

La hipnosis como adjunto en el tratamiento del hábito de fumar. Estudio de caso

María Elena Mendoza Figueroa
Universidad de La Laguna

Se presenta el caso de una paciente de 33 años con dependencia a la nicotina que llevaba 9 años fumando una media de 35 cigarrillos diarios. Intentó dejarlo hace 3 años pero tuvo una recaída a los seis meses por problemas de ansiedad y continuó con su adicción. El tratamiento tuvo como objetivo que la paciente dejara de fumar evitando las posibles molestias del síndrome de abstinencia. Se aplicó un programa multicomponente de seis sesiones llevadas a cabo en un mes en el que se incluyeron: auto-registros, el método de auto-hipnosis rápida de Capafons y otras técnicas de auto-control; reestructuración cognitiva y prevención de recaídas. La paciente dejó de fumar en la fecha acordada, veintidós días después de comenzar el tratamiento, en la quinta sesión. El seguimiento a un año después de haber finalizado el tratamiento ha dado como resultado la abstinencia, habiéndose minimizado los síntomas del síndrome de abstinencia y el aumento de peso.

Hypnosis as an adjunct to treatment for smoking cessation. A case Study. This paper deals with a case study of a 33-year-old patient whose diagnosis was nicotine dependence. She had smoked for nine years an average of 35 cigarettes per day. The patient tried to quit smoking three years ago but although she stopped smoking during a six-month period, she failed to keep her abstinence due to anxiety problems. The treatment goal was that the patient became abstinent with minimal withdrawal symptoms. A multimodal program of six sessions, which were carried out in a period of one month, was applied. This treatment included self-recording, Capafons' rapid self-hypnosis method and other self-control techniques; cognitive restructuring, and relapse prevention. The patient quitted smoking at the date previously established, that is, twenty-two days after the beginning of the treatment, on the fifth session. The results were maintained throughout one year of the follow-up period and withdrawal symptoms and weight gain were minimized.

La mayoría de los fumadores son conscientes de los problemas de salud que produce el tabaquismo y aún así continúan fumando, en algunos casos, por la dificultad que atribuyen al abandono de este hábito.

La nicotina es un alcaloide más tóxico que la heroína (Lynn, Neufeld, Rhue, & Matorin, 1997) que se clasifica como una droga según los criterios del DSM-IV (APA, 1995).

El hábito de fumar es un proceso que se desarrolla mediante tres etapas (Leventhal & Cleary, 1980) que son: la iniciación del consumo, el mantenimiento de la conducta adictiva al tabaco y el abandono. En la primera etapa intervienen los siguientes factores: de predisposición, características sociodemográficas, disponibilidad, coste económico, publicidad y presión social al consumo, factores cognitivos y de expectativa ante los cigarrillos, carencia de estrategias adecuadas de afrontamiento ante el aburrimiento y el control del peso corporal y efectos fisiológicos y psicológicos de los primeros cigarrillos (Becoña, 1994).

Diversos estudios han mostrado que las variables psicológicas que influyen en el mantenimiento del hábito de fumar son la ansiedad y el afrontamiento frente al estrés (Lichtenstein, 1982; López & Buceta, 1996). Por lo que se refiere a los efectos farmacológicos, según el modelo de regulación de la nicotina (Schachter et al., 1977) el mantenimiento de la conducta adictiva tiene como fin mantener un nivel determinado de esta sustancia en el cuerpo (Sarafino, 1990).

La conducta de fumar es un hábito aprendido y generalizado. Cada vez que una persona fuma, ya sea por los efectos placenteros que percibe, por determinadas atribuciones o por evitar los síntomas de la abstinencia, está reforzando su hábito; y el fumar en distintos lugares y situaciones generaliza la conducta aprendida y convierte a esas situaciones en estímulos discriminativos, asociados con una conducta gratificante, que en un futuro elicitarán la conducta de fumar.

Respecto a la tercera etapa, la de abandono, uno de los factores determinantes es la aplicación de estrategias de afrontamiento ante las recaídas (Shiffman & Wills, 1985), de hecho, un predictor de la abstinencia a largo plazo es la capacidad que el fumador percibe que tiene para afrontar las situaciones de alto riesgo de recaída (Marlatt & Gordon, 1985). Otro aspecto importante en esta etapa es la motivación para dejar de fumar (Hajek, 1991; Perry & Mullin, 1975). Por otra parte, las variables que dificultan esta etapa de

abandono son: el estrés, la depresión, el neuroticismo, el aumento de peso y el síndrome de abstinencia (Bayot, 1994; Bayot & Capafons, 1995; Gritz, Carr, & Marcus, 1991; Hajek, 1991; Perkins, 1993).

Debido a la complejidad de esta adicción y a sus efectos nocivos sobre la salud se han desarrollado distintos tipos de intervenciones para dejar de fumar. Dentro de las intervenciones clínicas están las técnicas farmacológicas basadas en el modelo médico y los tratamientos psicológicos (para una revisión amplia de los tratamientos desarrollados para el tabaquismo, puede consultarse Bayot, Capafons, & Amigó, 1995; Becoña, 1994; López & Buceta, 1996).

Hoy en día, los procedimientos más prometedores en el tratamiento psicológico del hábito de fumar son los programas multicomponente. Estos programas se basan en que, dada la complejidad del hábito y la variedad de funciones que cumplen los cigarrillos para los fumadores, un tratamiento que incluya distintas estrategias terapéuticas podrá adaptarse mejor a las necesidades de cada caso (López & Buceta, 1996). Pero hay que tener en cuenta que el tratamiento no va a ser más efectivo por incluir más cantidad de técnicas, pues un programa demasiado complejo puede causar el efecto contrario y resultarle al fumador difícil de seguir, siendo así menos eficaz (Lichtenstein & Glasgow, 1992). Lo ideal es encontrar la combinación de las técnicas más apropiadas para cada caso de tal modo que éstas sean compatibles y no interfieran unas con otras (López & Buceta, 1996).

Los programas multicomponente suelen constar de tres fases: la de preparación, en la que el principal objetivo es el aumento de la motivación; la de abandono en la que se aplican técnicas específicas para dejar de fumar; y la de mantenimiento que consta de sesiones de apoyo para mantener las ganancias del tratamiento (Lichtenstein & Mermelstein, 1984).

