

ESTUDIO DE CASOS

El empleo de las técnicas de sugestión como coadyuvantes de los programas multicomponentes en el tratamiento del tabaquismo: Estudio de caso único

The use of suggestion techniques as adjunct to multimodal programme for smoking cessation. A case study

JOSÉ ANTONIO MOLINA DEL PERAL*

HÉCTOR GONZÁLEZ ORDI**

RESUMEN

En este artículo se presenta en detalle un programa multicomponente para la reducción del tabaquismo. El programa incluye : reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán, control de estímulos, reestructuración cognitiva, prevención de recaídas y el empleo de técnicas de sugestión para incrementar la eficacia del condicionamiento aversivo, estrategias de reducción de ansiedad y prevención de recaídas en situaciones difíciles. El programa consta de cinco sesiones de tratamiento y fue aplicado a una paciente fumadora durante un tiempo total de cinco semanas, con un período de seguimiento realizado en cuatro momentos diferentes: 1, 3, 6, y 12 meses. Los resultados señalan un progresivo descenso de la tasa de consumo desde la primera sesión de tratamiento, y al final del programa la paciente cesó por completo su consumo, manteniéndose abstinente durante un período de 12 meses.

* Práctica privada. Dirigir correspondencia a: José Antonio Molina de Peral. c/Ascao, 58. 28017 Madrid. e-mail: josemolper@yahoo.com.

** Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

ABSTRACT

In this paper, a multimodal programme for smoking cessation is presented in detail. This programme included the following treatment procedures : nicotine fading guidelines, stimuli control, cognitive restructuring, relapse prevention, the use of hypnotic suggestion for the improvement of aversive conditioning, and stress management, applied to a smoker patient during after treatment five week period, with four sessions follow-up : 1 month, 3 months, 6 months, and 12 months. The results show a progressive decrease in the consuming rate (cigarettes per day) froh the first treatment session. At the end of the 5-sessions programme, the patient stopped smoking and she remained abstinent during a twelve-month follow-up.

PALABRAS CLAVE

Dejar de fumar, tratamiento cognitivo-conductual, hipnosis, prevención de recaídas, estudio de caso.

PALABRAS CLAVE

Smoking cessation, cognitive-behavioral treatment, hypnosis, relapse prevention, case study.

INTRODUCCIÓN

Según la Encuesta Domiciliaria sobre consumo de drogas del Plan Nacional sobre Drogas realizada en 1995, un 50,5% del total de la población ha fumado alguna vez. Actualmente fuman un 36,1% de los que un 30,4% lo hacen a diario y un 5,7% ocasionalmente. Un 14,4% han fumado, pero ahora no fuman y un 49,5% nunca han fumado. Respecto a las tasas de mortalidad se cifran en aproximadamente 400.000 muertes al año por fumar cigarrillos en Estados Unidos (U.S.D.H.H.S., 1989 ; Pollary y Lawark, 1993), 500.000 en Europa y más de 44.000 en España (González, Villar, Banegas, Martín y Salvador, 1992). Según datos de la Organización Mundial de la Salud, se estima que durante el año 2025 morirán diez millones de personas en el mundo por haber fumado (Jorenby et al., 1999). Por lo comentado, podemos observar que el tabaquismo es la adicción más perniciosa en el mundo desarrollado (Solano y Jiménez, 2000). Un dato alentador es que de los millones de fumadores que existen, más de un 80% quieren dejar de serlo (U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1990), en España se estima que un 55% desean abandonar el hábito (Centro de Investigaciones Sociológicas, 1988).

Se han aplicado diferentes tipos de tratamientos para el tabaquis-

mo, los de tipo médico, se basan en la utilización de sustancias (medicamentos y/o sustitutivos del tabaco), habitualmente administradas por profesionales sanitarios, donde el paciente adquiere un papel más o menos pasivo en relación con su tratamiento. Dentro de éstos, tenemos los tratamientos farmacológicos que, según las distintas revisiones, muestran una escasa eficacia (Becoña, 1994a), aunque en la actualidad contamos con un fármaco con resultados muy prometedores, bupropión, que es el único antidepresivo que ha demostrado resultar eficaz para dejar de fumar (ver Sampablo, 2000). Algunas de las sustancias farmacológicas utilizadas y que han demostrado su ineficacia son : ascorbato de quinina, metilsalicilato, buspirona, lobelina, etc. Hay sustancias que se han utilizado para tratar los síntomas que producen el abandono de los cigarrillos, aquí tenemos los tranquilizantes (diazepam, lorazepam, ...), estimulantes (metilfenidato, anfetaminas,...). También se han empleado sustancias que producen un sabor desagradable al fumar, una vez han sido ingeridas, principalmente el acetato de plata, que produce irritación de la mucosa bucal y una gran sequedad al mezclarse con nicotina (Sachs, 1979). Dentro de la aproximación farmacológica, los que han mostrado una mayor eficacia, aumentando ésta cuando se

combinan con procedimientos conductuales, son los sustitutivos de la nicotina, basados en la administración de nicotina por vías diferentes a la de consumo del cigarrillo y a dosis suficientes para disminuir la intensidad de algunos de los síntomas de abstinencia, especialmente chicles y parches transdérmicos. Respecto al chicle de nicotina, Cepeda-Benito (1993), revisó 33 estudios con un porcentaje de éxito del 35% a los 12 meses de seguimiento; por el contrario, (Silagy, Mant, Fowler, y Lodge, 1994) con 39 estudios, concluyen que la eficacia sólo llega a un 18,2% al año de seguimiento. En cuanto a los parches de nicotina, se detallan ratios de abstinencia a los 12 meses de 17-35% (Buchkremer, Minneker y Block, 1991; Tonnesen, Norregard, Simonsen y Sawe, 1991; Sachs, Sawe y Leischow, 1993; Fiore, Smith, Jorenby y Baker, 1994; Hurt et al., 1994).

