por las circunstancias del mundo exterior, cualquiera que se el origen de la idea, constituye una sugestión (...). La sugestionabilidad es la aptitud del cerebro para recibir una idea y trasformarla en acto (...)” (en Sidelsky, 1991, p.119). De este modo, la sugestión fue considerada desde un principio como algo intrínseco a la especie humana tal como sugirió Sidis (1898) en su libro “La Psicología de la Sugestión”, en el que mantenía que el ser humano es, fundamentalmente, un “animal sugestionable” (en Schumaker, 1991, p. 108).

Ya en el siglo XX muchos autores relevantes se centraron en el estudio de la sugestión, (Wundt, 1908; Pavlov, 1923; Hull, 1933; o Schultz, 1952, entre otros), como parte esencial e indisoluble de la hipnosis. Por ejemplo, Wundt, en su libro “Hipnosis y Sugestión” (1908), considera que “la llamada sugestión, la practicada con palabras o con actos para sugerir representaciones, es la causa principal, sino única de los estados hipnóticos (...)” (p. 25), mantiene, frente a una postura de pérdida de control o la voluntad, que en la hipnosis sólo se “podrían provocar fenómenos de que el sujeto tuviera consciencia.” Puesto que “éste tiene, la mayoría de

las veces, consciencia de la orden dada y la comprende (...)" (p. 45).

Wundt (1908), hace una especie de "similitud" entre la sugestión y el recuerdo sensorial tal como puede observarse en la transcripción del siguiente ejemplo: "Cuando por sugestión hago beber agua por chocolate, *recuerdo* simplemente, sin que haya una excitación sensorial adecuada, la antigua imagen de chocolate, que permanece en estado inconsciente en el cerebro; la *acentúo* hasta transformarla en alucinación y la *asocio* a la *percepción* de la taza y del líquido (...)" (pp. 45/46). De este modo, la hipnosis, como dice Wundt, pierde su carácter "mágico" o enigmático.

Con este ejemplo, puede verse la línea que siguen las técnicas de auto-regulación de Amigó (en el siguiente capítulo nos centraremos en ellas), en las que a través del recuerdo sensorial, primero "grabado" directamente mediante ejercicios, como los que se presentan en la Escala de Auto-Regulación Emocional (ver Anexo nº 2), y posteriormente "evocado", al igual que lo presenta Wundt, se llega a la sugestión o a lo que en términos de Wells (1924), se diría "hipnosis despierta".

Dentro de los autores, no vinculados con la hipnosis, que tratan la sugestión se encuentra Stern, el cual en su libro "Psicología General desde un punto de vista personalístico" (1978), dedica un capítulo a la sugestión definiéndola como "la transmisión inmediata (o adopción) de una actitud psíquica" (p. 445). Mantiene Stern (1978), que sólo las actitudes están sujetas a ser influidas por la sugestión, y que ésta se produce cuando "el individuo cree haber percibido algo por sus propios sentidos o que adquirió por si mismo una impresión o juicio que lleva a afirmar o negar cierto hecho o

que elaboró su determinación volicional a base de sus móviles personales, cuando en realidad adopta e imita las actitudes psíquicas del otro” (p. 446). Descarta del ámbito de la sugestión cualquier influencia transmitida a través del aprendizaje o la educación, puesto que cuando se dan estas facetas la persona las asimila y elige. Stern (1978), enumera tres condiciones que hacen posible el efecto de la sugestión y son: 1) la sugestionabilidad del individuo, 2) el ambiente “sugestivo”, y 3) el sector personal afectado por su influencia. En esta última condición se matizan dos aspectos muy importantes, por una parte, la sugestionabilidad no se extiende por igual a todas las áreas de interés y actividad de la persona y por otra, la sugestionabilidad puede ser restringida por la voluntad.

Estas tres condiciones de Stern, pueden verse desglosadas en cuatro variables en Wolberg (1967), el cual mantiene que para aumentar la eficacia de la sugestión es importante: 1) la significación que tiene para la persona el agente sugestivo, 2) el significado que tiene para el sujeto, el contenido concreto de la sugestión que se le hace; 3) la cantidad de ansiedad generada por el sujeto en la aceptación de una sugestión determinada y 4) el juicio crítico del sujeto ante la sugestión establecida.

Tal como vemos, las sugerencias no se aceptan “per se”, a no ser que lleven asociadas (deliberadamente o no) las condiciones anteriores. Además, con la sugestión, que puede ser considerada como un mecanismo o estrategia cognitiva (Gheorghiu y Kruse, 1991), va asociado el concepto de “Sugestionabilidad”, entendido éste como la respuesta de las personas a la sugestión.

Este concepto de sugestionabilidad es definido de diferentes formas, Sidis (1898), mantiene que es "un peculiar estado de la mente, el cual es favorable a la sugestión" (p. 15), mientras que otros autores la definen como "el grado individual de susceptibilidad a la influencia de la sugestión e hipnosis" (Eysenck, Arnold & Meili, 1975, p. 1076). Con el estudio de la sugestionabilidad queda patente la polémica diferencias individuales vs. diferencias situacionales, dado que las respuestas a una sugestión o al contexto sugestivo pueden diferir de unas personas a otras ya que se encuentran sujetas a la influencia de determinadas variables tanto situacionales como personales (Gheorghiu & Kruse 1991; Eysenck, 1991; Hilgard, 1991b; Sarbin & Coe, 1972; Spanos, 1982; Wagstaff, 1991). Éste es un problema que puede quedar patente en las investigaciones sobre sugestión, es decir, ¿cómo se controla el peso de las diferentes variables para que el efecto de una determinada sugestión pueda generalizarse otras situaciones o a otras personas? (Para más información al respecto ver Schumaker, 1991).

También Stern (1978), define la autosugestión diferenciándola de autoeducación, en ésta se exigiría un esfuerzo persistente de la voluntad para controlar un mal hábito, realizar determinado comportamiento, etc., mientras que la autosugestión se produciría con independencia de la voluntad. Aquí Stern, parece hacer referencia tan sólo a las auto-sugestiones que se generan a modo de pensamientos automáticos tanto positivos (por ejemplo: "sí puedo dejar de fumar"), como negativos (por ejemplo: "nunca conseguiré dejar de fumar), que generan o mueven a la acción de determinadas conductas (fumar o no fumar). Frente a este tipo de auto-sugestiones se encontraría la "auto-sugestión consciente" planteada por Coué (que más tarde comentaremos), en su

búsqueda de un autohabla positiva y dirigida a una meta, que no precisaría de un "esfuerzo persistente", ya que en este caso estaríamos ejercitando un auto-control personal (Thoresen & Mahoney, 1974), o tal como diría Stern, una autoeducación. Este tema de la "voluntariedad" de la sugestión o hipnosis ha sido y es tratado de diferente forma por los teóricos del "estado" y los del "no estado", los primeros defienden la involuntariedad y el automatismo del trance hipnótico (Weitzenhoffer, 1957; Shor, 1959; Hilgard, 1968; Brown & Oakley, 1997), mientras que la perspectiva cognitivo-comportamental mantiene que bajo la sugestión o hipnosis se actúa de forma "no volitiva" (Kirsch, 1993) o automática, pero sin perder la capacidad legislativa y ejecutiva, es decir, no de forma involuntaria (Capafons, 1995).

Para finalizar con las aportaciones de Stern vamos a hacer referencia lo que este autor llama "contrasugestión", ya que a veces pueden observarse reacciones en los sujetos que "aparentemente" sugieren comportamientos muy independientes y autosuficientes y que no siguen las sugerencias. Esta faceta podría tener cierto paralelismo con el "contracontrol" (Thoresen & Mahoney, 1974; Capafons, 1981), concepto que hace referencia a los resultados opuestos a los esperados por el terapeuta o investigador y que pueden darse bajo ciertas condiciones como el no dar opciones de elección de respuesta al sujeto (dentro de la sugestión serían frases del tipo "no podrás separar las manos..."), o predecir de antemano un comportamiento determinado (sugerencias post-hipnóticas como "toserás cuando oigas decir "hola"..."). En estos casos se produciría, en determinados sujetos, una contrasugestión basada en la individualidad, en la independencia del individuo. Sin embargo, esta resistencia también puede ser debida a la debilidad, según Stern (1978), ésta sería una dependencia pero de signo

contrario ya que en ciertos casos “los que se oponen a ciegas no tienen mayor capacidad de resistencia para las sugerencias que aquellos que a ciegas dicen que sí” (p. 451).

Un extenso estudio de revisión sobre la sugestión y la sugestionabilidad es el realizado por Schumaker (1991) en su libro “Human Suggestibility. Advances in Theory, Research, and Application”. En él se recogen las aportaciones de diferentes autores que analizan los aspectos relacionados con la naturaleza y los procesos subyacentes de la sugestión y la sugestionabilidad. Así, Hilgard, habla de la sugestión y sugestionabilidad y su relación con la hipnosis; Gheorghiu y Kruse, presentan un modelo integrativo sobre la sugestión, y Eysenck nos plantea una aproximación acerca de qué es la sugestionabilidad y cuáles son las posibles variables relacionadas con ella. También se ofrecen en esta obra, desde diferentes perspectivas teóricas, modelos explicativos sobre la sugestionabilidad como el modelo integrativo de la hipnosis de Cardeña y Spiegel; el acercamiento psicosocial de Wagstaff y la perspectiva de la teoría del cambio de Apter, entre otros. Junto a ello aparecen diferentes trabajos de investigación y trabajos aplicados que centran su atención en la relación de la sugestión y los problemas emocionales, la anorexia nerviosa o su empleo en el ámbito educativo.

Seguidamente destacamos diferentes características terminológicas y conceptuales que se resumen en este libro y que pueden acercarnos a una mayor comprensión de cómo es utilizada la sugestión dentro de la Terapia de Auto-Regulación.

En primer lugar conviene repasar la distinción entre los términos sugestión y sugestionabilidad. De este modo, mientras la

sugestión puede referirse a “una influencia específica de un mensaje o comunicación” (Schumaker, p. 3), con el término sugestionabilidad se hace referencia a la tendencia a una determinada respuesta tras la implantación de la sugestión. Dado que este concepto de sugestión ha sido estudiado desde diferentes puntos de vista, se han elaborado distintas clasificaciones con la finalidad de aunar criterios y establecer un nexo común en las investigaciones.

Así, en función del canal de comunicación a través del cual se instaura la sugestión, se hace la distinción entre Heterosugestión o sugestión interpersonal, es decir el emisor y el receptor son dos fuentes diferentes, y Autosugestión o sugestión intrapersonal, es decir cuando el emisor y el receptor de la sugestión confluyen en la misma persona. Cabría plantearse si la autosugestión y la heterosugestión, más que dos conceptos mutuamente excluyentes, forman parte de un continuum que daría cabida a las diferentes manifestaciones que se producen dentro del contexto sugestivo, estableciéndose un paralelismo con el modelo integrativo de Autocontrol de Thoresen y Mahoney (1974) en el cual proponen que el autocontrol y el heterocontrol son los extremos de un continuum donde puede ubicarse una determinada respuesta en función de la “situación, conducta o etiqueta cultural que la defina” (Capafons, 1987, p.179).

Partiendo del procedimiento o método a través del cual se instauran las sugerencias, se plantea la distinción entre Sugestiones Hipnóticas, realizadas durante o después del procedimiento de inducción hipnótica y Sugestiones no Hipnóticas, que son administradas sin procedimientos formales de inducción hipnótica (Wagstaff, 1991). Por su parte, las Sugestiones

Posthipnóticas hacen referencia a las manifestaciones producidas con posterioridad al fenómeno hipnótico, pero que han sido instauradas dentro de él.

Otras clasificaciones muy utilizadas en cuanto al tipo y forma de implantar las sugerencias son las que distinguen entre Sugestiones Directas e Indirectas, a las que Stone y Lundy (1985), asociaron la diferenciación entre Sugestiones Autoritarias (por ejemplo: "no vas a poder fumar") versus Pasivas (por ejemplo: "como si estuvieras harto de sentirte cansado al subir escaleras...") respectivamente.

También es muy aceptada la distinción entre Sugestionabilidad Primaria y Sugestionabilidad Secundaria (Eysenck, 1943; Eysenck & Furneaux, 1945), ya que en ella se tiene en cuenta tanto el modo de la sugestión como la naturaleza de la respuesta. Sugestionabilidad Primaria es el resultado de sugerencias directas que dan lugar a respuestas ideomotoras. Por su parte la Sugestionabilidad Secundaria conlleva sugerencias indirectas en las que no se especifica la conducta deseada. Eysenck y Furneaux (1945), plantean una Sugestionabilidad Terciaria en la cual se resaltaría la influencia de los factores interpersonales de la persona que suministra la sugestión (status, prestigio, etc.).

Estas aproximaciones a la sugestión y a la hipnosis son las que nos clarifican aspectos básicos de la Terapia de Auto-Regulación y conforman el entramado teórico que la sustenta y que desarrollaremos en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 5

TERAPIA DE AUTO-REGULACIÓN: ÁREAS Y CONCEPTOS RELACIONADOS

5.1. INTRODUCCIÓN

Como hemos comentado en la introducción a este segundo apartado teórico, la Terapia de Auto-Regulación de Amigó (1990, 1992), intenta maximizar el uso de la sugestión en la intervención clínica.

Se creó para cubrir dos de las limitaciones que la hipnosis como técnica de sugestión puede presentar: por un lado está la dificultad de su aceptación por un sector de la población (quizá debido a la influencia de las posturas del trance), que la rechaza por diversos temores como “perder el control”, “no poder despertar”, etc. Frente a ello, las técnicas de Auto-Regulación ofrecen unos ejercicios de inducción basados en el recuerdo sensorial, los cuales, al centrar la atención de los sujetos en su propia realización, eliminan los temores irracionales que puedan tener.

La segunda limitación de la hipnosis hace referencia al problema de la baja susceptibilidad hipnótica de algunos sujetos y ante ello, la Terapia de Auto-Regulación, siguiendo las investigaciones sobre modificación de la susceptibilidad hipnótica de Sach y Anderson (1967), ofrece instrumentos (Escala de Auto-Regulación Emocional y Fisiológica), a través de los cuales se ejercita el recuerdo sensorial pretendiéndose, a partir de él, generar la sugestión. De este modo, se persigue el hacer posible que personas poco susceptibles a la hipnosis puedan beneficiarse del uso terapéutico de las sugestiones.

También mediante las técnicas de Auto-Regulación pueden manejarse eficazmente las posibles contrasugestiones, ya que

existe un feedback inmediato sobre los ejercicios que se realizan facilitándose, así, la labor del terapeuta (o investigador). Así, frente a la postura pasiva que asume el sujeto en la hipnosis tradicional (relajado, ojos cerrados...), en la que, aunque exista comunicación paciente/terapeuta, los diálogos sobre lo percibido, experimentado, etc., son posteriores a la hipnosis, en las técnicas de Auto-Regulación se facilita más el control de la atención del sujeto a partir de las interacciones, reconduciéndole, si es necesario, hasta llegar a la sugestión.

Queda, pues, en un primer paso, establecer la delimitación del significado que, en esta línea de investigación, cubre el término "auto-regulación" y que seguidamente vamos a exponer.

5.2. LÍNEAS TEÓRICAS QUE CONFLUYEN EN LA TERAPIA DE AUTO-REGULACIÓN

Amigó (1992), asume las críticas realizadas al "nombre de Terapia de Auto-Regulación" y mantiene que en los diferentes modelos de auto-regulación (Kanfer, 1970; 1971; Kanfer & Karoly, 1972; Kanfer & Hagerman, 1981; Bandura, 1975; Schefft & Lerh, 1985; Kuhl, 1985; etc.) se ofrece "una visión particular de la regulación del comportamiento, que parte de las intenciones, la voluntad o los procesos controlados como opuestos a los procesos automáticos..." (p. 89), y son estos procesos automáticos, que se dan en el control de la acción, los que constituyen, según Amigó (1992), el eje central de su *Modelo de Auto-Regulación*.

Esta separación entre "procesos controlados" y "procesos automáticos", puede ser artificiosa en cuanto que para unas

personas la realización de determinados comportamientos pondría en marcha unos procesos controlados mientras que en otras serían los procesos automáticos y viceversa. A la base de ambos procesos y como una parte explicativa de ellos se hallarían el principio de Homeostasis de Toch y Hastorf (1955) y la Teoría del Nivel de Adaptación de Helson (1964), puesto que “la adaptación conductual es un proceso activo, dinámico, en el que se dan los iniciadores de la acción, bien sean internos o externos (...). El nivel de adaptación ayuda a entender las diferencias que se dan ante una misma estimulación o ante un mismo entorno (...)” (en Capafons, 1981, p. 27).

Es decir, por parte de los sujetos existe la posibilidad de un control sobre su propio comportamiento y, de este modo, se posee la capacidad para auto-regularlo, para darle estabilidad y mejorar sus ejecuciones. Lo que quedaría por delimitar es la naturaleza de este “control de la acción”, en lo que se refiere a las características de “no volitivo” y “automático” (Kirsch, 1993; Capafons, 1995), asociado a los comportamientos determinados por la sugestión, frente a las conductas “voluntarias” del ser humano que tienen como resultado alguna modificación del propio comportamiento o del entorno y que utilizan la información de los efectos de su acción para regular y corregir su propia conducta (Kanfer, 1976).

Esta faceta de control apelando a los “mecanismos automáticos” es la que se pretende abarcar en el *Modelo de Auto-Regulación* de Amigó (1992), un modelo que englobaría no sólo a la Terapia de Auto-Regulación, sino también a los diferentes procedimientos que poseen elementos claves comunes como la Hipnosis, Sugestión, Técnicas de Control Mental, Placebo, Biofeedback, etc. Según Amigó (1992), su *Modelo de Cambio de*



Auto-Regulación, es una propuesta que intenta aunar procedimientos y mecanismos de acción afines y que carecen, en la actualidad, de un modelo integrador que los unifique, ya que todos ellos apelan a mecanismos automáticos a través de los cuales se consiguen alcanzar rápidamente objetivos o metas terapéuticas.

Haría falta realizar un análisis pormenorizado de este modelo para saber en qué medida se cumple el objetivo planteado por Amigó, ya que pese a sus intentos ofrece una visión reduccionista del comportamiento humano. Pero dado que no es esta la finalidad de este trabajo, baste decir que es un campo abierto para futuras investigaciones.

5.3. CARACTERÍSTICAS COMUNES DE LAS TÉCNICAS DE AUTO-REGULACIÓN

La Terapia de Auto-Regulación engloba diferentes técnicas o procedimientos (Amigó, 1992), que han sido elaborados para adaptarse tanto a las diferencias individuales como a los diferentes contextos u objetivos de tratamiento (Auto-Regulación Emocional, Fisiológica, Motivacional, etc.). Sin embargo, todas ellas comparten una serie de características comunes que llevan a maximizar el uso de la sugestión dentro de una perspectiva cognitivo-comportamental.

5.3.1. ESTRUCTURACIÓN EN TRES FASES

Amigó (1992), estructura su Terapia de Auto-Regulación en tres fases desarrolladas tanto por la Auto-Regulación Emocional como por la Auto-Regulación Fisiológica. En el cuadro nº 1, pueden

observarse los puntos que engloba cada fase de la Auto-Regulación Emocional.

Cuadro 1. Fases del Procedimiento de Auto-Regulación Emocional

FASE nº 1

- Recuerdo Sensorial.
- Estímulos físicos: Agua fría, Libro, Ceniza y Limón.
- Sensaciones a reproducir: Rigidez, Peso, Olor y Gusto.
- Asociaciones de las sensaciones físicas con imágenes o pensamientos.
- Reproducción de las sensaciones sin necesidad del estímulo físico, sólo con la ayuda de las asociaciones.

FASE Nº 2

- Reproducción de las sensaciones de rigidez y olor a partir de distintos estímulos (tocar u oler un objeto).
- Establecimiento rápido de las asociaciones.
- Reproducción de los efectos a partir de la simple sugerencia.

FASE Nº 3

- Se informa al sujeto de su mayor receptividad.
- Generalización: respuesta a diferentes sugerencias. (emociones, amnesia, etc.).
- Sugestiones terapéuticas.
- Establecimiento de una señal para el inicio de las restantes sesiones en la fase nº 3.

Tomado de Amigó (1992).

En la primera fase, se explica qué es el recuerdo sensorial y cómo se pueden recuperar sensaciones a partir de imágenes, pensamientos, etc., que están asociadas a ellas. Se sugieren ejemplos de cómo esta habilidad se suele presentar de forma automática (oír una canción y “notar” que se recuerda algún hecho concreto y agradable), pero que también se puede “aprender” a grabar sensaciones y reproducirlas. Así, a partir de estímulos físicos se graban sensaciones de rigidez en la mano (introduciendo la mano en agua fría), peso en el brazo, etc. (ver Amigó, 1992).

Cuando se posee la habilidad de la reproducción sensorial sin estimulación física previa, es decir mediante el “recuerdo” (del ejercicio realizado), se pasa a la segunda fase en la que cada vez más rápidamente se reproducen las sensaciones de rigidez, peso,

olor, etc. llegando a originarse a través de la simple sugerencia del terapeuta. Aquí se realiza el nexo entre la sugestión y el "recuerdo" que esta sugestión sugiere (Wundt, 1908).

Ya en la tercera fase, se establece la generalización del "Recuerdo Sensorial" y la persona responde a diferentes sugerencias, bien de emociones como, alegría, risa, asco, bien de amnesia o bien de reto como "no poder hablar" o "no poder levantarse de la silla". En esta fase sigue utilizándose como "recurso terapéutico" la idea del recuerdo sensorial, es decir, se apela a que en el cerebro está guardada (grabada) esa sensación, por ejemplo ante la sugestión de reto "no vas a poder hablar", se sugieren, después, posibles situaciones en las que se haya tenido la boca cerrada (por ejemplo: si ha ido alguna vez al dentista, o si de pequeño no dejó que le quitaran algún caramelo de la boca...), de este modo, se eliminan los temores o el miedo a perder el control o quedar sometido a la voluntad del terapeuta.

A partir de aquí, se instauran las sugerencias terapéuticas por ejemplo: "sentir asco al tocar el cigarrillo...", "no va a apetecer fumar....", etc.

La Terapia de Auto-Regulación Fisiológica, sigue las mismas fases (cuadro nº 2) que la Auto-Regulación Emocional, la diferencia estriba en los ejercicios de recuerdo sensorial que se realizan en la primera fase ya que aquí sólo se utiliza un estímulo físico (sujetar un libro con la mano) que provoca rigidez muscular en el brazo. Esta tensión es percibida por el aparato de Biofeedback, primero directamente con el estímulo físico y después sin el estímulo, a partir del "recuerdo" de la imagen del libro o la simple palabra del terapeuta.

Cuadro 2. Fases Del Procedimiento De Auto-Regulación Fisiológica

FASE Nº 1

- Recuerdo sensorial.
- Estímulo físico: Libro.
- Sensaciones a reproducir: Peso, Tensión, Rigidez (en brazo).
- Asociaciones de las sensaciones físicas con imágenes o pensamientos.
- Empleo del biofeedback-EMG para constatar la relación entre el pensamiento y la respuesta sugerida.
- Respiración profunda para eliminar la tensión en el brazo.

FASE Nº 2

- Reproducción de las sensaciones de rigidez y tensión en la mano y brazo de forma repetida con la sugerencia directa.
- Se continúa constatando la respuesta con el biofeedback EMG.
- Aumento de la sensación de relajación.

FASE Nº 3

- Generalización: respuesta a diferentes sugerencias físicas, emociones, etc.
- Sugestiones terapéuticas.
- Clarificación del proceso seguido para acortarlo en las próximas sesiones.

Tomado de Amigó (1992).

Para más información en el Anexo nº 2 se incluyen las escalas de la Auto-Regulación Fisiológica y Emocional, a partir de ellas puede observarse como se desarrollan ambas técnicas, con los matices de similitud y diferencia que poseen.

Además de la estructuración en tres fases, tanto la Auto-Regulación Emocional como la Auto-Regulación Fisiológica, poseen tres características comunes y fundamentales, 1) el uso de la sugestión; 2) el papel activo del sujeto; y 3) una relajación no pasiva. La forma en que se tratan estos tres puntos, junto con el recuerdo sensorial, es lo que le imprime a la Terapia de Auto-Regulación sus notas características diferenciándola de otros procedimientos hipnóticos o sugestivos.

5.3.2. USO DE LA SUGESTIÓN

Un punto clave en la Terapia de Auto-Regulación es el modo de tratar la sugestión. Si partimos de que para producir el "cambio", los terapeutas (o investigadores) poseemos, entre otras, dos armas: una la palabra y otra la imaginación, el buen uso que hagamos de ellas va a determinar que se alcancen, o no, los objetivos planteados, ya que el cliente/paciente las utiliza en detrimento suyo.

La Terapia de Auto-Regulación ofrece una serie de estrategias en las que a partir de las palabras (hablar de forma "eficaz") y el recuerdo de imágenes, pensamientos o emociones, se potencia la sugestión y la autosugestión que facilitan el control y el cambio de esas imágenes y pensamientos (irracionales, negativos, que causan problemas, desadaptativos, etc.) por otros más positivos y que permiten a las personas conseguir más fácil y rápidamente el equilibrio y bienestar psicológico.

Así, al igual que en Wells (1924) y en los Métodos de Control Mental de Silva (Silva, 1989; Silva & Stone, 1990; Powell & Powell, 1990; Stone, 1991), en la Terapia de Auto-Regulación podemos ver la influencia de Coué y sus aportaciones referidas a la autosugestión.

El llamado "método Coué", resalta la importancia del autohabla y los pensamientos en nuestro comportamiento. Se basa en dos principios fundamentales (Silva & Miele, 1989): 1) sólo podemos pensar en una cosa a la vez, y 2) cuando nos centramos en un pensamiento, éste se convierte en realidad porque nuestro cuerpo lo transforma en acción.

Este planteamiento es similar al de Homme (1965) y lo que él denomina "operantes encubiertos" o "coverants" ("opencub" es la traducción del término que realiza Pelechano, 1979). Homme, parte de que estos opencubs son respuestas que se refieren a los eventos mentales que incluyen: "pensar, imaginar, reflexionar, considerar, relajarse, ensoñar, fantasear y así sucesivamente", también mantiene que "las dificultades en el control de una u otra clase de opencubs subyacen en un buen número de desórdenes de conducta o de pensamiento" (p. 214, -en Capafons, 1981-). Los opencubs son, pues, ideas auto-verbalizadas o subvocalizadas que impulsan a la acción y que pueden ser consideradas como ideas-acción e imágenes-acción (Pelechano, 1979). Serían el equivalente, dentro de la línea del control mental, a las "palabras poder" que aluden Silva y Goldman (1991) y que pueden generar el cambio de conductas/problema (fumar en exceso) ya que provocan "(...) una eliminación de las expectativas negativas del miedo, produciendo así, un estado mental libre de tensión y relajación" (p. 127).

Es decir, todo pensamiento produce un efecto (Sidelsky, 1991), pero a veces este pensamiento activo, que se dirige a una acción puede ser inhibido por un pensamiento contrario ("interferencias" en lenguaje de Amigó, 1992), que frena e impide la acción deseada. La frase de Coué "Todos los días, desde todos los puntos de vista, me siento cada vez mejor y mejor", es un intento, mediante una autosugestión "consciente" y positiva, de erradicar pensamientos automáticos del tipo "no puedo..., es difícil..., no tengo suficiente voluntad..." que pueden estar (o están) presentes en, por ejemplo, los fumadores que intentan eliminar el hábito del tabaquismo.

La ventaja que ofrece la Terapia de Auto-Regulación es que permite que ciertos opencups puedan actuar como sugerencias, más concretamente como autosugerencias que generan una acción, y, puesto que éstos han de ser, en sí mismos, reforzantes para la persona, el hecho de que se perciba la capacidad de reproducir esa sensación (por ejemplo: "cogeré el cigarro y me dará asco") le da más seguridad sobre la consecución final de la conducta deseada (dejar de fumar).

El utilizar los opencups como sugerencias aumenta su eficacia terapéutica, ya que ellos solos no son suficientes para generar el cambio comportamental tal como lo comprobó Homme (1965), en una aplicación para dejar de fumar, en la que el sujeto "quería" dejar de fumar, pero esto no bastó para eliminar el comportamiento. El problema quizá resida, según Pelechano (1979), en que los pensamientos relevantes a la conducta que se desea eliminar (dejar de fumar), son reforzados por la actividad de esa conducta (satisfacción al fumar...) y por tanto el opencub adaptativo (el cigarrillo me da asco) debe tener igual o mayor fuerza como refuerzo y ser más inmediato que el opencub no deseado. Estas características son las que se pretende potenciar en la Terapia de Auto-Regulación, mediante el uso de la sugestión.

Por otro lado, para aumentar la eficacia de las sugerencias Amigó (1992), incluye en su procedimiento los tres componentes esenciales que Diamond (1974, 1977a & 1977b, -en Coe 1986-), considera importantes para aumentar la respuesta a las sugerencias y que difieren de los que constituyen la inducción hipnótica tradicional. Estos componentes son:

1) *Factores de aprendizaje* que optimicen la motivación y la atención, a través de aproximaciones sucesivas (con modelado), la practica de las respuestas, el refuerzo y el feedback sobre la ejecución.

Estos mecanismos de aprendizaje se potencian especialmente en la primera fase de la terapia, por ejemplo, en la Auto-Regulación Emocional se adapta un ejercicio típico hipnótico, el de "anestesia de guante" (Kroger & Fezler, 1976), que también es utilizado en el Método Silva de Control Mental (Silva, 1989). La técnica de "anestesia de guante", en el método Silva, es aprendida cuando la persona ya posee cierto nivel de control mental (fórmula 10-2, para graduados de Control Mental), consiste en imaginar que la mano está dentro de una cubeta de agua helada con hielo, también se incita a recordar alguna ocasión en la que se ha tenido la mano helada para facilitar la reproducción de cualquier sensación diferente a la normal.

En la Auto-Regulación Emocional, éste es el ejercicio de partida pero grabando, en un primer momento, las sensaciones directamente del agua helada, para después pasar a la reproducción mediante la imaginación y por último a la reproducción a través de la palabra o sugestión. En los dos procedimientos se busca el manejo de las emociones para producir aquellas que son agradables y eliminar las desagradables (Silva, 1989; Amigó 1990, 1992). Ambos autores utilizan el concepto de "programación mental" como forma de auto-habla eficaz y consideran como elementos básicos de ella, la *actitud de no-interferencia*, el *deseo*, la

creencia de que el hecho ocurrirá, el interés y la implicación o proyección (ver Silva, 1989 y Amigó, 1992).

2) *Fomento de las actitudes y predisposición* que lleven a una aceptación positiva de la técnica mediante la reducción de miedos, actitudes o expectativas que interfieran, crear una confianza interpersonal y demostraciones de percepción receptiva. Aquí se observan las directrices de Wells (1924), Spanos y Barber (1976) o Stern (1978), entre otros.

3) *Utilización de estrategias cognitivas* que enseñen a los sujetos a responder internamente a las instrucciones, para ello se requiere, según Diamond, dejar en suspenso las preocupaciones de la realidad, controlar la imaginación a través de la sugestión y concentrar el pensamiento y la atención. En la realización de este punto se puede hacer uso de la técnica de Barber y Wilson (1977) y Wilson y Barber (1978) de <pensar-en> (think with), en la que los sujetos utilizan la imaginación para experimentar ciertos hechos o emociones y para generar actitudes y expectativas positivas que van a poder materializarse.

También como estrategia cognitiva, dentro de la Auto-Regulación se adapta la técnica de Erickson (1964; Erickson, Rossi & Rossi, 1976; Haley, 1967) de <desconcierto>, utilizándola, no como juego de palabras, sino a través de los ejercicios de recuerdo sensorial (especialmente en los de rigidez de la mano y peso en el brazo), que llevan a los sujetos a situaciones de "amnesia", "catalepsia", "anestesia", etc. cogiéndoles de "improviso" y sorprendiéndoles. Este modo de inducir las sugestiones es muy útil en sujetos

resistentes o que analizan lo que está sucediendo y que pueden generar contrasugestiones, como hemos comentado en puntos anteriores.

Por último, señalar que en la Terapia de Auto-Regulación tienen cabida tanto las heterosugestiones como las autosugestiones, ya que mediante el modelado o el aprendizaje auto-instruccional se enseña al sujeto a autoaplicarse la técnica, fomentando su generalización a diferentes situaciones y problemas. Además posee la ventaja, al no “encuadrar” las sugerencias dentro del vocablo “hipnosis”, de permitir que personas reacias a ella puedan beneficiarse de estos procedimientos.

5.3.3 SUJETO ACTIVO

Esta característica hace referencia al papel activo que asume el sujeto, el cual interactúa constantemente con el terapeuta sobre el desarrollo del procedimiento. Aquí podemos ver la influencia de la hipnosis despierta de Wells (1924). Este autor sigue la línea de Braid (1795-1860) y Bernheim (1886), en cuanto a que cualquier fenómeno manifestado en hipnosis puede producirse también en estado de vigilia. Wells, reconoce la importancia de Coué y su método de autosugestión o “pensamiento positivo”, sin embargo, lo diferencia de los estados hipnóticos por su “incapacidad” para producir amnesia ya que la considera, al igual que los seguidores de la hipnosis clásica, uno de sus fenómenos determinantes.

La Terapia de Auto-Regulación, queda vinculada, pues, a la hipnosis, tanto la “tradicional” como la “despierta” ya que mediante ella se pueden producir los mismos fenómenos, incluida la amnesia. Además posee las mismas ventajas que la hipnosis despierta, frente a la hipnosis tradicional, como son la eliminación del “halo de

misterio”, fácil aplicabilidad, puede emplearse en sujetos reacios a la hipnosis tradicional y la reinducción en posteriores sesiones es muy breve (Wells, 1924). Estas son las ventajas que también Amigó (1992) ofrece frente a la hipnosis tradicional.

Las directrices en la realización de los procedimientos también son comunes en ambos autores, en la hipnosis despierta de Wells (1924), se explica al sujeto qué es lo que se espera de él, el tipo de ejercicios, se recurre a la observación directa o modelado y se inician los ejercicios aumentando la complejidad paulatinamente. La Terapia de Auto-Regulación comparte con Wells un modo eficaz de presentar la hipnosis y la sugestión, eliminado el misterio u oscurantismo que, a veces, puede llevar consigo la hipnosis tradicional en la que el sujeto es pasivo, asume las sugerencias y no recibe ningún tipo de información sobre lo que se va a realizar o porqué se producirá determinado comportamiento.

Las variables que según Spanos y Barber (1976), ayudan a que la persona esté activa y se implique son: 1) la *Motivación*, reforzando los resultados positivos y minimizando los resultados negativos o apelando a los beneficios que se obtendrán en diferentes facetas de la vida cotidiana; 2) las *Actitudes y Expectativas* positivas asegurando el resultado de la técnica y generando confianza en que es uno mismo (el propio cerebro) el agente de cambio; 3) las *Instrucciones*, que se han de realizar proporcionando información concreta acerca de los ejercicios a realizar y de lo que se espera de él y 4) las *Imágenes implicadas*, siendo en este caso muy importante el que la persona se sienta partícipe de lo que esta generando.

En la Terapia de Auto-Regulación, la utilización de estrategias de recuerdo sensorial, facilita el desarrollo de estas variables, que por otra parte, son compartidas tanto por los procedimientos hipnóticos como por las técnicas cognitivo-comportamentales (Spanos & Barber, 1976).

5.3.4. RELAJACIÓN

Esta última característica está centrada en el concepto de relajación "no pasiva" que se utiliza en la Terapia de Auto-Regulación.

A pesar de que la relajación ha estado íntimamente unida a la hipnosis y a veces ha sido considerada como componente indisoluble (Edmonston, 1989; 1991), las inducciones de relajación no son unas condiciones necesarias ni suficientes para generar la hipnosis (Cardeña & Spiegel, 1991). Las verbalizaciones de tensión o activación son igual de eficaces para producir el fenómeno hipnótico como, entre otros autores, muestran las investigaciones de Wells (1924); Ludwig y Lyle (1964); Banyai y Hilgard (1976); Malott (1984); Alarcón (1996), etc., siendo ésta la aproximación que se sigue en las técnicas de Auto-Regulación.

Así, en ellas, se utiliza la relajación en la línea de Davidson, Goleman y Schwartz (1976). Tal como comenta Denney (1983), estos autores sugieren la diferenciación entre "modos cognitivos, somáticos y atencionales de relajación". Es decir, no sólo se consigue relajar el cuerpo pasivamente, sino también a través de una forma activa (cognitiva y atencional) tal como se realiza en la Terapia de Auto-Regulación, donde a través de señales (una palabra, tocar un objeto, respiración profunda), puede producirse la respuesta de relajación, sin la "necesidad" de establecer la fase

previa de la relajación muscular progresiva, como es el caso de la relajación controlada por señales de Cautela (1966, en Denney, 1983).

Benson (1975), considera que existen cuatro elementos que considera básicos para llegar a una "respuesta de relajación". 1) entorno tranquilo, 2) posición cómoda; 3) actitud pasiva, no orientada a objetivos; y 4) un instrumento mental o estímulo constante en el que centrar la atención. A través de una adaptación de las técnicas de meditación, elaboró un procedimiento en el que la persona inspira y al soltar el aire ha de decir una palabra, por ejemplo: "paz", "relaja", etc. Parte de que su repetición puede causar los mismos cambios fisiológicos que le "mantra". El objetivo es, pues, concentrarse en una palabra que ayude a respirar más lenta y pausadamente favoreciendo, de esta forma, la relajación.

Para finalizar, resaltar la importancia que en las técnicas de Auto-Regulación reviste el lenguaje y las auto-instrucciones internas, esto es, "se enseña a hablar eficazmente al cerebro" (Silva, 1989; Amigó, 1990) y para ello se hace eco de Pavlov (1952), el cual mantenía que "para el hombre la palabra es un estímulo condicionado tan real como los son otros estímulos comunes a los hombres y animales (...)" (en Amigó, 1990, p. 7), y de Coué con su fórmula para el uso de autosugestiones, "como si..." se reeducara al sujeto para hablarse correctamente delimitando las aptitudes, capacidades y posibilidades que se poseen y potenciarlas en la dirección deseada.

5.4. CARACTERÍSTICAS DE LA AUTO-REGULACIÓN FISIOLÓGICA

Según Amigó (1992), la Auto-Regulación Fisiológica surgió como un complemento de la Auto-Regulación Emocional, intentando abarcar a los sujetos que les resulta difícil la aceptación de métodos "mentalistas" o cognitivos y a los que les es más fácil la explicación "fisiológica" de sus problemas. Las investigaciones, entre otros de Blanchard y Andrasik, (1985) y Wickrasamekera (1988), sobre los procedimientos de biofeedback llevaron a Amigó a elaborar una variante de la Auto-Regulación en la que a través de un aparato de biofeedback EMG (electromiográfico), se aumentara la susceptibilidad hipnótica y de este modo, poder utilizar la sugestión en sujetos escépticos y poco sensibles a la imaginación o la fantasía verbal y con preferencias a pensar en términos discretos y concretos (Wickrasamekera, 1988 -en Amigó, 1992-).

En la Auto-Regulación Fisiológica se pretende que el sujeto, con ayuda de una terminología fisiológica y el aparato de biofeedback EMG, descubra la intervención del cerebro en el control de los diferentes sistemas: muscular (sensaciones de peso), glandular (salivación) o límbico (emociones de alegría, ternura). Para potenciar este "halo fisiológico", se utiliza el biofeedback EMG pero de una forma poco convencional, tal como puede observarse en las verbalizaciones del ítem nº 1 de la Escala de Auto-Regulación Fisiológica (ver Anexo nº 2).

Se pretende, pues, suministrar información fisiológica a través de la evaluación y cuantificación de la actividad muscular, midiendo la actividad eléctrica con el electromiógrafo (Katkin & Goldband, 1985), dando así, al sujeto, una información que en condiciones

normales no percibe o de la cual no puede disponer (Cholíz & Capafons, 1990). El objetivo que se persigue es mejorar la capacidad del sujeto para discriminar y controlar las respuestas musculares producidas al sujetar un libro en la mano. La persona observa el registro de las sensaciones de tensión, peso o rigidez en el EMG y posteriormente comprueba como al evocarlas, sin la presentación del estímulo real, se reproduce la tensión muscular quedando plasmada en el aparato de biofeedback.

Mediante la utilización del biofeedback EMG también se consigue un aumento de las expectativas, ya que se aumenta la motivación del sujeto al centrar la atención en las respuestas dadas por el EMG y comprobar como tras unas respuestas iniciales débiles, éstas van incrementándose con más fuerza y rapidez a partir de una "sugerencia" o con la simple imagen evocada del estímulo (libro). Al constatar la respuesta mediante el aparato de biofeedback, se aumentan las expectativas que influyen en el mantenimiento de la respuesta conseguida y en la generalización posterior, a través de otros ejercicios y ya sin el aparato de biofeedback EMG.

El aparato de biofeedback se usa en las sesiones posteriores para retomar las sugerencias, utilizándolo a modo de placebo ya que a partir de él se fomenta tanto la ilusión de competencia personal como el poder del terapeuta y del procedimiento, aspectos éstos, que según Fish (1973), son centrales en la "terapia placebo".

Esta relación biofeedback EMG/Placebo, dentro de la Auto-Regulación Fisiológica se aprecia más si asumimos que el placebo puede ser definido como "una terapia, o un componente de una terapia, que es usado deliberadamente por sus efectos no

específicos, psicológicos o psicofisiológicos, o que es utilizado porque se presume que tiene efectos sobre los pacientes, síntomas o enfermedad, pero que no tienen una actividad específica para la condición en la que está siendo tratado” (Shapiro & Morris, 1978, p. 371, en Cholíz & Capafons, 1991), .

Así, la utilización y la buena aceptación en la práctica clínica de la Auto-Regulación Fisiológica, hizo que se planteara la posibilidad de investigarla y comprobar su eficacia. Para su posible uso en diferentes estudios, Amigó elaboró una Escala de Auto-Regulación Fisiológica (ver Anexo nº 2), que consta de 10 ítems y que puede abarcar las tres fases de la Terapia de Auto-Regulación (ver cuadro nº 1 y 2).

En la descripción del tratamiento, dentro de la estructura de las sesiones, puede apreciarse como se desarrolla la escala en una intervención clínica con fines experimentales. Sin embargo, la escala, tal como comentaremos posteriormente en los resultados de la investigación, no cumplió con las “expectativas” que se esperaban de ella, ya que mostró ser menos potente que la Escala de Auto-Regulación Emocional para “captar” a los sujetos dentro de la sugestión. Quizá esto fuera debido a que, por una parte, sólo se realiza un ejercicio de recuerdo sensorial (mientras que en la escala de Auto-Regulación Emocional son cuatro) y por otra a su similitud con las diferentes escalas existentes para aumentar la susceptibilidad hipnótica, en las que se utilizan sugestiones de inducción hipnótica.

De este modo, Amigó, sigue la estructura de la “Escala de Inducción Hipnótica” de Spiegel y Spiegel (1978); la “Escala de Susceptibilidad Hipnótica de Standford” (Weintzenhoffer & Hilgard,

1959, 1962); la "Escala de Grupo de Susceptibilidad Hipnótica de Harvard" (Shor & Orne, 1962); la "Escala de Sugestión de Barber" (Barber & Wilson, 1977; Barber & Wilson 1978); la "Escala de Hipnosis Clínica de Standford para Adultos" (Morgan & Hilgard, 1978); la "Escala de Imaginación Creativa" de Wilson y Barber (1978) o la "Escala de Sensibilidad a la Sugestión de Carleton" (Spanos, Radtke, Hodgins, Stam & Bertrand, 1983).

En estos instrumentos creados para evaluar la susceptibilidad a la hipnosis se siguen dos pautas comunes, una hace referencia a su elaboración con ítems iniciales musculares (peso, rigidez o levitación de un brazo), seguidos de ítems sensoriales, presentando en último lugar ítems de "amnesia", (excepto en la "Escala de Imaginación Creativa de Wilson y Barber). Recordar que, según Wells, la amnesia es la que da a la hipnosis una "categoría superior" frente a las restantes técnicas de sugestión como el método Coué.

El otro punto en común reside en que en todas ellas se sigue el formato de construcción de las escalas "tipo Likert", con cuatro alternativas de respuesta, que oscilan en los rangos de "nada de sensación a mucha sensación" y que es seguido, también por Amigó en la elaboración de la Escala de Auto-Regulación Fisiológica.

Estas escalas, tienen el problema, tal como mantiene Capafons, de que "su utilización en la práctica profesional es engorrosa y no siempre útil" (en Capafons & Amigó, 1993a, p. 14). Sin embargo, son necesarias para la comprobación experimental (diferentes terapeutas, sujetos, situaciones, culturas, etc.) de los fenómenos hipnóticos o sugestivos.

A lo largo de las páginas anteriores, se ha tratado de exponer las características más relevantes que pueden ser eficaces para llegar a la comprensión de la Terapia de Auto-Regulación elaborada por Amigó (1990, 1992). Como conclusión, cabría resaltar que junto con la hipnosis podría ser considerada una ayuda adjunta para fomentar y maximizar el efecto de otras técnicas psicológicas cognitivo-comportamentales.

III. ESTUDIO EMPÍRICO

CAPÍTULO 6

METODOLOGÍA

6.1. INTRODUCCIÓN

El trabajo que presentamos está incluido dentro del Programa de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares¹, cuya línea de investigación a largo plazo cubre las modalidades de Auto-Regulación Emocional y Auto-Regulación Fisiológica (Amigó, 1992), y que se han ido plasmando en diferentes trabajos en las áreas de tabaquismo y obesidad fundamentalmente (ver revisiones de Capafons y Amigó, 1993c; Capafons, 1994; Capafons y Amigó, 1995).

Por otra parte, también está mostrando su eficacia tanto en la práctica clínica, en problemas de depresión, ansiedad, obesidad o tics nerviosos, como en práctica educativa, aumentando la motivación y concentración en el estudio, control de la ansiedad en exámenes, etc.

6.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN EN TERAPIA DE AUTO-REGULACIÓN

Según Capafons (1993), dos son las áreas de trabajo encaminadas a estudiar la eficacia de la Terapia de Auto-Regulación. Por una parte, está la investigación aplicada centrada en diseños "ensayo clínico" y cuyos objetivos son:

- Conocer la eficacia en términos absolutos a corto y largo plazo (paquete terapéutico).

¹ Subvencionado por el Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública (IVESP), el Institut Valencià d'Estudis i Investigació (IVEI) y el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS).

- Conocer lo que aporta a otros tratamientos (comparación de tratamientos).
- Conocer qué personas se benefician más y si se diferencian de las que se benefician de otros procedimientos. Conocer qué terapeutas son más apropiados (variación cliente/terapeuta).
- Conocer si aumenta la satisfacción por el tratamiento y si disminuye la iatrogenia (estudio de proceso).
- Conocer las partes relevantes de los paquetes de intervención en los que se incluye la Terapia de Auto-Regulación (desmantelar el tratamiento, estudio de parámetros).
- Conocer los mecanismos que explican el cambio terapéutico (variación cliente/terapeuta, estudio de proceso, parámetros y desmantelamiento).

Y por otra, la investigación básica (experimental), cuyos objetivos están centrados en:

- Conocer la potencia sugestiva en términos absolutos (similar a paquete terapéutico).
- Conocer la potencia sugestiva relativa respecto de otras formas de sugestión (hipnosis).
- Conocer las partes relevantes de la Terapia de Auto-Regulación para provocar fenómenos sugestivos y qué tipo de fenómenos (desmantelar la técnica).

- Conocer el grado en que aumenta la susceptibilidad a la sugestión (estudio de proceso).
- Conocer su potencia para el aumento de la susceptibilidad a la sugestión, relativa a otros procedimientos (comparación de técnicas).
- Conocer el nivel de agrado y aceptación de las técnicas y compararlos con los de otros procedimientos (comparación de técnicas).

Al igual que en la investigación realizada sobre la eliminación del tabaquismo basándose en la Terapia de Auto-Regulación Emocional (Bayot, 1995), el concepto de eficacia se plantea mediante los siguientes criterios de utilidad elaborados por Capafons (1992, 1993):

1. El porcentaje de sujetos que se beneficia de las técnicas debe ser igual o superior al de otros procedimientos o, de no ser así,
2. Debe beneficiar a personas a las que otros procedimientos resultan inertes o insuficientes.
3. Agrado por la intervención (tanto para el cliente/paciente como para el terapeuta) y disminución de los fenómenos iatrogénicos en el cliente.
4. Flexibilidad para adaptarse a las diferencias individuales relativas a la preferencia de control, valoración del esfuerzo, aversión, auto-control, etc.
5. Economía y rapidez de la intervención.

6. Mantenimiento de los resultados a medio y largo plazo o, de no ser así,
7. Rapidez y economía de las sesiones periódicas de apoyo.
8. Porcentaje de abandonos igual o inferior a otros procedimientos o, de no ser así,
9. Las personas que no abandonen sean aquellas que sí abandonan en otros procedimientos.

6.3. OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y PREDICCIONES

Los datos que se ofrecen en este trabajo siguen la línea de investigación dirigida por el Dr. A. Capafons, en la que se pretende, por una parte, conocer la relevancia de las sugerencias dentro de la intervención comportamental, bien a través de procedimientos hipnóticos (Martínez-Tendero, 1995, Alarcón 1996), o bien a través de la Terapia de Auto-Regulación (Bayot, 1994, Bayot, Capafons & Amigó, 1995; Casas 1995; Casas & Capafons, 1996) en los que a partir de ejercicios basados en el Recuerdo Sensorial se llega a la sugestión directa, relación ésta que ya fue puesta de manifiesto por Wundt (1908), tal como comentamos anteriormente.

Por otra parte, también se pretende conocer la eficacia diferencial de determinados programas de intervención psicológica en una gama heterogénea de clientes, problemas, terapeutas y circunstancias específicas de la intervención (Paul, 1967).

Así pues, se ha elaborado un tratamiento psicológico para la eliminación del tabaquismo en el que se aúnan las características cognitivo-comportamentales y la sugestión. Como estrategia de comprobación empírica de las sugestiones se ha utilizado la Escala de Auto-Regulación Fisiológica de Amigó (1992), y a través de ella se han seguido las pautas de intervención establecidas en la Terapia de Auto-Regulación, siendo únicamente dos los aspectos que la diferencian de la Auto-Regulación Emocional: 1) la causalidad fisiológica, y 2) la utilización del aparato de biofeedback EMG. Las diferencias quedan patentes en los distintos ítems de las escalas de evaluación utilizadas en ambas técnicas (ver Anexo nº 2).

La hipótesis de partida reside en que la Terapia de Auto-Regulación; por medio de las sugestiones, puede generar conductas automáticas y no volitivas (Kirsch, 1993; Capafons, 1995), que reduzcan el componente de "esfuerzo" implícito en los tratamientos basados en técnicas de auto-control para eliminar conductas adictivas. De este modo, se puede facilitar la eliminación del tabaquismo y el mantenimiento de la abstinencia, tal como han demostrado las investigaciones de Bayot (1994). Por tanto, la Auto-Regulación Fisiológica, al incluir el aparato de biofeedback y facilitar éste la comprensión fisiológica del control cerebral sobre el sistema muscular, puede ser útil en sujetos "escépticos" con la sugestión, al mismo tiempo que aumenta las expectativas al constatar las respuestas ante determinados estímulos mentales en el biofeedback EMG (Amigó, 1992). Todo ello se plasmará en unos mejores resultados terapéuticos y un menor número de abandonos durante la intervención.

Otro objetivo a plantear es la búsqueda de posible predictores de "éxito terapéutico" (fumadores que consiguen alcanzar sus objetivos terapéuticos vs. los que no lo consiguen). Para ello, se parte de la Escala de Auto-Regulación Fisiológica (como medida de la sugestión) y de variables tanto de personalidad como variables relacionadas con el hábito de fumar que han mostrado ser predictores de resultado relevantes dentro del área clínica. Este trabajo puede ayudar a clarificar los resultados, algunas veces contradictorios, que se han encontrado en diferentes investigaciones aplicadas (Kincey, 1983; Becoña, 1990a; Hajek, 1991; Cotoí, 1992; Bayot, Capafons & Amigó, 1995; Casas & Capafons, 1996; etc.).

Así, se analizarán las variables extraídas de los cuestionarios de Expectativas (adaptado de Cholíz, 1989), EPQ-A (Eysenck y Eysenck, 1975), Locus de Control de la Salud (Wallston, Wallston & Devellis, 1978), Tolerancia Nicotínica (Fagerström, 1978) y del Instrumento de Auto-Evaluación del Fumador (Horn, 1975), que evalúa los motivos por los cuales se fuma.

En las predicciones previas establecidas, el grupo de fumadores que sí consiga sus objetivos terapéuticos frente a los fumadores que no los consigan, deberá mostrar puntuaciones superiores en: la Escala de Auto-Regulación Fisiológica; Expectativas Post-Escala de Auto-Regulación Fisiológica y en Locus de Control Interno de la Salud. También deberá mostrar puntuaciones inferiores en: Extraversión; Neuroticismo; Tolerancia Nicotínica; tener menos motivos asociados al hábito de consumir cigarrillos, y por último, no presentará diferencias significativas en las restantes variables.

6.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Las características de esta investigación exploratoria aplicada, están basadas en las estrategias de "paquete terapéutico" (los componentes se comentarán posteriormente al explicar el desarrollo de las sesiones), analizándose los aspectos aplicados de forma cuasi-experimental.

El diseño utilizado, "entre sujetos de ensayo clínico", ha conllevado la utilización de terapeutas "expertos" en las técnicas de la Terapia de Auto-Regulación y fumadores de cigarrillos que accedieron al programa de forma voluntaria y gratuita. A la hora de plantear la investigación, se han tenido en cuenta los problemas que presentan este tipo de diseños tanto en la validez interna como externa. De este modo, para evitar en lo posible la amenaza de variables extrañas que pudieran alterar la validez interna se han realizado controles estrictos en la ejecución de los ejercicios a realizar, en la temporalización y secuencia de las sesiones, ubicación de las sesiones de terapia y aleatorización de los sujetos a los terapeutas.

Como contrapartida, este tipo de diseños ve favorecida la validez externa de los resultados aumentándose, de este modo, la generalización y su poder de aplicación en la práctica psicológica de este tipo de intervenciones. Este aspecto queda reforzado por la utilización de cuatro terapeutas, haciendo más factible la generalización, ya que la variable terapeuta, en este caso, contaminará menos los resultados.

Otra característica peculiar de estos diseños de "ensayo clínico" es la dificultad de su ejecución, ya que el hecho de que las

personas acudan a consulta requiere flexibilidad para amoldarse a las necesidades individuales de la muestra (intentando reducir al máximo la "mortalidad experimental"), y sobre todo, la dificultad que conlleva el seguimiento, puesto que los participantes muchas veces acuden a los programas por "probar" y no existe ningún tipo de control que les obligue a mantener el seguimiento.

Así pues, esperamos que los resultados obtenidos puedan considerarse aplicables a la práctica profesional clínica, teniendo presente el componente de gratuidad de la intervención.

6.5. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

En origen, la intervención estaba destinada a pacientes con problemas de enfermedades cardiovasculares, es decir, debían de ser remitidos por el Hospital Clínico Universitario de Valencia y el Hospital Universitario La Fe de Valencia, como es el caso de muchos participantes de la investigación centrada en la Auto-Regulación Emocional. Sin embargo, por diversas circunstancias, en esta muestra sólo se posee un participante con problemas cardiovasculares que, curiosamente, redujo su consumo de tabaco de una media de 40 cigarrillos/día a 17, considerando que esto ya no era perjudicial para su salud, siguiendo así durante todo el seguimiento.

La gran mayoría de fumadores acudieron remitidos por participantes de las anteriores investigaciones en Terapia de Auto-Regulación Emocional (obesidad y tabaquismo), por la publicidad que se realizó en los medios de comunicación y por conocidos que

hacían “propaganda” de los resultados satisfactorios que se estaban obteniendo con la Terapia de Auto-Regulación Emocional. Este hecho, quizá pudo haber influido en algunos resultados (como se comentará más tarde) ya que algunos participantes parecían poseer unas expectativas “demasiado” elevadas sobre la eficacia de las técnicas de auto-regulación.

La muestra del presente estudio la componen 45 fumadores, de los cuales 26 son mujeres, que constituyen el 57.8% de la muestra total y 19 son hombres que forman el 42.2% de la muestra total, tal como puede apreciarse en la tabla nº 1.

Tabla 1

Distribución por Sexos

<u>Sexo</u>	<u>nº de sujetos</u>	<u>porcentaje</u>
Varón	19	42,2%
Mujer	26	57,8%

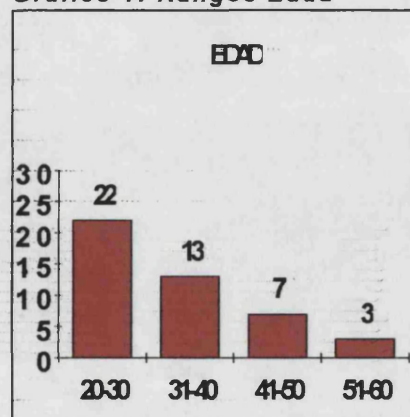
Con respecto de la variable *edad* vemos, en la Tabla nº 2, que las edades de la muestra oscilan entre los 20 y 60 años con una media de 32 años aproximadamente.

Tabla 2

Distribución por Edades

<u>Rango Edad</u>	<u>nº de sujetos</u>	<u>porcentaje</u>
20-30 años	22	48%
31-40 años	13	29%
41-50 años	7	16%
51-60 años	3	7%

Gráfico 1: Rangos Edad



En función de los rangos establecidos, la mayoría se halla entre los 20-30 años (22 participantes) y entre los 31-40 años (13 participantes), es decir, en el intervalo de edad comprendido entre los 20-40 años (77.77%) se encuentra la mayor parte de la muestra que recibió tratamiento como puede apreciarse visualmente en el gráfico nº 1.