Un ejemplo de este tipo de programas es el desarrollado por Lynn y sus colaboradores de la Universidad de Ohio (Lynn et al., 1997) que incluye los siguientes elementos: auto-hipnosis, habilidades cognitivas y conductuales, educación e información sobre el hábito, aumento de la motivación y la auto-eficacia, adopción del rol de no fumador, reducción gradual de fumar, control del aumento de peso, contratos y apoyo social, prevención de recaídas y mantenimiento de las ganancias del tratamiento.

La hipnosis es una técnica que ha mostrado en diversos estudios su eficacia como parte de programas multicomponente para el tratamiento de este hábito (Agee, 1983; Brown, 1992; Brown & Fromm, 1987; Green, 1996; 1999; Holroyd, 1980; Lynn et al., 1997; Wadden & Anderton, 1982).

En el ámbito de los tratamientos cognitivo-conductuales, la hipnosis como técnica adjunta, ayuda a fomentar la motivación del paciente y a aumentar sus expectativas de auto-eficacia (Capafons, 1998a). Y se ha observado que existe una relación directa entre el incremento de la auto-eficacia y el mantenimiento de las ganancias del tratamiento (Bandura, 1982).

Desde la perspectiva cognitivo-comportamental, la hipnosis no se considera como un estado alterado de conciencia o como un trance (Capafons, 1998a), entre otras cosas, porque ya hace tiempo que se han abandonado estas explicaciones pertenecientes a la teoría del estado hipnótico por su falta de apoyo científico y por la existencia de investigación que indica lo contrario (Capafons, 1998a; Chaves, 1997; Kirsch, Capafons, Cardeña, & Amigó, 1999).

En la versión que se presenta al paciente sobre la hipnosis se le deja claro que no es una técnica mágica, ni actúa por sí sola o por

los «poderes» del terapeuta, sino que requiere de su colaboración y participación activa. Es una habilidad que le aportará auto-control y, por tanto, puede aprender a responder a ella, mejorando con la práctica (Capafons, 1998a; Golden, Dowd, & Friedberg, 1987; Kirsch, 1993).

Determinado tipo de tratamientos, en especial, los que tratan hábitos, van encaminados a que el paciente controle sus emociones y sensaciones mediante el aprendizaje de ejercicios basados en el recuerdo sensorial. La hipnosis le permitirá aprender con más rapidez y menos esfuerzo a activar determinadas reacciones y a automatizarlas para que se pongan en marcha cuando sea necesario.

Esta técnica también es útil para sustituir las actitudes que mantienen el hábito por pensamientos y conductas más positivos y saludables, así como para reestructurar los pensamientos negativos, que actúan como auto-sugestiones, referidos a la capacidad propia para dejar de fumar. Golden et al. (1987) distinguen tres categorías de pensamientos negativos que mantienen la adicción: pensamientos de baja tolerancia a la frustración en cuanto al abandono, pensamientos de reproche por ser débil y tener este hábito y excusas con las que los fumadores se engañan a sí mismos justificando su adicción.

A continuación se presenta la intervención llevada a cabo en un caso de dependencia a la nicotina en el que se utilizó la hipnosis como adjunto a un programa multicomponente adaptado a las características del caso. El objetivo de este trabajo es ver la utilidad de la auto-hipnosis rápida en el ámbito de un programa de tratamiento cognitivo-conductual.

Método

Paciente

La paciente es una mujer soltera de 33 años licenciada en Filología que trabaja en un colegio como profesora de enseñanza secundaria. Solicitó tratamiento tras su colaboración voluntaria en un estudio epidemiológico sobre salud mental que se está llevando a cabo por toda la isla de Tenerife (Díaz, en preparación). En las sesiones de evaluación se detectó que la paciente cumplía los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1995) del trastorno de ansiedad generalizada, de fobia social generalizada y de agorafobia sin historia de trastorno de angustia. Además presentaba un estado de ánimo bajo, déficits en conducta asertiva y dependencia a la nicotina. La paciente demandó un tratamiento para dejar de fumar en una sesión de seguimiento del tratamiento de los trastornos de ansiedad. Llevaba 9 años fumando una media de 35 cigarrillos rubios diarios de una marca que contiene 0,7 mg. de nicotina y 0,9 de alquitrán. Aunque intentó dejarlo hace 3 años siguiendo las instrucciones de una revista, tuvo una recaída a los seis meses por problemas de ansiedad y continuó con su adicción.

Evaluación

Para la evaluación de la paciente y la elaboración del tratamiento se utilizaron las siguientes pruebas:

1. *Historia clínica para fumadores*: es una adaptación de la utilizada en algunos servicios de la Generalitat de Cataluña y evalúa distintas cuestiones relacionadas con el tabaquismo (tomada de Bayot et al., 1995). En este caso se detectó, aparte de la información ya mencionada, que los principales motivos para dejar de fumar eran: prevenir problemas de salud, disminuir los síntomas fí-

sicos y psicológicos que le estaba provocando el tabaco así como los problemas de estética y ahorrar el dinero que se estaba gastando en su hábito. La paciente había empezado a fumar por las presiones de su grupo de amigos y la adicción se mantenía por su idea de que fumar la ayudaba a relajarse y de que le hacía parecer una persona más segura e interesante. También se observó que fumaba sobre todo cuando veía fumar a otros, en situaciones difíciles para reducir la ansiedad y como auto-refuerzo inmediato. Sólo tenía restricciones en su entorno laboral y la principal dificultad que esperaba encontrar en el tratamiento era la dependencia psicológica.

2. *Cuestionario de dependencia nicotínica de Fagerström* (FTQ, Fagerström, 1978) es el mejor predictor de los niveles en sangre de cotinina (Pomerleau, Pomerleau, Majchrzak, Kloska, & Malakuti, 1990) y consta de ocho elementos. La paciente tenía una puntuación de 7 que se considera como una alta dependencia a la nicotina.

3. *Cuestionario de expectativas* (adaptado de Chóliz, 1989) que evalúa la creencia del paciente en su capacidad para dejar de fumar y está formado por 20 elementos. Es importante conocer las expectativas del paciente pues, como indica Capafons (1993), son uno de los mejores predictores de éxito en los procedimientos psicológicos, así como uno de los posibles procesos que pueden explicar el cambio terapéutico. Este instrumento se pasará de nuevo en la cuarta sesión del tratamiento para comprobar si han cambiado, pues se ha observado que las personas que más cambian sus expectativas son las que más abandonan el tratamiento (Bayot et al., 1995); en este caso no hubo cambios importantes sino en elementos referidos a la información de la estructura del tratamiento que se facilitó en las primeras sesiones.

