

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE AUTOCONTROL PARA EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO. EFECTOS DIFERENCIALES DE DOS ESTRATEGIAS DE RETIRADA Y REDUCCION

Jesús Gil Roales-Nieto
Antonio Fernández Parra

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
Facultad de Psicología. UNIVERSIDAD DE GRANADA.

RESUMEN

El estudio recoge la aplicación del procedimiento de autocontrol para el tratamiento del tabaquismo a 23 sujetos fumadores crónicos que voluntariamente deseaban eliminar o controlar su conducta de fumar. Los sujetos eligieron entre el objetivo de fumar controlado (un determinado número diario de cigarrillos) o la abstinencia y fueron adscritos a los grupos correspondientes. Los dos grupos con distintos objetivos resultantes, se subdividieron cada uno en dos subgrupos que emplearon respectivamente, una estrategia de abandono o reducción radical o una estrategia de abandono o reducción gradual. Los resultados mostraron que el programa de autocontrol logró que los fumadores abandonaran o redujeran su consumo de tabaco, pero se produjeron importantes recaídas en el seguimiento, aunque al final del seguimiento se mantenían importantes reducciones en el consumo de tabaco. Comparados entre sí, los subgrupos que emplearon la estrategia de abandono o reducción progresiva, fueron superiores a los subgrupos que utilizaron la estrategia de reducción o abandono drástico.

SUMMARY

This study describes the application of a self-control procedure for the treatment of smoking behavior in 23 subjects who were chronic smokers, and who wished reduce or eliminate their smoking behavior. The subjects chose between controlled smoking or abstinence as the treatment goal. These two groups were subdivided in two small groups with different conditions, one with an immediate quitting or reducing condition and the other with a gradual quitting or reducing condition. All subjects reduced or completely quit their smoking behavior, albeit some relapses occurred during follow-up. Subjects in the gradual condition (either abstinence or controlling smoking as goal) achieved a better result than subjects in the immediate quitting or reducing condition.

La reducción y/o eliminación de la conducta de fumar ha sido considerada como uno de los más típicos ejemplos de autocontrol (p.e. Ferraro, 1973; Logan, 1973; Lowe, Green, Kurtz, Ashenberg y Fisher, 1980; Newman y Bloom, 1981 a.b.). Reducir o eliminar la conducta de fumar implica un descenso, iniciado por el propio sujeto, en la probabilidad de emisión de una respuesta que conllevará la pérdida o reducción de consecuencias actualmente reforzantes, en favor de otro tipo de consecuencias cuyo reforzadores base se encuentran muy retrasados en el tiempo y, además, sólo son probables. Siendo así, parece obvio que el tratamiento de la conducta de fumar se haya abordado desde la óptica del autocontrol con especiales énfasis y esperanza. Numerosos estudios han puesto a prueba la eficacia de diversos procedimientos que han sido calificados como programas "de autocontrol" para la eliminación de la conducta de fumar. Sin embargo, el entusiasmo despertado por las técnicas de autocontrol en el tratamiento del tabaquismo (p.e. Fisher, Levenkron, Lowe, Loro y Green, 1982; Logan, 1973; Lowe y cols., 1980) no acaba de verse claramente corroborado, principalmente a causa de los datos contradictorios que resultan de los estudios empíricos. Además, los tratamientos específicos aplicados a la conducta de fumar bajo el rótulo genérico de autocontrol, son tan dispares entre sí y contienen componentes tan diversos en naturaleza y número, que una comparación global de los estudios resulta prácticamente imposible.

Esto continúa siendo cierto aunque elijamos una definición de programas de autocontrol tan amplia como la que proponen Litchenstein y Danaher (1976), para quienes los programas de autocontrol son aquellas estrategias (de intervención) en las que el sujeto participa más activamente en la definición de objetivos y puesta en práctica de su régimen de tratamiento, por lo que

centran su atención en el propio individuo como agente de cambio y sobre la aplicación de las tácticas de intervención en su ambiente natural.

Considerando sólo los estudios que se enmarcan en la anterior definición encontramos una notoria variedad en los resultados que resulta altamente contradictoria. Por ejemplo, ciertos estudios han encontrado que los programas de autocontrol son eficaces en conseguir la eliminación o control de la conducta de fumar, pero fracasan en el mantenimiento de los resultados (Bernard y Efran, 1972; Elliott y Tighe, 1968; Lowe y cols., 1980, primer estudio; Upper y Meredith, 1971; Winett, 1973); mientras, otros han encontrado que las técnicas de autocontrol tienen una efectividad similar al resto de procedimientos, incluso respecto al seguimiento (Bernard y Efran, 1972; Lowe y cols., 1980, segundo estudio; Pomerleau y Ciccone, 1974- si bien combinaron el uso de técnicas aversivas). En otros casos, un alto porcentaje de sujetos abandonaron el programa y quienes permanecieron obtuvieron reducciones moderadas en su consumo diario de tabaco (p.e., Shapiro, Tursky, Schwartz y Schnidman, 1971).