En la Tabla nº 3, puede observarse la distribución de los sujetos según la *titulación académica* y su *situación laboral*. La muestra es heterogénea en cuanto a su situación laboral diferentes profesiones liberales (administrativos, profesores, representantes, etc.) y otras áreas de trabajo como “amas de casa”, “dependientes” o “sacerdotes” (dos sujetos de la muestra total), también hay estudiantes (el 6.7%) y personas en paro (n = 3). Referente a los estudios, hay una mayor proporción de Diplomados (estudios medios) y Licenciados (estudios superiores), a pesar de que el tipo de trabajo ejercido no guardaba siempre relación con la titulación poseída.

Tabla 3

Distribución de la Muestra en Estudios y Profesión

<u>Estudios</u>	<u>n</u>	<u>porcentaje</u>	<u>Profesión</u>	<u>n</u>	<u>porcentaje</u>
No Estudios	0	0%	Paro	3	6.70%
E.G.B.	9	20%	Estudiante	3	6.70%
B.U.P.	7	15.60%	Liberal	16	35.60%
Medios	13	28.80%	Manual	5	11.10%
Superiores	16	35.60%	Otros	18	40.00%

En suma, existe en la muestra que compone el presente estudio, una proporción mayor de mujeres ($n = 26$) frente a hombres ($n = 19$), situándose la mayor parte entre los 20-40 años. En cuanto a la profesión ejercida la muestra es heterogénea a pesar de que en el nivel de estudios dominan los medios y superiores.

La mayoría de fumadores consideraba que era un buen momento para dejar el hábito (sólo dos sujetos dijeron que no lo era), a pesar de que añadían "que como cualquier otro momento" (gráfica nº 2).

En cuanto a la preferencia del tipo de tabaco Rubio o Negro, puede observarse en la gráfica nº 3 la mayor proporción de fumadores de tabaco rubio, el 86,7%, frente 13,3% de fumadores de tabaco negro, en la entrevista individualizada, se comprobó que el factor económico era, en los fumadores de tabaco rubio principalmente, una razón más para intentar abandonar el hábito.

Gráfico 2.

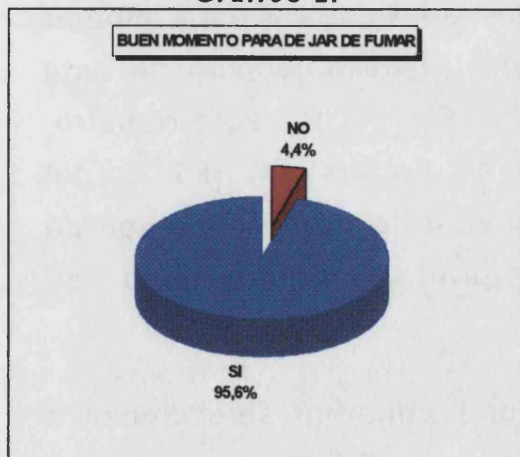
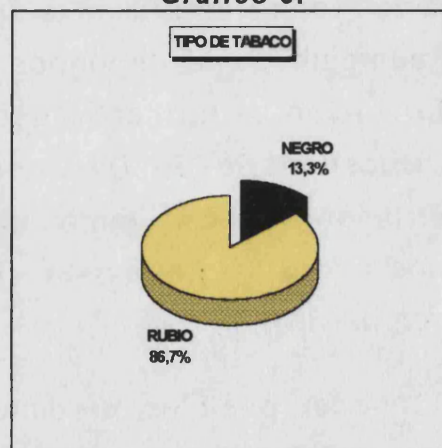


Gráfico 3.



6.6. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

La evaluación psicológica de cualquier conducta que se desee modificar reviste gran importancia puesto que el tratamiento se establece a partir de la información obtenida. Así, teniendo en cuenta los problemas que plantean los autoinformes como datos fiables y la subjetividad de las respuestas dentro del ámbito de la sugestión (Ericsson & Simon, 1980; Kinnunen, Zamansky & Block, 1994), realizamos la evaluación persiguiendo tres finalidades:

1. Conocer el tipo de variables personales, familiares, laborales y sociales, junto con su posible relación en el hábito de fumar, para descubrir en qué medida pueden ser favorecedoras o no de su eliminación. Se obtuvo esta información a partir de la Entrevista Estructurada.
2. Conocer las diferentes variables relacionadas con el consumo de tabaco: topografía del consumo, número de cigarrillos/día, grado de dependencia, intentos de abandono previos, edad de inicio, recursos de auto-control para impedir el aumento de la dependencia, etc. En la obtención de esta información se ha hecho uso de las Fichas de auto-registro, el Cuestionario de Dependencia de Fagerström (FTQ), del Instrumento de Evaluación del Fumador de Horn, y también de datos de la Entrevista Estructurada (seguidamente se comentarán).
3. Conocer posibles predictores que permitan seleccionar a las personas más adecuadas para este tipo de intervenciones. Para ello se ha utilizado la Escala de Auto-Regulación Fisiológica, como medida de la sugestionabilidad de los

participantes y de las variables, tanto de personalidad como de tabaquismo, que han mostrado ser relevantes en investigaciones aplicadas como posibles predictores de éxito o de abandono a los tratamientos.

Se seleccionaron los instrumentos siguientes: EPQ-A de Eysenck; Locus de Control de la Salud de Wallston, Wallston y DeVellis; y el Cuestionario de Expectativas adaptado de Cholíz. Junto a ellos la Escala de Auto-Regulación Fisiológica de Amigó y los instrumentos de Fagerström y Horn, creemos que pueden aportar información sobre el tipo de intervención realizada, al mismo tiempo que puede ayudar a clarificar los resultados de otras investigaciones en las que se utilicen estas mismas fuentes de información.

Seguidamente se van a entresacar algunas notas características de cada uno de estos instrumentos de evaluación. Están incluidos en el Anexo nº 3 y en el Anexo nº 2 tal como se utilizaron en esta investigación.

6.6.1. ENTREVISTA: "HISTORIA CLÍNICA PARA FUMADORES"

Los objetivos o áreas que se cubren con la entrevista estructurada (Bayot 1994, adaptada de la utilizada por los servicios de la Generalitat de Catalunya), se centran en los siguientes apartados:

- Datos biográficos.
- Proceso de afianzamiento del hábito.
- Motivos para dejar de fumar.

- Información sobre la dependencia.
- Consumo de tabaco en el entorno familiar/social.
- Habilidades y recursos en restricciones.
- Dificultades esperadas en el proceso de abandono.
- Consumo de otras sustancias.
- Personalidad "subjetiva" con preguntas sobre si se considera una persona nerviosa, irritable, reflexiva, sociable pesimista depresiva o asertiva.
- Observaciones específicas.

Todos estos datos complementan y apoyan los obtenidos a partir de los cuestionarios psicológicos, aportando información específica sobre el hábito de fumar cigarrillos y las situaciones que lo envuelve.

6.6.2. FTQ: CUESTIONARIO DE TOLERANCIA NICOTÍNICA de Fagerström (1978)

Este cuestionario (incluido dentro de la entrevista estructurada), mide la posible dependencia a la nicotina basándose en que esta dependencia del tabaco puede determinarse por su uso compulsivo. Según Becoña, Gómez-Durán, Álvarez-Soto y García (1990), es un modo sencillo y no invasivo de evaluar la dependencia fisiológica a pesar de no tener una alta fiabilidad (.56).

Las investigaciones realizadas sobre su validez muestran correlaciones débiles entre éste y la dependencia nicotínica (alrededor de .50), existiendo variabilidad en los resultados

(Fagerström, 1978, 1985; Lombardo, Hughes & Fross, 1988; Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fagerström, 1991; Carrasco, Luna & Vila, 1994). Los trabajos de González-Saíz, Salvador, Leonseguí, Guillén y Ortega (1995), realizados en el FTQ, han dado como resultado que éste posee una consistencia interna baja, y que no evalúa claramente síntomas de abstinencia. A pesar de ello, este cuestionario también parece ser útil como predictor de los niveles de cotinina en sangre (Pomerleau, Pomerleau, Majchrzak, Kloska y Malakuti, 1990).

El FTQ, está compuesto por ocho ítems y su rango de puntuación oscila de cero a once puntos. Las puntuaciones iguales o superiores a siete, generalmente indican un alto grado de dependencia nicotínica, mientras que las iguales o inferiores a seis, señalan un bajo grado de dependencia. Sin embargo, no existe un consenso claro entre los investigadores que determine dónde está la línea de corte entre los altos y bajos dependientes (Heatherton et al., 1991).

6.6.3. INSTRUMENTO DE AUTO-EVALUACIÓN DEL FUMADOR de Horn (1975)

Este cuestionario de tabaquismo (tomado de Carnwath y Miller, 1986), ha sido utilizado por el Departamento de Salud de los Estados Unidos para evaluar los motivos por los cuales las personas fuman.

Está formado por dieciocho ítems que se desglosan en seis factores: 1) Estimulación, 2) Manipulación; 3) Relajación Placentera; 4) Reducción de la Tensión; 5) Adicción Psicológica y 6) Hábito. En la investigación realizada por Bayot (1994, Bayot, Capafons y Amigó, 1995), no aparecieron diferencias significativas

en ninguno de los factores mencionados, aunque su información puede ser de gran utilidad en el ámbito clínico.

6.6.4. FICHAS PARA LA AUTO-OBSERVACIÓN

Se proporcionan para que los sujetos registren diariamente el número de cigarrillos consumidos y el número de cigarrillos que apetecía fumar pero que no se fumaban. Estos registros se incorporaban a las cajetillas de tabaco para facilitar su uso.

La finalidad de la auto-observación se centra en dos puntos: por un lado obtener una medida fiable del consumo de cigarrillos y por otro lado, beneficiarse de los posibles efectos reactivos que se producen al auto-observar la conducta, modificándola en la dirección deseada como factor motivacional para mejorar la adherencia al tratamiento, ya que en sí mismos son insuficientes para provocar el cambio (Capafons et al., 1985). De hecho, según Becoña y Gómez-Durán (1991), en el área del tabaquismo, este efecto reactivo no predice el posterior abandono del hábito.

6.6.5. CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO PARA FUMADORES (Capafons, 1991)

Se ha utilizado en las entrevistas de seguimiento. En él se recoge información sobre el mantenimiento de los logros terapéuticos o sobre las recaídas. Junto a ello, también se evalúan aspectos como: aumento de peso, ansiedad percibida, mejora de la calidad de vida, deseos de fumar, en caso de que la hubiere, motivos de la recaída, etc.

6.6.6. LOCUS DE CONTROL DE LA SALUD, adaptado de Wallston, Wallston y DeVellis (1978), según la versión de Cholíz (1989)

En él se evalúa el sentimiento de control y responsabilidad que sobre su salud tienen las personas. Ha sido aplicado según la versión realizada por Cholíz (1989), para muestras españolas. La finalidad de utilizar este cuestionario y no el creado por Rotter (Locus of Control Scale, 1966), estaba basada en la posible procedencia clínica de la muestra (enfermos cardiovasculares), aunque, como ya se ha señalado, por diversas circunstancias no se consiguieron participantes con estas características.

Está compuesto por tres factores:

1) Locus de control interno ante la enfermedad. Formado por los ítems: 1, 6, 8, 12, 13 y 17. En cuanto a consistencia interna, media y desviación típica, posee los valores siguientes: $\alpha = 0.76$, $M = 25.10$, $SD = 4.89$.

2) Locus de control externo general. Formado por los ítems: 2, 4, 9, 11, 15 y 16. Teniendo el $\alpha = 0.75$, la $M = 15.57$ y la $SD = 5.75$.

3) Locus de control externo ante el staff médico. Formado por los elementos: 3, 5, 7, 10, 14 y 18. Con unos valores de $\alpha = 0.67$, $M = 19.99$, $SD = 5.22$.

En general, a pesar de resultados dispares, existe gran cantidad de trabajos en los que la variable Locus de Control Interno está asociada a la adherencia y el éxito en el tratamiento (Goldney & Cameron, 1981; Kincey, 1983), es decir, si la persona se siente responsable de su comportamiento, mejorará la adaptación

psicológica a la enfermedad. Con respecto al tabaquismo Wallston y Wallston (1981), encontraron que los no fumadores y las personas que han sido capaces de dejar de fumar eran más internos que los fumadores. Sin embargo, tal como señala Lau (1988), a pesar de que existen resultados que confirman la teoría lo que se desconoce es si creencias específicas del locus de control de la salud contribuyen a las diferentes respuestas conductuales o si la conducta influye sobre esas creencias.

6.6.7. CUESTIONARIO DE EXPECTATIVAS, adaptado de Cholí, (1989)

Utilizado para evaluar las expectativas de los sujetos de "ser capaces" de abandonar su hábito de fumar. Las expectativas de auto-eficacia (Bandura, 1977), tienen importantes efectos sobre el esfuerzo y la persistencia. Las expectativas, en general, pueden ser un buen predictor de los resultados del tratamiento (Steffen & Myszak, 1978; Smith, 1979; Michel & Stuart, 1984; Capafons, 1992; Kirsch, 1993), aunque también se encuentran resultados contradictorios al respecto (Jeffrey & Katz, 1977; Glynn & Ruderman, 1986; Stotland & Zuroff, 1991).

Consta de 20 aseveraciones del tipo: "Estoy seguro que desaparecerá mi hábito de fumar", a las que cada participante de la investigación debía responder en una escala de 0 (absolutamente en desacuerdo) a 100 (totalmente de acuerdo).

6.6.8. EPQ-A de Eysenck y Eysenck (1975)

A través de este cuestionario se evalúan las variables de personalidad: Neuroticismo, Extraversión, Psicoticismo, así como Sinceridad. La fiabilidad test-retest con muestras inglesas, es en

hombres de: $r_{xy} = .89$ en Neuroticismo, $r_{xy} = .90$ en Extraversión, $r_{xy} = .83$ en Psicoticismo y $r_{xy} = .86$ en el factor Sinceridad. En mujeres los valores son levemente inferiores: $r_{xy} = .80$ para Neuroticismo, $r_{xy} = .87$ para Extraversión y $r_{xy} = .71$ para la variable de Psicoticismo, obteniendo el factor Sinceridad el mismo valor que en la muestra masculina, $r_{xy} = .86$.

Se dispone de información sobre la consistencia interna (alpha de Cronbach), en muestras españolas. En hombres se obtuvieron los valores de: $\alpha = .85$ en Neuroticismo; $\alpha = .82$ en Extraversión; $\alpha = .71$ en Psicoticismo; y $\alpha = .79$ en Sinceridad. Por otra parte, respecto de las mujeres, los resultados fueron similares con unos valores de $\alpha = .83$ en Neuroticismo; $\alpha = .82$ en Extraversión; $\alpha = .77$ en Psicoticismo; y por último $\alpha = .77$ en el factor sinceridad (en TEA, ediciones, 1989).

En cuanto a la media y desviación típica de las diferentes variables son en Neuroticismo: $M = 11.64$, $SD = 5.25$, en Extraversión: $M = 12.02$, $SD = 4.04$, en Psicoticismo: $M = 2.72$, $SD = 3.05$ y en Sinceridad: $M = 10.29$, $SD = 4.93$, para la muestra de hombres. Con relación a las mujeres, los datos son que en Neuroticismo se obtiene una media superior: $M = 14.53$, $SD = 5.21$, mientras que en Extraversión la media es ligeramente inferior: $M = 11.37$, $SD = 4.41$, siendo similar la media obtenida en Psicoticismo: $M = 2.21$, $SD = 2.36$. En el factor Sinceridad la $M = 11.85$, $SD = 4.26$, es ligeramente superior a la obtenida en hombres.

6.6.9. ESCALA DE AUTO-REGULACIÓN FISIOLÓGICA de Amigó (1992)

Elaborada para evaluar la capacidad de la persona en la reproducción de sensaciones y la susceptibilidad a la sugestión. A

diferencia de la Escala de Auto-Regulación Emocional (ver Anexo nº 2), en la que se realizan cuatro ejercicios de recuerdo sensorial, en ésta, sólo en el primer ítem se graban sensaciones de peso a partir del estímulo físico (libro sobre la mano), valorándose su intensidad a través del aparato de biofeedback EMG para posteriormente, tras imaginar que el libro está sobre la mano y recordar donde se percibía el peso se reproduzcan las sensaciones. En los restantes ítems, se mide la capacidad de reproducir sensaciones sin la presencia del estímulo físico, o más bien, se mide la capacidad de sugestionabilidad del sujeto ya que son sugerencias directas de: salivación, calor en la mano, anestesia, ternura, alegría, hiperemnesia, amnesia y en el último ejercicio se plantea una sugestión post-auto-regulación (es decir a modo post-hipnótico) en la que el participante debe reproducir sensaciones de rigidez en la mano tras colocarla sobre el pomo de la puerta. Se sigue la línea de las escalas “clásicas” de susceptibilidad a la sugestión (ver apartado: 5.4. Características de la Auto-Regulación Fisiológica). Conviene señalar que su utilización es exploratoria ya que no se poseen datos sobre su fiabilidad y validez.

En el Anexo nº 2, se encuentra la Escala de Auto-Regulación Fisiológica, allí pueden apreciarse las verbalizaciones de cada elemento a las cuales tenían que ceñirse “estrictamente” los cuatro investigadores/terapeutas para mantener el rigor experimental.

En cuanto al sistema de corrección, Amigó (1992), sigue a Spiegel y Spiegel (1978), es decir, tras el pase de cada ítem se le pregunta al sujeto sobre la intensidad de lo experimentado. La puntuación oscila entre “0 y 4” puntos, donde “0” significa ninguna sensación y “4” significa una sensación clara y fuerte. La puntuación máxima es, pues, de 40 puntos.

Al finalizar la Escala de Auto-Regulación Fisiológica se contesta al Cuestionario Post-Escala de Auto-Regulación Fisiológica, que contiene preguntas sobre los ejercicios realizados referidas a: la preferencia de control, la percepción de eficacia personal, la preferencia de estrategias personales, la creencia en el procedimiento, la creencia en el poder de lo mental, la percepción de la capacidad mental de uno mismo, la percepción del procedimiento y la percepción de eficacia del procedimiento con relación a la menta (ver Anexo nº 2).

En el siguiente apartado, dentro de la estructura de las sesiones, se describe el procedimiento seguido, ya que la Escala de Auto-Regulación Fisiológica sirve de base para la introducción de las tres fases de que consta la Terapia de Auto-Regulación de Amigó (1990, 1992).

6.7. DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

Para dar uniformidad a los resultados obtenidos en las investigaciones sobre Terapia de Auto-Regulación, los programas de intervención en tabaquismo siguen la misma estructura en el desarrollo de las sesiones, tanto si se aplica la Auto-Regulación Emocional o la Auto-Regulación Fisiológica.

El tratamiento se realiza a lo largo de seis sesiones de una hora, excepto la primera cuya duración es de aproximadamente dos horas y está centrada en la evaluación, mientras que las cinco restantes son ya propiamente de tratamiento. Las primeras cuatro sesiones se distribuyen a razón de dos por semana, siendo las dos últimas semanales. La duración aproximada del tratamiento es de

un mes, pero si los fumadores alcanzan la reducción total del consumo de tabaco en la tercera o cuarta sesión, puede darse por finalizado. Por otra parte, también se estableció un margen de dos sesiones más si las circunstancias lo requerían.

La finalidad del programa estriba en conseguir un cambio en el hábito del consumo de tabaco, principalmente encaminado a la reducción total o a conseguir "fumadores controlados" (Frederiksen, 1977, 1979), puesto que es común oír comentarios de fumadores referidos a sus deseos, no tanto de abandonar el consumo, sino de poder "controlarlo". Es decir, les apetece seguir fumando pero dentro de unos niveles mínimos, por ejemplo, 4/5 cigarrillos/día.

En el paquete terapéutico que conforma el tratamiento se introducen tanto componentes cognitivo-comportamentales como técnicas de sugestión. Así, a lo largo de las sesiones se realizan:

- Registros diarios de cigarrillos consumidos y cigarrillos que se desean pero que no se fuman (ver formato de auto-registro en el Anexo nº 2).
- Entrenamiento en reproducción de recuerdo sensorial a través del aparato de biofeedback EMG.
- Entrenamiento en reproducción de sensaciones sin estímulos físicos.
- Establecimiento de metas y submetas realistas.
- Entrenamiento en control de ansiedad.
- Entrenamiento en asertividad (decir NO, a incitaciones a desviarse de sus objetivos de abandonar el tabaco, etc.).

- Control de estímulos (por ejemplo, comprar paquetes de cigarrillos individualmente, sin acumular tabaco en casa).
- A través de la sugestión se provocaban reacciones de aversión, indiferencia, agrado por NO fumar, etc.

En el Anexo nº 1, pueden verse las estrategias de intervención elegidas por cada participante.

Todo ello se realiza desde el marco de la Terapia de Auto-Regulación donde por medio de la sugestión se facilita la adquisición de las estrategias necesarias para alcanzar los objetivos terapéuticos y, sobre todo, se posibilita que éstos se obtengan reduciendo el componente “esfuerzo” y la iatrogenia, enfatizándose, de este modo, la aplicación de los recursos auto-regulatorios de la persona (Capafons, 1993).

6.7.1. ESTRUCTURA DE LAS SESIONES

La estructura de las sesiones individualizadas sigue las pautas establecidas por la Terapia de Auto-Regulación Fisiológica (ver Amigó, 1990, 1992) tal como seguidamente presentamos:

1ª Sesión

La primera sesión es propiamente de evaluación. Al inicio cada participante, junto con el terapeuta asignado, debía firmar un escrito en el cual se especificaba la gratuidad del tratamiento y su adhesión voluntaria a él, así como la ayuda otorgada por los distintos organismos oficiales, el nombre del programa de intervención y los datos de identificación del director de la investigación y del centro donde era llevada a cabo.

Seguidamente se pasaba la Entrevista Estructurada para Fumadores, el Cuestionario de Tabaquismo de Horn (1975) y el Cuestionario de Expectativas, adaptado de Cholí (1989). Tras ello, se aplicaba la Escala de Auto-Regulación Fisiológica (ver verbalizaciones de cada elemento en el Anexo nº 2), abarcando las tres fases que componen la Terapia de Auto-Regulación:

FASE Nº 1: Ejercicios de Recuerdo Sensorial

Ítem 1: Peso

Mediante la utilización del aparato de biofeedback EMG y una vez colocados los electrodos en la parte interna de antebrazo del participante, se registran las sensaciones de tensión y rigidez al colocar un libro en la palma de la mano, observándose mediante una señal luminosa o acústica como aumenta la intensidad o volumen en función del incremento de la tensión muscular. Se sugiere a la persona, siguiendo las verbalizaciones establecidas por Amigó (1992, p. 57) que "retenga en su mente todas estas sensaciones y asócielas con aquello que pueda ayudarle a reproducir más adelante los mismos efectos sin utilizar de nuevo el libro. Por ejemplo, asocie estas sensaciones a mi voz, que va describiéndolas, o bien retenga la imagen del libro sobre su mano, pero cuando lo haga no mueva su mano. La notará paralizada, inmóvil. Esto es lo que ocurre cuando la tensión muscular se mantiene durante demasiado tiempo, y esto es lo que notará usted más tarde, cuando reproduzca estas sensaciones".

Posteriormente y ya sin el libro sobre la mano, se coloca ésta en la misma posición y se constata, a través del aparato de Biofeedback, la relación entre el pensamiento y la respuesta sugerida, es decir el control cerebral sobre el sistema muscular.

FASE Nº 2: Reproducción de las sensaciones grabadas

Ítem 1: Peso.

Reproducciones repetidas de la tensión, sin estímulo real, a partir de imágenes asociadas o pensamientos, comprobándose en el EMG la intensidad de la respuesta dada por la persona. Se persigue una mayor facilidad y rapidez en la reproducción, señal de la conexión establecida entre el pensamiento y el organismo.

Aquí entrarían los factores de aprendizaje señalados por Diamond (1974, 1977a, 1977b), ya que con este ejercicio de recuerdo sensorial mediante el biofeedback EMG, se facilita el aumento de la motivación y la atención a través de la práctica de las respuestas y el refuerzo continuado por parte del terapeuta.

Ítem 2: Relajación (mediante respiración).

Los ejercicios se han realizado previamente en la Fase nº 1, como señal para interrumpir la reproducción sensorial de rigidez o tensión muscular del modo que sigue. "Ya que vamos a disciplinar al cerebro, es conveniente que interrumpa esta sensación con una determinada señal y que lo haga sin más ni más. Yo le propongo que inspire profundamente, retenga el aire y después de unos segundos lo expulse bruscamente mientras se dice a sí mismo la palabra "relájate" y suelta todos los músculos del cuerpo (...)" (Amigó, 1992, p. 58). Aquí podemos ver como Amigó sigue la línea de Benson (1975), mediante la relajación controlada por señal sin realizar previamente una relajación muscular completa.

FASE N° 3: Generalización y Sugestión

En esta fase se le explica al participante que su cerebro se encuentra muy activado y que "ha conseguido abrir un canal de comunicación entre los pensamientos y el sistema muscular y que en estas óptimas condiciones es posible actuar sobre otros sistemas fisiológicos" (p. 59).

Aquí se resaltan los otros dos componentes que Diamond, considera importantes para aumentar la sensibilidad a las sugerencias, es decir, se fomentan las actitudes y la predisposición positiva hacia la técnica, al mismo tiempo que se utilizan las estrategias cognitivas para controlar la imaginación a través de la sugestión.

Así, del ítem 3 al 10 se produce la generalización a través de las sugerencias directas de:

Ítem 3: Salivación.

Ítem 4: Calor en la mano izquierda.

Ítem 5: Anestesia en la mano derecha.

Ítem 6: Emoción de ternura.

Ítem 7: Emoción de alegría.

Ítem 8: Hiperemnesia (visualización).

Ítem 9: Amnesia.

Ítem 10: Sugerencia al modo post-hipnótico: rigidez en la mano.

Una vez finalizados los ejercicios, se pasa el Cuestionario Post-Escala de Auto-Regulación Fisiológica para obtener información de la experiencia subjetiva de los participantes. Información que hace referencia a preguntas del tipo:

1. *¿Qué prefería emplear, sus recursos o centrarse en mi voz y dejarse llevar por ella?* -Preferencia de Control-

2. *¿Qué le parece más eficaz para usted: emplear sus recursos o centrarse en mi voz?* - Percepción de Eficacia-

3. *¿Qué ha preferido emplear: pensamientos o imágenes?* - Preferencia de Estrategias Personales-

4. *¿Cree que este procedimiento influye sobre el cerebro?* - Creencia en el Procedimiento-

5. *¿Cree que lo mental puede influir en nuestro comportamiento o en la salud?* -Creencia en el Poder de lo Mental-

6. *¿Cree que su mente es potente?* -Percepción de la Capacidad Mental de uno mismo-

7. *¿Cree que este procedimiento es mental o fisiológico y médico?* -Percepción del Procedimiento (Mentalismo)-

8. *¿Cree que con procedimientos mentales podrá cambiar su comportamiento?* -Percepción de Eficacia del Procedimiento con relación a lo Mental-

Tras la Escala de Auto-Regulación Fisiológica y el Cuestionario Post-Escala de Auto-Regulación Fisiológica, se pasa de nuevo el Cuestionario de Expectativas y se da por terminada la sesión.

Se entregan los restantes cuestionarios para rellenarlos en casa: Locus de Control de la Salud (adaptación de Cholí, 1989) y el EPQ-A de Eysenck y Eysenck (1975), y también se entregan las fichas de Auto-Registro del consumo (o no) de cigarrillos/día (ver Anexo nº 3).

En esta primera sesión de evaluación, se observó que por características específicas de la Escala de Auto-Regulación Fisiológica, los participantes no quedaron muy "impactados" con la potencia del recuerdo sensorial, cosa que si suele ocurrir tras el pase de la Escala de Auto-Regulación Emocional, recordemos que en ella se realizan cuatro ejercicios de recuerdo sensorial con estímulo físico.

2º Sesión

La segunda sesión se planificó centrándose en la tercera fase de la Terapia de Auto-Regulación. Debido a los problemas surgidos con la Escala de Auto-Regulación Fisiológica se realizaron ejercicios "correctivos" (Amigó, 1992), ejercitando el recuerdo sensorial y enseñando a los participantes a grabar y reproducir sensaciones (unos 10 minutos), para entrar de lleno dentro del ámbito de la sugestión.

Así, se partía, siguiendo la línea establecida, del ítem de Peso realizado con el aparato de Biofeedback EMG, para seguir con "Rigidez en la Mano" grabando la sensación de presión a través del ejercicio correctivo de apoyarla fuertemente sobre la mesa, y desarrollando las pautas de la Fase 1 de la Terapia de Auto-Regulación. Conviene señalar que, tal como comenta Bayot (1994), este tipo de intervención tiene la ventaja de poseer una gran capacidad de adaptabilidad en función de los objetivos que se sigan

en cada momento. De este modo, a partir de estos ejercicios se iba afianzando la generalización a través del control de las emociones (alegría/risa y asco), asociándolas a determinados objetos, por ejemplo: "al tocar el bolígrafo se reproducirá una sensación de asco, como si estuviera pegajoso...", "al coger el clip (de colores, según preferencias), se notará una sensación de alegría, risa, de estar contento...", etc. Estos estímulos posteriormente son capaces, por sí mismos, de evocar una respuestas de risa, placer o asco. La ventaja que ofrece la Terapia de Auto-Regulación es la rapidez de la asociación y su permanencia en el tiempo de este tipo de sugerencias.

A partir de estos ejercicios, se realizaba una evaluación, por parte de los terapeutas, sobre a qué sugerencias respondía mejor la persona y así, establecer los ejercicios de deshabituación del tabaco adaptándose a las diferencias individuales.

En esta segunda sesión, las sugerencias iban encaminadas a aumentar la motivación y el deseo para dejar de fumar, así como adquirir la seguridad de que se podía conseguir si realmente se quería, ya que los fumadores mantenían el "quiero dejar de fumar pero no puedo". El objetivo era conseguir el incremento de las expectativas que facilitasen el éxito terapéutico (Sarbin & Coe, 1972; Diamond, 1974, 1977a, 1977b; Kirsch, Council & Moyabed, 1987; Vickery & Kirsch, 1991; Kirsch, 1993).

En esta sesión se trabajan las variables que Spanos y Barber (1976) consideran que ayudan a que las personas se impliquen y se mantengan activas: la motivación, las actitudes y expectativas, las imágenes implicadas y las instrucciones concretas sobre los ejercicios a realizar. Por ello, se intenta transmitir la seguridad de

que las estrategias que se ofrecen hacen cambiar el orden de la frase señalada anteriormente, puesto que en la práctica clínica con Terapia de Auto-Regulación, los fumadores llegan, a veces, a la conclusión de que "puedo dejar de fumar pero no quiero hacerlo... todavía". Cabe resaltar que éste fue un fenómeno observado post-tratamiento y cuando los participantes ya tenían un gran dominio de las estrategias aprendidas, es diferente, por tanto, al comentario pre-tratamiento habitual en las adicciones (Capafons & Amigó, 1995).

Puede resultar interesante comentar que en lo que se refiere a "transmitir la seguridad" (expectativas de auto-eficacia, de respuesta y de resultado), ya es sabida la importancia que tiene en la intervención comportamental que el terapeuta esté convencido de la eficacia de las técnicas que ofrece. Este punto es determinante cuando se trabaja con las técnicas de sugestión. Así en esta investigación se mantuvo la flexibilidad en la elección de ejercicios tanto por parte del terapeuta como por parte del participante, dentro de un rango de ejercicios comunes que preservaran el rigor experimental (ver Anexo nº 3).

La segunda sesión, que quedaría incluida dentro de la Fase de Preparación de los programas multicomponentes (Lichtenstein y Mermelstein, 1984), finaliza tras entregar las fichas de auto-registro. Los sujetos podían seguir fumando todo lo que desearan, a no ser que decidiesen, ya, dejar de fumar.

3ª Sesión

En la sesión tercera, es cuando se establecen las estrategias adecuadas para cada sujeto. De este modo, en función de las diferencias individuales, se aplica al tabaco las distintas

sugestiones aprendidas, entrando de lleno en la Fase de Abandono (Liechtenstein & Mermelstein, 1984), de los programas de eliminación del hábito de fumar.

Como ejemplo ilustrativo se presentan distintas asociaciones realizadas a los fumadores durante el tratamiento:

a) Estrategias aversivas

- Reproducción de asco al cigarrillo a partir de las asociaciones realizadas con antelación de asco al bolígrafo. Así, ya no les apetecía tocar el cigarrillo aunque se les ofreciera encarecidamente.
- En las personas que mantenían el deseo de que “no les agradase” el sabor del cigarrillo, es decir, deseaban que les produjera asco o desagrado para dejar de fumar pero a las que, curiosamente, les resultaba difícil reproducir estas sensaciones, se utilizó la técnica de “tragar humo” sin inspirar (los fumadores lo que hacen habitualmente es aspirar el humo, no tragarlo). Este ejercicio “correctivo” consiste en introducir una pequeña cantidad de humo en la boca y tragarlo “como si fuera agua”. De este modo, el sabor del tabaco queda impregnado en la garganta de forma desagradable. A continuación, se insta al fumador a que fume normalmente, quedando asociado el sabor de la “cariñosamente” llamada “tragada” a las simples inhalaciones. Esta estrategia, especialmente elaborada para los que deseaban potenciar el mal sabor que deja algunas veces el tabaco, ofrecía una alternativa a tener en cuenta en la prevención de la recaída (Marlatt & Gordon, 1980, 1985). Es decir, al fumar un cigarrillo, si no se reproducía la sensación desagradable (en

general, sí solía ocurrir), sólo tenían que hacer una “tragada” y seguir fumando normalmente, si apetecía...

Esta técnica de “tragar humo”, resulta muy potente en el contexto de la sugestión. Nuestra experiencia es que sin sugestión (con muestra clínica y sin control experimental), se reproducen sensaciones desagradables pero, no sólo no perduran, sino que el fumador no realiza el “esfuerzo” de autoaplicarse el ejercicio, según la información de esta muestra no se percibían con suficiente “fuerza de voluntad” para realizarlo. Es decir, dentro del tratamiento, los fumadores que elegían esta estrategia, o bien tenían suficiente con la sesión de terapia, o bien, lo repetían alguna vez al día cuando sentían deseos de fumar. Podemos deducir que la Terapia de Auto-Regulación, a través de la sugestión, facilita la ejecución de estrategias de auto-control al reducir el componente de “esfuerzo” que está a la base de ellas (Thoresen & Mahoney, 1974). Sería conveniente el investigar sobre esta estrategia para obtener datos concretos y establecer conclusiones sobre su eficacia.

- Otra forma de asociar el mal sabor al tabaco consistía en “mezclar sabores”, para ello se intercalaban “caladas” de un cigarrillo rubio y un cigarrillo negro alternativamente. Así, los fumadores una vez grabado este sabor, ya no le encontraban el gusto habitual a su tabaco cuando seguían fumando sus cigarrillos habituales (algunos cambiaron de marca, durante el tratamiento “creyendo” que el problema estaba en los cigarrillos que ya no tenían el mismo sabor).

b) Estrategias no aversivas

- Centradas en sugerencias de “indiferencia” ante el tabaco; no apetecer fumar, decir NO y soltar cada vez que se tenía un cigarrillo en la mano, etc.
- A partir de sugerencias de activación de respuestas de alegría/risa/placer, se asociaban éstas a permanecer sin cigarrillos en la mano o estar sin fumar. También se practicaba otra estrategia: al coger o encender un cigarrillo, “automáticamente” (recordemos el componente automático y no volitivo de las respuestas a la sugerencia, según ponen de manifiesto Kirsch, 1993 & Capafons, 1995), se reproducían sensaciones de malestar con sugerencias de temblor en las manos, estómago encogido, respirar entrecortado, calor, etc., que desaparecían tras apagar el cigarrillo, fomentándose la sensación de bienestar.
- Otros sujetos elegían, en esta sesión, el dejar de fumar reduciendo la cantidad, y de este modo, se estructuraba el número de cigarrillos a fumar a lo largo del día y se le daban las sugerencias de “olvido” del tabaco, facilitando el paso a la reducción total de cigarrillos.

Seguían ofreciéndose los auto-registros, pero, en general, a partir de esta 3ª sesión, resultaba difícil que algunos participantes los realizaran, llegando a ser aproximadamente un 30% de fumadores los que realizaron los registros hasta que eliminaron su hábito o finalizaron las sesiones de tratamiento.

4ª Sesión

A partir de esta sesión, si los fumadores no habían decidido ya dejar de fumar, se instaba a que lo hicieran o lo decidía el terapeuta. Si la estrategia utilizada no había sido suficientemente eficaz, se trabajaban otras según los casos pero dentro de las estrategias comentadas anteriormente. En los fumadores que habían llegado a cero cigarrillos (al igual que los que llegaron en la tercera sesión), se daban por finalizadas las sesiones de tratamiento si así lo deseaban ellos o se reforzaba la prevención de recaídas con sesiones de mantenimiento hasta el final del tratamiento (6 sesiones).

5ª y 6ª Sesión

Las últimas sesiones se centraban en el mantenimiento de los logros alcanzados, bien cero cigarrillos, bien en la reducción parcial, por tanto se hacía hincapié en descubrir las "situaciones de alto riesgo" (Marlatt & Gordon, 1985), en las cuales existían probabilidades de fumarse un cigarrillo (reuniones con amigos fumadores, problemas de trabajo, discusiones con familiares, etc.). Entraríamos de lleno en el paradigma de "resistencia a la tentación", según Kanfer (1976), esto ocurre cuando pueden existir consecuencias positivas inmediatas para una conducta particular, pero para la que también existen consecuencias negativas. En esta fase de abandono del consumo de cigarrillos, es cuando se tiene que hacer frente a los comentarios de personas del círculo social que, ya siendo fumadores o ya no siéndolo, suelen lanzar frases del tipo: "total por un cigarrillo no te va a pasar nada...", "seguro que en cuanto cojas un cigarrillo vuelves a fumar...", "ya verás como no aguantas...", "vas a engordar..." etc. Por ello, especialmente en la

sexta sesión, las sugerencias iban encaminadas a la prevención de recaídas (Marlatt & Gordon, 1980) y a reforzar las estrategias aprendidas desmitificando la figura del "ex-fumador" y centrándose más en la adopción del rol de NO FUMADOR. Es decir, no tener "miedo" a coger un cigarrillo, como cualquier persona que no es dependiente del tabaco, y llegar al convencimiento de que pueden poner en marcha todos los recursos auto-regulatorios aprendidos.

En la última sesión se establecen las citas para el seguimiento que se realizó a los tres, seis y doce meses.

En el seguimiento se les llamaba por teléfono y, o bien se recibía la información sobre su mantenimiento de la abstinencia en ese momento, o bien se les citaba para la sesión de apoyo, en el caso de recaídas o como afianzamiento de los logros, produciéndose gran variabilidad al respecto.

CAPÍTULO 7

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1. INTRODUCCIÓN

Como se ha comentado anteriormente, el objetivo de esta investigación es comprobar la eficacia de la Terapia de Auto-Regulación Fisiológica a partir de los resultados en la eliminación/reducción del hábito de fumar y su mantenimiento a corto y largo plazo, comparándolos, éstos, con los obtenidos a través de la investigación realizada sobre tabaquismo en Terapia de Auto-Regulación Emocional (Bayot, 1994) y con un grupo Control sin tratamiento. También se pretende descubrir posibles predictores de éxito y abandono del tratamiento que puedan servir de guía para intervenciones posteriores.

Las medidas estadísticas se han obtenido por medio del programa de análisis de datos SPSS PC+, realizándose análisis comparativos: porcentajes, descriptivos y pruebas de diferencias.

En los casos en los que no se cumple uno de los supuestos de las pruebas paramétricas, el de poseer los grupos con un $N > 10$ (Arnau, 1986; Sánchez-Cánovas & Sánchez-López, 1994), se han utilizado las pruebas no paramétricas de Friedman y Kruskal-Wallis. Posteriormente, para determinar entre qué grupos (o entre qué momentos evaluativos concretos) existían diferencias significativas, se han utilizado las pruebas de Rangos de Wilcoxon y U de Mann-Witney. Somos conscientes de que estas pruebas son menos potentes que las paramétricas pero su elección ha estado supeditada a los resultados post-tratamiento, ya que tras el programa de intervención se obtuvieron cuatro subgrupos siendo el número de sujetos en dos de ellos inferior a diez (compuestos por 6 y 3 participantes).

Finalmente se describirán los resultados obtenidos en las ecuaciones de regresión múltiple y los análisis discriminantes realizados.

7.2. DESCRIPCIÓN DEL CONSUMO DE CIGARRILLOS AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO

Los resultados post-tratamiento referidos a la reducción del consumo de cigarrillos mostraron, tal como se aprecia en la tabla nº 4, que de la muestra inicial de 45 participantes que acudieron a la investigación, sólo se produjeron 3 Abandonos (6.66%), los cuales comenzaron su vacaciones estivales tras la primera sesión de tratamiento y posteriormente indicaron que deseaban seguir fumando.

Tabla 4
Resultados Post-Tratamiento del Grupo de
Tratamiento de Auto-Regulación Fisiológica
(N = 45)

<u>Grupos</u>	<u>n</u>	<u>Porcentaje</u>
Abandono	3	6.66%
Reducción Total	25	55.55%
Reducción Parcial	11	24.44%
Fumadores Controlados	6	13.35%

De los fumadores que finalizaron el tratamiento, 25 (55.55%) abandonaron totalmente el consumo de cigarrillos (Grupo de Reducción Total), mientras que 11 (24.44%) lo redujeron parcialmente (Grupo de Reducción Parcial), y 6 (13.35%), quedaron clasificados en el "Grupo de Fumadores Controlados", es decir, fueron fumadores que desde la primera sesión manifestaron su deseo, no de dejar de fumar, sino de reducirlo a unos niveles bajos. Aspecto éste, que consideraban más difícil de lograr que el de no fumar nada. Esta es la razón por la cual se le considera grupo diferente al de Reducción Parcial, ya que estos fumadores querían eliminar su hábito, aunque al final optaban por seguir fumando en unos niveles moderados/bajos, dejando por sentado la frase "puedo dejar de fumar pero no quiero, de momento...".

Por otra parte, si únicamente consideramos a la muestra que termina el tratamiento (N = 42), el 59.52% (n = 25), elimina totalmente el consumo de cigarrillos. El 26.19% (n = 11), lo reduce parcialmente y el 14.28% (n = 6), alcanza sus "objetivos terapéuticos" de conseguir una reducción considerable del consumo de cigarrillos/día (tabla nº 5).

Tabla 5

Resultados Post-Tratamiento Eliminando Abandonos

(N = 42)

<u>Grupos</u>	<u>n</u>	<u>Porcentaje</u>
Reducción Total	25	59.52%
Reducción Parcial	11	26.19%
Fumadores Controlados	6	14.28%

Un primer paso, a la hora de realizar los análisis sobre los resultados de la intervención en Terapia de Auto-Regulación Fisiológica, ha sido el realizar pruebas de diferencias "entre sujetos" (prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis) en el pre-tratamiento, para comprobar si las diferencias existentes en el resultado pueden ser explicadas por diferencias en el consumo de cigarrillos antes de la intervención.

En la tabla nº 6, podemos comprobar que no existen diferencias significativas entre los diferentes grupos ($\chi^2 = 7.05$, $p = .07$). El grupo de Fumadores Controlados es el que presenta un menor número de consumo de cigarrillos/día ($M = 15.50$, $SD = 5.43$), seguido del grupo de Reducción Total ($M = 24.08$, $SD = 11.08$) y del grupo de Reducción Parcial, que es el que presenta la media de cigarrillos/día más elevada ($M = 28.27$, $SD = 10.76$).

Tabla 6
Diferencias en el Consumo Diario de Cigarrillos en el Pre-Tratamiento

<u>Grupos</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Abandono	26.66	11.54
Reducción Total	24.08	11.88
Reducción Parcial	28.27	10.76
Fumadores Controlados	15.50	5.43
$\chi^2 = 7.05$ $p = .07$		
<u>Nota. χ^2 = prueba de diferencias Kruskal-Wallis,</u>		

Además, tal y como ocurre en el consumo de cigarrillos en la línea base, no existen diferencias significativas entre los diferentes grupos ($\chi^2 = 2.74$, $p = .43$) en cuanto a los años de consumo de cigarrillos, como puede observarse en la tabla nº 7.

Tabla 7

Datos Descriptivos de los Grupos Post-Tratamiento Referidos a los Años de Consumo Regular de Cigarrillos

<u>Grupos</u>	<u>Años consumo</u>	
	<u>M</u>	<u>SD</u>
Reducción Total	17.16	2.46
Reducción Parcial	16.36	2.65
Fumadores Controlados	17.83	3.65
Abandono	25.00	13.07

$\chi^2 = 2.74$ $p = .43$

Nota. χ^2 = prueba de diferencias Kruskal-Wallis,

Por otra parte, debido a que existen dos grupos que mantienen un consumo de cigarrillos post-tratamiento (grupo de Reducción Parcial y grupo de Fumadores Controlados), se han realizado análisis para determinar si existen diferencias entre ellos en el post-tratamiento. En la tabla nº 8, vemos que no existen diferencias significativas, en el consumo de cigarrillos tras la intervención, como lo muestra la prueba de diferencias realizada ($z = -1.67$, $p = .09$), siendo el promedio de cigarrillo/día fumados por el grupo de Fumadores Controlados inferior al del grupo de Reducción

Parcial ($M = 3.33$, $SD = 1.96$ y $M = 9.00$, $SD = 7.12$, respectivamente).

Tabla 8
Diferencias en el Consumo de Cigarrillos Post-Tratamiento

<u>Grupos</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Reducción Parcial	9.00	7.12
Fumadores Controlados	3.33	1.96
$z = 1.67$		$p = .09$

Nota. z = prueba de diferencias U de Mann-Witney.

Realizados los análisis "intragrupo" pre-post tratamiento en los grupos de Reducción Parcial y Fumadores Controlados, vemos que ambos muestran diferencias estadísticamente significativas en cuanto al consumo de cigarrillos en el post-tratamiento. El grupo de Reducción Parcial es el que presenta la significación más fuerte ($z = -2.93$, $p = .003$), aunque también el grupo de Fumadores Controlados reduce significativamente su consumo de cigarrillos diarios ($z = -2.20$, $p = .03$), tal como puede verse en la tabla nº 9.

Tabla 9
Diferencias en el Consumo de Cigarrillos Pre-Post Tratamiento Grupos Reducción Parcial y Fumadores Controlados

<u>Grupos</u>	<u>Pre-Tratamiento</u>		<u>Post-Tratamiento</u>		<u>z</u>	<u>p</u>
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>		
Reducción Parcial	28.27	10.76	9.00	7.12	-2.93	.003
Fumadores Controlados	15.50	5.43	3.33	4.76	-2.20	.03

Nota. z = prueba de diferencias U de Mann-Witney

Para comprobar la eficacia diferencial del tratamiento basado en Terapia de Auto-Regulación Fisiológica, se han realizado análisis comparativos con los resultados obtenidos mediante la intervención realizada con la Terapia de Auto-Regulación Emocional (Bayot, 1994) y con un grupo Control Sin Tratamiento.

Así, se ha utilizado la prueba de diferencias F ratio (dado que el número de las muestras lo permite) en el pre-tratamiento, para descubrir la existencia de diferencias en el consumo de cigarrillos que pudieran enmascarar los resultados obtenidos en el post-tratamiento.

Tabla 10

Diferencias en el Consumo de Cigarrillos Pre-Tratamiento

Grupos de Tratamiento y Control

<u>Grupos</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Auto-Regulación Fisiológica	24.13	11.29
Auto-Regulación Emocional	26.09	13.43
Control	21.46	15.89
F = 1.16 p = .31 $\eta^2 = .01$		

Nota. = prueba de diferencias F ratio, η^2 = tamaño del efecto.

En la anterior tabla nº 10, podemos ver que no existen diferencias significativas entre los diferentes grupos de Tratamiento y grupo Control en cuanto al consumo diario de cigarrillos ($F = 1.16$, $p = .31$). La valoración del tamaño del efecto corrobora que no existen diferencias ($\eta^2 = .01$). No obstante, el grupo Control es el que posee la media de cigarrillos/día más baja ($M = 21.46$, $SD = 15.89$), seguido del grupo de Auto-Regulación Fisiológica ($M = 24.13$, $SD = 11.29$) y del grupo de Auto-Regulación Emocional ($M = 26.09$, $SD = 13.43$).

Tabla 11
Resultados Post-Tratamiento en Terapia de
Auto-Regulación Emocional (N = 66)

<u>Grupo</u>	<u>N</u>	<u>Porcentaje</u>
Reducción Total	31	46,97%
Reducción Parcial	5	7,58%
Abandono	28	42,42%
Basal	2	3,03%

Comparando los resultados post-tratamiento en el consumo de cigarrillos, vemos en la tabla nº 11, que tras el tratamiento en Terapia de Auto-Regulación Emocional eliminaron el consumo de cigarrillos el 46.97% de fumadores (n = 31), el grupo de Reducción Parcial quedó constituido en 5 participantes (7.58%), dos de ellos mantuvieron su nivel basal pre-tratamiento de consumo de cigarrillos (3.03%) y se produjeron 28 abandonos (42.42%).

Dado que en la Terapia de Auto-Regulación Emocional no se configuró el grupo de Fumadores Controlados, la prueba de diferencias se ha establecido tomando como criterio la cantidad de cigarrillos fumados en el post-tratamiento en ambas muestras. En la siguiente tabla nº 12, los resultados de la prueba U de Mann-Witney muestran que no existen diferencias significativas entre ambas ($z = 1.73$, $p = .08$), a pesar de que la media de cigarrillos fumados por los participantes de la investigación en Auto-Regulación Fisiológica es inferior ($M = 7$, $SD = 6.38$) a la de los participantes de la investigación en Auto-Regulación Emocional ($M = 13$, $SD = 8.19$).

Tabla 12

Diferencias en la Cantidad Media de Cigarrillos Consumidos en el Post-Tratamiento en la Muestra de Fumadores de Auto-Regulación Fisiológica y Auto-Regulación Emocional

<u>Grupo</u>	<u>n</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Auto-Regulación Fisiológica	17	7	6.38
Auto-Regulación Emocional	7	13	8.19

$z = 1.73,$ $P = .08$

Nota. $z =$ prueba no paramétrica U de Mann-Witney.

Finalmente, se han realizado comparaciones utilizando la prueba z como estadístico de contraste para proporciones, en la búsqueda de posibles diferencias en los resultados de ambos grupos de Tratamiento. Así, en cuanto a los resultados obtenidos, referidos a la cantidad de fumadores que abandonan el consumo de cigarrillos, puede verse en la tabla nº 13, que no aparecen diferencias significativas entre ambos grupos ($z = .89, p = .18$). Comparando los resultados obtenidos en los grupos de Reducción Parcial, en este caso si aparecen diferencias significativas a favor del grupo de Auto-Regulación Fisiológica ($z = 1.94, p = .02$), que es el que posee un mayor número de fumadores que reducen, pero no eliminan, su consumo de cigarrillos/día.

También se han establecido comparaciones partiendo del criterio de "Éxito Terapéutico", en el cual quedan incluidos los participantes que consiguen alcanzar sus objetivos, es decir, eliminar el consumo de cigarrillos o bien, controlar su consumo reduciéndolo a unos niveles mínimos prefijados en la primera sesión de tratamiento. Se añan, pues, los participantes de los grupos de Reducción Total y Fumadores Controlados (Auto-Regulación Fisiológica).

Aquí vemos (tabla nº 13), como la prueba z nos muestra que existen diferencias significativas ($z = 2.28$, $p = .01$) a favor de los participantes de la Auto-Regulación Fisiológica ($N = 45$), ya que son, proporcionalmente, más los fumadores que consiguen sus objetivos respecto al consumo de cigarrillos frente a los participantes de la investigación en Auto-Regulación Emocional ($N = 66$).

Tabla 13

Comparaciones de los Resultados Post-Tratamiento de la Terapia de Auto-Regulación Emocional y Fisiológica en Proporciones

<u>Grupos</u>	<u>Auto-Regulación Fisiológica</u>		<u>Auto-Regulación Emocional</u>		<u>z</u>	<u>p</u>
	<u>n</u>	<u>porcentaje</u>	<u>n</u>	<u>porcentaje</u>		
Reducción Total	25	55.55%	31	46.67%	0.89	.18
Reducción Parcial	11	24.44%	7	10.60%	1.94	.02
Éxito Terapéutico	31	68.88%	31	46.67%	2.28	.01

Nota. Éxito Terapéutico = grupo de Reducción Total más grupo de Fumadores controlados en el caso de la Auto-Regulación Fisiológica y grupo de Reducción Total en Auto-Regulación Emocional. $z =$ prueba de contraste de hipótesis para proporciones. Los valores positivos de z indican magnitudes superiores en la muestra de Auto-Regulación Fisiológica.

La eficacia diferencial de la Terapia de Auto-Regulación Fisiológica frente al grupo Control la estableceremos posteriormente en el Seguimiento a los 6 meses, puesto que es, en este periodo temporal, cuando se realizó la segunda evaluación del consumo de cigarrillos/día en el grupo Control. También en ese periodo temporal se compararán los resultados obtenidos en el seguimiento mediante la Terapia de Auto-Regulación Fisiológica con los obtenidos en la Terapia de Auto-Regulación Emocional, en la búsqueda de posibles diferencias en el mantenimiento de los logros terapéuticos alcanzados tras la intervención.

7.3. MANTENIMIENTO DE LOS RESULTADOS TERAPÉUTICOS A LOS 3, 6 Y 12 MESES DE SEGUIMIENTO

El seguimiento de los participantes en esta investigación se ha realizado durante un año, siendo las evaluaciones a los 3, 6, y 12 meses de iniciado el tratamiento.

7.3.1. RESULTADO DEL SEGUIMIENTO A LOS 3 MESES

Durante este periodo se produjo una recaída considerable en el grupo de Reducción Total ($n = 25$), ya que fueron 12 los fumadores que volvieron a consumir cigarrillos (48%) y de éstos, son cinco, los que vuelven a niveles de consumo cercanos al pre-tratamiento. Se mantienen abstinentes 13 participantes (52%). En la tabla nº 14, puede verse, la media y la desviación típica ($M = 7.16$, $SD = 9.31$), siendo las diferencias significativas a nivel estadístico, tal como lo muestran los resultados de la prueba intra realizada ($z = -4.07$, $p = .0001$).

Tabla 14

Diferencias en el Consumo de Cigarrillos Pre-Seguimiento a los 3 Meses

<u>Grupos</u>	<u>Pre-Tratamiento</u>		<u>Seguimiento 3 Meses</u>		<u>z</u>	<u>p</u>
	<u>M</u>	<u>SD</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>		
Reducción total	24.08	11.88	7.16	9.31	-4.07	.0001
Reducción Parcial	28.27	10.76	13.81	6.03	-2.80	.005
Fumadores Controlados	15.50	5.43	5.83	4.75	-2.20	.02

Nota. z = prueba de significación estadística de Wilcoxon

Con respecto al grupo de Reducción Parcial, vemos que incrementa su consumo de cigarrillo/día ($M = 13.81$, $SD = 6.03$), aunque no llega a alcanzar sus niveles pre-tratamiento,

observándose como existen diferencias significativas ($z = -2.80$, $p = .005$) entre la media de cigarrillos fumados en el pre-tratamiento y en el seguimiento a los tres meses. En el seguimiento a los tres meses son 5 (45%) los participantes que aumentan su consumo y 1 fumador (9%) elimina su consumo de cigarrillos/día.

Por último, vemos también en esa tabla nº 14, que el grupo de Fumadores Controlados, a pesar de que aumenta su consumo ($M = 5.83$, $SD = 4.75$), sigue manteniendo diferencias significativas respecto del consumo pre-tratamiento ($z = -2.20$, $p = .02$), aunque con una significación menor que los restantes grupos. Son 2 los fumadores (33.33%) que aumentan el consumo de tabaco (a 7 y 15 cigarrillos/día) y 4 (67%) los que mantienen sus resultados post-tratamiento.

Realizada la prueba de Kruskal-Wallis, vemos en la tabla nº 15, que sí aparecen diferencias significativas a nivel estadístico entre los diferentes grupos ($\chi^2 = 6.15$, $p = .05$) en cuanto al consumo de cigarrillos/día en el seguimiento a los tres meses.

Tabla 15

Diferencias en el Consumo de Cigarrillos en el Seguimiento a los 3 Meses

<u>Grupos</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Reducción total	7.16	9.31
Reducción Parcial	13.81	6.03
Fumadores Controlados	5.83	4.75

$\chi^2 = 6.15$;

$p = .05$

Nota. χ^2 = prueba de diferencias Kruskal-Wallis...

En la tabla n° 16, puede observarse que estas diferencias se establecen entre los grupos de Reducción Parcial y el grupo de recaída de Reducción total ($z = -2.20$, $p = .03$).

También existen diferencias significativas a nivel estadístico entre los grupos de Reducción Parcial y Fumadores Controlados, ya que el grupo de Fumadores Controlados, aunque aumente el consumo de cigarrillos/día, sigue manteniéndose en unos niveles inferiores al grupo de Reducción Parcial ($z = -2.29$, $p = .02$).

Donde no aparecen diferencias significativas es entre los grupos de Fumadores Controlados y Reducción total siendo el grupo de Reducción total es el que posee una desviación típica mayor ($SD = 9.31$) frente al grupo de Fumadores Controlados ($SD = 4.75$), como puede verse en la anterior tabla n° 15.