Respecto a los tratamientos psicológicos, los principales son los siguientes: técnicas aversivas, técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán (REGINA), hipnosis y programas multicomponentes.

Las técnicas aversivas han sido muy utilizadas en la década de los 60 y 70, dentro de ellas tenemos el shock eléctrico y la sensibilización encubierta, ambas con resultados

negativos (Powell y Azrin, 1968; Lichtenstein y Danaher, 1976; Russell, Armstrong y Patel, 1976; Brigham, Jacobson-Brigham y Garlington, 1980).

Otras dos estrategias aversivas que se han mostrado más eficaces y que actualmente se emplean mayoritariamente en programas multicomponentes, son la técnica de fumar rápido y la de retener el humo. La técnica de fumar rápido fue descrita por Lichtenstein y su grupo (Lichtenstein, Harris, Birchler, Wahl y Schmahl, 1973). Consiste en fumar ininterrumpidamente cada 6 segundos hasta que el sujeto aguante, siguiendo el ritmo de un metrónomo y centrándose en las sensaciones desagradables que van apareciendo. En la revisión de Schwartz (1987), podemos apreciar que la efectividad de esta técnica utilizada sólo, al año de seguimiento, está en un rango de un 6-40% de abstinentes. La técnica de retener el humo fue utilizada por primera vez por Tori (1978), siendo un procedimiento de saciación al sabor. Consiste en que el sujeto retenga el humo de los cigarrillos en su boca y garganta en intervalos de 30-45 segundos, mientras sigue respirando por la nariz. Después de cada ensayo descansa unos 30 segundos, repitiéndose seis veces el procedimiento. Cuando tiene el humo en la boca se le proporcionan instrucciones específicas sobre la

experiencia (Becoña 1994a). Los resultados de esta técnica utilizada sola oscila entre 12,50-54,54% a los seis meses de seguimiento (Becoña y Gómez-Durán, 1992).

La REGINA combina un procedimiento de cambio semanal de marcas de cigarrillos con menos contenido de nicotina y alquitrán (siguiendo el criterio de 30, 60 y 90% de reducción semanal sobre la línea base), o también reducciones en el número de cigarrillos fumados continuando con la misma marca, acompañado de autorregistros y representación gráfica del consumo de cigarrillos. En el momento actual, ésta es una de las

técnicas más interesantes y que se está utilizando más ampliamente (Becoña, 1994a). Becoña (1992) encuentra en su revisión un promedio de eficacia del 34% al año de seguimiento.

Los programas multicomponentes son los más utilizados en la actualidad (Froján y Santacreu, 1993), siendo el método más eficaz en seguimientos a los seis meses y entre los mejores al año, según la revisión de Schwartz (1987) y como podemos apreciar en los siguientes metaanálisis (ver tabla 1). Habitualmente constan de tres fases: preparación, abandono y mantenimiento.

TABLA 1

Comparación de porcentajes medios ponderados de efectividad hallados en dos metaanálisis.		
TIPOS DE PROGRAMAS	METAANÁLISIS GARRIDO ET AL. (1995).	METAANÁLISIS CHOCKALINGAM Y SCHIMIDT (1992)
MULTICOMPONENTE	28	35
HIPNOSIS	25	36
PSICOLOGICOS	24	29
AUTOTRATAMIENTO	17	15
MEDICAMENTOS	14	17
ACUPUNTURA	21	30
GRIPO	15	30
CONSEJO	6	7
PLACEBO	10	6

Fuente: Garrido et al. (1995)

El uso de técnicas hipnóticas para controlar el tabaquismo fue documentado por primera vez en 1847, cuando J. W. Robbins, un médico de Massachusetts, utilizó con éxito sugestiones poshipnóticas de naturaleza aversiva con dos sujetos. La creciente literatura sobre intervenciones con hipnosis muestra esta técnica como un método viable y eficaz para lograr dejar de fumar (Cornwell, Burrows y McMurray, 1981 ; Frank, Umlauf, Wonderlich y Ashkanizi, 1986; Williams y Hall, 1988 ; Crasilneck, 1990). En la revisión de Schwartz (1987), el rango de eficacia al año de seguimiento es del 13-68% con hipnosis individual, concluyendo que la hipnosis produce modestos resultados cuando se utiliza sola, pero cuando se combina con otros métodos las tasas de éxito mejoran. Lo anteriormente afirmado no sólo ocurre con la hipnosis, sino que también se confirma respecto a cualquier otra estrategia de intervención en tabaquismo. Estudios metaanalíticos, como los llevados a cabo por Chockalingam y Schmidt (1992) y Garrido, Castillo y Colomer (1995), muestran una mayor efectividad de la hipnosis al compararlo con cualquier otra estrategia de intervención.

En la línea de lo anteriormente afirmado, podemos constatar la existencia de amplia bibliografía,

donde la hipnosis se ha mostrado eficaz como un componente más de programas multicomponentes para dejar de fumar (Holroyd, 1980; Wadden y Anderton, 1982 ; Agree, 1983; Brown y Fromm, 1987; Green, 1996; Lynn, Kirsch y Rhue, 1996; Green, 1999; Mendoza, 2000).

