

AUTOCONTROL: UNA REVISION BIBLIOGRAFICA

Angeles Díaz Vázquez

Eva Colón Calderón

Facultad de Psicología: Universidad Complutense de Madrid (1)

RESUMEN

En este trabajo se hace una revisión bibliográfica de dos de las principales revistas sobre Modificación de Conducta: "Cognitive Therapy and Research" y "Behavior Modification" del año 1981 al 1983. Se seleccionaron aquellos artículos relacionados con el tema de autocontrol, clasificándolos en tres áreas: clínica (depresión, ansiedad, dolor, hiperactividad, etc.), aplicada (al deporte) y teórico-experimental. En esta última, se distinguen los siguientes apartados: relación del autocontrol con la variable de competencia social, validación de la Self-Control Scale de Rosebaum, y apoyo experimental al modelo de autorregulación de Kanfer. Se describen las hipótesis, metodología y conclusiones de cada artículo, así como los resultados de otros estudios que puedan apoyar o rebatir los de los trabajos revisados. Por último, se ofrecen algunos comentarios y críticas. Se cuestiona hasta qué punto las situaciones de algunos de estos estudios cumplen las exigencias mínimas para considerarlos situaciones de autocontrol.

SUMMARY

The present study makes a bibliographic review of two major journals of Behavior Modification: "Cognitive Therapy and Research" and "Behavior Modification", from 1981 to 1983. Those articles that were related to

self-control have been selected and classified in three areas; clinical (depression, pain, anxiety, hyperactivity, etc.); applied (to sports); and theoretical-experimental. In this last one, the following subareas are differentiated: relationship between self-control and social competence; validity of Rosenbaum's Self-Control Scale; and experimental support of Kanfer's self-regulation model. The hypothesis, methodology, and conclusions of each article have been described, as well as the results of other studies that might support or refute them. Finally, some remarks and criticisms have been offered. It is questionable to what extent the situations of some of these studies fulfill the minimum requirements in order to be considered self-control situations.

2
hy
ti
su
if
i'e
n-
o-
zi
it
s
e
s

El objetivo de este trabajo es ver en qué medida el área de autocontrol está suficientemente representada en la literatura sobre Modificación de Conducta, tomando como criterio las siguientes revistas: "Cognitive Therapy and Research" y "Behavior Modification", del año 1981 al 1983. Las seleccionamos por ser dos de las más recientes revistas de Modificación de Conducta que pueden aportar información sobre las actuales innovaciones en este campo, siendo la primera de ellas representante del modelo cognitivo (2).

El concepto de autorregulación está relacionado con los procesos por los que un individuo altera o mantiene su cadena de conducta en ausencia de apoyos externos inmediatos. El autocontrol se considera como un caso especial de la autorregulación y podría definirse de la siguiente manera:

Una persona manifiesta autocontrol cuando en ausencia relativa de presiones externas inmediatas, ejecuta una conducta cuya probabilidad de ejecución ha sido menor que la de conductas alternativas. (Mahoney y Thoresen, 1974).

El modelo de autorregulación de Kanfer y Hagerman (1980), ampliación del propuesto anteriormente por Kanfer en 1971, distingue las siguientes fases: autoobservación, autoevaluación y autorrefuerzo. Para que se active el proceso de autorregulación es necesario que haya una ruptura en la cadena de conductas, bien por que hay un error, o se den conductas nuevas, o haya un hecho inesperado; de esta forma comienza la autoobservación. Han de darse dos condiciones para que se pase a la fase de autoobservación: atribución interna, y relevancia a corto o a largo plazo de la conducta para el sujeto. La autoevaluación es un proceso en el que se compara la propia conducta con un criterio que depende de normas sociales y de variables personales. Para que se pase a la fase de autorrefuerzo es necesario que el sujeto haga atribución interna. El autorrefuerzo va a depender de la discrepancia que haya entre el criterio y la conducta observada. El sujeto puede administrarse refuerzo o castigo en forma externa o simbólico-verbal. Por último, tendría que cambiar su estrate-

gia y dar respuesta distinta si no ha satisfecho el criterio, terminará la secuencia si ha excedido el criterio, o incorporará la respuesta en su repertorio si ha cumplido el criterio.

Los procesos de autorregulación y autocontrol han sido muy empleados en Modificación de Conducta y en investigación para el tratamiento de distintas cuestiones. Hasta hace relativamente poco tiempo, la terapia o modificación de conducta no atendía más que a las conductas observables directamente; actualmente, sin embargo, este enfoque ha evolucionado de forma que tiene en cuenta la utilización de técnicas cognitivas y de autocontrol para alterar los pensamientos, imágenes y actitudes. Hacia media dos de los años 60 se publicaron los primeros trabajos empíricos respecto al tema de autocontrol (Ferster, Nurnberger y Levitt, 1962; Goldiamond, 1965; Fox, 1962; etc.). Poco después se publicaron manuales y en muchas revistas aparecieron artículos sobre el tema. Actualmente, este interés persiste, como hemos podido comprobar en la revisión bibliográfica que hemos realizado.