Tabla 16

Diferencias en el Consumo de Cigarrillos entre los Diferentes Grupos en el Seguimiento a los 3 Meses

<u>Grupos</u>	<u>z</u>	<u>p</u>
Reducción total vs Reducción Parcial	-2.20	.03
Reducción Parcial vs. Fumadores Controlados	-2.29	.02
Fumadores Controlados vs. Reducción total	-.57	.56

Nota. z = prueba de diferencias U de Mann-Witney.

7.3.2. RESULTADO DEL SEGUIMIENTO A LOS 6 MESES Y DATOS COMPARATIVOS FRENTE A LOS OBTENIDOS EN LA TERAPIA DE AUTO-REGULACIÓN EMOCIONAL Y GRUPO CONTROL

Los datos recogidos en el segundo periodo evaluativo del seguimiento (6 meses), mostraron la siguiente evolución de los grupos post-tratamiento (tabla nº 17). En el grupo de Reducción total (n = 25), la media de cigarrillos/día fumados, debido a los que recaen, posee un valor similar a la de los tres meses (M = 7.32, SD = 8.24), elevándose a 14 los fumadores que vuelven a consumir cigarrillos (52%) y manteniendo sus resultados post-tratamiento 11 participantes (44%).

Respecto del grupo de Reducción Parcial, la media de cigarrillos/día aumenta (M = 14.20, SD = 6.21), siendo sólo 3 fumadores (27%) los que mantienen sus resultados post-tratamiento, mientras que 6 (55%) lo incrementan. Sigue manteniéndose a 0 cigarrillos el participante que lo alcanzó a los tres meses y se produce un abandono por enfermedad.

Tabla 17

Diferencias en el Consumo de Cigarrillos en el Seguimiento a los 6 Meses

<u>Grupos</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Reducción total	7.32	8.24
Reducción Parcial	14.20	6.21
Fumadores Controlados	5.33	4.76
	$\chi^2 = 5.68$	$p = .06$

Nota. χ^2 = prueba de diferencias Kruskal-Wallis.

El grupo de Fumadores Controlados mantiene la media de cigarrillos/día en unos niveles similares a los alcanzados en el seguimiento a los 3 meses ($M = 5.33$, $SD = 4.76$). De los seis participantes que forman este grupo un fumador reduce el consumo a niveles post-tratamiento (el que recayó a 7 cigarrillos/día a los tres meses), manteniéndose, pues, 5 sujetos (83%) con similar promedio al alcanzado en el post-tratamiento, mientras que 1 participante (17%) sigue fumando la misma cantidad desde el seguimiento a los tres meses (15 cigarrillos/día).

Por último señalar que, tal como muestra la prueba χ^2 , no se aprecian diferencias significativas en el consumo de cigarrillos entre los tres grupos en el seguimiento a los 6 meses ($\chi^2 = 5.68$, $p = .06$), aunque está cerca de la significación.

Para no ser reiterativos, los resultados de los análisis intragrupo se comentarán posteriormente en el seguimiento a los 12 meses, al presentar la evolución de los grupos en los diferentes momentos evaluativos.

Por otra parte, tal como se ha comentado con anterioridad, también es un objetivo de esta investigación comprobar la eficacia diferencial en el mantenimiento de las ganancias terapéuticas de la intervención basada en la Terapia de Auto-Regulación Fisiológica, frente a la intervención para eliminar el hábito del tabaquismo basada en la Terapia de Auto-Regulación Emocional (Bayot, 1994) y frente a un grupo Control sin tratamiento. Para ello, presentamos en este apartado los resultados obtenidos en las diferentes comparaciones realizadas entre los grupos de Auto-Regulación Fisiológica y Auto-Regulación Emocional y el grupo Control sin tratamiento. Recordar que se realizan en este periodo temporal ya

que, por una parte, sólo se poseen datos del seguimiento en Terapia de Auto-Regulación Emocional a los 6 meses y por otra, en el grupo Control se realizó la segunda evaluación de su nivel de consumo a los seis meses de la primera medida.

En la tabla nº 18, pueden observarse los datos del grupo de Terapia de Auto-Regulación Emocional donde, a los 6 meses de seguimiento, sólo recayeron 7 participantes (22.58%) del grupo de Reducción Total ($M = 4.23$, $SD = 8.29$). Permanecieron abstinentes el 77.41% ($n = 24$) de los participantes que conformaron el grupo post-tratamiento ($n = 31$).

Respecto al grupo de Reducción Parcial ($n = 7$), excepto un fumador que abandona el consumo de cigarrillos, los restantes aumentan sus niveles medios de consumo en el seguimiento ($M = 22.57$, $SD = 15.85$), frente a los resultados alcanzados en el post-tratamiento ($M = 13.71$, $SD = 8.20$).

Tabla 18

Resultados del Consumo de Cigarrillos en el Seguimiento a los 6 Meses en los Grupos de Auto-Regulación Emocional y Control

<u>Grupos</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Reducción total	4.23	8.29
Reducción Parcial	22.57	15.85
Control	21.37	15.70

Los datos obtenidos del grupo Control, muestran que un fumador elimina el consumo de tabaco mientras que los restantes (n

= 25), siguen manteniéndose en unos valores medios similares al primer momento evaluativo ($M = 21.37$, $SD = 15.70$).

Establecidas las comparaciones entre los grupos de Tratamiento (Auto-Regulación Fisiológica y Auto-Regulación Emocional) y Control, en la siguiente tabla (nº 19) vemos que aparecen diferencias significativas ($F = 10.19$, $p = .0001$) en cuanto al consumo promedio de cigarrillos, al tomar las muestras totales de los diferentes grupos de Tratamiento eliminando los abandonos (Auto-Regulación Fisiológica, $n = 41$, Auto-Regulación Emocional $n = 38$) y el grupo Control ($n = 26$). La proporción de varianza explicada por la variable independiente (Grupos Tratamiento y Control), es elevada, tal como lo muestra el valor alcanzado al realizar la prueba del tamaño del efecto ($\eta^2 = .17$), siguiendo los criterios establecidos por Borenstein, Cohen, Rothstein Pollack & Kane (1990).

Realizada posteriormente la prueba de Newman-Keuls, esta nos indica que existen diferencias estadísticamente significativas entre los Grupos de Terapia de Auto-Regulación Fisiológica y Terapia de Auto-Regulación Emocional frente al grupo Control a favor de los grupos de Tratamiento.

La media más baja, en el consumo de cigarrillos/día, la posee el Grupo de Auto-Regulación Emocional ($M = 7.42$, $SD = 12.27$), seguido del Grupo de Auto-Regulación Fisiológica ($M = 8.70$), siendo éste, el grupo que tiene la desviación típica inferior ($SD = 7.92$).

Por su parte, el grupo Control es el que ostenta la media más elevada de cigarrillos/día ($M = 20.34$, $SD = 16.41$), tal como puede observarse en esta tabla nº 19.

Tabla 19.

Diferencias en la Cantidad Media de Cigarrillos Consumidos en el Seguimiento a los 6 Meses en la Muestra de Auto-Regulación Fisiológica, Auto-Regulación Emocional y Grupo Control

<u>Grupos</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Auto-Regulación Fisiológica	8.70	7.92
Auto-Regulación Emocional	7.42	12.27
Control	20.34	16.41
$F=10.19$	$p=.0001$	$\eta^2=.17$

La prueba de Newman-Keuls indica que existen diferencias significativas entre los Grupos Experimentales de Auto-Regulación Fisiológica y Auto-Regulación Emocional frente al Grupo control, a favor de los Grupos Experimentales.

Nota. F = prueba de contraste de hipótesis F Ratio, η^2 = tamaño del efecto.

Se realizó también una prueba de diferencias tomando únicamente a los participantes de cada grupo de Tratamiento y Control que consumían cigarrillos (tabla nº 20). La finalidad reside en tener una aproximación más clínica del consumo de cigarrillos de los subgrupos de recaída frente al grupo Control.

Puede observarse como el consumo medio de cigarrillos y la desviación típica es inferior en el grupo Tratamiento de Auto-Regulación Fisiológica ($M = 12.31$, $SD = 6.61$) frente al grupo Tratamiento de Auto-Regulación Emocional ($M = 19.93$, $SD = 11.35$)

Tabla 20.

Diferencias en la Cantidad Media de Cigarrillos Consumidos en el Seguimiento a los 6 Meses en la Muestra de Fumadores de Auto-Regulación Fisiológica, Auto-Regulación Emocional y Grupo Control

<u>Grupos</u>	<u>n</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Auto-Regulación Fisiológica	29	12.31	6.61
Auto-Regulación Emocional	14	19.93	11.35
Control	25	21.69	16.27

F = 4.70 p = .01 , $\eta^2 = .11$

La prueba de Newman-Keuls indica que existen diferencias significativas entre el Grupo Control y el Grupo de Auto-Regulación Fisiológica, a favor de éste último.

Nota. F = prueba de contraste de hipótesis F Ratio, η^2 . = tamaño del efecto.

y especialmente frente al grupo Control (M = 21.69, SD = 16.27). En este caso, la proporción de varianza explicada en la variable dependiente (*Consumo de cigarrillos en el Seguimiento a los 6 meses*), es inferior ($\eta^2 = .11$), a pesar de que el tamaño del efecto esta cerca del 13%, considerado por Borenstein et al. (1990), como grande. Sin embargo, no hay que olvidar que los puntos de corte establecidos por estos autores (tamaño del defecto pequeño = 1%; mediano = 6%; grande = 13%), no se fundamenta en ningún criterio teórico tal como señalan Pascual, García y Frías (1995). La prueba paramétrica de Newman-Keuls muestra que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo Control y el grupo de Terapia de Auto-Regulación Fisiológica a favor de este último.

Realizadas las pruebas de diferencias entre los grupos post-tratamiento de Terapia de Auto-Regulación Fisiológica y el grupo Control, se puede observar en la tabla nº 21, la existencia de

diferencias estadísticamente significativas entre ellos ($\chi^2 = 17.8$, $p = .005$).

Tabla 21

Diferencias en el Consumo de Cigarrillos en el Seguimiento a los 6 Meses. Grupos Post-Tratamiento y Control

<u>Grupos</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Reducción total	7.32	4.24
Reducción Parcial	14.20	6.21
Fumadores Controlados	5.33	4.76
Control	21.37	15.70
	$\chi^2=17.18$	$p=.005$

Nota. χ^2 = prueba de diferencias de Kruskal-Wallis...

En la siguiente tabla n° 22, podemos observar que las diferencias se producen entre los grupos Reducción total y Control ($z = -3.44$, $p = .001$), y Fumadores Controlados y Control ($z = -3.00$, $p = .002$), pero no entre el grupo de Reducción Parcial y el grupo Control ($z = -.90$, $p = .36$).

Tabla 22

Diferencias en el Consumo de Cigarrillos entre los Diferentes Grupos Post-tratamiento y Control en el Seguimiento a los 6 Meses

<u>Grupos</u>	<u>z</u>	<u>p</u>
Reducción total vs. Control	-3.44	.001
Reducción Parcial vs. Control	-0.90	.36
Fumadores Controlados vs. Control	-3.00	.002

Nota. z = prueba de diferencias U de Mann-Witney.

Por último, al igual que en las comparaciones post-tratamiento, se ha utilizado la prueba z como estadístico de contraste en proporciones. Respecto a los resultados obtenidos referidos al número de participantes que mantienen su abstinencia (Reducción Total), puede verse en la tabla nº 23, que no aparecen diferencias significativas entre los resultados de ambos grupos ($z = -1.07$, $p = 0.14$).

Tabla 23

Comparaciones de los Resultados en el Seguimiento a los 6 Meses en Proporciones

<u>Grupos</u>	<u>Auto-Regulación Fisiológica</u>		<u>Auto-Regulación Emocional</u>		<u>z</u>	<u>p</u>
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>		
Reducción Total	12	26.66	24	36.36	-1.07	.14
Reducción Parcial	24	53.33	14	21.21	3.52	.0002
Éxito Terapéutico	18	40.00	24	36.36	0.39	.34

Nota. Éxito Terapéutico = grupo de Reducción Total más grupo de Fumadores controlados en el caso de la Auto-Regulación Fisiológica, grupo Reducción Total en el caso de la Auto-Regulación Emocional. Los valores de z positivos indican magnitudes superiores en el grupo de Auto-Regulación Fisiológica

Tampoco existen diferencias cuando se comparan partiendo del criterio de "Éxito Terapéutico", ya que el valor de z no alcanza la significación ($z = .39$, $p = .34$). Aquí se incluyen, en la muestra de Auto-Regulación Fisiológica, los sujetos que consiguen sus objetivos pre-tratamiento: eliminar o controlar el consumo de cigarrillos.

En los grupos de Reducción Parcial, los resultados muestran la existencia de diferencias significativas ($z = 3.52$, $p = .0002$) a favor de los participantes de la muestra de Auto-Regulación Fisiológica, donde el número de fumadores que reducen, pero no eliminan su consumo de cigarrillos, es superior.

7.3.3. RESULTADO DEL SEGUIMIENTO A LOS 12 MESES

En el Seguimiento realizado a los 12 meses de iniciado el tratamiento, encontramos (tabla nº 24) que en el grupo de Reducción total se mantienen los resultados obtenidos en la evaluación realizada a los 6 meses, es decir, siguen manteniéndose sin fumar 11 participantes (44%) y de los 14 que fumaban a los 6 meses, sólo 1 fumador vuelve a los niveles basales pre-tratamiento (4%) y se produce un abandono (4%). Se da el caso, en este subgrupo de recaída, que 3 participantes reducen su media de 6/8 cigarrillos/día a una media de 2 cigarrillos diarios, mientras que los 9 fumadores restantes aumentan su consumo pero con unos niveles inferiores a los pre-tratamiento. La media de cigarrillos consumidos aumenta ligeramente ($M = 8.41$, $SD = 9.14$), respecto a la recaída inicial a los tres meses.

En el grupo de Reducción Parcial, podemos observar que se produce un incremento en los valores medios de consumo post-tratamiento ($M = 15.20$, $SD = 10.82$). Sólo recaen a niveles pre-tratamiento 2 fumadores (20%), mientras que 3 (30%) participantes mantienen los mismos valores post-tratamiento y 4 (40%), informaron que se consideraban "controladores" del tabaco puesto que no sobrepasaban los niveles alcanzados a los tres meses aproximadamente (a pesar de ello, se les considera dentro del subgrupo de "recaída" en función de sus resultados post-tratamiento). Conviene señalar que 1 persona reduce a 0 cigarrillos (10%), sin embargo, el participante que dejó de fumar a los tres meses, recae a los doce meses a 5 cigarrillos diarios.

Tabla 24
Diferencias en el Consumo de Cigarrillos en el
Seguimiento a los 12 Meses

<u>Grupos</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Reducción total	8.41	9.14
Reducción Parcial	15.20	10.82
Fumadores Controlados	6.16	6.79
	$\chi^2 = 3.00$	$p = .2$

Nota. χ^2 = prueba de diferencias de Kruskal-Wallis.

Con respecto al grupo de Fumadores Controlados, en el seguimiento a los 12 meses, aumenta la media de cigarrillos/ día (M = 6.16, SD = 6.79), siendo 5 (83%) los miembros de este grupo que siguen manteniendo sus resultados post-tratamiento y 1 fumador el que aumenta a niveles pre-tratamiento con 20 cigarrillos de consumo diario.

Realizada la prueba de diferencias, ésta no muestra que existan diferencias estadísticamente significativas en el consumo de cigarrillos entre los tres grupos Reducción total (subgrupo que recae), Reducción Parcial y Fumadores Controlados ($\chi^2 = 3.00$, $p = .22$).

Tomados en conjunto estos resultados, vemos que el 53% de la muestra de fumadores que inició la intervención (22 participantes), mantienen su consumo post-tratamiento a los tres meses de seguimiento, mientras que el 2% (1 sujeto), mejora con el paso del tiempo, eliminando el consumo de cigarrillos y recaen 19 participantes (45%). En total el 55% de participantes mantienen o mejoran sus ganancias terapéuticas.

A los seis meses, 20 componentes de la investigación (48%), mantienen sus resultados post-tratamiento, 21 fumadores (50%), siguen con su aumento de consumo frente al post-tratamiento pero manteniendo unos niveles similares al seguimiento a los tres meses y se produce un abandono (2%) del grupo de reducción Parcial, reduciéndose, de este modo, la muestra a un N = 41 sujetos frente a los 45 participantes que iniciaron la intervención.

Por último a los doce meses, se produce 1 abandono, del grupo de Reducción total, quedando la muestra al final de la intervención con un N = 40 participantes. Mantienen o mejoran sus resultados post-tratamiento 20 participantes (49%), mientras que son 20 (49%), son los exfumadores que presentan recaída. Sin embargo, únicamente son 4 los fumadores que llegan a sus niveles de consumo pre-tratamiento (9%). Los restantes, el 91%, siguen manteniendo una media de cigarrillos/día inferior a su consumo pre-tratamiento.

En el análisis de las pruebas intragrupo realizadas, aparecen diferencias significativas en cuanto al número de cigarrillos/día entre el pre-tratamiento y los distintos periodos evaluativos, es decir, post-tratamiento y seguimiento a los tres, seis y doce meses de iniciada la intervención. En el grupo de Reducción Total, no existe comparación post-tratamiento dado que su media y desviación típica es cero. En el seguimiento se establece la comparación debido al subgrupo de recaída (Reducción total), tal como se ha comentado anteriormente.

En la tabla nº 25, aparecen los resultados obtenidos tras realizar la prueba de contraste de hipótesis no paramétrica de Friedman. Así vemos que, tanto en el grupo de Reducción total ($\chi^2 =$

Tabla 25

Diferencias Pre-Post Tratamiento y Seguimiento a los 3, 6 y 12**Meses**

<u>Grupos</u>	χ^2	<u>p</u>
Reducción total	26.85	.0001
Reducción Parcial	18.28	.0005
Fumadores Controlados	12.36	.001

Nota. χ^2 = prueba de diferencias de Friedman.

26.85, $p = .0005$), como en el grupo de Reducción Parcial ($\chi^2 = 18.28$, $p = .0005$) y Fumadores Controlados ($\chi^2 = 12.36$, $p = .001$), existen diferencias significativas entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento y el seguimiento a los 3, 6, y 12 meses, a pesar del aumento del consumo de cigarrillos/día. Este se produce, especialmente, en el grupo de Reducción Parcial, donde de una $M = 9.00$ cigarrillos/día en el post-tratamiento, pasa a una $M = 15.20$ en el seguimiento a los 12 meses. Sin embargo, no hay que olvidar que este grupo es el que mantenía en los niveles pre-tratamiento la media de cigarrillos/día más elevada ($M = 28.27$).

En lo que respecta al grupo de Fumadores Controlados, ambos mantienen valores similares en sus medias de consumo de tabaco a través de todo el seguimiento.

Dado que estos datos ofrecen una información más global, en las tablas siguientes (nº 26, 27 y 28), aparecen los resultados obtenidos tras aplicar la prueba de Wilcoxon, con el fin de poder ver entre qué periodos temporales evaluados se producen estas diferencias que muestra la prueba de Friedman (anterior tabla nº 25).

Así, en la tabla nº 26 se pueden observar los análisis realizados en el grupo de Reducción Total. Los resultados muestran que las diferencias se establecen tanto en las comparaciones Pre-Tratamiento y Seguimiento a los 3 meses, ($z = -4.07$, $p = .0001$) como en el Pre-Tratamiento y Seguimiento a los 6 meses ($z = -4.07$, $p = .0001$) y entre el Pre-Tratamiento y el Seguimiento a los 12 meses ($z = -3.78$, $p = .0005$).

Cuando las comparaciones se establecen en los periodos evaluativos del seguimiento, no se producen diferencias significativas, es decir, no se incrementan significativamente los niveles de consumo alcanzados en el seguimiento a los tres meses, manteniéndose esos valores hasta el seguimiento a los 12 meses.

Tabla 26

Diferencias en el Pre-Post Tratamiento y Seguimiento a los 3, 6 y 12 Meses. Grupo de Reducción Total

<u>Periodo Temporal</u>	<u>z</u>	<u>P</u>
Pre-Tratamiento vs 3 Meses	-4.07	.0001
Pre-Tratamiento vs 6 Meses	-4.07	.0001
Pre-Tratamiento vs 12 Meses	-3.78	.0005
6 Meses vs 3 Meses	-0.18	.85
12 Meses vs 3 Meses	-1.67	.09
12 Meses vs 6 Meses	-1.60	.10

Nota. z = prueba de contraste de hipótesis de Wilcoxon...

En el grupo de Reducción Parcial (tabla nº 27), también se producen diferencias significativas en las comparaciones pre-post tratamiento y seguimiento (3, 6 y 12 meses). Comparando las diferencias entre los valores alcanzados en el post-tratamiento y los diferentes seguimientos, vemos que existen diferencias

estadísticamente significativas al incrementarse el consumo de cigarrillos y que éstas aumentan conforme pasa el tiempo.

Tabla 27

Diferencias en el Pre-Post Tratamiento y Seguimiento a los 3, 6 y 12 Meses. Grupo de Reducción Parcial

<u>Periodo Temporal</u>	<u>z</u>	<u>p</u>
Pre-Tratamiento vs Post-Tratamiento.	-2.93	.003
Pre-Tratamiento vs 3 Meses	-2.80	.005
Pre-Tratamiento vs 6 Meses	-2.66	.007
Pre-Tratamiento vs 12 Meses	-2.36	.01
3 Meses vs Post-Tratamiento	-1.99	.04
6 Meses vs Post-Tratamiento	-2.19	.02
12 Meses vs Post-Tratamiento	-2.16	.01
6 Meses vs 3 Meses	-.80	.42
12 Meses vs 3 Meses	-.50	.61
12 Meses vs 6 Meses	-.52	.60

Nota. z = prueba de contraste de hipótesis de Wilcoxon.

Sin embargo, al comparar los distintos seguimientos entre sí, no existen diferencias significativas, es decir, a los tres meses, se estabiliza el consumo de cigarrillos y se mantiene hasta la última evaluación realizada a los doce meses. Este grupo de Reducción Parcial, sigue la misma pauta que el subgrupo de recaída del grupo de Reducción total, al mantener el consumo alcanzado a los tres meses hasta la última evaluación realizada al año de seguimiento.

En cuanto al grupo de Fumadores Controlados puede observarse en la tabla nº 28, como las diferencias significativas se producen entre los periodos temporales Pre-Tratamiento vs. Post-Tratamiento y Pre-Tratamiento vs. los diferentes seguimientos, a pesar de que no se obtiene una alta significación ($z = -2.20$, $p = .02$) si se comparan estos resultados con los obtenidos en los grupos de Reducción total y Reducción Parcial. Quizá sea debido a que este grupo parte en el Pre-Tratamiento de una media de cigarrillos/día inferior ($M = 15.50$).

Tabla 28

Diferencias en el Pre-Post Tratamiento y Seguimiento a los 3, 6 y 12 Meses. Grupo de Fumadores Controlados

<u>Periodo Temporal</u>	<u>z.</u>	<u>p</u>
Pre-Tratamiento vs Post-Tratamiento.	-2.20	.02
Pre-Tratamiento vs 3 Meses	-2.20	.02
Pre-Tratamiento vs 6 Meses.	-2.20	.02
Pre-Tratamiento vs 12 Meses	-2.02	.04
3 Meses vs Post-Tratamiento	-1.60	.10
6 Meses vs Post-Tratamiento	-1.34	.17
12 Meses vs Post-Tratamiento	-1.34	.17
6 Meses vs 3 Meses	-1.00	.31
12 Meses vs 3 Meses	-0.44	.65
12 Meses vs 6 Meses	-1.00	.31

Nota. z. = prueba de contraste de hipótesis de Wilcoxon...

En la comparación Pre-Tratamiento vs. Seguimiento a los 12 meses no se producen diferencias tan significativas ($z = -2.02$, $p = .04$). Este hecho pudo ser debido a que un fumador volvió a sus niveles Pre-Tratamiento de 20 cigarrillos/día, y al ser éste, un grupo reducido (6 participantes), este aumento influye más en la media del grupo que si se poseyera un número mayor de sujetos.

También se puede apreciar cómo este grupo mantiene sus valores post-tratamiento, puesto que no existen diferencias significativas entre las distintas comparaciones realizadas.

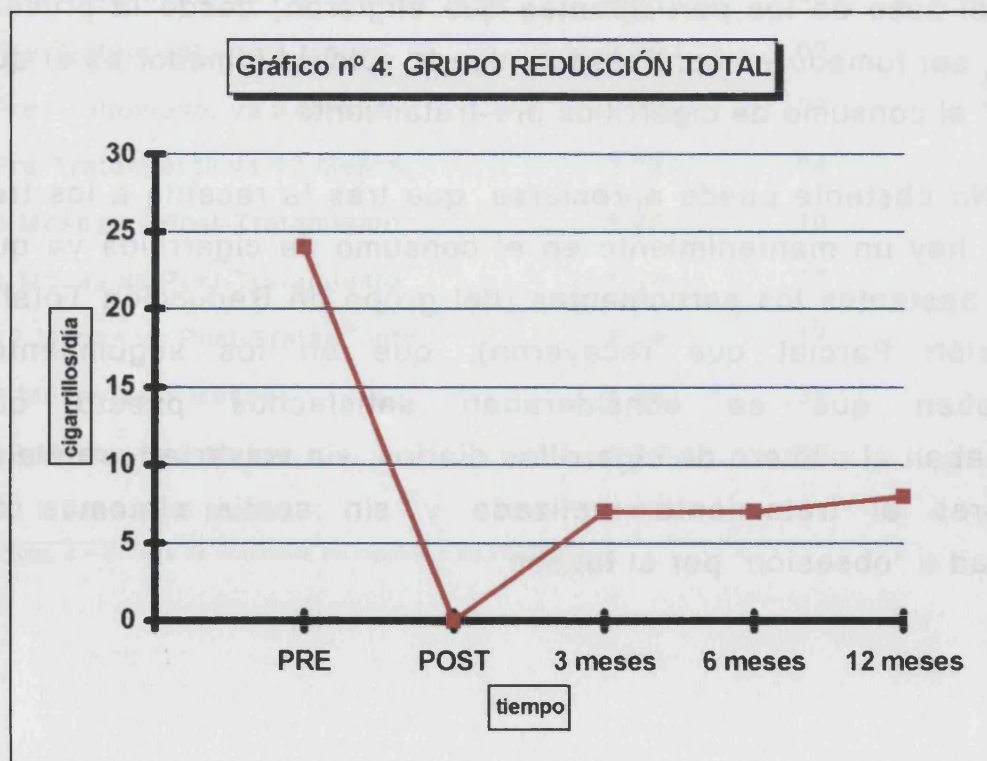
Para finalizar comentar que, tal como muestran los resultados, el porcentaje de participantes que consiguen sus objetivos terapéuticos, en el caso de la Reducción Total del consumo de cigarrillos, ha sido inferior al esperado al año de seguimiento. Este no es el caso de los participantes que eligieron, desde la primera sesión, ser fumadores controlados, donde sólo un fumador es el que "recae" al consumo de cigarrillos pre-tratamiento.

No obstante puede apreciarse, que tras la recaída a los tres meses, hay un mantenimiento en el consumo de cigarrillos ya que fueron bastantes los participantes (del grupo de Reducción Total y Reducción Parcial que recayeron), que en los seguimientos informaban que se consideraban satisfechos puesto que controlaban el número de cigarrillos diarios, sin volver a los niveles anteriores al tratamiento realizado y sin sentir síntomas de ansiedad u "obsesión" por el tabaco.

7.4. GRÁFICAS DE LA EVOLUCIÓN DE LOS GUPOS POST-TRATAMIENTO

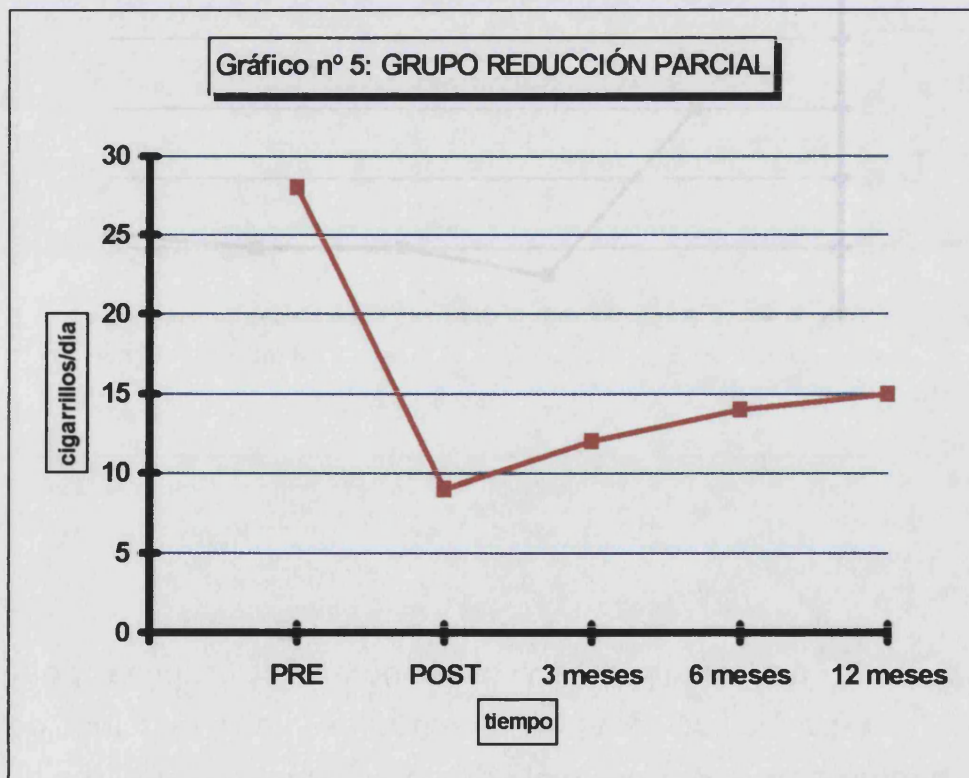
Para finalizar con los resultados obtenidos en la investigación realizada, se presentan de forma gráfica la evolución de los grupos post-tratamiento: Reducción Total, Reducción Parcial y Fumadores Controlados.

Así, en la gráfica n° 4, se observa cómo el grupo de Reducción Total pasa, debido a los participantes que recaen, de una media aproximada de 24 cigarrillos/día en el pre-tratamiento y de 0 en el post-tratamiento, a una media aproximada de 7 cigarrillos/día, tanto en el seguimiento a los tres meses como en el seguimiento a los 6 meses. A los doce meses, apenas hay un aumento significativo (8 cigarrillos/día aproximadamente).

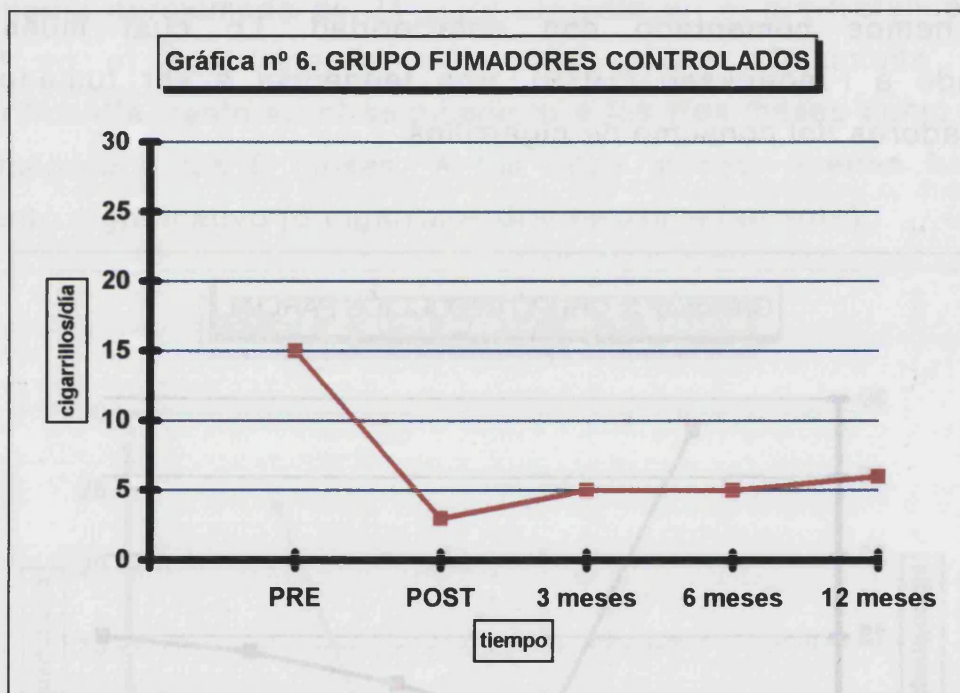


En el gráfico nº 5, puede verse la evolución del grupo de Reducción Parcial. Este grupo evolucionó de una media de 28 cigarrillos/día, en el pre-tratamiento, a una media aproximada de 9 cigarrillos/día tras el tratamiento en Terapia de Auto-Regulación Fisiológica.

Estos participantes, que no consiguieron alcanzar sus objetivos iniciales de eliminar el consumo de tabaco, a pesar de que aumentaron el consumo de cigarrillos con el tiempo, no llegaron a alcanzarse los niveles pre-tratamiento al año de seguimiento, tal como hemos comentado con anterioridad. Lo cual muestra, siguiendo a Frederiksen (1979), una tendencia a ser fumadores controladores del consumo de cigarrillos.



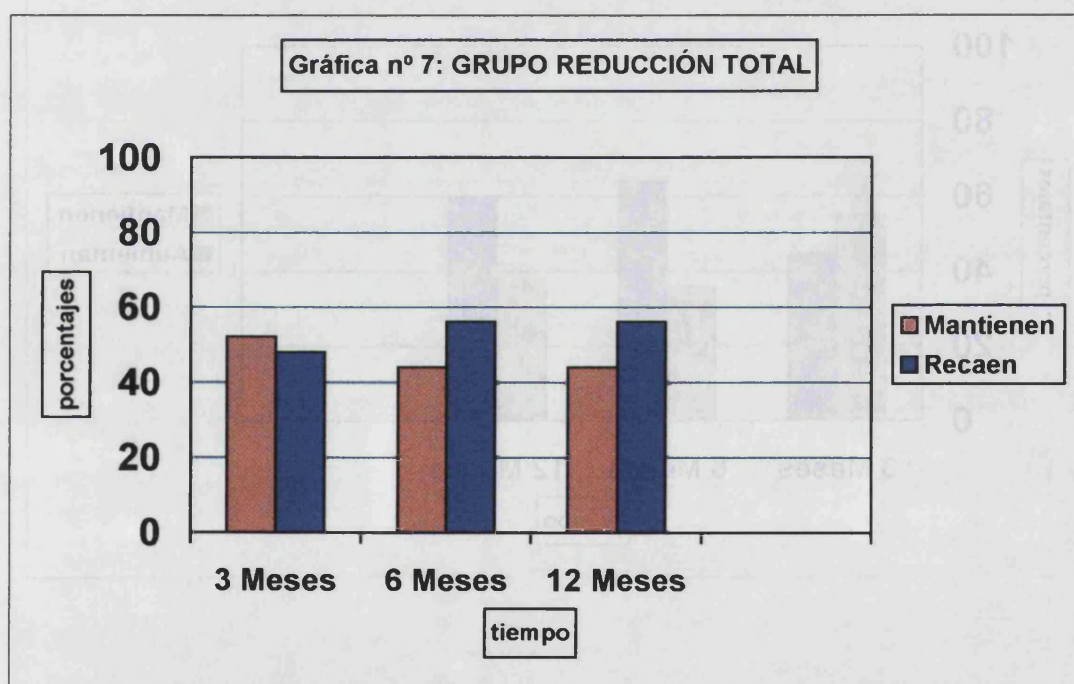
Por último en el gráfico nº 6, podemos ver visualmente la evolución del grupo de Fumadores Controlados. Este grupo inicialmente poseía unos valores medios en el pre-tratamiento inferiores a los de los grupos de Reducción Total y Reducción Parcial. En los diferentes seguimientos puede observarse como mantiene sus valores medios. Se aprecia el incremento dado que un sujeto aumenta el consumo a 20 cigarrillos/día y al ser el grupo de un n muy reducido (n = 6), los valores medios se disparan.



A modo de resumen, en las siguientes gráficas podemos observar, a través de datos porcentuales, la evolución de los diferentes grupos en cuanto al mantenimiento de sus resultados post-tratamiento.

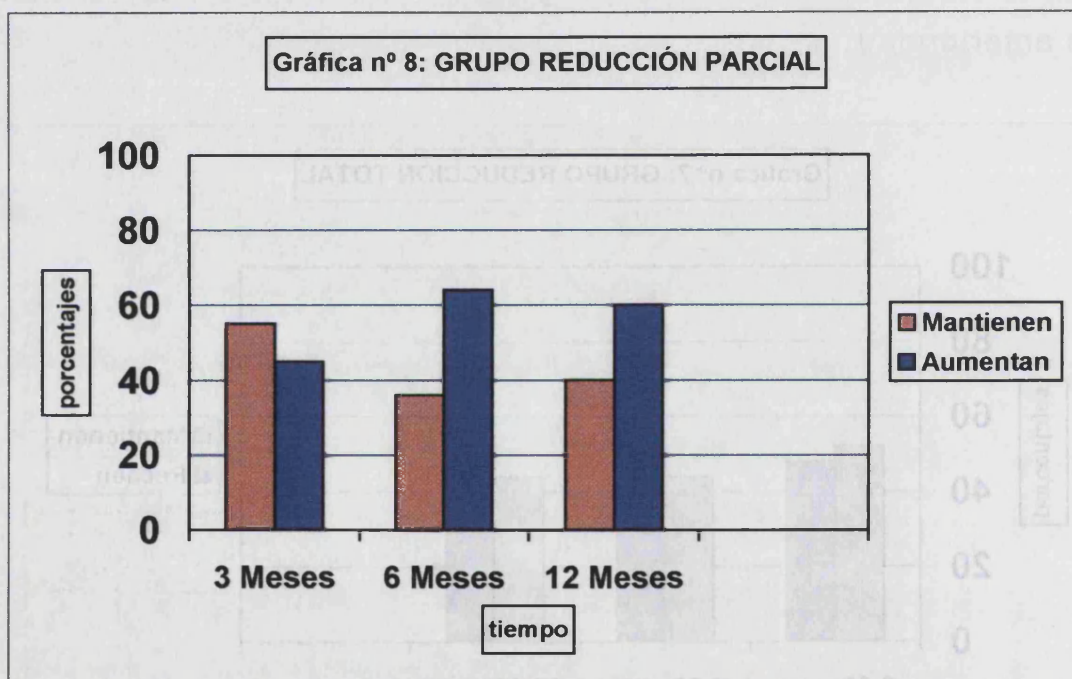
En la gráfica n° 7, puede observarse la evolución del grupo de Reducción Total a lo largo de la intervención. Mantienen los resultados post-tratamiento el 52% (n = 13), porcentaje que disminuye en el seguimiento a los 6 y 12 meses al 44%.

Es importante resaltar que sólo se produce un abandono en el seguimiento a los 12 meses y que la media de cigarrillos/día al final de la intervención es de 8 cigarrillos, como hemos comentado con anterioridad.



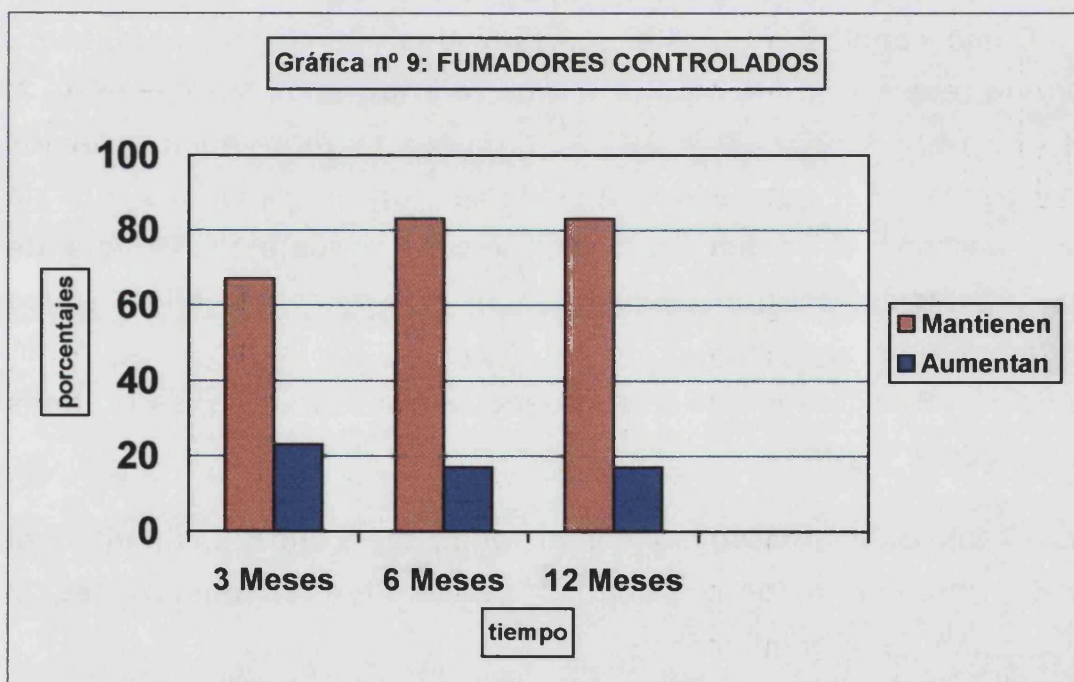
En la gráfica n° 8, al observar la evolución del grupo de Reducción Parcial, vemos que mantienen los niveles de consumo de tabaco post-tratamiento a los tres meses el 55% de los fumadores.

A los seis meses se reduce el mantenimiento de los valores alcanzados en el post-tratamiento al 36% y se produce un abandono. Al año de seguimiento un 40% de fumadores mantienen sus resultados post-tratamiento, mientras que el 60% aumenta su consumo de cigarrillos/día ($M = 15.20$), siendo sólo dos los participantes que vuelven a niveles de pre-tratamiento.



Finalmente, con respecto al grupo de Fumadores Controlados, en la gráfica n° 9, puede observarse como este grupo es el que ha conseguido mantenerse más uniformemente a lo largo del año de seguimiento. El 67% de fumadores mantiene sus resultados post-tratamiento a los tres meses, siendo 5 fumadores (83%) los que mantienen sus resultados post-tratamiento a los seis y doce meses

de iniciada la intervención. Al año de seguimiento sólo un participante vuelve a niveles basales pre-tratamiento, esa es una de las causas por las que los valores medios sean más elevados ($M = 6.16$). El hecho de que este grupo posea un número de sujetos muy reducido ($n = 6$), hace que los resultados sean tomados con cautela. Sin embargo, se sigue la línea de las investigaciones de Frederiksen (1979) con su técnica de "*Fumar Controlado*", en la que se intenta potenciar el auto-control personal ya que se orienta al fumador a que consiga sus objetivos pre-tratamiento en los cuales no se establece como meta la abstinencia sino el fumar un número concreto y reducido de cigarrillos diarios.



En el Anexo nº 1, se presentan las gráficas individualizadas de cada participante. En ellas, se observa la evolución de los 45

fumadores que conforman la muestra. Debido a que el tipo de tratamiento utilizado es novedoso, puede resultar de interés conocer algunas de las variaciones que, dentro del rango común de posibilidades en las estrategias de intervención, fueron elegidas por los participantes. Se presentan, pues, de modo esquemático, las características del tratamiento individualizado.

Así, junto a cada gráfica de evolución individual, aparecen los datos referidos al terapeuta que llevó al fumador (el terapeuta número 1 es varón y los restantes números 2, 3 y 4 son mujeres), el número de sesiones y en cuál llega a 0 cigarrillos, si esta eliminación se produjo en las primeras sesiones, y el tipo de estrategia preferida, ya sea aversiva o no aversiva.

Como conclusión a este apartado descriptivo individualizado, conviene resaltar un hecho anecdótico referido a los sujetos nº 1, 2, 3, 4, 7, 14, 15, 27, 36 y 38. Al finalizar la intervención fuimos "conscientes" de que estos fumadores fueron remitidos por la misma persona ("remitido por X"), la cual conocía la Terapia de Auto-Regulación (había realizado un curso sobre ella) y los resultados que se estaban obteniendo con la variante de Auto-Regulación Emocional. Tal como puede comprobarse en las gráficas de estos diez sujetos:

- Cinco eliminaron su consumo de cigarrillos al finalizar el tratamiento, pero sólo dos se mantuvieron abstinentes al año de seguimiento.
- Dos de los tres fumadores que redujeron su consumo en el post-tratamiento, volvieron a niveles basales. El restante, mantuvo sus niveles post-tratamiento de 17 cigarrillos/día (basal 50 cig./día), a lo largo del seguimiento.

- Por último, dos de los de los tres abandonos producidos durante el tratamiento forman parte de este bloque.

Puede deducirse que quizá estos 10 fumadores (18% de la muestra total) llegaron al programa con unas expectativas demasiado elevadas sobre el tipo de intervención, especialmente en lo referente a la "rapidez y sin esfuerzo", y no por unos deseos intrínsecos de dejar de fumar, o al menos de intentarlo.

Como dato curioso señalar que, también "por azar", el terapeuta nº 1, no tuvo asignado ninguno de estos fumadores.

7.5. VARIABLES PREDICTORAS DEL RESULTADO OBTENIDO EN LA INVESTIGACIÓN

7.5.1. INTRODUCCIÓN

Para establecer una visión general se comentarán, en primer lugar, los análisis correlacionales realizados con el objetivo de determinar la relación existente entre las diferentes variables extraídas de los instrumentos de evaluación (ver Anexo nº 3). Tras ellos se presentan los resultados obtenidos en los análisis estadísticos que se han realizado en la búsqueda de posibles diferencias significativas entre los grupos post-tratamiento en las variables analizadas. Finalmente, se ofrecerán los resultados extraídos de los análisis de regresión múltiple y de los análisis discriminantes realizados.

7.5.2. CORRELACIONES ENTRE LAS DISTINTAS VARIABLES

Destacando los resultados más importantes y teniendo presente que las correlaciones no son, en general, elevadas, en la tabla nº 29, puede observarse que aparece una correlación significativa entre las variables *Consumo de tabaco Pre-Tratamiento* y el *Consumo de tabaco a los 12 meses* ($r_{xy} = .26$, $p = .05$) y también entre el *Consumo de cigarrillos Pre-Tratamiento* y la puntuación obtenida en el *cuestionario FTQ* de Fagerström ($r_{xy} = .45$, $p = .002$). Sin embargo, conviene resaltar que uno de los ítems de este cuestionario es "consumo de cigarrillos diarios", además dicho elemento forma parte del factor que explica un mayor porcentaje de la varianza (Bayot, 1994). También aparece una relación significativa entre la variable *Consumo de tabaco Post-Tratamiento* y las variables de *Consumo de tabaco a los 3 meses de Seguimiento* ($r_{xy} = .35$, $p = .01$) y *Consumo de tabaco a los 6 meses* ($r_{xy} = .41$, $p = .001$), pero no existe una correlación significativa con el *Consumo de cigarrillos a los 12 meses*.

Con respecto de las variables extraídas del cuestionario de Horn, vemos que la variable *Adicción Psicológica* correlaciona con el *Consumo de cigarrillos Pre-Tratamiento* ($r_{xy} = .27$, $p = .04$), con *Consumo de cigarrillos Post-Tratamiento* ($r_{xy} = .28$, $p = .03$) y también con el *Consumo de cigarrillos* en los diferentes momentos evaluativos del seguimiento, a los 3 meses ($r_{xy} = .30$, $p = .02$), a los 6 meses ($r_{xy} = .30$, $p = .03$) y a los 12 meses ($r_{xy} = .33$, $p = .02$).

La variable de *Adicción Psicológica*, también correlaciona positivamente con las variables de *Búsqueda de Estimulación* ($r_{xy} = .52$, $p = .001$) y *Reducción de la Tensión* ($r_{xy} = .48$, $p = .001$).

Por último, en esta misma tabla (nº 29) vemos que se producen relaciones significativas entre la variable fumar por *Hábito* y *Consumo de cigarrillos Pre-Tratamiento* ($r_{xy} = .48$, $p = .001$) y con menor significación estadística, puede observarse como *Hábito*, muestra relación con el *Consumo de cigarrillos a los 12 meses* ($r_{xy} = .29$, $p = .05$). Junto con las anteriores, la variable *Hábito* muestra correlaciones significativas con *Adicción Psicológica* ($r_{xy} = .40$, $p = .01$); *Estimulación* ($r_{xy} = .26$, $p = .05$) y también con la puntuación obtenida en el cuestionario FTQ ($r_{xy} = .25$, $p = .05$).

Tabla 29

Correlaciones entre las diferentes variables relacionadas con el tabaquismo

	Pre-T.	Años	Post-T.	3 m.	6 m.	12 m.	FTQ	Estim.	Manip.	Relaj.	Reduc.	Adicc.	Hábito
Pre-T.													
Años	-.10												
Post-T.	.20	.09											
3 m.	.15	-.00	.35**										
6 m.	.22	-.02	.41***	.92***									
12 m.	.26*	-.06	.25	.67***	.79***								
FTQ	.45***	-.12	.22	.06	.19	.22							
Estim.	.16	-.18	.02	.05	.10	.19	.17						
Manip.	.25	.17	.06	.07	.12	.15	.04	.25*					
Relaj.	.11	.09	.17	.16	.13	.06	.07	-.05	.28*				
Reduc.	-.06	.03	-.20	.07	.07	.04	-.06	.58***	.27*	-.15			
Adicc.	.27*	-.02	.28*	.30*	.30*	.33**	.08	.52***	.33**	.09	.48***		
Hábito	.48***	-.17	.01	.19	.23	.29*	.25*	.26*	.12	-.06	.12	.40**	

Nota: Pre-T.= Pre-Tratamiento, Años= Años consumo de tabaco, Post-t.= Post-Tratamiento, m.= meses, FTQ= Cuestionario de Tolerancia a la Nicotina de Fagerström, Estim.= Estimulación, Manip.= Manipulación, Relaj.= Relajación, Reduc.= Reducción de la tensión, Adicc.= Adicción, *= probabilidad $\leq .05$, **= probabilidad $\leq .01$, ***= probabilidad $\leq .001$

Otros resultados de interés se presentan en la tabla nº 30, donde en la matriz correlacional podemos observar la correlación significativa establecida entre las *Expectativas previas* al pase de la *Escala de Auto-Regulación Fisiológica* (para simplificar utilizaremos la abreviatura de Escala de A-R F^a) y las *Expectativas post* pase de la *Escala de A-R F^a* ($r_{xy} = .51$, $p = .0001$). Curiosamente, esta misma puntuación se obtuvo en las correlaciones establecidas entre las *Expectativas Pre* y *Post Escala de Auto-Regulación Emocional* (Bayot, 1994).

Con relación a los elementos que forman la *Escala de A-R F^a*, podemos ver que el primer elemento *Peso*, correlaciona negativamente con la variable *Locus de Control General de la Salud* ($r_{xy} = -.41$, $p = .01$).

Con el segundo elemento de la *Escala de A-R F^a*, *Relajación*, los datos muestran relaciones positivas únicamente con *Expectativas Pre-Escala de A-R F^a* ($r_{xy} = .32$, $p = .01$).

En el ítem *Salivación*, aparecen relaciones con las *Expectativas Pre-Escala de A-R F^a* ($r_{xy} = .24$, $p = .05$) y con la variable *Locus de Control de la Salud Interno* ($r_{xy} = .33$, $p = .01$).

Con respecto al ítem *Anestesia*, también muestra una correlación, en este caso no muy elevada y negativa, con la variable *Locus de Control de la Salud Interno* ($r_{xy} = -.27$, $p = .03$).

El sexto elemento de la *Escala de A-R F^a*, *Ternura*, muestra correlaciones positivas con *Expectativas Pre-Escala de A-R F^a* ($r_{xy} = .26$, $p = .04$) y con la variable *Locus de Control de la Salud Externo* ($r_{xy} = .31$, $p = .02$).

El elemento *Alegría*, correlaciona positivamente con *Expectativas Pre-Escala de A-R F^a* ($r_{xy} = .29$, $p = .03$) y con la variable *Locus de Control de la Salud Interno* ($r_{xy} = .32$, $p = .01$).

El elemento octavo, *Hipermnesia* correlaciona con un alto nivel de significación estadística con *Expectativas Pre-Escala de Auto-Regulación* ($r_{xy} = .45$, $p = .001$) y, además, es el único elemento de la Escala de A-R F^a en el cual se establece una relación significativa con *Expectativas Post-Escala de Auto-Regulación* ($r_{xy} = .29$, $p = .02$).

Del elemento *Amnesia*, señalar que es el único ítem de la *Escala de A-R F^a* que establece relaciones con dos variables del cuestionario EPQ, con la variable de *Psicoticismo* ($r_{xy} = .27$, $p = .03$) y con la variable *Neuroticismo* ($r_{xy} = .29$, $p = .02$), en ambos casos se establecen correlaciones positivas.

Finalmente, queda por comentar que el elemento último, *Sugestión Post-Escala de Auto-Regulación*, muestra una relación negativa con la variable *Neuroticismo* ($r_{xy} = -.24$, $p = .05$), siendo los valores alcanzados bajos, al igual que en la mayoría de los restantes elementos.

Tabla 30

Correlaciones entre los Elementos de la Escala de Auto-Regulación Fisiológica, Expectativas y Variables de Personalidad

	ExA	ExD	L.E.	L.I.	L.G.	N.	E.	P.	S.	PES.	REL.	SAL.	CAL.	ANE.	TER.	ALE.	HIP.	AMN.	SUG.	TOT	
ExA.																					
ExD.	.51***																				
L.E.	-.02	-.10																			
L.I.	.11	.04	.26*																		
L.G.	.20	.06	.30*	.06																	
N.	.08	.18	.17	.26*	.04																
E.	.07	-.05	-.00	.10	.10	-.24*															
P.	-.23	.01	.12	-.13	-.00	.34**	-.35**														
S.	-.19	-.35**	-.39**	-.10	-.13	-.03	-.15	.12													
PES.	.17	.21	.02	.11	-.41**	-.01	.05	.05	-.29*												
REL.	.32**	.03	-.13	.14	-.11	.18	.01	-.13	-.03	.11											
SAL.	.24*	-.09	.33**	.01	.14	-.00	.07	.03	-.17	.20	.03										
CAL.	.02	.07	.15	.20	-.04	-.18	.21	.00	-.12	.20	.06	.29*									
ANE.	.18	.21	-.06	-.27*	-.10	.05	.08	.23	-.02	.31*	-.10	.24*	.15								
TER.	.26*	.17	.31*	.17	.06	-.10	-.07	.01	-.06	.26*	-.10	.29*	.28*	.09							
ALE.	.29*	.06	-.00	.32**	-.03	-.16	.03	-.02	.09	.34**	.29*	.33**	.29*	.14	.34**						
HIP.	.45***	.29*	.18	.15	.02	-.17	-.00	-.11	-.20	.31*	.06	.11	.36**	.21	.44***	.21					
AMN.	-.10	.23	-.04	-.05	-.14	.29*	-.04	.27*	.05	.28*	-.19	.03	.14	.36**	.28*	.11	-.04				
SUG.	.24*	.11	.09	-.02	-.03	-.24*	-.09	.04	-.18	.22	.05	.31*	.20	.36**	.33*	.32**	.25*	.16			
TOT.	.36**	.18	.22	.18	-.14	-.05	.10	.08	-.15	.59***	.15	.55***	.53***	.52***	.64***	.64***	.52***	.39**	.54***		

Nota. ExA= Expectativas Pre-Escala de Auto-Regulación, ExD= Expectativas Post-Escala de Auto-Regulación, L.E.= Locus de Control Externo, L.I.= Locus de Control Interno, L.G.= Locus de Control General, N= Neuroticismo, E= Extraversión, P= Psicoticismo, S= Sinceridad, PES.= Peso, REL.= Relajación, SAL.= Salivación, Cal.= Calor, ANE.= Anestesia, TER.= Ternura, ALE.= Alegría, HIP.= Hipermnesia, SUG.= Sugestión Post Auto-Regulación, TOT.= Puntuación Total, *= probabilidad ≤.05, **= probabilidad ≤ .01, ***= probabilidad ≤ .001

En la siguiente tabla (n° 31), se pueden observar las correlaciones establecidas entre los elementos de la *Escala de A-R F^a* y el *Consumo de cigarrillos Post-tratamiento* en el seguimiento a los 3, 6 y 12 meses. En este caso, únicamente se establece una relación significativa y positiva entre el elemento *Salivación* y el *Consumo de cigarrillos Post-Tratamiento* ($r_{xy} = .28$, $p = .03$).

Tabla 31

Correlaciones entre la Escala de Auto-Regulación Fisiológica y el Consumo de Cigarrillos en el Post-Tratamiento y Seguimiento

	PESO	REL.	SAL.	CAL.	ANE.	TER.	ALE.	HIP.	AMN.	SUG.	TOT.
POST	.22	-.08	.28*	.15	.14	.22	.16	.18	.09	-.00	.24
3 m.	-.21	.15	.13	-.01	-.18	.02	.07	.6	-.14	-.04	-.04
6 m.	-.20	.12	.17	.00	-.16	-.08	.04	-.03	-.05	-.12	-.07
12 m.	-.03	-.12	.06	.06	-.11	-.03	.12	.00	.18	-.09	.01

Nota. POST = Post-tratamiento, m. = meses, REL. = Relajación, SAL. = Salivación, CAL. = Calor, ANE. = Anestesia, TER. = Ternura, ALE. = Alegría, HIP. = Hipermnesia, AMN. = Amnesia, SUG. = Sugestión Post Auto-Regulación, TOT. = Puntuación Total de la Escala de Auto-Regulación Fisiológica, * = probabilidad $\leq .05$.