Derivada de la hipnosis tenemos la terapia de auto-regulación que utiliza las sugestiones de forma diferente a la hipnosis tradicional (Amigó, 1993). Se fundamenta en el uso terapéutico del fenómeno denominado recuerdo sensorial. Se divide en tres fases. En la primera se realizan ejercicios de recuerdo sensorial. En la segunda fase, el sujeto experimenta repetidamente determinadas sensaciones físicas, como respuesta a ciertas imágenes o autosugerencias. A partir de ahí, y ya en la última fase, el paciente está altamente receptivo a cualquier tipo de sugestiones (Capafons 1993). Amigó, Capafons, Cotoli, Bayot y Peinado (1991) concluyen que los sujetos que abandonan el tabaco con los procedimientos de autorregulación, lo hacen con comodidad, sin ansiedad ni aumento del apetito, y con una sensación aumentada de autoeficacia.

Si el lector está interesado en realizar una amplia revisión respecto de los distintos tratamientos desarrollados para el tabaquismo,

puede consultar (Becoña, 1994a ; Bayot, Capafons y Amigó, 1995 ; López y Buceta, 1996; Becoña y Vázquez, 1998).

El objetivo de este trabajo es presentar el tratamiento que se llevó a cabo en un caso de tabaquismo, realizando una síntesis de éste, describiendo las distintas estrategias utilizadas, sesión por sesión, detallándose más explícitamente las técnicas de hipnosis utilizadas. De esta forma, mostramos un ejemplo de como se utilizó la hipnosis como coadyuvante de un programa multicomponente adaptado a las características del paciente, para dejar de fumar.

MÉTODO

Anamnesis

Marta (nombre supuesto) 23 años de edad, de clase social media-alta, soltera, nivel de estudios de C.O.U., de profesión diseñadora gráfica. Acude a consulta, ya que el ginecólogo la ha recomendado dejar de fumar al tener que seguir un tratamiento con anticonceptivos orales y además relata tener miedo de contraer enfermedades relacionadas con el tabaco. Dice ser "algo nerviosa", pero nunca ha recibido ningún tipo de tratamiento, ni médico ni psicológico.

Evaluación

Se llevó a cabo una sesión inicial de evaluación, donde se aplicaron progresivamente los siguientes cuestionarios y pruebas: cuestionario sobre el hábito de fumar (Becoña, 1994b), se realizó alguna modificación para incluirlo en el estudio; cuestionario sobre tolerancia de la nicotina de Fagerström (1978, 1991) ; pruebas clásicas de sugestionabilidad (balanceo postural, atracción y repulsión de manos, levitación del brazo y bloqueo de las manos) ; el Inventario de Sugestionabilidad-I.S. (González Ordi y Miguel Tobal, 1999) ; medidas de monóxido de carbono (CO), utilizando el medidor EC 50 mini smokerlyzer. También se diseñó un autorregistro diario de consumo de cigarrillos, en el que la paciente tenía que apuntar cada cigarrillo que consumía, controlando la hora en que lo hacía. Una vez consumido el último cigarro del día, contaba los que había fumado y lo pasaba a una gráfica de consumo, que también se diseñó.

Además de la evaluación inicial, se tomaron medidas en cada sesión de CO, y al finalizar el tratamiento se realizó seguimiento telefónico de la paciente en los siguientes momentos temporales: 1, 3, 6 y 12 meses. Seguidamente, se resumirá los aspectos más relevantes de la evaluación inicial.

En el momento de acudir a consulta Marta fuma aproximadamente 20 cigarrillos al día, aunque los fines de semana eleva el consumo. Empezó a fumar a los 15 años, llevando 8 de consumo. En su casa fuman sus tres hermanos, siendo llamativo el hecho de que sus padres nunca hayan fumado. Como es bien sabido, las actitudes hacia el tabaco se encuentran relacionadas, principalmente, con las que tienen los familiares e iguales, para una revisión de actitudes y tabaco puede consultarse Molina y Caballero (1999). Respecto a su novio, comenta que fuma aproximadamente como ella. Relata que nunca ha dejado de fumar desde que inició el hábito, ni siquiera ha reducido el consumo.

Presenta una alta puntuación en dependencia nicotínica. Respecto a la medida de CO se ajusta a la de fumador moderado, según la clasificación de (Lando, McGovern, Kelder, Jeffery y Forster, 1991), al tener una puntuación de 22 partículas por millón (ppm).

Referente a otras sustancias, sólo detalla beber con moderación los fines de semana y haber consumido cannabis ocasionalmente.

De las pruebas realizadas para ver el nivel de sugestionabilidad, tanto el Inventario de Sugestionabilidad-I.S. (González Ordí y

Miguel Tobal, 1999), como las pruebas observacionales, podemos concluir que Marta es una persona con un nivel de sugestionabilidad muy alto, por lo que es de esperar un buen comportamiento hipnótico, ya que éste y sugestionabilidad correlacionan positivamente (Hilgard, 1965).

Su principal motivación y casi única para dejar de fumar es de salud, ya que tiene miedo a contraer enfermedades en un futuro, teniendo cierta preocupación por las tos y dolores de cabeza frecuentes que sufre y que "achaca" al tabaco. También da cierta importancia a ahorrar dinero, no la importa el que pueda dar buen ejemplo sin fumar y el poder respetar a los no fumadores. En una escala de 1 a 10 dice que su deseo de dejar de fumar es 7.

Nunca ha intentado dejar de fumar, por lo que no hay ningún tratamiento anterior recibido.

Tratamiento

Se realizaron un total de 4 sesiones de tratamiento de aproximadamente 90 minutos de duración y una de evaluación, como se indicó anteriormente. Seguidamente, realizaremos una descripción detallada del tratamiento, sesión por sesión, incluyendo la primera de evaluación.