AREAS DE INVESTIGACION

Se han seleccionado los artículos relacionados con el tema de autocontrol publicados en las citadas revistas, decidiendo agruparlos en las siguientes áreas:

- área clínica
- área aplicada
- área teórica-experimental.

Se han revisado once artículos, de los cuales siete se refieren al área clínica, lo que supone el 63% del total; uno, al área aplicada, lo que supone el 9% del total; y por último tres artículos referidos al área teórico-experimental, es decir, el 27% del total.

Por otro lado, respecto al tipo de diseño, un 27% de los artículos revisados utilizan un diseño cuasiexperimental; un 36%, un diseño experimental; y un 27%, un diseño diferencial. (Para una visión general de las subáreas y de la metodología empleada en cada estudio, véase tabla nº 1).

TABLA Nº 1

| AREAS | SUBAREAS | Nº ARTICULOS | TIPO DE DISEÑO |
|----------------------|---|--------------|--|
| | | | - Diseño cuasiexperimental, bifactorial (Finkel et al., 1982). |
| | Depresión | 3 | - Diseño experimental unifactorial (Kornblith et al., 1983). - Trabajo teórico (Cautela, 1983). |
| | Dolor | 1 | - Diseño experimental unifactorial (Ahles et al., 1983). |
| CLINICA | Disfunciones orgánicas | 1 | - Trabajo teórica (Cautela, 1983) |
| | Hiperactividad | 1 | - Diseño experimental de caso único (Horn et al., 1983) |
| | Esquizofrenia | 1 | - Diseño experimental de caso único (Alford et al., 1982). |
| | Ansiedad | 1 | - Diseño cuasiexperimental, bifactorial (Shahar et al., 1981). |
| APLICADA | Deporte | 1 | - Diseño cuasiexperimental, bifactorial (Kirschenbaum et al., 1982). |
| | Relaciones con otras variables | 1 | - Diseño diferencial (Humphrey et al., 1981). |
| TEORICO-EXPERIMENTAL | Validación de una escala de autocontrol | 1 | - Diseño diferencial (Rosenbaum et al., 1983). |
| | Apoyo experimental al modelo de autorregulación de Kanfer | 1 | - Diseño diferencial (Grimm, 1983). |

1. Area clínica

Las investigaciones clínicas sobre autocontrol reflejan las repercusiones positivas que tiene para las personas el atribuir los resultados de sus actos a sí mismos, percibiéndose como controladores de su medio y como consecuencia, poder tomar decisiones. En todos los casos, lo que se pretende es ayudar al individuo a superar conflictos entre contingencias a corto y a largo plazo.

Dentro de este área se pueden distinguir las siguientes subáreas: depresión, dolor, disfunciones orgánicas, hiperactividad, esquizofrenia y ansiedad.

1.1. Depresión

En la revisión bibliográfica realizada, se evidencia que dentro de las aplicaciones clínicas se hace especial hincapié en el tema de la depresión. Estudios como el de Finkel, Glass y Merluzzi (1982), o el de Kornblith et al., (1983), enfocan sus investigaciones en las fases propuestas por Kanfer en el modelo teórico de autorregulación.

El primero de los estudios citados se centró en la etapa de auto-observación, investigando la susceptibilidad a acontecimientos negativos en depresivos y no depresivos. Para ello utilizaron un diseño 3 x 2 en el que el primer factor tomaba los siguientes valores: lectura de alta proporción de expresiones positivas autorreferentes, lectura de expresiones neutrales no autorreferentes, y lectura de baja proporción de expresiones positivas autorreferentes. El segundo factor tomó dos valores: sujetos depresivos y sujetos no depresivos. Todos los sujetos debían valorar las expresiones en una escala que iba de 7 (muy positivo) a 1 (muy negativo). A continuación tenían que estimar cuántas expresiones de las que habían leído juzgaban en algún grado positivas.

No se encontraron diferencias significativas entre los sujetos depresivos y no depresivos en sus valoraciones de expresiones neutrales no autorreferentes. Los depresivos, contrariamente a lo hipotetizado por los autores, valoraron las expresiones positivas como menos positivas y las negativas como menos negativas que los no depresivos, independientemente de la proporción de expresiones autorreferentes positivas y negativas. Asimismo, cuando la proporción de expresiones autorreferentes positivas fue alta, los sujetos depresivos informaron que habían visto significativamente menos expresiones positivas que los no depresivos. No ocurrió así cuando la proporción de estas expresiones fue baja.

Los resultados de este estudio coinciden con los de otros trabajos como el de Gotlib (1983) al concluir que los depresivos muestran fallos en la etapa de autoobservación. Sin embargo, mientras que los estudios anteriores informan que los depresivos sólo presentan un déficit cognitivo a largo plazo en el recuerdo de aspectos positivos, este estudio demuestra que hay un déficit también a corto plazo, es decir, había, ya en la percepción, una distorsión.