4. *Lista de síntomas-90-correcta* (SCL-90-R, Derogatis, 1994). Escala de psicopatología que indica si hay otros trastornos asociados que requieran atención antes del tratamiento para dejar de fumar. En este caso se confirmó la remisión de los otros trastornos que presentaba la paciente al acudir a consulta.

5. *Cuestionario de creencias sobre hipnosis* (Keller, 1996) que evalúa el grado de acuerdo del paciente con algunos mitos y creencias erróneas acerca de esta técnica como, por ejemplo, que es como el sueño, que es un «estado de trance peligroso» del que la persona puede tener dificultades para salir, que es algo que no requiere de su colaboración y otros; para saber cuáles hay que explicar con más detalle en la primera fase del tratamiento. La paciente responde de manera bastante ajustada.

6. *Cuestionario de seguimiento para fumadores de Capafons* (tomado de Bayot et al., 1995) que evalúa distintos aspectos importantes en el mantenimiento de las ganancias terapéuticas: motivos de recaída, aumento de peso, ganas de fumar, consumo de tabaco, ansiedad y beneficios obtenidos tras dejar de fumar en distintas áreas. Se pasa en todas las sesiones de seguimiento que tienen lugar una semana después del tratamiento, un mes, seis y doce meses más tarde.

7. *Fichas de auto-observación* (tomadas de Bayot et al., 1995) en las que la paciente apunta cuántos cigarrillos fuma cada día y cuántos ha deseado pero no se ha fumado. Este registro lo lleva a cabo durante todo el tratamiento, y en los doce meses siguientes apunta sólo si fuma o si tiene una recaída importante y tiene que volver a aplicar las estrategias aprendidas.

Tratamiento

El tratamiento tuvo como objetivo que la paciente dejara de fumar reduciendo lo posible las molestias por el síndrome de abstinencia

y el aumento de peso, así como que consiguiera mantener las ganancias obtenidas en el tratamiento. Para la elaboración del mismo se tuvo en cuenta que la paciente ya estaba entrenada en técnicas de relajación, reestructuración cognitiva con debate de ideas irracionales, auto-registros y auto-instrucciones.

Se aplicó un programa multicomponente basado en el programa de Bayot et al. (1995; 1997) sólo que en vez de utilizar la Terapia de Auto-Regulación Emocional (Amigó, 1992; Capafons & Amigó, 1995) se adaptó para la utilización de la hipnosis (en concreto el método de auto-hipnosis rápida de Capafons (Capafons, 1998a; Capafons & Amigó, 1993c)) y se añadieron algunos elementos del programa de Lynn et al. (1997). Este programa se llevó a cabo en seis sesiones (de una duración aproximada de hora y media) repartidas a lo largo de un mes.

A continuación se exponen las actividades realizadas en cada una de las sesiones y el curso del tratamiento. (Ver en la tabla 1 el esquema del tratamiento).

Sesión I

Al principio de esta sesión se pasaron las siguientes pruebas: la historia clínica para fumadores que incluye el cuestionario de dependencia a la nicotina de Fagerström, la SCL-90-R y el cuestionario de expectativas.

Luego se explicó a la paciente la estructura del tratamiento destacando la importancia de su colaboración, constancia y motivación (Green, 1996; 1999; Lynn et al., 1997). Asimismo se justificó la elección de la técnica de auto-hipnosis explicándole que ésta le ayudaría a tener un mayor auto-control sobre su conducta, a mantener los resultados del tratamiento y a disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia.

Se le explicaron los mitos y creencias erróneas populares existentes sobre la hipnosis después haberle pasado un cuestionario (Keller, 1996) en el que se observó que su concepto de la hipnosis no era esotérico, mágico o poco realista (para una revisión de los mitos de la hipnosis puede consultarse Capafons, 1998a; Golden et al., 1987).

Después se procedió a evaluar la susceptibilidad a la hipnosis de la paciente utilizando las siguientes pruebas: balanceo y caída hacia atrás, enrollamiento y catalepsia oculares y apretón de manos (Capafons & Amigó, 1993bc). La oscilación postural fue bastante pronunciada, sin embargo necesitó ayudarse de la imaginación en el apretón de manos y no consiguió el enrollamiento ocular pues le provocaba molestias.

También en esta sesión se le dio a la paciente la explicación cognitivo-conductual de la hipnosis que incluye: la definición de la técnica, destacando la importancia de su colaboración; la explicación de interferencia y de la ley del efecto inverso de Couè; y la definición de recuerdo sensorial (para una explicación detallada véase Capafons, 1998a; Capafons & Amigó, 1993c; Kirsch, 1993).

Por último, como tarea terapéutica, se acordó que registraría los cigarrillos fumados y los deseados pero no fumados.

Sesión II

En esta sesión, que tuvo lugar una semana más tarde, la paciente dice haber fumado menos, no llegando a las dos cajas ningún día. Los dos días que ha fumado más dice que fue porque tuvo que quedarse hasta muy tarde corrigiendo exámenes, aunque

normalmente en estas condiciones llega a fumar hasta 45 cigarrillos. Se hizo un análisis funcional de la conducta de fumar teniendo en cuenta el auto-registro realizado durante la semana de línea base y se detectó que fuma para disminuir la ansiedad en momentos en que descansa, pues tiene la idea de que si descansa está perdiendo el tiempo. Se debatió esta idea irracional junto con la paciente y se le animó a buscar actividades alternativas (a fumar y sentirse culpable por no hacer nada) en sus momentos de descanso. Los cigarrillos que ella considera más difíciles de eliminar son el primero de la mañana y los de después de comer, todos relacionados con sentimientos de ansiedad.

