

Importancia de la variable «Investigador» en los resultados de las técnicas de autocontrol

T. Boget, M. Clariana y R. Bayés

Universidad Autónoma de Barcelona

Resumen

El presente trabajo desea contribuir en alguna medida a un mejor conocimiento de los factores o mecanismos a los que verdaderamente debe su éxito la técnica «paquete» de Azrin y Nunn denominada «inversión del hábito», diseñada para modificar la conducta de onicofagia. Trata de dar una respuesta empírica a la pregunta de hasta qué punto la relación interpersonal que se establece entre el terapeuta y el cliente —elemento accidental en esta técnica— influye en los resultados. Han participado en la experiencia como sujetos 36 mujeres con un arraigo del hábito superior a un año, divididas en tres grupos: a) Grupo 1, al que se ha administrado la técnica de inversión del hábito; b) Grupo 2, al que se ha aplicado la misma técnica pero con interacciones terapeuta-cliente complementarias; y c) Grupo 2, de control. Los resultados corroboran la elevada eficacia de la técnica encontrada por otros autores pero sugieren, además, que aunque un mayor número de interacciones entre el terapeuta y el cliente parece tener escasa influencia a corto plazo, puede ser un factor decisivo en la consolidación de los resultados obtenidos y para evitar recaídas en el futuro.

Los comportamientos de onicofagia tienen una larga historia de estudio y terapia, como prueban las distintas interpretaciones y categorizaciones nosológicas que, a lo largo del tiempo, han ido apareciendo en los tratados de psiquiatría.

Desde su nacimiento en fecha relativamente reciente, las denominadas terapias del comportamiento —especialmente los métodos de autocontrol— han contribuido con éxito al tratamiento de diferentes hábitos nerviosos, tales como: tics, tricotilomanía, succión del pulgar, onicofagia, etc., siendo precisamente la onicofagia el tipo de trastorno más elegido para verificar el grado de eficacia de diferentes técnicas: desensibilización encubierta (Cautela, 1972; Davidson y Denney, 1976; Paquin, 1977), relajación muscular simple (Davidson, Denney y Elliott, 1980), autoinstrucción (Harris y McReynolds, 1977; Katz, Thomas y Williamson, 1976; McNamara, 1972), autocastigo (Davidson, Denney y Elliott, 1980), aprendizaje vicario (Bandura y Rosenthal, 1966; Berger, 1962; Craig y Lowery, 1969), práctica negativa (Smith, 1957) e inversión del hábito —*ha-*

bit-reversal— (Azrin y Nunn, 1973), entre otras.

Esta última estrategia ha producido los porcentajes de éxito más elevados (Nunn y Azrin, 1976) y a partir de ella muchos han sido los autores que han realizado repeticiones (Azrin, Nunn y Frantz, 1980a; Bayés, 1980, 1982; Delprato, Aleh, Bambusch y Barclay, 1977; Horne y Wilkinson, 1980; Ladouceur, 1979) y/o han analizado la importancia de los diferentes elementos componentes de esta técnica «paquete» (Azrin, Nunn y Frantz, 1980a; Bayés, 1982; Horne y Wilkinson, 1980; Ladouceur, 1979).

La técnica de inversión del hábito es aplicable a diferentes problemas (Azrin y Nunn, 1973). Se estructura en diferentes fases cuyos objetivos particulares básicos son: aumentar la autoconciencia y autoconocimiento del hábito; saber interrumpir, en sus eslabones iniciales, la cadena de respuestas que configuran el hábito; fortalecer los músculos antagonicos en el caso de existir atrofia; invertir, o anular, los efectos del refuerzo social.

Para conseguir estos objetivos, el clien-

te debe llevar a cabo —de acuerdo con las instrucciones que, sistemáticamente, le proporciona el terapeuta— los siguientes ejercicios: autoregistro; autoconocimiento detallado de la secuencia de respuestas que forma el hábito y de las situaciones donde su probabilidad de emisión es alta; práctica de comportamientos incompatibles y generalización de resultados. La polémica empieza cuando algunos trabajos confieren una importancia especial a la práctica de respuestas incompatibles, considerando este elemento como el principal responsable del éxito obtenido (Azrin y Nunn, 1973, 1977; Horne y Wilkinson, 1980), mientras que otros (Azrin, Nunn y Frantz, 1980b, 1980c; Bayés, 1982; Ladouceur, 1979), por el contrario, opinan que su función es cuando menos dudosa ya que el mismo puede sustituirse por otros componentes —programa de objetivos conductuales (Horne y Wilkinson, 1980) o visualización imaginaria (Bayés, 1982)— y la técnica continúa obteniendo buenos resultados.

