

## **Terapia de Auto-Regulación y tratamiento del hábito de fumar: resultados obtenidos al finalizar el tratamiento y primeros datos sobre el seguimiento.**

CAPAFONS, A.

(Profesor Titular de la Universitat de València)

AMIGO, S.

(Director de la Clínica para la Investigación y Tratamiento del Estrés Psicológico, Valencia)

BAYOT, A.

(Universitat de València)

### **RESUMEN**

*Este trabajo expone los resultados obtenidos en una muestra de fumadores (N= 66) al finalizar el tratamiento, a los cuales se les aplicó la Terapia de Auto-Regulación, que está basada en el uso terapéutico de la sugestión, cuyo objetivo consiste en ayudar a las personas a reproducir emociones, afectos, pensamientos, reacciones motoras, y fisiológicas en ausencia de estímulos físicos.*

*De la muestra, el 42.42% abandonaron antes de finalizar el tratamiento. De los sujetos que completaron el tratamiento, el 81,58% abandonó totalmente su consumo, el 13.15% lo redujo parcialmente y el 5.27% no varió. Estos datos contrastan con los del grupo control (N= 28), donde sólo una persona (3.57%) dejó de fumar (tras 6 meses), dos lo redujeron parcialmente (7.14%), 19 no variaron su consumo (67.86%) y 6 (21.43%) lo aumentaron.*

*Asimismo, se aportan datos sobre el seguimiento (a los 6 meses). Los primeros resultados muestran un 75% de mantenimiento en el grupo de reducción total (N= 9) y un 100% de recaída en el grupo de reducción parcial (N= 5). Aunque se trata de una muestra reducida, los primeros datos obtenidos indican la eficacia de la Terapia de Auto-Regulación, tanto al finalizar el tratamiento como en el seguimiento.*

**PALABRAS CLAVE:** *Terapia de Auto-Regulación, Tabaquismo, Resultados.*

## SUMMARY

*This research exposes the results obtained in a sample of smokers (N= 66) after ending a Self-Regulation Therapy. This therapy is based on the use of suggestions wich aim to help the patients to reproduce emotions, thoughts, motor and physiological reactions without any physical stimuli.*

*In this sample, 42.42% dropped out before the end of the treatment. Among the patients who completed their treatment 81.58% achieved complete abstinence, 13.15% showed a partial reduction and 5.27% had no changes. These data differ with those of the control group (N= 28) in which only one person (3.57%) gave up smoking (after 6 months), two of them showed a partial reduction (7.14%), while no changes were observed in 19 patients (67.86%) and 6 of them increased their consumption (21.43%).*

*Moreover 6-month follow up data are also available. Seventy five percent of abstinence in the group of total reduction (N= 9) and 100% of relapse in the group of partial reduction (N= 5). Although it is a small sample, the first data obtained show the efficacy of Self-Regulation Therapy, both the end of the treatment and the follow up.*

**KEY WORDS:** *Self-Regulation Therapy, Smoking, Results.*

## RESUME

*Ce travail expose les résultats obtenus en étudiant un échantillon de fumeurs (N= 66) à la fin du traitement fait avec une Thérapie d'Auto-Regulation. Elle est basée sur la suggestion dont es l'objectif d'aider le sujet à reproduire des émotions, des sentiments, des pensées, des réactions motrices et physiologiques, en absence de stimulation physique.*

*Dans l'échantillon étudié, 42% des malades ont abandonné le traitement avant de le terminer. Dans ce cas, les malades qui ont complété le traitement, 81.58% ont abandonné totalement la consommation de tabac, 13.15% l'ont réduite, et 5.27% ne l'ont pas modifiée. Les résultats sont bien différents de ceux qui ont été obtenu dans le groupe de contrôle (N= 28) où seule une personne (3,57%) a abandonné le tabac après 6 mois, 2 ont réduit en partie la consommation (7'14%, 19 n'ont pas modifié leur consommation (67'86%) et 6 l'ont augmentée. En Même temps, nous apportons de sdonnées obtenues après 6 mois de traitement. Enfin, le 75% de ceux qui ont réduit la consommation ont maintenu cette réduction (N= 9) 100% du groupe avec réduction partielle ont repris la consommation. Ainsi, ces résultats correspondent à un échantillon réduit, une information sur l'efficacité de la Thérapie d'Auto-Regulation au moment où se termine le traitement et par la suite.*

