



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA
ESCUELA DE PSICOLOGIA**



**UNAM, CAMPUS
IZTACALA**

**UN ANALISIS DESCRIPTIVO DE DIFERENTES
FORMAS DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL
TABAQUISMO EN LA CIUDAD DE MEXICO: UNA
PROPUESTA ALTERNATIVA DE TRABAJO**

001
31921
F4
1986-2

TESIS PROFESIONAL

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A N :

**MARIA DEL ROSARIO FRANCO BEY
MARIA LIBIA GABRIELA LOPEZ LEON**

MEXICO, D. F.

1986



FACULTAD DE PSICOLOGIA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

La elaboración de la presente tesis no tuvo como único objetivo el de cumplir con un requisito universitario para obtener la titulación.

Sino que además de ello, pretende ser una pequeña aportación, para ayudar a solucionar, aunque solo sea en forma mínima, uno de los muchos problemas sociales que actualmente afectan a nuestro país.

" D E D I C A T O R I A S "
= = = = =

Como un testimonio de eterno agradecimiento al ser que me dió la vida y junto con ella inmensos momentos de felicidad, como lo es ahora la terminación de mi tesis y titulación:

A tí mamá.

Al hombre que con su cariño, empeño y fortaleza, logró hacer de mí una profesionista y ante todo, -- una buena mujer.

A mi papá.

A mis hermanos Rubén, Mario, Manuel y Jorge, - quienes con su ejemplo me enseñaron el camino a seguir, brindándome su apoyo en todo momento.

Con estimación y respeto a la Sra. Irma Rivera.

Con cariño a mis tíos y primos.

A mi querida amiga Quena, quien me ha apoyado en todo momento con su confianza y cariño.

A mi compañera y mejor amiga Marilí, quien con su cariño, comprensión y afecto siempre me ha alentado a continuar superándome, tanto personal como profesionalmente.

ROSARIO.

Gracias a Dios Nuestro Señor por haberme --
concedido la vida y darme la oportunidad de aplicar
mis conocimientos en psicología para bien de la do--
lente humanidad.

A la memoria de mis abuelitos: Sr. Carlos -
López Barroso y Sra. Romelia Salinas Peña ; Sr.
Dr. Federico León Gómez y Sra. Gabriela De Neymet
Léger , que aunque no estén presentes en estos mo-
mentos tan significativos en mi vida; yo les agra--
dezco el cariño y los consejos que en vida siempre
me brindaron; contribuyendo así a mi superación per-
sonal y profesional.

A la memoria de mi hermanita Ma. de Lour--
des López León.

A mis padres Sr. Dr. Héctor López Salinas
y Sra. Dra. Martha León de López; con el profundo -
amor, respeto y admiración que ellos se merecen; --
porque con su diario ejemplo de lucha, persisten--
cia, cariño y comprensión me condujeron por el buen
camino; brindándome la motivación y el apoyo tanto
moral como económico que necesité para ser una pro-
fesionista y llegar a cristalizar uno de mis mayo--
res ideales.

A mis hermanos: Martha, Héctor, Rosario, -
Violeta, Romelia, Teresita y Gabriela; porque todos
y cada uno con su cariño, entusiasmo, compañerismo
y forma de ser me ayudaron a continuar mis estudios
y a darle sentido a mi vida.

Con cariño a mis cuñados: Sr. Ricardo González; Sra. Liliana Ríos; Sr. José de Jesús Valdés y Sr. Carlos Sinecio. Así como también a mis sobrinas: Esfí, Diana, Liliana, Adriana, Martha Violeta y demás familiares.

A mis amigos; a quienes les agradezco su amistad, apoyo y comprensión que me han brindado -- cuando lo he requerido y con quienes comparto este bello momento.

Con estimación a Mauricio Icaza y Jaime Alvarez.

A Rosario mi mejor amiga y compañera universitaria, porque me ha brindado su amistad, apoyo, cariño y comprensión en todo momento; compartiendo juntas situaciones tanto difíciles como agradables; así como el haber realizado una de nuestras principales metas.

MARILI.

" A G R A D E C I M I E N T O S "
= = = = =

A todos y cada uno de nuestros profesores, -
que a lo largo de nuestra formación académica nos ---
brindaron sus experiencias y conocimientos, contribu-
yendo a la realización de uno de nuestros mayores ob-
jetivos.