Por otra parte, algunos autores han sugerido que la eficacia de los programas de autocontrol puede deberse a un efecto placebo -esto es, a un efecto inespecífico provocado por el hecho de estar recibiendo "tratamiento", poco importa de qué procedimiento se trate-, de forma que prácticamente cualquier estrategia de intervención, por liviana que sea, produce efectos temporalmente sobre la conducta de fumar (McFall y Hammen, 1971). Por último, los datos contradictorios alcanzan incluso al mismo tipo de procedimiento. Por ejemplo, en los estudios de Lowe y cols. (1980) el mismo tipo de programa de autocontrol produjo en un estudio un 33% de sujetos abstinentes a los 3 meses de seguimiento, mientras que en otro estudio posterior produjo un 71% de abstinentes para el mismo período de seguimiento.

El presente estudio es un intento de establecer la eficacia de un programa de autocontrol estructurado en base a las recomendaciones surgidas de los estudios previos sobre los componentes que deben formar parte de una intervención de este tipo. Por ello, el programa de autocontrol que hemos elaborado sigue las recomendaciones de Fisher y cols. (1982) y Lowe y cols. (1980) en cuanto a las características críticas que debe contener un programa de autocontrol de la conducta de fumar. A saber, la especificación de metas individuales y tareas que cumplir, énfasis en los actos y atención a las consecuencias de los mismos. Todo ello tomando al propio individuo como agente de cambio. Al programa se añadieron otros componentes específicos, como la instauración de un sistema de depósito con devolución contingente, siguiendo a Winett (1973), y con la entrega de las cantidades no recuperadas a una organización odiada por el individuo en base a la recomendación de Watson y Tharp (1972).

Flaxman (1974) trabajando sobre programas de autocontrol de la conducta de fumar, encontró más eficaz que los individuos dejasen de fumar bruscamente que lo hicieran gradualmente, y sugirió que el descenso gradual de fumar puede servir para establecer un programa de reforzamiento intermitente que interfiera con la extinción. Igualmente, Mausner (1966) tampoco se declara partidario del descenso gradual, argumentando que tal patrón puede servir para aumentar el poder reforzador de los cigarrillos restantes. También Shiffman (1979) recomendaba el abandono radical frente al gradual argumentando que este último prolongaba el síndrome de abstinencia. Por esta razón, uno de los objetivos parciales de este estudio consistió en explorar tentativamente la eficacia comparada de los dos patrones de eliminación. Con todo, también ha sido recomendada una aproximación que combine ambas estrategias, quitarse drásticamente y gradualmente, como es la sugerencia de Flaxman (1978) de reducir el consumo hasta unos límites antes de abandonar.

Por último, atendiendo a los datos obtenidos por McFall (1970) sobre el efecto del autorregistro sobre el consumo de cigarrillos, dispusimos de observadores adicionales, cuya labor era desconocida por los sujetos, para registrar la tasa de fumar en todas las fases del estudio.

METODO

Sujetos

Los sujetos fueron estudiantes de varias facultades de la Universidad de Granada y ciudadanos que acudieron voluntariamente en respuesta a los anuncios del programa colocados en diversos centros académicos, y por mediación de personas que al conocer la existencia de la oferta sugirieron la participación a familiares o amigos que deseaban tratar su tabaquismo.

Se presentaron un total de 39 sujetos a quienes se explicó la naturaleza del estudio y el tipo de programa que se iba a aplicar. En esta primera entrevista todos los sujetos rellenaron un cuestionario sobre su conducta de fumar y los aspectos relacionados con ella.

Se pidió a todos los sujetos la entrega de un depósito de 3000 pesetas totalmente recuperables sobre las condiciones estipuladas en el contrato de participación. Dos de los sujetos rechazaron la entrega del depósito por lo que fueron eliminados del estudio y se les sugirió la participación en otro estudio que no requería esta condición.

De los 37 restantes se eligió para participar en el estudio a quienes cumplían los requisitos de igualación en tabaquismo; esto es, fumar durante al menos un período temporal no inferior a 5 años y mantener una media de consumo diario

de cigarrillos igual o superior a 15. La selección final incluyó 23 sujetos (10 mujeres y 13 hombres) con una media de 7,3 años como fumadores y una edad promedio de 32,7 años.

Las sesiones de tratamiento se llevaron a efecto en el Departamento de Psicología de la Universidad de Granada. Los sujetos que no fueron seleccionados para el estudio no fueron informados de este particular y se les aplicó el mismo programa llevado a efecto en el estudio, pero sus datos en ningún caso fueron considerados.