El presente trabajo desea contribuir en alguna medida a un mejor conocimiento de los factores o mecanismos a los que verdaderamente debe su éxito esta técnica «paquete». Con esta finalidad —una vez controladas algunas variables cognitivas, cuya importancia ha sido señalada por diferentes autores (Fernández Ballesteros y Carrobes, 1981; Kanfer y Phillips, 1970; Meichenbaum, 1977; Rotter, 1954)— hemos centrado nuestra atención en un componente que, normalmente, es considerado como accidental en su aplicación pero del que sospechamos un papel protagonista: la interacción terapeuta-cliente. La pregunta a la que hemos tratado de dar una respuesta es: ¿hasta qué punto este elemento inespecífico —que comparte la técnica de inversión del hábito con muchas otras estrategias— afecta a los resultados?

METODO

Sujetos

36 mujeres de edad comprendida entre los dieciocho y los veinticuatro años, es-

tudiantes de Magisterio. Un 69 por 100 de ellas manifestó que tenía el hábito de morderse las uñas prácticamente desde siempre y el 31 por 100 restante, entre uno y diez años.

Los sujetos fueron seleccionados de un grupo más numeroso que se prestó a participar voluntariamente en la experiencia, de acuerdo con los siguientes criterios de admisión —que debían cumplir en su totalidad—: a) contestar afirmativamente a un mínimo de tres de los 14 puntos de un cuestionario de motivación elaborado según las indicaciones de Azrin y Nunn (1977); b) tener expectativas positivas sobre la eficacia del tratamiento; c) que la orla ungueal de los dedos de una mano midiera menos de 1 milímetro.

Procedimiento

Los 36 sujetos fueron ordenados en una lista única en función del número de episodios/día obtenido en la fase común de nivel basal, y repartidos, luego, al azar, en tres grupos:

Grupo 1.

Al que se aplicó la técnica de inversión del hábito, con un mínimo de interacciones entre el terapeuta y el cliente.

Grupo 2.

Al que se aplicó el mismo tratamiento que al Grupo 1 pero añadiendo al mismo tres sesiones adicionales en las que se establecían interacciones terapeuta-cliente.

Grupo 3.

Grupo control, que permaneció en una lista de espera durante el tiempo de la experiencia y al que, posteriormente, se administró el tratamiento.

Los tratamientos concretos administrados fueron los siguientes:

GRUPOS 1, 2 Y 3

a) *Nivel basal.*—En una primera sesión, igual para todos los participantes, se

instruyó a los sujetos para que registraran, diariamente, el número de episodios de hábito durante 6 días consecutivos.

GRUPOS 1 Y 2

b) *Entrenamiento*.—Comprendía los siguientes apartados:

- 1.º Conocimiento detallado de la secuencia de respuestas que constituyen el hábito.
 - 2.º Determinación de las situaciones en las que el hábito se da con más frecuencia.
 - 3.º Práctica de una técnica sencilla de relajación.
 - 4.º Práctica de respuestas incomparables en situaciones imaginarias.
- c) *Práctica en situaciones reales*.

GRUPO 2

d) *Sesiones adicionales de interacción terapeuta-cliente*.—En estas sesiones el sujeto enseñaba al terapeuta su hoja de registro y el terapeuta se interesaba por el curso del tratamiento y los resultados que se iban obteniendo. Además, se medía la longitud de las uñas con un instrumento y se comparaban estos datos con las medidas anteriores.

GRUPOS 1, 2 Y 3

e) *Registro final*.—Al dar por terminada la fase de tratamiento de los Grupos 1 y 2, los sujetos de los tres grupos acudían al terapeuta con sus hojas de registro y se procedía a medir las uñas con un instrumento.

GRUPOS 1 Y 2

f) *Seguimiento*.—Después de un mes de registro final, se controló la incidencia del hábito a través de una llamada telefónica.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos pueden observarse en el Cuadro 1.

De dichos datos se deduce:

- 1.º Que mientras que un 41,6 por 100 de los sujetos pertenecientes al Grupo 1 (tratamiento de inversión del hábito con un mínimo de interacción) había alcanzado un 100 por 100 de éxito en la reducción del número de episodios, dicho éxito total afecta al 50 por 100 de los componentes del Grupo 2 (inversión del hábito con interacciones adicionales).
- 2.º Que en el período de seguimiento, las diferencias han sido todavía más acusadas: 33,3 por 100 de éxito en el Grupo 1 —es decir, retroceso respecto a los resultados obtenidos en el momento de finalizar el tratamiento, un mes antes, y 75 por 100 de éxito del 100 por 100 en el Grupo 2.