TABLA 2

SESIÓN 1
<ul style="list-style-type: none">— Para la evaluación se tomaron medidas:<ul style="list-style-type: none">• Cuestionario sobre el hábito de fumar (Becoña, 1994b).• Cuestionario sobre dependencia a la nicotina de Fagerström (1978, 1991)• Monóxido de carbono (CO).— Pruebas de sugestionabilidad<ul style="list-style-type: none">• Balanceo postural.• Atracción y repulsión de manos.• Bloqueo de las manos.• Levitación del brazo.— Inventario de Sugestionabilidad-I. S (González Ordi y Miguel Tobal, 1999)— Autorregistro y gráfica de consumo, realizándose una prueba de como rellenarlos.
SESIÓN 2
<ul style="list-style-type: none">• Medida de CO.• Comentar tareas (autorregistro, gráfica de consumo).• Reestaurar sobre creencias erróneas del abandono del tabaco.• Reestructurar sobre mitos y concepciones erróneas de la hipnosis.• Inducción hipnótica (técnica de la moneda; Kroger, 1960).• Entrenamiento en autohipnosis y que lo practique dos veces al día.• Reducir 2 ó 3 situaciones en las que habitualmente fuma.• Primera reducción 30%, respecto al consumo inicial.• Regla importante: no aceptar ofrecimientos.• Ahorro y refuerzo por ello.
SESIÓN 3
<ul style="list-style-type: none">• Medida de CO.• Revisar tareas (autorregistro, gráfica de consumo, situaciones en las que no fuma, autohipnosis, ahorro de dinero, si ha aceptado ofrecimientos).• Hipnosis con sugerencias aversivas relacionadas con la salud.• Reducción de situaciones.• Disminución de un 60% respecto a línea base.• Decir públicamente que está dejando de fumar.

SESIÓN 4
<ul style="list-style-type: none">• Medida de CO.• Revisión de tareas.• Reducción del 90%. (1)• Reducción de situaciones.• Hipnosis (aversión, instrucción poshipnótica). (2)• Realizar un listado de posibles situaciones de recaída y alternativas (lo traiga la siguiente sesión).
SESIÓN 5
<ul style="list-style-type: none">• Medida de CO.• Comentar tareas.• Diferenciación entre caída y recaída.• Prevención de recaídas en hipnosis.• Recordar estrategias alternativas a fumar.
SEGUIMIENTO
<ul style="list-style-type: none">• A la semana tenemos cocontacto telefónico, relata no haber fumado y estar utilizando lo aprendido durante las sesiones.• Se repite el contacto telefónico en los siguientes momentos temporales 1, 3, 6 y 12 meses, relatando la paciente no haber vuelto al consumo.
(1) Al realizarse esta tercera reducción, la paciente propuso el que fuera de un 100%, pasando a un consumo de cero cigarrillos, en vez de ir descendiendo este último 10%, paulatinamente.
(2) Respecto a la hipnosis, seguimos trabajando las sugestiones aversivas y además se introdujo una instrucción poshipnótica que la permitía relajarse rápidamente en cualquier momento de tensión.

Es importante que nos detengamos en algunas de las intervenciones realizadas, con el fin de que quede más claro lo que se realizó.

Las creencias erróneas que se trabajaron respecto al abandono del tabaco fueron: el tabaco empeora la salud; se pasa muy mal, es peor el remedio que la enfermedad;

uno se vuelve nervioso, ansioso y agresivo. Un ejemplo de como trabajamos "al dejar de fumar empeora la salud". La explicamos que algunos fumadores que lo dejan de golpe se sienten peor en los días que siguen al abandono, pero que este no es su caso, porque va a ir dejándolo de forma progresiva por

lo que no sufrirá los síntomas del síndrome de abstinencia de la nicotina. De cualquier forma, si surge alguna mínima sensación molesta, será un síntoma positivo de salud, debido al proceso de regeneración corporal al eliminar su cuerpo las sustancias nocivas que el tabaco no le dejaba suprimir.

Igualmente, se dedicó buena parte de la sesión 2 de tratamiento a explorar y, en su caso, reestructurar los posibles mitos y concepciones erróneas que la paciente pudiera tener acerca de la hipnosis. En concreto, se revisaron mistificaciones como que "la hipnosis es una forma de sueño que implica pérdida de la consciencia", o que el sujeto "pierde la voluntad mientras se encuentra hipnotizado", etc. Para una descripción más detallada de los mitos acerca de la hipnosis puede consultarse los trabajos de Capafons (1998); González Ordi y Molina del Peral (2000 y en prensa), González Ordi (2001).

En cuanto a ahorrar y reforzarse por ello, fue guardando el dinero que iba ahorrando al descender en el consumo y posteriormente al abandonarlo, para posteriormente obsequiarse con cosas que deseaba. Esto lo ha seguido haciendo durante los primeros seis meses de seguimiento.

Durante la hipnosis se trabajó con sugerencias aversivas contingentemente a dar bocanadas al cigarrillo,

con un secuencialización temporal similar a la técnica de fumar rápido. Así, algunas de las sugerencias que utilizamos fueron las siguientes : "puedes fijarte en el recorrido que hace el humo al entrar en tu cuerpo, la boca, garganta, traquea, bronquios, pulmones...y como va ensuciándolo todo a su paso". "El humo es como pequeños bichos que recorren tu cuerpo, haciendo que tu garganta se seque, los pulmones se vuelvan negros...siendo esto en muchas ocasiones el inicio de enfermedades... Cuando le acercamos el cigarro y no quiere dar la calada, es reforzada por ello " podemos dar un sorbo de agua y de esta forma se humedece la garganta, e iniciamos el proceso de limpieza en tu cuerpo" " desde el momento que decimos no al tóxico, nuestro organismo empieza a funcionar mejor...". En cada sesión repetimos el proceso tres o cuatro veces, aversión y refuerzo por no querer dar bocanadas al cigarrillo.