Se empieza ya en esta sesión a trabajar con la hipnosis. Antes de hipnotizar a la paciente se le dan algunas indicaciones respecto a las sensaciones que puede experimentar debidas a la relajación profunda tales como mareo, pesadez... Asimismo, se acuerda una señal indicadora de que quiere salir de hipnosis en un momento determinado por la razón que sea. Con ello se evitan interrupciones bruscas que podrían provocar mareos y la asociación de sensaciones desagradables con la hipnosis, y al mismo tiempo le hace ver que tiene el control de la situación en todo momento. Se le informa de los ejercicios que se van a realizar entre los que se in-

cluye la narración de una metáfora (Capafons, en preparación) que expresa la relevancia y forma de actuar de la hipnosis y la auto-hipnosis en la resolución de su problema. Se le pide que se implique todo lo que pueda en la historia y se empieza la hipnosis con una inducción tradicional. Después se procede a enseñarle el método de auto-hipnosis rápida (AHR) de Capafons (Capafons, 1998ab; Capafons & Amigó, 1993c). Se elige este método por ser de los más disimulados que se han desarrollado. Permite a la persona darse sugerencias en cualquier momento y lugar en que le den ganas de fumar cambiando el impulso por la indiferencia o la aversión y relajándose con rapidez sin tener que cerrar los ojos ni adoptar posturas de aletargamiento. La paciente lo aprende rápido.

Se dan algunos datos médicos de los beneficios de dejar de fumar (tomados de Green, 1996) por el interés de la paciente en los efectos positivos para su salud de dejar el hábito.

Como tareas, se indica a la paciente que siga con el auto-registro, que practique la AHR, que empiece a guardar en un recipiente bien visible el dinero ahorrado en cigarrillos y que tenga en cuenta el control de estímulos, como, por ejemplo, comprar los cigarrillos caja por caja, restringir los ceniceros y eliminar los estímulos que le recuerden el tabaco.

Tabla 1
Esquema del tratamiento

Sesión	Actividades realizadas
SESIÓN I	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pase de pruebas ➤ Explicación del tratamiento (nº de sesiones, técnicas...) ➤ Aclaración de los mitos sobre la hipnosis ➤ Evaluación de la susceptibilidad hipnótica ➤ Explicación cognitivo-conductual de la hipnosis ➤ Tarea: auto-registro
SESIÓN II	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis funcional de la conducta de fumar según auto-registro ➤ Hipnosis: metáfora ➤ Aprendizaje del método de auto-hipnosis rápida de Capafons (AHR) ➤ Datos médicos de los beneficios de dejar de fumar ➤ Tareas: auto-registro, control de estímulos, guardar el dinero ahorrado en tabaco, practicar la AHR
SESIÓN III	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisión de tareas ➤ Pase de una escala de sugestionabilidad ➤ Información y afrontamiento del síndrome de abstinencia ➤ Ejercicio de cambio de emociones en hipnosis ➤ Elaboración de la jerarquía de cigarrillos más fáciles de eliminar (restricción del estímulo) ➤ Tareas: auto-registro, eliminar cigarrillos más fáciles, escribir los beneficios de dejar de fumar en tarjeta, practicar AHR y el cambio de emociones
SESIÓN IV	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisión de tareas ➤ Segundo pase del cuestionario de expectativas ➤ Hipnosis despierta con ejercicios de recuerdo sensorial ➤ Regresión de edad y progresión temporal en hipnosis ➤ Aserción para negar ofrecimientos ➤ Fijar una fecha para dejar de fumar ➤ Tareas: auto-registro, practicar la AHR y el cambio de emociones con asociación a objetos
SESIÓN V	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisión de lo ocurrido desde la sesión anterior ➤ Hipnosis despierta con ejercicios de recuerdo sensorial y proyección temporal ➤ Explicación de cómo utilizar las sugerencias y el recuerdo sensorial ➤ Prevención de recaídas ➤ Tareas: ídem a la sesión anterior y no fumar a partir de este día
SESIÓN VI	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisión de lo ocurrido desde la última sesión ➤ Prevención de recaídas ➤ Tareas: ídem a la anterior
SEG. (4)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisión de lo ocurrido desde la última sesión ➤ Pase del Cuestionario de Seguimiento para Fumadores ➤ Recomendaciones generales sobre nutrición, ejercicio físico, prevención, afrontamiento y reatribución de recaídas

Sesión III

En esta sesión, cuatro días después de la anterior, la paciente informa de haber fumado menos y de haber practicado la AHR.

Después de que la paciente se auto-hipnotiza se hacen unos ejercicios relacionados con distintos tipos de reacciones: motoras, sensorio-fisiológicas y cognitivo-perceptivas (Capafons & Amigó, 1993bc). La paciente consiguió realizar todos los ejercicios excepto la amnesia selectiva. Luego se habló sobre lo que había experimentado y las estrategias que había utilizado para llevar a cabo las sugerencias destacando la relevancia de su colaboración en la consecución de las reacciones.

Se informa a la paciente de los posibles síntomas del síndrome de abstinencia, se le explica que son reacciones a corto plazo que puede afrontar y se le mencionan la tos, las dificultades de concentración, los sentimientos de depresión y ansiedad, los problemas de sueño y la irritabilidad. Asimismo se le explica cómo afrontar estos síntomas (Green, 1996; Lynn et al., 1997) lo cual ayuda a adquirir más auto-control. Y para evitar presiones externas se le recomienda que diga a quienes la rodean que va a dejar de fumar pero que aún no lo ha dejado (Bayot et al., 1995).

Después la paciente se vuelve a hipnotizar y realiza un ejercicio en el que intenta sentir distintas emociones, cambiando de unas a otras mediante sugerencias, pudiendo utilizar la imaginación si le resultase difícil. Las emociones utilizadas fueron las siguientes: calma, alegría, ternura, indiferencia, asco y deseo (Bayot et al., 1995; Capafons, 1999; Casas & Capafons, 1996). La paciente lo consigue con cierta facilidad. Se finaliza la hipnosis con algunas sugerencias generales sobre auto-control.

Se le pide que elabore una jerarquía de los cigarrillos que le cuesta menos eliminar (restricción del estímulo (Kanfer, 1977)) y son estos los que intentará eliminar a partir de esta sesión. Del mismo modo, es importante que detecte los hábitos relacionados con la conducta de fumar y que los vaya asociando a otras conductas.

Como tareas se indica a la paciente que intente la restricción del estímulo utilizando estrategias de afrontamiento, que practique la AHR con sugerencias y cambio de emociones y que escriba los beneficios de dejar de fumar en una tarjeta pequeña que quepa en la caja de cigarrillos para mirarla cada vez que fuma (Green, 1996; 1999; Lynn et al., 1997).