**MOTS CLÉS:** *Thérapie d'Auto-Regulation, addiction au tabac, résultats.*

## INTRODUCCION

La Terapia de Auto-Regulación (Amigó, 1992; Capafons y Amigó, en prensa) supone un conjunto de técnicas de variada índole, basadas en el uso terapéutico de la sugestión, que pretenden ayudar a la persona a reproducir emociones, afectos, pensamientos, reacciones motoras e incluso fisiológicas en ausencia de estímulos evocadores físicos. La flexibilidad del procedimiento (se realiza "hablando" con la persona, permaneciendo ésta activa y "despierta" en todo momento), junto a su versatilidad, permite que pueda ser aplicada a una amplia y variada gama de problemas y de personas. Una de las líneas de investigación desarrollada por nuestro equipo es, precisamente, la reducción del hábito de fumar. Este es un problema importante, no sólo por las implicaciones que el fumar tiene para la salud (cardiovasculares, oncológicas, gastrointestinales, etc...) sino por la dificultad de erradicación que presenta como conducta adictiva.

Existen diferentes procedimientos psicológicos y médicos para fomentar el abandono del consumo de tabaco (fumar rápido -Erickson et al., 1983, retener el humo- Becoña y Frojan, 1988-, tratamientos multicomponentes -Hamilton y Bornstein, 1979-, chicle de nicotina -Fagerström, 1988-acupuntura, etc...), con tasas de éxito inmediato variables, pero considerables (las mejores en torno al 80-100%), si bien las tasas de recaída (entorno al 40-50%, al menos) son superiores a lo deseable (Brown y Fromm, 1987). No obstante, siendo éste un problema importante, las dificultades de los procedimientos psicológicos radican, generalmente, en el desagrado que provocan en el cliente (fumar rápido, retener el humo, etc...) y/o en el síndrome de abstinencia que, si no siempre, habitualmente suelen provocar: nerviosismo, depresión, irritabilidad, aumento en la ingesta de alimentos, etc... Hasta tal punto esto es así, que se han generado fármacos (chicles de nicotina) para intentar aliviar o reducir esta iatrogenia, también en este caso con éxito desigual (Fagerström, 1988). Precisamente por ello, la Terapia de

Auto-Regulación va a intentar no sólo alcanzar cifras de éxito similares a los otros procedimientos, sino reducir o eliminar el síndrome de abstinencia y la aversión de los tratamientos para dejar de fumar.

La Terapia de Auto-Regulación Emocional una de las variantes del conjunto de los procedimientos inmersos en la Terapia de Auto-Regulación, es el procedimiento que más estamos investigando, para conocer sus efectos no sólo en la reducción del consumo de cigarrillos, sino para establecer sus propiedades como procedimiento no aversivo y sin la iatrogenia psicológica del tipo que hemos indicado.

En este trabajo vamos a exponer los resultados alcanzados al terminar el procedimiento de intervención y los primeros resultados obtenidos sobre el seguimiento.

## MATERIAL Y METODOS

### Descripción de la muestra.

En la tabla n.º I pueden observarse los datos descriptivos de los 66 sujetos que acudieron a consulta, clasificados en función de si abandonaron el procedimiento, redujeron a "0" su consumo final de cigarrillos o lo hicieron sólo parcialmente. Asimismo, pueden observarse los datos del grupo control (N=28).

Todos los pacientes recibieron el tratamiento en base a Terapia de Auto-Regulación Emocional que dura cuatro semanas y consta de 6 sesiones de 1 hora de duración (excepto la primera que dura dos horas): una de evaluación más cinco de tratamiento. Las primeras cuatro sesiones se distribuyen a dos por semana mientras que las dos últimas sesiones son semanales, es decir, una por semana. Así pues, el tratamiento dura cuatro semanas.