Durante la hipnosis introducimos una instrucción posthipnótica, "cada vez que realices tres respiraciones lentas y profundas notarás como una sensación de relax invade todo tu cuerpo y ésto nos servirá para alejar la urgencia por fumar, de la misma forma que el viento aleja las hojas de los árboles que ya no sirven...".

La manera en la que se instruyó a la paciente en autohipnosis fue

mediante sugestiones posthipnóticas, este método fue desarrollado inicialmente por (Salter, 1941). Una vez la paciente se encontraba hipnotizada y antes de concluir la sesión hipnótica, se le administraron sugestiones posthipnóticas de la siguiente forma: " cada vez que desees relajarte profundamente, o entrar en hipnosis, podrás realizarlo de forma sencilla. Bastará con que adoptes una posición en la que te sientas cómoda y realices varias respiraciones profundas, dejándote llevar, como lo estás haciendo ahora hacia la relajación. Una vez te sientas a gusto y relajada irás acercando tu mano hacia la frente de forma lenta y progresiva, y así justo en el momento en el que la mano toque tu frente, te encontrarás en ese estado profundo que ahora tienes. Mientras te encuentres en hipnosis podrás administrarte todas aquellas sugestiones que hemos trabajado en la consulta. Para salir de la hipnosis contarás hasta cinco, al cabo de lo cual te encontrarás muy bien, relajada".

Al terminar con la sesión hipnótica, se pidió a la paciente que realizara una prueba de como autohipnotizarse, al comprobar que respondía adecuadamente se recomendó que practicara la autohipnosis dos veces al día.

Consideramos interesante diferenciar entre caída y recaída (Marlatt y Gordon, 1985), ya que nuestra

paciente tenía tendencia al "todo o nada". Así por ejemplo, si en una de las reducciones habíamos acordado fumar un máximo de siete cigarrillos y un único día de la semana se había saltado fumando diez, comentaba al preguntarla "cómo se ha dado la semana", respondía que mal, por el mero hecho de haber fumado un día algo más. Le explicamos que una caída, o fumar un cigarrillo, era un incidente y que por ello no volvía a ser una fumadora. Lo adecuado sería analizar porque ha sucedido y tratar de poner los medios para que no volviera a producirse. Por el contrario, una recaída sería una serie de repeticiones en la conducta de fumar que nos conducen a la reanudación regular del hábito.

Por último, la forma en la que se trabajó la prevención de recaídas en hipnosis, fue la siguiente: una vez realizada la inducción hipnótica, se ponía en una situación, que ella había descrito de alta probabilidad de recaída, p.e estando en la oficina hablando por teléfono, para posteriormente realizar alguna de las estrategias alternativas a fumar un cigarrillo, reforzándola por ello y aumentándola su autoeficacia "cada vez te será más fácil enfrentarse a situaciones y no fumar, ya que cuentas con muchas estrategias alternativas a fumar un cigarrillo". Esta forma de trabajo con hipnosis, como estrategia para preve-

nir recaídas, aparece descrita en Mendoza Figueroa (2000) y Molina del Peral (en prensa).

RESULTADOS

Marta tuvo resultados favorables en la línea de descenso de consumo a partir de la primera sesión, medidos por los autorregistros y gráficas de consumo y ratificados por las mediciones de monóxido de carbono (CO).

— Media de consumo semanal, sesión por sesión: sesión 2 (17,6); sesión 3 (12,4); sesión 4 (7,8); sesión 5 (0,43). Así las reducciones,

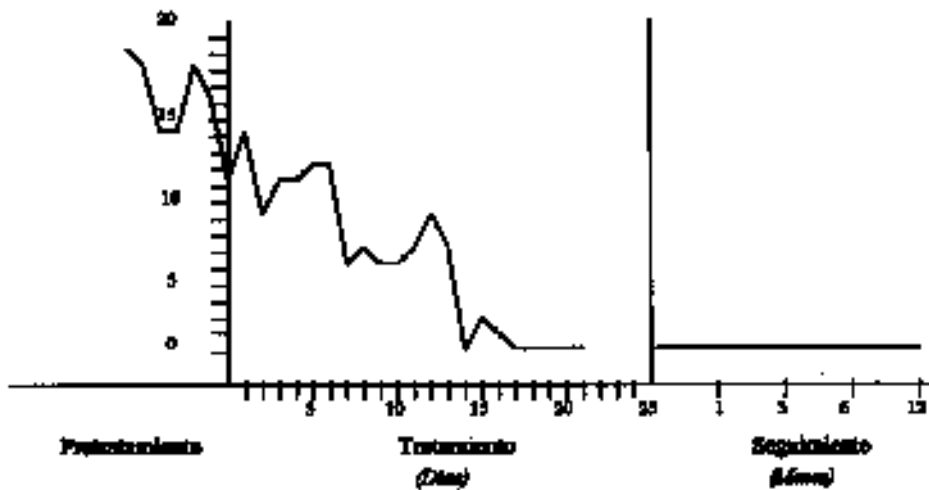
pensando que fumaba los 20 cigarrillos que indicó en la evaluación, fueron de: 12, 28, 61 y 98 % respectivamente.

— Puntuaciones de (CO) para cada sesión: S1 (22) ppm; S2 (18) ppm; S3(14) ppm; S4(11) ppm; S5(4) ppm.