Aplicados el test de rango de Duncan y el análisis de varianza, ambas pruebas destacan la eficacia de los tratamientos aplicados a los Grupos 1 y 2 respecto a los resultados obtenidos por el Grupo 3 —Grupo control—, al nivel de significación del 1 por 100.

Aun cuando el tratamiento administrado al Grupo 2 —inversión del hábito con interacciones adicionales— ha dado mejores resultados que el del Grupo 1 —mínimo de interacciones— la diferencia no es estadísticamente significativa en el momento de dar por finalizado el tratamiento; en cambio, la diferencia es significativa al nivel del 5 por 100 en el período de seguimiento.

DISCUSION

Los resultados obtenidos en nuestra investigación indican, sin lugar a dudas, lo mismo que los trabajos anteriores mencionados en la literatura, que la técnica de inversión del hábito de Azrin y Nunn es eficaz —ya sea con interacciones adicionales terapeuta-cliente o sin ellas— para resolver el problema de la onicofagia.

El hecho de que el terapeuta posea una interacción mayor con el cliente parece te-

CUADRO 1. Resultados obtenidos al aplicar dos tratamientos diferentes para modificar el hábito de morderse las uñas.

Grupo 1 (inversión hábito)						Grupo 2 (inv. háb. + interacción)					Grupo 3 (Control)								
N.º		N.º Episodios		% Reducc.	% Reducc.	N.º		N.º Episodios		% Reducc.	% Reducc.	N.º		N.º Episodios		% Reducc.	% Reducc.		
Antes	Después	Dif.	Después tratamiento	Seguimiento	Antes	Después	Dif.	Después tratamiento	Seguimiento	Antes	Después	Dif.	Después tratamiento	Seguimiento	Antes	Después	Dif.	Después tratamiento	Seguimiento
1	36	4,6	31,4	87,2	83,3	1	9,6	0	9,6	100	68,7	1	13,8	16	-2,2	-15,0			
2	17	26	-9	-52,9	-52,9	2	81,2	0,4	20,8	98,7	100	2	27,0	40,2	-12,6	-45,6			
3	2,8	0	2,8	100	100	3	8,8	0	8,8	100	100	3	7	7,4	-0,4	-5,7			
4	5,6	0	5,6	100	100	4	10,2	0,2	10	98	100	4	3,4	2,6	0,8	23,5			
5	7,4	4,6	2,8	37,8	12,1	5	8,2	1,8	6,4	78	75,6	5	11,2	6,8	4,4	39,2			
6	9,6	0	9,6	100	100	6	1,8	0	1,8	100	100	6	6,2	5,1	1,1	17,7			
7	1,8	0	1,8	100	100	7	1	0	1	100	100	7	1	1,4	-0,4	-40			
8	3,8	4,6	-0,8	-21	-21	8	5,6	0	5,6	100	100	8	6,7	5,8	0,9	14,1			
9	9,6	0	9,6	100	75	9	9	0	9	100	100	9	5,8	10,2	-4,4	-75,8			
10	13,8	2	11,8	85,5	0	10	8	0,3	7,2	90	100	10	8,6	7	1,6	18,6			
11	12	1,2	10,8	90	62,5	11	11,6	0,6	11	94,8	100	11	11	12	-1	-9			
12	27,4	0,2	27,2	99,2	99,2	12	27	4,6	22,4	82,9	82,9	12	9,8	7,8	2	20,4			
Sx	146,8	43,2	103,6	825,8	658,2	132	8,4		123,6	1.142,4	1.127,2	112,1	122,3	10,2	-58,5				
x	12,2	3,6	3,6	68,8	54,8	11	0,7		10,3	95,2	93,9	9,8	10,2	-0,8	-4,8				

Antes: x de los días 2, 3, 4, 5 y 6 después del comienzo del programa (nivel basal)

Después: x de los días 26, 27, 28, 29 y 30 después del comienzo del programa (final del tratamiento).

ner escasa importancia a corto plazo pero los resultados sugieren que su repercusión se incrementa con el tiempo y puede ser un factor decisivo para consolidar resultados y evitar recaídas.

Estos datos parecen indicarnos que el autocontrol por sí solo no es, posiblemente, el elemento decisivo que asegura un resultado consolidado satisfactorio o que,

por lo menos, dicho autocontrol posee una persistencia débil si no recibe un apoyo inicial por parte del terapeuta.