El paciente, tras ser evaluado psicológicamente en diversos aspectos (incluida su "capacidad" para el recuerdo sensorial), debe observar diariamente su tasa de cigarrillos/día consumidos y de cigarrillos/día deseados pero no fumados. También aprende a repro-

TABLA I: DATOS DESCRIPTIVOS DE LOS GRUPOS DE REDUCCION TOTAL, REDUCCION PARCIAL, ABANDONO Y CONTROL

GRUPO	EDAD		SEXO		ESTUDIOS						PROFESION			
	$\bar{X}$	D. T.	V	H	N. E.	EGB	BUP	MED.	SUP.	PARO	EST.	LIB.	MAN.	OTROS
REDUCCION TOTAL (N= 31)	35.6	12.4	15	16	0	6	5	5	15	3	1	13	6	8
REDUCCION PARCIAL MAS NO VARIACION (N= 7)	43	11.75	2	5	1	0	2	3	1	1	0	3	0	3
ABANDONO (N= 28)	38.7	9.73	13	15	0	7	6	7	8	2	0	7	1	18
CONTROL (N= 28)	34.17	12.4	16	12	1	6	3	9	9	4	3	9	3	9

NOTA:  $\bar{X}$ = MEDIA; D. T. = DESVIACION TIPICA; V= VARON; H= HEMBRA; N.E.= SIN ESTUDIOS E. G. B.= EDUCACION GENERAL BASICA; B. U. P.= BACHILLER UNIFICADO POLIVALENTE; MED.= CARRERAS MEDIAS; SUP.=CARRERAS SUPERIORES; EST.= ESTUDIANTE; LIB.= PROFESION LIBERAL; MAN.= PROFESION MANUAL; N= NUMERO DE SUJETOS

ducir sensaciones de aversión, alegría, indiferencia y de seguridad que se evocarán secuencialmente ante el deseo o rechazo por encender un cigarrillo. Asimismo, se establece durante las sesiones de tratamiento una fecha para dejar de fumar, nunca posterior a

la 5.ª sesión. Acabado el tratamiento, se le cita al cliente a los 6 y 12 meses para evaluar el mantenimiento.

## RESULTADOS

En la tabla n.º II, exponemos el porcentaje de sujetos de la muestra total que abandona

**TABLA II: % DE PERSONAS QUE ABANDONAN, REDUCEN TOTALMENTE, REDUCEN PARCIALMENTE O NO VARIAN TRAS LA INTERVENCION**

<u>MUESTRA TOTAL (N= 66)</u>			
GRUPO	N	%	Σ %
ABANDONOS	28	42.42	
REDUCCION TOTAL	31	46.97	} 54.55
REDUCCION PARCIAL	5	7.58	
SIN VARIACION	2	3.03	
<u>MUESTRA DE FUMADORES QUE TERMINAN LA INTERVENCION (N= 38)</u>			
GRUPO			
REDUCCION TOTAL	31	81.58	} 94.73
REDUCCION PARCIAL	5	13.15	
SIN VARIACION	2	5.27	
<u>GRUPO DE CONTROL (N= 28)</u>			
REDUCEN TOTALMENTE	1	3.57	} 10.71
REDUCEN PARCIALMENTE	2	7.14	
NO VARIAN	19	67.86	} 89.29
AUMENTAN EL CONSUMO	6	21.43	
NOTA: -N= NUMERO DE SUJETOS;			

antes de finalizar el procedimiento (42.42%), los que reducen parcialmente (7.58%), los que no varían (3.03%) y los que lo reducen totalmente (46.97%). Es decir, el 54.55% de las personas que acuden a consulta reducen el consumo de tabaco.

Por otro lado, si consideramos sólo la muestra que acaba el procedimiento, el tanto por cien de sujetos que reduce el consumo de cigarrillos es de 94.73, siendo el tanto por cien de las personas que abandona totalmente el tabaco el 81.58%, y el porcentaje de sujetos

que lo reduce parcialmente del 13.15. Sólo dos sujetos no varían su consumo, lo que supone el 5.27%. Por lo tanto, de los sujetos que finalizan el procedimiento, el 94.73% reduce el consumo.