Esta fue la gráfica de consumo diario, incluyendo línea base.

Las reducciones fueron muy cercanas a las solicitadas por el método REGINA. Podemos apreciar como el mero hecho de registrar la conducta de fumar, produjo una reducción en el consumo de un 12%, aunque ésta no se había soli-

GRAFICA 1



NOTA: El eje de abscisas representa cada uno de los días de tratamiento y meses de seguimiento y el eje de ordenadas indica el número de cigarrillos fumados

citado, ratificándose así el efecto reactivo que produce el autorregistro (McFall, 1978).

DISCUSIÓN

Los resultados conseguidos con Marta muestran la efectividad a corto plazo que presentan los tratamientos para el tabaquismo, especialmente los programas multicomponentes (Schwartz, 1987). A largo plazo, de seis meses a un año de seguimiento, los programas más efectivos son los multicomponentes (Schwartz, 1987 ; Garrido et al., 1995), siendo éste el tipo de tratamiento implementado en nuestra paciente, con excelentes resultados.

Algo a destacar, es la reticencia que mostraba la paciente ante el hecho de ir reduciendo el consumo, creyendo que le iba resultar "imposible". Se la animó a que comprobara por ella misma que sería más fácil de lo que imaginaba. Tras el cumplimiento de los objetivos en la primera reducción y observar como los niveles de CO descendieron, la motivación de la paciente aumentó considerablemente.

Un aspecto relevante es que Marta respondió positivamente desde la primera sesión, redujo un 12% su consumo y algo más importante es que cumplía siempre los autorregistros, lo que nos sugie-

re alta motivación hacia el tratamiento, ya que según Pomerlau, Adkins y Pertschuk (1978), se aprecia que aquellos fumadores que no realizan o incumplen las normas del autorregistro, tienen un pobre pronóstico, sugiriéndonos poca motivación y adherencia al tratamiento.

Respecto a la utilización de la hipnosis, nuestra paciente mostró gran interés desde un primer momento y sobre todo a partir de la primera inducción, la cuál le resultó muy placentera, al igual que las siguientes. Fue instruida en autohipnosis, recomendándole que la practicara dos veces al día, esto sólo lo realizaba una vez, antes de acostarse, comentando que le ayudaba a relajarse, aunque decía que le era más efectivo cuando el proceso era guiado por el terapeuta. Es importante destacar la ayuda que le suponía para relajarse, ya que la paciente como mencionó en la entrevista era "algo nerviosa", así, una de las variables que contribuyen al mantenimiento del hábito de fumar es la ansiedad (Lichtenstein, 1982; López y Buceta, 1996). Marta puntuó alto en sugestionabilidad hipnótica, por lo que la hipnosis pudo mostrarse más eficaz que en algún otro paciente con una hipnotizabilidad más baja. La mayoría de estudios apoyan el que la sugestionabilidad correlaciona positivamente con las tasas de abstinencia (Schubert, 1983; Baer,

Carey y Meminger, 1986; Barabasz, Baer, Sheehan y Barabasz, 1986).

Podemos concluir, que aunque en nuestro caso se mantiene abstinentemente al año de seguimiento, no debemos ser especialmente optimistas debido a que en tabaquismo las tasas de eficacia no sobrepasan el 40-50% al año, aunque al final del tratamiento pueden llegar a estar abstinentes del 80 al 100% de los sujetos (Becoña, 1993). Esta inestabilidad en los porcentajes de abstinencia a lo largo del seguimiento, nos hace el tratar de implementar estrategias de prevención de recaídas, tratando de maximizar su eficacia. Con Marta trabajamos

la prevención de recaídas en hipnosis, mostrando buenos resultados. No obstante, y debido a la escasa literatura existente sobre este aspecto, es recomendable realizar futuros estudios con un mayor rigor metodológico.

Para finalizar, debemos destacar las principales ventajas que ofrece la utilización de la hipnosis: versatilidad de la técnica (Karlin y McKeon, 1976) ; reducción del tiempo empleado para el tratamiento (Dengrove, 1973 ; Ellis, 1986) y que sirve como potenciador de las expectativas de éxito (Stanton, 1979, 1981 ; Jara Vera y Martínez Sánchez, 1999 ; Kirsch, 1999).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agee, L. L. (1983). Treatment 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.

Amigó, S. (1993). Terapia de autorregulación: nuevas perspectivas en psicoterapia. En A. Capafons y S. Amigó (eds.), *Hipnosis terapia de autorregulación e intervención comportamental* (pp.83-115). Valencia: Promolibro.

Amigó, 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).

Baer, L., Carey, J.R. y Meminger, S.R. (1986). Hypnosis for smoking cessation: a clinical follow-up. *International Journal of Psychosomatics*, 33, 13-16.

Barabasz, A., Baer, L., Sheehan, D.V. y Barabasz, M. (1986). A three year follow-up of hypnosis and restricted environmental stimulation: therapy for smoking control. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34, 169-181.

Bayot, A., Capafons, A. y Amigó, S. (1995). *Tratamiento del hábito de fumar: Tabaco y terapia de auto-regulación emocional: un programa estructurado para dejar de fumar*. Valencia: Promolibro.

Becoña, E. (1992). La técnica de reducción gradual de ingestión 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. (1994a). Tratamiento del tabaquismo. En J.L. Graña Gómez (ed.), *Conductas adictivas. Teoría, Evaluación y Tratamiento* (pp. 457-493). Madrid: Debate.

Becoña, E. (1994b). Evaluación de la conducta de fumar. En J.L. Graña Gómez (ed.), *Conductas adictivas. Teoría, Evaluación y Tratamiento* (pp. 405-454). Madrid: Debate.