Cada sujeto eligió su propio objetivo de tratamiento, formándose el Grupo A con los 14 sujetos que eligieron la abstinencia como objetivo final, y el Grupo B con los 9 sujetos que eligieron una reducción en su consumo de cigarrillos (fumar controlado) como objetivo final del tratamiento. Los sujetos del grupo B eligieron asimismo el número de cigarrillos diarios que deseaban fumar.

Los sujetos del grupo A fueron asignados al azar a dos subgrupos. El subgrupo A1 implicaba dejar de fumar totalmente desde el primer día de tratamiento, mientras que el subgrupo A2 implicaba una reducción gradual del consumo de cigarrillos hasta la abstinencia. Igual distribución al azar se hizo para los sujetos del grupo B en dos subgrupos, B1 y B2 diferenciados en base a la estrategia de reducción.

El sujeto 12, incluido al principio en el subgrupo A1, decidió cambiar su criterio de tratamiento de abstinencia por el de fumar controlado una vez que había finalizado la fase de tratamiento en el primer subgrupo. Por ello fue incluido en el subgrupo B1 como nuevo sujeto, de manera que el grupo B estuvo formado por 10 sujetos, y el grupo A por 13.

Medición

Cada sujeto registró por sí mismo el número de cigarrillos fumados cada día a lo largo de las diferentes fases del estudio, empleando para ello fichas de cartulina (tamaño 10 x 6 cm.) que entregaban al experimentador en cada entrevista. Al comenzar la fase de intervención se proporcionó a cada sujeto una hoja de papel milimetrado (tamaño DIN A4) preparada para que trasladara diariamente la cifra de cigarrillos consumidos, y dispusiera así de una gráfica que reflejase el cumplimiento del criterio establecido (que previamente era marcado en la misma por el experimentador en forma de línea discontinua sobre el espacio donde el sujeto habría de graficar sus datos).

Durante las fases de seguimiento, los sujetos informaron de su consumo de cigarrillos mediante el envío por correo de formularios normalizados en los que se requería información sobre el número diario de cigarrillos consumidos en los cinco días previos a la fecha de cierre del informe.

En todas las fases del estudio de informadores (personas que tenían la posibilidad de conocer confiablemente si el sujeto fumaba o no y cuántos cigarrillos por día), cuyos datos fueron contrastados con los informados por los propios sujetos, quiénes desconocían la labor de información de estas personas. Se dispuso de este tipo de datos adicionales para los sujetos 3, 4, 8, 14, 18 y 21 del Grupo A, y para los sujetos 2, 10, 11, 19 y 20 del Grupo B.

Procedimientos

A fin de estudiar la posible relación entre eficacia del programa de autocontrol y autoimposición del objetivo de tratamiento, se dispuso un diseño de grupos con dos grupos experimentales formado uno de ellos (Grupo A) por los sujetos que habían elegido la abstinencia como objetivo, y el otro (Grupo B) por los sujetos con fumar controlado como objetivo.

Por último, para comprobar la eficacia diferencial de las estrategias de abandono por reducción drástica y por reducción progresiva se dispuso un diseño de grupos con dos grupos experimentales tanto para los sujetos con abstinencia como objetivo (subgrupos A1 y A2) como para los sujetos con fumar controlado como objetivo (subgrupos B1 y B2).

Se establecieron (a) un procedimiento de intervención general para todos los sujetos (programa de autocontrol), que contenía aquellos elementos de la intervención que fueron aplicados por igual a todos los sujetos, y (b) procedimientos de intervención específicos para cada grupo en función del tipo de objetivo y para cada subgrupo en función de la estrategia de reducción empleada.

Procedimiento general de intervención

Estuvo formado por los siguientes componentes aplicados en su mayoría en forma de instrucciones dadas al sujeto en las sesiones correspondientes:

1. Instrucciones generales sobre las pautas de conducta a seguir durante el tratamiento, y consistentes en no aceptar cigarrillos ofrecidos por otros y no dar evasivas en el rechazo de los mismos sino respuestas asertivas (del tipo "no gracias, estoy dejando de fumar"); verbalizar ante los demás los éxitos conseguidos en el tratamiento; no implicarse en conductas sustitutorias de la de fumar (chicle, frutos secos, substitutos del cigarrillo, etc.); y, por último, ante las "urgencias" por fumar durante el tratamiento emplear la tarjeta de autocontrol (posteriormente se describirá con detalle este componente), repitiendo el mensaje escrito en su dorso.

2. Autorregistro del consumo de cigarrillos en las tarjetas proporcionadas a tal efecto y confección de la gráfica de consumo diario de cigarrillos.

3. Elección y administración por el propio sujeto de las contingencias positivas por cumplir el criterio establecido para cada fase del estudio.