Por otra parte, este estudio se realizó con sujetos con un nivel medio de depresión. Con una muestra clínicamente depresiva es probable que se obtuvieran resultados distintos. De todas formas, proporciona una valiosa ayuda a la comprensión de los procesos cognitivos en los depresivos.

En el estudio de Kornblith et al. (1983) se pretendió analizar el papel que tienen la fase de autorrefuerzo y la asignación de tareas en la eficacia de un programa de autocontrol conductual que previamente había mostrado ser útil para aliviar la depresión moderada. Compararon cuatro condiciones: entrenamiento en autoobservación, autoevaluación y autorrefuerzo (principios y tareas); entrenamiento en autoobservación y autoevaluación (principios y tareas); entrenamiento en los principios como en la primera condición pero, sin asignación de tareas; y un grupo control de psicoterapia psicodinámica. La efectividad de cada una de las condiciones en la reducción de la severidad de la depresión se mostró por las medidas de autoinforme, escalas clínicas de síntomas y medidas conductuales.

Se encontró una mejora significativa de la depresión medida por autoinformes y escalas clínicas de síntomas en todas las condiciones. Sin embargo, las medidas conductuales no mejoraron con ninguno de los tratamientos. Los autores explican esto aludiendo a algunos estudios que no habían encontrado diferencias conductuales claras entre sujetos depresivos y no depresivos, cuestionándose la validez de estas medidas en depresión. El entrenamiento en los principios de autorrefuerzo no facilitó la mejora en sujetos a los que se les aplicó la terapia de autocontrol. Tampoco se vió que hubiera una especial mejora por la asignación semanal de tareas. No hubo diferencias en la mejora de la depresión entre sujetos a los que se les aplicó la terapia de autocontrol y los que recibieron terapia psicodinámica. Por tanto, según estos resultados, ni el entrenamiento en autorrefuerzo ni la asignación de tareas serían necesarias para producir mejora en los depresivos. Los autores indican que la no relevancia del programa de autorrefuerzo podría ser debida a que se produjera el cambio en las fases de autoobservación y autoevaluación. De todos modos, serían necesarios más estudios que apoyaran esta conclusión.

Por otro lado, Cautela (1983) sostiene que los pacientes depresivos tienen sentimientos de indefensión (de acuerdo con la teoría de Seligman), juzgan negativamente el pasado, presente y futuro, y poseen sentimientos de falta de control. Por tanto, piensa que son útiles técnicas como la "triada de autocontrol" para reducir esos tres tipos de actitudes: se pide a los sujetos que apliquen "detención del pensamiento siempre que empiecen a tener pensamientos negativos ("nunca mejoraré"), y a continuación, que sustituyan esos pensamientos por otros positivos como "estoy seguro que mejoraré" mientras se relajan, pasando a la fase de imaginación de una escena agradable (que ejerce un efecto reforzador de los sentimientos positivos).

Podría decirse que la técnica "triada de autocontrol" es un procedimiento que combina relajación con tres técnicas de autocontrol, en el que los individuos tienen que cambiar su conducta observándola y administrándose autorrefuerzo o autocastigo según el tipo de conducta.

Cautela resalta el valor de efecto placebo de este procedimiento de autocontrol, debido a la validez con que se presenta la técnica a los sujetos.

1.2. Dolor

Otro de los temas que se están investigando actualmente dentro del ámbito del autocontrol es el del dolor. Se investigan las variables que están influyendo en que se manifieste mayor o menor autocontrol.

Ahles, Blanchard y Leventhal (1983) examinaron los efectos de la atención en la tolerancia al dolor, tarea que ha sido considerada por muchos autores como típica para mostrar autocontrol. Se utilizaron sujetos universitarios a los que se asignaba a una de estas condiciones experimentales: grupo de atención, al que se daba la instrucción de atender a los componentes sensoriales de la experiencia de introducir la mano en agua helada; grupo de distracción, al que se daba la instrucción de nombrar a los profesores que habían tenido en cada curso; y grupo emotivo, al que se daba la instrucción de expresar la emoción asociada con la experiencia "cold pressor".

Se encontró que el tiempo de tolerancia podía ser aumentado por un procesamiento objetivo de los inputs dolorosos a través de la observación. Los autores mencionan sólo un estudio (Kanfer y Goldfoot, 1966) con resultados opuestos. En éste último, se proponía que la atención a los estímulos nocivos y la descripción de los efectos aversivos podría aumentar la tendencia de los sujetos a retirar la mano del agua, porque quizá, en su historia pasada, estas respuestas (de verbalización en voz alta)

hayan sido seguidas de una respuesta de escape de los estímulos que son experimentados como aversivos. Para explicar la diferencia de resultados entre estos dos estudios, Ahles, Blanchard y Leventhal insisten en que ambos estudios difieren en que en éste, los sujetos tenían que verbalizar sólo los pensamientos, mientras que en el de Kanfer y Goldfoof podrían haberse asociado pensamientos y emociones. Sin embargo, además de este estudio, existen más trabajos (Avia y Kanfer, 1980) que concluyen que la información verídica sobre el estímulo aversivo (tanto de sus características físicas como de sus efectos fisiológicos) tiene efectos negativos sobre la tolerancia al dolor. Hay que tener en cuenta que los grupos de comparación de ambos trabajos son distintos pero de todos modos, sería necesario realizar más investigaciones para aclarar el efecto de esta variable.