Consideramos interesante llevar a cabo una nueva investigación en la que uno de los grupos recibiera el material con instrucciones escritas o grabadas y en el que no existiera interacción personal alguna entre el terapeuta y el cliente.

Referencias

- AZRIN, N. H. y NUNN, R. G.: Habit-Reversal: a method of eliminating nervous habits and tics. *Behavior Research and Therapy*, 1973, 11, 619-628.
- AZRIN, N. H., y NUNN, R. G.: *Habit Control (Stuttering, Nail Biting, and Other Nervous Habits)*. Nueva York: Simon and Schuster, 1977.
- AZRIN, N. H., NUNN, R. G., y FRANTZ, S. E.: Habit reversal vs. negative practice treatment of nailbiting. *Behavior Research and Therapy*, 1980a, 18, 281-285.
- AZRIN, N. H., NUNN, R. G., y FRANTZ, S. E.: Habit reversal vs negative practice treatment of nervous tics. *Behavior Therapy*, 1980 b, 11, 169-178.
- AZRIN, N. H., NUNN, R. G., y FRANTZ, S. E.: Treatment of hairpulling (trichotillomania): a comparative study of habit reversal and nevatve practice training. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1980 c, 11, 13-20.
- BANDURA, A., y ROSENTHAL, T. L.: Vicarious classical conditioning as a function of arousal level. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1966, 3, 54-62.
- BAYÉS, R.: Didáctica de la modificación de conducta: aquí y ahora. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1980, 35(4), 549-557.
- BAYÉS, R.: Aplicación de la técnica de Azrin y Nunn para la modificación de hábitos nerviosos: éxito didáctico, éxito terapéutico, pero ¿qué es lo que funciona? *Estudios de Psicología*, 1982, 9, 106-120.
- BERGER, S. M.: Conditioning through vicarious instigation. *Psychological Review*, 1962, 69, 450-466.
- CAUTELA, J. R.: Rationale and procedures for current conditioning. En R. D. RUBIN, H. FENSTERHEIM, J. D. HENDERSON y L. P. ULLMANN (Eds.), *Advances in Behavior Therapy*, Nueva York: Academic Press, 1972.
- CRAIG, K. D., y LOWERY, J. H.: Heart rate components of conditioned vicarious automatic responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1969, 11, 381-387.
- DAVIDSON, A. M., y DENNEY, D. R.: Covert sensitization and information in the reduction of nailbiting. *Behavior Therapy*, 1976, 7, 512-518.
- DAVIDSON, A. M., DENNEY, D. R., y ELLIOTT, C. H.: Supression and substitution in the treatment of nailbiting. *Behavior Research and Therapy*, 1980, 18, 1-9.
- DELPRATO, D. J., ALEH, E., BAMBUSCH, J., y BARCLAY, L. A.: Treatment of fingernailbiting by habit reversal. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1977, 8, 319.
- FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. y CARROBLES, J. A.: *Evaluación Conductual. Metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide, 1981.
- HARRIS, C. S. y MCREYNOLDS, W. T.: Semantic cues and response contingencies in self-instructional control. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1977, 8, 15-17.
- HORNE, D. J., y WILKINSON, J.: Habit reversal treatment for finfernail biting. *Behavior Research and Therapy*, 1980, 18, 287-291.
- KANFER, F. H. y PHILLIPS, J. S.: *Learning foundations of behavior therapy*. Nueva York: Wiley, 1970.
- KATZ, R. C., THOMAS, S. L. y WILLIAMSON, P.: Effects of selfmonitoring as a function of its expected benefits and incompatible response training. *Psychological Record*, 1976, 26 533-540.
- LADOUCEUR, R.: Habit reversal treatment: learning an incompatible response or increasing the subject's awareness? *Behavior Research and Therapy*, 1979, 17, 313-316.
- MCMAMARA, J.: The use of self-monitoring techniques to treat nailbiting. *Behavior Research and Therapy*, 1972, 10, 193-194.
- MEICHENBAUM, D. H.: *Cognitive-behavior modification: an integrative approach*. Nueva York: Plenum Press, 1977.
- NUNN, R. G. y AZRIN, N. H.: Case histories and shorter communications. *Behavior Research and Therapy*, 1976, 14, 65-67.
- PAQUIN, M. J.: The treatment of nailbiting compulsion by covert sensitization in a poorly motivated client. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1977, 8, 181-183.
- ROTTER, J. B.: *Social learning and clinical psychology*. Englewods Cliffs, Nueva Jersey: Prentice - Hall, 1954.
- SMITH, M.: Effectiveness of symptomatic treatment of nailbiting in college students. *Psychological Newsletter*, 1957, 8, 219-231.