4. Depósito del dinero establecido en el contrato de tratamiento con devolución del 50% al final de la fase de intervención si se había logrado el criterio establecido. El 50% restante sería devuelto en partes proporcionales contingentes a los cuatro informes de seguimiento. En caso contrario las cantidades no devueltas serían entregadas a una organización elegida por el propio sujeto como "odiada" o merecedora de su antipatía.

Procedimientos de intervención específicos.

Se establecieron los siguientes procedimientos de intervención adicionales en función del grupo y subgrupo correspondientes:

1. Para los sujetos con abstinencia como objetivo se establecieron dos procedimientos de abandono. Los sujetos del subgrupo A1 recibieron instrucciones para dejar de fumar totalmente desde el primer día de tratamiento, debiendo autorregistrar su consumo de cigarrillos durante un mes a partir de dicha fecha e informar semanalmente sobre su marcha. Los sujetos del subgrupo A2 recibieron instrucciones para dejar de fumar gradualmente, reduciendo su consumo de cigarrillos a lo largo de cuatro semanas (25%, 50%, 75% y abstinencia). En igual manera autorregistraron su conducta de fumar durante todo el proceso de informaron semanalmente de sus datos.

2. Para los sujetos con fumar controlado como objetivo, se estableció el siguiente procedimiento de abandono. Cada sujeto decidió el número diario de cigarrillos que deseaba fumar como objetivo final del tratamiento. Durante la fase de intervención, cada sujeto recibió instrucciones para que utilizase las tarjetas de autocontrol (ver Figura 1) en las que aparecían por un lado el número de cigarrillos permitidos, y por el reverso un mensaje de autocontrol. Conforme los cigarrillos iban siendo consumidos a lo largo de cada día, debían tacharse de la tarjeta en orden inverso, de manera que el último número no tachado de la tarjeta representase el total de cigarrillos que todavía podían consumirse.

Una vez consumidos todos los cigarrillos disponibles, si surgían nuevos deseos de fumar, los sujetos recibieron instrucciones para leer el mensaje escrito al dorso de la tarjeta de autocontrol como forma de resistir la tentación de fumar. Los sujetos pertenecientes al subgrupo B1 recibieron instrucciones para fumar, desde el primer día de la fase de intervención, sólo el número final de cigarrillos por día que ellos habían elegido como objetivo final, mientras que los sujetos del subgrupo B2 recibieron instrucciones de disminuir progresiva

y proporcionalmente su número diario de cigarrillos, alcanzando el criterio final en cuatro semanas.

RESULTADOS

Los datos proporcionados por los propios sujetos sobre su consumo de cigarrillos a lo largo del estudio coincidieron en todos los casos con los datos proporcionados por los informadores, cuando éstos fueron requeridos.

Las tablas 1 y 2 recogen los resultados globales para todos los sujetos de cada uno de los grupos y subgrupos en número promedio de cigarrillos fumados al día en cada una de las fases del estudio.

A fin de analizar la eficacia intrínseca a cada subgrupo, esto es, cómo de efectiva resultó en la consecución del objetivo definido cada una de las cuatro combinaciones de objetivos y estrategias de tratamiento, se compararon, en cada uno de los cuatro subgrupos (A1, A2, B1, y B2), el número medio de cigarrillos fumados en las distintas fases del estudio, mediante la prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas. A fin de realizar la comparación entre los grupos definidos por el objetivo del tratamiento (grupo de Abstinencia -A- /v/ grupo de Fumar Controlado -B-), se consideraron los porcentajes de sujetos que en cada fase del estudio alcanzaron el criterio fijado en cada uno de los grupos empleando la prueba X^2 . Por último, se realizaron también comparaciones entre los subgrupos A1 y A2, así como entre los subgrupos B1 y B2, en cada una de las fases de la intervención y en función del número de cigarrillos consumidos, por medio de la prueba t para dos muestras independientes, a fin de establecer la eficacia diferencial proporcionada por ambas estrategias de tratamiento, quitarse radical y quitarse progresivo, cuando se combinaron con los objetivos de abstinencia y fumar controlado.

Los porcentajes de participantes que cumplían el criterio en cada fase del estudio se muestran en la Tabla 3. En la línea base ningún sujeto del grupo cuyo objetivo fue la abstinencia (grupo A), así como ningún sujeto del grupo cuyo objetivo fue fumar controlado (grupo B) mostró un consumo de cigarrillos acorde al objetivo, mientras que al final del tratamiento el 100% de los sujetos del grupo A y el 90% de los sujetos del grupo B alcanzaban los objetivos que se habían fijado. A lo largo del seguimiento el porcentaje de sujetos que seguían manteniendo su objetivo se fue reduciendo paulatinamente. Así, a los tres meses de seguimiento el 46.15% de los sujetos del grupo A y el 60% del grupo B cumplían el objetivo, mientras que al año el 15.38% del grupo A y el 20% del grupo B, seguían cumpliéndolo. No hubo diferencias significativas entre el porcentaje de sujetos de ambos grupos que cumplían sus objetivos al final del tratamiento ($X^2 = 0.0181$, N.S.), a los tres meses de