Autores como Ruiz (1983) observaron que el sentimiento de competencia personal puede ser igualmente eficaz que las estrategias distractoras reforzantes para aumentar la tolerancia al dolor. Lo cual demuestra la "susceptibilidad" de la conducta de autocontrol a ser influida por múltiples variables.

1.3. Disfunciones orgánicas

La técnica mencionada anteriormente, "tríada de autocontrol", se ha aplicado a otros tipos de trastornos además de la depresión, como por ejemplo, disfunciones orgánicas (Cautela, 1983).

1.4. Hiperactividad

La hiperactividad ha sido otro de los campos investigados en relación con el autocontrol. Horn, Chatoor y Connors (1983) estudiaron la eficacia de la combinación de medicación psicoestimuladora (Dexedrina) junto con entrenamiento en autocontrol, en comparación con Dexedrina o autocontrol aplicados por separado a un niño diagnosticado como hiperactivo. El entrenamiento en autocontrol reunía dos componentes: entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum y Goodman y entrenamiento de autocontrol en el aula escolar tomado de Wells et al. Se aplicaron distintos tratamientos: aplicar un placebo (A'), administrar la droga en dosis crecientes (B'), en dosis completas (B), y entrenamiento de autocontrol (C), siguiendo las fases A'-B'-A'C-B'C-BC-A'C-B'C-BC... Se tomaron medidas de rendimiento académico, de atención y control de impulsividad mediante dos tests, de hiperactividad valorada por el profesor y datos observacionales directos durante la clase.

Se encontró que el entrenamiento en autocontrol solo aportaba eficacia adicional a la administración de Dexedrina en una de las medidas conductuales y en la hiperactividad juzgada por el profesor. Los autores recomendaron un tratamiento combinado de

Dexedrina y autocontrol para niños hiperactivos y con desórdenes de atención. Sin embargo, bastantes de las variables medidas no arrojaron diferencias en la dirección esperada. Además, se trata de un estudio de caso único. Por tanto, antes de pasar a la aplicación clínica de esta técnica serían necesarios una serie de estudios en la misma línea que confirmasen de forma definitiva la conclusión a la que llegan los autores.

1.5. Esquizofrenia

Alford, Fleece y Rothblum (1982) consiguieron reducir las verbalizaciones alucinatorias y delirantes y el valor reforzante de éstas en una paciente esquizofrénica, mediante un tratamiento que constaba de siete fases. La primera consistía en observar las verbalizaciones de la paciente cuando estaba sola. En la segunda, se aplicó la técnica de interferencia social (conservar con el terapeuta). En la fase tercera, se realizó de nuevo la observación. En la cuarta, se enseñó a la paciente la técnica de autocontrol (inhibir sus verbalizaciones). Nuevamente, se observó a la paciente estando sola (fase quinta). En la fase sexta, se alternó autocontrol dirigido (la paciente seguía las instrucciones del terapeuta) con autocontrol libre (la paciente controlaba o no su conducta). La séptima fase consistió en la aplicación de intervención cognitiva: intentar convencer a la paciente de lo perjudiciales y negativas que resultaban sus alucinaciones.

Hay que decir que la reducción de las verbalizaciones alucinatorias y delirantes solo se mantenía durante un período reducido. Por otra parte, los autores no especifican en que consisten las técnicas de autocontrol que aplican.

1.6. Ansiedad

Shahar y Merbaum (1981) estudiaron la eficacia de la terapia de desensibilización, autocontrol y de reestructuración cognitiva en sujetos con alto grado de ansiedad interpersonal y con distinto nivel en actividad fisiológica y percepción neurovegetativa. El grado de actividad fisiológica se midió por la diferencia en el número de pulsaciones medido antes y después de escuchar una descripción grabada de una situación de estrés social. Y el grado de percepción neurovegetativa se midió por medio del cuestionario de percepción neurovegetativa de Mandler, Mandler y Uviller (1958). El grado de ansiedad se valoró mediante un autoinforme, una medida del pulso y a través de varias pruebas conductuales.

Los resultados mostraron que los sujetos en actividad fisiológica y altos en percepción neurovegetativa mejoraron más con la reestructuración racional y, en cambio, los sujetos altos en

ambas variables mejoraron más con la desensibilización-autocontrol, pero solo se encontró esto con una de las medidas conductuales; con las demás, y en la medida del pulso no hubo diferencias significativas. Respecto a la medida de autoinforme, los sujetos altos en ambas variables mejoraron con la desensibilización, mientras que el otro grupo no obtuvo mejoras. Sin embargo, ambos mejoraron con la reestructuración racional.