Por último, en la tabla n° 32, se presentan las correlaciones entre los diferentes periodos de evaluación del consumo de cigarrillos. Se establecen correlaciones positivas entre ellos, excepto entre el *Consumo de cigarrillos Post-Tratamiento* y el *Consumo de cigarrillos al año de Seguimiento*, donde los análisis muestran la no-existencia de significación a nivel estadístico ($r_{xy} = .25$, $p = .06$).

Tabla 32
Correlaciones entre los Diferentes Periodos Evaluativos
del Consumo de Cigarrillos en el Post-Tratamiento y
Seguimientos

	POST	3 Meses	6 Meses	12 Meses
POST				
3 Meses	.35**			
6 Meses	.41**	.92***		
12 Meses	.25	.67***	.79***	

Nota. POST = Post-Tratamiento, * = probabilidad $\leq .05$, ** = probabilidad $\leq .01$, *** = probabilidad $\leq .001$,

Las correlaciones más elevadas se establecen entre el *Consumo de cigarrillos a los 3 Meses* y los restantes seguimientos *6 Meses* ($r_{xy} = .92$, $p = .0001$) y *12 Meses* ($r_{xy} = .67$, $p = .0005$). Y también son altas las correlaciones entre el *Seguimiento a los 6 Meses* y el *Seguimiento a los 12 Meses* ($r_{xy} = .79$, $p = .0005$).

Conviene recordar que los análisis Correlacionales no establecen nexos causales, sólo indican relaciones entre las variables y su sentido positivo (relación directa) o negativo (relación inversa). Así, estos resultados ayudarán a perfilar los encontrados en los análisis de Regresión Múltiple y análisis Discriminantes que se presentarán con posterioridad a las Pruebas de Diferencias realizadas y que vamos a comentar en el apartado siguiente.

Por último, señalar que con los elementos de la Escala de Auto-Regulación Fisiológica se realizó, a modo tentativo, un Análisis Factorial de componentes principales para observar qué tendencia podrían obtenerse con los diferentes elementos. Se han

obtenido tres factores (satisfacen el criterio de Kaiser de un "eigenvalue" igual o mayor que la unidad), que explican el 55% de la varianza. En la tabla nº 33, puede verse como, excepto el ítem nº 2 "Relajación", los restantes conforman un único factor que explica 30% de varianza obtenida. Sin embargo, estos resultados no permiten extraer conclusiones dado el reducido número de sujetos que se poseen.

Tabla 33

Análisis Factorial: Elementos de la Escala de Auto-Regulación Fisiológica

<u>Elemento</u>	<u>Factor 1</u>	<u>Factor 2</u>	<u>Factor 3</u>	<u>Comunalidad</u>
Peso	.61	-.03	.24	.43
Relajación	.09	.73	.44	.75
Salivación	.55	.12	-.29	.33
Calor	.57	.16	-.29	.43
Anestesia	.53	-.45	.34	.60
Ternura	.65	-.06	-.45	.64
Alegría	.62	.38	.25	.60
Hipermnesia	.57	.20	-.51	.63
Amnesia	.38	-.66	.21	.63
Sugestión Post-Escala	.63	-.04	.13	.42
Eigenvalue	3.00	1.42	1.07	
% Varianza	30.1	14.2	10.7	
% Varianza acumulada	30.1	44.3	55.0	

También, a modo exploratorio, se realizó la prueba de homogeneidad para conocer la correlación Item-Total. En la tabla nº 34, vemos que el elemento nº 6, "Ternura", es el que posee los valores más altos (Item-Total = .50), mientras que el elemento nº 9,

"Amnesia", es el que obtiene las correlaciones mas bajas (Item-Total = .27).

Además, también se halló la consistencia interna, tanto para la puntuación *Total* de la *Escala de Auto-Regulación Fisiológica* ($\alpha = .74$), como para los distintos elementos que la conforman (tabla nº 34). Se ha excluído el ítem nº 2 "*Relajación*" ya que la saturación alcanzada entre él y el factor nº 1, es muy baja (.09).

Tabla 34
Correlaciones Item-Total en los Elementos de la Escala de Auto-Regulación Fisiológica

<u>Elemento</u>	<u>α</u>	<u>Item-Total</u>
Peso	.71	.46
Salivación	.72	.39
Calor	.71	.41
Anestesia	.72	.40
Ternura	.70	.50
Alegría	.71	.44
Hipermnesia	.72	.39
Amnesia	.74	.27
Sugestión Post-Escala	.70	.48

$\alpha = .74$

Nota. Item-Total = coeficiente de Homogeneidad corregido, α = consistencia interna.

7.5.3. PRUEBAS DE DIFERENCIAS

Para determinar con mayor precisión las variables que pronostiquen el resultado obtenido en esta investigación, se han utilizado las pruebas no paramétricas de Kruskal-Wallis, en las comparaciones para más de dos grupos (muestras independientes) y de Wilcoxon, en las comparaciones para dos muestras dependientes. Los resultados han de ser tomados con cautela dado que el número de participantes es reducido (excepto, quizás, el grupo de Reducción Total con un $n = 25$) y por tanto los datos no pueden llegar a ser concluyentes.

En primer lugar, se comentarán los resultados de los análisis realizados con las variables extraídas de los cuestionarios de tabaquismo (*FTQ* de Fagerström, 1978 y *el Instrumento de Auto-Evaluación del Fumador* de Horn, 1975).

En segundo lugar, se presentarán los resultados del cuestionario de *Expectativas* (adaptado de Cholíz, 1989). Seguidamente se ofrecerán los análisis realizados en las variables de Personalidad (*EPQ-A* de Eysenck y Eysenck, 1975 y *Locus de Control de la Salud* de Wallston et al., 1978).

Por último se ofrecerán los datos obtenidos en los análisis realizados en la *Escala de Auto-Regulación Fisiológica* (*Escala de A-R F^a*).

7.5.3.1. Cuestionario de Tolerancia Nicotínica (Fagerström, 1978)

En la tabla nº 35, vemos como la *Tolerancia a la Nicotina*, considerada una de las variables predictoras de éxito terapéutico más importantes, no muestra diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos de Reducción Total, Reducción Parcial, Fumadores Controlados y Abandono ($\chi^2 = 6.57$), a pesar de estar cerca de la significación ($p = .08$). Este resultado es similar al encontrado por Bayot (1994), donde tampoco aparecen diferencias significativas entre los diferentes grupos post-tratamiento mediante la Terapia de Auto-Regulación Emocional.

Tabla 35
Diferencias entre grupos en el Cuestionario de
Tolerancia Nicotínica de Fagerström (FTQ)

<u>Grupos</u>	<u>M</u>	<u>SD</u>
Reducción Total	6.52	1.68
Reducción Parcial	7.27	2.14
Fumadores Controlados	5.33	0.51
Abandono	8.00	1.00
	$\chi^2=6.57$	$p=.08$

Nota. χ^2 = prueba de diferencias Kruskal-Wallis.

Puede apreciarse cómo las medias de los grupos de Abandono ($M = 8.00$, $SD = 1.00$) y Reducción Parcial ($M = 7.27$, $SD = 2.14$), son superiores a las de los grupos de Reducción Total ($M = 6.52$, $SD = 1.68$) y Fumadores Controlados ($M = 5.33$, $SD = .51$).

Los datos, pues, muestran una tendencia a cumplir las hipótesis predictivas de esta variable con relación a que una mayor

puntuación (superior a 6) está asociada a una mayor dependencia a la nicotina y, por tanto, a un peor pronóstico en el resultado del tratamiento. No obstante, la creencia de que la tolerancia nicotínica dificulta el abandono del hábito de fumar no se confirma.

7.5.3.2. Instrumento de Auto-Evaluación del Fumador (Horn, 1975)

Las distintas variables que aparecen en la tabla nº 36, corresponden a los factores del *Instrumento de Auto-Evaluación del Fumador* de Horn (1975), que determinan el comportamiento adictivo al tabaco. De las seis variables (*Búsqueda de Estimulación, Manipulación, Relajación Placentera, Reducción de la Tensión, Adicción Psicológica y Hábito*), tan sólo muestra una significación estadística la variable *Adicción Psicológica* ($\chi^2 = 8.66$, $p = .03$). Los grupos de Reducción Parcial y Abandono son los que presentan las puntuaciones medias superiores ($M = 11.8$, $SD = 2.08$ y $M = 11.66$, $SD = 3.05$, respectivamente), seguidos del grupo de Reducción Total ($M = 10.72$, $SD = 2.79$) y Fumadores Controlados ($M = 8.50$, $SD = 1.04$), que es el que presenta el valor más bajo. En los restantes factores no aparecen diferencias significativas.

Globalmente puede apreciarse que en las seis variables el grupo de Abandono es el que presenta puntuaciones medias superiores seguido del grupo de Reducción Parcial aunque, tal como hemos comentado, estas diferencias no son significativas a nivel estadístico.

Tabla 36
Diferencias entre grupos en el Instrumento de Auto-Evaluación del Fumador de Horn

Variable	Grupos								χ^2	p
	Abandono		R. T.		R. P.		F. C.			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Bus. Es.	11.33	3.51	7.52	3.69	7.32	3.55	6.33	1.63	3.18	.28
Manipu.	8.33	3.21	7.96	3.04	7.36	3.52	8.16	3.86	0.32	.95
Rel. Pl.	13.00	1.00	9.92	3.10	11.27	1.90	11.16	4.16	4.30	.23
Red. Te.	12.66	2.08	11.56	2.70	10.72	3.06	8.83	1.83	6.79	.07
Adic. Ps.	11.66	3.05	10.72	2.79	11.81	2.08	8.50	1.04	8.66	.03
Hábito	10.33	4.16	8.24	2.63	8.45	2.38	5.66	1.50	7.35	.06

Nota. R.T. = reducción total, R.P. = reducción parcial, F.C. = fumadores controlados, Bus. Es. = búsqueda de estimulación, Manipu. = manipulación, Rel. Pl. = relajación placentera, Red. Te. = reducción de la tensión, Adic. Psí. = adicción psicológica, χ^2 = prueba de diferencias Kruskal-Wallis.

Dado que aparecen diferencias significativas entre grupos en la variable *Adicción Psicológica*, en la tabla nº 37 pueden verse

Tabla 37
Diferencias entre grupos de Reducción Total, Reducción Parcial, Fumadores Controlados y Abandono en la Variable Adicción Psicológica

Grupos	z	.p
Abandono vs Reducción Total	-.30	.76
Abandono vs Reducción Parcial	-.24	.81
Abandono vs Fumadores Controlados	-1.84	.06
Reducción Parcial vs Reducción Total	-1.02	.30
Reducción Parcial vs Fumadores Controlados	-2.89	.003
Reducción Total vs Fumadores Controlados	-2.31	.02

Nota. z = prueba de contraste de hipótesis U de Mann-Witney.

los resultados obtenidos tras realizar la prueba U de Mann-Witney para conocer entre qué grupos se establecen tales diferencias. Como puede observarse, éstas se producen entre los grupos de

Reducción Parcial vs. Fumadores Controlados ($z = -2.89$, $p = .003$) y entre los grupos de Reducción Total vs. Fumadores Controlados ($z = -2.31$, $p = .02$), a favor de éste último.

7.5.3.3. Análisis realizados en las Variables de Personalidad

a) Locus de Control de la Salud (Wallston et al., 1978)

De las variables extraídas del cuestionario de Wallston et al. (1978), ha sido el *Locus de Control de la Salud Interno* la única variable que muestra diferencias significativas entre los diferentes grupos de Abandono, Reducción Total, Reducción Parcial y Fumadores Controlados ($\chi^2 = 7.97$, $p = .04$).

Tal como podemos observar en la tabla nº 38, paradójicamente el grupo de Abandono es el que posee la media más elevada ($M = 26.00$, $SD = 2.64$).

Tabla 38

Diferencias entre grupos en el Cuestionario de Locus de Control de la Salud

Variable	Grupos								χ^2	p
	Abandono		R. T.		R. P.		F. C.			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
LCSE	16.00	5.19	13.80	3.69	16.27	1.61	15.50	3.83	4.80	.18
LCSI	26.00	2.64	21.84	2.38	22.45	2.38	25.33	3.20	7.97	.04
LCSG	17.66	3.51	14.16	4.51	14.54	2.80	14.33	2.65	3.04	.38

Nota. R.T. = reducción total, R.P. = reducción parcial, F.C. = fumadores controlados, LCSE = Locus de Control de la salud externo, LCSI = Locus de Control de la salud interno, LCSG = Locus de Control de la salud general, χ^2 = prueba de contraste de hipótesis de Kruskal-Wallis.

Le sigue el grupo de Fumadores Controlados ($M = 25.33$, $SD = 3.20$), el grupo de Reducción Parcial ($M = 22.45$, $SD = 2.38$) y el grupo de Reducción Total ($M = 21.84$, $SD = 2.38$), que es el grupo que posee los valores medios más bajos.

En la siguiente tabla nº 39, vemos como las diferencias se establecen entre los grupos de Abandono y Reducción Total ($z = -1.96$, $p = .05$), los grupos de Reducción Parcial y Fumadores

Tabla 39

Diferencias entre grupos de Reducción Total, Reducción Parcial, Fumadores Controlados y Abandono en la Variable Locus de Control de la Salud Interno

<u>Grupos</u>	<u>z</u>	<u>p</u>
Abandono vs Reducción Total	-1.96	.05
Abandono vs Reducción Parcial	-1.81	.06
Abandono vs Fumadores Controlados	-.13	.89
Reducción Parcial vs Reducción Total	-.65	.51
Reducción Parcial vs Fumadores Controlados	-1.92	.05
Reducción Total vs Fumadores Controlados	-2.02	.04

Nota. z = prueba de contraste de hipótesis U de Mann-Witney,

Controlados ($z = -1.92$, $p = .05$) y también entre el grupo de Reducción Total frente al grupo de Fumadores Controlados ($z = -2.02$, $p = .04$).

Estos resultados son un claro reflejo de los que se obtienen cuando se utiliza como posible predictor la variable Locus de Control (Rotter, 1966), ya que hay autores (Bellack, 1975; Goldney & Cameron, 1981; Hood, Moore & Garner, 1982; Ross, Kalucy & Morton, 1983; Kincey, 1983, etc.), que mantienen que la adherencia

y el éxito en los diferentes tratamientos psicológicos está más asociado a un Locus de Control Interno, mientras que en otros autores encuentran resultados en sentido contrario o no significativos (Tobias & McDonald, 1977; Gormally, Rardin & Black, 1980; Pantoja, García, Arce, García & Elordy, 1986; Capafons, Gil, et al., 1989; Cotolí, 1992; Bayot, 1994, etc.).

b) EPQ-A (Eysenck y Eysenck, 1975)

Con las variables de *Extraversión*, *Neuroticismo* y *Psicoticismo*, los resultados de los análisis realizados no han mostrado diferencias significativas a nivel estadístico entre los diferentes grupos (tabla nº 40). Sin embargo, la variable *Extraversión* queda cerca de la significación ($\chi^2 = 7.12$, $p = .06$). Por lo tanto, no llegan a perfilarse tendencias claras que confirmen o rechacen las hipótesis mantenidas por Eysenck (1980, 1994) con

Tabla 40

Diferencias entre grupos en el Cuestionario EPQ-A

Variable	Grupos								χ^2	p
	Abandono		R. T.		R. P.		F. C.			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
N	16.66	3.51	14.24	6.52	9.45	6.03	14.00	5.29	4.83	.18
E	13.66	2.08	12.12	3.60	11.18	2.96	15.50	3.39	7.12	.06
P	2.33	1.52	2.20	1.55	2.90	2.46	2.50	1.37	0.58	.90
S	9.66	3.20	12.80	3.6	11.27	2.90	9.83	2.56	4.29	.23

Nota. χ^2 = prueba de contraste de hipótesis de Kruskal-Wallis, R.T. = reducción total, R.P. = reducción parcial, F.C. = fumadores controlados, N= Neuroticismo, E= Extraversión, P= Psicoticismo, S= Sinceridad.

respecto a la dimensión de *Extraversión* y su relación con el consumo de cigarrillos.

7.5.3.4. Cuestionario de Expectativas de Resultado (adaptado de Cholí, 1989)

Con respecto a las *Expectativas de Resultado* obtenidas antes de la aplicación de la *Escala de A-R F^a* (tabla nº 41), no se han observado diferencias entre los diferentes grupos ($\chi^2 = 2.22$, $p = .49$), lo cual indica que todos los fumadores que acudieron al tratamiento presentaban niveles de expectativas semejantes y en general elevados, al igual que ocurrió con la muestra de la investigación en Terapia de Auto-Regulación Emocional (Bayot, 1994).

Tampoco se observan diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 2.83$, $p = .41$), entre los diferentes grupos en las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de *Expectativas* tras el pase de la *Escala de A-R F^a*.

Tabla 41

Diferencias entre grupos en el Cuestionario de Expectativas

Variable	Grupos								χ^2	p
	Abandono		R. T.		R. P.		F. C.			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Ex. Pre	14.03	1.98	12.51	2.34	12.08	1.96	13.15	1.30	2.22	.49
Ex. Post	14.86	4.20	13.20	1.84	12.33	1.52	14.03	2.37	2.83	.41
Dif. Ex.	0.83	2.32	0.69	2.20	0.25	2.07	0.88	1.67	0.48	.92

Nota. χ^2 = prueba de contraste de hipótesis de Kruskal-Wallis, R.T. = reducción total, R.P. = reducción parcial, F.C. = fumadores controlados, Ex. Pre.= Expectativas Pre-Escala de Auto-Regulación, Ex. Post.= Expectativas Post-Escala de Auto-Regulación, Dif. Ex.= Diferencias Expectativas Pre-Post Escala de Auto-Regulación.

También se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis para determinar la posible existencia de diferencias respecto del

incremento de *Expectativas* entre los diferentes grupos tras el pase de la *Escala de A-R F^a*. En la tabla anterior (nº 41), vemos que los resultados no mostraron la existencia de diferencias entre ellos ($\chi^2 = .48$, $p = .92$).

Realizadas las pruebas de diferencias intragrupo en *Expectativas Pre-Post Escala de Auto-Regulación Fisiológica*, puede verse en la tabla nº 42, que no existen diferencias significativas en cuanto al incremento de *Expectativas* en los diferentes grupos de Reducción Total ($t = -1.57$, $p = .13$), Reducción Parcial ($t = -.41$, $p = .69$), Fumadores Controlados ($z = -.94$, $p = .34$) y Abandono ($z = .00$, $p = 1.00$).

Tabla 42

Diferencias en Expectativas Pre-Post Escala de Auto Regulación Fisiológica

<u>GRUPOS</u>	<u>n</u>	<u>p</u>
Reducción Total	25	.13 ⁽⁺⁾
Reducción Parcial	11	.69 ⁽⁺⁾
Fumadores Controlados	6	.34 ⁽⁻⁾
Abandono	3	1.00 ⁽⁻⁾

Nota. ⁽⁺⁾ = se ha utilizado la prueba de contraste de hipótesis t de Student, ⁽⁻⁾ = se ha utilizado la prueba de contraste de hipótesis de Wilcoxon.

7.5.3.5. Elementos de la Escala de Auto-Regulación Fisiológica (Amigó, 1992)

En la tabla siguiente (nº 43), aparecen los valores de χ^2 para las diferencias en la *Escala de Auto-Regulación Fisiológica* en los distintos grupos de Abandono, Reducción Total, Reducción Parcial y Fumadores Controlados. Como se recordará, el objetivo de esta

escala es evaluar las diferencias individuales en recuerdo sensorial, base de la Terapia de Auto-Regulación según Amigó (1992), aunque sólo el primer ítem supone la presentación de un "estímulo real", en los restantes se utiliza la sugestión para la reproducción de sensaciones (Ver Anexo nº 2).

Con respecto a esta escala, Amigó (1992), asume que debería ser un buen predictor de los resultados de la intervención, sin embargo, en ningún ítem se alcanza significación estadística. Es decir, los diferentes grupos post-tratamiento de Abandono, Reducción Total, Reducción Parcial y Fumadores Controlados, no se diferencian entre sí en ninguno de los elementos de *la Escala de Auto-Regulación Fisiológica*, ni en la puntuación *Total* de la *Escala*, tal como lo muestra la prueba de Kruskal-Wallis ($\chi^2 = 2.86$, $p = 0.41$).

Curiosamente, igual que en el *Cuestionario de Expectativas*, se puede observar como en la puntuación *Total* de la escala la media del grupo de Abandono es superior ($M = 28$, $SD = 1.00$) a la de los restantes grupos. Vemos, pues, que la tendencia es incluso la contraria a la hipótesis establecida.

Estos resultados son similares a los que se obtienen con tratamientos que utilizan las técnicas hipnóticas, en los que la susceptibilidad a la hipnosis no es, en general, un buen predictor de éxito sino más bien irrelevante (Perry & Mullen, 1975; Perry, Gelfand & Marcartch, 1979; Brown & Fromm, 1987).

Tabla 43

Diferencias entre grupos en la Escala de Auto-Regulación Fisiológica

Ítem	Grupos								χ^2	p
	Abandono		R. T.		R. P.		F. C.			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Peso	4.00	0.00	3.00	1.11	3.54	0.68	3.50	0.83	5.76	0.12
Relajación	3.33	0.57	2.92	0.75	2.90	0.94	2.66	0.81	1.21	0.74
Salivación	3.66	0.57	2.28	1.17	3.00	0.57	2.83	1.47	6.00	0.11
Calor	3.00	0.00	2.08	1.38	2.27	1.27	2.00	0.89	1.86	0.59
Anestesia	3.33	1.15	2.60	1.35	2.54	1.29	2.16	1.32	1.84	0.60
Ternura	2.33	2.08	2.12	1.53	2.72	0.64	2.33	0.81	0.81	0.84
Alegría	2.66	1.15	2.12	1.33	3.09	0.83	2.16	1.16	4.82	0.18
Hipermne.	4.00	0.00	2.72	1.33	3.18	1.07	3.00	0.89	4.25	0.23
Amnesia	0.00	0.00	0.88	1.30	0.81	1.47	1.16	1.32	2.02	0.56
Sug. Post	2.00	0.00	2.48	1.26	3.00	0.00	2.00	1.09	5.26	0.15
TOTAL	28.00	1.00	23.36	6.92	26.81	4.91	25.50	7.86	2.86	0.41

Nota. χ^2 = prueba de contraste de hipótesis de Kruskal-Wallis, R.T. = Reducción total, R.P. = Reducción parcial, F.C. = fumadores controlados, Hipermne.= Hipermnesia, Sug. Post= Sugestión post auto-regulación, TOTAL = puntuación total de la Escala de Auto-Regulación Fisiológica.

7.5.3.6. Variable Terapeuta

Dado que el tratamiento fue llevado a cabo por cuatro terapeutas (terapeuta nº 1 = Hombre; terapeutas nº 2, nº 3 y nº 4 = Mujer), se realizaron pruebas de diferencias para saber si esta variable podía influir en el resultado.

De los 10 participantes que por asignación al azar, le correspondieron al terapeuta n° 1, vemos en la tabla n° 44, que 6 fumadores eliminaron totalmente su consumo de cigarrillos (24% del grupo de Reducción Total), redujeron parcialmente su consumo 2 participantes (18.2% del grupo de Reducción Parcial) y consiguieron controlar el consumo de cigarrillos los dos fumadores que optaron por esta alternativa (33.3% del grupo de Fumadores Controlados).

Tabla 44.

Porcentaje en función de los Grupos Post-Tratamiento de Fumadores Tratados por los Diferentes Terapeutas (N=4)

<u>Grupo</u>	<u>Terapeutas</u>							
	<u>1</u>		<u>2</u>		<u>3</u>		<u>4</u>	
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
R.T.	6	24,0	7	28,0	4	16,0	8	32,0
R.P.	2	18,2	2	18,2	1	9,1	6	54,5
F.C..	2	33,3	1	16,6	3	50,0	-	-
Aban.	-	-	-	-	3	100,0	-	-

Nota. R.T. = Reducción Total, R.P.= Reducción parcial, F.C.= fumadores Controlados, Aban.= Abandono.

El terapeuta n° 2, obtuvo como resultado que 7 fumadores dejaron de consumir cigarrillos (28% del grupo de Reducción Total), mientras que 2 redujeron parcialmente su consumo (18.2% del grupo de Reducción Parcial) y 1 participante consiguió su objetivo de controlar el consumo de cigarrillos (16.6% del grupo de Fumadores Controlados).

Por su parte, de los participantes asignados por azar al terapeuta n° 3, fueron 4 los que consiguieron eliminar su consumo de cigarrillos (16% del grupo de Reducción Total), un fumador redujo parcialmente (9.1% del grupo de Reducción Parcial) y consiguieron controlar el consumo los 3 participantes que deseaban hacerlo (50% del grupo de Fumadores Controlados). Tres de los fumadores asignados abandonaron el tratamiento, que son los que conforman el grupo de Abandono (100%).

Por último, 8 de los participantes del terapeuta n° 4, abandonaron el hábito del tabaquismo al finalizar el tratamiento (32% del grupo de Reducción Total) y 6 fumadores redujeron el consumo de cigarrillos/día (54.5% del grupo de Reducción Parcial).

En la siguiente tabla n° 45, vemos que la prueba de diferencias realizada muestra que no existen diferencias significativas a nivel estadístico entre los diferentes participantes asignados a los terapeutas en cuanto al consumo de cigarrillos en el Pre-Tratamiento ($\chi^2 = 2.28$, $p = .51$), ni tampoco en los resultados obtenidos al finalizarlo ($\chi^2 = 1.78$, $p = .61$).

Donde sí aparecen diferencias significativas, entre los resultados obtenidos por los diferentes terapeutas, es en el Seguimiento a los 3 meses ($\chi^2 = 8.11$, $p = .04$), mientras que en el Seguimiento a los 6 y 12 meses, no se observan diferencias en los resultados obtenidos por los cuatro terapeutas ($\chi^2 = 4.42$, $p = .21$ y $\chi^2 = 5.09$, $p = .16$ respectivamente).

Realizada la prueba de Wilcoxon para descubrir entre qué terapeutas se establecían las diferencias, los resultados muestran que éstas se producen entre el Terapeuta n° 1 y los restantes Terapeutas n° 2 ($z = -2.14$, $p = .03$), Terapeuta n° 3 ($z = -1.95$, $p = .05$) y Terapeuta n° 4 ($z = -2.32$, $p = .01$), a favor del Terapeuta

Tabla 45

Diferencias en función de la Variable Terapeuta en los Distintos Periodos de Evaluación Pre y Post Tratamiento y Seguimiento a los 3, 6 y 12 Meses

<u>Periodo Temporal</u>	χ^2	<u>p</u>
Pre-Tratamiento	2.28	.51
Post-Tratamiento	1.78	.61
3 meses Seguimiento	8.11	.04
6 meses Seguimiento	4.42	.21
12 meses Seguimiento	5.09	.16

Nota. χ^2 = prueba de diferencias de Kruskal-Wallis.

n° 1. En esta misma tabla n° 46, podemos observar que no se producen diferencias entre los restantes Terapeutas n° 2, n° 3 y n° 4, tal como lo muestra la prueba de Wilcoxon.

Tabla 46
Diferencias en el Pre-Post Tratamiento y Seguimiento a los 3, 6 y 12
Meses. Grupo de Reducción Total

<u>Terapeuta</u>	<u>z</u>	<u>p</u>
Terapeuta 1 vs. Terapeuta 2	-2.14	.03
Terapeuta 1 vs. Terapeuta 3	-1.95	.05
Terapeuta 1 vs. Terapeuta 4	-2.32	.01
Terapeuta 2 vs. Terapeuta 3	-.31	.75
Terapeuta 2 vs. Terapeuta 4	-1.37	.17
Terapeuta 3 vs. Terapeuta 4	-1.18	.23

Nota. z = prueba de contraste de hipótesis de Wilcoxon.

7.5.4. Ecuaciones de Regresión Múltiple

Dado que uno de los objetivos de la investigación consiste en determinar las posibles variables que puedan predecir el éxito y mantenimiento de las ganancias terapéuticas, se realizaron diferentes Análisis de Regresión Múltiple utilizando como Variables Dependientes:

- 1) Consumo de cigarrillos post-tratamiento
- 2) Consumo de cigarrillos en el seguimiento a los tres meses
- 3) Consumo de cigarrillos en el seguimiento a los seis meses
- 4) Consumo de cigarrillos seguimiento a los doce meses.

Las Variables Independientes se han agrupado en tres bloques:

1) Elementos de la *Escala de Auto-Regulación Fisiológica*, junto con las *Expectativas Pre y Post Escala de Auto-Regulación y Diferencias en Expectativas Pre-Post Escala de Auto-Regulación*.

2) Variables de Personalidad: *Locus de Control Interno, Externo y General, Neuroticismo, Extraversión, Psicoticismo y Sinceridad*.

3) Variables de Tabaquismo: *Tolerancia Nicotínica (FTQ de Fagerström)* y los factores del Cuestionario de Horn de *Estimulación, Manipulación, Relajación Placentera, Reducción de la Tensión, Adicción Psicológica y Hábito*; junto a ellas también se han incluido como variables el *“Consumo de cigarrillos diario pre-tratamiento”* y el *“Tiempo de consumo regular de cigarrillos”*.

En el seguimiento a los tres meses se incorpora como variable independiente *“Consumo de cigarrillos post-tratamiento”*; en el seguimiento a los seis meses se incorpora como variable *“Consumo de cigarrillos en el seguimiento a los tres meses”* y por último en el seguimiento a los doce meses se incorpora a las anteriores variables el *“Consumo de cigarrillos en el seguimiento a los seis meses”*.

Seguidamente comentamos los resultados obtenidos.

7.5.4.1. Variable Dependiente: Consumo de Cigarrillos Post-Tratamiento.

Los análisis realizados tomando como variable independiente los elementos de la *Escala de Auto-Regulación Fisiológica* y las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Expectativas (*Pre, Post y Diferencias Pre-Post* pase de la *Escala de Auto-Regulación Fisiológica*), muestran que el *Consumo de cigarrillos post-tratamiento*, se predice por el elemento "Salivación" de la Escala de A-R F^a (tablas n° 47 y n° 48), aunque su varianza explicada es reducida (R^2 Ajustada = .07).

La relación entre ambas variables es positiva y significativa, tal como lo muestra la matriz de correlaciones presentada con anterioridad (tabla n° 31), a pesar de que el coeficiente de correlación no es muy elevado ($r_{xy} = .28$, $p = .03$).

Tabla 47.

Análisis de Regresión Múltiple: Expectativas y Escala de Auto-Regulación Fisiológica

<u>Variable Dependiente: Consumo de cigarrillos Post-Tratamiento</u>					
<u>Variable Independiente</u>	<u>B</u>	<u>SE</u>	<u>β</u>	<u>t</u>	<u>p</u>
Salivación	1.40	0.66	0.31	2.10	.04
Constante	-0.70	1.86		-0.39	.69
R = .31	$R^2 = .09$	R^2 Ajus. = .07	Error = 5.08		

Nota. β = coeficiente de regresión, R = coeficiente de correlación múltiple, R^2 = coeficiente de determinación múltiple.

Tabla 48.

Análisis de Varianza del Modelo de Regresión Lineal

<u>Fuente de Variación</u>	<u>Suma de Cuadrados</u>	<u>df</u>	<u>Cuadrados Medios</u>	<u>Ratio-F</u>	<u>p</u>
Regresión	114.66	1	114.66	4.43	.04
Residual	1033.17	40	25.82		

Por otra parte, el análisis de Regresión Múltiple realizado con las Variables de Tabaquismo, muestra (tablas nº 49 y 50) que sólo el *Consumo de cigarrillos post-tratamiento* se predice por el *Número de cigarrillos fumados en el pre-tratamiento*. Aunque, también como en el caso anterior, la varianza explicada no es elevada (R^2 Ajustada = .08).

Tabla 49.

Análisis de Regresión Múltiple: Variables de Tabaquismo

<u>Variable Dependiente: Consumo de cigarrillos Post-Tratamiento</u>					
<u>Variable Independiente</u>	<u>B</u>	<u>SE</u>	<u>β</u>	<u>t</u>	<u>P</u>
Consumo Pre	.15	.06	.32	2.17	.03
Constante	-.77	1.83		-.42	.67
R = .32		$R^2 = .10$		R^2 Ajus. = .08	
				Error = 5.06	

Nota. β = coeficiente de regresión, R = coeficiente de correlación múltiple, R^2 = coeficiente de determinación múltiple.

Tabla 50.

Análisis de Varianza del Modelo de Regresión Lineal

<u>Fuente de Variación</u>	<u>Suma de Cuadrados</u>	<u>df</u>	<u>Cuadrados Medios</u>	<u>Ratio-F</u>	<u>p</u>
Regresión	120.87	1	120.87	4.70	.03
Residual	1026.95	40	25.67		

Con respecto a las Variables de Personalidad, éstas no han mostrado ser buenas predictoras del resultado en los diferentes análisis de regresión realizados. Es decir, no se ha obtenido ninguna ecuación de regresión en la cual se predice el resultado, ya sea en el *Consumo de cigarrillos post-tratamiento*, como en el consumo de cigarrillos en los diferentes seguimientos a los tres, seis y doce meses.

7.5.4.2. Variable Dependiente: Consumo de Cigarrillos en el Seguimiento a los 3 meses.

Al utilizar como variable dependiente el *Consumo de cigarrillos en el seguimiento a los tres meses*, no se han obtenido ecuaciones de regresión múltiple significativas con los *Elementos de la Escala de A-R F^a y Expectativas*.

El análisis realizado con las Variables de Tabaquismo, muestra (tablas nº 51 y nº 52) que el *Consumo de cigarrillos post-tratamiento* predice el *Número de cigarrillos fumados a los tres meses*.

Tabla 51

Análisis de Regresión Múltiple: Variables de Tabaquismo

<u>Variable Dependiente: Consumo de cigarrillos Seguimiento 3 meses</u>					
<u>Variable Independiente</u>	<u>B</u>	<u>SE</u>	<u>β</u>	<u>t</u>	<u>p</u>
Consumo Post	.61	.23	.38	2.61	.01
Constante	6.97	1.39		5.00	.0005
R = .38		R² = .14	R² Ajust. = .12	Error = 7.95	

Nota. β = coeficiente de regresión, R = coeficiente de correlación múltiple, R² = coeficiente de determinación múltiple.

Tabla 52

Análisis de Varianza del Modelo de Regresión Lineal

<u>Fuente de Variación</u>	<u>Suma de Cuadrados</u>	<u>df</u>	<u>Cuadrados Medios</u>	<u>Ratio-F</u>	<u>p</u>
Regresión	431.78	1	431.78	6.84	.01
Residual	2522.78	40	63.06		

Sin embargo, como en los casos anteriores la varianza explicada es reducida (R² Ajustada = .12).

Realizada una ecuación de regresión múltiple con todas las variables (*Escala de A-R F^a, Expectativas Tabaquismo y Personalidad*), los resultados mostraron que de todas ellas el elemento n° 1 de la *Escala de A-R F^a (Peso)* y el *Consumo de cigarrillos post-tratamiento*, eran las variables predictoras de resultado en el *Consumo de cigarrillos a los tres meses* (tablas n° 53 y n° 54).

Tabla 53
Análisis de Regresión Múltiple: Todas las Variables

Variable Dependiente: Consumo de cigarrillos Seguimiento 3 meses					
Variable Independiente	B	SE	β	t	p
Peso	-2.54	1.20	-.29	-2.102	.04
Consumo Post	.69	.22	.43	3.05	.004
Constante	14.89	4.00		3.72	.0006
R = .48		R² = .23		R² Ajus. = .19	
				Error = 7.62	

Nota. β = coeficiente de regresión, R = coeficiente de correlación múltiple, R² = coeficiente de determinación múltiple.

Tabla 54
Análisis de Varianza del Modelo de Regresión Lineal

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	df	Cuadrados Medios	Ratio-F	p
Regresión	688.43	2	344.215	5.92	.005
Residual	2266.14	39	58.10		

La relación entre el ítem *Peso* y el *Consumo a los tres meses* es negativa. Por su parte, la relación entre *Consumo post-tratamiento* y *Consumo de cigarrillos a los tres meses*, es positiva y significativa a nivel estadístico ($r_{xy} = .35$, $p = .01$), tal como puede verse en la matriz de correlaciones de la tabla n° 32.

7.5.4.3. Variable Dependiente: Consumo de Cigarrillos a los 6 meses.

Del *Consumo de tabaco en el Seguimiento a los seis meses* sólo se obtuvieron ecuaciones de regresión de las Variables de Tabaquismo. En este caso, el *Consumo de cigarrillos en el Seguimiento a los tres meses* y la variable *Tolerancia Nicotínica* del cuestionario de Fagerström, fueron las variables extraídas como predictores del resultado (tablas nº 55 y nº 56). El porcentaje de varianza explicada es, como puede verse, bastante elevado (R^2 Ajustada = .87).

Tabla 55

Análisis de Regresión Múltiple: Variables de Tabaquismo

<u>Variable Dependiente: Consumo de cigarrillos Seguimiento 6 meses</u>					
<u>Variable Independiente</u>	<u>B</u>	<u>SE</u>	<u>β</u>	<u>t</u>	<u>p</u>
Consumo 3 meses	.85	.05	.91	16.17	.0005
Tolerancia N.	.64	.25	.14	2.55	.01
Constante	-2.75	1.71		-1.60	.11
R = .93		R ² = .88		R ² Ajus. =.87	
				Error =2.80	

Nota. β = coeficiente de regresión, R = coeficiente de correlación múltiple, R² = coeficiente de determinación múltiple.

Tabla 56

Análisis de Varianza del Modelo de Regresión Lineal

<u>Fuente de Variación</u>	<u>Suma de Cuadrados</u>	<u>df</u>	<u>Cuadrados Medios</u>	<u>Ratio-F</u>	<u>p</u>
Regresión	2210.57	2	1105.28	140.0	.0005
Residual	299.91	38	7.89		

Tanto el *Consumo de cigarrillos a los 3 meses* como la variable *Tolerancia Nicotínica*, muestran una correlación positiva

con el *Consumo de cigarrillos a los seis meses* (ver tabla de correlaciones nº 29).

La establecida entre el *Consumo de cigarrillos a los seis meses* y el *Consumo de cigarrillos a los tres meses* posee un fuerte nivel de significación estadística ($r_{xy} = .96$, $p = .001$), siendo ésta la variable más importante.

Realizando una ecuación de regresión múltiple con todas las variables (tablas nº 57 y nº 58), los resultados muestran como variables predictoras de resultado: 1) el ítem nº 10 de la *Escala de Auto-Regulación Fisiológica (Sugestión post Auto-Regulación)*, siendo la relación entre ambas variables negativa (ver tabla anterior nº 31); 2) la variable *Tolerancia Nicotínica*; 3) la variable *Locus de Control de la salud Interno*, en este caso la correlación mostró ser negativa; y 4) el *Consumo de cigarrillos en el seguimiento a los tres meses*.

El resultado de la ecuación muestra como el porcentaje de varianza explicada es también muy elevado en este caso (R^2 Ajustada = .89).

Tabla 57

Análisis de Regresión Múltiple: Todas las Variables

Variable Dependiente: Consumo de cigarrillos Seguimiento 6 meses					
Variable Independiente	B	SE	β	t	p
Sugestión Post	-.73	.35	-.10	-2.06	.04
Tolerancia N.	.68	.23	.15	2.97	.005
Locus Interno	-.27	.11	-.12	-2.37	.02
Consumo 3 meses	.84	.04	.89	17.30	.0005
Constante	5.03	3.14		1.59	.11
R = .95		R ² = .90		R ² Ajust. = .89	
				Error = 2.56	

Nota. β = coeficiente de regresión, R = coeficiente de correlación múltiple, R² = coeficiente de determinación múltiple.

Tabla 58

Análisis de Varianza del Modelo de Regresión Lineal

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	df	Cuadrados Medios	Ratio-F	p
Regresión	2274.02	4	568.50	86.55	.0005
Residual	236.46	36	6.56		



7.5.4.4. Variable Dependiente: Consumo de cigarrillos a los 12 meses.

Finalmente, en los análisis de regresión realizados tomando como variable dependiente el *Consumo de cigarrillos a los 12 meses* (tablas nº 59 y nº 60), sólo se obtuvo una ecuación de regresión con las variables de Tabaquismo, siendo el *Consumo de cigarrillos a los 6 meses* la variable predictora del resultado, explicando buena parte de la varianza (R^2 Ajustada = .61).

Tabla 59

Análisis de Regresión Múltiple: Variables de Tabaquismo

<u>Variable Dependiente: Consumo de cigarrillos Seguimiento 12 meses</u>					
<u>Variable Independiente</u>	<u>B</u>	<u>SE</u>	<u>β</u>	<u>t</u>	<u>p</u>
Consumo 6 meses	.97	.12	.79	7.95	.0005
Constante	1.55	1.40		1.11	.27
R = .79		$R^2 = .62$		R^2 Ajus. = .61	
				Error = 5.98	

Nota. β = coeficiente de regresión, R = coeficiente de correlación múltiple, R^2 = coeficiente de determinación múltiple.

Tabla 60

Análisis de Varianza del Modelo de Regresión Lineal

<u>Fuente de Variación</u>	<u>Suma de Cuadrados</u>	<u>df</u>	<u>Cuadrados Medios</u>	<u>Ratio-F</u>	<u>p</u>
Regresión	2263.33	1	2263.33	63.25	.0005
Residual	1359.6	38	35.77		

El análisis de correlación mostró que la relación entre ambas variables es significativa y positiva ($r_{xy} = .79$, $p = .001$), tal como puede verse en la matriz de correlaciones de la tabla nº 29.

Por último (tablas nº 61 y nº 62), aunando todas las variables en una ecuación de regresión, ésta extrajo como variables predictoras del resultado a los doce meses de iniciada la intervención, el ítem nº 9 de la *Escala de Auto-Regulación Fisiológica (Amnesia)*, siendo la relación entre ambas variables positiva.

También mostró la ecuación de regresión, que la variable *Neuroticismo* predecía el *Consumo de cigarrillos a los 12 meses*, mostrando el análisis correlacional la existencia de una relación negativa. Junto a ellas también aparece el *Consumo de cigarrillos a los 6 meses*, en este caso, esta variable sí posee una relación positiva y significativa nivel estadístico con el *Consumo de cigarrillos a los 12 meses* ($r_{xy} = .79$, $p = .001$), siendo la más importante para predecir el *Consumo de cigarrillos al año* de iniciada la intervención. Entre las tres variables explican un 69% de varianza ($R^2_{Ajustada} = .69$).

Tabla 61.

Análisis de Regresión Múltiple: Todas las Variables

<u>Variable Dependiente: Consumo de cigarrillos Seguimiento 12 meses</u>					
<u>Variable Independiente</u>	<u>B</u>	<u>SE</u>	<u>β</u>	<u>t</u>	<u>p</u>
Amnesia	2.19	.67	.30	3.26	.002
Neuroticismo	-.33	.13	-.22	-2.45	.01
Consumo 6 meses	1.00	.10	.81	9.24	.0001
Constante	3.59	2.06		1.74	.09
R = .79.85		R ² = .72		R ² Ajus. = .69	
				Error = 5.28	

Nota. β = coeficiente de regresión, R = coeficiente de correlación múltiple, R² = coeficiente de determinación múltiple.

Tabla 62.

Análisis de Varianza del Modelo de Regresión Lineal

<u>Fuente de Variación</u>	<u>Suma de Cuadrados</u>	<u>df</u>	<u>Cuadrados Medios</u>	<u>Ratio-F</u>	<u>p</u>
Regresión	2618.04	3	872.68	31.26	.0001
Residual	1004.93	36	27.91		

Como ha podido observarse en los Análisis de Regresión, han sido en las ecuaciones realizadas utilizando como variables dependientes el *Consumo de cigarrillos a los 6 y a los 12 meses*, donde se han obtenido los porcentajes más elevados de varianza explicada.

A diferencia de los resultados encontrados por Bayot (1994), en los que el *Consumo de cigarrillos en el pre-tratamiento* predecía el *Consumo de cigarrillos a los 6 meses*, estos datos muestran que

el *Consumo de cigarrillos a los 6 meses* se predice por el *Consumo de cigarrillos a los tres meses* y por la variable *Tolerancia Nicotínica* del cuestionario de Fagerström.

En la ecuación realizada con todas las variables, aparecen, junto a estas dos, el elemento *Sugestión Post Auto-Regulación Fisiológica* y la variable *Locus de Control Interno de la Salud*.

El *Consumo de tabaco a los 12 meses*, se predice por el *Número de cigarrillos consumidos en el seguimiento a los 6 meses*. Junto a esta variable, en la ecuación realizada con todas las variables (*Escala de Auto-Regulación Fisiológica, Expectativas, Tabaquismo y Personalidad*), también aparecen como variables predictoras de resultado, el elemento *Amnesia* de la Escala de A-R F^a y la variable *Neuroticismo*.

7.5.5. Análisis Discriminantes

A través de los análisis discriminantes se han realizado combinaciones de variables independientes intentando clasificar a las personas en grupos mutuamente excluyentes y exhaustivos. Los análisis se han establecido mediante una combinación ponderada en dos grupos para que una única función discriminante explique todas las diferencias existentes (Bisquerra, 1989).

Se presentarán los datos obtenidos de: 1) la correlación canónica, la cual nos indicará, si las correlaciones son bajas, que los grupos no son muy diferentes en las variables analizadas; 2) la Lambda de Wilks, cuyos valores cercanos a cero nos mostrarán que las variables seleccionadas son las que mejor contribuyen en la discriminación de los grupos; 3) el eigenvalue o valor propio, para ver cuánto es el poder discriminante; 4) los coeficientes no estandarizados, que nos dicen la contribución absoluta de una determinada variable en la puntuación discriminante; y 5) los

coeficientes estandarizados, ya que éstos nos dan a conocer la importancia relativa de cada variable, es decir, indican qué variables contribuyen más en la determinación de las puntuaciones sobre la función. Se considera la magnitud de los coeficientes e ignorando el signo, o sea, a mayor magnitud, mayor contribución (Sánchez-Cánovas, 1988). Por último se dará el porcentaje de sujetos correctamente clasificados.

Así, en primer lugar se presentan las comparaciones entre los grupos de Reducción Parcial vs. Reducción Total utilizando como predictores: Escala de Auto-Regulación Fisiológica; Expectativas Pre y Post y Diferencias en Expectativas Pre-Post pase de la Escala de Auto-Regulación Fisiológica; variables de Tabaquismo (Cuestionario de Fagerström y Horn) y variables de Personalidad (Locus de Control de la Salud y EPQ-A). Posteriormente se presentan las comparaciones entre los grupos de Reducción Parcial vs. Fumadores Controlados y Reducción Total vs. Fumadores Controlados siguiendo la misma secuencia de variables.

No se han realizado comparaciones con el grupo de Abandono ya que el número de fumadores que abandonó el tratamiento fue muy reducido ($n = 3$). También somos conscientes de que los resultados obtenidos en los diferentes análisis hay que tomarlos con cierta cautela debido, fundamentalmente, al tamaño de los grupos post-tratamiento que conforman esta investigación.

Es decir, el grupo de Reducción Parcial ($n = 11$) y sobre todo el grupo de Fumadores Controlados ($n = 6$), poseen un número reducido de participantes y por tanto se hace difícil la extracción de datos concluyentes. No obstante, dado que este es un estudio exploratorio, con esta información podemos obtener una primera

aproximación de las variables que mejor pueden predecir el resultado obtenido por los fumadores, en función de los grupos a que pertenecen.

7.5.5.1. Grupo de Reducción Parcial vs. Reducción Total

En la tabla nº 63, se muestran los resultados obtenidos en los elementos de la *Escala de Auto-Regulación Fisiológica* y las *Expectativas Pre, Post y Diferencias Pre-Post* pase de la *Escala de A-R F^a*.

En este análisis el porcentaje de sujetos correctamente clasificados es del 58.33%, siendo en el grupo de Reducción Parcial donde la variable seleccionada, el elemento nº 7 de la *Escala de A-R F^a: Alegría*, es el que mejor predice (72.7%), frente al grupo de Reducción Total, donde esta variable no parece ser un buen predictor, ya que únicamente se encuentran correctamente clasificados el 48.0% de los sujetos.

Tal como muestra el valor de la Lambda de Wilks (.87), esta variable, a pesar de ser seleccionada y poseer una función discriminante significativa ($\chi^2 = 4.54$, $p = .03$), no contribuye en gran medida en la discriminación de los grupos.

Tabla 63

Función Discriminante: Escala de Auto-Regulación Fisiológica

Grupo: Reducción Parcial (n = 11) vs. Reducción Total (n = 25)					
<u>Variable</u>	<u>Coefficiente No Estandarizado</u>		<u>Coefficiente Estandarizado</u>		
Alegría	.82		1.00		
Constante	-2.00				
<u>Valor Propio</u>	<u>Correlación Canónica</u>	<u>Wilsk's Lambda</u>	<u>df</u>	<u>χ^2</u>	<u>p</u>
.14	.35	.87	1	4.54	.03
<u>Sujetos correctamente clasificados</u>				<u>Porcentaje</u>	
Grupo Reducción Parcial				72.7%	
Grupo Reducción Total				48.0%	
Grupo Total				58.33%	
<u>Nota.</u> χ^2 = Chi cuadrado.					

En el caso de las variables de Personalidad (tabla nº 64), vemos que éstas se presentan como mejores predictores que la *Escala de Auto-Regulación Fisiológica y Expectativas*. El porcentaje de sujetos correctamente clasificados es del 75.00%, siendo el grupo de Reducción Parcial el que posee los valores más altos, el 81.80%, frente al grupo de Reducción Total con un 72.00% de sujetos bien clasificados.

Tabla 64

Función Discriminante: Variables de Personalidad

Grupo: Reducción Parcial (n = 11) vs. Reducción Total (n = 25)					
<u>Variable</u>	<u>Coefficiente No Estandarizado</u>		<u>Coefficiente Estandarizado</u>		
Locus de control Interno	-.17		-.58		
Neuroticismo	.19		1.24		
Extraversión	.14		.50		
Psicoticismo	-.37		-.70		
Sinceridad	.14		.51		
Constante	-1.40				
<u>Valor Propio</u>	<u>Correlación Canónica</u>	<u>Wilsk's Lambda</u>	<u>df</u>	<u>χ^2</u>	<u>p</u>
.62	.62	.61	5	15.37	.001
<u>Sujetos correctamente clasificados</u>				<u>Porcentaje</u>	
Grupo Reducción Parcial				81.8%	
Grupo Reducción Total				72.0%	
Grupo Total				75.0%	

Nota. χ^2 = Chi cuadrado.

Aunque el valor de clasificación de los grupos no es muy elevado, vemos en esta tabla que las variables predictoras elegidas han sido: *Neuroticismo*, *Extraversión*, *Psicoticismo*, *Sinceridad* y el *Locus de Control Interno de la Salud*. Alcanzando la función discriminante significación estadística ($\chi^2 = 15.37$, $p = .001$).

Para finalizar los Análisis Discriminantes referidos al grupo de Reducción Parcial vs. Reducción Total, en la tabla nº 65, aparece el porcentaje de sujetos bien clasificados en las variables de Tabaquismo. Sólo tres de ellas predicen el resultado: *Manipulación*,

Relajación Placentera y *Adicción Psicológica*, sin embargo, la función no alcanza la significación ($\chi^2 = 4.32$; $p = .22$) y son bajos los porcentajes de sujetos correctamente clasificados, el 72.70% en el grupo de Reducción Parcial y el 64.00% en el grupo de Reducción Total.

Tabla 65

Función Discriminante: Variables de Tabaquismo

Grupo: Reducción Parcial (n = 11) vs. Reducción Total (n = 25)					
Variable	Coeficiente No Estandarizado		Coeficiente Estandarizado		
Manipulación	-.21		-.67		
Relajación Placentera	.25		.72		
Adicción Psicológica	.28		.75		
Constante	-4.22				
Valor Propio	Correlación Canónica	Wilsk's Lambda	df	χ^2	p
.14	.35	.87	3	4.32	.22
Sujetos correctamente clasificados				Porcentaje	
Grupo Reducción Parcial				72.7%	
Grupo Reducción Total				64.0%	
Grupo Total				66.6%	

Nota. χ^2 = Chi cuadrado.

7.5.5.2. Grupo de Reducción Parcial vs. Fumadores Controlados

Recordemos que estos dos grupos son diferentes en origen. El grupo de Fumadores Controlados quedó establecido en el Pre-Tratamiento dado que su objetivo era la reducción del número de cigarrillo/día. Sin embargo, que el grupo de Reducción Parcial queda conformado tras el tratamiento puesto que no consigue su objetivo: eliminar el consumo de cigarrillos.

Tabla 66.

Función Discriminante: Variables de la Escala de Auto-Regulación y Expectativas

<u>Grupo: Reducción Parcial (n = 11) vs. Fumadores Controlados (n = 6)</u>					
<u>Variable</u>	<u>Coefficiente No Estandarizado</u>		<u>Coefficiente Estandarizado</u>		
Sugestión Post Auto-R F ^a	1.25		1.12		
Expectativas Pre	-5.29		-.93		
Constante	3.28				
<u>Valor Propio</u>	<u>Correlación Canónica</u>	<u>Wilsk's Lambda</u>	<u>df</u>	<u>χ^2</u>	<u>p</u>
.85	.67	.53	2	8.65	.01
<u>Sujetos correctamente clasificados</u>				<u>Porcentaje</u>	
Grupo Reducción Parcial				81.8%	
Grupo Fumadores Controlados				83.3%	
Grupo Total				82.3%	
<small>Nota. χ^2 = Chi cuadrado, Auto-R F^a = Auto-Regulación Fisiológica, Expectativas Pre = Expectativas Pre-Escala de Auto-Regulación Fisiológica</small>					

En la tabla anterior (nº 66), a diferencia de los Análisis Discriminantes realizados entre los grupos de Reducción Parcial y

Reducción Total, en los realizados entre los grupos de Reducción Parcial vs. Fumadores Controlados, se aumenta el poder clasificatorio de la *Escala de Auto-Regulación Fisiológica* y las *Expectativas* ($\chi^2 = 8.65$, $p = .01$), clasificándose correctamente el 82.35% del total de los sujetos.

Las variables que predicen el resultado son, el elemento nº10 de la *Escala de Auto-Regulación Fisiológica: Sugestión Post Auto-Regulación* y la puntuación obtenida en el cuestionario de *Expectativas Pre-Escala de Auto-Regulación Fisiológica*. Se clasifican correctamente el 81.8% de sujetos del grupo de Reducción Parcial y el 83.3% de los sujetos de grupo de Fumadores Controlados.

Las variables de Personalidad (tabla nº 67), también presentan, en esta comparación entre el grupo de Reducción Parcial frente al grupo de Fumadores Controlados, un fuerte poder discriminatorio ($\chi^2 = 12.43$, $p = .01$), especialmente en el grupo de Reducción Parcial, en el que se obtiene un 90.9% de personas correctamente clasificadas.

En el grupo de Fumadores Controlados se obtiene un porcentaje de sujetos correctamente clasificados ligeramente inferior (83.3%), aunque con valores altos.

Tabla 67

Función Discriminante: Variables de Personalidad

<u>Grupo: Reducción Parcial (n = 11) vs. Fumadores Controlados (n = 6)</u>					
<u>Variable</u>	<u>Coefficiente No Estandarizado</u>		<u>Coefficiente Estandarizado</u>		
Locus de Control Externo	-.24		-.62		
Locus de Control Interno	.21		.56		
Neuroticismo	.12		.70		
Extraversión	.26		.82		
Constante	-5.80				
<u>Valor Propio</u>	<u>Correlación Canónica</u>	<u>Wilks's Lambda</u>	<u>df</u>	<u>χ^2</u>	<u>p</u>
1.60	.78	.38	4	12.43	.01
<u>Sujetos correctamente clasificados</u>				<u>Porcentaje</u>	
Grupo Reducción Parcial				90.9%	
Grupo Fumadores Controlados				83.3%	
Grupo Total				88.2%	

Nota. χ^2 = Chi cuadrado.

Las variables de Personalidad: *Locus de Control Externo*, *Locus de Control Interno*, *Neuroticismo* y *Extraversión*, son las que mejor contribuyen en la discriminación de los grupos, tal como lo muestra el valor reducido de la Lambda de Wilks (.38).

En la tabla siguiente (nº 68), con las variables de Tabaquismo: *Estimulación*, *Adicción Psicológica*, *Habito* y *los Años de Consumo de Tabaco*, aumenta el porcentaje de sujetos bien clasificados a 100.00% en el grupo de Fumadores Controlados y 90.90% en el grupo de Reducción Parcial.

Tabla 68

Función Discriminante: Variables de Tabaquismo

<u>Grupo: Reducción Parcial (n = 11) vs. Fumadores Controlados (n = 6)</u>					
<u>Variable</u>	<u>Coefficiente No Estandarizado</u>	<u>Coefficiente Estandarizado</u>			
Estimulación	-.18	-.57			
Adicción Psicológica	.74	1.34			
Hábito	.16	.35			
Años Consumo tabaco	-.34	-1.65			
Constante	-1.91				
<u>Valor Propio</u>	<u>Correlación Canónica</u>	<u>Wilk's Lambda</u>	<u>df</u>	<u>χ^2</u>	<u>p</u>
2.62	.85	.27	4	16.74	.001
<u>Sujetos correctamente clasificados</u>			<u>Porcentaje</u>		
Grupo Reducción Parcial			90.9%		
Grupo Fumadores Controlados			100%		
Grupo Total			94.1%		

Nota. χ^2 = Chi cuadrado.

Estas variables se muestran relacionadas con la conducta adictiva al tabaco con un fuerte poder predictivo ($\chi^2 = 16.74$, $p = .001$), frente a la *Escala de Auto-Regulación Fisiológica* y a la puntuación obtenida en el cuestionario de *Expectativas*.