TABLA 1.- Resultados globales de los sujetos con Abstinencia como objetivo de tratamiento (Grupo A)

Sujeto	Línea Base	Final Trat.	\bar{X} de cigarrillos diarios fumados					1 año	% de reducción sobre la L. Base
			3 meses	6 meses	9 meses	SEGUIMIENTO			
S.3	13	0	5	8	7	12	7,5%		
S.13	26	0	5	11	11	18	30,5%		
S.14	23	0	8	12	16	23	0%		
S.15	20	0	3	7	16	19	5%		
S.18	27	0	3	9	21	27	0%		
S.23	21	0	2	6	11	19	9,5%		
\bar{X}	21,66	0	4,33			19,66	8,75%		
S.4	17	0	5	5	5	5	70,5%		
S.5	17	0	0	1,5	5	7,5	54%		
S.6	18	0	0	0	0	0	100%		
S.8	17	0	0	0	0	0	100%		
S.16	19	0	0	0	3	12	37%		
S.21	17	0	0	0	5	13	23,5%		
S.22	20	0	0	4	7	16	20%		
\bar{X}	17,85	0	0,7			7,64	57,85%		
SUBGRUPO A1									
SUBGRUPO A2									

TABLA 2.- Resultados globales para los sujetos con Fumar Controlado como objetivo de tratamiento (Grupo B)

Sujeto	Línea Base	Final Trat. (Objetivo)	SEGUIIMIENTO					% de reducción sobre la L. Base
			3 meses	6 meses	9 meses	1 año		
S.2	28	5 (5)	9	10	14	25	10,5%	
S.7	18	5 (5)	7	10	11	15	16,5%	
S.11	16	1,5 (2)	5	6	10	14	12,5%	
S.12	15	5 (5)	5	8	12	---	20%*	
S.17	19	7 (3)	12	15	15	18	5%	
B1								
\bar{X}	19,2	4,7	7,6			16,8	10,9%	
S.1	24,5	5 (5)	5	13	17	---	30,5%	
S.9	21	3,5 (5)	3	2	3	3	85,5%	
S.10	20	6 (6)	6	8	8	12	40%	
S.19	19	4 (5)	3	4	4	4	79%	
S.20	25	5 (5)	5	11	13	18	28%	
B2								
\bar{X}	21,9	4,7	4,4			10,8	52,6%	

* Datos a los 9 meses de seguimiento
Sin datos para esta fase.

seguimiento ($X^2 = 0.0566$, N.S.), y al año de seguimiento ($X^2 = 0.0704$, N.S.). Ahora bien, dado que en este primer análisis se mezclan los resultados de los sujetos que siguieron ambas estrategias de quitarse en ambos grupos, queda por determinar si los bajos porcentajes recogidos para el año de seguimiento corresponden homogéneamente a los sujetos en ambas estrategias de quitarse o bien alguna de ellas está aportando selectivamente los malos resultados.

TABLA 3.- Porcentaje de sujetos que se mantienen en el Criterio en cada fase del estudio

	Tratam.	3 meses	Seguimiento 6 meses	9 meses	1 año
GRUPO A	100%	46,15%	30,5%	15%	15,38%
(A1)	(100%)	(16%)	(16%)	(0)	(0)
(A2)	(100%)	(57%)	(43%)	(28,5%)	(28,5%)
GRUPO B	90%	60%	20%	20%	20%
(B1)	(80%)	(40%)	(0)	(0)	(0)
(B2)	(100%)	(100%)	(40%)	(40%)	(40%)

Comparación entre Grupos A y B:

FINAL DEL TRATAMIENTO: $X^2 = 0.0181$, N.S.

SEGUIIMIENTO 3 MESES: $X^2 = 0.0566$, N.S.

SEGUIIMIENTO 1 AÑO: $X^2 = 0.0704$, N.S.

En cuanto a los resultados obtenidos por los dos subgrupos que tuvieron abstinencia como objetivo, durante la Línea Base no hubo diferencias significativas ($t_{11} = 1.965$, N.S.) entre el número medio de cigarrillos consumidos por el subgrupo de Reducción Drástica (A1) y los consumidos por el subgrupo de Reducción Gradual (A2). Tampoco hubo diferencias entre ambos subgrupos al final de la fase de tratamiento. Sin embargo, el número medio de cigarrillos consumidos por el subgrupo A2 fue significativamente menor que el consumido por el grupo A1, tanto a los tres meses ($t_{11} = 3.22$, $p < .01$) como al año de seguimiento ($t_{11} = 3.73$, $p < .005$).