Respecto a este estudio hay que decir que los autores simplemente citan las tareas conductuales que miden, sin hacer referencia al contenido de las mismas. Por ejemplo, hablan de contenido verbal pero, ¿qué tipo de contenido verbal es el que indica una mayor o menor ansiedad?. Además, no hacen una descripción, ni dan referencia de los tratamientos que emplean. Por otra parte, no presentan datos de los resultados obtenidos por los grupos en cada una de las medidas.

2. Area aplicada: deporte

Hemos constatado el intento de comprobar el modelo de autorregulación de Kanfer en el área deportiva, poniéndose a prueba la eficacia de distintos tratamientos en la mejora de dicha área. Kirschenbaum et al. (1982), basándose en la investigación de laboratorio sobre autorregulación, propusieron que la autoobservación positiva, más que la autoobservación negativa o procedimientos de comparación y control, mejoraría los resultados de jugadores de bolos inhábiles; mientras que los jugadores expertos mejorarían más con la autoobservación negativa. Se hicieron distintos grupos de sujetos según su nivel de habilidad en la tarea, que podía ser alto o bajo, y según el tipo de condición experimental: grupo que sólo recibía instrucciones de un profesional, grupo de autoobservación positiva, grupo de autoobservación negativa y grupo control.

Los resultados mostraron que el grupo con baja habilidad y autoobservación positiva superó al resto de los grupos; sin embargo, el grupo con nivel alto en habilidad y autoobservación negativa no mejoró con respecto al grupo control.

Estudios anteriores como el de Mahoney y Avenier (1977) habían planteado la importancia del diálogo interno en los deportistas, en cuanto a mejorar las posibilidades de realizar correctamente los ejercicios frente a los que fracasan en los mismos. Posteriormente, Del Cerro (1980) comprobó que en el entrenamiento de saltos de aparatos en educación física, los sujetos con dificultades en dicha tarea obtenían mejores resultados al conjugarse una técnica de modelamiento con otra de autorregulación, en comparación con un grupo control. Tanto este último estudio como el de Kirschenbaum et al., coinciden en destacar la utilidad de los procesos de autorregulación, principalmente en las primeras eta-

pas de aprendizaje de una tarea deportiva, siendo menos eficaz una vez que la tarea está en una fase avanzada de aprendizaje.

3. Area teórico-experimental

Hemos considerado este área como aglutinadora de aquellas investigaciones encaminadas a comprobar empíricamente diversos aspectos teóricos relacionados con el autocontrol. En este área hemos distinguido los siguientes apartados: relación del autocontrol con otras variables, validación de una escala de autocontrol y apoyo experimental al modelo de autorregulación de Kaafer.

3.1. *Relación del autocontrol con otras variables*

Humphrey y Kirschenbaum (1981) estudiaron, en preescolares, la relación entre autocontrol medido mediante resistencia a la tentación y tolerancia a la estimulación nociva, y competencia social percibida por sus profesores. La tarea de tolerancia consistía en que los niños tenían que extender los brazos tanto tiempo como pudieran, repitiéndose a sí mismos: "debo extender los brazos"; se medía el tiempo que permanecían con los brazos extendidos. En la tarea de resistencia a la tentación se medía el tiempo que los niños dibujaban mientras que detrás de ellos se encontraban juguetes y una televisión; debían decirse: "no voy a mirar los juguetes ni la televisión". La competencia social la valoraban los profesores mediante una escala de dos factores: interés y participación en las actividades de clase; y cooperación y conformidad (seguir instrucciones, obedecer reglas y trabajar de forma cooperativa).

Se encontró una correlación positiva entre tolerancia a la estimulación nociva y competencia social. Sin embargo, la resistencia a la tentación no correlacionó con competencia social. Por otro lado, la edad correlacionó con la resistencia a la tentación y con el factor de competencia social. Según Humphrey y Kirschenbaum, la correlación encontrada entre tolerancia a la estimulación nociva y competencia social no es sorprendente ya que la tolerancia de los niños preescolares a ciertos procedimientos desagradables (dormir la siesta, escuchar al profesor) es valorada positivamente por los profesores (valor alto en competencia social). Sin embargo, no explican la falta de correlación entre competencia y resistencia, siendo ésta última una medida de autocontrol que correlacionó positivamente con la otra medida de autocontrol (tolerancia).

Los resultados de este estudio coinciden con los ya existentes (Mischel y Metzner, 1962) respecto a la existencia de una correlación positiva entre edad y autocontrol.

3.2. Validación de una escala de autocontrol

Una de las escalas utilizadas para medir la variable autocontrol es la *Self-Control Scale (SCS)*. Esta escala, creada por Rosenbaum en 1980, evalúa el repertorio general de conductas de autocontrol en un individuo y sus tendencia a emplearlo cuando se encuentra con problemas cotidianos.