En especial a nuestro asesor y director de -
tesis, Profesor José de Jesús Vargas Flores, quien --
con sus experiencias, conocimientos y dedicación ayu-
dó a la elaboración de la presente tesis.

Así como a los profesores: Hugo Romano y Car-
los Rosales, quienes a su vez con sus conocimientos y
sugerencias cooperaron al enriquecimiento de ésta.

También queremos agradecer a los servidores
de los Centros de Salud Pública a los cuales acudi--
mos; por la atención e información proporcionada.

Agradecemos de la misma manera a la Srita. -
Secretaria Teresita Marina López León, por la dedica-
ción otorgada para la culminación de esta tesis.

" I N D I C E "
= = = = =

41. 1000451

Págs.

INTRODUCCION	1
CAPITULO I.	
"ANALISIS TEORICO METODOLOGICO DE ALGUNAS DE LAS PRINCIPALES TEORIAS PSICOLOGICAS QUE HAN ABORDADO EL TABAQUISMO Y RESULTADOS OBTENIDOS EN CADA UNA DE ---ELLAS"	12
CAPITULO II.	
"MARCO TEORICO"	103
CAPITULO III.	
"DESCRIPCION DE LA ATENCION ANTITABAQUICA QUE BRINDA ACTUALMENTE EL SECTOR SALUD. ANALISIS CRITICO"	110
CAPITULO IV.	
"PROPUESTA ALTERNATIVA DE TRABAJO"	137
DISCUSION	210
CONCLUSIONES	213
BIBLIOGRAFIA	215

" EL HOMBRE ES SIN DUDA,
EL UNICO SER CAPAZ
DE CREAR GRANDES MARAVILLAS,
PERO TAMBIEN ES EL UNICO
CAPAZ DE DESTRUIRSE "

Inicialmente diremos que el tabaco es una planta de la familia de las solanáceas, de raíz fibrosa, hojas alternas, grandes lanceoladas, flores en racimo y fruto en cápsula cónica con muchas semillas; es una planta de olor fuerte y narcótica. Sus hojas, secas y preparadas, se fuman en forma de cigarros y en hebra o picadura, en cigarrillo o en pipa.

El tabaco es una hierba perenne, robusta, de 50 a 120 cm. de altura, toda cubierta de una pubescencia glandulífera, de manera que resulta pegajosa al tacto.

El tabaco ha adquirido gran popularidad, y su cultivo se ha extendido por todo el mundo. Su principal interés reside en el gran consumo que se hace de sus hojas, para fumar. En cambio, el uso de tabaco para mascar o como rapé ha perdido mucha importancia.

La parte de la planta que tiene valor son las hojas, éstas una vez curadas por un proceso de fermentación adquieren un aroma suave, su componente más característico es el alcaloide nicotina que se halla en las hojas en proporción muy variable, según las clases de tabaco. El tabaco para fumar suele contener del 1 a 3% de este alcaloide; a él se deben las cualidades narcóticas y calmantes de la planta.

El tabaco es un bien de consumo, solo una pequeña parte, principalmente el desecho, se utiliza como componente de insecticidas y fertilizantes. Se consume sobre todo en las naciones donde se produce, independientemente del grado de desarrollo de los países productores.

• La planta del tabaco es originaria de América. En la antigüedad, antes de la llegada de los españoles, era empleada principalmente por los sacerdotes en las ceremonias religiosas; debido a que a esta planta se le atribuyen propiedades milagrosas, tales como que, al fumarla, los dioses atenderían a sus llamados; o que, al frotársela en la --

piel, algunas enfermedades se curarían.

— Sin embargo, el tabaco y su consumo han sido "problema" desde que Cristobal Colón puso pie en la isla de Cuba. Cuando sus marineros - iniciaron sus correrías hacia el interior del territorio, contemplaron con asombro como los nativos "con un tizón en la mano y ciertas hierbas, sus ahumeríos, que son unas hierbas secas metidas en una cierta hoja, seca también, a manera de mosquete y encendido por una parte de él, por la otra chupan, sorben o reciben, con el resuello para adentro, --- aquel humo con el cual se adormecen las carnes y casi emborrachan, y --- así no sentían el cansancio". (Trías, L. 1980).