Estos datos contrastan con los del grupo control, en el cual sólo una persona (tras 6 meses) deja de fumar (3.57%) y dos lo reducen parcialmente (7.14%). De los 28 sujetos de este grupo, 19 no varían su consumo (67.86%) y nada menos que 6 (21.43%) lo aumentan. Ello supone que el 89.29% no varía o aumen-

ta, mientras que el 10.71% reduce su consumo, porcentaje muy alejado del 94.73% del grupo de fumadores que fueron tratados. Estos datos confirman lo ya expuesto en otros trabajos de nuestro equipo de investigación (Amigó et al., 1991) y alcanzan el nivel de los mejores resultados de otros estudios referidos a procedimientos diferentes (retener el humo -Becoña y Froján, 1988-, retener el humo más reducción gradual de la nicotina -Lando y McGovern, 1985-, etc...).

Además de la obtención de porcentajes hemos realizado pruebas "t" y análisis de varianza para comprobar si las diferencias pre-tratamiento en el consumo de cigarrillos por día podrían explicar las diferencias de resultado entre el grupo control, el de reducción total y reducción parcial. Asimismo, pretendíamos conocer si existían diferencias entre los que abandonan y el resto de los grupos mencionados. En la tabla III, se observa que la F ratio no es significativa, como tam-

**TABLA III: ANALISIS DE VARIANZA (F RATIO) Y VALORES t PARA LAS DIFERENCIAS PRE TRATAMIENTO EN EL CONSUMO DIARIO DE CIGARRILLOS ENTRE LOS GRUPOS CONTROL, ABANDONO, REDUCCION PARCIAL Y REDUCCION TOTAL**

	ABANDONO	CONTROL	REDUCCION P.	REDUCCION T.
$\bar{X}$ DEL CONSUMO DIARIO PRE INTERVENCION	28.19	19.92	27.29	23.94
D. T. DEL CONSUMO DIARIO PRE INTERVENCION	16.16	16.30	15.86	9.83
F RATIO= 1.64 (Prob.= .18)				
<u>PRUEBA t</u>				
GRUPOS COMPARADOS				VALOR DE t
ABANDONO-REDUCCION PARCIAL				.13 (n. s.)
ABANDONO-REDUCCION TOTAL				1.20 (n.s.)
ABANDONO-CONTROL				1.90 (prob.= .06)
REDUCCION PARCIAL-REDUCCION TOTAL				.54 (n. s.)
REDUCCION PARCIAL-CONTROL				1.09 (n. s.)
REDUCCION TOTAL-CONTROL				1.13 (n. s.)

NOTA.- prob.= probabilidad;  $\bar{X}$ = media; D. T.= desviación típica; n.s.= no significativo

poco lo son las comparaciones de cada dos grupos realizadas con la prueba Newman-Keuls y prueba t. Sólo el grupo de abandono fuma más casi significativamente que el grupo control. De hecho, éste es el grupo que, en promedio, fuma más, y el de control el que menos.

Finalmente, fue nuestra intención el conocer si la diferencia en el post-tratamiento entre el grupo de control y reducción parcial era significativa, y si las diferencias pre-post

también lo eran. En la tabla IV pueden observarse los valores t "entre" e "intra" para contrastar estas diferencias. El grupo de reducción parcial no fuma significativamente menos que el grupo control al finalizar el tratamiento, pero sí lo hace significativamente menos que antes de iniciarlo, mientras que el grupo control no varía en su consumo pre-post (si bien es cierto que el período pre-post del grupo control es mucho más elevado -6 meses-, por lo que este dato es sólo orientativo). No podemos establecer comparaciones

**TABLA IV: VALORES DE t PARA LAS DIFERENCIAS POST TRATAMIENTO EN EL CONSUMO DIARIO DE CIGARRILLOS PARA EL GRUPO CONTROL Y DE REDUCCION PARCIAL\*.**

GRUPOS	VALOR t
REDUCCION PARCIAL-CONTROL	-1.34 (n. s.)
VALORES DE t PARA LAS DIFERENCIAS PRE-POST TRATAMIENTO EN EL CONSUMO DIARIO DE CIGARRILLOS PARA LOS GRUPOS DE REDUCCION PARCIAL Y CONTROL.	
GRUPO	VALOR t
REDUCCION PARCIAL	2.66**
CONTROL	-.30 (n. s.)