Rosenbaum y Rolnick (1983) examinaron la relación entre el repertorio general de conductas de autocontrol de los sujetos y su habilidad para manejarse con el mareo (en barco). Al mismo tiempo se pretendía proporcionar validez adiconal a la SCS. Este estudio se realizó con sujetos de la Marina Israelí. Se tomaron tres medidas de autoinforme: un cuestionario de conductas específicas de autocontrol relacionado con el mareo, la escala de autocontrol de Rosenbaum y un autoinforme sobre el grado en que sufría mareo. También se tomaron dos medidas de informe de dos compañeros respecto a cada uno de los sujetos sobre susceptibilidad al mareo y grado de ejecución durante el mismo. Basándose en estas medidas se dividió a los sujetos en "mareados" y "no mareados", y a cada uno de estos grupos en altos y bajos en autocontrol.

Se concluyó que los sujetos altos en autocontrol no diferían de los bajos en autocontrol en susceptibilidad al mareo; y que los sujetos "mareados" altos en autocontrol mostraban déficits en ejecución más bajos durante la tempestad e informaban que usaban más métodos de autocontrol específicos para manejarse con el mareo que los sujetos "mareados" bajos en autocontrol. Por consiguiente, basándose en estos resultados, los autores subrayaron la importancia de las habilidades de autocontrol en el manejo de situaciones físicamente estresantes y concluyeron que las SCS era un instrumento útil para predecir la habilidad para manejar situaciones.

Sin embargo, Ruiz (1983) (3) encontró que la SCS no servía para predecir el grado de autocontrol alcanzado por los sujetos en una tarea de tolerancia al dolor (cold pressor). Esta autora sugiere que este cuestionario quizá permita calificar a los sujetos como altos o bajos en autocontrol, según la frecuencia con que informan del uso de conductas de autocontrol en situaciones naturales, en las que el grado de estructuración es muy inferior al que presenta una situación de laboratorio. Menciona diversos autores que defienden que las diferencias individuales disminuyen según aumente el grado de estructuración de la situación, y varias investigaciones que muestran que situaciones muy amenazantes o punitivas pueden enmascarar las diferencias individuales. Por todo ésto, sería posible que las diferencias entre altos y bajos en autocontrol quedaran disminuídas.

Por otra parte, Alvarez y Casado (1984) (4) mostraron que el test de autocontrol de Rosenbaum, adaptado por Ruiz, tenía una baja fiabilidad en población española. Además, encontraron que en muchos de los items existía un sesgo a responder de cierto modo, por ejemplo, en los items número 11, 24, 25, menos del 1% de los sujetos respondió como "nada descriptivo"; lo mismo ocurrió con el item número 16 para la respuesta "extremadamente descriptivo" y más del 60% de los sujetos respondió "no característico de mí" en este mismo item.

3.3. Apoyo experimental al modelo de autorregulación de Kanfer

Grimm (1983) intentó probar una hipótesis derivada del modelo de autorregulación de Kanfer en la que se planteaba que el autorrefuerzo es función de la discrepancia entre la conducta y el criterio de ejecución de la misma. Dicha hipótesis se probó mediante dos estudios. En el primero de ellos, antes de ejecutar la tarea asignada, debían, indicar el refuerzo que se daban. En el segundo estudio, los sujetos debían adjudicarse un percentil respecto a la ejecución de una tarea que tenían que realizar. Tras el desempeño de la misma se les asignaba el percentil real en que se les situaba, y finalmente, indicaban el grado de satisfacción por la realización de la tarea.

Los resultados obtenidos apoyaron la hipótesis propuesta. Sin embargo, no se puede concluir que la discrepancia entre el criterio y la conducta sea lo único que determina la magnitud del autorrefuerzo, ya que últimamente, autores como Kanfer y Hagerman (1981) han indicado la importancia de variables emocionales y de personalidad, y de la expectativa de cambio de la conducta después del fracaso.

CONCLUSIONES

De acuerdo con lo comentado anteriormente puede concluirse que el autocontrol es una conducta que puede verse influida por múltiples aspectos. El tipo de pensamiento afecta a la conducta de autocontrol. La tarea de imaginación de escenas agradables, así como que el sujeto se sienta con control sobre la situación aumenta la tolerancia a la estimulación aversiva, y por tanto, si se considera esta tarea como representativa de autocontrol se puede decir que lo aumenta. Parece también que el procesamiento objetivo de la estimulación dolorosa facilita el autocontrol. Sin embargo, hay estudios que contradicen esto, por lo que pensamos que sería un campo interesante de investigación en los próximos años.

Un aspecto a considerar es que en bastantes de los trabajos revisados se parte de modelos analógicos. Son situaciones de laboratorio que se pretende que sean similares a las de la vida

real. Pero, ¿hasta qué punto pueden generalizarse los resultados a situaciones naturales?