7.5.5.3. Grupo de Reducción Total vs. Fumadores Controlados

En los análisis discriminantes realizados con la *Escala de Auto-Regulación Fisiológica* y las *Expectativas Pre, Post y Diferencias en Expectativas Pre-Post Escala*, no se han obtenido variables que pudieran discriminar entre el grupo de Reducción Total y el grupo de Fumadores Controlados.

Ambos grupos son considerados, dentro de esta investigación, grupos de éxito terapéutico, ya que los participantes consiguieron alcanzar sus objetivos pre-tratamiento: abandonar el hábito de fumar o reducir su consumo a unos niveles mínimos prefijados con antelación.

A diferencia de lo que ocurre con las variables de la *Escala de Auto-Regulación Fisiológica* y con las *Expectativas*, en la siguiente tabla (nº 69), vemos como mediante las variables de Personalidad seleccionadas: *Locus de Control Interno, Extraversión, Psicoticismo y Sinceridad*, se clasifican correctamente el 92.00% de sujetos del grupo de Reducción Total y el 83.30% del grupo de Fumadores Controlados. Sin embargo, del nivel de significación obtenido, ($\chi^2 = 11.05$; $p = .02$), los valores de Lambda son altos (.66) y la Correlación Canónica baja (.57).

En este caso, el hecho de que ninguna variable prediga el resultado, sugiere que ambos grupos han obtenido puntuaciones similares, tanto en la *Escala de Auto-Regulación Fisiológica* como en el cuestionario de *Expectativas*.

Tabla 69

Función Discriminante: Variables de Personalidad

<u>Grupo: Reducción Total (n = 25) vs. Fumadores Controlados (n = 6)</u>					
<u>Variable</u>	<u>Coefficiente No Estandarizado</u>		<u>Coefficiente Estandarizado</u>		
Locus de Control Interno	.17		.63		
Extraversión	.19		.68		
Psicoticismo	-.14		.37		
Sinceridad	-.14		-.49		
Constante	-5.14				
<u>Valor Propio</u>	<u>Correlación Canónica</u>	<u>Wilk's Lambda</u>	<u>df</u>	<u>χ^2</u>	<u>p</u>
.50	.57	.66	4	11.05	.02
<u>Sujetos correctamente clasificados</u>				<u>Porcentaje</u>	
Grupo Reducción Total				92.0%	
Grupo Fumadores Controlados				83.3%	
Grupo Total				90.3%	

Nota. χ^2 = Chi cuadrado.

Para finalizar con los Análisis Discriminantes, en la última tabla nº 70, vemos que las variables de Tabaquismo, clasifican al 83.30% de sujetos del grupo de Fumadores Controlados y al 84.95% de sujetos del grupo de Reducción Total. Las variables predictoras son: *Tolerancia Nicotínica, Años de Consumo regular de tabaco, Búsqueda de Estimulación, Manipulación, Reducción de la Tensión y Hábito*. Obteniéndose buenos niveles de significación estadística ($\chi^2 = 18.63$, $p = .001$).

Tabla 70

Función Discriminante: Variables de Tabaquismo

<u>Grupo: Reducción Total (n = 25) vs. Fumadores Controlados (n =6)</u>					
<u>Variable</u>	<u>Coefficiente No Estandarizado</u>		<u>Coefficiente Estandarizado</u>		
Tolerancia Nicotínica	.52		.82		
Estimulación	.17		-.59		
Manipulación	.95		-.30		
Reducción de la Tensión	.48		1.24		
Hábito	.25		.63		
Años de Consumo de Tabaco	-.12		-.33		
Constante	-6.46				
<u>Valor Propio</u>	<u>Correlación Canónica</u>	<u>Wilk's Lambda</u>	<u>df</u>	<u>χ^2</u>	<u>p</u>
1.04	.71	.48	6	18.63	.001
<u>Sujetos correctamente clasificados</u>			<u>Porcentaje</u>		
Grupo Reducción Total			84.95		
Grupo Fumadores Controlados			83.3%		
Grupo Total			83.8%		

Nota. χ^2 = Chi cuadrado.

Antes de pasar al resumen y discusión de los resultados, conviene resaltar que sé es consciente de que estos datos son aproximativos, ya que el número de sujetos que conforma los grupos post-tratamiento es reducido y la diferencia en el número de participantes en cada grupo es elevada. Por lo tanto, puesto que no

se puede generalizar sin más, sólo se puede aportar información sobre las posibles variables o grupos de variables que mejor predicen los resultados obtenidos por la muestra de fumadores de esta investigación.

CAPÍTULO 8

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

8.1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo se presenta una síntesis de los resultados obtenidos. Está estructurado en apartados coincidentes con el esquema seguido en el análisis de los resultados con la finalidad de facilitar al lector su comprensión.

Haciendo un pequeño inciso sobre las características descriptivas, la información extraída mostró que los participantes de esta investigación conforman una muestra heterogénea en cuanto a edad y sexo, a pesar de ser el intervalo de edad comprendido entre los 20-40 años el que posee un mayor número de fumadores, y que existe un porcentaje superior de mujeres frente a hombres. Este hecho puede ser un reflejo de las tendencias actuales en el consumo de tabaco.

En relación con las profesiones ejercidas por los fumadores de la muestra, éstas son también muy heterogéneas (sacerdotes, peluqueras, médicos, administrativos, contables, informáticos, dependientes, farmacéuticos, amas de casa, profesores, representantes, mecánicos, en paro, estudiantes, etc.), no presentando ningún grupo unas tendencias definidas. Con respecto a los estudios, existe una mayor proporción en los participantes de haber cursado estudios superiores, aunque el tipo de trabajo no necesariamente estaba relacionado con la titulación académica poseída.

De los 45 fumadores, sólo dos consideraron que no era un buen momento para dejar de fumar, pero, curiosamente, sí consiguieron sus objetivos: dejar de fumar totalmente y "controlar" el consumo de cigarrillos.

8.2. RESULTADOS POST-TRATAMIENTO Y MANTENIMIENTO

Tomando la muestra total de participantes (N = 45) y centrándonos en los resultados post-tratamiento, en esta investigación han eliminado totalmente el consumo de tabaco el 55.55% de los fumadores, mientras que el 13.35% consiguieron sus objetivos de controlar el número de cigarrillos/día. Es decir, consiguieron el *éxito terapéutico* cerca al 69% de los 45 fumadores que acudieron al programa. Por otra parte, si consideramos sólo a los participantes que finalizaron el tratamiento (N = 42), consiguen sus objetivos pre-tratamiento el 73.80% de los fumadores.

Estos resultados se hallan dentro de la línea de los tratamientos que mayor porcentaje de éxito poseen, como lo demuestran los trabajos de revisión de Schwartz (1987), con la técnica de fumar rápido, o las revisiones de Becoña (1992) con la técnica RGINA (reducción gradual de nicotina y alquitrán). También entran dentro del porcentaje "razonable" de éxito cuando se utiliza la hipnosis en la eliminación del hábito de fumar, según apuntan los trabajos de revisión de Agee (1983), Holroyd (1980) y Watkins (1990), entre otros.

Conviene señalar que tan sólo un fumador manifestó tener durante el tratamiento el síndrome de abstinencia, con irritabilidad, ansiedad e insomnio, no reduciendo el consumo a menos de 10 cigarrillos diarios, sobre unos niveles pre-tratamiento de 20 cigarrillos/día (esta persona recibía tratamiento psiquiátrico por depresión).

Con respecto al mantenimiento de las ganancias terapéuticas, punto central de cualquier intervención, los resultados han mostrado que se produce un alto índice de recaída, superior al de la Terapia de Auto-Regulación Emocional (Bayot, 1994), donde a pesar de que el número de abandonos fue más elevado (42.42%, de la muestra total), el porcentaje de abstinentes al finalizar el tratamiento fue del 46.96%, y manteniéndose sin consumir cigarrillos el 42.42% de participantes a los seis meses de seguimiento.

En esta intervención, basada en la Terapia de Auto-Regulación Fisiológica, se realizó el seguimiento a los tres, seis y doce meses. La "gran recaída" se produjo a los tres meses, aunque un porcentaje bastante alto de participantes que recayeron informaron que ésta se produjo aproximadamente al mes y medio de finalizado el tratamiento. Estos datos son coincidentes con los encontrados por Brown y Fromm (1987).

Así, el grupo de Reducción Total se redujo de 25 fumadores abstinentes al finalizar el tratamiento a 13 al recabar los datos del seguimiento a los tres meses. Manteniéndose sin fumar a los seis y doce meses 11 participantes. De este modo, al año de seguimiento se obtuvo un 26.60% de abstinentes (12 participantes: 11 del grupo de Reducción Total y 1 del grupo de Reducción Parcial). Sin embargo, si consideramos el *éxito terapéutico* de los sujetos que pidieron ser "fumadores controlados", vemos que al unir los dos grupos el porcentaje de éxito aumenta al 42.2% en el seguimiento a los tres meses (13 sujetos del grupo de reducción Total más 6 del grupo de Fumadores Controlados) y el 40% a los 6 meses de iniciada la intervención, puesto que son 18 los sujetos que mantienen sus ganancias post-tratamiento. En el último

seguimiento, a los 12 meses, se produjo la "recaída" en un fumador controlado, que volvió a sus niveles pre-tratamiento de 20 cigarrillos diarios, quedando, de este modo al final de la intervención sólo un 37.7% de *éxito terapéutico sobre la muestra total de participantes* (N = 45).

Estos resultados son similares a los encontrados, entre otros, por Lando y Macgovern (1985), donde mediante la técnica de RGINA se obtuvieron unos porcentajes del 62% al finalizar el tratamiento y reduciéndose al 21% en el seguimiento a los 6 meses. Schwartz (1987) y Becoña (1992), también encuentran en sus revisiones unos porcentajes similares a los seis meses de seguimiento (27% y 32%, respectivamente). Son también similares a los encontrados mediante la utilización de técnicas hipnóticas (Holroyd, 1980 & Agee, 1983).

En una posible explicación de las "causas" que generaron esta tasa de recaída, cabe resaltar que debido a que la investigación se realizó entre los meses de Mayo a Julio y el seguimiento a los tres meses se llevó a cabo entre Septiembre y Octubre, un gran número de fumadores inició sus vacaciones estivales al finalizar el tratamiento. Este hecho pudo ser un determinante de la vuelta al consumo regular de cigarrillos, puesto que es un periodo donde, según informaron los participantes, se producen, en general, más momentos de "aburrimiento", más interacciones sociales y, en algunos casos, tensión, al hacerse más patentes los "problemas de pareja o familiares. Todos estos factores están asociados a la recaída, tal como se ha podido comprobar en los diferentes estudios realizados y de los que se ha presentado una síntesis en el apartado teórico sobre el tabaquismo (capítulo nº 2). Resaltan entre otros los trabajos de Baer y Lichtenstein (1988); Baer,

Kamarck, Lichtenstein y Ransom (1989); Becoña, Palomares y García (1994), etc.

Estos problemas relacionados con el periodo temporal en que se realiza el seguimiento también fueron encontrados en las investigaciones sobre obesidad (Cotolí, 1992, Casas & Capafons, 1996), donde al realizar el seguimiento tras las vacaciones estivales, de Navidad y Pascua, se presentaban aumentos de peso "extra", según informaban los participantes.

Otro factor que puede haber influido en los resultados reside en que muchos fumadores acudieron a la intervención guiados por la curiosidad y el "no esfuerzo" que está asociado a las técnicas de sugestión. Sin embargo, esto no es óbice para que no se realizasen las tareas propuestas (como en cualquier intervención psicológica), con el fin de afianzar las sugestiones y mantener la motivación y las expectativas de éxito. Así, el "olvido de las tareas" era un problema generalizado en los fumadores que posteriormente conformaron el grupo de Reducción Parcial.

En las evaluaciones realizadas en el seguimiento, se pedía información sobre posibles síntomas de abstinencia, no informando ningún participante el tenerlos. También se pedía información sobre un posible aumento de peso asociado al dejar de fumar y tan sólo un fumador (se mantuvo abstinentemente durante toda la intervención), manifestó que había engordado 2 kg. Sin embargo, al solicitar información más específica admitió que había tomado, también, "muchos helados".

Como conclusión, pues, resaltar que si bien la tasa de abstinencia post-tratamiento ha sido similar a la de otros procedimientos, en el seguimiento no se han cumplido las

expectativas esperadas con la potencia de la Terapia de Auto-Regulación Fisiológica.

No obstante, es significativo el mantenimiento de los resultados en los diferentes grupos a partir de los tres meses y especialmente el hecho de que muchos fumadores informaban en los seguimientos que "controlaban" el tabaco, puesto que fumaban pero dentro de unos límites fijados por ellos (alrededor de 8/10 cigarrillos diarios). Sólo son cuatro los fumadores que vuelven a niveles basales pre-tratamiento, los restantes se mantuvieron en un consumo significativamente inferior tal como lo confirman las pruebas de diferencias realizadas.

Al establecerse las comparaciones, en el seguimiento a los seis meses con el grupo Control sin tratamiento, los resultados han mostrado que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de "éxito terapéutico" (Reducción Total y Fumadores Controlados) y la muestra del grupo Control. Sin embargo, estas diferencias no se obtienen entre el grupo Control y el grupo de Reducción Parcial, a pesar de que la media de cigarrillos/día en éste último es inferior a la de los fumadores del grupo Control ($M = 14.20$; $M = 21.37$, respectivamente).

Por todo ello, y en función de los objetivos propuestos por Capafons (1993), para conocer la eficacia de la Terapia de Auto-Regulación, vemos que en su vertiente Fisiológica:

1. Mantiene una eficacia, en cuanto a la tasa de abstinencia, similar a la de otros tratamientos a corto plazo y aunque ésta se reduce a largo plazo, se mantiene dentro de los resultados obtenidos con otros tratamientos y mostrando diferencias significativas con el grupo Control.

2. Es significativo el mantenimiento de los resultados a partir de los tres meses, es decir, se consiguieron “fumadores controladores” del consumo de cigarrillos (Frederiksen, 1977). Este hecho habría de ser tenido en cuenta ya que la muestra de fumadores, en sus valores promedios, entra dentro de los llamados fumadores duros (más de 20 cigarrillos/día) y por tanto con posible adición psicológica o fisiológica al tabaco.

3. La tasa de abandono fue muy reducida tanto durante el tratamiento (6.6%) como al final de la intervención, sólo un 11.1% de la muestra total (N = 45).

4. Existe una buena satisfacción en el tipo de intervención, no produciéndose síntomas de abstinencia como irritabilidad, ansiedad o aumento de peso, al focalizar las sugerencias en la no-percepción de síntomas desagradables. Tampoco se produjeron, durante el tratamiento reacciones de malestar ya que, incluso en los fumadores que elegían la estrategia aversiva, tras los ejercicios se reían por lo rápida y desagradable que era su aparición y lo rápida y agradable su desaparición.

5. La variable terapeuta no ha mostrado ser relevante en este tipo de intervención, sólo en los datos del seguimiento a los 3 meses aparecen diferencias significativas entre el terapeuta nº 1 (varón) frente a las tres terapeutas. Sin embargo, tanto en los resultados post-tratamiento como en los restantes seguimientos, no existen diferencias entre los resultados obtenidos por ellos.

8.3. PRUEBAS DE DIFERENCIAS

En cuanto a las posibles diferencias existentes entre los grupos de Reducción Total, Reducción Parcial, Fumadores Controlados y Abandono que pudieran establecerse como predictores, vemos que con respecto a las variables específicas relacionadas con el consumo de tabaco, los fumadores de nuestra investigación no presentan diferencias significativas tanto en el consumo de cigarrillos/día pre-tratamiento, como en los años de consumo regular.

Tampoco existen diferencias entre los distintos grupos en cuanto a la variable "Tolerancia Nicotínica", a pesar de ser considerada una de las variables predictoras de éxito terapéutico más importantes (Fagerström, 1982; Hall, Rugg, Tunstall & Jones, 1984; Hall, Tunstall, Rugg, Jones & Benowitz, 1985; Hall, Tunstall, Ginsberg, Benowitz & Jones, 1987; Killen, Fortmann, Newmann & Varady, 1990). Los resultados son similares, pues, a los encontrados por Becoña y Galego (1988) y Bayot (1994), aunque a diferencia de éste último las medias de los grupos de Abandono y Reducción Parcial son más elevadas mostrando una tendencia a cumplir las hipótesis predictivas

Con relación a los motivos por los cuales las personas fuman (Instrumento de Autoevaluación del Fumador de Horn, 1975) y que pueden determinar el componente adictivo al tabaco, sólo la variable "Adicción Psicológica" presenta una significación estadística siendo los grupos de Reducción Parcial y Abandono los que presentan las puntuaciones medias superiores. En las restantes variables no han aparecido diferencias significativas.

En el análisis de las variables de Personalidad, los resultados confirman un hecho contradictorio asociado al Locus de Control y es el de la Internalidad/Externalidad y su relación con el éxito/fracaso de las intervenciones. Así, en este trabajo, a pesar de que el número de sujetos por grupo no permite aportar ningún resultado concluyente, la variable que presenta diferencias significativas entre grupos es el "Locus de Control Interno de la Salud", pero siendo el grupo de Abandono el que posee los valores medios más altos, frente al grupo de Reducción Total que presenta los valores promedios más bajos. Por su parte en las variables de Locus de Control de la Salud Externo y General no se presentan diferencias entre los diferentes grupos.

Con las variables de "Extraversión", "Neuroticismo", "Psicoticismo" y "Sinceridad", no aparecen diferencias significativas entre los grupos.

Los resultados también muestran que referente a las Expectativas de resultado, no existen diferencias entre los grupos de Reducción Total, Reducción Parcial, Fumadores Controlados y Abandono, tanto en las Expectativas Pre-Escala de Auto-Regulación Fisiológica como en lo referente a las Expectativas Post pase de la Escala. Es decir, todos los participante llegaron con similares valores, y en general elevados, sobre sus expectativas en el tratamiento que se iba a realizar. Por otra parte no se produjo un aumento de ellas tras pasarles la Escala de Auto-Regulación Fisiológica. Este hecho pudo ser debido a las dificultades la aceptación de la escala por parte de los participantes. En la Terapia de Auto-Regulación Emocional (Bayot, 1994), sí existe un aumento significativo en las Diferencias en Expectativas Pre-Post pase de la

Escala de Auto-Regulación Emocional, aunque éste se produjo en los grupos de Reducción Total y Abandono.

Como conclusión, señalar que en lo que respecta a la Escala de Auto-Regulación Fisiológica, los resultados han mostrado que no es, al menos en esta investigación, un buen predictor de los resultados de la intervención. No existen, pues, diferencias significativas entre los diferentes grupos en ninguno de los elementos de la Escala.

8.4. ANÁLISIS DE REGRESIÓN Y ANÁLISIS DISCRIMINANTES

Las variables extraídas en los análisis de regresión varían en función de las variable dependiente utilizada. Así, el "Consumo de cigarrillos post-tratamiento", se predice por el elemento *Salivación* de la Escala de Auto-Regulación Fisiológica y por el *Número de cigarrillos consumidos en el pre-tratamiento*.

En cuanto al "Consumo de cigarrillos en el seguimiento a los 3 meses", las diferentes ecuaciones de regresión extrajeron como predictores el *Consumo post-tratamiento* y el elemento *Peso* de la Escala de Auto-Regulación Fisiológica, presentando éste ítem una relación negativa con el consumo de cigarrillos a los tres meses.

Como posibles predictores del "Consumo de tabaco a los seis meses" tan sólo se obtuvieron ecuaciones de regresión de las variables de Tabaquismo, siendo el *Consumo de cigarrillos en el seguimiento a los 3 meses* y la *Tolerancia Nicotínica*, las variables extraídas como predictores de resultado. Al aunar todas las

variables en una ecuación, se obtuvieron como predictores, además de las anteriores, el ítem nº 10 de la Escala de Auto-Regulación Fisiológica (*Sugestión Post Auto-Regulación*) y la variable *Locus de Control de la Salud Interno*.

Por último, el "Consumo de cigarrillos a los 12 meses", se predice por el *Número de cigarrillos consumidos a los seis meses*. En la ecuación de regresión con todas las variables se extrajo como predictores el ítem nº 9 de la Escala de Auto-Regulación Fisiológica (*Amnesia*) y la variable *Neuroticismo*.

En cuanto al poder predictivo de las diferentes variables analizadas en los Análisis Discriminantes (Expectativas, Escala de Auto-Regulación Fisiológica, Personalidad y Tabaquismo), los resultados han mostrado que en los grupos de Reducción Parcial vs. Reducción Total, tienen un valor predictivo superior las variables de Personalidad frente a las variables relacionadas con el Tabaquismo y la Escala de Auto-Regulación Fisiológica y Expectativas.

Referente a los grupos de Reducción Parcial vs. Fumadores Controlados, las variables de la Escala de Auto-Regulación Fisiológica y Expectativas aumentan su poder discriminante respecto de las restantes comparaciones ya que clasifican correctamente al 82.3% de los participantes de cada grupo. Sin embargo, siguen siendo superiores, en cuanto a su poder clasificatorio las variables de Personalidad (88.2%), y sobre todo, las variables de Tabaquismo, con un 94.1% de sujetos correctamente clasificados a partir de las variables del Inventario de Horn (*Estimulación, Adicción Psicológica y Hábito*) junto con los *Años de consumo regular de cigarrillos*.

Finalmente, en la combinación del grupo de Reducción Total, vs. Fumadores Controlados, no se han obtenido variables de la Escala de Auto-Regulación Fisiológica y Expectativas que discriminen ellos. Esto sugiere que las puntuaciones obtenidas por los participantes de estos grupos han sido similares (recordar que ambos grupos se pueden considerar "éxito terapéutico"). En cuanto al poder clasificatorio de las variables de Personalidad, éstas son superiores a las de Tabaquismo.

Podemos mantener, pues, que las variables de Personalidad y Tabaquismo poseen un valor predictivo superior a las variables de Expectativas y Escala de Auto-Regulación Fisiológica. Los resultados más notables se producen en la discriminación de los grupos de "éxito terapéutico" (Reducción Total vs. Fumadores Controlados) a través de las variables de Personalidad y en la discriminación entre los grupos de Reducción Parcial vs. Fumadores Controlados mediante las variables de Tabaquismo.

Por su parte, las variables extraídas de los elementos de la Escala de Auto-Regulación Fisiológica y Expectativas han mostrado un poder predictivo mayor en la discriminación de los grupos de Reducción Parcial vs. Fumadores Controlados a través del elemento nº 10: *Sugestión Post Auto-Regulación* y las *Expectativas Pre-Escala de Auto-Regulación*.

Pese a todo ello, no hay que olvidar que debido al reducido número de participantes por grupo (especialmente Abandono y Fumadores Controlados) y a la diferencia de miembros en cada grupo, estos resultados han de ser tomados con cautela, aunque, como se ha comentado con anterioridad, pueden servir de guía para investigaciones futuras.

CAPÍTULO 9

CONCLUSIONES

9. CONCLUSIONES

A través de la investigación que presentamos, se han revisado los aspectos puntuales relacionados con el consumo de tabaco y los factores asociados al inicio, consolidación, abandono y recaída o mantenimiento. Junto a ello, las aportaciones teóricas de los diferentes modelos psicológicos, ofrecen una visión del sustrato sobre el cual la conducta de fumar se asienta, convirtiéndose en un hábito muy resistente al cambio (Taylor, 1986).

También se han revisado los tratamientos, tanto aversivos como no aversivos, que en la actualidad muestran mayores tasas de abstinencia con el fin de comparar la eficacia con el que se presenta en este trabajo.

Se ha realizado un estudio explicativo sobre la Terapia de Auto-Regulación y su conexión con la Hipnosis y la Sugestión, estableciéndose las posibles líneas teóricas que confluyen e influyen en las diferentes técnicas basadas en la Terapia de Auto-Regulación de Amigó (1992). Y se ha pretendido comprobar la eficacia de la Terapia de Auto-Regulación Fisiológica, para poder presentarla como una alternativa a los tratamientos psicológicos basados en componentes hipnóticos o de sugestión.

La elección de investigar en la conducta de fumar fue determinada por la importancia que en la actualidad reviste este hábito y al establecerse, cada vez con mayor fiabilidad, datos que avalan la hipótesis de que el consumo de cigarrillos es un factor de riesgo en enfermedades respiratorias, cardiovasculares y oncológicas.

Por otra parte, el interés, por comprobar la eficacia de la Auto-Regulación Fisiológica en el tabaquismo, está determinado por la demanda de los fumadores de un tratamiento para eliminar su conducta "adictiva" caracterizado por su eficacia, rapidez y agradabilidad.

Así, de la parte experimental se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. Con la Terapia de Auto-Regulación Fisiológica se alcanzan unas tasas de éxito terapéutico post-tratamiento similares a otros procedimientos que han mostrado ser eficaces en la eliminación del tabaquismo. Sin embargo, el mantenimiento de estas ganancias no perdura, produciéndose, especialmente en el seguimiento a los tres meses, una recaída considerable en cuanto a la abstinencia, no así en cuanto al éxito terapéutico, baste recordar a los fumadores que eligieron controlar el consumo de tabaco. En general, se consiguieron "fumadores controladores" del consumo de cigarrillos puesto que tan sólo cuatro participantes volvieron a sus niveles basales pre-tratamiento.

2. No se produjeron síntomas de abstinencia ni aumento de peso, como ha ocurrido en algunas investigaciones (Hughes, Gust y Pechacek, 1987; Gritz, Carr y Marcus, 1991), a pesar de que muchos fumadores llegaron predispuestos a tenerlos. Por tanto, la Terapia de Auto-Regulación Fisiológica es eficaz en las sugerencias dirigidas a paliar los posibles efectos colaterales negativos.

Esta carencia de síntomas de abstinencia es importante tenerla presente ya que, excepto en el grupo de Fumadores Controlados, los fumadores presentan unos valores medios en la variable *Tolerancia Nicotínica* (Fagerström, 1978), por encima del

punto de corte (puntuación \geq 6) establecido para separar a los posibles fumadores con dependencia física a la nicotina.

3. Es de resaltar el escaso porcentaje de abandonos, tres sujetos al inicio del tratamiento y dos durante el seguimiento. Lo cual es un dato que apoya la aceptación de la Terapia de Auto-Regulación Fisiológica, en comparación con el número de abandonos que se producen en las diferentes intervenciones para eliminar el hábito del tabaquismo. No obstante, hay que tener en cuenta que los terapeutas que realizaron la investigación eran profesionales clínicos y expertos Terapia de Auto-Regulación e Hipnosis y pudieron subsanar las deficiencias encontradas en la Escala de Auto-Regulación Fisiológica a través de ejercicios "correctivos" (Amigó, 1992).

4. Haciendo un pequeño resumen aproximativo de los resultados, y dejando claro que las diferencias, al no ser estadísticamente significativas, no aportan datos concluyentes y que el número de sujetos en los diferentes grupos es reducido, podría ser interesante resaltar las características de los diferentes grupos para ver si, en otras investigaciones, se confirman las tendencias encontradas en los resultados de esta investigación.

Así tenemos que:

- a) Sólo en las variables *Adicción Psicológica* y *Locus de Control de la Salud Interno*, aparecen diferencias significativas entre los diferentes grupos. En la primera, poseen valores superiores los grupos de Reducción Parcial y Abandono (ello entraría dentro de las hipótesis predictivas de que a mayor adicción a la nicotina peor pronóstico en los tratamientos). En la segunda variable, las

diferencias significativas se establecen entre el grupo de Abandono, que posee las puntuaciones medias superiores, frente a los restantes grupos. En este caso, iría en oposición a la hipótesis planteada que asocia el éxito terapéutico al Locus de Control Interno.

- b) Las respuestas a la Escala de Auto-Regulación no perfilan ningún tipo de grupo, tal como se pensó en un principio al plantear las hipótesis. Sólo el grupo de Abandono presenta unos valores medios superiores en la puntuación total de la Escala, aunque no aparecen diferencias significativas. Lo cual podría avalar el que su abandono estuviera motivado por el deseo de seguir fumando y no por el desagrado hacia la Terapia de Auto-Regulación.

Por último, señalar que, en lo que respecta a la Terapia de Auto-Regulación (tanto Fisiológica como Emocional), está presenta una serie de ventajas sobre otro tipo de intervenciones como pueden ser:

1. El número reducido de sesiones para conseguir los objetivos propuestos.
2. El ofrecer técnicas eficaces para “controlar” un hábito eliminando el componente adictivo, es decir, al conseguir que no se abuse de la sustancia tóxica (tabaco) y reduciendo el consumo de riesgo (González, 1994), a unos niveles más saludables.
3. La facilidad en el control de los efectos secundarios negativos asociados al síndrome de abstinencia (psicológico o no), a través de las sugerencias.

4. El ser agradable y asequible para las personas que están eliminando un hábito adictivo, puesto que reduce la tasa de abandonos durante la intervención. A pesar de que en esta investigación, como ya se ha comentado con anterioridad, la Escala de Auto-Regulación Fisiológica no resultó tan impactante como la Escala de Auto-Regulación Emocional.

Así pues, a los psicólogos clínicos, la Terapia de Auto-Regulación ofrece un método rápido y eficaz para "controlar" la sugestión en el contexto de la terapia. Es decir, las estrategias ofrecidas por Amigó (1990,1992), aportan un modo de hacer terapia en el que fácilmente se unen la hipnosis y las técnicas cognitivo-comportamentales.

El nexa de unión parte del "Recuerdo Sensorial" y a través de ejercicios de grabar y reproducir sensaciones (musculares, gustativas, etc.), se introduce la "práctica en la sugestión" por medio de ejercicios de "recuerdo sensorial". Este punto es crucial ya que evita el escepticismo de los sujetos que perciben e interpretan el contexto racionalmente, produciéndose así, un aumento de la credibilidad respecto de los procedimientos que se apoyan en técnicas de sugestión como es este el caso.

La persona, se auto-observa y auto-evalúa (se fomenta la auto-rregulación en el sentido de Kanfer, 1976), aunando los procesos volitivos y no volitivos o automáticos y rompiendo, de este modo, los esquemas sobre las ideas preconcebidas que se poseen acerca de cómo "se reacciona" y "se siente" ante una sugestión.

Tras los ejercicios en recuerdo sensorial, se realizan tareas mediante auto-instrucciones realizadas con una disposición mental dirigida a la consecución de la meta, motivación y control personal

difícilmente alcanzables, tan rápidamente, por los métodos habituales de los tratamientos cognitivo-comportamentales.

El partir del recuerdo sensorial, hace que la Terapia de Auto-Regulación sea asequible, al igual que puedan serlo otros procedimientos psicológicos, a cualquier terapeuta por su grado de aplicabilidad y adaptación a las diferencias individuales, tanto por parte del paciente/cliente como por parte del investigador/terapeuta.

Finalmente, una revisión de este trabajo nos lleva a reconocer, entre otras muchas, una serie de críticas tanto conceptuales como metodológicas.

La primera, parte ya de los conceptos de "recuerdo sensorial" y "sugestión" (recordemos el paralelismo entre ellos establecido por Wundt, 1908), y de su forma de evaluarlos a través de las escalas de sugestionabilidad, como es el caso de la Escala de Auto-Regulación Fisiológica.

Una posible interpretación de los problemas planteados por esta Escala reside en que sólo en el primer ítem (Peso), se realizan ejercicios de recuerdo sensorial, siguiendo los restantes ítems, verbalizaciones similares a las utilizadas en las escalas de susceptibilidad hipnótica (Spiegel y Spiegel, 1978; Morgan y Hilgard, 1978; 1979; Wilson y Barber, 1978; Barber y Wilson, 1979; etc.). Se apreció durante el pase que los participantes quedaban "incómodos" cuando no conseguían la realización correcta del ejercicio. Este hecho pudo repercutir en que se bajara o mantuviera, en general, un mismo nivel de expectativas sobre la percepción de la potencia del tratamiento.

La Escala de Auto-Regulación Fisiológica presenta, pues, el problema de una inadecuación entre el primer ítem (reproducción de sensaciones de *Peso* a partir de un estímulo físico) y los nueve restantes. En este primero el sujeto está "activo" centrando su atención en la comprobación mediante el aparato de biofeedback de la reproducción de sensaciones de peso en el brazo, siguiéndose las pautas de la Terapia de Auto-Regulación.

En los restantes ítems, las personas están en una actitud más "pasiva" siguiendo las verbalizaciones las pautas de las inducciones hipnóticas tradicionales pero sin el "contexto sugestivo", que, por su parte, como señalan entre otros Stern (1978) o Wolberg (1967), es una condición que hace posible o aumenta la eficacia de la sugestión. Es decir, en el pase de la Escala se ha de evitar el tono de voz pausado y con ritmo lento por parte del terapeuta, el ambiente con luz difusa, etc. Tampoco existe un feedback inmediato, por parte del participante, sobre los ejercicios que se realizan, tal como ocurre en la Escala de Auto-Regulación Emocional. Este cambio brusco "activo/pasivo" podría ser uno de los problemas esenciales de la Escala de Auto-Regulación Fisiológica, junto con la posible inadecuación entre el lenguaje fisiológico inicial del primer ítem y las características "mentalistas" de los restantes elementos de la Escala.

Sería conveniente una revisión de la escala no sólo para subsanar esta inadecuación en la estructura de los elementos, sino también en cuanto a su forma de evaluar las respuestas al recuerdo sensorial o a la sugestión. Es decir, dado que en la escala se utiliza el aparato de biofeedback electromiográfico, a partir de sus registros se podría obtener información fisiológica objetiva del recuerdo sensorial y por lo tanto de las sugestionaciones.

A pesar de ello, no hay que olvidar, como ya se ha comentado en la revisión teórica, que las investigaciones sobre las escalas de susceptibilidad a la hipnosis dan como resultado, en general, que ésta no es un buen predictor de éxito terapéutico.

Siguiendo esta línea, la misma crítica pueden recibir las variables evaluadas a través de los cuestionarios de personalidad o tabaquismo, es decir, el problema de no poder abordar directamente los procesos cognitivos (Ericsson y Simon, 1980) es un sesgo común en los auto-informes psicológicos. En lo que respecta al consumo de tabaco, el hecho de haber realizado una evaluación fisiológica podría haber aportado información sobre el componente adictivo de los fumadores que accedieron al programa y su relación con el éxito o fracaso en la consecución de sus objetivos.

Las críticas metodológicas pueden ir encaminadas al tipo de diseño utilizado, el "ensayo clínico", donde el menor rigor metodológico puede incidir en que los resultados de la eficacia del tratamiento sean difíciles de establecer (Miller y Heather, 1986). En este trabajo, para preservar cierto rigor experimental, se trató el tabaquismo como problema aislado con la finalidad de comprobar la eficacia de la Terapia de Auto-Regulación Fisiológica, y no se tuvieron en cuenta variables "clínicas" que pueden influir en el mantenimiento de una conducta adictiva. Los problemas tanto psicológicos (depresión, ansiedad, baja auto-estima...) como profesionales (paro, problemas laborales...), o de pareja que podían presentar (o presentaban) las personas que acudieron a recibir tratamiento para dejar de fumar, no fueron tomados en consideración. Sin embargo, a los participantes se les ofrecía la posibilidad de, posteriormente, tratar esos problemas.

Por otra parte, se han tenido en cuenta también los posibles parámetros que pueden distorsionar los resultados de la investigación, como los atributos del experimentador, las expectativas no intencionales por parte del investigador o terapeuta sobre el tipo de tratamiento utilizado, el efecto de los registros subjetivos de las respuestas dadas por los sujetos (Sánchez-Cánovas, 1987), etc. a los que se ha pretendido "controlar", pero que dadas las características de la investigación (terapia individualizada), somos conscientes de que pueden haber dado origen a sesgos de los cuales no somos conscientes.

Como conclusión última, es importante señalar que son necesarias más investigaciones destinadas a crear programas de eliminación (o control) del tabaquismo, en los que no se le considere una conducta puntual y aislada, sino que se abarquen los aspectos sociales, cognitivos y situacionales que la rodean.

Habría que generar, por un lado, estrategias para desvincular el consumo de tabaco de todas aquellas "situaciones" o "emociones" que actúan como detonantes y reforzantes de este hábito y por otro, estrategias que faciliten el mantenimiento y control de unos logros terapéuticos previniendo la recaída. Así, son en estos puntos, donde creemos que las técnicas de sugestión, como la Terapia de Auto-Regulación, pueden jugar un papel fundamental al aumentar la autoconfianza del sujeto en sus posibilidades de auto-control.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

Abramson, E. (1973). A review of behavioral approaches to weight control. Behaviour Research and Therapy, 11, 547-556.

Agee, L.L. (1983). Procedures using hypnosis in smoking cessation programs: A review of the literature. Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry and Medicine, 30, 111-126.

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.

Alarcón, A. (1996). Preferencia entre dos métodos de hipnosis activo-alerta. Tesis de Licenciatura. Universidad de Valencia.

Amigó, S. (1990). Terapia de Auto-Regulación: Fundamentos y estudio de caso único. Revista Española de Terapia del Comportamiento, 8, 261-275.

Amigó, S. (1992). Manual de Terapia de Auto-Regulación. Valencia: Promolibro.

Apter, M.J. (1991). Suggestibility: a reversal theory perspective. En J.F. Schumaker (Ed.), Human suggestibility. Advances in theory, research, and application (pp. 146-158). New York: Routledge.

Arnau, J. (1986). Diseños experimentales en psicología y educación. México: Editorial Trillas.

Baer, J.S., Holt, C.S. & Lichtenstein, E. (1986). Self-efficacy and smoking reexamined: Construct validity and clinical utility. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 846-852.

Baer, J.S., Kamarck, T., Lichtenstein, E. & Ramson, C.C. (1989). Prediction of smoking relapse: Analysis of temptations and transgressions after initial cessation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 104-110.

Baer, J.S. & Lichtenstein, E. (1988). Classifications and prediction of smoking relapse episodes: An exploration of individual differences. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 104-110.

Baker, S.L. & Kirsch, I. (1991). Cognitive mediators of pain perception and tolerance. Journal of Personality and Social Psychology, 61, 504-510.

Balfour, D.J.K. (1994). Neural mechanisms underlying nicotine dependence. Addiction, 89, 1419-1423.

Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215.

Bandura, A. (1977b). Social learning theory. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Bányai, E. (1991). Toward a social-psychobiological model of hypnosis. En S. Lynn & J. Rhue (Eds.), Theories of hypnosis:

current models and perspectives (pp. 564-598). New York: The Guilford Press.

Bányai, E. & Hilgard, E.R. (1976). A comparison of active-alert hypnotic induction with traditional relaxation induction. Journal of Abnormal Psychology, 85, 218-234.

Barber, J. (1991). The locksmith model: accessing hypnotic responsiveness. En S. Lynn & J. Rhue (Eds.), Theories of hypnosis: current models and perspectives (pp. 241-274). New York: The Guilford Press.

Barber, T.X. (1965). Measuring "hypnotic-like" suggestibility with and without "hypnotic induction"; psychometric properties, norms and variables influencing response to the Barber Suggestibility Scale (BSS). Psychological Reports, 16, 809-844.

Barber, T.X. (1969). Hypnosis: A science approach. Princenton, New Jersey: Van Nostran Reinhold.

Barber, T.X. (1982). Hypnosuggestive procedure in the treatment of clinical pain. En T. Milton, C. Green & R. Meagher (Eds.), Handbook of clinical health psychology (521-560). New York: Plenum Press.

Barber, T.X. (1985). Hypnosuggestive procedures as catalysts for psychotherapies. En S.J. Lynn & Garske (Eds.), Contemporary psychotherapies. models and methods (pp. 333-375). Columbus, OH: Charles E. Merrill.

Barber, T.X. & Wilson, S.C. (1977). Hypnosis, suggestions, and altered states of consciousness: Experimental evaluation of the new cognitive-behavioral theory and the traditional trance-state,

theory of "hypnosis". Annals of the N.Y. Academic of Science, 296, 34-74.

Barber, T.X. & Wilson, S.C. (1978). The Barber Suggestibility Scale and the Creative Imagination Scale: Experimental and clinical applications. American Journal of Clinical Hypnosis, 21, 84-108.

Batle, E., Boixet, M., Agudo, A., Almirall, J. & Salvador, T. (1991). Tobacco prevention in hospitals: Long-term follow-up of a smoking control programme. British Journal of Adicction, 86, 709-717.

Bayot, A. (1994). Terapia de Auto-Regulación para la eliminación del hábito de fumar. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.

Bayot, A. (1995). Eficacia de la farmacología en la eliminación del tabaquismo. Revista Española de Drogodependencias, 20, 177-196.

Bayot, A. (1996). Tabaquismo: Factores asociados en el comportamiento adictivo al tabaco. Revista Española de Drogodependencias, 21, 169-184.

Bayot, A. & Capafons, A: (1995a). Diferencias individuales como predictores de 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. (1995). Tratamiento del hábito 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 Hipnosis, 40, 146-156.

Becoña, E. (1987). El tratamiento de fumadores con el chicle con nicotina. Revista de Análisis del Comportamiento, 3, 175-187.

Becoña, E. (1989). Evaluación de la conducta de fumar. I. Medidas conductuales, escalas y cuestionarios. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 2, 13-36.

Becoña, E. (1990a). Abuso del tabaco. En F.X. Méndez y D.M. Antón (Eds.), Modificación de conducta con niños y adolescentes (pp. 279-299). Madrid: Pirámide.

Becoña, E. (1990b). Estrategias efectivas para dejar de fumar. Revista Española de Terapia del Comportamiento, 8, 91-108.

Becoña, E. (1992). La técnica de Reducción Gradual de Nicotina y Alquitrán: Una revisión. Revista Española de Drogodependencias, 17, 75-92.

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 Drogodependencias, 18, 3-14.

Becoña, E. & Frojan, M^aJ. (1988a). La técnica de Retener el Humo en el tratamiento de fumadores. Revista Española de Drogodependencias, 13, 131-136.

Becoña, E. & Frojan, M^aJ. (1988b). Tratamiento de fumadores con la técnica de Retener el Humo. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 1, 31-48.

Becoña, E. & Galego, P. (1988). Cómo mejorar la eficacia del chicle de nicotina. Medicina Clínica, 91, 277-278.

Becoña, E., Galego, P. & Lorenzo, M.C. (1988). El Tabaco y su abandono. Santiago de Compostela: Dirección Xeral de Saúde Pública de Consellería de Sanidade.

Becoña, E. & Gómez-Durán, B. (1991). Descenso del consumo de cigarrillos en la línea base y eficacia de un programa para dejar de fumar. Revista Española de Drogodependencia, 16, 277-283.

Becoña, E., Gómez-Durán, B., Álvarez-Soto, E. & García, M. (1990). Dependencia de la nicotina y consumo de cigarrillos. Adicciones, 2, 279-290.

Becoña, E. & Lista, M.J. (1989). Tratamiento de fumadores con la técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán. Psiquis, 10, 149-154.

Becoña, E. & Lorenzo, M.C. (1989). Evaluación de la conducta de fumar. II. Medidas fisiológicas. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 2, 37-58.

Becoña, E., Palomares, A. & García, M^aP. (1994). Tabaco y salud. Madrid: Ediciones Pirámide.

Bellack, A. (1975). Behavior therapy for weight reduction. Addictive Behaviors, 1, 73-82.

Benito, A., Costa, M., Del Llano, J. & López, E. (1989). Tabaco o salud: Elecciones en una cultura de drogas. JANO. Medicina y Humanidades, 37, 45-57.

Benowitz, N.L. (1991). Pharmacodynamics of nicotine: Implications for rational treatment of nicotine addiction. British Journal of Addiction, 86, 495-499.

Benson, H. (1975). The relaxation response. New York: Morrow.

Bernheim, H. (1886). De la suggestion, et de ses applications à la thérapeutique. París: Doin.

Bernheim, H. (1889). Valeur relative des divers procédés destinés à provoquer l'hypnose et á augmenter la suggestibilité au point de vue thérapeutique. En E. Bérillon, Premier Congrès International de l'Hypnotisme Experimental et Thérapeutique (pp. 79-98). París: Doin.

Bisquerra, R. (1989). Introducción conceptual al análisis multivariante. Un enfoque informático con los paquetes SPSS, BMDP, LISREL y SPAD. Barcelona: PPU

Blanchard, E.B. & Andrasik; F. (1985). Management of chronic headaches. A psychological approach. London: Pergamon Press Inc. (Trad. Castellana, Barcelona: Martínez Roca, 1989).

Blanco, A. & León, J.M. (1990). Psicología social y de la salud. Ponencia presentada y publicada en las Actas del III Congreso Nacional de Psicología Social, 5-18.

Bliss, R.E., Garvey, A.J., Heinold, J.W. & Hitchcock, J.L. (1989). The influence of situation and coping on relapse crisis outcome after smoking cessation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 443-449.

Borenstein, M., Cohen, J., Rothstein, H.R., Pollack, D. & Kane, J.M. (1990). Statistical power analysis for one-way analysis of variance: a computer program. Behavior Research Methods, Instruments and Computer, 22, 271-282.

Bradsham, P.W. (1973). The problem of cigarette smoking and its control. International Journal Adicction, 8, 353-371.

Braid, J. (1843). Neurohypnology: Or the rationale of nervous sleep considered in relation with animal magnetism. London: Churchil.

Braid, J. (1846). The power of the mind over the body. London: Churchil.

Braid, J. (1955). The physiology of fascination and the critics criticized. Manchester: Grant.

Brown, D.P. (1992). Clinical hypnosis research since 1986. En E. Fromm & M.R. Nash (Eds.), Contemporary hypnosis research (pp. 427-458). New York: Guilford.

Brown, D.P. & Fromm, E. (1987). Hypnosis and behavior medecine. New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Brown, D.P. & Oakley, D.A. (1997). Hypnosis and Cognitive-Experiential Self-Theory: A new conceptualization for hypnosis? Contemporary Hypnosis, 14, 94-99.

Burton, D., Sussman, S., Hansen, W.B., Johnson, C.A. & Flay, B.R. (1989). Image attributions and smoking intentions among seventh grade students. Journal of Applied Social Psychology, 19, 656-664.

Caballo, V.E. (1991). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo XXI.

Capafons, A. (1981). Bases teóricas y experimentales del auto-control. Tesis de Licenciatura. Universidad de Valencia.

Capafons, A. (1986). Auto-Control: ¿Crisis de identidad? Boletín de Psicología, 10, 29-45.

Capafons, A. (1991). Cuestionario de seguimiento para fumadores. En Bayot, A., Capafons, A. & Amigó, S. (1995). Tratamiento del hábito de fumar (pp. 147-149).

Capafons, A. (1993). Investigación empírica y Terapia de Auto-Regulación. En A. Capafons & S. Amigó (Eds.), Hipnosis, Terapia de Auto-Regulación e Intervención Comportamental (pp. 117-149). Valencia: Promolibro

Capafons, A. (1994). Empirical validation of Self-Regulation Therapy for smoking and obesity. En I. Kirsch (Chair), Suggestive enhancement of behavior therapy-empirically validated techniques. Simposium celebrado en The 102nd. APA Convention. Los Angeles, USA.

Capafons, A. (en prensa). Hipnosis clínica: Una visión cognitivo-comportamental. Papeles del Psicólogo.

Capafons, A., Aliaga, F., Cholíz, M., Cotolí, M^aA., Sáez, A., Gil, J. & Martínez-Valls, J. (1989). Auto-Regulación y psicopatología: Validez de constructo y predicción de éxito terapéutico. Comunicación presentada en el Simposio Regional de la Asociación Psiquiátrica Mundial. Granada.

Capafons, A. & Amigó, S. (1993a). Hipnosis y Terapia de Auto-Regulación. Madrid: EUDEMA.

Capafons, A. & Amigó, S. (1993b). Hipnosis y Terapia de Auto-Regulación. En J. Labrador, J. Cruzado & M. Muñoz (Eds.). Manual de técnicas modificación y terapia de conducta (pp. 457-476) Madrid: Ediciones Pirámide.

Capafons, A. & Amigó, S. (1993c). Hipnosis, Terapia de Auto-Regulación e Intervención Comportamental. Valencia: Promolibro.

Capafons, A. & Amigó S. (1995). Emotional Self-Regulation Therapy for smoking reduction: Description and first empirical data. The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 43, 7-19.

Capafons, A., Amigó, S. & Bayot, A. (1992). Terapia de Auto-Regulación y tratamiento del hábito de fumar: Resultados obtenidos al finalizar el tratamiento y primeros datos sobre el seguimiento. Revista Española de Drogodependencias, 17, 269-277.

Capafons, A., Castillejo, J.L., Gómez-Ocaña, C., Barreto, P., Aznar, P. & Pérez, P. (1985). Auto-Control y Educación. Valencia: La Nau.

Capafons, A. & Ibáñez, E. (1988). Competencia aprendida (la aproximación de Rosenbaum) -I-: Características definicionales,

críticas conceptuales y su relación con la intervención comportamental. Revista Española de Terapia del Comportamiento, 6, 191-215.

Capafons, A., Gil, J., Cotolí, M^aA., Aliaga, F., Martínez-Valls, J. & Cholíz, M. (1989). Personalidad y predictores de éxito terapéutico en un programa para la reducción de la obesidad media. Comunicación presentada en el II Encuentro Ibérico de Terapia del Comportamiento. Cádiz.

Capafons, A., Silva, F. & Barreto, P. (1986). Un cuestionario de Auto-Control para niños y adolescentes: Primeros resultados. Análisis y Modificación de Conducta, 12, 41-79.

Capafons, J.I., Herrero, M., Sosa, C.D., Viña. C.M. & Capafons, A. (1993). Terapia de Auto-Regulación Emocional y eliminación de la fobia a volar. En A. Capafons & S. Amigó (Eds.), Hipnosis, Terapia de Auto-Regulación e Intervención Comportamental (pp. 259-269). Valencia: Promolibro.

Cardeña, E. & Spiegel, D. (1991). Suggestibility, absorption and dissociation: An Integrative Model of Hypnosis. En J.F. Schumaker (Ed.), Human suggestibility. Advances in theory, research, and application (pp. 93-107). New York: Routledge.

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, 323-342.

Carnwath, T. & Miller, D. (1986). Behavioural psychotherapy in primary care: A practice manual. London: Academic Press Inc.

Carrasco, T.J., Luna, M. & Vila, J. (1993). La aplicación de la técnica de "Bogus Pipeline" a la evaluación del hábito de fumar en adolescentes: Una revisión. Revista de Psicología de la Salud, 5, 3-28.

Carrasco, T.J., Luna, M. & Vila, J. (1994). Validez del Fagerström Tolerance Questionnaire como medida de dependencia física de la nicotina: una revisión. Revista Española de Drogodependencias, 19, 3-14.

Carrobbles, J.A. & Godoy, J. (1987). Biofeedback. Principios y aplicaciones. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

Casas, C. (1995). Terapia de Auto-Regulación para el tratamiento de la obesidad media. Tesis de Licenciatura. Universidad de Valencia.

Casas, C. & Capafons, A. (1996). Tratamiento del sobrepeso y exceso de grasa. Valencia: Promolibro.

Casas, C., Capafons, A., Cotoí M^aA., Sanchís, M^aJ., García, R. & Amigó, S. (1993). Terapia de Auto-Regulación para la reducción de la obesidad media: eficacia a medio plazo. En A. Capafons & S. Amigó (Eds.), Hipnosis, Terapia de Auto-Regulación e Intervención Comportamental (pp. 249-257). Valencia: Promolibro.

Castillo, R. (1989). Consumo, hábitos y actitudes hacia el tabaco en profesionales de la docencia y de la salud. Tesis de Licenciatura. Universidad de Valencia.

Castillo, R. (1991). Consumo de tabaco y salud: Una conceptualización desde la perspectiva de los profesionales de la salud y de la docencia. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.

Cautela, J. (1966). A behavior therapy treatment of pervasive anxiety. Behavior Research and Therapy, 4, 99-109.

Chao, J. & Zyzansky, S.J. (1990). Prevalence of lifestyle risk factors in a family practice. Preventive Medicine, 19, 533-540.

Charlton, A. (1986). Evaluation of family-linked smoking programme in primary schools. Health Education Journal, 45, 140-144.

Chassin, L., Presson, C.C., Sherman, S.J., Corty, E. & Olshavsky, R.W. (1984). Predicting the onset of cigarette smoking in adolescents: A longitudinal study. Journal of Applied Social Psychology, 14, 224-243.

Chassin, L., Presson, C.C., Sherman, S.J. & Margolis, S. (1988). The social image of smokeless tobacco use in three different types of teenagers. Addictive Behaviors, 13, 107-112.

Chauchard, P. (1971). Hipnosis y Sugestión. Barcelona: Oikos-tau.

Chaves, J.F. (1989). Hypnotic control of clinical pain. En N.P. Spanos & J.F. Chaves (Eds.), Hypnosis: the cognitive-behavioral perspective (pp. 242-272). Buffalo, New York: Prometheus Books.

Cherry, N. & Kierman, K. E. (1976). Personality scores and smoking behavior. A longitudinal study. British Journal of Preventive and Social Medicine, 30, 123-131.

Cholíz, M. (1989). Biofeedback y efecto placebo: Análisis de las variables inespecíficas en el tratamiento de las cefaleas

mediante biofeedback E.M.G. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.

Cholíz, M. & Capafons, A. (1990). Revisión conceptual del biofeedback. Análisis y Modificación de Conducta, 16, 395-416.

Cholíz, M. & Capafons, A. (1991). Un intento de reconceptualización del fenómeno placebo. Psicothema, 3, 319-336.

CIS. (1986). Actitudes y comportamiento de los españoles ante el tabaco, el alcohol y las drogas. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 34, 234-219.

Coe, W. (1986). Expectativas, hipnosis y sugestión en la modificación de conducta. En F. Kanfer y A. Goldstein (Eds.), Cómo ayudar al cambio en psicoterapia (pp. 519-574). Bilbao: D.D.B.

Coe, W. & Sarbin, T. (1991). Role theory: Hypnosis from a dramaturgical and narrational perspective. En S. Lynn & J. Rhue (Eds.), Theories of hypnosis: Current models and perspectives (pp. 303-323). New York: The Guilford Press.

Condiotte, M.M. & Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49, 648-658.

Conway, J.B. (1977). Behavioral self-control of smoking through aversive conditioning and self-management. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 348-357.

Cotolí, M^aA. (1992). Role del auto-control y personalidad como predictores de éxito terapéutico en la reducción del sobrepeso en

base a un tratamiento cognitivo-comportamental. Tesis de Licenciatura. Universidad de Valencia.

Cotolí, M^aA., Capafons, A., Casas M^aC., Sanchís, M^aJ., García, R. & Amigó, S. (1993a). Terapia de Auto-Regulación II (Fisiológica) en la deshabituación del tabaquismo: resultados preliminares del seguimiento a medio plazo. En A. Capafons & S. Amigó (Eds.), Hipnosis, Terapia de Auto-Regulación e Intervención Comportamental (pp. 223-229). Valencia: Promolibro.

Cotolí, M^aA., Capafons, A., Casas M^aC., Sanchís, M^aJ., García, R. & Amigó, S. (1993b). Terapia de Auto-Regulación II (Fisiológica) en la deshabituación del tabaquismo: Factores diferenciales como predictores del éxito terapéutico. En A. Capafons & S. Amigó (Eds.), Hipnosis, Terapia de Auto-Regulación e Intervención Comportamental (pp. 231-235). Valencia: Promolibro.

Covey, L.S. & Glassman, A.H. (1991). A meta analysis of double-blind placebo-controlled trials of clonidine for smoking cessation. British Journal of Addiction, 86, 991-998.

Crasilneck, H. & Hall, J. (1985). Clinical hypnosis: Principles and applications. New York: Grune & Stratton.

Cummings, K.M., Gordon, J.R. & Marlatt, G.A. (1980). Relapse: Prevention and prediction. En W.R. Miller (Ed.), The addictive disorders: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity, (pp. 291-322). New York: Pergamon.

Curry, S.G., Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1987). Abstinence violation effect: Validation of an attributional construct with smoking cessation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 145-149.

Davidson, R., Goleman, D. & Schwartz, G. (1976). Attentional and effective concomitants of meditation: A cross-sectional study. Journal of Abnormal Psychology, 85, 235-238.

De la Cruz, M^a A. & De la Cruz, M. 1993). Prevalencia del consumo de alcohol y tabaco en una población adolescente. Revista Española de Drogodependencias, 18, 71-84.

Denney, D.R. (1983). Relaxation and stress management training. En C.E. Walker (Ed.), The handbook of clinical psychology: theory, research and practice (pp. 667-1008), Homewood. Illinois: Dow Jones-Irving.

Dericco, D.A., Brigham, T.A. & Garlington, W.K. (1977). Development and evaluation of treatment paradigms for the supression of smoking behavior. Journal of Applied Behavior Analysis, 10, 173-181.

Devis, G.M. & Edwards, P.J. (1988). Self-efficacy and smoking reduction in chronic obstructive pulmonary disease. Behavior Research and Therapy, 26, 127-135.

Diamond, M.J. (1974). Modification of hipnotizability to hypnosis. Psychological Bulletin, 81, 180-193.

Diamond, M.J. (1977a). Issues and methods for modifying responsivity to hypnosis. Annals of the N.Y. Academic of Sciences, 296, 119-128.

Diamond, M.J. (1977b). Hipnotizability is modifiable: An alternative approach. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 25, 147-166.

Diclemente, C.C. (1981). Self-efficacy and smoking cessation maintenance. Cognitive Therapy and Research, 5, 175-187.

Diclemente, C.C., Prochaska, J.O. & Gibertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. Cognitive Therapy and Research, 9, 181-200.

DGPS -Dirección General de Planificación Sanitaria- (1988). Actuaciones sanitarias en relación al consumo de tabaco en España. 1ª Conferencia Europea sobre Política de Tabaco. Madrid.

DSM-IV. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson. (Trabajo original publicado en 1994)

Eaves, L.J., Eysenck, H.J. & Martin, N. (1989). Genes, culture and personality. New York: Academic Press.