NOTA.-\*\*= nivel de significación  $\leq 0.05$ ; (n.s.)= no significativo.

\* EL GRUPO DE REDUCCION TOTAL NO PUEDE SER COMPARADO YA QUE SU  $\bar{X}$  y D. T. SON 0

con el grupo de reducción total ya que éste tiene una  $\bar{X}=0$  y una D.T.= 0. Es obvio que este grupo alcance valores significativamente muy inferiores al grupo control, tanto desde un punto de vista clínico como estadístico.

Los datos del seguimiento nos irán informando sobre el mantenimiento de las ganancias terapéuticas. De hecho, los primeros resultados (a los 6 meses) apuntan a un 75% de mantenimiento en el grupo de reducción total (N= 9), y a un 100% de recaída en el grupo de reducción parcial (N= 5), si bien estos datos han sido obtenidos con un grupo muy pequeño de fumadores.

Además del tanto por cien de sujetos que reducen su consumo (elevado, tal como hemos visto), hemos querido hacer análisis descriptivos someros, referidos a tres aspectos esenciales de los programas para la reducción del tabaco: los abandonos del tratamiento, el agrado/aversión del procedimiento y el "síndrome de abstinencia".

Refiriéndonos a los abandonos, podemos ver en la tabla V que la razón más frecuente fue la de irse de vacaciones (y ya no retorna-

ron). Sólo una persona opinó que la técnica era "infantil" y dos personas abandonaron por experimentar el síndrome de abstinencia. El resto de argumentos hacen referencia a razones varias relacionadas con motivos para dejar el tratamiento (descuidar tareas domésticas) o motivos para no seguir con él (desaparecer presiones externas familiares), incluso por vergüenza al haber llegado tarde a una sesión.

Respecto del síndrome de abstinencia, sólo dos personas, que abandonaron, lo experimentaron. Ninguna otra persona, fuera del grupo que fuera, lo experimentó. Este es un dato muy importante, ya que el síndrome de abstinencia, tal y como hemos indicado, es uno de los problemas que más influye sobre el abandono y las recaídas a corto plazo.

Finalmente, todos los clientes, excepto uno de abandono, mostraron agrado por el procedimiento que era catalogado como divertido, interesante y estimulante. Ningún cliente lo percibió aversivo, desagradable o perjudicial.

**TABLA V: RAZONES PARA ABANDONAR EL TRATAMIENTO, FRECUENCIA DEL SINDROME DE ABSTINENCIA Y OPINION SOBRE EL TRATAMIENTO**

<u>RAZONES ABANDONO (N DEL GRUPO= 28)</u>	<u>FRECUENCIA</u>	<u>%</u>
-POR VACACIONES	12	42.9
- SENTIMIENTO DE FRACASO POR NO DEJARLO	1	3.57
- SENTIMIENTO NEGATIVO HACIA LA TERAPIA	1	3.57
- POR LLEGAR TARDE A LA SESION Y SENTIR VENGUENZA	1	3.57
- ENFERMEDAD	2	7.14
- POR DESAPARECER LOS MOTIVOS DE IR A TERAPIA (EXTERNOS)	3	10.71
- PORQUE IR A TERAPIA IMPLICABA DESCUIDAR TAREAS DOMESTICAS	1	3.57
- SINDROME DE ABSTINENCIA	2	7.14
- CAUSAS DESCONOCIDAS	5	17.85
<u>APARICION DEL SINDROME DE ABSTINENCIA</u>	2	3.03
<u>OPINIONES DE QUE EL PROCEDIMIENTO ERA AVERSIVO O DESAGRADABLE</u>	0	0.00
<u>OPINIONES DE QUE EL PROCEDIMIENTO ERA AGRADABLE, DIVERTIDO, ESTIMULANTE, ETC.</u>	65	98.48