Becoña, E. y Gómez Durán, B.J. (1992). La Técnica de retener el humo: una revisión. *Adicciones*, 4, 339-358.

Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson.

Brigham, T.A., Jacobson-Brigham, J. y Garlington, W.K. (1980). *The punishment of smoking: A field test and failure to replicate*. Washington: Washington University.

Brown, D. P. (1992). Clinical hypnosis research since 1986. En E. Fromm y M. R. Nash (eds.): *Contemporary Hypnosis Research* (427-458). New York: The Guilford Press.

Brown, D. P. y Fromm, E. (1987). *Hypnosis and behavioral medicine*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

Buchkeremer, G., Minneker, E. y Block, M. (1991). Smoking cessation treatment combining transdermal nicotine substitution with behavioral therapy. *Pharmacopsychiatry*, 24, 96-102.

Capafons, A. (1993). Hipnosis y terapia de autorregulación. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 457-476). Madrid: Pirámide.

Capafons, A. (1998). Hipnosis clínica: una visión cognitivo-comportamental. *Papeles del Psicólogo*, 69, 71-88.

Centro de Investigaciones Sociológicas (1988). Datos de opinión: consumo de tabaco. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 44, 191-204.

Cepeda-Benito, A. (1993). Meta-analytical review of the efficacy of nicotine chewing gum in smoking treatment programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 822-830.

Chockalingam, V. y Schmidt, F.L. (1992). A meta-analytic comparison of the effectiveness of smoking cessation methods. *Journal of Applied Psychology*, 4, 554-561.

Cornwell, J., Burrows, G.D. y McMurray, N. (1981). Comparison of single and multiple sessions of hypnosis in the treatment of smoking behavior. *Australian Journal of Clinical Hypnosis*, 9, 61-76.

Crasilneck, H.B. (1990). Hypnotic techniques for smoking control and psychogenic impotence. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32, 147-153.

Dengrove, E. (1973). The uses of hypnosis in behavior therapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21, 13-17.

Ellis, A. (1986). Anxiety about anxiety: The use of hypnosis with Rational-Emotive therapy. En E.T. Dowd y J.M. Healy (eds.), *Case studies in hypnotherapy*. New York: Guilford Press.

Fagerström, K.O. (1978). Measuring degree of Physical dependence to tobacco smoking with reference individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3, 235-241.

Fagerström, K.O. (1991). Towards better diagnoses and more individual treatment of tobacco dependence. *British Journal Addictive*, 86, 543-547.

Fiore, M.C., Smith, S.S., Jorenby, D.E. y Baker, T.B. (1994). The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 271, 1940-1947.

Frank, R.G., Umlauf, R.L., Wonderlich, S.A. y Ashkanizi, G.S. (1986). Hypnosis and behavior treatment in a worksite cessation program. *Addictive Behavior*, 11, 59-62.

Froján, M.X. y Santacreu, J. (1993). El programa UAM para fumadores insatisfechos (P.U.A.F.I.). *Anales de Psicología*, 9, 53-70.

Garrido, P., Castillo, I. y Colomer, C. (1995). ¿Son efectivos los tratamientos para dejar de fumar? metaanálisis de la literatura sobre deshabituación tabáquica. *Adicciones*, 7, 211-225.

González, J., Villar, F., Banegas, J.R., Martín, J.M. y Salvador, T. (1992). "Tendencia de la mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España (1977-1988)". *Comunicación presentada al 8th World Conference on Tobacco or Health*, Buenos Aires (Argentina).

González Ordi, H. (2001). *La hipnosis: mitos y realidades*. Archidona (Málaga): editorial Algibe.

González Ordi, H. y Miguel Tobal (1999). Características de la sugestionabilidad y su relación con otras variables psicológicas. *Anales de Psicología*, 15, 57-75.

González Ordi, H. y Molina del Peral, J.A. (2000). Actitudes hacia la hipnosis: estrategias de cambio. *Comunicación presentada en el Symposium Nacional sobre Hipnosis y Psicología Clínica, Fuentes, Usos y Abusos de la Hipnosis en Psicología Clínica*. Organizado por la Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). Almería.

González Ordi, H. y Molina del Peral, J.A. (en prensa). Modificación de aptitudes hacia la hipnosis. *Escritos de Psicología*.

Green, J. P. (1996). Cognitive-behavioral hypnotherapy for smoking cessation: a case study in a group setting. En S. J. Lynn, I. Kirsch, y J. W. Rhue (eds.): *Casebook of Clinical Hypnosis* (223-248). Washington, D. C.: American Psychological Association.

Green, J. P. (1999). Hypnosis and the treatment of smoking cessation and weight loss. En I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardena y S. Amigó (eds.): *Clinical Hypnosis and Self-Regulation. Cognitive-Behavioral Perspectives*

ves (pp. 249-276). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Hilgard, E.R. (1965). *Hypnotic Susceptibility*. New York: Harcourt, Brace and World.

Holroyd, J. (1980). Hypnosis treatment for smoking: An evaluative review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 28, 341-357.

Hurt, R.D., Dale, L.C., Fredrickson, P.A., Caldwell, C.C., Lee, G.A., Offord, K.P., Lauger, G.G., Marusic, Z., Neese, L.W. y Lundberg, T.G. (1994). Nicotine patch therapy for smoking cessation combined with physician advice and nurse follow-up: One-year outcome and percentage of nicotine replacement. *Journal of the American Medical Association*, 271, 595-600.

Jara Vera, P. y Martínez Sánchez, F. (1999). Hipnosis, hipnotizabilidad y expectativas de respuesta: una revisión crítica. *Anales de Psicología*, 15, 39-56.