Edmonson, W.E. (1989). Conceptual clarification of hypnosis and its relationship to suggestibility. In V.A. Gheorghiu, P. Neter, H.J. Eysenck & R. Rosenthal (Eds.), Suggestion and suggestibility: Theory and research (pp.69-78). New York: Springer-Verlag.

Edmonson, W. (1991). Anesis. En S. Lynn & J. Rhue (Eds.), Theories of hypnosis: Current models and perspectives (pp. 197-241). New York: The Guilford Press.

Edwards, W. (1954). The theory of decision Making. Psychological Bulletin, 51, 380-417.

Edwards, N.B., Murphy, J.K., Downs, A.D., Ackerman, B.J. & Rosenthal, T.L. (1989). Doxepin as an adjunct to smoking cessation:

A double-blind pilot study. American Journal of Psychiatry, 146, 373-376.

Eiser, J.R. (1985). Smoking: The social learning of an addiction. Journal of Social and Clinical Psychology, 3, 446-457.

Eiser, J.R., Morgan, M., Gammage, P. & Gray, E. (1989). Adolescent smoking: Attitudes, norms and parenteral influence. British Journal of Social Psychology, 28, 193-202.

Eiser, J.R. & Vand der Plight, J. ((1986). "Sick" or "Hooked": Smoker' perceptions of their addiction. Addictive Behaviors, 11, 11-15.

Elliot, R. & Tighe, T.J. (1968). Breaking the cigarette habit. Psychological Record, 18, 503-513.

E- mail: jgutierrez @ psi.ub.es

Endler, N.S. & Magnuson, D. (1976) (Eds.). Interactional psychology and personality. New York: Hemisphere.

Epstein, L.H. & McCoy, J.F. (1975). Issues in smoking control. Addictive Behaviors, 1, 65-72.

Epstein, L.H. & Perkins, K.A. (1988). Smoking, stress, and coronary heart disease. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 42-349.

Erickson, M.H. (1964). The confusion techniques in hypnosis. American Journal of Clinical Hypnosis, 6, 183-207.

Erickson, M.H., Rossi, E.L. & Rossi, S.H. (1976). Hypnotic realities: The induction of clinical hypnosis and the indirect forms of suggestions. New York: Irvington Publications.

Erickson, L.M., Tiffany, S.T., Martin, E.M. & Baker, T.B. (1983). Aversive smoking therapies: A conditioning analysis of therapeutic effectiveness. Behavior Research and Therapy, 21, 595-611.

Ericsson, K. & Simon, H. (1980). Verbal reports as data. Psychological Review, 87, 215-248.

Estringer, B.D., Gregory, V.R. & Lando, H.A. (1984). Influence of group cohesion on the behavioral treatment of smoking. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 1080-1086.

Evans, R.I., Dratt, L.T., 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.

Evans, R.I., Hanse, W.B., & Mittlemark, M.B. (1977). Increasing the validity of self-reports of smoking behavior in children. Journal of Applied Psychology, 62, 521-523.

Eysenck, H.J: (1967). The biological basis of personality. Springfield, IL: C.C. Thomas.

Eysenck, H.J. (1973). Personality and the maintenance of the smoking habit. En W.L. Dunn (Ed.), Smoking behavior: motives and incentives (pp. 113-146). New York: John Wiley & Sons.

Eysenck, H.J. (1980). The causes and effects of smoking. London: Maurice Temple Smith.

Eysenck, H.J. (1991). Is Suggestibility. En J.F. Schumaker (Ed.), Human suggestibility. Advances in theory, research, and application (pp. 76-90). New York: Routledge.

Eysenck, H.J. (1994). Tabaco, personalidad y estrés. Barcelona: Editorial Herder.

Eysenck, H.J., Arnold, W.J., & Meili, R. (1975). Encyclopedia of psychology: Vol. 2 L to Z. Bungay, Suffolk: Fontana.

Eysenck, H.J. & Eysenck, M.W. (1985). Personality and Individual Differences: A Natural Science Approach. New York: Plenum Press.

Eysenck, H.J. & Eysenck, S.B.G. (1975). Manual of the Eysenck Personality Questionnaire. London: Hodder & Strongton (trad. Castellana, Madrid: TEA Ediciones, 1982).

Eysenck, H.J. & Furneaux (1945). Primary and secondary suggestibility: And experimental and statistical study. Journal of Experimental Psychology, 35, 485-503.

Fagerström, K.O. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addictive Behavior, 3, 235-241.

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

Fagerström, K.O., Hurt, R.D., Same, U. & Tonnesen, P. (1992). Therapeutic use of nicotine patches: Efficacy and safety. Journal of Smoking-Related Disease, 3, 247-261.

Fernández-Ballesteros, R. (1992). Introducción a la evaluación psicológica I. Madrid: Ediciones Pirámide.

Festiger, L. (1957). A Theory of Cognitive Dissonance. Standford: University Press.

Fish, J. M. (1973). Placebo therapy. San Francisco: Jossey Bass.

Fishbein; M. & Ajzen, Y. (1975). Belief, attitude, intention and behavior. New York: Addison-Wesley.

Flay, B.R. (1985). Psychological approaches to smoking prevention: A review of findings. Health psychology, 4, 449-488.

Flay, B.R., Ryan, K., Best, J.A., Brown, K.S., Kersell, M.W., Dravernas, J.R. & Zanna, M.P. (1985). Are social psychological smoking preventions programs effective? The waterloo study. Journal of Behavioral Medicine, 8, 47-60.

Foreyt, J. & Kennedy, W. (1971). Treatment of overweight by aversion therapy. Behaviour Research and Therapy, 9, 29-34.

Fourie, D. (1991). The ecosistemic approach to hypnosis. En S. Lynn & J. Rhue (Eds.), Theories of hypnosis: Current models and perspectives (pp. 467-483). New York: The Guilford Press.

Foxx, R.M. & Axelroth, E. (1983). Nicotine fading, self-monitoring and cigarette fading to produce cigarette abstinence of controlled smoking. Behavior Research and Therapy, 21, 17-27.

Foxx, R.M. & Brown, R.A. (1979). Nicotine fading and self-monitoring for cigarette abstinence or controlled smoking, Journal of Applied Behavior Analysis, 12, 115-125.

Frederiksen, I.W. (1977). But dont want to quit smoking: Alternatives to abstinence. Comunicacion presentada en el Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Atlanta.

Frederiksen, I.W. (1979). Controlled smoking. En N.A. Krasnegor (Ed.), Behavioral analysis and treatment of sustance abuse (pp. 128-139). Rockville, MD: NIDA.

Fromm, E. & Nash, M. (Eds.) (1992). Contemporany perspectives in hypnosis research. New York: Guilford Press.

García, E. (1985). Hipnosis y dolor inducido experimentalmente. Revista Española de Terapia del Comportamiento, 3, 151-164.

García, M.E., Schmitz, J.M. & Doerfler, L.A. (1990). A fine-grained analysis of the role of self-efficacy in self-initiated attempts to quit smoking. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 317-322.

Gheorghiu, V.A. & Kruse, P. (1991). The psychology of Suggestion: An integrative perspective. En J.F. Schumaker (Ed.), Human suggestibility. Advances in theory, research, and application (pp. 59-75). New York: Routledge.

Gendreau, D.E. & Dodwell, P.C. (1968). An aversive treatment for addictive cigarette smokers. Canadian Psychologist, 9, 23-34.

Gilbert, D.G. & Welser, R. (1989). Emotion, anxiety and smoking. En T. Ney & A. Gale (Eds.), Smoking and human behavior (pp.171-196). Chichester: John Wiley & Sons.

Glasgow, R.E., Morray, K. & Lichtenstein, E. (1989). Controlled smoking versus abstinence as a treatment goal: The hopes and fears may be unfounded. Behavior Therapy, 20, 77-91.

Glynn, S. & Ruderman, A. (1986). The development and validation of an eating self-efficacy scale. Cognitive Therapy and Research, 10, 403-420.

Godefroy, C.H. & Steevens, D.R. (1994). Las técnicas del pensamiento positivo. Barcelona: Ediciones Robinbook.

Goldstein, M.G., Niaura, R., Follik, M.J. & Abrams, D.B. (1989). Effects of behavioral skills training and schedule of nicotine gum administration on smoking cessation. American Journal of Psychiatry, 146, 56-60.

Goldney, R. & Cameron, E. (1981). Locus of Control as a predictor of attendance and success in the management of obesity. International Journal of Obesity, 5, 39-43.

González, R. (1994). Como liberarse de los hábitos tóxicos (1ª parte: Guía para conocer y vencer los hábitos provocados por el café y el tabaco). Revista Española de Drogodependencias, 18, 61-74.

González, H.I. & Miguel-Tobal, J.J. (1994). Datos experimentales versus clínicos en la investigación sobre hipnosis. Psicothema, 6, 27-38.

González, F., Salvador, L., Leonseguí, I. Guillen, C. & Ortega, M. (1995). Comparación de los parámetros de calidad de las versiones españolas de tres escalas para la evaluación de la dependencia a la nicotina: El ARU-SMQ-9, el CGI-N y el FTQ. Revista Española de Drogodependencias, 20, 113-127.

Gormaly, J. Rardin, D. & Black, S. (1980). Correlates of successful response to a behavioral weight control clinic. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 27, 179-191.

Granone, F. (1973). Tratado de hipnosis (Sofrología). Barcelona: Científico Técnica.

Gritz, E.R., Carr, C.R. & Marcus, A.C. (1991). The tobacco withdrawal syndrome in unaided quitters. British Journal of Adicction, 86, 57-69.

Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H.J. & Vetter, H. (1988). Personality type, smoking habit and their interaction as predictors of cancer and coronary heart disease. Personality and Individual Differences, 9, 479-495.

Gottlieb, A.M., Friedman, L.F., Cooney, N.; Gordon, J. & Marlatt, G.A. (1981). Quitting smoking in self-help: Relapse and survival in unaided quitters. Papers presented at the Association for the Advancement of Behavior Therapy. Toronto, Canadá.

Haaga, D.A. & Stewart, B.L. (1992). Self efficacy for recovery from a lapse after smoking cessation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 24-28.

Hackett, G.F. & Horan, J.J. (1978). Focused smoking: An unequivocally safe alternative to rapid smoking. Journal of Drug Education, 8, 261-265.

Haley, J. (Ed.) (1967). Advances techniques of hypnosis and therapy: Selected papers of Milton H. Erickson. New York: Grune and Stratton.

Hall, S.M., Havassy, B.E. & Wasserman, D.A. (1990). Committed to abstinence and acute stress in relapse to alcohol, opiates, and nicotine. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 175-181.

Hall, S.M., Rugg, D., Tunstall, C. & Jones, R.T. (1984). Preventing relapse to cigarette smoking by behavioral skill training. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 372-382.

Hall, S.M., Tunstall, C.D., Ginsberg, D. Benowitz, N.L. & Jones, R. (1987). Nicotine gum and behavioral treatment: A placebo controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 603-505.

Hall, S.M., Tunstall, C.D., Rugg, D., Jones, R.T. & Benowitz, N. (1985). Nicotine gum and behavioral treatment in smoking cessation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 256-258.

Hajek, P. (1991). Individual differences in difficulty quitting smoking. British Journal of Addiction, 86, 555-558.

Hajek, P., Belcher, M. & Stapleton, J. (1987). Breath-holding endurance as a predictor of success in smoking cessation. Addictive Behaviors, 12, 285-288.

Hamond, D.C. (1990): Handbook of hypnotic suggestions and metaphors. New York: W.W. Norton & Company.

Hartman, N., Leong, G.B., Glynn, S.M., Wilkins, J.N. & Jarvic, M.E. (1991). Transdermal nicotine and smoking behavior in psychiatric patients. American Journal of Psychiatry, 148, 374-375.

Hatsukami, B.P., Morgan, S.F., Pickens, R.W. & Champagne, S.E. (1990). Situational factors in cigarette smoking. Addictive Behaviors, 15, 1-12.

Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T., Freckker, R.C. & Fagerström, K.O. (1991). The Fagerström Test for nicotine dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. British Journal of Addiction, 86, 119-1127.

Helson, H. (1964). Adaptation level theory. New York: Harper & Row.

Hilgard, E.R. (1965). Hypnotic susceptibility. New York: Harcourt, Brace and World, Inc.

Hilgard, E.R. (1986). Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action. New York: Wiley & Sons.

Hilgard, E.R. (1991a). A Neodissociation interpretation of hypnosis. En S. Lynn & J. Rhue (Eds.), Theories of hypnosis: current models and perspectives (pp. 83-104). New York: The Guilford Press.

Hilgard, E.R. (1991b). Suggestibility and suggestion as related to hypnosis. En J.F. Schumaker (Ed.), Human suggestibility.

Advances in theory, research, and application (pp. 37-58). New York: Routledge.

Holroyd, J. (1980). Hypnosis treatment for smoking: An evaluative review. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 28, 341-357.

Hochbaum, G. (1958). Public participation in medical screening programs. DUEW: Publicationn° 572, Public Health Service. Washington, D.C.: Government Printing Office.

Hood, J., Moore, T. & Garner, D. (1982). Locus of Control as a measure of ineffectiveness in anorexia nervosa. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, 227-230.

Horn, D. (1975). Smokers self testing kit. Public Healt Service, Washington, D.C. US. Government Printing Office.

Homme, L. (1965). Perspectives in Psychology XXIV: Control of coverants, the operants of the mind. Psychological Record, 15, 501-511.

Hughes, J.R., Gust, S.W. & Pechacek, T.F. (1987). Prevalence of tobacco dependence and withdrawal. American Journal of Psychiatry, 144, 205-208.

Hughes, J.R., Hatsukami, D.K., Pickens, R.W., Krahn, D., Malins, S. & Luknic, A. (1984). Effects of nicotine on the tobacco withdrawal syndrome. Psychopharmacology, 83, 82-87.

Hull, C.L. (1933). Hypnosis and suggestibility: An experimental approach. New York: Appleton Century Crofts.

Hunt, W.A. & Matarazzo, J.D. (1973). Three years later: Recent developments in the experimental modification of smoking behavior. Journal of Abnormal Psychology, 81, 107-114.

Ikard, F.F., Green, D. & Horn, D. (1969). A scale to differentiate between types of smoking as related to the management of affect. International Journal of Addictions, 5, 649-659.

Ikard, F.F. & Tomkins, S. (1973). The experience of affect as a determinant of smoking behavior: A series of validity studies. Journal of Abnormal Psychology, 81, 172-181.

Janis, I.L. & Mann, L. (1977). Decision making: A psychological analysis Conflict, choice and commitment. New York Free Press.

Jarvik, M.E. & Hatsukami, D.K. (1989). Tobacco dependence. En T. Ney & A. Gale (Eds.), Smoking and human behavior (pp- 57-67). Chichester: John Wiley & Sons.

Jeffrey, R. & Katz, R. (1977). Take it off: A behavioral approach to weight loss and healthy living. New Jersey: Prentice-Hall.

Jensen, E.J., Schmidt, E. Pedersen, B. & Dahl, R. (1991). Effect on smoking cessation of silver acetate, nicotine and ordinary chewing gum. Influence of smoking history. Psychopharmacology, 104, 470-474.

Jones, E.E. & Sigall, H. (1971). The bogus pipeline: A new paradigm for measuring affect and attitude. Psychological Bulletin, 76, 349-364.

Kanfer, F.H. (1970). Self-regulation: Research issues, and speculations. En C. Neuringer & J.L. Michael (Eds.), Behavior modification in clinical psychology (pp. 178-220). New York: Appleton.

Kanfer, F.H. (1976). The many faces of self-control or behavior modification changes its focus. 8^a International Banff Conference, March. USA.

Kanfer, F. H. & Goldstein, A.P. (1986). Helping people change. New York: Pergamon Press Inc.

Kanfer, F.H. & Hagerman, S. (1981). The role of self-regulation. En L.P. Remm: Behavior therapy for depression: Present status and future directions. N.Y. Academic Press.

Kanfer, F.H. & Karoly, P. (1972). Self-control: a behavioristic excursion into the lion's den. Behavior Therapy, 2, 398-416.

Katz, N.W. (1980). Hypnosis and the addictions: A critical review. Addictive Behaviors, 5, 41-47.

Killen, J.D., Fortmann, S.P., Newman, B. & Varady, A. (1990). Evaluation of a treatment approach combining nicotine gum with self-guided behavioral treatments for smoking relapse prevention. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 85-92.

Killen, J.D., Fortmann, S.P., Newman, B. & Varady, A. (1991). Prospective study of factor influencing the development of craving associated with somking cessation. Psychopharmacology, 105, 191-196.

Killen, J.D., Maccoby, N. & Taylor, C.B. (1984). Nicotine gum and self-regulation training in smoking relapse prevention. Behavior Therapy, 15, 234-248.

Kihlstrom, J.F. (1985). Hypnosis. Annual Review of Psychology, 36, 385-418.

Kinnunen, T., Zamansky, H.S. & Block, M.L. (1994). Is the hypnotized subject lying? Journal of Abnormal Psychology, 103, 184-191.

Kincey, J. (1983). Compliance with a behavioural weight-loss programme: Target setting and Locus of Control. Behavior Research and Therapy, 2, 109-114.

Kirsch, I. (1991). The social learning theory of hypnosis. En S. Lynn & J. Rhue (Eds.), Theories of hypnosis: Current models and perspectives (pp. 439-465). New York: The Guilford Press.

Kirsch, I. (1993). Hipnoterapia cognitivo-comportamental. Expectativas y cambio de comportamiento. En A. Capafons & S. Amigó (Eds.), Hipnosis, Terapia de Auto-Regulación e Intervención Comportamental (pp. 45-62). Valencia: Promolibro.

Kirsch, I. & Barton, R.D. (1988). Hypnosis in the treatment of multiple personality: A cognitive-behavioral approach. British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis, 5, 131-137.

Kirsch, I., Council, J.R. & Mobayed, C. (1987). Imagery and response expectancy as determinants of hypnotic behavior. British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis, 4, 25-31.

Kirsch, I, Mearns, J. & Catanzaro, S.J. (1990). Mood-regulation expectancies as determinants of disphoria in college students. Journal of Counseling Psychology, 37, 306-312.

Kirsch, I, Montgomery, G. & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. A meta-analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 214-220.

Kirscht, J.P., Janz, N.K. & Becker, M.H. (1989). Psychosocial predictors of Change in cigarette smoking. Journal of Applied Social Psychology, 19, 298-308.

Kopel, S., Suckerman, K. & Baksht, A. (1979). Smokeholding: An evaluation of physiological effects and treatment efficacy of a new non hazardous aversive smoking procedure. Comunicación presentada en la Association for Advancement of Behavior Therapy. Toronto, Canadá.

Kroger, W.S. & Fezler, W.D. (1976). Hypnosis and behavior modification: Imagery conditioning. Philadelphia: Lippincot.

Kuhl, J. (1985). Volitional mediators of cognition-behavior consistency: Self-regulation processes and action versus state orientation. En J. Kuhl, & J. Beckman (Eds.), Action control. From cognition to behavior (pp. 101-128). New York: Springer.

Labrador, F. (1989a). Modificación de la conducta de fumar (I): Técnicas para dejar de fumar. JANO. Medicina y Humanidades, 37, 59-62.

Labrador, F. (1989b). Modificación de la conducta de fumar (II): Estrategias para mantener la abstinencia y programas multicomponentes. JANO. Medicina y Humanidades, 37, 67-74.

Lamas, J.R. & Valle-Inclán, F. (1996). Datos normativos de la Escala de Susceptibilidad Hipnótica de Stanford, Forma C, en una muestra española. Psicothema, 8, 369-373.

Lando, H.A. (1977). Successful treatment of smokers with a broad-spectrum. Behavioral approach. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 361-366.

Lando, H.A. & McGovern, P.A. (1985). Nicotine fading as a nonaversive alternative in a broad-spectrum treatment for eliminating smoking. Addictive Behavior, 10, 153-161.

Lau, R.R. (1988). Beliefs about control and health behavior. En D.S. Gochman (Ed.), Health behavior. Emerging researchs perspectives (pp. 43-63). New York: Plenum Press.

Laurence, J.R. & Nadon, R. (1986). Reports of hypnotic depth: Are they more than mere words? International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 34, 215-233.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer.

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.

Lichtenstein, E. (1982). The smoking problem: A behavioral perspective. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, 804-809.

Lichtenstein, E & Danaher, B.G. (1976). Modification of smoking: A critical analysis of theory, research, and practice. En M.

Herse, R.M. Eisler & P.M. Miller (Eds.), Progress in behavior modification, vol. 3 (pp. 79-132). New York: Academic Press.

Ludwing, A.M. & Lyle, W.H., Jr. (1964). Tension induction and the hyperalert trance. Journal of Abnormal Psychology, 69, 70-76.

Luna, M., Carrasco, T.J., Castro, C. & Vila, J. (1997). La determinación de los niveles de tiocianato en la evaluación de la incidencia del consumo de tabaco entre adolescentes: Un estudio experimental. Revista Española de Drogodependencias, 22, 35-44.

Lynn, S.J., Kirsch, I. & Rhue, J.W. (Eds.). (1996). Casebook of clinical hypnosis. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Lynn, S.J., Neufels, V., Rhue, J.W. & Matorin, A. (1994). Hypnosis and smoking cessation: A cognitive-behavioral treatment. En S.J. Lynn, J.W. Rhue & I. Kirsch (Eds.), Handbook of clinical hypnosis (pp. 555-585). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Lynn, S. & Rhue, J. (1991). Theories of hypnosis: Current models and perspectives. New York: The Guilford Press.

Llorente, S., Betancourt, A., Ochoa, R. Lara, G. & Baglan, J. (1994). Proyecto: Estilos de vida contra hábitos tóxicos. Revista Española de Drogodependencias, 19, 229-234.

Magnusson, D. (1976). The person and the situation in an interactional model of behavior. Scandinavian Journal of Psychology, 17, 124-136.

Malot, J.M. (1984). Active-alert hypnosis: Replication and extension of previous research. Journal of Abnormal Psychology, 93, 246-249.

Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. En P.O. Davidson & S.M. Davidson (Eds.), Behavioral medicine: Changing health life-style (pp. 410-542). New York: Brunner/Mazel.

Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (Eds.) (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press.

Martínez, J. (1995). Investigación sobre la preferencia entre dos métodos de Auto-Hipnosis. Tesis de Licenciatura. Universidad de Valencia.

Mausner, B. & Platt, E.S. (1977). Smoking: A behavioral perspective. New York: Pergamon Press.

Melero, J.C. (1994). Prevención del uso de tabaco entre escolares de educación Secundaria Obligatoria. Revista Española de Drogodependencias, 19, 131-142.

Mendoza, R. (1987). Consumo de tabaco y drogas en los escolares. Comunidad y Drogas, 5/6, 83-102.

Mendoza, R. (1992). El consumo de tabaco, alcohol y drogas no institucionalizadas en los escolares españoles. XX Jornadas de Sociodrogalcohol, 73-76. Córdoba.

McConkey, K. (1991). The construction and resolution of experience and behavior in hypnosis. En S. Lynn & J. Rhue (Eds.),

Theories of hypnosis: Current models and perspectives (pp. 542-563). New York: The Guilford Press.

McIntyre-Kingsolver, K., Lichtenstein, E. & Mermelstein, R.J. (1983). Self-efficacy and relapse in smoking cessation: A replication and extension. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 632-633.

McIntyre-Kingsolver, K., Lichtenstein, E. & Mermelstein, R.J. (1986). Spouse training in a multicomponent smoking-cessation program. Behavior therapy, 17, 67-74.

McMorrow, M.J. & Foxx, R.M. (1985). Cigarette brand switching: Relating assessment strategies to the critical issues. Psychological Bulletin, 98, 139-159.

Michell, L. & Stenning, K. (1989). The family atmosphere-growing up in smoke. Health Education Journal, 48, 103-109.

Miller, M.E. & Bowers, K.S. (1993). Hypnotic analgesia: Dissociated experience or dissociated control? Journal of Abnormal Psychology, 102, 29-38.

Miller, W.R. & Heather, N. (Eds.) (1986). Treating addictive behaviors. processes of change. New York: Plenum Press.

Miguel-Tobal, J.J. & González-Ordi, H. (1988). La analgesia hipnótica: un análisis de las principales aportaciones experimentales y clínicas de la hipnosis al tratamiento psicológico del dolor. Revista Española de Terapia del Comportamiento, 6, 251-270.

Miguel-Tobal, J.J. & González-Ordi, H. (1993). Aspectos psicofiológicos y subjetivos de la hipnosis: una visión crítica y una aproximación empírica. En A. Capafons & S. Amigó (Eds.), Hipnosis, Terapia de Auto-Regulación e Intervención Comportamental (pp. 151-201). Valencia: Promolibro.

Mitchell, C. & Stuart, R. (1984). Effect of self-efficacy on drop-out from obesity treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 1100-1101.

Morgan, A.H. & Hilgard, J.R. (1978). The Stanford Hypnotic Clinical Scale for Adults. The American Journal of Clinical Hypnosis, 21, 134-146.

Mothersill, K.J., McDovell, Y. & Rosser, W. (1988). Subject characteristics and long term post-program smoking cessation. Addictive Behaviors, 13, 29-36.

Murray, D.M., Luepker, R.V., Johnson, D. A. & Mittelmark, M.B. (1984). The prevention of cigarette smoking in children: A comparison of four strategies. Journal of Applied Social Psychology, 14, 274-288.

Nadon, R., Laurence, J., & Perry, C. (1991). The two disciplines of scientific hypnosis: a synergistic model. En S. Lynn & J. Rhue (Eds.), Theories of hypnosis: Current models and perspectives (pp. 485-519). New York: The Guilford Press.

Nash, M. (1991). Hypnosis as a special case of psychological regression. En S. Lynn & J. Rhue (Eds.), Theories of hypnosis: Current models and perspectives (pp. 171-194). New York: The Guilford Press.

Nepps, M.M. (1984). A minimal contact smoking cessation program at the worksite. Addictive Behaviors, 9, 291-294.

Odessky, A. (1991). Medical hypnosis and methods for self-control. New York: Vantage Press Inc.

O'Connel, K.A. & Martin, E.J. (1987). Highly tempting situations associated with abstinence, temporary lapse, and relapse among participants in smoking cessations programs. Journal of Consulting and Clinical psychology, 55, 367-371.

O'Connor, H. (1989). Individual differences and motor systems in smoker motivation. En T. Ney & A. Gale (Eds.), Smoking and human behavior (pp- 141-170). Chichester: Jonh Wiley & Sons.

OMS. (1987). Lucha contra el tabaquismo epidémico. Informe del comité de expertos sobre la lucha antitabática. Serie de Informes Técnicos, nº 636. Ginebra: OMS.

OMS. (1988). Estrategias legislativas para una Europa sin tabaco. Serie Europa sin Tabaco: 2. Madrid: Comunidad Económica Europea.

Page, R.A., Handley, G.W. & Green, J.P. (1997). Response expectancies and beliefs about hypnosis: Another look. Contemporary Hypnosis, 14, 173-181.

Pantoja, L., García, M.D., Arce, E., García, A.M. & Elorduy, I. (1986). La auto-regulación: Un nuevo paso para el control de la obesidad. Análisis y Modificación de Conducta, 12, 563-583.

Pascual, J., García, J.F. & Frías, M.D. (1995). El Diseño y la Investigación Experimental en Psicología. Valencia: Editorial C.S.V.V.

Paul, R. (1967), Strategy of outcome research in psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 31, 109-119.

Pavlov, I.P. (1923). The identity of inhibition with sleep and hypnosis. Scientific Monthly, 17, 603-608.

Pavlov, I.P. (1952). Lecciones sobre las Actividades de los Grandes Hemisferios Cerebrales, XXIII. Academia de Ciencias Médicas (pp. 264-276). Moscú.

Paxton, R. (1980a). The effects of a deposit contract as a component in a behavioural programme for stopping smoking. Behavior Research and Therapy, 18, 45-50.

Paxton, R. (1980b). The effects of different deposit contracts in maintaining abstinence from cigarette smoking. Unpublished PhD Thesis. Univeristy of London.

Paxton, R. (1981). Deposit contractcs with smokers: Varying frequency and amount of repayments. Behavior Research and Therapy, 19, 117-123.

Paxton, R. (1983). Prolonging the effects of deposit contracts with smokers. Behavior Research and Therapy, 21, 425-433.

Perry, G., Gelfand, R. & Markovith, P. (1979). The relevance of hypnotic susceptibility in the clinical context. Journal of Abnormal Psychology, 88, 592-603.

Perry, C. & Mullen, G. (1975). Effects of hypnotic susceptibility on reducing smoking behavior treated by an hypnotic technique. Journal of Clinical Psychology, 31, 498-505.

Pelechano, V. (1979). Unas notas sobre el encubiertalismo contemporáneo. Análisis y Modificación de Conducta, 5, 429-461.

Pervin, L.A. (1984). Persons, situations, interactions, and the future of personality. En J. R. Royce & L.P. Mos (Eds.), Annual of theoretical psychology, 2, (pp. 339-344). New York: Plenum Press.

Pimentel, L. (1993). El debate de nuestro tiempo: tabaquismo o salud. Valencia, Ayuntamiento de Valencia.

Pomerleau, O.F. & Pomerleau, C.S. (1984). Neuroregulators and the reinforcement of smoking: Towards a biobehavioral explanation. Neuroscience and Behavioral Reviews, 8, 503-513.

Pomerleau, O.F. & Pomerleau, C.S. (1989). A biobehavioral perspective on smoking. En T. Ney & A. Gale (Eds.), Smoking and human behavior (pp. 69-90). Chichester, John Wiley & Sons.

Pomerleau, C.S., Pomerleau, O.F., Majchrzak, M.J., Kloska, D.D. & Malakuti, R. (1990). Relationship between nicotine tolerance questionnaire scores and plasma cotinine. Addictive Behaviors, 15, 74-80.

Potts, H., Gillies, P. & Herbert, M. (1986). Adolescent smoking and opinion of cigarette advertisements. Health Education Research, 1, 195-201.

Powell, T. & Powell, J.L. (1990). El método Silva de dominio de la mente. Madrid: Edaf.

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.

Prochaska, J.O. & Diclemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive Model of Change. En W. Miller & N. Heather (Eds.), Treating addictive behaviors. processes of change. New York: Plenum Press.

Prochaska, J.O. & Prochaska, J.M. (1993). Modelo Transteórico de Cambio para conductas adictivas. En M. Casas & M. Gossop (Eds.), Recaída y prevención de las recaídas: Tratamientos psicológicos en drogodependencias. Sitges: Ediciones en Neurociencias.

Raw, M. (1991). Smoking policies in hospitals. British Journal of Adicction, 86, 693-693.

Raw, M. & Rusell, M.A.H. (1980). Rapid smoking, cue exposure and support in the modification of smoking. Behavior Research, 18, 363-372.

Redolat, R. Carrasco, C. & Simón, V.M. (1994). Efectos cognitivos de la nicotina y el tabaco en sujetos humanos. Psicothema, 6, 5-20.

Resnick, J.H. (1968). The control of smoking behavior by stimulus control. Behavior Research and Therapy, 6, 113-114.

Roet, B. (1986). Hipnosis. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

Rosenstok, I.M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. Health Education Monographs, 2, 354-386.

Ross, M., Kalucy, R. & Morton, J. (1983). Locus of Control in obesity: Predictors of success in a jaw-wiring programme. British Journal of Medical Psychology, 53, 49-56.

Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for Internal versus External Control of reinforcement. Psychological Monographs, 80, nº 609.

Russell, M.A.H. (1974). Realistic goals for smoking an health: A case for safer smoking. Lancet, 1, 254-258.

Rusell, M.A.H. (1988). Nicotine replacement: The role of blood nicotine levels. Their rate of change and nicotine tolerance. En O.F. Pomerleau & C.S. Pomerleau (Eds.), Nicotine replacement: A critical evaluation (pp. 63-94). New York: A.R. Liss.

Russell, M.A.H. (1989). The addiction research unit of the Institute of Psychiatry University of London-II. The work of the Unit's Smoking section. British Journal of Adiccition, 84, 853-863.

Russell, M.A.H. (1991). The future of nicotine replacement. British Journal of Addiction, 86, 653-658.

Russell, M.A.H., Jarvis, M.J., Jones, G. & Feyerabend, C. (1990). Non-smokers show acute tolerance to subcutaneous nicotine. Psychofarmacology, 102, 56-58.

Russell, M.A.H., Sutton, S.R., Iyer, R., Feyerabend, C. & Vesey, C.J. (1982). Long-term switching to low-tar low-nicotine cigarettes. British Journal of Addiction, 77, 145-158.

Sachs, L.B. & Anderson, W.L. (1967). Modification of hypnotic susceptibility. The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 15, 172-180.

Salleras, L. (1983). La prevención del tabaquismo (Monográfico). JANO. Medicina y Humanidades, 594, 60-64.

Salleras, L. (1988a). La investigación epidemiológica en la evaluación de los programas de salud. Atención Primaria, 5, 12-134.

Salleras, L. (1988b). Los médicos y el tabaco. Medicina Clínica, 90, 303-305.

Sánchez-Agudo, L. (1991). Tobacco addictions and control in Spain. British Journal of Adicction, 86, 701-703.

Sánchez, A. & Moix, J. (1993). Aplicación de la Auto-Regulación en dismenorrea. En A. Capafons & S. Amigó (Eds.), Hipnosis, Terapia de Auto-Regulación e Intervención Comportamental (pp. 271-275). Valencia: Promolibro.

Sánchez-Cánovas, J. (1987). El marco teórico de la Psicología Diferencial. Valencia: Promolibro.

Sánchez-Cánovas, J. (1988). Psicología de las diferencias individuales: Vol. 2. Introducción a las técnicas multivariadas. Valencia: Promolibro

Sánchez-Cánovas, J. & Sánchez López, M^aP. (1994). Psicología Diferencial: Diversidad e individualidad humanas. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.

Sandler, J. (1986). Métodos aversivos. En F.H. Kanfer y A.P. Goldstein. Como ayudar al cambio en psicoterapia (pp. 365-410). Bilbao: DDB.

Sarbin, T.R. & Coe, W. (1972). Hypnosis: A Social Psychological Analysis of Influence Communication. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Schefft, B.K. & Lehr, B.K. (1985). A self-regulation model of adjunctive behavior change. Behavior Modification, 9, 458-476.

Schultz, J.H. (1952). Técnica de la hipnosis. Instrucciones prácticas para médicos. Córdoba: Librería Vázquez Editorial.

Schumaker, J.F. (Ed.) (1991). Human suggestibility. advances in theory, research, and application. New York: Routledge.

Schwartz, J.L. (1987). Review and evaluation old smoking cessation methods: The United States and Canada, 1978-1985. Washington D.C.: Department of Health and Human Services.

Shapiro, A.K. & Morris, L.A. (1978). The placebo effect in medical and psychological therapies. En S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley

Sheehan, P. (1991). Hypnosis, context and comitment. En S. Lynn & J. Rhue (Eds.), Theories of hypnosis: Current models and perspectives (pp. 520-541). New York: The Guilford Press.

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

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

Shiffman, S. (1984b). Cognitive antecedents and sequelae of smoking relapse crisis. Journal of Applied Social Psychology, 14, 296-309.

Shiffman, S. & Jarvik, M.E. (1987). Situational determinants of coping in smoking relapse crises. Journal of Applied Social Psychology, 17, 3-15.

Shiffman, S. Schumaker, S.A., Abrams, D., Cohen, S., Garvey, J., Grunberg, N. & Swan, G. (1986). Models of smoking relapse. Health Psychology, 5, 13-27.

Shiffman, S. & Wills, T.A. (Eds.) (1985). Coping as substance use. Orlando: Academic Press, Inc.

Shor, R.E. (1959). Hypnosis and the concept of the generalized reality orientation. American Journal of Psychotherapy, 13, 582-602.

Shor, R.E. & Orne, E.C. (1962). The Harvard group Scale of Hypnosis Susceptibility. Form A. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, Inc.

Sidelsky, R. (1991). El poder creador de la mente. Barcelona: Ediciones Robinbook.

Sidis, B. (1989). The psychology of suggestion. New York: D. Appleton and Company.

Silva, C.E. & Kirsch, I. (1987). Breaching hypnotic amnesia by manipulating expectancy. Journal of Abnormal Psychology, 96, 325-329.

Silva, J. (1989). El método Silva de control mental. Serie de conferencia básicas. Madrid: Gráficas Valencia.

Silva, J. & Goldman, B. (1991). El método Silva de control mental. Dinámicas mentales. Madrid: Edaf.

Silva, J. & Miele, P. (1989). El método Silva de control mental. Buenos Aires: Javier Vergara Editor.

Silva, J. & Stone, R.B. (1990). El método Silva para aprovechar la capacidad de la mente. Buenos Aires: Javier Vergara Editor.

Smith, T. (1979). Cognitive correlatives of response to a behavioral weight control program. Tesis Doctoral, Queen's University, Kingston, Canadá.

Southworth, S. & Kirsch, I. (1988). The role of expectancy in exposure-generated fear reduction in agorafobia. Behavior Research and Therapy, 26, 113-120.

Spanos, N.P. (1982). Hypnotic behavior: A cognitive, social psychological perspective. Research Communications in Psychology, Psychiatry and Behavior, 7, 199-213.

Spanos, N.P. (1986). Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia and trance logic. Behavioral and Brain Sciences, 9, 449-467.

Spanos, N.P. (1991). A sociocognitive approach to hypnosis. En S. Lynn & J. Rhue (Eds.), Theories of hypnosis: Current models and perspectives (pp. 324-361). New York: The Guilford Press.

Spanos, N.P. & Chaves, J.F. (1989). Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective. New York: Prometheus Books.

Spanos, N.P., Flynn, N.P. & Niles, J. (1990). Rapport and cognitive skill training in the enhancement of hypnotizability. Imagination, Cognition and Personality, 9, 245-262.

Spanos, N.P., Radtke, H.L., Hodgins, D.G., Stam, H.J. & Bertrand, L.D. (1983). The Carleton University Responseevenness to Suggestion Scale: Normative data and psychometric properties. Psychological Reports, 53, 523-535.

Spiegel H. & Spiegel, D. (1978). Trance and treatment. Clinical uses of hypnosis. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.

St. Jean, R., McInnis, K., Campbell-Mayne, L. & Swainson, P. (1994). Hypnotic underestimations of time: The busy beaver hypothesis. Journal of Abnormal Psychology, 103, 565-569.

Stacker, R.H. & Bartmann, U. (1977). Psicología del Fumar. Barcelona: Herder.

Steffen, J. & Myszak, K. (1978). Influence of pretherapy induction upon the outcome of a self-control weight reduction program. Behavior Therapy, 9, 404-409.

Stern, W. (1978). Psicología General. Buenos Aires: Editorial Paidós.

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.

Stokvis, B. (1967). Tratado de hipnosis: Introducción a la Sofrología. Barcelona: Editorial Scientia.

Stokvis, B. & Wiesenhütter, E. (1983). Técnicas relajadoras y de sugestión. Barcelona: Editorial Herder

Stone, R.B. (1991). José Silva creador del método Silva de control mental. Madrid: Edaf.

Stotland, S. & Zuroff, D. (1991). Relations between multiple measures of dieting self-efficacy and weight change in a behavioral weight control program. Behaviour Therapy, 22, 47-59.

Sussman, S. (1989). Two social influence perspective of tobacco use development and prevention. Health Education Research, 4, 213-223.

Sussman, S., Dent, C.W., Mestel-Rauch, J. Johnson, C.A. & Hansen, W.B. (1988). Adolescents nonsmokers, triers, and regular smokers' estimates of cigarette smoking prevalence: When do



overstimations occur and by whom? Journal of Applied Social Psychology, 18, 512-518.

Swan, A.V., Meliá, R.J.W., Fitzsimons, B., Breeze, E. & Murray, M. (1989). Why do more girls than boys smoke cigarettes? Health Educational Journal, 48, 59-64.

Taylor, S.E. (1986). Health Psychology. New York: Random House.

Thoresen C. & Mahoney, M.J. (1974). Behavioral Self-Control. New York: Holt, Rineheart y Winston. (trad. en castellano, Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1981).

Tiffany, S.T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and nonautomatic process. Psychological Review, 97, 147-168.

Tobias, L. & McDonald, M. (1977). Internal Locus of Control and weight loss: An insufficient condition. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 647-653.

Toch, H.H. & Hastorf, A.H. (1955). Homeostasis in psychology. Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes, 18, 81-91.

Tomkins, S.S. (1966). Psychological model of smoking behavior. American Journal of Public Health, 56, 17-20.

Tortosa, F., González-Ordi, H. & Miguel-Tobal, J.J. (1993). Estado alterado de conciencia vs. No-estado. Un formato remozado para una controversia clásica. En A. Capafons & S. Amigó (Eds.),

Hipnosis, Terapia de Auto-Regulación e Intervención Comportamental (pp. 9-44). Valencia: Promolibro.

US DHHS (1988). The health consequences of smoking nicotine addiction: A report of the Surgeon General. DHHS Publication, nº 88-8406. Washington, D.C. US Government Printing Office.

Velicer, W.F., Diclemente, C.C., Prochaska, J.O. & Brandenburg, N. (1985). Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. Journal of Personality and Social Psychology, 48, 1279-1289.

Vickery, A.R. & Kirsch, I. (1991). The effects of brief expectancy manipulations on hypnotic responsiveness. Contemporary Hypnosis, 8, 167-171.

Wagstaff, G. (1991). Compliance, belief and semantics in hypnosis: A nonstate, sociocognitive perspective. En S. Lynn & J. Rhue (Eds.), Theories of hypnosis: Current models and perspectives (pp. 362-396). New York: The Guilford Press.

Wallston, K.A. & Wallston, B.S. (1981). Health Locus of Control scales. En H.M. Lefcourt (Ed.), Research with the Locus of Control construct. Vol. 1 (pp. 189-243). New York: Academic Press.

Wallston, K.A., Wallston, B.S. & Devellis, R. (1978). Development of the multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. Health Education Monographs, 6, 160-170.

Watkins, H.H. (1990). Hypnosis and smoking: A five session approach. En D.C. Hamond (Ed.), Handbook of hypnotic suggestions and metaphors (pp. 413-415). New York: W.W. Norton & Company.

Weitzenhoffer, A. (1957). General techniques of hypnotism. New York: Grune & Stratton.

Weitzenhoffer, A.M. & Hilgard, E.R. (1959). Stanford Hypnotic Susceptibility Scale. Form A and B, Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, Inc.

Weitzenhoffer, A.M. & Hilgard, E.R. (1962). Stanford Hypnotic Susceptibility Scale. Form C. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, Inc.

Wells, W. (1924). Experiments in waking hypnosis for instructional purposes. Journal of Abnormal and Social Psychology, 18, 389-404.

West, R. (1992a). Nicotine addiction: A re-analysis of the arguments. Psychopharmacology, 108, 408-410.

West, R. (1992b). Nicotine replacement paradox in smoking cessation: How does nicotine gum really work? British Journal of Addiction, 87, 165-167.

West, R., & Grunberg, N.E. (1991). Implications of tobacco use as an addiction. British Journal of Addiction, 86, 485-488.

West, R., Hajek, P. & Belcher, M. (1989). Time course of cigarette withdrawal symptoms while using nicotine gum. Psychopharmacology, 99, 143-145.

West, R., Hajek, P. & McNeill, A. (1991). Effect of buspirone on cigarette withdrawal symptoms and short-term abstinence rates in a smokers clinic. Psychopharmacology, 104, 91-96.

Wickless, C. & Kirsch, I. (1989). Effects of verbal and experimental expectancy manipulations on hypnotic susceptibility. Journal of Personality and Social Psychology, 57, 762-768.

Wickramasekera, I. (1985). Clinical behavior medicine. Some concepts and procedures. New York: Plenum Press.

Wilson, S.C. & Barber, T.X. (1978). The Creative Imagination Scale as a measure of Hypnotic responsiveness: Applications to experimental and clinical hypnosis. American Journal of Clinical Hypnosis, 20, 235-249.

Wolberg, L.R. (1967). La eficacia de la sugestión en las situaciones clínicas. En A.G. Estabrooks (Ed.), Problemas actuales de la hipnosis (pp. 116-124). Méjico: Fondo de Cultura Económica.

Wundt, W. (1908). Hipnotismo y Sugestión. Barcelona: Colección de Libros Modernos.

Zeig, J. & Rennick, P. (1991). Ericksonian hypnotherapy: a communications approach to hypnosis. En S. Lynn & J. Rhue (Eds.), Theories of hypnosis: Current models and perspectives (pp. 275-300). New York: The Guilford Press.

Zavela, K.L., Barnett, J.E., Smedi, K.J. Istvan, J.A. & Matgarazzo, J.D. (1990). Current use of cigarettes, alcohol and coffee. Journal of Applied of Social Psychology, 20 (19), 835-845.

ANEXO N° 1
GRÁFICAS INDIVIDUALIZADAS Y NOTAS DE
TERAPIA INDIVIDUAL

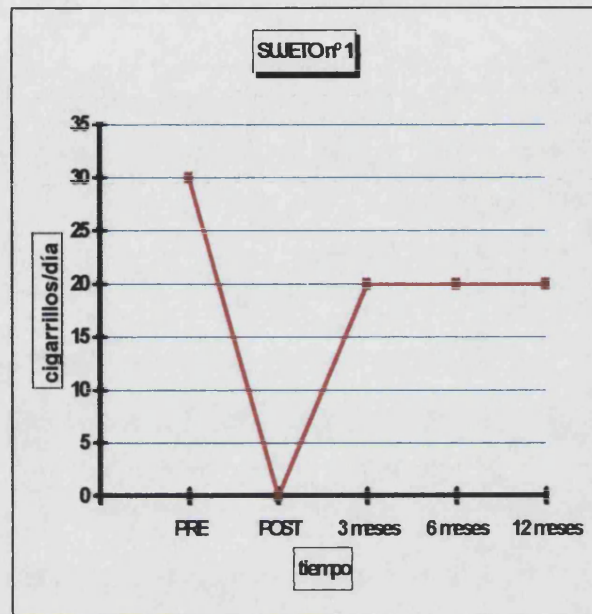
Terapeuta nº 1

Nº Sesiones: 6, llegó a 0 cigarrillos en la 3ª Sesión

Estrategias No Aversivas: Decir NO ante los cigarrillos

Recaída al mes: periodo de vacaciones, problemas de pareja.

Remitido por "X"

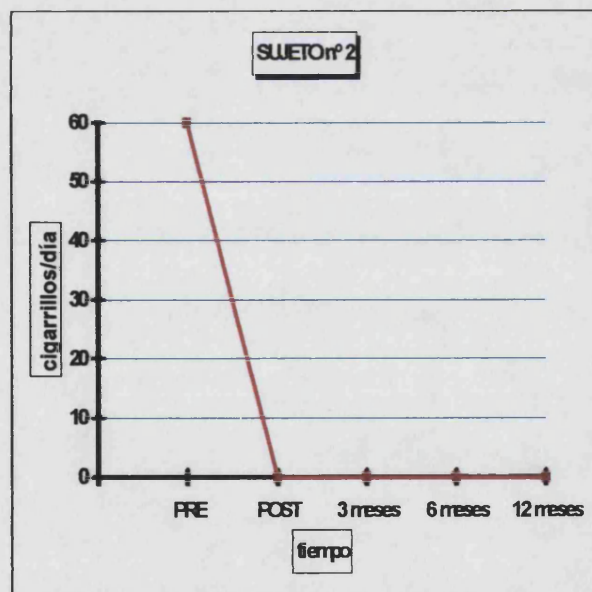


Terapeuta nº 2

Nº Sesiones: 6, llegó a 0 cigarrillos en la 2ª Sesión

Estrategias No Aversivas: NO pensar en los cigarrillos. Control de estímulos

Remitido por "X"



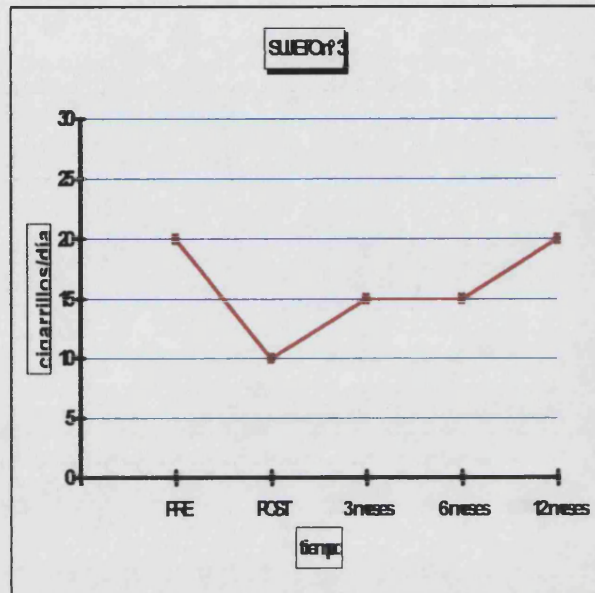
Terapeuta nº 3

Nº Sesiones: 6

Estrategias No Aversivas:
Rigidez en la mano

Problemas psicológicos y consumo
de otras sustancias

Remitido por "X"



Terapeuta nº 2

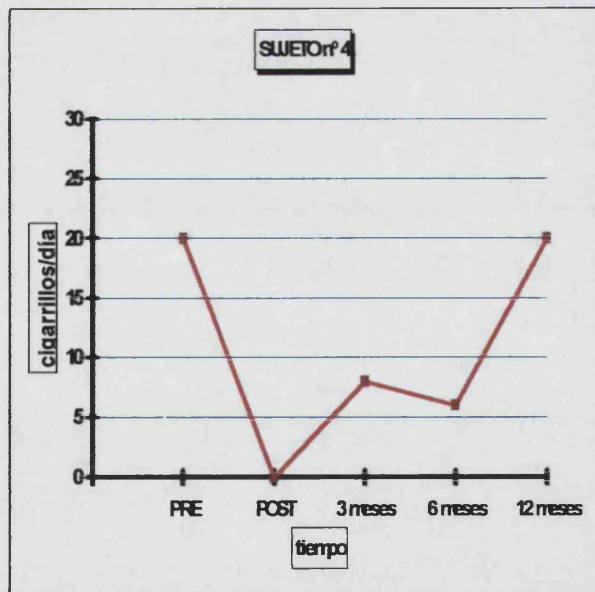
Nº Sesiones: 6

Estrategias No Aversivas:
Indiferencia ante los
cigarrillos

Estrategia Aversiva: Asco

Recaída: Problemas de pareja

Remitido por "X"



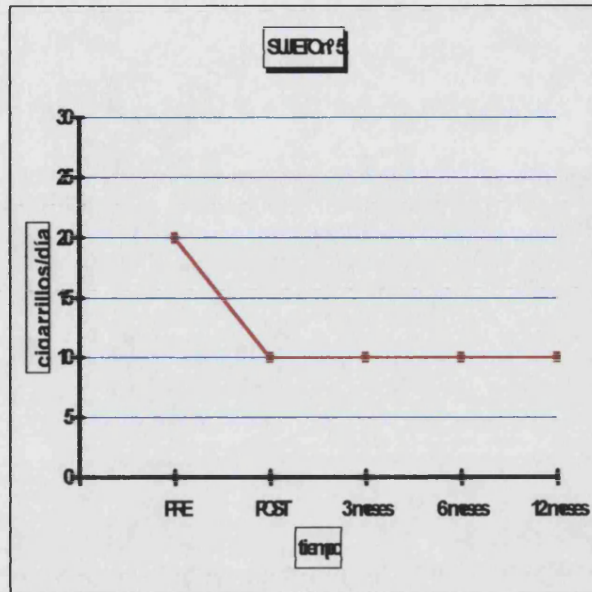
Terapeuta nº 4

Nº Sesiones: 6

Estrategias No Aversivas:
Insensibilidad en los
dedos al coger el
cigarrillo

Estrategias Aversivas: Asco

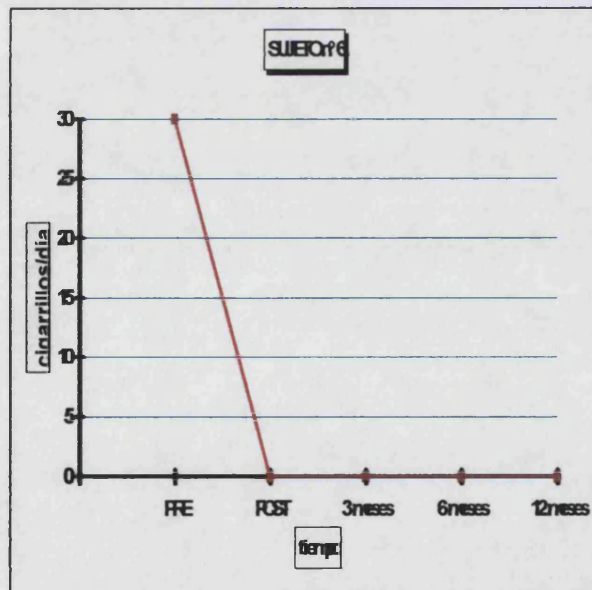
Recibía tratamiento psiquiátrico
por depresión



Terapeuta nº 4

Nº Sesiones: 4, llegó a 0
cigarrillos en la 2ª
Sesión

Estrategias No Aversivas:
Bienestar/Risa al estar
sin fumar



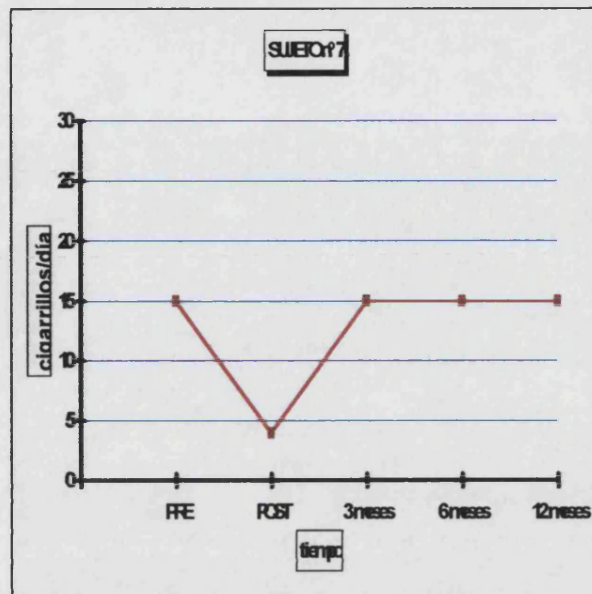
Terapeuta nº 4

Nº Sesiones: 5

Estrategias Aversivas: Asco

Recaída al mes por
"preparativos para
contraer matrimonio"

Remitido por "X"



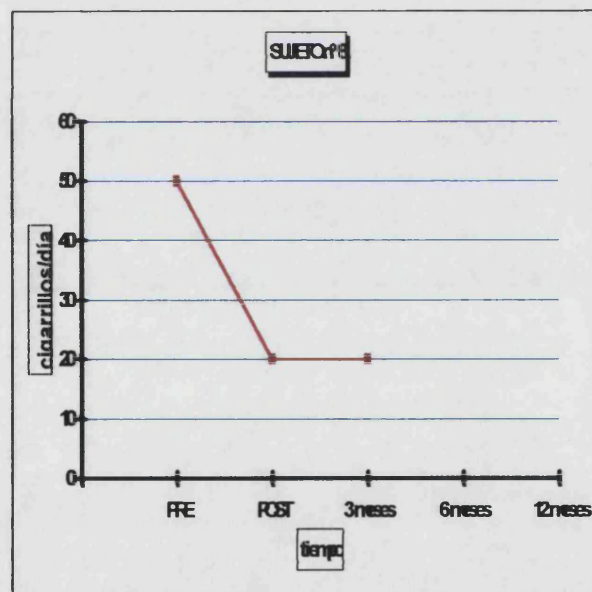
Terapeuta nº 4

Nº Sesiones: 5

Estrategias No Aversivas:
Control de estímulos

Estrategias Aversivas: Asco al
retener el humo

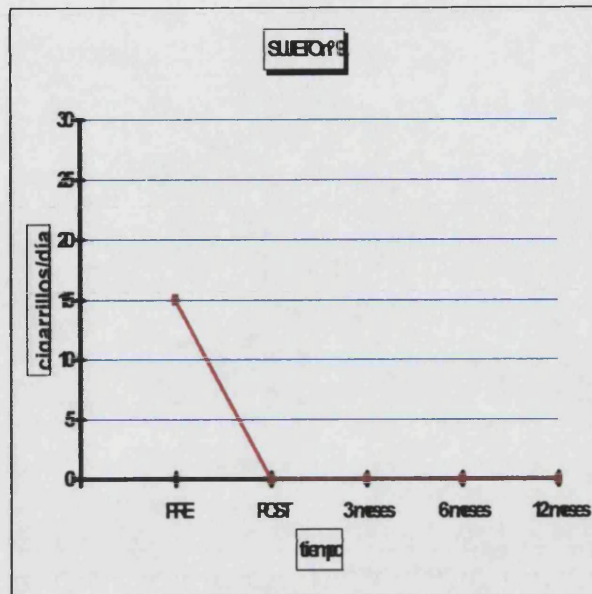
Abandono por enfermedad



Terapeuta nº 3

Nº Sesiones: 2, llegó a 0 cigarrillos en la 2ª Sesión

Estrategia Aversiva: Asco a los cigarrillos

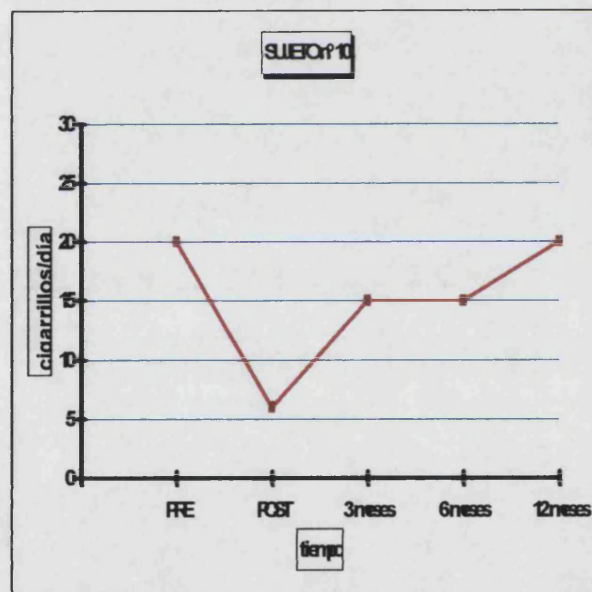


Terapeuta nº 2

Nº Sesiones: 6

Estrategias No Aversivas: Relajación

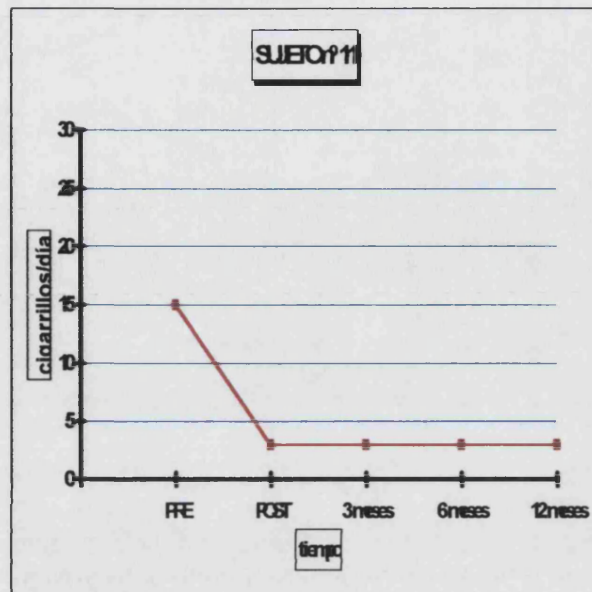
Estrategias Aversivas: Asco a los cigarrillos