Sesión IV

Cuatro días más tarde, en los auto-registros se observa que ha fumado menos, tres días 20 cigarrillos y un día 17. Respecto a la restricción del estímulo, dice haber eliminado sin demasiada dificultad algunos cigarrillos que solía fumar. Su lista de beneficios de dejar de fumar prioriza los aspectos relacionados con la salud e incluye los beneficios económicos y tener más auto-control.

Se le pasa por segunda vez el cuestionario de expectativas.

Antes de empezar el ejercicio de hipnosis despierta se pregunta a la paciente qué sensaciones tiene cuando ha fumado mucho para utilizarlas como estímulo aversivo, y menciona embotamiento, mareo y dificultad para respirar. Una vez la paciente se ha auto-hipnotizado realiza el ejercicio de asociar distintas emociones con los objetos que se le van presentando consiguiéndolo con facilidad. Entre estos objetos se incluyen tres cigarrillos uno de su marca habitual, uno mucho más fuerte que no le gusta y uno con muy poca cantidad de nicotina que tampoco le gusta. La paciente se fue autoadministrando sugerencias que le permitieron alterar su

percepción de cada uno de los cigarrillos de tal modo que llegó a decir que el fuerte era muy suave y viceversa. Respecto al de su marca, pudo reproducir la sensación aversiva de cuando fuma mucho apenas probarlo. Luego se hizo hincapié en asociar la indiferencia con el tabaco.

Después de esto se realizó un ejercicio de regresión temporal (Capafons, comunicación personal, 1998) en el que se intentó que la paciente pudiera volver a sentir lo mismo que la primera vez que fumó de tal modo que esto actuara como estímulo aversivo y le sirviera para afrontar los impulsos más fuertes de fumar. En la entrevista posterior al ejercicio dice haber podido recordar con viveza en la regresión de edad y haber reproducido la sensación desagradable de la primera vez que fumó.

Antes de salir de hipnosis, se hace un ejercicio de proyección temporal (Lazarus, 1968) en el que se le pide que recuerde cómo era su vida antes de ser fumadora y que reproduzca algunas sensaciones agradables de ese período, así como que se imagine recuperándolas al dejar de fumar. Después de salir de hipnosis, la paciente informa de haber podido recordar con mucha nitidez la sensación de vitalidad que tenía antes de empezar a fumar y que no le ha costado formarse una imagen de sí misma con esta sensación.

Como la paciente ya había trabajado sus déficits en conducta asertiva en el tratamiento anterior, en esta sesión sólo se le recordó cómo debe hacer frente a las posibles presiones sociales que pudieran llevarla a tener una recaída.

Se le pide que fije una fecha para dejar de fumar y se acuerda el día de la quinta sesión, una semana más tarde, para que tenga tiempo de hacer las tareas, es decir, de practicar la AHR, el cambio de emociones y las asociaciones de los cambios a distintos objetos. Por último, se le advierte del posible efecto rebote el día antes.

Sesión V

La paciente informa de haber fumado menos teniendo en cuenta que esta semana ha tenido que corregir exámenes, situación en la que fuma mucho (el día que se quedó corrigiendo hasta las 5 de la mañana sólo fumó 25 cigarrillos en vez de los 45 acostumbrados). En este día que es el fijado para dejar de fumar no ha fumado ningún cigarrillo. Ha evitado algunas situaciones de alto riesgo, como el ir a la sala de profesores donde hay mucha gente fumando. Dice haber comido golosinas para resistir los impulsos ya que le han dado ganas de comer. De las emociones ha aplicado en estos casos la indiferencia y el esperar a que el impulso pase. También la ha ayudado el llevar siempre consigo la tarjeta de motivos para dejar de fumar y el fijarse en los beneficios que ya está obteniendo, como que al despertarse ya no siente el dolor en el pecho que sentía antes al fumar el primer cigarrillo del día y que ya respira mejor.

En esta sesión se realizan ejercicios de recuerdo sensorial mientras la paciente está en hipnosis despierta. En el ejercicio se practica el cambio de emociones asociado a la presencia de distintos objetos y luego sin ellos, sólo con una clave, procurando que tenga una clave propia para cada sensación (indiferencia, aversión, tranquilidad y calma). Luego se hace un ejercicio como entrenamiento de lo que debe hacer cuando tenga un impulso de fumar. Y por último, se lleva a cabo un ejercicio que implica la proyección temporal en el que se le pide que se imagine a sí misma en distintas situaciones y lugares como no fumadora y con los beneficios que ello conlleva.

Después de que la paciente ha salido de hipnosis se le explica cómo debe construir las sugerencias terapéuticas para evitar interferencias y en qué momento son más efectivas (Bayot et al., 1995).

Como prevención de recaídas se le recuerda que con hipnosis es más fácil imaginar las situaciones de alto riesgo de volver a fumar y evitar en ellas el deseo. Luego se le explica que la mayor vulnerabilidad se produce cuando se cree que ya no va a volver a fumar y surge la recaída al pensar que «por uno no pasa nada» (Green, 1996; 1999; Lynn et al., 1997). La paciente se muestra de acuerdo, pues cuando empezó a fumar la segunda vez fue por pensar así.

Como tareas en esta sesión se le indican las mismas de la sesión anterior sólo que en el cambio de emociones empezará a utilizar claves y no fumará a partir de ese día.

Sesión VI

La paciente no ha fumado nada desde la sesión anterior (que era el día fijado para dejar de fumar), una semana antes. Para reducir el impulso suele comer, sobre todo golosinas, aunque ahora ha decidido comer cosas más sanas que no engorden. Hay algunos cigarrillos que no le cuesta mucho resistir y es en estos en los que utiliza la indiferencia. También le ayuda el centrarse en los efectos positivos de dejar de fumar que ya está notando como saborear mejor la comida, respirar mejor, sentir menos cansancio...

En esta última sesión se insiste una vez más en la prevención de recaídas. Se anima a la paciente a identificar situaciones o actitudes de alto riesgo tales como problemas, situaciones de presión social, etc. Se ponen distintos ejemplos a los que se les buscan alternativas y se dan sugerencias de proyección al futuro referidas a tener un mayor auto-control.

Como tareas se le indican las mismas que para la sesión anterior.

Por último, se cita a la paciente para el seguimiento y se le plantea que se pueden llevar a cabo una o dos sesiones para mantener el programa; no obstante, se acuerda que esto no es necesario.