A estos mosquetes los llamaban tabaco. Además de fumarlo, los indios del caribe utilizaban también un tabaco disecado y pulverizado - que aspiraban al través de sus fosas nasales, mediante un tubo de caña en forma de "Y" cuyas extremidades superiores pendían de ambos orificios nasales, mientras que la inferior actuaba de recipiente del polvo de tabaco. Este polvo, que se le denominó rapé, ha sido utilizado hasta en nuestros tiempos, aunque en forma mínima, ya que tuvo su máximo apogeo hace ya bastantes años.

Las hierbas que tanto intrigaron y sedujeron a aquellos conquistadores, son precisamente las hojas disecadas de un arbusto de la familia de las solanáceas, denominada nicotina tabacum en memoria del diplomático francés Jean Nicot, que en 1560 dió a conocer a su soberana Catalina de Médicis las presuntas virtudes de tan extraña herbácea.

Como es natural, el tabaco fue inicialmente transferido a Europa por los españoles, pero en los años siguientes cuidaron de propagarlo los navegantes y aventureros que, en elevado número, se volcaron al nuevo mundo en busca de fortuna. Por este conducto el Embajador de Francia en Portugal, Nicot, hizo llegar hasta su país un voluminoso fardo de hojas de tabaco. Por su parte, el almirante inglés Francis Drake lo

dió a conocer a la reina Isabel y a su ministro Walter Raleigh, (de --- quien, hasta la fecha, una marca de cigarros lleva su nombre) quien gozaba de gran prestigio en la corte británica donde lo difundió.

La historia del tabaco nos refiere que su expansión mundial -- fue lenta, y aún dificultosa, a causa de obstáculos que por varios motivos se opusieron a su desarrollo al correr de los años.

Por considerarlo una costumbre nefasta y supuestamente nocivo para la salud, algunos gobernantes prohibieron formalmente su consumo; incluso determinados pontífices como Urbano VIII (1635) e Inocencio XII (1694) promulgaron sendas bulas de excomuni3n a los fumadores, incluyendo quizás una peligrosidad que más tarde quedaría plenamente demostrada; puesto que el tabaco, al igual que algunas otras plantas de esta familia (nicotina tabacum), es portadora de cuerpos químicos de naturaleza tóxica. (Trías, L. 1980).

— Generalmente se otorga al tabaco el calificativo de "droga", - desde el momento en que el individuo busca al fumarlo una autosatisfacción que le conduce a un hábito insuperable y nocivo para la salud. -- (León, F. 1982).

— Como lo cita Trías (1980), el considerable incremento de fumadores de tabaco se debe en gran manera a su organizada comercialización y de un modo preponderante a la industrialización de cigarrillos, ya -- que, actualmente, la porción de fumadores de éstos representa el 90% de la cifra de adictos al tabaco, cuyo 10% restante está integrado por el conjunto de fumadores de cigarro y pipa.

Esta considerable prevalescencia del cigarrillo sobre las otras formas de fumar ha contribuido, a causa de la comodidad para encenderlo, a incrementar grandemente la peligrosidad del tabaco para la salud, pues se consume en mayor cantidad y se inhala más el humo.

Al través del estudio químico experimental del tabaco, se han destacado dos sustancias bien definidas por su peligrosidad y sobre las cuales recae, hasta el momento, la responsabilidad patológica: la nicotina y el humo producido al fumar, éste último minuciosamente analizado por procedimientos especiales.

La nicotina es absorbida muy fácilmente por la mucosa bucal, - gastrointestinal y respiratoria (por inhalación del humo), e incluso al través de la piel. Es interesante aclarar que la nicotina no tiene actividad cancerígena y solamente es tóxica cuando pasa a la circulación -- sanguínea. Para una mejor comprensión, diremos que dicha influencia del tabaco se ejerce fundamentalmente por la aspiración de los alquitranes e hidrocarburos procedentes de la combustión, de modo que solo incurren en este riesgo los fumadores que aspiran el humo; pero no por ello evitan el paso de la nicotina que el humo arrastra en gran cantidad a la - sangre. (León, F. 1982).

Es bien sabido que los fumadores de cigarrillos son, en un 90% grandes inhaladores de humo, y también se sabe que esta clase de fumadores ingresan en su organismo cuatro veces más nicotina que los que lo - inhalan. (Trías, L. 1980).

La influencia patológica de la nicotina no se limita a la esfera nerviosa, sino también a otros órganos y sistemas en los que el corazón y las arterias, tienen una acusada importancia en la génesis de las enfermedades coronarias (angina de pecho, trombosis e infarto al miocardio) y en el desarrollo de un grave proceso respiratorio de las extremidades inferiores, conocido como claudicación intermitente.