Los resultados obtenidos por los dos subgrupos que tuvieron Fumar Controlado como objetivo indicaron que no hubo diferencias significativas entre el número promedio de cigarrillos consumidos por el subgrupo de Reducción Drástica (B1) y los consumidos por el subgrupo de Reducción Gradual (B2) en Línea Base ($t_{11} = 1.04$, N.S.), al final del tratamiento ($t_{11} = 0$, N.S.), como

tampoco las hubo en los seguimientos a tres meses ($t_{11} = 2.2.$, N.S.) y al año ($t_{11} = 1.55$, N.S.).

La tabla 4 muestra los resultados del análisis intragrupo correspondiente a los subgrupos con abstinencia como objetivo, A1 y A2, llevados a cabo mediante la prueba Wilcoxon. En el subgrupo A1 (Reducción Drástica) hubo diferencias significativas entre las distintas fases del tratamiento. Así, el consumo de cigarrillos correspondientes a la Línea Base fue significativamente superior al consumo que se produjo al final del tratamiento, y éste fue significativamente inferior al correspondiente a los tres meses y al año de seguimiento. El consumo de cigarrillos a los tres meses de seguimiento fue también significativamente inferior al del año de seguimiento.

TABLA 4.- Efectos del tratamiento con Abstinencia como objetivo

FASES	SUBGRUPOS	
	Reducción Drástica (N=6)	Reducción Gradual (N=7)
L. Base /v/ Final Tratamiento	W= 2.20, p<.05	W= 2.41, p<.05
Final Trat. /v/ Seguim. 3 m.	W= 2.20, p<.05	W= 1, N.S.
Final Trat. /v/ Seguim. 1 año	W= 2.20, p<.05	W= 2.02, p<.04
Seguim. 3 m. /v/ Seguim. 1 año	W= 2.20, p<.05	W= 1.83, N.S.
L. Base /v/ Seguim. 1 año	W= 1.05, N.S.	W= 2.37, p<.05

En cuanto al subgrupo A2 (Reducción Gradual) el consumo de tabaco correspondiente a la Línea Base fue también significativamente superior al que se produjo al final del tratamiento. El número de cigarrillos consumidos al final del tratamiento no presentó diferencias significativas con los consumidos al final del tratamiento no presentó diferencias significativas con los consumidos a los tres meses de seguimiento pero si fue significativamente menor que el correspondiente al año de seguimiento. Tampoco hubo diferencias significativas en cuanto al consumo de cigarrillos en las dos evaluaciones de seguimiento.

La Tabla 5 muestra los resultados del análisis intragrupo correspondiente a los subgrupos con Fumar Controlado como objetivo, B1 y B2. En el primero de ellos (Reducción Drástica), el consumo de cigarrillos correspondiente a la Línea Base fue significativamente mayor que el producido al final del tratamiento,

to, mientras que no hubo diferencias en el número de cigarrillos fumados al final del tratamiento y a los tres meses de seguimiento. Sin embargo, tanto el consumo de cigarrillos a los tres meses de seguimiento como al año fue significativamente superior al producido al final del tratamiento.

TABLA 5.- Efectos del tratamiento con Fumar Controlado como objetivo

FASES	SUBGRUPOS	
	Reducción Drástica (N=5)	Reducción Gradual (N=5)
L. Base /v/ Final Tratamiento	W= 2.20, p<.05	W= 2.02, p<.05
Final Trat. /v/ Seguim. 3 m.	W= 1.83, N.S.	W= 1.34, N.S.
Final Trat. /v/ Seguim. 1 año	W= 2.20, p<.05	W= 1.46, N.S.
Seguim. 3 m. /v/ Seguim. 1 año	W= 2.20, p<.05	W= 1.83, N.S.
L. Base /v/ Seguim. 1 año	W= 2.06, N.S.	W= 2.02, p<.05

En cuanto al subgrupo B2 (Reducción Gradual), el consumo de cigarrillos durante la Línea Base fue significativamente superior al correspondiente al final del tratamiento. No hubo diferencias en cuanto a los consumos entre el final del tratamiento y el seguimiento tanto a los tres meses como al año, como tampoco la hubo entre ambas evaluaciones de seguimiento.

DISCUSION

Considerada globalmente, la aplicación de un programa de autocontrol por fumadores que pretendían dejar de fumar o reducir su consumo, resultó eficaz en el logro de ambos objetivos de tratamiento, si bien el mantenimiento a largo plazo de la abstinencia de fumar o del consumo reducido, no se cumplió eficazmente. Aún y cuando todos los sujetos (excepto un sujeto del subgrupo B1) consiguieron su objetivo al final del tratamiento, sólo un escaso 15% de los participantes en el grupo de abstinencia como objetivo mantuvo el criterio al año de seguimiento, junto al 20% de los participantes en el grupo de fumar controlado que mantuvieron el criterio para dicho período de tiempo.