\* CALCULADO SOBRE EL TOTAL DE LA MUESTRA TRATADA Y ABANDONOS (66 PERSONAS)

## DISCUSION

Tal como indicábamos en la introducción, el hábito de fumar es uno de los factores de riesgo de enfermedad que podría eliminarse con mayor facilidad, si no fuera por los comportamientos adictivos que implica y la aversidad general de los procedimientos que intentan debilitarlo. Con la Terapia de Auto-Regulación Emocional estos problemas se reducen al mínimo, al menos durante la aplicación del procedimiento, consiguiendo tasas de adherencia al tratamiento relativamente elevadas, y tasas de éxito a corto plazo francamente importantes. Por lo tanto, la Terapia de Auto-Regulación Emocional se convierte en una alternativa eficaz (en sentido amplio) a los procedimientos usuales. No obstante, hasta no disponer de datos más amplios sobre el seguimiento, no podemos afirmar su eficacia a largo plazo, aunque los

primeros resultados son muy esperanzadores. Por otro lado, las tasas de abandono siendo menores a las obtenidas con otros procedimientos, siguen siendo superiores a lo deseable, por lo que estamos procurando modificar aspectos del procedimiento relacionados con el lugar donde se aplica la terapia, establecer contratos de contingencias, grupos de "concienciación", etc...

*Los resultados presentados en este trabajo han sido obtenidos gracias a una subvención del Institut Valencià D'Estudis i Investigació (1990).*

*Agradecemos al grupo GEPA del Hospital Universitario "LA FE" de Valencia y a la Unidad de Cardiovascular del Hospital Clínico Universitario de Valencia, su colaboración en nuestra investigación.*



**BIBLIOGRAFIA**

**AMIGO, S. (1992):** Manual de Terapia de Auto-Regulación. Valencia, Promolibro.

**AMIGO, S; CAPAFONS, A; COTOLI, D.; BAYOT A. y PEINADO, J. L. (1991):** Effectiveness of Self-Regulation Therapy Intervention in Reducing Smoking Behavior: A Clinical Study with A Sample of Patients with Heart Disorders. Comunicación presentada en la 21st Annual Conference of The European Association for Behavior Therapy. Oslo (Noruega).

**BECOÑA, E. y FROJAN, M. J. (1988):** Tratamiento de Fumadores con La Técnica de Retener El Humo. Rev. Interacor. de Psic. y Educ., 1,31-48.

**BROWN, R.A. & FROMM, E. (1987):** Hypnosis and Behavioral Medicine. Hillsdale, N. J. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

**CAPAFONS, A y AMIGO, S. (En prensa):** Hipnosis y Terapia de Auto-Regulación. Aparecerá en F. J. Labrador, J. A. Cruzado y

M. Muños (Éds.): Manual de Modificación de Conducta. Madrid, Pirámide.

**ERICKSON, L; TIFFANY, S; MARTIN, E. & BAKER, T. (1983):** Aversive Smoking Therapies: A Conditioning Analysis of Therapeutic Effectiveness. Beh. Res. and Therapy, 21 595-611.

**FAGERSTRÖM, K. O. (1988):** Efficacy of Nicotine Chewing Gum. En: O. F. Pomerleau and C. S. Pomerleau (Eds.): Nicotine Replacement: A Critical Evaluation. N. Y., Alm R. Liss.

**HAMILTON, S. B. & BORNSTEIN, P. H. (1979):** Broad-spectrum Behavioral Approach to Smoking Cessation: Effects of Social Support and Paraprofessional Training on The Maintenance of Treatment Effects. J. of Cons. and Clin. Psych., 47, 598-600.

**LANDO, H. & Mc GOVERN, P. (1985):** Nicotine Fading as A Non-Aversive Alternative in A Broad-spectrum Treatment for Eliminating Smoking. Addic. Beh., 10, 153-161.