Jorenby, D., Leischow, S.J., Nides, M.A., Rennard, S.I., Johnston, J.A. Hughes, A.R., Smith, S.S., Muramoto, M.L., Daughton, D.M., Doan, K., Fiore, M.C. y Baker, T.B. (1999). A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *New England Journal of Medicine*, 340, 685-691.

Karlin, R.A. y Mckeon, P. (1976). The use of hypnosis in multimodal therapy. En A.A. Lazarus (ed.), *Multimodal behavior therapy*. New York: Springer Publishing.

Kirsch, I. (1999). Hypnosis and placebos: Response expectancy as a mediator of suggestion effects. *Anales de Psicología*, 15, 99-110.

Kroger, W.S. (1960). Técnicas hipnóticas. *J.A.M.A.*, 172, 675-680.

Lando, H.L., McGovern, P.G., Kelder, S.H., Jeffery, R.W. y Foster, J.L. (1991). Use of carbon monoxide breath validation in assessing exposure to cigarette in a worksite population. *Health Psychology*, 10, 296-301.

Lichtenstein, E. (1982). The smoking problem: a behavioral perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 804-819.

Lichtenstein, E. y Danaher, B.G. (1976). *Modification of smoking behavior: a critical analysis of theory, research and practice*. En M. Hersen, R.M. Eister y P.M. Miller (eds.), *progress in behavior modification* (pp. 79-132). New York: Academic Press.

Lichtenstein, E., Harris, D.E., Birchler, G.R., Wahl, J.M. y Schmahl, D.P. (1973). Comparison of rapid smoking, warm, smoky air, and attention placebo in the modification of smoking behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 92-98.

Lynn, S.J., Kirsch, I. y Rhue, J.W. (1996). *Casebook of Clinical Hypnosis*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

López, A. y Buceta, J.M. (1996). Tratamiento comportamental del hábito de fumar. En J.M. Buceta y A.M. Bueno (eds.): *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades* (pp. 105-162). Madrid: Pirámide.

Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.

McFall, R.M. (1978). Smoking cessation research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 703-712.

Mendoza Figueroa, M.E. (2000). La hipnosis como adjunto en el tratamiento del hábito de fumar. Estudio de caso. *Psicothema*, 12, 330-338.

Molina del Peral, J.A. (en prensa). La hipnosis en la terapia cognitivo-conductual: aplicaciones en el campo de las adicciones. *Adicciones*.

Molina del Peral, J.A. y Caballero Reales, S. (1999). Estereotipos hacia los fumadores. Estudio de distintas variables en una muestra de adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 24, 266-283.

Pollary, R.W.E. y Lawark, A.M. (1993). The targeting of youths by cigarette marketers: archival evidence on trial. *Advances in consumer research*, 20, 266-270.

Pomerlau, O., Adkins, D. y Pertschuk, M. (1978). Predictors of outcome and recidivism in smoking cessation treatment. *Addictive Behaviours*, 3, 65-70.

Powell, J.R. y Azrin, N. (1968). The effects of shock as a punisher for cigarette smoking. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 63-71.

Rusell, M.A.H., Armstrong, E. y Patel, U.A. (1976). Temporal contiguity in electrical aversion therapy for cigarette smoking. *Behavioral Research and Therapy*, 14, 103-123.

Sachs, D.P.L. (1979). Pharmacologic, neuroendocrine, and biobehavioral basis for tobacco dependence. *Current Pulmonology*, 8, 371-405.

Sachs, D.P.L., Sawe, U. y Leischow, S.J. (1993). Effectiveness of a 16-hour transdermal nicotine patch in a medical practice setting, without intensive group counseling. *Archives of Internal Medicine*, 153, 1881-1890.

Salter, A. (1941). Three techniques of autohypnosis. *Journal of General Psychology*, 24, 423-438.

Schubert, D.K. (1983). Comparison of hypnotherapy with systematic relaxation in the treatment of cigarette habituation. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 198-202.

Schwartz, J.L. (1987). *Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada, 1978-1985*, Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.

Silagy, C., Mant, D., Fowler, G. y Lodge, M. (1994). Meta-analysis on efficacy of nicotinic replacement therapies in smoking cessation. *Lancet*, 343, 139-142.

Solano, S. y Jiménez, C.A. (2000). Historia clínica del tabaquismo. *Prevención del tabaquismo*, 1, 35-44.

Stanton, H.E. (1979). The hypnotherapeutic placebo. En G.D. Burrows, D.R. Colli-son y L. Dennerstein (eds.), *Hypnosis*. New York: Elsevier/North Holland Biomedical Press.

Stanton, H.E. (1981). Enuresis, homeopathy, and enhancement of placebo effect. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24, 59-61.

Tonnesen, P., Norregaard, J., Simonsen, K. y Sawe, U. (1991). A double-blind trial of a 16 hour transdermal nicotine patch in smoking cessation. *New England Journal of Medicine*, 325, 311-315.

Tori, C.D. (1978). A smoking satiation procedure with reduced medical risk. *Journal of Clinical Psychology*, 34, 574-577.

U.S.D.H.H.S. (1989). *The health consequences of smoking. 25 years of progress. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

U.S. Department of Health, Education y Welfare (1990). *Smoking and health: A report of the Surgeon General*. Washington, DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Services, Office on Smoking and Health.

Wadden, T. A. y Anderton, C. H. (1982). The clinical use of hypnosis. *Psychological Bulletin*, 91, 214-243.

Williams, J.M. y Hall, D.W. (1988). Use of single session hypnosis for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 13, 205-208.