Estos resultados indicarían que los programas de autocontrol pueden ser una alternativa eficaz y económica para dejar de fumar o reducir el consumo si se dotan de ciertas estrategias encaminadas a preservar el mantenimiento

de los logros terapéuticos. En concreto, parece ser el mantenimiento a largo plazo el punto más débil de estos programas tal y como se aplicaron en el presente estudio, ya que el mantenimiento a 3 meses indicó un 46% de sujetos abstinentes en el grupo A y un 60% de sujetos manteniendo el criterio de fumar controlado en el grupo B, resultados perfectamente comparables con los promedios de eficacia que arrojan la mayoría de los procedimientos de intervención en tabaquismo para dicho periodo de seguimiento (para una revisión de los mismos, por ejemplo, Gil Roales-Nieto y Calero García, 1992).

Aún y cuando al año de seguimiento los resultados parecen bajos, un aspecto a considerar es la reducción real en fumar producida con respecto a los niveles de línea base. Esto es, la mayoría de los sujetos, aún y cuando no estuvieran manteniendo estrictamente el criterio postratamiento, mostraron reducciones en muchos casos importantes en su consumo de cigarrillos con respecto a los niveles que mantuvieron en línea base. Además, estas reducciones aparecen selectivamente superiores en los subgrupos A2 y B2, aspecto que comentaremos más adelante.

La comparación del grupo que tuvo abstinencia como objetivo con el grupo que tuvo fumar controlado como objetivo, señala que no se encontraron diferencias significativas en sus niveles de eficacia, por lo que podríamos establecer que no afecta a la mayor o menor eficacia del programa el hecho de elegir un objetivo de abstinencia o uno de fumar controlado.

El estudio pretendía, también, la comparación de dos estrategias diferentes -quitarse o reducir drásticamente o hacerlo gradualmente- de cara a someter a prueba el punto de vista aceptado por la práctica totalidad de los investigadores en tratamiento del tabaquismo, sobre la conveniencia de una retirada brusca de fumar y los peligros de recondicionamiento que se derivarían de una retirada gradual. En el caso de los fumadores que eligieron abstinencia como objetivo el análisis comparativo de ambas estrategias es significativamente favorable a la retirada gradual. De hecho, el número promedio de cigarrillos consumidos por el subgrupo A2 (retirada gradual) fue significativamente menor que el consumido por el subgrupo A1 (retirada brusca). Asimismo, las diferencias en porcentajes de reducción en el consumo a un año de tratamiento respecto a línea base, fue claramente favorable al subgrupo de retirada gradual, con un 57,85% de reducción frente a sólo un 8,75% de reducción promedio en el subgrupo de retirada brusca. En la misma línea, mientras que en el subgrupo de retirada brusca ningún sujeto mantenía el criterio de abstinencia al año de seguimiento, en el de retirada gradual lo mantenían el 28,5% de sujetos (lo cual es un porcentaje moderadamente aceptable si se compara a los promedios de otros tratamientos). Por todas estas razones, podemos establecer que la retirada gradual de fumar es una estrategia que ofrece mejores resultados que la retirada brusca, no confirmándose las

previsiones de Mausner (1966), Flaxman (1974), Shiffman (1979) en el caso de sujetos que persigan la abstinencia.

Contrariamente a lo anterior, en el caso de los fumadores que eligieron fumar controlado como objetivo de tratamiento, no aparecieron diferencias significativas a un año de seguimiento entre los dos subgrupos que emplearon ambas estrategias de reducción drástica y reducción gradual. Sin embargo, este juicio estadístico, basado en la comparación de los consumos promedio de cigarrillos para ambos subgrupos, que indicarían una eficacia pareja de ambas estrategias, debe ser matizado. Así, mientras que ningún sujeto del subgrupo B1 mantenía al año de seguimiento el consumo criterio que se había autoimpuesto y logrado al final del tratamiento, el 40% de los sujetos del subgrupo B2 (reducción gradual) conseguía mantener el criterio en dicho período de tiempo. Además, al año de seguimiento el subgrupo B1 ofreció una reducción promedio de su consumo respecto a línea base de sólo el 10,9% frente al 52,6% que ofreció el subgrupo B2 de reducción gradual. Por tanto, podemos señalar que la reducción gradual fue la estrategia que ofreció mejores resultados también en el caso de los fumadores que eligieron fumar controlado como estrategia de tratamiento.