Podría plantearse la duda de en qué medida las situaciones que utilizan algunos de estos estudios cumplen los requisitos indispensables para considerarlos situaciones de autocontrol. Los sujetos en estas situaciones podrían no tener metas relevantes a largo plazo, exigencia indispensable para que el sujeto muestre autocontrol. Por ejemplo, en el paradigma de tolerancia a la estimulación aversiva, en algunos estudios habría que ver hasta qué punto se ofrecen metas relevantes. Algunos sujetos podrían creárselas ("voy a demostrarme a mí mismo que puedo resistir el máximo tiempo posible"); otros utilizarían metas derivadas directamente de las demandas experimentales ("voy a resistir porque es lo que el experimentador espera de mí"). En este caso, ¿más que autocontrol, no se estarían midiendo demandas experimentales?. Y habría también sujetos para los que no sería nada relevante mostrar mayor tolerancia, y por tanto, no mostrarían autocontrol, no porque no fueran capaces, sino porque la situación no sería la más adecuada para que se manifestara. Esto quizá pueda haber ocurrido en el estudio de Humphrey y Kirschenbaum (1981) en el que tras una tarea de resistencia a la tentación y de tolerancia a la estimulación nociva no se ofrecía -o al menos no se hacía referencia- ningún refuerzo a largo plazo. Sería interesante investigar este posible hecho para que éste dejara de ser una mera sugerencia.

Por otro lado, es importante tener en cuenta los grupos control con los que se comparan los grupos que reciben tratamiento, ya que hay estudios que señalan que la simple interacción con el experimentador puede producir cambios en la conducta en la dirección deseada. En este sentido, creemos que en el estudio mencionado de Kornblith et al. (1983) se veía que la fase de autorrefuerzo por sí misma no añadía nada nuevo que las etapas anteriores no hubiesen conseguido ya. Los autores no distinguieron si los progresos realizados se debían a la autoobservación o bien a la autoevaluación. Estas conclusiones quizá puedan explicarse por la teoría de la reactancia de Brehm (1966). El hecho de autoobservar la conducta desagradable proporcionaría al sujeto información, y esto serviría como una "barrera" autoimpuesta, lo cual activaría un sentimiento de reactancia que produciría un descenso de la conducta.

Finalmente, consideramos de gran importancia la aplicación del autocontrol al área deportiva. Subrayamos la gran eficacia de un método de aprendizaje que reúna aspectos técnicos y aspectos encaminados a superar problemas de tipo físico (respuestas de evitación a estímulos percibidos como aversivos por el sujeto, falta de confianza en la habilidad para su ejecución), frente al que se suele utilizar en la mayoría de los centros escolares que

dan un entrenamiento físico del ejercicio, y sólo a veces reforzamiento o castigo verbal por parte del profesor.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- AHLES, T.A.; BLANCHARD, E.B. y LEVENTHAL, H.: "Cognitive control of pain: attention to the sensory aspects of the cold pressor stimulus". *Cognitive Therapy and Research*, 7, (2), 159-178 (1983).
- ALFORD, G.S.; FLEECE, L. y ROTHBLUM, E.: "Hallucinatory-Delusional verbalizations. Modification in a chronic schizophrenic by self-control and cognitive restructuring". *Behavior Modification*, 6, (3), 421-435, (1982).
- ALVAREZ, M.V. y CASADO, C.: "El autocontrol y sus relaciones con otras variables de personalidad". Trabajo no publicado, presentado a la asignatura de Psicología de la Personalidad de la Universidad Complutense de Madrid, (1984).
- AVIA, M.D.: "El control cognitivo del dolor. Estrategias y técnicas". *Rev. de Psic. Gral. y Apl.*, 35, 99-114 (1980).
- AVIA, M.D. "Técnicas cognitivas y de autocontrol". En Mayor, J. y Labrador, F.J. (Eds.). *Manual de Modificación de Conducta*. Madrid, Alhambra, (1984).
- AVIA, M.D. y KANFER, F.H.: "Coping with aversive stimulation: the effects of training in a self-management context". *Cognitive Therapy and Research*, 4, (1), 73-81 (1980).
- BREHM, J.W.: *A theory of psychological reactance*, New York. Academic Press, (1966).
- CAUTELA, J.R.: "The self control triad. Description and clinical applications". *Behavior Modification*, 7, (3), 299-315 (1983).
- DEL CERRO, J.P.: "Aplicación de las técnicas de moldeamiento y autorregulación al aprendizaje de aparatos de educación física". Memoria de licenciatura sin publicar. Universidad Complutense de Madrid. (1980).
- FERSTER, C.B.; NURNBERGER, J.F. y LEVITT, E.B.: "The control of eating". *Journ. of Mathematics*, 1, 87-109 (1962) (Citado en Avia, 1984).
- FINKEL, C.B.; GLASS, C.R. y MERLUZZI, T.V.: "Differential discrimination of self-referent statements by depressives and nondepressives". *Cognitive Therapy and Research*, 6, (2), 173-183 (1982).
- FOX, L.: "Effecting the use of efficient study habits". *Journ. of Mathematics*, 1, 75-86 (1962) (Citado en Avia, 1984).
- GOLDIAMDOND, I.: "Self-control procedures in personal behavior problems". *Psych.*

Reports, 17, 851-868 (1965) (Citado en Avia, 1984).