Seguimiento I: una semana

En este primer seguimiento, que tiene lugar una semana después de dar por finalizado el tratamiento, la paciente informa de no haber fumado desde la fecha fijada para dejarlo. Afirma estar muy bien y muy contenta por estar dejando su hábito y encontrarse, por tanto, mejor físicamente.

Se le pasa el cuestionario de seguimiento para fumadores de Capafons (tomado de Bayot et al., 1995) y se le dan recomendaciones generales sobre el tratamiento finalizado.

Seguimiento II: un mes

Después de un mes, la paciente sigue sin fumar e informa de que ya se le han pasado las ganas de comer. Y ha tenido pocos impulsos de fumar que ha controlado con facilidad.

Se le pasa el cuestionario de seguimiento para fumadores de Capafons.

Seguimiento III: seis meses

En el seguimiento a los seis meses de la finalización del tratamiento la paciente informa de no haber fumado y de sentirse muy bien físicamente gracias a ello. Ha tenido ganas de fumar sólo en una ocasión en que había mucha gente a su alrededor fumando, pe-

ro pudo controlarse muy bien y se reafirmó en su decisión de no volver a fumar. Cuando está ante situaciones difíciles ya ha aprendido a utilizar otro tipo de estrategias para su resolución, con lo que ha roto la asociación del tabaco a la relajación o a la superación de dichas situaciones.

Se le pasa el cuestionario de seguimiento para fumadores de Capafons.

Se le recuerda que las situaciones de alto riesgo asociadas a episodios de recaída son los conflictos interpersonales, los estados emocionales negativos y la presión social (Echeburúa, 1994), y se le da material escrito (tomado de Echeburúa, 1994) para el afrontamiento de tal modo que no llegue a perder el control empezando de nuevo con el hábito.

Seguimiento IV: un año

Después de un año la paciente sigue sin fumar e informa de haber tenido pocos impulsos de volver a hacerlo encontrándose muy bien. Se le pasa el cuestionario de seguimiento de Capafons.

Resultados

Los resultados del tratamiento respecto a las variables evaluadas fueron los siguientes.

Consumo de tabaco: como se puede observar en la figura 1, la paciente redujo el consumo respecto a su cantidad habitual durante la evaluación de la línea base al empezar a auto-observar y a registrar su conducta, debido a los efectos reactivos que esto produce. Además, los días que tuvo que quedarse trabajando hasta muy tarde (4 ó 5 de la mañana) no llegó a fumar lo que solía en esas circunstancias y sólo un día llegó al mínimo de su consumo habitual (31 cigarrillos). La paciente dejó de fumar en la fecha acordada, 22 días después de comenzar el tratamiento, en la quinta sesión. El seguimiento a una semana, un mes, seis y doce meses después de haber finalizado el tratamiento ha dado como resultado la abstinencia. Durante el tratamiento y los seguimientos, el consumo de tabaco se evaluó mediante el informe verbal de la paciente, es decir, en ningún momento se realizó evaluación fisiológica de la abstinencia de nicotina.

Ganas de fumar: en todos los seguimientos informa de haber tenido pocos impulsos de fumar y de haber podido controlar los que ha tenido.

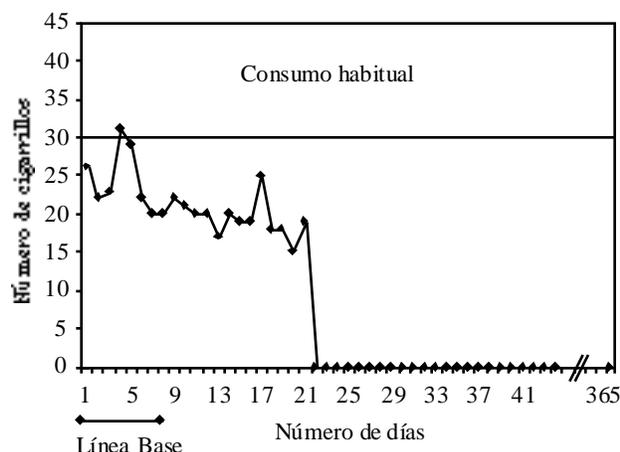


Figura 1. Consumo de cigarrillos durante el tratamiento

Aumento de peso: en el primer seguimiento informa de haber subido 2 Kgs. debido a dejar de fumar. En el segundo seguimiento, al mes no ha subido más y a los seis meses dice haber subido unos 4 Kgs. en total pero no debido a dejar el tabaco sino a un tratamiento dermatológico que le han prescrito que produce un aumento del apetito. Al año informa de haber vuelto al peso de la línea base tras dejar el tratamiento dermatológico.

Grado de tensión, nerviosismo e irritabilidad: en todos los seguimientos la paciente afirma sentir menos tensión y lo atribuye a haber dejado de fumar.

Áreas de la vida mejoradas al dejar de fumar: la paciente ha observado mejoras significativas en su salud, en sus relaciones con otros, en su economía y en cuestiones de estética. También ha mejorado su autoestima, pues se siente satisfecha de haber logrado dejar su hábito con su constancia y su mayor capacidad para controlarse.

Necesidad de sesiones de apoyo: en ningún momento dice necesitar dichas sesiones.

Impresión acerca de la eficacia del tratamiento recibido: la paciente informó de un alto agrado por la intervención y dice estar muy satisfecha por los resultados obtenidos en un período de tiempo tan corto y por haber adquirido más auto-control sobre su conducta. Lo que cree que la ayudó a dejarlo en la fecha propuesta por ella misma es el tener un conocimiento previo de todo lo que sentiría y de cómo afrontarlo. Esta preparación también la ha ayudado a mantenerse abstinentes durante estos doce meses.

Conclusiones

Como conclusión se puede destacar que, en este caso, los elementos que conforman el programa multicomponente consiguieron preparar a la paciente para afrontar lo que iba a encontrarse durante el tratamiento utilizando las estrategias adecuadas. La hipnosis, como adjunto, fomentó la motivación de la paciente para llevar a cabo el tratamiento facilitándole las tareas del mismo y creando en ella expectativas de auto-eficacia y auto-control.