En resumen, los datos obtenidos en el presente estudio señalan que los programas de autocontrol son eficaces en la obtención del objetivo de tratamiento sea éste la abstinencia de fumar o la reducción en el consumo o fumar controlado, pero su eficacia disminuye en el mantenimiento a largo plazo de dichos objetivos. Una solución que permitiera seguir confiando en este tipo de procedimientos podría ser la incorporación a los mismos de ciertas estrategias destinadas a fortalecer el mantenimiento a largo plazo. Teniendo en cuenta que los programas de autocontrol son procedimientos mínimamente invasivos y de reducido coste, así como que enfatizan el autotratamiento con los efectos beneficiosos derivados que conlleva (incremento de la autoestima, posibilidad de generalización a otros aspectos de la vida cotidiana, etc), sería necesaria la puesta en marcha de estudios que tratasen de determinar la eficacia real de tales añadidos para el mantenimiento.

Por otra parte, parece claro que la estrategia de la retirada o reducción progresiva es aconsejable frente a la retirada o reducción radical o drástica, y que dicha estrategia debería adoptarse independientemente de cual fuera el objetivo elegido por el propio fumador.

BIBLIOGRAFIA

- BERNARD, H.S. y EFRAN, J.S. (1972): Eliminating versus reducing smoking using pocket timers. *Behavioral Research and Therapy*, 10, 399-401.

- ELLIOTT, R. y TIGHE, T. (1968): Breaking the cigarette habit: Effects of a technique involving threatened loss of money. *Psychological Record*, **18**, 503-513.
- FERRARO, D.P. (1973): Self-Control of smoking: The amotivational syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, **81**, 152-127.
- FISHER, E.B., JR., LEVENKRON, J.C., LOWE, M.R., LORO, A.D., JR., y GREEN, L. (1982): Self-initiated self-control in risk reduction. En R.B. Stuart (Ed). *Adherence, compliance and generalization in behavioral medicine*. New York: Bruner & Mazel. Págs. 169-191.
- FLAXMAN, J. (1974): Smoking cessation: gradual vs. abrupt quitting. Meeting of the A.A.B.T. Chicago.
- FLAXMAN, J. (1978): Quitting smoking now or later: gradual, abrupt, immediate and delayed quitting. *Behavior Therapy*, **9**, 260-270.
- GIL ROALES-NIETO, J. y CALERO GARCIA, M.D. (1992): *Tratamiento del tabaquismo*.
- LICHTENSTEIN, E. y DANAHER, B.G. (1976): Modification of smoking behavior: a critical analysis of theory, research and practice. En M. Hersen, R.M. Eiser y P.M. Miller (Eds.). *Progress in Behavior Modification*. Vol. 3. New York: Academic Press. Págs. 79-132.
- LOGAN, F.A. (1973): Self-control as habit, drive, and incentive. *Journal of Abnormal Psychology*, **81**, 127-136.
- LOWE, M.R., GREEN, L., KURTZ, S.M.S., ASHENBERG, Z.S. y FISHER, E.B. (1980): Self-initiated, cue extinction, and cover sensitization procedures in smoking cessation. *Journal of Behavioral Medicine*, **3**, 357-372.
- MAUSNER, B. (1966): Report on a smoking clinic. *American Psychologist*, **21**, 251-255.
- McFALL, R.M. (1970): Effects of self-monitoring on normal smoking behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **35**, 135-142.
- McFALL, R.M. y HAMMEN, C.L. (1971): Motivation, structure, and self-monitoring: Role of nonspecific factors in smoking reduction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **37**, 80-86.
- NEWMAN, A. y BLOOM, R. (1981a): Self-control of smoking-II Effects of experience with imposed, increasing, decreasing and random delays. *Behavior Research and Therapy*, **19**, 187-192.
- NEWMAN, A. y BLOOM, R. (1981b): Self-control of smoking-II. Effects of cue salience and source of delay imposition on the effectiveness of training under increasing delay. *Behaviour Research and Therapy*, **19**, 193-200.
- POMERLEAU, O.F. y CICCONE, P. (1974): *Preliminary results of a treatment program for smoking cessation using multiple behavior modification techniques*. Meeting of the A.A.B.T., Chicago.
- SHAPIRO, D., TURSKY, B., SCHWARTZ, G.E. y SCHNIDMAN, S.K. (1971): Smoking on cue: a behavioral approach to smoking reduction. *Journal of Health and Social Behavior* **5**, 12, 1108-1113.
- SHIFFMAN, S.M. (1979): The tobacco withdrawal syndrome. En N.A. Krasnegor (Ed). *Cigarette smoking as a dependence process* (NIDA Research Monograph 23). Washington, D.C.: U.S.D.H.E.W., Publication No. (ADM) 79-800.
- UPPER, D. y MEREDITH, L. (1971): *A imed-interval procedure for modifying cigarette-smoking behavior*. Veterans Administrarion Hospital. Brockton, Ma.
- WATSON, D.L. y THARP, R.G. (1972): *Self-directed behavior: Self-modification for personal adjustment*. Monterey, Ca.: Brooks/Cole.
- WINETT, R.A. (1973): Parameters of deposit contracts in the modification of smoking. *Psychological Record*, **23**, 49-60.