GOTLIB, J.H.: "Perception and recall of interpersonal feedback negative bias in depression". **Cognitive Therapy and Research, 7, (5), 399-412.**

GRIMM, L.G.: "The relation between self-evaluation and self-reward: A test of Kanfer's self-regulation model". **Cognitive Therapy and Research, 7, (3), 245-250 (1983).**

HORN, W.F.; CHATOOR, I. y CONTERS, C.K.: "Additive effects of dexedrine and self-control training. A multiple assessment". **Behavior Modification, 7, (3), 383-402 (1983).**

HUMPHREY, L.L. y KIRSCHENBAUM, D.S.: "Self-control and perceived social competence in preschool children". **Cognitive Therapy and Research, 5, (4), 373-379 (1981).**

KANFER, F.H.: "Self-regulation: research, issues, and speculations". En C. Neuringer y J.L. Michael (Eds.). **Behavior Modification in Clinical Psychology, New York, Appleton-Century-Crofts, 178-220 (1970) (Citado en Kanfer y Karoly, 1978).**

KANFER, F.H. y GOLDFOOT, D.A.: "Self-control and tolerance of noxious stimulation". **Psychological Reports, 18, 79-85 (1966) (Citado en Ahles, Blanchard y Leventhal, 1983).**

KANFER, F.H. y HAGERMAN, S.: "The role of self-regulation". En L.P. Rehm (Ed.), **Behavior Therapy for Depression. New York: Academic Press, (1981) (Citado en Grimm, 1983).**

KANFER, F.H. y HAGERMAN, S.: "The role of self-regulation". En Rehm (Ed.): **Behavior Therapy for Depression: present status and future directions. New York, Academic Press, (1980).**

KANFER, F.H. y KAROLY, P.: "Autocontrol: una excursión behaviorista a la boca del lobo". **Rev. de Psic. Gral y Apl., 33, 635-655 (1978) (orig., 1972).**

KIRSCHENBAUM, D.S.; ORDMAN, A.M.; TOMARKEN, A.J. y HOLTZBAUER, R.: "Effects of differential self-monitoring and level of mastery on sports performance: brain power bowling". **Cognitive Therapy and Research, 6, (3), 335-342 (1982).**

KORNBLITH, S.J.; REHM, L.P.; O'HARA, M.W. y LAMPARSKI, D.M.: "The contribution of self-reinforcement training and behavioral assignments to the efficacy of self-control therapy for depression". **Cognitive Therapy and Research, 7, (6), 449-527 (1983).**

MAHONEY, M. y AVENER, M.: "Psychology of the elite athlete: an exploratory study". **Cognitive Therapy and Research, 1, 135-142 (1977).**

MAHONEY, M.J. y THORESEN, C.E.: **Self-control: power to the person. Brooks, Cole,**

(1974) (citado en Ruiz, 1980).

MANDLER, G.; MANDLER, J.M.; y UVILLER, E.T.: "Autonomic feedback: the perception of autonomic activity". *Journ. of Abnorm. and Soc. Psych.*, 86, 367-377 (1958) (citado en Shahar y Merbaum, 1981).

MEICHENBAUM, D. y GOODMAN, J.: "Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control". *Journ. of Abnorm. Psych.*, 77, 115-126 (1971) (citado en Horn, Chatoor y Conners, 1983).

MISCHEL, W. y METZNER, R.: "Preference for delayed reward as a function of age, intelligence, and length of delay interval". *Journ. of Abnorm. and Soc. Psych.*, 64, 425-431 (1962).

ROSENBAUM, M. y ROLNICK, A.: "Self-control behaviors and coping with seasickness". *Cognitive Therapy and Research*, 7, (1), 93-98 (1983).

RUIZ, M.A.: "Procesos cognitivos que influyen en la demora de la gratificación en niños". Memoria de licenciatura sin publicar. Universidad Complutense de Madrid (1980).

RUIZ, M.A.: "Autocontrol. Estrategias cognitivas y diferencias individuales". Tesis doctoral sin publicar. Universidad Complutense de Madrid, (1983).

SHAHAR, A. y MERBAUM, M.: "The interaction between Subject characteristics and self-control procedures in the treatment of interpersonal anxiety". *Cognitive Therapy and Research*, 5, (2), 221-224 (1981).

WELLS, K.C.; CONNERS, C.K.; IMBER, L. y DELAMATER, A.: "Use of single-subjects methodology in clinical decision-making with hyperactive children on the psychiatric inpatient unit". *Behavior Assessment*, 3, 359-369 (1981) (citado en Horn, Chatoor y Conners, 1983).

NOTAS

- (1) Deseamos expresar nuestro agradecimiento y consideración a la Dra. Dña. M^a Dolores Avia, por sus oportunos consejos, por la lectura crítica realizada de la versión inicial y por la confianza que ha puesto en nosotras para la realización de este trabajo. También agradecemos a Aratzazu Cortabarría y a Pilar Crespo su colaboración en el trabajo que se presenta.
- (2) En este trabajo no pretendemos abarcar toda la literatura sobre autocontrol de los últimos años; sólo hemos considerado una pequeña muestra del total de lo publicado sobre el tema.
- (3) Este artículo no pertenece a las dos revistas revisadas. Se incluye para rebatir los resultados encontrados por Rosenbaum.
- (4) Ver nota nº 3.