En el tratamiento del hábito de fumar, la hipnosis ayuda a eliminar o atenuar los síntomas del síndrome de abstinencia. Como se ha visto en este caso, la paciente informa de tener pocos impulsos de fumar una vez finalizado el tratamiento y de haber podido controlarlos de tal modo que no ha tenido recaídas en los doce meses de seguimiento. Respecto al aumento de peso de 2 Kg, que se da sólo en las dos primeras semanas tras dejar de fumar, es inferior al dato que aportan Williamson y cols. (1991) en su investigación de un aumento de 3,8 Kg en mujeres. Asimismo, la paciente no informó en ningún momento de ningún otro síntoma de los recogidos en el DSM-IV (APA, 1995).

Otra ventaja de la auto-hipnosis rápida es que, una vez la persona la ha aprendido, la puede aplicar a cualquier otro problema que tenga. Por ejemplo, esta paciente utiliza la hipnosis en la actualidad para eliminar la ansiedad con rapidez y allí donde se produce, y también para cambiar las ideas irracionales que detecta y que le crean ansiedad.

Los ejercicios de recuerdo sensorial realizados en hipnosis fomentaron el auto-control de la paciente, y la ayudaron a automatizar distintas reacciones de tal modo que éstas se activan cuando son necesarias mediante una sugestión o instrucción clave. Esto, junto con la idea de fomentar un sentimiento de indiferencia hacia el tabaco, aunque en principio se utilizara la aversión al mismo, ayudó a mantener las ganancias obtenidas en el tratamiento. Este aspecto debe considerarse a nivel clínico ya que la debilidad que presentan las técnicas actuales para dejar de fumar es el mantenimiento de las ganancias terapéuticas en los seguimientos (Bayot et al., 1995).

A la hora de plantearse el utilizar la hipnosis como adjunto a un tratamiento puede encontrarse el inconveniente de que el paciente la rechaza por sus creencias erróneas acerca de la misma. Si una vez explicados los mitos, el paciente sigue teniendo temores y creyendo en el halo «mágico y poderoso» de la hipnosis es mejor utilizar otra técnica que no lleve ese rótulo, aunque también utilice sugestiones. Hay que tener en cuenta que todo lo que se consigue con hipnosis se consigue también sin ella (Capafons, 1998a). Por otra parte, debido a la complejidad y a las posibilidades que ofrece esta técnica, es conveniente que el terapeuta tenga experiencia en su aplicación.

En general, respecto a la hipnosis, hay bastante evidencia de que aumenta la efectividad de las estrategias cognitivo-comportamentales a las que acompaña (Brown & Fromm, 1987; Kirsch, Montgomery, & Sapirstein, 1995) y se ha observado su utilidad como adjunto en el tratamiento de una gran variedad de trastornos (véase, por ejemplo, Lynn, Kirsch, & Rhue, 1996). En España se pueden destacar los trabajos realizados con técnicas basadas en la sugestión para el tratamiento del sobrepeso y el exceso de grasa corporal, del tabaquismo (Bayot et al., 1995; Capafons, 1993, 1994; Capafons & Amigó, 1993a, 1995; Casas & Capafons, 1996), de la dismenorrea (Amigó & Capafons, 1996; Capafons, 1999) y del miedo a volar en avión (Capafons, 1999; Herrero, 1999).

Agradecimientos

La autora quiere dar las gracias al Dr. Antonio Capafons por sus aclaraciones y comentarios, de gran ayuda en la preparación de este artículo.

Referencias

- 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. (1992). *Manual de terapia de auto-regulación*. Valencia: Promolibro.
- Amigó, S., & Capafons, A. (1996). Emotional self-regulation therapy for treating primary dysmenorrhea and premenstrual distress. En S. J. Lynn, I. Kirsch, & J. W. Rhue (Eds.), *Casebook of clinical hypnosis* (pp. 153-171). Washington, DC: American Psychological Association.
- A.P.A. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bayot, A. (1994). *Terapia de Auto-Regulación para la Eliminación del Hábito de Fumar. Tesis Doctoral no publicada*. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