Terapeuta nº 3

Nº Sesiones: 6

Estrategias No Aversivas: Decir
NO ante los cigarrillos

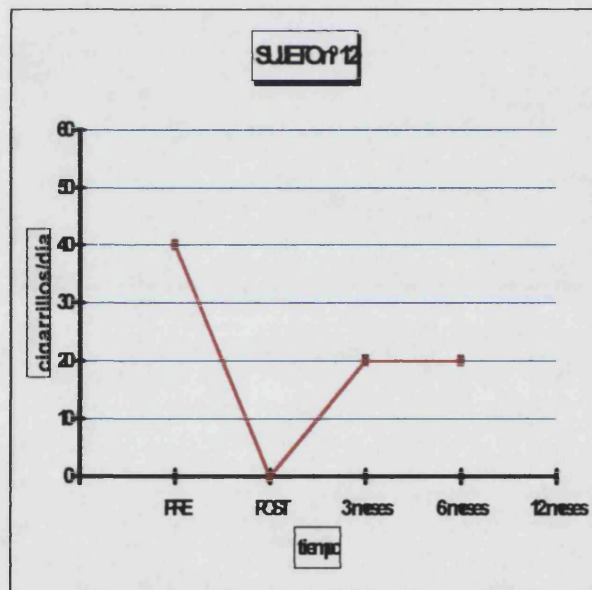


Terapeuta nº 3

Nº Sesiones: 6

Estrategias No Aversivas: Decir
NO ante los cigarrillos

Abandono durante el
seguimiento



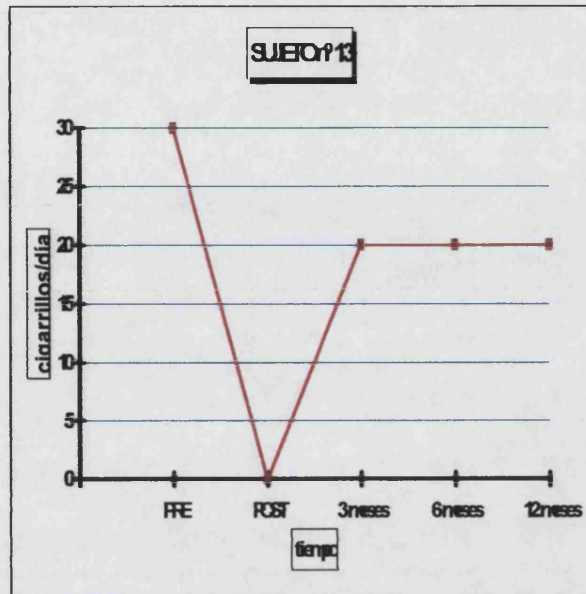
Terapeuta nº 4

Nº Sesiones: 6

Estrategias No Aversivas: Risa

Estrategias Aversivas: Asco al retener el humo

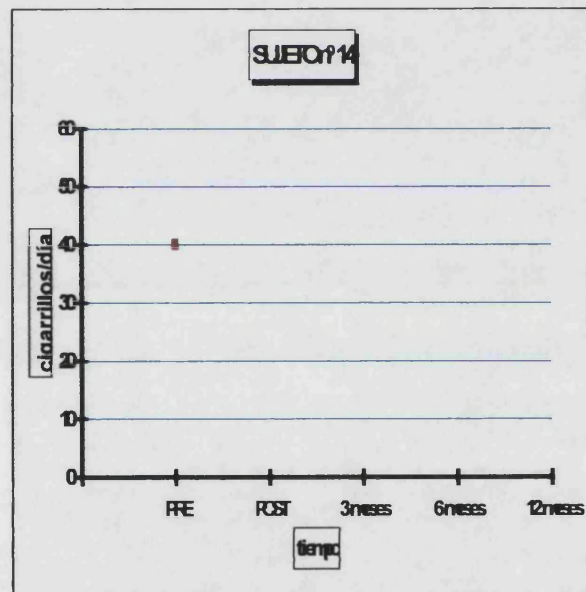
Recaída: Problemas de obesidad, fumaba para no engordar



Terapeuta nº 3

Abandono: vacaciones

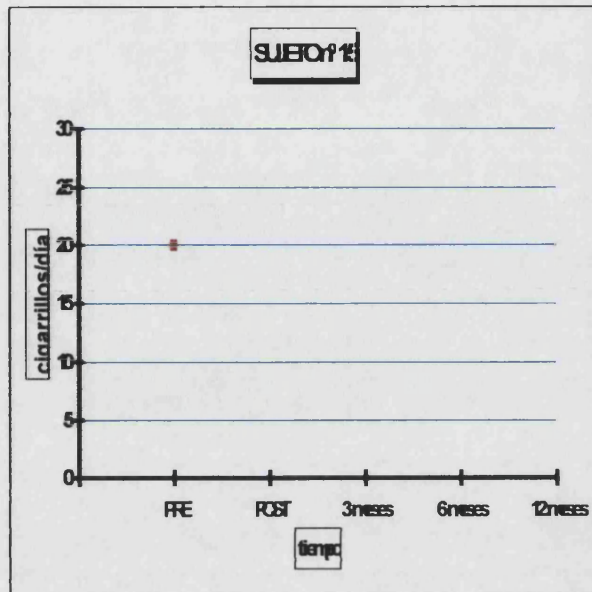
Remitido por "X"



Terapeuta nº 3

Abandono: vacaciones

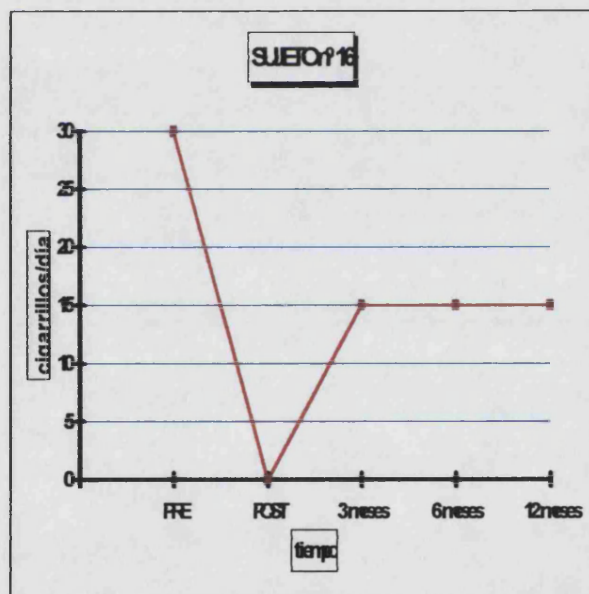
Remitido por "X"



Terapeuta nº 3

Nº Sesiones: 6

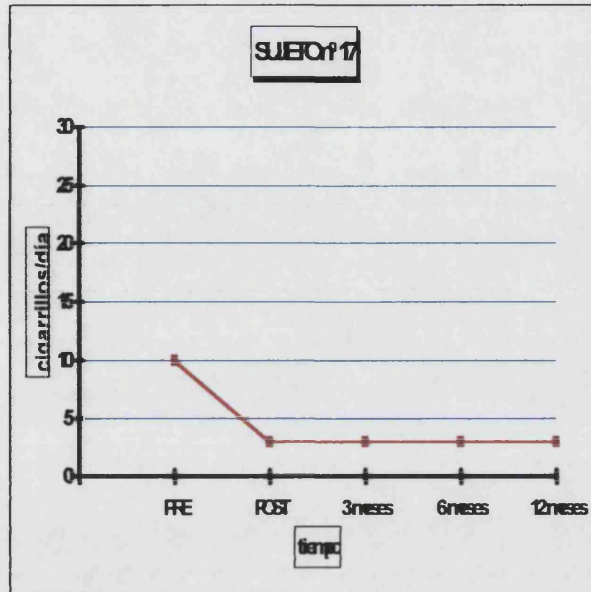
Estrategias Aversivas: Asco
ante los cigarrillos



Terapeuta nº 3

Nº Sesiones: 6

Estrategias No Aversivas: Decir
NO ante los cigarrillos

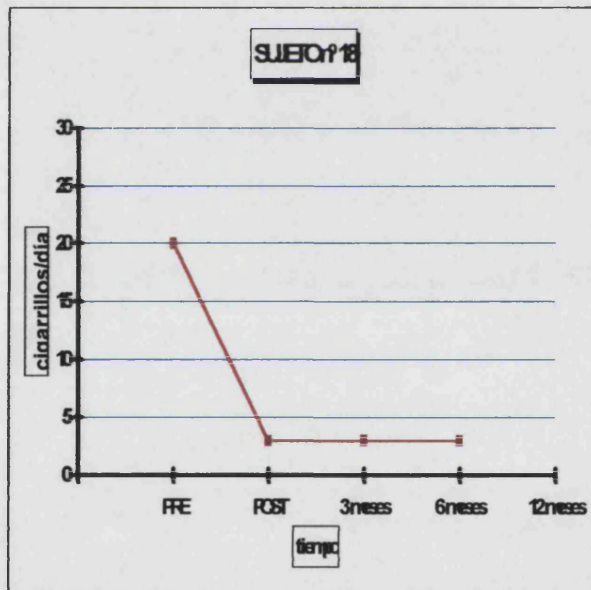


Terapeuta nº 3

Nº Sesiones: 3

Estrategias No Aversivas: Decir
NO ante los cigarrillos

Abandono durante la
intervención por cambio
de residencia

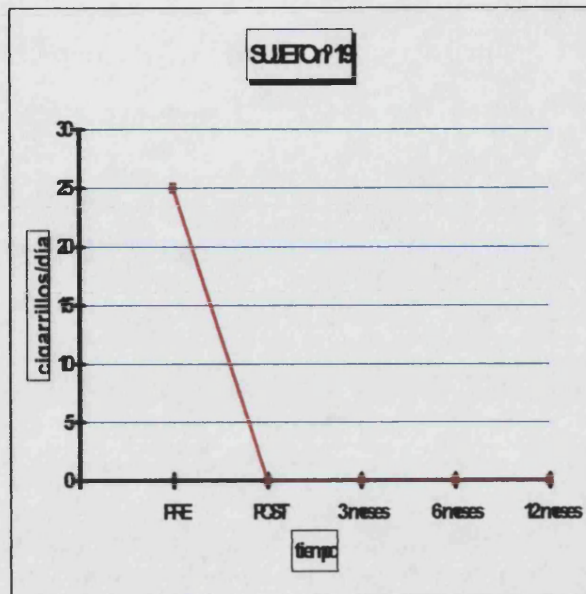


Terapeuta nº 4

Nº Sesiones: 6

Estrategias No Aversivas: Risa
Control de estímulos

Estrategias Aversivas: Asco.
Mezcla de sabores de
tabaco rubio/negro

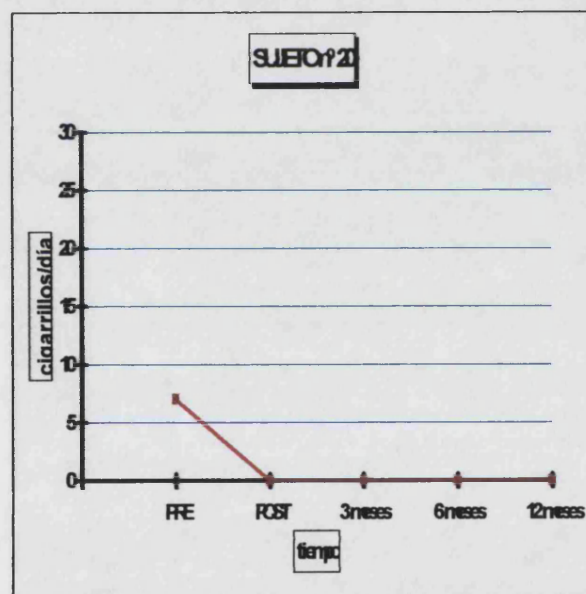


Terapeuta nº 4

Nº Sesiones: 4, llegó a 0
cigarrillos en la 3ª
sesión

Estrategias No Aversivas: Decir
NO ante los cigarrillos

Estrategias Aversivas: Asco al
retener el humo

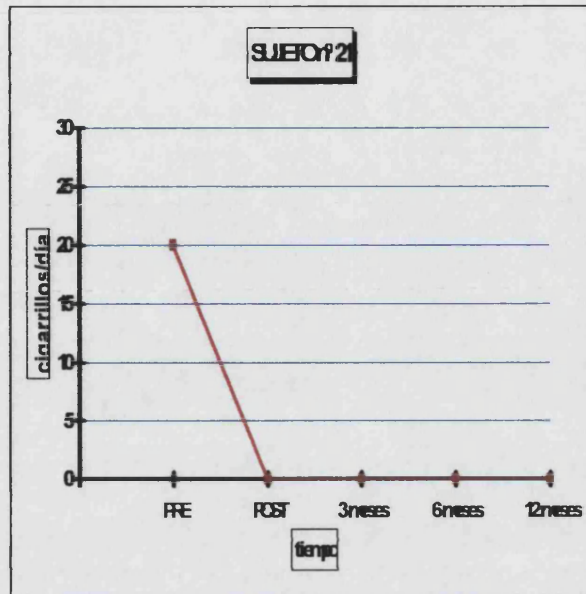


Terapeuta nº 2

Nº Sesiones: 6, llegó a 0 en la 2ª sesión

Estrategias No Aversivas: Relajación al estar sin fumar

Estrategias Aversivas: Asco ante los cigarrillos

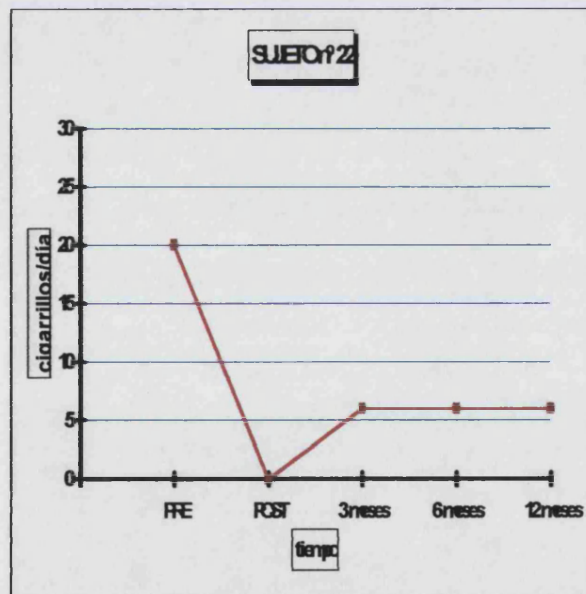


Terapeuta nº 2

Nº Sesiones: 6

Estrategias No Aversivas: Decir NO ante los cigarrillos

Estrategias Aversivas: Asco al ver los cigarrillos

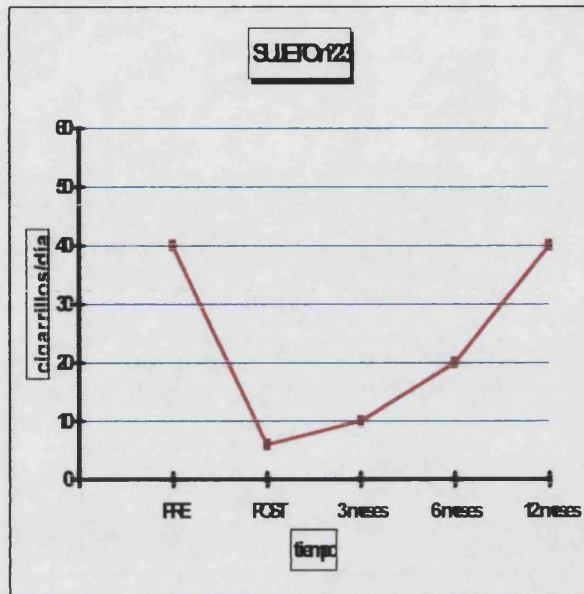


Terapeuta nº 2

Nº Sesiones: 6

Estrategias No Aversivas:
Relajación al estar sin fumar. Decir NO a los cigarrillos

Estrategias Aversivas: Asco al retener el humo

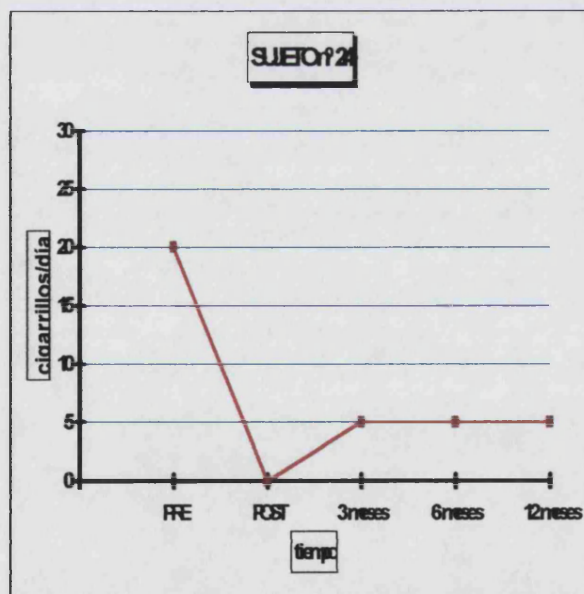


Terapeuta nº 2

Nº Sesiones: 6

Estrategias No Aversivas:
Indiferencia ante los cigarrillos. Reducción graduada

Estrategias Aversivas: Asco ante los cigarrillos

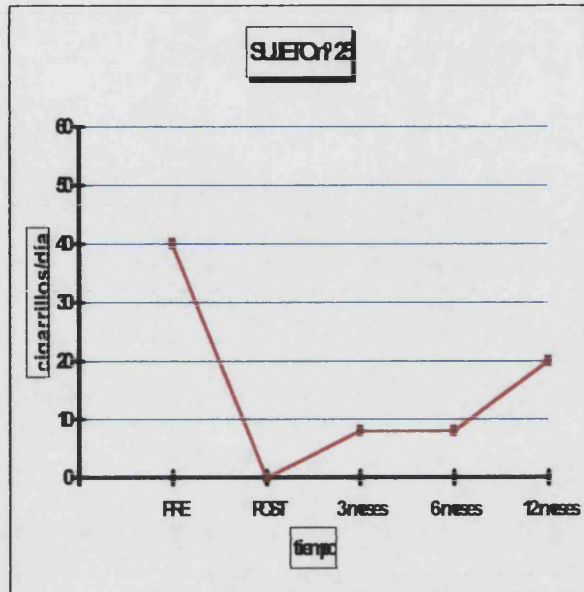


Terapeuta nº 2

Nº Sesiones: 6

Estrategias No Aversivas:
Relajación al estar sin fumar. Asociación al tocar el anillo para no fumar

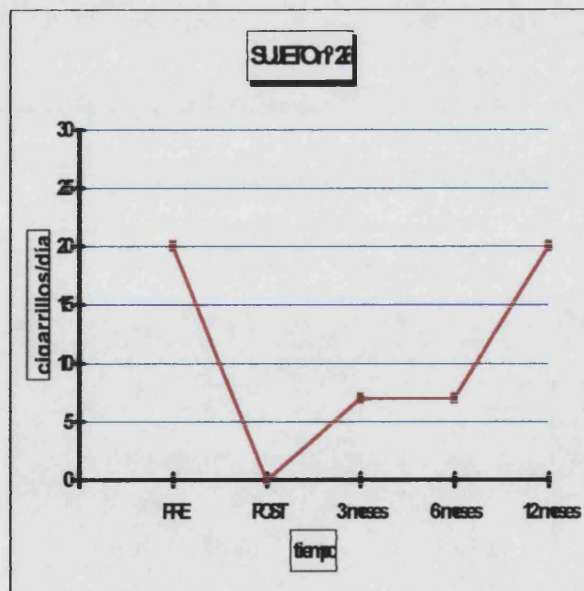
Estrategias Aversivas: Asco
ante los cigarrillos



Terapeuta nº 2

Nº de Sesiones: 6

Estrategias No Aversivas:
Reducción graduada.
Olvido de fumar

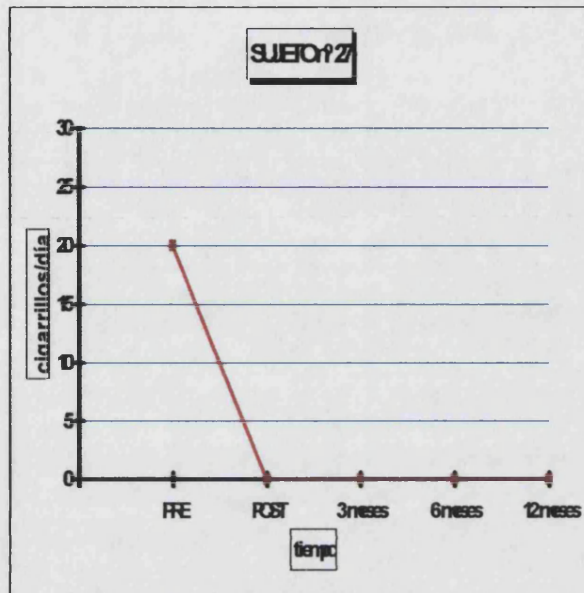


Terapeuta nº 4

Nº Sesiones: 3, llegó a =
cigarrillos en la 2ª
sesión

Estrategias No Aversivas: Decir
NO a los cigarrillos

Remitido por "X"



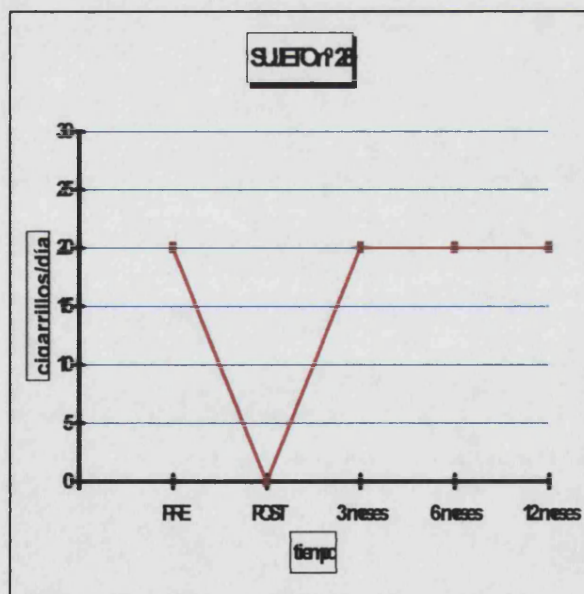
Terapeuta nº 4

Nº Sesiones: 6

Estrategias No Aversivas:
Relajación al estar sin
fumar. Role de NO
Fumador

Estrategias Aversivas: Asco
ante los cigarrillos

Recaída al mes por problemas
laborales



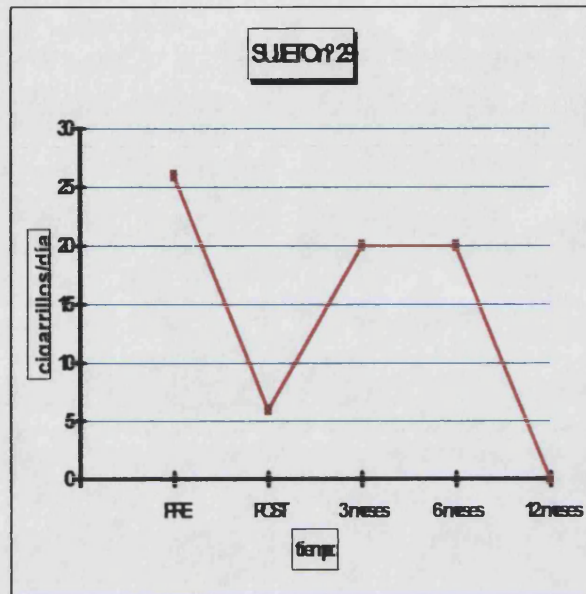
Terapeuta nº 4

Nº Sesiones: 6

Estrategias No Aversivas: Decir NO ante los cigarrillos.
Relajación al estar sin fumar

Estrategias Aversivas: Asco ante los cigarrillos

En el Seguimiento a los 12 meses, informó que eliminó el tabaco utilizando las técnicas que se le enseñaron

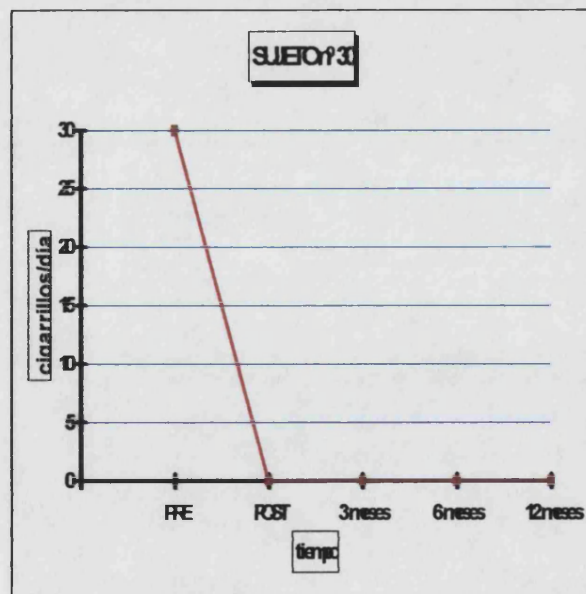


Terapeuta nº 1

Nº Sesiones: 6

Estrategias No Aversivas: Decir NO ante los cigarrillos

Estrategias Aversivas: Asco ante los cigarrillos

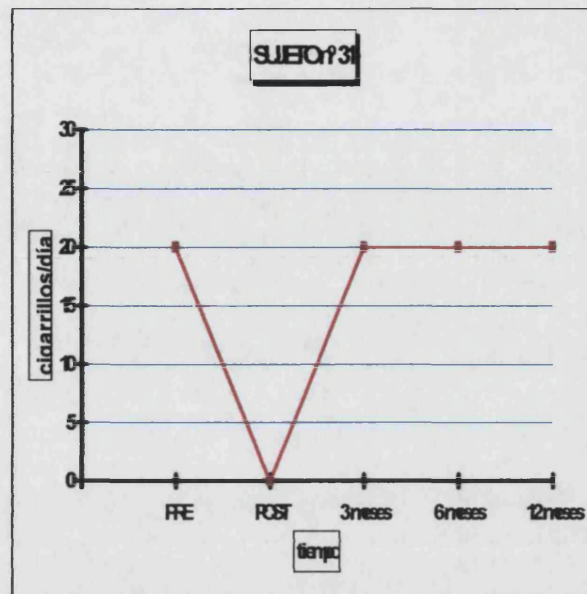


Terapeuta nº 2

Nº Sesiones: 6

Estrategias Aversivas: Asco
ante los cigarrillos

Recaída: problemas familiares



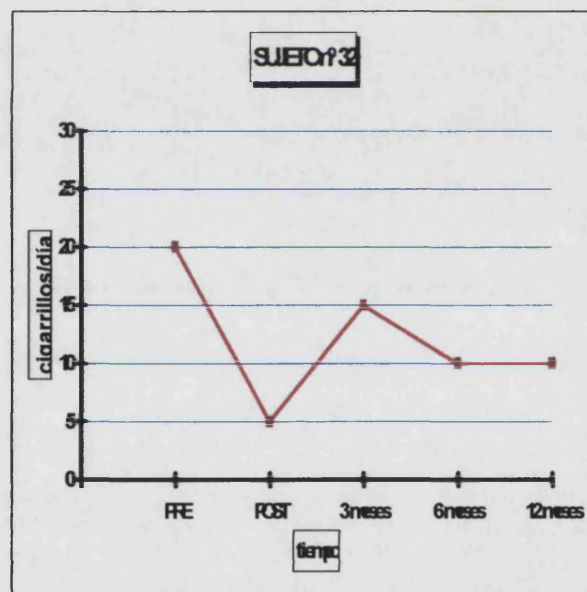
Terapeuta nº 4

Nº Sesiones: 8

Estrategias No Aversivas:
Relajación al estar sin
fumar. Decir NO ante
los cigarrillos.
Reducción pautada

Estrategias Aversivas: Asco al
retener el humo. Mezcla
de sabores con tabaco
negro/rubio

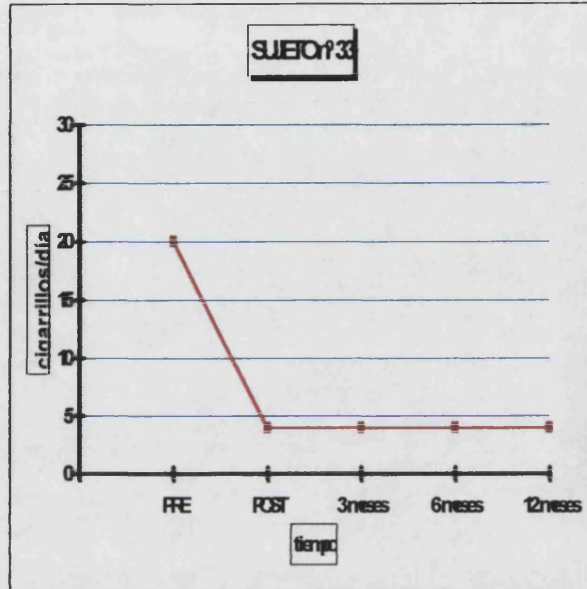
Problemas. "Se le olvidaba
hacer los ejercicios"



Terapeuta nº 1

Nº Sesiones: 6

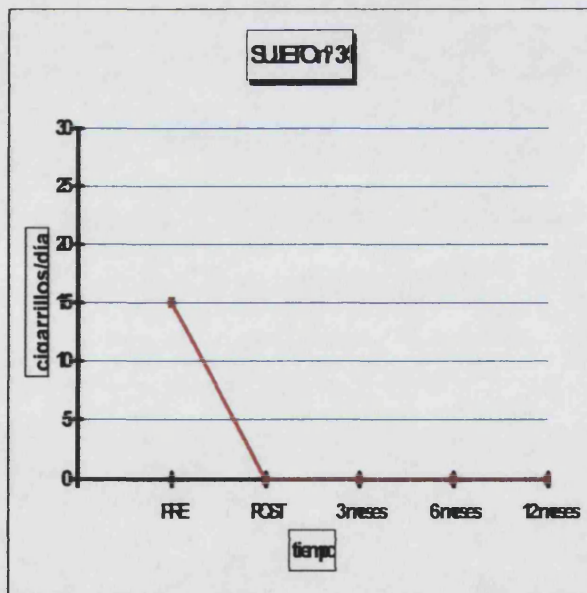
Estrategias No Aversivas:
Reducción pautada



Terapeuta nº 1

Nº Sesiones: 5

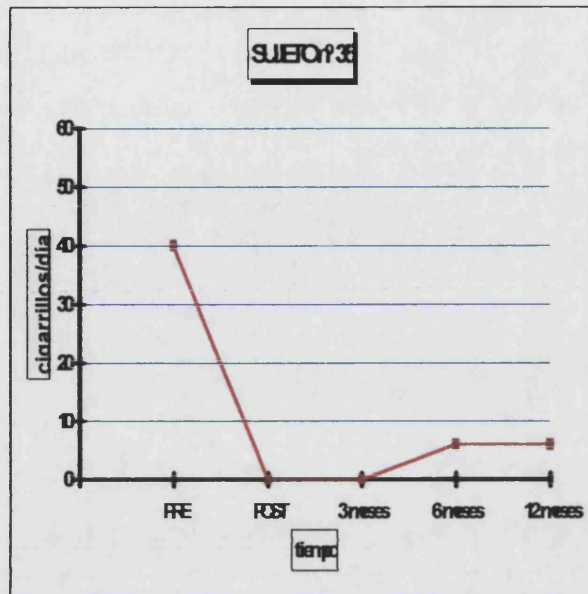
Estrategias Aversivas: Asco
ante los cigarrillos



Terapeuta nº 1

Nº Sesiones: 6

Estrategias Aversivas: Asco
ante los cigarrillos



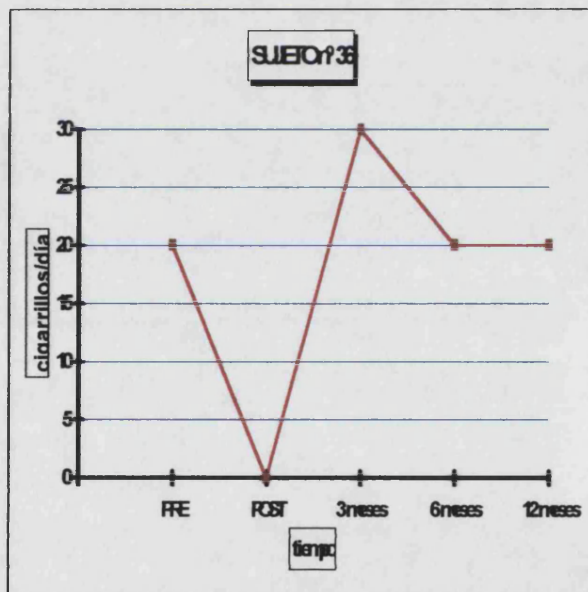
Terapeuta nº 4

Nº Sesiones: 6

Estrategias No Aversivas: Decir
NO a los cigarrillos

Recaía: problemas laborales

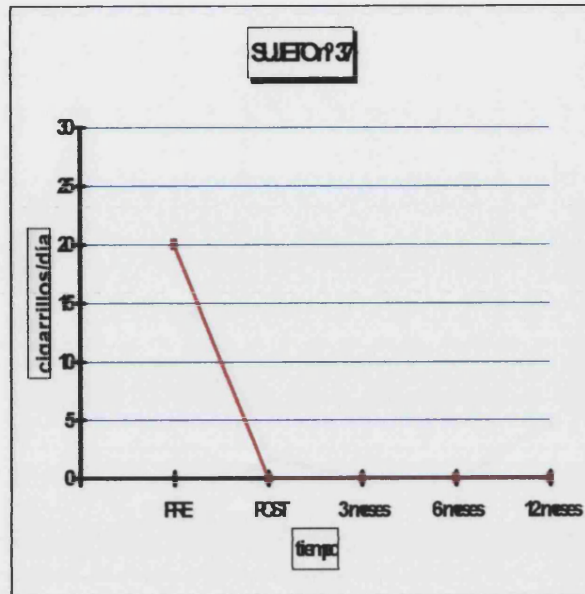
Remitido por "X"



Terapeuta nº 1

Nº Sesiones: 6

Estrategias Aversivas: Asco
ante los cigarrillos



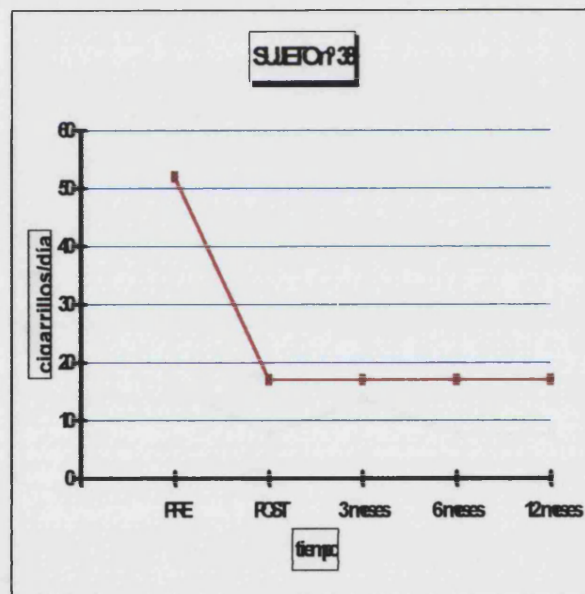
Terapeuta nº 4

Nº Sesiones: 6

Estrategias No Aversivas: Decir
NO. Relajación al estar
sin fumar. Reducción
pautada

Problemas de enfermedad
coronaria. Redujo hasta
que lo consideró "no
peligroso" (n=17)

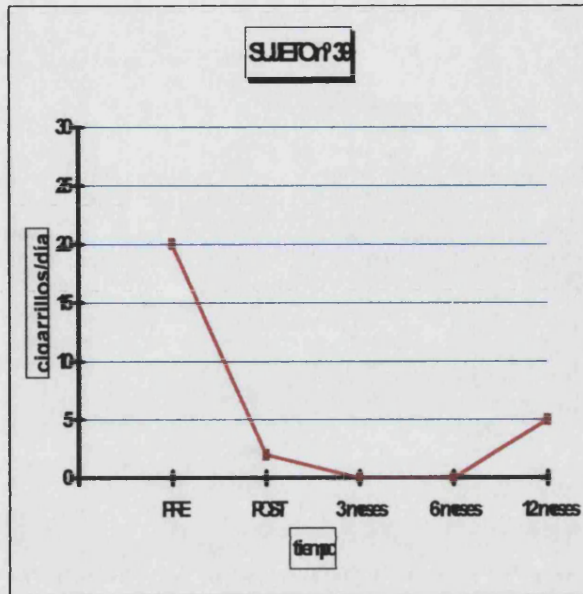
Remitido por "X"



Terapeuta nº 1

Nº Sesiones: 6

Estrategias Aversivas: Asco
ante los cigarrillos

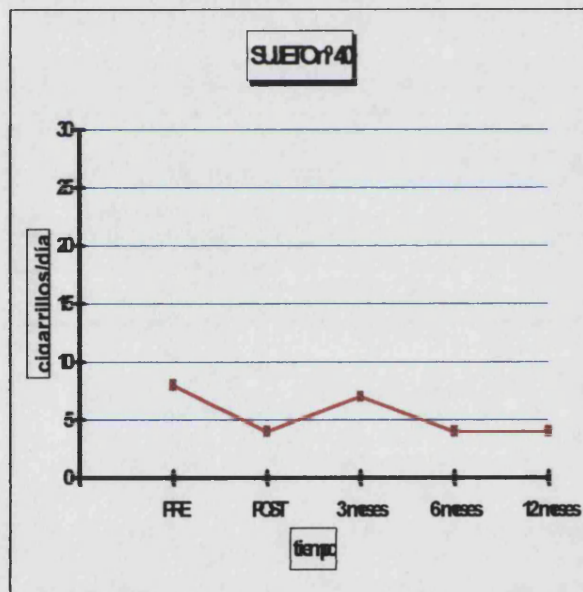


Terapeuta nº 1

Nº Sesiones: 6

Estrategias No Aversivas: NO
apetecer fumar

Estrategias Aversivas: Asco
ante los cigarrillos

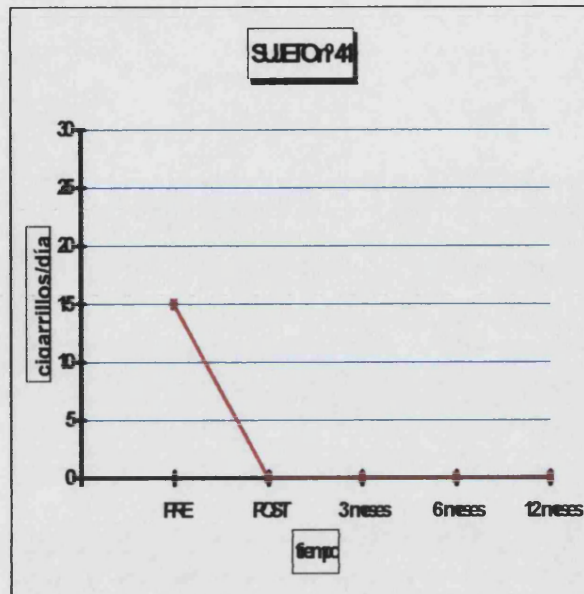


Terapeuta nº 1

Nº Sesiones: 6

Estrategias No Aversivas: Decir
NO a los cigarrillos

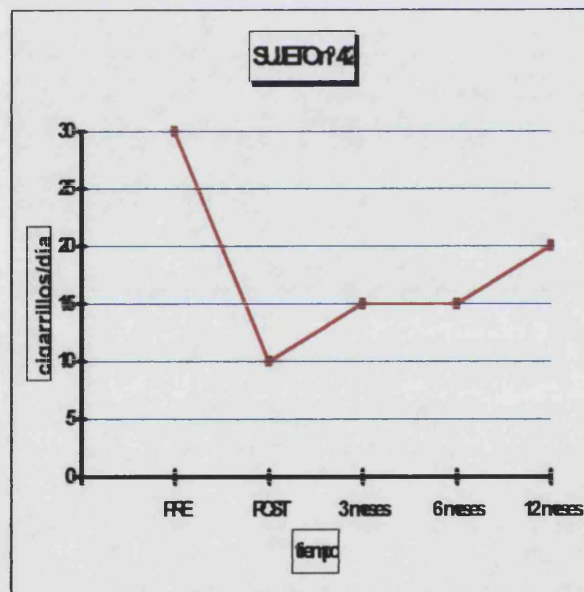
Estrategias Aversivas: Asco
ante los cigarrillos



Terapeuta nº 3

Nº Sesiones: 6

Estrategias Aversivas: Asco
ante los cigarrillos

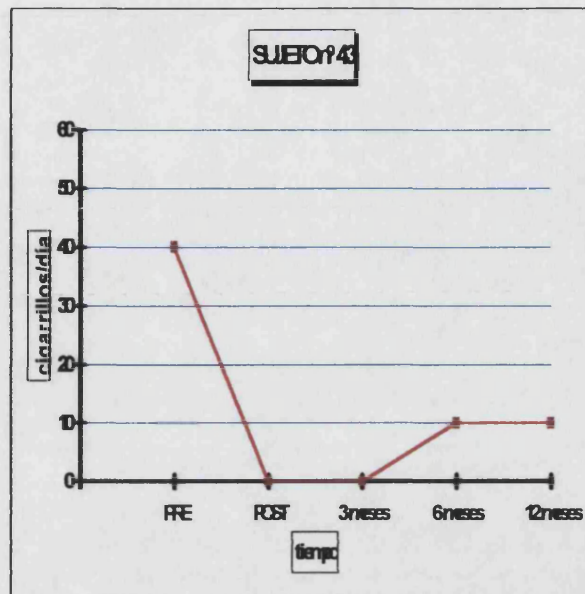


Terapeuta nº 1

Nº Sesiones: 6

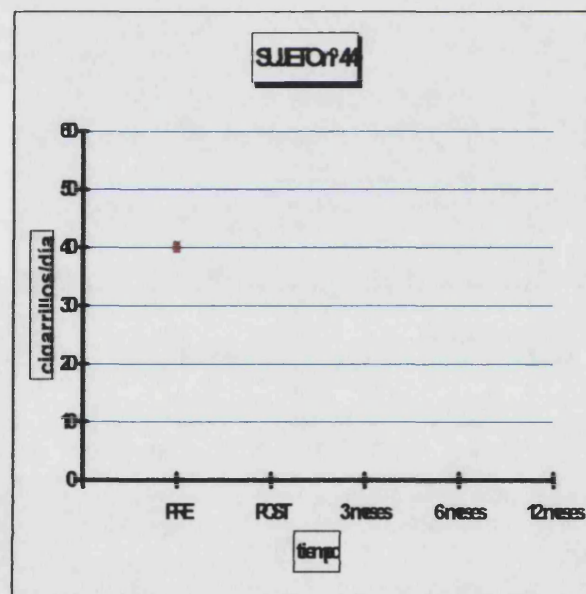
Estrategias No Aversivas: Decir NO a los cigarrillos

Estrategias Aversivas: Asco ante los cigarrillos



Terapeuta nº 3

Abandono: vacaciones

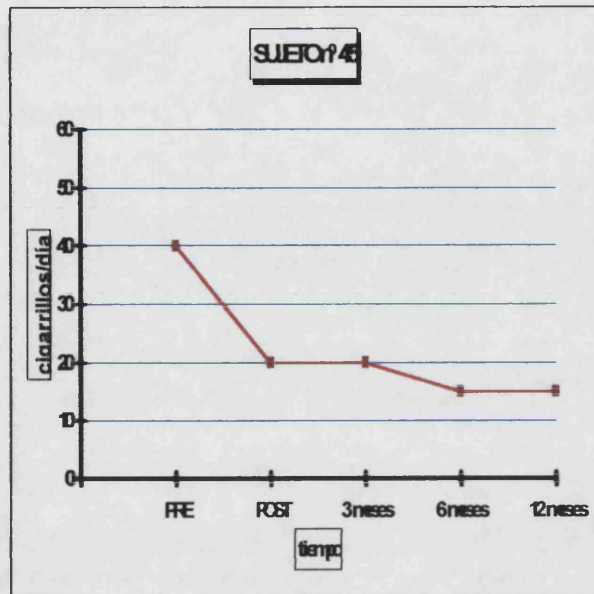


Terapeuta nº 1

Nº Sesiones: 6

Estrategias No Aversivas:
Reducción pauta

Problemas de obesidad
mórbida



ANEXO N° 2

ESCALA DE AUTO-REGULACIÓN FISIOLÓGICA

Y

ESCALA DE AUTO-REGULACIÓN EMOCIONAL

(Tomado de Amigó, 1992)

ESCALA DE AUTORREGULACION II

PRESENTACION.

Se colocan en el antebrazo del sujeto que va a ser sometido a las pruebas dos electrodos activos y uno de tierra de un aparato de biofeedback electromiográfico (EMG). A continuación se le dice:

"Vamos a realizar una serie de pruebas en las que pondremos en marcha el mecanismo del recuerdo sensorial. Es probable que usted haya escuchado recientemente una canción que le haya suscitado recuerdos de algún acontecimiento importante para usted (por ejemplo, el primer día que sacó a bailar a su mujer, la época en que aprobó los exámenes de ingreso a la Universidad, y cosas así). Hay personas que, incluso, reproducen sensaciones olfativas o gustativas (el olor del tabaco de pipa de su padre, el sabor de las palomitas en un cine de barrio, etc). Haremos a continuación algunas pruebas en las que constataremos qué nivel alcanza usted en la reproducción de una sensación en particular (el peso) y hasta qué punto es capaz de utilizar el mecanismo del recuerdo sensorial sin ningún estímulo físico que lo provoque, sólo haciendo uso de las palabras o de la imaginación".

ITEM 1: NUMERO DE REPETICIONES NECESARIAS PARA PROVOCAR LA RESPUESTA AUTOMATICA.

Se le dice al sujeto que extienda su brazo derecho (en donde tiene colocados los electrodos) y que lo apoye en el brazo del sillón. A continuación, se le coloca un pesado libro sobre la mano abierta y se le instruye para que observe las distintas sensaciones que puede notar (por ejemplo, se le dice que puede notar tensión en el antebrazo, presión sobre la mano, dolor en la muñeca). Una vez el sujeto ha reconocido algunas de estas sensaciones, se le retira el libro y se le indica que mantenga la mano inmóvil, de forma que pueda observar cómo la tensión mantenida (provocada por el libro) tiende a provocar parálisis en la mano. Posteriormente se le propone que elimine el efecto de inmovilidad y que piense en alguna palabra, imagen o instrucción que, asociándola con las sensaciones antes señaladas, sirva de ayuda para reproducir más adelante las mismas sensaciones, pero sin ayuda del estímulo físico (el libro), sino sólo de la palabra o imagen elegida para instigar los efectos.

A continuación se le indica que extienda el brazo y abra de nuevo la mano, y se le coloca el libro otra vez. En esta ocasión, se le instruye en asociar los efectos que antes describió y que ahora nota de nuevo con los pensamientos o imágenes elegidas, y que indique el momento en que la asociación esté realizada. Cuando el sujeto lo indica, el experimentador aparta el libro de su mano, mientras ésta permanece paralizada, y le sugiere

que para eliminar este efecto puede emplear una determinada señal. La señal consistirá en una inspiración profunda, seguida de una corta retención de aire y finalizando con una fuerte exhalación mientras el sujeto se dice en voz baja "relájate". A partir de ahí, la mano quedará nuevamente flexible. Se le hace saber que haciéndolo así conseguirá un agradable estado de relajación en pocos ensayos y aprenderá a condicionar una respuesta de relajación que podrá utilizar fuera de la sala de experimentación.

A lo largo de este proceso, se le explica al sujeto el funcionamiento del aparato de biofeedback EMG, y se le hace ver cómo el colocar el libro sobre la mano provoca una tensión que es registrada por el aparato y que puede observarse por el movimiento a la derecha de la señal luminosa (se pulsa la tecla de señal de tensión muscular en la posición +).

Ahora se le dice al sujeto que debe intentar reproducir los mismos efectos que acaba de advertir, pero sin utilizar el libro, con la ayuda del pensamiento o imagen asociada que antes ha elegido. Se le pide que extienda la mano y procure reproducir las sensaciones, observando también si la señal luminosa del biofeedback muestra que se está produciendo tensión muscular.

Después de 10 segundos se le pregunta: "¿Qué es lo que nota?" Si el sujeto no informa de sensación alguna, se le estimula a utilizar los pensamientos o imágenes asociadas. Al cabo de 30 segundos se le requiere: "Dígame cual es el nivel de tensión que ha notado, sobre una escala que va de 0 (ninguna tensión) a 5 (exactamente la misma tensión que cuando tenía el libro en la mano)".

PUNTUACION

El número necesario para pasar al ítem siguiente es el 4. Así, si el sujeto responde el número 3 ó un número menor, se repite de nuevo el ítem completo y se le vuelve a preguntar. El ítem puede repetirse hasta 4 veces como máximo. Si para entonces, el sujeto no ha respondido con un 4 ó un 5, se puntúa el ítem como 0.

Si el sujeto responde 4 ó 5 la primera vez, se le puntúa con un 4; si lo hace la segunda vez, se le puntúa con un 3; si lo hace la tercera vez, se le puntúa con un 2; si lo hace la cuarta vez, se le puntúa con un 1.

La puntuación máxima del ítem es de 4. También de los restantes ítems de esta escala.

Una vez puntuado el ítem, se realizan dos ensayos más con más rapidez y en los que la sugerencia del experimentador ("escuche mi voz: la mano quedará tensa, tensa y rígida") toma protagonismo. No obstante, al sujeto se le dice, en distintos momentos de la prueba, que puede ayudarse tanto de las palabras del experimentador como de sus propios recursos (pensamientos o imágenes) para reproducir los efectos.

ITEM 2: NIVEL DE RELAJACION

Después de puntuar el ítem 1, se le hace la siguiente pregunta: ¿Cual es su nivel de relajación ahora sobre una escala que va de 0 a 4, donde 0 significa "ninguna relajación" y 4 significa "muy relajado"? Esta pregunta también se le repite después de los otros dos ensayos y se elige el número mayor como la respuesta al ítem 2.

ITEM 3: SALIVACION

"Como ha podido observar, hemos adquirido un cierto control sobre el sistema muscular. Ahora, debido a una activación creciente del cerebro, es posible hacerlo de forma directa, sin práctica y sin estímulos físicos, sobre otros sistemas fisiológicos, como el sistema glandular. Fíjese bien en lo que voy a decirle: notará saliva en su boca. Cada vez más saliva. Si lo prefiere puede emplear imágenes (por ejemplo, que traga zumo de limón) u otras estrategias, o bien escuchar mi voz. Notará saliva, más y más saliva debajo de su lengua, en su boca. Más y más saliva... Ahora dígame cómo de intensa ha sido la sensación sobre una escala que va de 0 a 4, donde 0 significa "ninguna sensación" y 4 significa "salivación abundante y sensación muy clara".

El tiempo de verbalización de este ítem y de todos los demás de la escala es de un máximo de 1 minuto.

ITEM 4: CALOR EN LA MANO IZQUIERDA

"Ahora observe su mano izquierda. Notará calor, cada vez más calor. Puede notarlo más claramente en la palma de la mano o en la punta de los dedos. Puede también utilizar imágenes u otros recursos si lo considera conveniente, por ejemplo, imaginando que tiene un calefactor cerca de la mano. También puede escuchar mi voz. La mano estará cada vez más caliente. Es una agradable sensación de calor. Más y más... Ahora dígame cómo de intensa ha sido la sensación sobre una escala que va de 0 a 4, donde 0 significa "ninguna sensación" y 4 significa "una clara sensación de calor en alguna parte de la mano".

ITEM 5: ANESTESIA EN LA MANO DERECHA

"Ahora observe su mano derecha. Empezará a notar sensación de entumecimiento, de adormecimiento de la mano. La notará cada vez más insensible, como muerta. La mano se volverá cada vez más y más adormecida, como cuando se interrumpe la circulación sanguínea. Anestesiada, adormecida... Ahora dígame cómo de intensa ha sido la sensación sobre una escala que va de 0 a 4, donde 0 significa "ninguna sensación" y 4 significa "una clara sensación de adormecimiento y anestesia".

En este ítem, y en los restantes, ya no se hace referencia a que el sujeto pueda emplear sus recursos (pensamientos o imágenes) o bien escuchar al experimentador.

ITEM 6: EMOCION DE TERNURA

"También el cerebro es un regulador de las emociones humanas, además de las sensaciones. Por eso haremos una prueba para producir emociones. Escuche con atención: notará una sensación agradable, tierna. Cada vez notará más y más ternura. La sensación de ternura será cada vez más clara y agradable. Es realmente una sensación agradable y hermosa. Está a gusto. Todo parece hermoso: ésta habitación, el sillón, las luces del aparato. Todo lo que le rodea es hermoso. Notará más y más ternura y agrado... Ahora dígame cómo de intensa ha sido la emoción sobre una escala que va de 0 a 4, donde 0 significa "no he sentido nada" y 4 significa "he sentido una clara e intensa sensación de ternura".

ITEM 7: EMOCION DE ALEGRIA

"Ahora notará una emoción diferente. Va a sentir que cada vez está más alegre, más entusiasmado. Puede que se note también activado como cuando está envuelto en alguna actividad que le entusiasma. Cada vez está más y más alegre, feliz. Alegre y contento. Más contento cada vez. Tiene ganas de sonreír e incluso de reír. Está más y más feliz. Es una sensación de plenitud y contento. Todo es alegre, todo es bonito. Y usted lo disfruta y está contento... Ahora dígame cómo de intensa ha sido la emoción sobre una escala que va de 0 a 4, donde 0 significa "no he sentido nada" y 4 significa "me he sentido muy alegre y feliz".

ITEM 8: HIPEREMNESIA

En este ítem se le dice al sujeto que puede cerrar los ojos si lo desea, ya que se trata de una prueba de visualización.

"También nuestro cerebro gobierna el pensamiento, los recuerdos y la inteligencia. Vamos a verlo a continuación. Piense en algo que ocurrió hace más de un año. En un principio observará que tiene una imagen difusa del acontecimiento y que ha perdido muchos detalles. No obstante, puede empezar a dibujar la imagen de ese acontecimiento con más claridad. Fíjelo en su mente. Empiece a explorarlo con todos sus detalles. Recuerde donde estaba. Si era una habitación, ¿cómo estaba decorada? ¿cómo era de grande? ¿por donde entraba la luz? Mire ahora quién estaba con usted, cómo iba vestido, cual era su semblante. Mire hacia su alrededor y describa mentalmente todos los detalles del lugar donde está. Métase en la imagen como si estuviera viviendo la situación ahora. Fíjese ahora en todas las sensaciones que aportan sus sentidos: ¿qué está escuchando? Si está hablando con alguien,

¿escucha claramente su voz? Fíjese en lo que está tocando. Note la lisura o rugosidad en sus dedos. Observe si huele a algo. Quizá a comida o humo de tabaco. Note las emociones que le provoca el acontecimiento. Está metido en la imagen".

Ahora dígame un número del 0 al 4, donde 0 significa "no he podido recordar nada" y 4 significa "me he acordado muy bien, de muchísimos detalles que no pensaba que sería capaz de acordarme".

ITEM 9: AMNESIA

"También nuestro cerebro gobierna el olvido. Olvidamos muchas cosas a lo largo del día, porque de lo contrario sería imposible desarrollar una vida normal. Por ejemplo, ¿cual ha sido la segunda palabra que ha dicho al principio de estas pruebas?... Se ha quedado en blanco. Lo ha olvidado. Esta misma sensación puede reproducirla para olvidar algo que yo le proponga. Algo que le pueda parecer increíble que pueda olvidar, como su propio nombre. Así, cuando yo le pregunte por su nombre, notará un vacío y un bloqueo y no será capaz de acordarse. Ha conseguido hasta aquí muchas cosas, ya que su cerebro está activado. Ahora podrá también olvidar algo que yo le propongo. ¿cómo se llama usted?... Ahora dígame un número de 0 a 4 donde 0 significa "lo he recordado con toda facilidad, sin ningún esfuerzo" y 4 significa "no he podido recordarlo por mucho que lo he intentado".