- Bayot, A., & Capafons, A. (1995). Diferencias individuales como predictores del éxito en la reducción del tabaquismo: una revisión. *Revista Española de Drogodependencias*, 20, 7-16.
- Bayot, A., Capafons, A., & Amigó, S. (1995). *Tratamiento del hábito de fumar. Tabaco y terapia de auto-regulación emocional: un programa estructurado para dejar de fumar*. Valencia: Promolibro.
- Bayot, A., Capafons, A., & Cardeña, E. (1997). Emotional Self-Regulation Therapy: A New and Efficacious Treatment for Smoking. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 40:2, 146-156.
- Becona, E. (1994). Tratamiento del tabaquismo. En J. L. Graña (Ed.): *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 457-493). Madrid: Debate.
- Brown, D. P. (1992). Clinical Hypnosis Research since 1986. En E. Fromm, & M. R. Nash (Eds.): *Contemporary Hypnosis Research* (427-458). New York: The Guilford Press.
- Brown, D. P., & Fromm, E. (1987). *Hypnosis and behavioral medicine*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Capafons, A. (1993). Investigación empírica y terapia de auto-regulación. En A. Capafons, & S. Amigó (Eds.): *Hipnosis, terapia de auto-regulación e intervención comportamental* (pp. 117-149). Valencia: Promolibro.
- Capafons, A. (1994). Empirical validation of self-regulation therapy for smoking and obesity. En I. Kirsch (Chair), Suggestive enhancement of behavior therapy-empirically validated techniques. Symposium celebrado en The 102nd APA Convention. Los Ángeles, CA., EE.UU.
- Capafons, A. (1998a). Hipnosis clínica: una visión cognitivo-comportamental. *Papeles del psicólogo*, 69, 71-88.
- Capafons, A. (1998b). Rapid self-hypnosis: a suggestion method for self-control. *Psicothema*, vol. 10, n° 3, pp. 571-581.
- Capafons, A. (1999). Applications of Emotional Self-Regulation Therapy. En I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardeña, & S. Amigó (Eds.): *Clinical Hypnosis and Self-Regulation. Cognitive-Behavioral Perspectives* (pp. 331-349). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Capafons, A. (En preparación). Wake hypnosis: A more efficient adjunct.
- Capafons, A., & Amigó, S. (1993a). *Hipnosis, terapia de auto-regulación e intervención comportamental*. Valencia: Promolibro.
- Capafons, A., & Amigó, S. (1993b). Hipnosis y terapia de auto-regulación. En J. F. Labrador, J. A. Cruzado, & M. Muñoz (Eds.): *Manual de modificación de conducta* (pp. 457-476). Madrid: Pirámide.
- Capafons, A., & Amigó, S. (1993c). *Hipnosis y terapia de auto-regulación (introducción práctica)*. Madrid: Eudema.
- Capafons, A., & Amigó, S. (1995). Emotional self-regulation therapy for smoking reduction: Description and first empirical data. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 43, 7-19.
- Casas, C., & Capafons, A. (1996). *Tratamiento del sobrepeso y exceso de grasa. Terapia de auto-regulación emocional para la reducción de la grasa corporal: un programa estructurado*. Valencia: Promolibro.
- Chaves, J. F. (1997). The state of the «state» debate in hypnosis: a view from the cognitive-behavioral perspective. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, Vol. XLV, 3, 251-265.
- Chóliz, M. (1989). Biofeedback y efecto placebo: análisis de las variables inespecíficas en el tratamiento de las cefaleas mediante biofeedback E.M.G. *Tesis Doctoral*. Facultad de Psicología, Universidad de Valencia.
- Derogatis, L. R. (1994). *Lista de síntomas-90-(corregida). SCL-90-R*. Minneapolis: National Computer Systems, Inc.
- Díaz, F. (En preparación). Salud mental en Tenerife. Un estudio epidemiológico.
- Echeburúa, E. (1994). *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Fagerström, K. O. (1978). Measuring Degree of Physical Dependence to Tobacco Smoking with Reference to Individualization of Treatment. *Addictive Behavior*, 3, 235-241.
- Golden, W. L., Dowd, E. T., & Friedberg, F. (1987). *Hypnotherapy: A Modern Approach*. New York: Pergamon Press.
- Green, J. P. (1996). Cognitive-behavioral hypnotherapy for smoking cessation: a case study in a group setting, en S. J. Lynn, I. Kirsch, & J. W. Rhue (Eds.): *Casebook of Clinical Hypnosis* (pp. 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. Cardeña, & S. Amigó (Eds.): *Clinical Hypnosis and Self-Regulation. Cognitive-Behavioral Perspectives* (pp. 249-276). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Gritz, E. R., Carr, C. R., & Marcus, A. C. (1991). The Tobacco Withdrawal Syndrome in Unaided Quitters. *British Journal of Addiction*, 86, 57-69.
- Hajek, P. (1991). Individual Differences in Difficulty Quitting Smoking. *British Journal of Addiction*, 86, 555-558.
- Herrero, M. (1999). Un programa basado en la Auto-Regulación como estrategia de intervención para la fobia a viajar en transporte aéreo. La Laguna: *Tesis Doctoral no publicada*. Facultad de Psicología, Universidad de La Laguna.
- Holroyd, J. (1980). Hypnosis treatment for smoking: An evaluative review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 28, 341-357.
- Kanfer, F. (1977). Self-Regulation and Self-Control. En H. Zeier (Ed.): *The Psychology of the 20th Century: From Classical Conditioning to Behavior Therapy*. Vol. 4. Zurich, Kindler Verlag.
- Keller, R. F. (1996). Hypnosis belief survey. *Hypnosis*. Vol. 5, n° 1, pág. 9.
- Kirsch, I. (1993). Hipnoterapia cognitivo-comportamental. Expectativas y cambio de comportamiento. En A. Capafons, & S. Amigó (Eds.): *Hipnosis, terapia de auto-regulación e intervención comportamental* (pp. 45-61). Valencia: Promolibro.
- Kirsch, I., Capafons, A., Cardeña, E., & Amigó, S. (1999). Clinical Hypnosis and Self-Regulation: An Introduction. En I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardeña, & S. Amigó (Eds.): *Clinical Hypnosis and Self-Regulation. Cognitive-Behavioral Perspectives* (pp. 3-18). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 214-220.
- Lazarus, A. A. (1968). Learning Theory and the treatment of depression. *Behavior Research and Therapy*, 6, 83-89.
- Leventhal, H., & Cleary, P. D. (1980). The smoking problem: A review of the research and theory in behavioural risk modification. *Psychological Bulletin*, 88, 370-405.
- Lichtenstein, E. (1982). The smoking problem: A behavioral perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 804-819.
- Lichtenstein, E., & Glasgow, R. E. (1992). Smoking cessation: What have we learned over the past decade? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 518-527.
- Lichtenstein, E., & Mermelstein, R. J. (1984). Review of Approaches to Smoking Treatment: Behavior Modification Strategies. En J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Heard, N. E. Miller, & S. W. Weiss (Eds.): *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. New York: Wiley.
- López, A., & Buceta, J. M. (1996). Tratamiento comportamental del hábito de fumar. En J. M. Buceta, & A. M. Bueno (Eds.): *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades* (pp. 105-162). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lynn, S. J., Kirsch, I., & Rhue, J. W. (1996). *Casebook of clinical hypnosis*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Lynn, S. J., Neufeld, V., Rhue, J. W., & Matorin, A. (1997). Hypnosis and Smoking Cessation: A Cognitive-Behavioral Treatment. En J. W. Rhue, S. J. Lynn, & I. Kirsch (Eds.): *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 555-585). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Perkins, K. A. (1993). Weight Gain Following Smoking Cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 768-777.
- Perry, C., & Mullin, G. (1975). The effects of hypnotic susceptibility on reducing smoking behavior treated by an hypnotic technique. *Journal of Clinical Psychology*, 31, 498-505.
- Pomerleau, C. S., Pomerleau, O. F., Majchrzak, M. J., Kloska, D. D., & Malakuti, R. (1990). Relationship between Nicotine Tolerance Questionnaire Scores and Plasma Cotinine. *Addictive Behaviors*, 15, 74-80.
- Sarafino, E. P. (1990). *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions*. Nueva York: Wiley.
- Schachter, S., Silverstein, B., Kozlowski, L. T., Perlick, D., Herman, C. P., & Liebling, B. (1977). Studies of the interaction of psychological and pharmacological determinants of smoking. *Journal of Experimental and General Psychology*, 106, 3-40.

Shiffman, S., & Wills, T. A. (Eds.) (1985). *Coping and Substance Use*. Orlando: Academic Press, Inc.

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

Williamson, D. F., Madans, J., Anda, R. F., Kleinman, J. C., Giovino, G. A., & Byers, T. (1991). Smoking Cessation and Severity of Weight

Gain in a National Cohort. *New England Journal of Medicine*, 324, 739-745.

Aceptado el 20 de octubre de 1999