ITEM 10: SUGERENCIA AL MODO POST-HIPNOTICO

"Bien, ahora vamos a repetir la primera sensación de todas: la tensión en la mano. Le resultará ahora más fácil que antes".

El sujeto reproduce de nuevo la sensación de tensión bajo las sugerencias del experimentador. Una vez conseguidas se le dice: "El cerebro puede también recibir instrucciones que no se cumplan en el acto, sino que se produzcan en otro momento y en otro lugar. Esto es posible. Así, escuche con atención lo que voy a decirle: Cuando después de terminar estas pruebas toque el pomo de la puerta de la habitación de entrevista, su mano quedará de nuevo tensa, como ahora la tiene. Se trata de una instrucción que se cumplirá más tarde. Cuando toque el pomo, la mano volverá a estar tensa y paralizada".

Cuando se abandona la sala de experimentación, el sujeto y el experimentador se dirigen a la sala de entrevista, y el sujeto toca el pomo. A los 30 segundos se le dice: "Dígame un número de 0 a 4 donde 0 significa "ninguna sensación" y 4 significa "la misma sensación de tensión y rigidez que noté antes".

PUNTUACION DE LA ESCALA

La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 40 puntos.



Universitat de València

Facultat de Psicologia

DEPARTAMENT DE PERSONALITAT, AVALUACIÓ
I TRACTAMENTS PSICOLÒGICS

Teléfono 386 44 76

ESCALA DE AUTORREGULACIÓN-II

HOJA DE REGISTRO

(Dr. S. Amigó, 1992.)

APELLIDOS: NOMBRE:

DIRECCIÓN:

EDAD: TELF.: FECHA:

- - - - -

- 1) PESO. 0-1-2-3-4.
- 2) RELAJACIÓN. 0-1-2-3-4.
- 3) SALIVACIÓN. 0-1-2-3-4.
- 4) CALOR. 0-1-2-3-4.
- 5) ANESTESIA. 0-1-2-3-4.
- 6) TERNURA. 0-1-2-3-4.
- 7) ALEGRÍA. 0-1-2-3-4.
- 8) HIPEREMNESIA. 0-1-2-3-4.
- 9) AMNESIA. 0-1-2-3-4.
- 10) POST-AUTORREGULACIÓN. 0-1-2-3-4.

Puntuación Total.

CUESTIONARIO POST-EXPERIMENTAL

Después de la aplicación del ítem 9, y antes de dirigirse a la sala de entrevista donde se aplicará el ítem 10, se desconectan los electrodos del biofeedback EMG y se lleva a cabo una breve entrevista post-experimental, la cual está compuesta de los siguientes apartados:

PREFERENCIA DE CONTROL

"A lo largo de las distintas pruebas, yo le indicaba que podía emplear recursos propios (pensamientos o imágenes) o bien centrarse en lo que yo le iba sugiriendo, para reproducir los efectos que se le pedían. Dígame qué prefería: ¿emplear sus recursos o centrarse en mi voz y dejarse llevar por ella? ¿en cuantas pruebas ha empleado sus propios recursos?"

PERCEPCION DE EFICACIA

"¿Qué le parece más eficaz para usted: emplear sus recursos o centrarse en mi voz?"

PREFERENCIA DE ESTRATEGIAS PERSONALES

"En las pruebas en las que ha empleado sus propios recursos para reproducir las sensaciones sugeridas, ¿qué ha preferido emplear, pensamientos o imágenes? ¿en cuantas ha empleado pensamientos y en cuantas imágenes?"

CREENCIA EN EL PROCEDIMIENTO

Dígame un número del 0 al 4 según crea que este procedimiento influye sobre los sistemas fisiológicos del organismo. Así, 0 significa "creo que no influye en absoluto" y 4 significa "influye de una manera muy potente sobre el organismo, sobre el cerebro".

CREENCIA EN EL PODER DE LO MENTAL

"Dígame un número de 0 a 4 en donde 0 significa "no creo en que lo mental influya para nada en el comportamiento o en la salud" y 4 significa "la mente es lo más importante para explicar nuestro comportamiento, así como las enfermedades".

PERCEPCION DE LA CAPACIDAD MENTAL DE UNO MISMO

"Dígame un número del 0 al 4 en donde 0 significa "no tengo ningún poder mental" y 4 significa "mi mente es potente y puedo conseguir muchas de las cosas que me proponga".

PERCEPCION DEL PROCEDIMIENTO (MENTALISMO)

"Dígame un número del 0 al 4 según crea que este procedimiento tiene que ver sólo con la mente y no con nada físico. Así, 0 significa "el procedimiento es puramente mental" y 4 significa "es un procedimiento fisiológico y médico".

PERCEPCION DE EFICACIA DEL PROCEDIMIENTO CON RELACION A LO MENTAL

"Dígame un número de 0 a 4 en donde 0 significa "no confío en que con procedimientos puramente mentales consiga modificar comportamientos o curarme enfermedades" y 4 significa "mi mente es muy poderosa y con este procedimiento conseguiré sacarle partido y poder cambiar mi comportamiento o curar enfermedades".



Universitat de València

Facultat de Psicologia

CUESTIONARIO POST-EXPERIMENTAL. (Autónomo II)

DEPARTAMENT DE PERSONALITAT, AVALUACIÓ
I TRACTAMENTS PSICOLÒGICS

Teléfono 386 44 76

(Dr. S. Amigó, 1992)

APELLIDOS:

NOMBRE:

DIRECCIÓN:

EDAD:

TELF.:

FECHA:

1) Preferencia de Control:

AUTO-C.
Item: 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

HETERO-C.
1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

2) Percepción de Eficacia:

AUTO-C.

HETERO-C.

3) Preferencias de estrategias personales:

AUTO-C.
Pensamientos.
Item: 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Imágenes
1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

4) Creencia en el procedimiento: 0-1-2-3-4.

5) Creencia en el poder mental: 0-1-2-3-4.

6) Percepción de la capacidad mental de uno mismo: 0-1-2-3-4.

7) Percepción del procedimiento (mentalismo): 0-1-2-3-4.

8) Percepción de eficacia del procedimiento con relación a lo mental: 0-1-2-3-4.

ESCALA DE AUTORREGULACION I
(Amigó, 1990)

La escala comienza con una breve introducción teórica, con ejemplos de RECUERDO SENSORIAL y de los mecanismos que lo producen (asociaciones-condicionamientos).

A continuación se le explica al sujeto que los mismos mecanismos pueden ser utilizados en este momento para que el recuerdo sensorial tenga lugar.

La prueba completa consta de 10 elementos (uno de ellos doble), obteniéndose dos escalas, de 6 elementos cada una y una puntuación máxima de 12 puntos también para cada una. Son:

- La Escala de Auto-Control (Auto-C).
- La escala de Hetero-Control (Hetero-C),

que miden, respectivamente y con elementos diferentes, la habilidad del sujeto para reproducir sensaciones físicas y la influencia del entrevistador en provocar esas sensaciones en el sujeto.

Las sensaciones buscadas en la escala Auto-C son:

- 1) Entumecimiento de la mano (elemento 1) tras introducir la mano derecha del sujeto en un recipiente de agua con hielo. El sujeto describe todas las sensaciones que nota (frialdad, hormigueo, etc.) tras lo cual las asocia con algo (imágenes, instrucciones, etc.) que le ayude posteriormente a reproducirlas.
- 2) Olor (elemento 3), tras inhalar ceniza contenida en un recipiente.

Las sensaciones buscadas en la escala Hetero-C son:

- 1) Pesadez de la mano (elemento 2), después de que el sujeto haya sostenido un pesado libro en la mano.
- 2) Gusto (elemento 4), después de que el sujeto haya ingerido unas gotas de zumo de limón.

Los demás elementos corresponden a las sensaciones de involuntariedad, de cada uno de los ítems (3, 4, 7, 8), a la importancia relativa de la habilidad personal versus las sugerencias del entrevistador (elemento 9) y la disposición del sujeto a lo largo de la prueba (elemento 10).

IMPORTANTE: Es una escala donde deben limitarse al máximo la influencia de aspectos de aprendizaje y contextuales. Así, no se manejarán en absoluto o sólo mínimamente, por las exigencias de la aplicación, los aspectos referidos a expectativas, atribución, motivación y actitudes. En cuanto a los aspectos de aprendizaje, no se realizará entrenamiento previo a la aplicación de los items, ni se utilizará modelado ni instrucciones repetidas. El rapport será neutro.

No se emplearán los términos "hipnosis", "sugestión", "poder mental" o similares. La situación se definirá como una prueba de asociación y de recuerdo sensorial.

PRESENTACION.

"Vamos a realizar una serie de pruebas en las que pondremos en marcha el mecanismo del recuerdo sensorial. Es probable que hayas escuchado recientemente una canción que te haya suscitado recuerdos de algún acontecimiento importante para tí (por ejemplo, el primer día que sacaste a bailar a tu mujer, los días en que aprobaste el examen de ingreso en la Universidad, y cosas así). Hay personas que incluso reproducen sensaciones olfativas o gustativas (el olor del tabaco de pipa de su padre, el sabor de las palomitas en un cine de barrio, etc). Realizaremos a continuación algunas pruebas en las que constataremos qué nivel alcanzas en la reproducción de sensaciones de una serie de estímulos que te presentaré y hasta qué punto eres capaz de utilizar el recuerdo sensorial sin ningún estímulo físico que lo provoque, sólo haciendo uso de las palabras o de la imaginación, como ahora a continuación verás".

ESCALA DE AUTORREGULACION: DESCRIPCION DE LOS ELEMENTOS DE LA ESCALA DE AUTORREGULACION.

1) MANO ENTUMECIMIENTO

Se le presenta al sujeto un recipiente lleno de agua fría con hielo y se le pide que introduzca su mano en él. El sujeto describe las sensaciones que nota mientras tiene su mano sumergida y trata de grabarlas en su mente, tras lo cual saca su mano y la mantiene fuera del recipiente. Posteriormente, el experimentador le pide que introduzca su mano de nuevo en el recipiente y que trate de asociar las sensaciones que nota y que anteriormente memorizó con imágenes o palabras que más tarde le ayuden a reproducir las sensaciones sin necesidad del estímulo físico (el agua fría). Se le sugiere al sujeto que puede imaginarse que está metiendo la mano en el congelador o que está poniendo la mano en un riachuelo de alta montaña, o bien puede decirse: "cuando más tarde quiera reproducir las sensaciones que ahora noto, éstas aparecerán con sólo colocar la mano en la misma posición". El sujeto puede elegir cualquier estrategia. Se le pide que avise cuando la asociación esté, según su opinión, bien establecida. Cuando así lo hace, se le indica que saque su mano del recipiente y la seque hasta que adquiera la temperatura normal. Después se le dice:

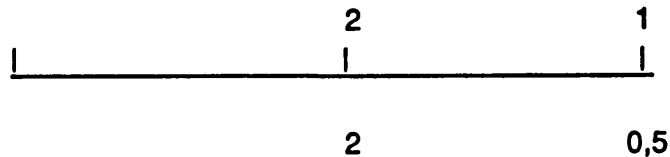
"Pon ahora la mano en alto e intenta reproducir los efectos que antes has notado con la ayuda de las asociaciones que has establecido. Concéntrate en ello y observa la respuesta. Cuando notes el más mínimo efecto, dímelo inmediatamente. Puedes empezar".

Si el sujeto no señala ningún efecto al cumplir los 30", el experimentador le pregunta: "Dime todo lo que notas". Si en ese momento el sujeto informa de dos efectos o más, se da por concluido el elemento.

En cambio, si el sujeto informa de un efecto o ninguno, el experimentador le dice: "Sigue intentándolo. Reproduce tantas sensaciones como puedas de lo que

antes has experimentado".

Si al cabo de otros 30", el sujeto no informa de efecto alguno, el experimentador le pide de nuevo: "Dime todo lo que notas". Y después que el sujeto responda, le replica: "Bien, hemos terminado".



SISTEMA DE PUNTUACION:

Para clarificar con más detalle el sistema de puntuación, expondremos las distintas posibilidades de respuesta y cómo se puntúan. Así:

- Si el sujeto señala dos o más sensaciones distintas (por ejemplo: rigidez y frío) durante o antes de 30" se rodea el 2 de la parte superior de la línea y se concluye el ejercicio. Puntuación=2.
- Si el sujeto señala una sólo sensación antes o al finalizar los 30" y dos o más durante o al finalizar los 60", se rodea el 2 de la parte de abajo de la línea y el 1 de la parte de arriba. Puntuación: media aritmética=1,5.
- Si el sujeto señala una sólo sensación antes o al finalizar los 30" y no señala ninguna más durante o al finalizar los 60", se rodea el 2 de abajo y el 0,5 de abajo también de la línea. Puntuación: media aritmética=1,25.
- Si el sujeto no señala nada al finalizar los 30" y señala dos sensaciones o más durante o al final de los 60", se rodea el 1. Puntuación=1.
- Si el sujeto no señala nada durante o al final de los 30" y señala una sólo sensación durante o al final de los 60", se rodea el 0,5. Puntuación=0,5.
- Si el sujeto no señala nada durante o al final de los 30" y de los 60" se puntúa con 0.

Este sistema de puntuación es el mismo para los 4 elementos de recuerdo sensorial de esta escala. Para facilitar la puntuación de la prueba, puede utilizarse la Hoja de Registro de la Escala de Autorregulación que se presenta al final de la descripción de los elementos de la escala.

2) MANO-PESO

"Pon ahora el brazo horizontal con la palma de la mano hacia arriba. Dentro de unos instantes te indicaré los efectos que puedes notar". En este momento se coloca el libro sobre la palma de la mano del sujeto y se le van describiendo las sensaciones que notará:

"Nota cómo pesa el libro en tu mano, cómo empiezas a percibir sensaciones de tensión en el brazo y tu mano, aplastada por el peso del libro, se desplaza hacia abajo. Concéntrate en estas sensaciones, de forma que después, cuando yo te lo indique, puedas recordar este momento y reproducir las mismas sensaciones".

A continuación, el terapeuta retira el libro de la mano del sujeto, y le indica que se procederá a establecer una asociación. Para ello, se colocará de nuevo el libro en la misma posición anterior, mientras el sujeto asocia las sensaciones con las palabras y sugerencias del terapeuta, que va describiéndole las sensaciones de la misma forma que lo hiciera al principio. Después de unos 10 segundos, el terapeuta retira de nuevo el libro y dice al sujeto:

"Se ha establecido una asociación de las sensaciones que el libro te produce con mis palabras. Dentro de un instante, extenderás de nuevo el brazo con la palma de la mano hacia arriba y escucharás mis palabras que te describirán las sensaciones anteriores, de forma que estas se reproduzcan. Cuando notes la más mínima sensación, Dímelo".

Si el sujeto no señala ningún efecto al cumplir los 30", el experimentador le pregunta: "Dime todo lo que notas". Si en ese momento el sujeto informa de dos efectos o más, se puntúa el elemento con un dos y se concluye el ítem.

En cambio, si el sujeto informa de un efecto o ninguno, el experimentador le dice: "Sigue intentándolo. Reproduce tantas sensaciones como puedas de lo que antes has experimentado mientras sigues escuchándome".

Si al cabo de otros 30", el sujeto no informa de efecto alguno, el experimentador le pide de nuevo: "Dime todo lo que notas". Y después que el sujeto responde, le replica: "Bien, hemos terminado".

SISTEMA DE PUNTUACION:

	2	1

	2	0,5

3) INVOLUNTARIEDAD ELEMENTO 1

"En el primer caso, ¿Notabas que los efectos se producían automáticamente,

sin una intención clara y voluntaria por tu parte?".

SISTEMA DE PUNTUACION

2 puntos = LO NOTO INVOLUNTARIO.
1 punto = NO LO TIENE CLARO, ES CONFUSO.
0 puntos = LO NOTO VOLUNTARIO.

4) INVOLUNTARIEDAD ELEMENTO 2

"En el segundo caso, ¿Notabas que los efectos se producían automáticamente, sin una intención clara y voluntaria por tu parte?".

SISTEMA DE PUNTUACION:

2 puntos = LO NOTO INVOLUNTARIO.
1 punto = NO LO TIENE CLARO, ES CONFUSO.
0 puntos = LO NOTO VOLUNTARIO.

5) OLOR

Se le entrega al sujeto un pequeño recipiente conteniendo ceniza, y se le pide que lo huelga y que describa las sensaciones, al tiempo que debe memorizarlas. A continuación, asociará esas sensaciones con palabras, imágenes o cualquier otro recurso que elija, que le ayudará a reproducirlas después. Posteriormente, el experimentador retira el recipiente con ceniza y le propone al sujeto que intente reproducir las sensaciones. Así:

"Cuando yo te avise, comienza a revivir las sensaciones que notaste anteriormente, utilizando las estrategias que hayas elegido. Centra tu atención en las asociaciones que realizaste y comprueba tus reacciones. Avísame cuando comiences a notar la más pequeña sensación. Comienza ahora".

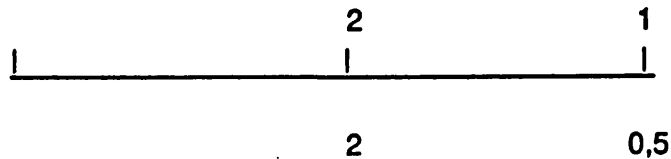
Si a los 30", el sujeto no comunica ningún efecto, se le pregunta: "¿Notas algo?" o "Dime lo que notes". Si en este tiempo, el sujeto ha comunicado dos o más efectos, el elemento puede darse por concluido.

En caso de que se informe de uno o ningún efecto, el experimentador le dice: "Sigue intentándolo, reproduce tantas sensaciones como puedas de las que antes experimentabas".

Si al cabo de otros 30", el sujeto no informa de ningún efecto, el experimentador le pide de nuevo "Dime todo aquello que notes, por mínimo que sea". Y después

de la respuesta del sujeto, replicará: "Bien, hemos terminado".

SISTEMA DE PUNTUACION



6) GUSTO

"Aquí tienes este vaso con zumo de limón. Toma un poco con esta cucharilla, de forma que notes el limón primero en la punta de la lengua y después en el resto de la boca. Te indicaré los efectos a reproducir y recordar. Presta atención a mis sugerencias y en cuanto adviertas el más mínimo efecto, me lo dices enseguida. ¿Estás preparado?"

"Bien, ahora nota las gotas de limón en tu lengua y cómo te provocan las sensaciones de forma que después, cuando yo te lo indique, puedas recordar este momento y reproducir las mismas sensaciones".

"Notarás una sensación de picor donde saborees el zumo, y se te producirá una gran salivación, de forma automática. También percibirás un sabor entre ácido y agrio. ¿Cuál es la sensación que notas primero? ¿Notas todas las sensaciones que te he nombrado?. Descríbelas con tus palabras.

A continuación, el terapeuta retira el vaso con zumo de limón y sugiere las siguientes sensaciones al sujeto:

"Ahora recuerda cuando notabas las gotas de limón en la lengua y comprueba cómo automáticamente reproduces las sensaciones. Dime las sensaciones que notas en el momento que ello ocurra, por más leve que sea el efecto".

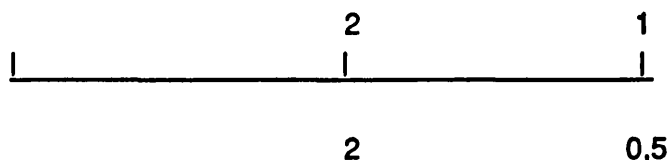
Si a los 30" el sujeto no confirma la reproducción de ninguna sensación, el experimentador pregunta: "¿Notas ya las sensaciones?" o "¿Notas alguna sensación?"

Si a los 30" de comenzar las sugerencias, el sujeto comienza a confirmar la reproducción de las sensaciones que el experimentador le induce, llegando a 2 ó más efectos, se puntúa con dos puntos el elemento y éste se concluye.

En cambio, si sólo comunica la reproducción de uno o ningún efecto, el experimentador le dice: "Sigue intentándolo (y repite la sugerencia), verás como notas las sensaciones de picor, salivación, etc. Cuando piensas en las gotas de limón que caen en tu lengua".

Si al fin de otros 30" el sujeto sigue sin comunicar ningún efecto, o sólo uno, el experimentador le pedirá de nuevo un informe sobre todo aquello que el sujeto note, y después le comunicará: "Bien, ya hemos terminado".

SISTEMA DE PUNTUACION



7) INVOLUNTARIEDAD ELEMENTO 5

"En el primer ejercicio, ¿Notabas que los efectos se producían automáticamente, sin una intención clara y voluntaria por tu parte?"

- 2 puntos = LO NOTO VOLUNTARIO.
- 1 punto = NO LO TIENE CLARO, ES CONFUSO.
- 0 puntos = LO NOTO VOLUNTARIO.

8) INVOLUNTARIEDAD ELEMENTO 6

"En el segundo caso, ¿Notabas que los efectos se producían como automáticos, no sujetos a tu propio control?"

- 2 puntos = LO NOTO INVOLUNTARIO.
- 1 punto = NO LO TIENE CLARO, ES CONFUSO.
- 0 PUNTOS = LO NOTO VOLUNTARIO.

9) ELEMENTO PARA LAS ESCALAS AUTO-C Y HETERO-C

"Habrás observado que en unos casos las sensaciones las producías tú con tus propias estrategias sin que yo interviniese, y en otros casos yo te sugería directamente los efectos. Dime cuál de estas dos maneras ha sido más eficaz para tí o te ha facilitado más la reproducción de los efectos".

AUTO-C		HETERO-C
0 puntos	MEJOR CON LAS PALABRAS DEL EXPERIMENTADOR	2 puntos
1 punto	MAS O MENOS IGUAL	1 punto
2 puntos	MEJOR CON MIS PROPIAS ESTRATEGIAS	0 puntos

10) DISPOSICION DEL SUJETO A LO LARGO DE LA PRUEBA.

Se puntúan los comentarios espontáneos del sujeto de la siguiente forma:

- 2 puntos:** No hace comentarios, o son de apoyo a la consecución del resultado.
En caso de ausencia de comentarios espontáneos, el experimentador le pregunta al iniciar cada condicionamiento: "¿Te han quedado las cosas claras?".
Si el sujeto responde "SI" las cuatro veces, se le dan dos puntos.
- 1 punto:** El sujeto hace alguna pregunta aclaratoria o responde "Creo que sí", "Más o menos", o similares en alguna de las preguntas del experimentador.
- 0 puntos:** El sujeto hace comentarios negativos o muestra dificultades considerables en entender las instrucciones. Los comentarios son del tipo: "No entiendo lo que quieres", "¿Y esto sirve para algo?". También cuando responde igual que en el punto anterior en dos o más preguntas del experimentador.

HOJA DE REGISTRO: ESCALA AUTO-R 1

ELEMENTO 1 (AGUA)	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	1=
	2	-	1	1	1	0	0	2	0	1	0	0	
	2p		1.5p		1.25p		1p		0.5p		0p		

ELEMENTO 2 (LIBRO)	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	2=
	2	-	1	1	1	0	0	2	0	1	0	0	
	2p		1.5p		1.25p		1p		0.5p		0p		

ELEMENTO 3 (IN. AGUA)	INVOLUNTARIO = 2			CONFUSO = 1			VOLUNTARIO = 0			3=
--------------------------	------------------	--	--	-------------	--	--	----------------	--	--	----

ELEMENTO 4 (IN. LIB.)	INVOLUNTARIO = 2			CONFUSO = 1			VOLUNTARIO = 0			4=
--------------------------	------------------	--	--	-------------	--	--	----------------	--	--	----

ELEMENTO 5 (CENIZA)	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	5=
	2	-	1	1	1	0	0	2	0	1	0	0	
	2p		1.5p		1.25p		1p		0.5p		0p		

ELEMENTO 6 (LIMON)	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	6=
	2	-	1	1	1	0	0	2	0	1	0	0	
	2p		1.5p		1.25p		1p		0.5p		0p		

ELEMENTO 7 (IN. CEN.)	INVOLUNTARIO = 2			CONFUSO = 1			VOLUNTARIO = 0			7=
--------------------------	------------------	--	--	-------------	--	--	----------------	--	--	----

ELEMENTO 8 (IN. LIM.)	INVOLUNTARIO = 2			CONFUSO = 1			VOLUNTARIO = 0			8=
--------------------------	------------------	--	--	-------------	--	--	----------------	--	--	----

ELEMENTO 9
(CONTROL)

	AUTO	HETERO			
MEJOR CON EXPERIMENTADOR	NO = 0	SI = 2	<table border="1"> <tr> <td>AUTO =</td> </tr> <tr> <td>HETERO =</td> </tr> </table>	AUTO =	HETERO =
AUTO =					
HETERO =					
MAS O MENOS IGUAL	SI = 1	SI = 1			
MEJOR ESTRATEGIAS PROPIAS	SI = 2	NO = 0			

ELEMENTO 10
(DISPOSIC.)

1	2	5	6	
SI	SI	SI	SI	2
D U D A S				1
DESCONFIANZA				0

10 =

TOTAL AUTO-C

1 + 3 + 5 + 7	=	

TOTAL HETERO-C

2 + 4 + 6 + 8	=	

TOTAL ESCALA

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
10	

PREFERENCIA

9	AUTO =	HETERO =
---	--------	----------

ANEXO N° 3
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN



Universitat de València

Facultat de Psicologia

DEPARTAMENT DE PERSONALITAT, AVALUACIÓ
I TRACTAMENTS PSICOLÒGICS

Teléfono 386 44 76

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

PACIENTE:

D/Dña

Acudió a CAPSIS (Centro de Asistencia Psicológica para la Salud),
C/ Angel Guimerá, nº 47-12, -Valencia-, previa petición de cita, para
recibir Terapia de Auto-Regulación de FORMA GRATUITA, participando vo-
luntariamente en la investigación "Programa de Prevención de Enferme-
dades Cardiovasculares", dirigida por el Dr. Antonio Capafons Bonet-
(Universitat de València) y subvencionada por los siguientes organis-
mos:

INSTITUT VALENCIA D' ESTUDIS I INVESTIGACIO (IVEI)

INSTITUT VALENCIA D' ESTUDIS EN SALUT PUBLICA (IVESP)

FONDO DE INVESTIGACION SANITARIA (FIS)

Fecha:

Fdo. el Psicólogo

Fdo. y conforme el Paciente





Universitat de València

Facultat de Psicologia

DEPARTAMENT DE PERSONALITAT, AVALUACIÓ
I TRACTAMENTS PSICOLÒGICS

INFORME PSICOLOGICO

Fecha de entrega..... Fecha de recepción.....

Terapeuta.....

Remitido por el Dr.:.....Centro:.....

DATOS PERSONALES

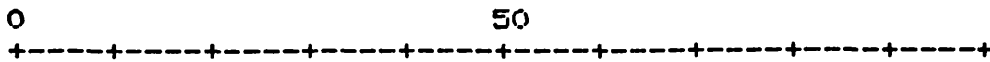
Apellidos.....Nombre.....

Edad.....

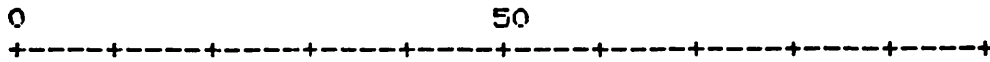
Dirección actual.....No.....

Población.....C.P.....Telf.....

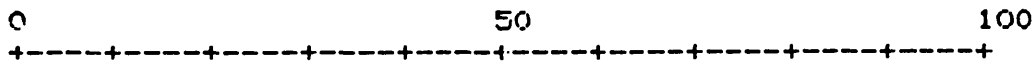
3. Creo que el tratamiento va a ser largo



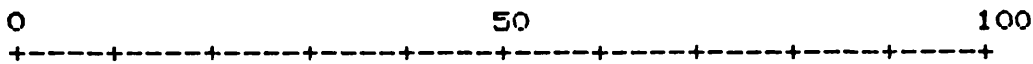
4. Estoy contento/a por haber comenzado el tratamiento para dejar de fumar.



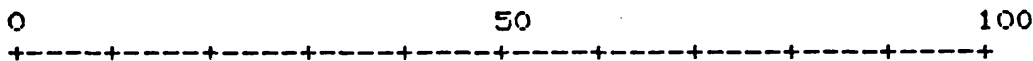
5. Espero mejorar rápidamente, ya en la primera semana del tratamiento



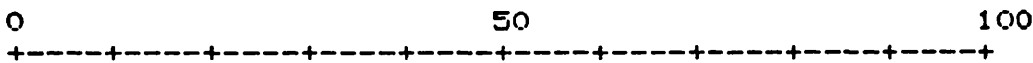
6. Creo que el resto de las sesiones serán agradables



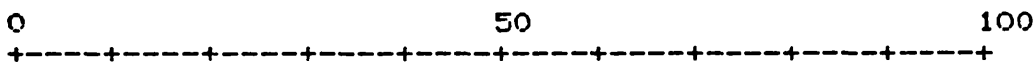
7. Entiendo con claridad las explicaciones sobre el tratamiento



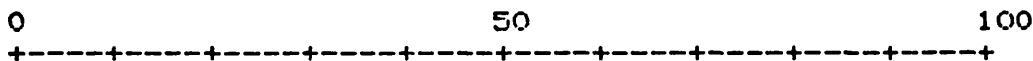
8. Me convence el tratamiento



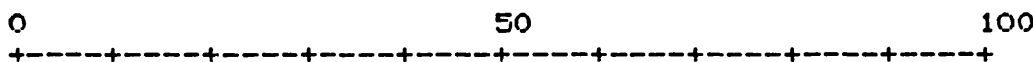
9. Tengo dudas de que todo vaya tal y como me han asegurado



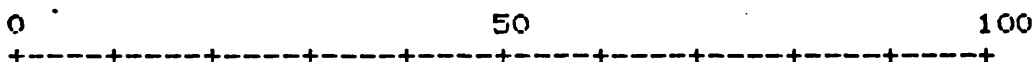
10. Durante la primera semana del tratamiento no voy a notar mejoría, pero estoy seguro que en cuanto comience la segunda voy a curarme rápidamente.



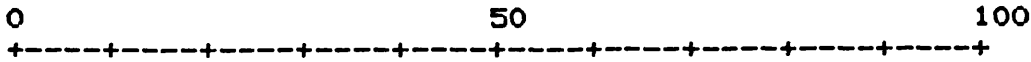
11. Me encuentro motivado para realizar el tratamiento



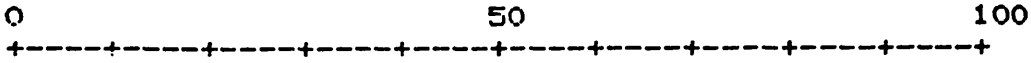
12. El tratamiento va a durar más sesiones de las que me han asegurado



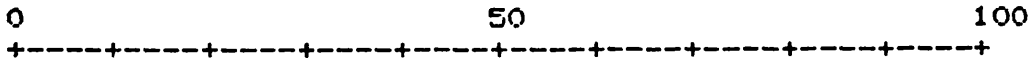
3. La segunda parte del tratamiento es necesaria para solucionar total y definitivamente el problema



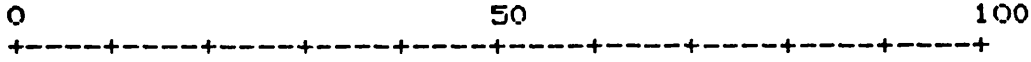
4. Conque consiguiera dejar de fumar un poco, me daría por satisfecho



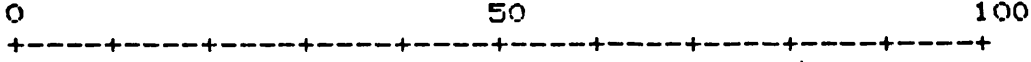
5. Creo realmente que el tratamiento que voy a recibir tiene un alto porcentaje de éxito



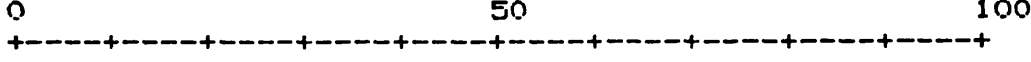
6. Creo que durante la primera semana lo voy a pasar mal



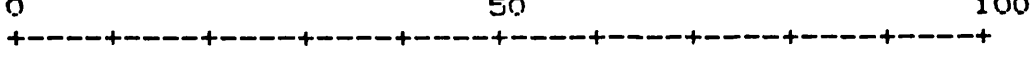
7. Confío en la competencia del equipo de profesionales que me trata



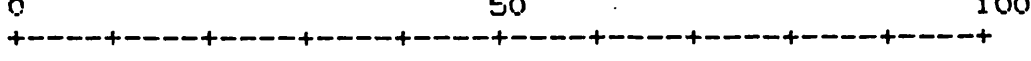
8. Creo que mi hábito es inmodificable. Ni siquiera podré fumar menos



9. La tarea que tengo que realizar es sencilla



20. Creo que no va a hacer falta una segunda parte, porque voy a dejar de fumar durante la primera semana





Universitat de València

Facultat de Psicologia

DEPARTAMENT DE PERSONALITAT, AVALUACIÓ I TRACTAMENTS PSICOLÒGICS

HISTORIA CLINICA PARA FUMADORES

Fecha.....Nº.....Terapeuta.....
Remitido por.....

DATOS PERSONALES

Apellidos.....Nombre.....Sexo.....
Fecha nacimiento.....Edad.....Lugar nacimiento.....
Dirección actual.....Nº.....
Población.....CP.....Telf.....
Estudios.....Profesión.....
¿Piensa que es un buen momento para dejar de fumar? SI-NO
¿Porqué razones?: Físicas.....
Psicológicas.....
Laborales.....
Otras.....

PROCESO

1. Intentos previos para dejar de fumar

EDAD/AÑO METODO TIEMPO MOTIVOS DEJARLO MOTIVOS RECAIDAS VALOR +,-

Table with 6 columns: EDAD/AÑO, METODO, TIEMPO, MOTIVOS DEJARLO, MOTIVOS RECAIDAS, VALOR +,-. Contains several empty rows for data entry.

2. Nombre de la marca de tabaco.....
Cambios de marca: SI-NO ¿Cuánto tiempo hace?.....De.....a.....
Motivos: Salud.....Gusto.....Otras.....

MOTIVACION ACTUAL PARA DEJAR DE FUMAR

3. Listado de motivos

- 1. Salud-Prevención (cualidad de vida, deporte).....
2. Salud-Disminución de síntomas.....
3. Salud-Crónicos.....
4. Consciencia dependencia.....
5. Prescripción médica (seguimiento).....
6. Presiones (F/S/L).....
7. Estética (olor, dientes, piel).....
8. Rol modélico (padres, profesión).....
9. Fumadores pasivos.....
10. Otros.....
Citar por orden de importancia __/ __/ __/ __/ __/ __/

4. Beneficios esperados (especificarlos)

- . Físicos.....
- . Sociales.....
- . Psicológicos.....
- . Otros.....

BLOQUE DEPENDENCIA

INICIO

5. Primer consumo experimental de tabaco. Edad.....AÑO.....

6. Edad de consumo regular.....

7. Motivos inico consumo:

- ¿Recuerda cómo empezó a fumar?.....
- .Entorno familiar/social: (padres, amigos, trabajo).....
- . Cuestiones de personalidad (inseguridad, "para crecer").....
- . Otros.....

CONSUMO ACTUAL

8. Consumo diario cigarrillos
 Consumo máximo cigarrillos Consumo mínimo cigarrillos
 Situaciones Estrés..... Situaciones y motivos.....
 Sociales.....
 Relax.....
 Otras.....

9. Situaciones actuales de consumo

NUNCA A VECES SIEMPRE

- . Después de comer..... --- --- ---
- . Cuando hablo con alguien --- --- ---
 (público/privado/teléfono)...
- . Cuando estoy relajado..... --- --- ---
- . Cuando me siento solo..... --- --- ---
- . Para recompensarme cuando he --- --- ---
 hecho una cosa bien.....
- . Cuando no me salen bien las --- --- ---
 cosas.....
- . Viendo la tele, leyendo..... --- --- ---
- . Cuando tengo hambre fuera de --- --- ---
 horas.....
- . Para concentrarme..... --- --- ---
- . Cuando tomo café..... --- --- ---
- . Cuando tomo alcohol..... --- --- ---
- . Cuando salgo por la noche.... --- --- ---
- . Cuando conduzco..... --- --- ---
- . Otras..... --- --- ---

10. ¿Procura tener siempre tabaco? --- --- ---

	0	1	2
1. Tiempo 1ª cigarrillo/día....	+30'	-30'	
2. Dificultad por aceptar lugares con prohibición.....	NO	SI	
3. Cig. más imprescindible del día.....	OTROS	1ª CIG.	
4. Nº cigarrillos/día.....	0-15	16-25	+26
5. Fuma más por la mañana.....	NO	SI	
6. ¿Fuma cuando no se encuentra bien?.....	NO	SI	
7. Marca más utilizada.....	0'9 mg	1-1'2 mg	+1'3mg
8. Se traga el humo.....	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
PUNTUACION.....	0-6	7-11	

CONSUMO DEL ENTORNO

12. Familiar	F.	NO F.	EX-F.	OBSERVACIONES	CONVIVE
Padre....					
Madre....					
Hermanos.					
.....					
.....					
.....					
Pareja...					
Hijos....					
.....					
.....					
.....					
.....					

13. ¿No fuma o reduce el consumo delante de los niños? NO - SI

14. Social		F.	NO F.		
Amigos	%	100	75	50	25
Trabajo	%	100	75	50	25

RESTRICCIONES

15. Tiene dificultades para fumar/restricciones? NO ___/ SI ___/
 . Casa ___/
 . Trabajo ___/
 C. Oficiales, Hospitales, Escuela ___/

16. Aliados/Soporte. ¿Tiene a alguien?
 Amigos.....
 Familia.....
 Trabajo.....

HABILIDADES/RECURSOS

17. Recursos y actividades de ocio	ACTUALES	AL DEJAR DE FUMAR
SOCIALES		
DEPORTES		
ARTISTICAS		
INTELECTUALES		
OTRAS		

VALORACION/PRONOSTICO TERAPEUTICO

PRONOSTICO	ITEM Nº	OBSERVACIONES
DEP. FISICA	(11)	
ENTORNO	(13-16)	
INTENTOS PREVIOS	(1-2)	
MOTIVACION	(3-4)	
HABILIDADES/RECURSOS	(17-18)	
DIFICULTADES	(20)	
PATOLOGIA	(24)	

EPQ - A

	PD	PC	GN
N			
E			
P			
S			

Apellidos y nombre Edad Sexo

Centro Curso N.º

Observaciones Fecha

Instrucciones

Las preguntas siguientes se refieren a diferentes modos de pensar y sentir. Después de cada una están las palabras Sí y No.

Lea cada pregunta y conteste poniendo una cruz o aspa sobre la palabra Sí o la palabra No, según sea su modo de pensar o sentir. No hay respuestas buenas o malas; todas sirven. Tampoco hay preguntas de truco.

Mire cómo se han contestado los siguientes ejemplos:

	Respuesta
A) ¿Le gustaría ir de vacaciones al Polo Norte?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
B) ¿Se para a pensar las cosas antes de hacerlas?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Quien ha señalado las respuestas ha contestado que No le gustaría ir de vacaciones al Polo Norte y que Sí, es verdad, se para a pensar las cosas antes de hacerlas.

No piense demasiado las cuestiones, ni emplee mucho tiempo en decidirse. Las frases son muy cortas para darle todos los detalles que Vd. quisiera. Procure no dejar cuestiones sin contestar; tal vez algunas le parezcan muy personales; no se preocupe y recuerde que este Ejemplar se guarda como documento confidencial y no puede ser valorado sin una plantilla especial; por otra parte, al obtener los resultados no se consideran las respuestas una a una, sino globalmente.

ESPERE, NO PASE A LA PAGINA SIGUIENTE HASTA QUE SE LE INDIQUE



Autores: H. J. Eysenck y S. B. G. Eysenck. Versión española: V. Escolar, A. Lobo y A. Seva-Díaz (Zaragoza).
 Copyright © 1982 by TEA Ediciones, S. A. - Traducido y adaptado con permiso de Hodder & Stoughton, Kent, England. Copyright © 1975 by H. J. Eysenck & S. B. G. Eysenck - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial - Edita: TEA Ediciones, S. A. - Fray Bernardino de Sahagún, 24, Madrid-16 - Imprime: Aguirre Campano; Daganzo, 15 dpdo., Madrid-2 - Depósito legal: M. - 28.628 - 1982.

	<u>Respuesta</u>
1. ¿Tiene Vd. muchos «hobbys», muchas aficiones?	Sí No
2. ¿Le preocuparía tener deudas?	Sí No
3. ¿Tiene a menudo altibajos su estado de ánimo?	Sí No
4. ¿Ha sido alguna vez acaparador, cogiendo más de lo que le correspondía?	Sí No
5. ¿Es Vd. una persona conversadora?	Sí No
6. ¿Lo pasaría muy mal si viese sufrir a un niño o a un animal?	Sí No
7. ¿Se siente alguna vez desgraciado sin ninguna razón?	Sí No
8. ¿Es Vd. de los que cierra las puertas de su casa cuidadosamente todas las noches? ...	Sí No
9. ¿Tomaría Vd. drogas o medicamentos que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos?	Sí No
10. ¿Se preocupa Vd. a menudo por cosas que no debería haber hecho o dicho?	Sí No
11. ¿Ha quitado Vd. algo que no le pertenecía, aunque no fuese más que un alfiler o un botón?	Sí No
12. ¿Es Vd. una persona animada, alegre?	Sí No
13. ¿Le gusta conocer a gente nueva, hacer amistades?	Sí No
14. ¿Es Vd. una persona irritable?	Sí No
15. Cuando promete hacer algo, ¿cumple su promesa a pesar de los muchos inconvenientes que se puedan presentar?	Sí No
16. Normalmente, ¿puede relajarse y disfrutar en una reunión social animada?	Sí No
17. ¿Se hieren sus sentimientos con facilidad?	Sí No
18. ¿Ha roto o perdido Vd. algo que pertenecía a otra persona?	Sí No
19. ¿Tiende Vd. a mantenerse en segundo plano en las reuniones sociales?	Sí No
20. ¿Disfruta Vd. hiriendo o mortificando a personas que ama o quiere?	Sí No
21. ¿Se siente a menudo hartos, «hasta la coronilla»?	Sí No
22. ¿Habla a veces de cosas de las Vd. no sabe nada?	Sí No
23. ¿Le gusta mucho salir?	Sí No
24. ¿Está Vd. siempre dispuesto a admitir un error cuando lo ha cometido?	Sí No
25. ¿Le asaltan a menudo sentimientos de culpa?	Sí No
26. ¿Piensa Vd. que el matrimonio está pasado de moda y debería suprimirse?	Sí No
27. ¿Tiene Vd. enemigos que quieren hacerle daño?	Sí No
28. ¿Se considera Vd. una persona nerviosa?	Sí No
29. ¿Cree que los sistemas de seguros son una buena idea?	Sí No
30. ¿Prefiere Vd. leer a conocer gente?	Sí No
31. ¿Disfruta gastando bromas que a veces pueden herir o molestar a otras personas? ...	Sí No
32. ¿Se considera Vd. una persona despreocupada, feliz?	Sí No
33. ¿Ha dicho Vd. alguna vez algo malo o malintencionado acerca de alguien?	Sí No

NO SE DETENGA, PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

N	E	P	S

34. ¿Tiene Vd. muchos amigos?	Sí	No
35. ¿Se interesa por el porvenir de su familia?	Sí	No
36. ¿Es Vd. una persona preocupadiza?	Sí	No
37. Cuando era niño, ¿fue alguna vez descarado con sus padres?	Sí	No
38. ¿Toma Vd. generalmente la iniciativa para hacer nuevos amigos?	Sí	No
39. ¿Sufre Vd. de Insomnio?	Sí	No
40. ¿Se preocupa Vd. acerca de cosas terribles que puedan suceder?	Sí	No
41. ¿Son buenas y convenientes todas sus costumbres?	Sí	No
42. ¿Es Vd. de los que a veces fanfarronean un poco?	Sí	No
43. ¿Le gusta alternar con sus amistades?	Sí	No
44. ¿Se considera Vd. tenso, irritable, «de poco aguante»?	Sí	No
45. ¿Ha hecho alguna vez trampas en el juego?	Sí	No
46. Si se encuentra un niño perdido entre una muchedumbre de gente, ¿se compadecería de él?	Sí	No
47. ¿Se preocupa Vd. acerca de su salud?	Sí	No
48. ¿Se ha aprovechado Vd. alguna vez de otra persona?	Sí	No
49. ¿Permanece Vd. generalmente callado cuando está con otras personas?	Sí	No
50. ¿Le molesta la gente que conduce con cuidado?	Sí	No
51. ¿Duda mucho antes de tomar cualquier decisión, por pequeña que sea?	Sí	No
52. Cuando era niño, ¿hacía lo que le mandaban inmediatamente y sin protestar?	Sí	No
53. ¿Le resulta fácil animar una reunión social que está resultando aburrida?	Sí	No
54. ¿Para Vd. tienen la mayoría de las cosas el mismo sabor?	Sí	No
55. ¿Se ha sentido a menudo desanimado, cansado, sin ninguna razón?	Sí	No
56. ¿Piensa que la gente pasa demasiado tiempo preocupándose por su futuro con ahorros y seguros?	Sí	No
57. ¿Le gusta contar chistes y anécdotas a sus amigos?	Sí	No
58. ¿Le gusta llegar a tiempo a sus citas?	Sí	No
59. ¿Siente Vd. a menudo que la vida es muy aburrida?	Sí	No
60. ¿Dejaría Vd. de pagar sus impuestos si estuviera seguro de que nunca lo descubrirían?	Sí	No
61. ¿Le gusta mezclarse con la gente?	Sí	No
62. ¿Hay personas que evitan encontrarse con Vd?	Sí	No
63. ¿Le preocupa mucho su apariencia externa?	Sí	No
64. ¿Le importan mucho los buenos modales y la limpieza?	Sí	No
65. ¿Es o fue su madre una buena mujer?	Sí	No
66. ¿Ha deseado alguna vez morirse?	Sí	No

NO SE DETENGA, PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

N	E	P	S

		<u>Respuesta</u>
67.	¿Ha insistido alguna vez en salirse con la suya?	Sí No
68.	¿Tiene Vd. casi siempre una respuesta rápida, a mano, cuando la gente le habla?	Sí No
69.	¿Trata Vd. de no ser grosero, mal educado, con la gente?	Sí No
70.	¿Se queda preocupado demasiado tiempo después de una experiencia embarazosa, molesta?	Sí No
71.	¿Ha llegado Vd. alguna vez tarde a una cita o al trabajo?	Sí No
72.	¿Le gusta hacer cosas en las que tenga que actuar con rapidez?	Sí No
73.	Cuando Vd. tiene que coger el tren, ¿llega a menudo en el último momento?	Sí No
74.	¿Sufre Vd. de los «nervios»?	Sí No
75.	¿Se lava siempre las manos antes de las comidas?	Sí No
76.	¿Comienza a menudo actividades que le ocupan más tiempo del que realmente dispone?	Sí No
77.	¿Se rompe fácilmente su amistad con otras personas sin que Vd. tenga la culpa?	Sí No
78.	¿Se siente a menudo solo?	Sí No
79.	¿Deja Vd. a veces para mañana lo que puede hacer hoy?	Sí No
80.	¿Es Vd. capaz de animar, de poner en marcha una reunión social?	Sí No
81.	¿Le daría pena ver a un animal cogido en una trampa?	Sí No
82.	¿Se siente fácilmente herido cuando la gente le encuentra fallos a Vd. o a su trabajo?	Sí No
83.	¿Piensa que tener un seguro de enfermedad es una tontería?	Sí No
84.	¿Le gusta hacer rabiar algunas veces a los animales?	Sí No
85.	¿Se encuentra Vd. algunas veces rebosante de energía y otras veces lento y apagado?	Sí No
86.	¿Practica Vd. siempre lo que predica?	Sí No
87.	¿Le gusta que haya mucha animación, bullicio, a su alrededor?	Sí No
88.	¿Le gustaría que otras personas le tuvieran miedo?	Sí No
89.	¿Es Vd. susceptible o se le molesta fácilmente con ciertas cosas?	Sí No
90.	¿Respetaría siempre su lugar en una cola, a pesar de todo?	Sí No
91.	¿Piensan otras personas que Vd. es muy enérgico y animado?	Sí No
92.	¿Prefiere normalmente salir solo?	Sí No
93.	¿Le hace perder el apetito cualquier contrariedad, por pequeña que ésta sea?	Sí No
94.	¿Considera que podría portarse mejor con algunos de sus amigos?	Sí No

COMPRUEBE LA COLUMNA DE RESPUESTAS PARA VER SI HA DEJADO ALGUNA CUESTION SIN CONTESTAR

N E P S

--	--	--	--



C.T.

Universitat de València

Facultat de Psicologia

DEPARTAMENT DE PERSONALITAT, AVALUACIÓ I TRACTAMENTS PSICOLÒGICS

T. Carnwath y D. Miller, 1986. Departamento de Salud de Estados Unidos.

NOMBRE.....

FECHA.....

INSTRUCCIONES

Las siguientes frases hacen referencia a los motivos por los que en general las personas fuman. Al final de cada frase aparecen cinco números. Si a usted le ocurre "muchas veces" redondeará el 5; si "nunca" le ocurre, redondeará el 1; si le ocurre "a veces", redondeará el 3, etc.

No existen frases correctas o incorrectas, todas son igualmente válidas.

Conteste con referencia a la escala siguiente:

- 5. Muchas veces
- 4. Con frecuencia
- 3. A veces
- 2. Raramente
- 1. Nunca

- A. Fumo para darme ánimos. 1 2 3 4 5
- B. Sostener el cigarrillo forma parte del placer de fumarlo. 1 2 3 4 5
- C. Fumar cigarrillos es placentero y relajante. 1 2 3 4 5
- D. Enciendo un cigarrillo cuando estoy enfadado por algo. 1 2 3 4 5
- E. Cuando se me terminan los cigarrillos, lo paso mal hasta que puedo volver a tenerlos. 1 2 3 4 5
- F. Fumo cigarrillos de forma automática, sin ser consciente de ello. 1 2 3 4 5
- G. Fumo cigarrillos para estimularme, para sentirme mejor. 1 2 3 4 5
- H. Parte del placer de los cigarrillos, proviene del ritual de encenderlo. 1 2 3 4 5

I. Considero que los cigarrillos proporcionan placer.	1	2	3	4	5
J. Cuando me siento incómodo o preocupado por algo, enciendo un cigarrillo.	1	2	3	4	5
K. Fumo para sentirme más seguro.	1	2	3	4	5
L. Enciendo un cigarrillo sin darme cuenta de que tengo uno encendido en el cenicero.	1	2	3	4	5
M. Fumo cigarrillos para evadirme.	1	2	3	4	5
N. Cuando fumo un cigarrillo, el hecho de mirar el humo cuando lo exhalo es parte del placer.	1	2	3	4	5
O. Cuanto más me apetece fumar un cigarrillo, es en los momentos en que me siento cómodo y relajado.	1	2	3	4	5
P. Cuando me siento melancólico o quiero apartar de mí mente las preocupaciones, fumo.	1	2	3	4	5
Q. Siento enormes ganas de un cigarrillo cuando hace un rato que no fumo.	1	2	3	4	5
R. Me he encontrado con el cigarrillo en la boca y no me acuerdo de cómo llegó allí.	1	2	3	4	5

L. C. S.

(Wallston y cols., 1977)
 (Traducido por M. Cholí, 1990)

INSTRUCCIONES

Las siguientes frases son afirmaciones que realizamos acerca de nuestra salud. Diga cuán de acuerdo o desacuerdo está con cada una de ellas, rodeando con un círculo la alternativa que usted considere más adecuada. No se preocupe por su elección, puesto que no existen preguntas correctas ni incorrectas. Todas son igualmente válidas.

Conteste con referencia a la escala siguiente:

1. Absolutamente falsa.
2. Generalmente es falsa.
3. A veces falsa, a veces correcta.
4. Generalmente es correcta.
5. Absolutamente correcta.

- | | |
|--|-----------|
| 1. Si caigo enfermo, será mi propia conducta la que determine cuán pronto volveré a recuperarme. | 1 2 3 4 5 |
| 2. Independientemente de lo que haga, si he de caer enfermo, enfermaré inevitablemente. | 1 2 3 4 5 |
| 3. La mejor forma de evitar o prevenir una enfermedad es teniendo un contacto regular y frecuente con el médico. | 1 2 3 4 5 |
| 4. La mayor parte de lo que afecta a mi salud me ocurre por accidente. | 1 2 3 4 5 |
| 5. Siempre que no me encuentre bien debería consultar a mi médico. | 1 2 3 4 5 |
| 6. Tengo control de mi salud. | 1 2 3 4 5 |
| 7. Mi familia tiene mucho que ver (que hacer) tanto a la hora de caer enfermo como para seguir sano. | 1 2 3 4 5 |
| 8. Cuando caigo enfermo, yo tengo la culpa. | 1 2 3 4 5 |

-
9. Lo pronto que recupere la salud es cosa de suerte. 1 2 3 4 5
10. Los médicos controlan mi salud. 1 2 3 4 5
11. Si estoy con salud se debe a la buena suerte. 1 2 3 4 5
12. Lo que yo haga es el factor principal que afecta a mi salud. 1 2 3 4 5
13. Si me cuido puedo evitar la enfermedad. 1 2 3 4 5
14. Si me recupero de una enfermedad es porque otra gente (médicos, enfermeras, familia, amigos) me han cuidado bien. 1 2 3 4 5
15. Independientemente de lo que haga, es posible que caiga enfermo. 1 2 3 4 5
16. Conservaré mi salud si ese fuera mi propósito. 1 2 3 4 5
17. Si actuara adecuadamente conservaría mi salud. 1 2 3 4 5
18. En lo que se refiere a mi salud, únicamente puedo hacer lo que mi médico me dice que haga. 1 2 3 4 5



Universitat de València

Facultat de Psicologia

DEPARTAMENT DE PERSONALITAT, AVALUACIÓ
I TRACTAMENTS PSICOLÒGICS

Teléfono 386 44 70

CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO PARA FUMADORES

Dr. A. Capafons y cols (1991)

APELLIDOS.....

NOMBRE..... Nº..... Nº DE SESIONES.....

FECHA ULTIMA VISITA TRATAMIENTO.....

PERIODO DE EVALUACION (EN MESES): 6... 12... 18... 24...

1- ¿HA VUELTO A FUMAR DESDE LA ULTIMA VISITA?.....SI - NO

EN CASO DE QUE SI: .

A- ¿DESDE CUANDO? (ESPECIFICAR)

B- ¿CUANTAS VECES? :

ESPORADICAMENTE.... TODAS LAS SEMANAS... TODOS LOS DIAS....

C- ¿CUANTOS CIGARRILLOS?:

DE 1 A 5 POR SEMANA..... DE 6 A 10 POR SEMANA....
DE 11 A 20 POR SEMANA.... DE 21 A 30 POR SEMANA....
MAS DE 30 (ESPECIFICAR).....

D- ¿A QUE CREE QUE SE DEBE?.....
.....
.....

E- ¿FUMA ALGUN OTRO TIPO DE TABACO? (ESPECIFICAR: EJ. FIPA,
PURO, ETC.)

2- ¿FUMA ACTUALMENTE?SI - NO

3- ¿TIENE GANAS DE FUMAR?:

SIEMPRE.... MUCHAS VECES.... A VECES.... NUNCA...

EN CASO DE QUE FUME ACTUALMENTE

A- ¿CUANDO?.....
.....
.....

B- ¿FUMA LA MISMA MARCA DE ANTES?..... SI - NO

¿CUAL?

EN CASO DE QUE NO FUME O FUME MUCHO MENOS

4- ¿HA AUMENTADO DE PESO?.....SI - NO

EN CASO DE QUE HAYA AUMENTADO DE PESO:

A- ¿CUANTOS KILOS?

B- ¿SE DEBE A QUE HA COMIDO MAS?NO - SI

C- ¿CREE QUE HA INFLUIDO EL FUMAR MENOS?.....NO - SI

5- ¿SE NOTA TENSO, NERVIOSO O ALTERADO?:

- MENOS.... IGUAL.... MAS.... QUE ANTES DE REDUCIR EL TABACO

EN CASO DE MAS O MENOS:

- ¿CREE QUE SE DEBE A QUE AHORA FUMA POCO O NADA?....SI - NO

6- ¿HAN MEJORADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES AREAS DE SU VIDA DEBIDO A LA REDUCCION DEL CONSUMO DE TABACO?

MUCHO BASTANTE UN POCO NADA HAN EMPEORADO

- SALUD
- SUEÑO
- CONCENTRACION
- RELACIONES CON LA FAMILIA
- RELACIONES EN EL TRABAJO
- RELACION CONSIGO MISMO
- OTRAS (ESPECIFICAR)
.....
.....

7- ¿CREE QUE NECESITARIA UNA SESION DE APOYO PARA MANTENERSE SIN FUMAR O FUMANDO POCO?.....NO - SI

8- ¿CUAL ES SU IMPRESION ACERCA DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO QUE HA RECIBIDO?:

MUY BUENA.... BUENA.... NO ES SUFICIENTE.... MALA...

9- EN CASO DE QUE FUME:

¿DESEARIA RECIBIR DE NUEVO TRATAMIENTO?.....SI - NO

¿POR QUE?.....
.....
.....

AL ENTREVISTADOR: INDIQUE SI SE HA RESPONDIDO POR TELEFONO, CARTA O EN DIRECTO:.....

.....
.....