De la composición estrictamente gaseosa del humo del tabaco se han aislado, entre otras sustancias, diversos hidrocarburos policíclicos capaces de favorecer el desarrollo del cáncer de la laringe y del pulmón.

Existen fundadas razones para atribuir un cierto grado de responsabilidad al papel que envuelve al cigarrillo, cuya combustión, adicional a la del tabaco, viene a aumentar la cifra global de hidrocarburos integrados en el humo. Esta circunstancia aporta un argumento más - en lo que se refiere a la mayor agresividad patológica de los cigarrillos sobre las otras formas: cigarro y pipa.

Según propia confesión de los usuarios, el comenzar a fumar no es agradable, pero esta fase inicial es tenazmente superada y no tarda en arraigar un hábito que más tarde no podrá abandonarse; este singular proceso de habituación al tabaco ha sido y es objeto de estudio y de polémica en tanto se considera que no producen los incitantes efectos psicológicos que caracterizan a las drogas alucinógenas o psicotrópicas. -- (León, F. 1982).

Sin embargo, la imperiosidad del hábito es un hecho irrefutable que justifica la complejidad de los investigadores, se ha especulado sobre la posible existencia, en la hoja del tabaco, de alguna sustancia - en cierto modo análoga a la de determinadas drogas, y se ha pensado, naturalmente, si tal acción cabría atribuirle a la nicotina, lo que no ha podido demostrarse experimentalmente. Son muchas las personas que no -- pueden prescindir del cigarrillo al iniciar o emprender un determinado trabajo o gestión, pues buscan en esta maniobra un modo de estimular el intelecto o una fórmula que facilite la convivencia social; en una palabra, el fumador establece su hábito en una serie de actos reflejos, condicionados a su comportamiento familiar y social.

• El fumador como consecuencia del hábito, tiene esclavizada su voluntad y se siente incapacitado para reaccionar contra él. Por desgracia no hay medicamento antídoto del tabaco, como tampoco lo hay para las demás drogas, y es forzoso admitir que solo la voluntad es lo que priva. (Sentíes, R. 1978.)

En México, al igual que en otros muchos países, el tabaquismo se ha convertido en un gran problema social. Actualmente en nuestro país, una parte considerable de su superficie cultivable es dedicada a la siembra de tabaco.

Geográficamente hablando, las principales zonas productoras de tabaco están constituidas por los Estados de Veracruz, el cual ocupa 2,500 hectáreas; los Estados de Hidalgo, Chiapas, Jalisco y Guerrero completan 5,800 ha. de superficie cultivable; y finalmente, aunque se desconoce el dato de la superficie dedicada al cultivo de tabaco, los Estados de Nuevo León y San Luis Potosí también se dedican a la producción de éste. Con lo cual el total del suelo cultivable dedicado al tabaco en el país, es de 50,000 ha. aproximadamente. (Reza, H. 1967).

En cuanto a la producción de tabaco en toneladas, primeramente se puede decir que, de las zonas de producción tabacaleras mencionadas anteriormente; solo el Estado de Nayarit, entre cinco municipios, cosecha 53,706.7 toneladas anuales. Este dato es considerable tomando en cuenta que es un Estado pequeño, en comparación con los del resto del país. En segundo lugar, se tiene que los Estados que comprenden el golfo y sur de México (Veracruz, Oaxaca, Chiapas, etc.) cosechan un total de 8,170.3 toneladas de tabaco anuales, entre los 31 municipios de estos Estados, que se dedican al cultivo del tabaco.

En México, se producen los más variados tipos de tabaco, apreciados por su calidad y variedad; tales como: Virginia Verde y Sarta, Virginia Verde, Virginia Seco, Virginia Sarta Sol. Burley Sarta Sol, Burley Semi Sombra y Burley Sombra Mata (en la zona de Nayarit). El Huasteco, Tlapacoyan, Habano Córdoba, Negro San Andrés, Sumatra, Valle Nacional, T.W., Aromático, Burley Huixtla y Burley Sombra Mata (en la zona del golfo). Las características de las variedades de tipos de tabaco producidos, responden a las condiciones del cultivo y procedimientos de secado y empacado de las hojas. Aunque esto no quiere decir que Méxi

co produzca mayor cantidad de toneladas de calidad de tabaco que otros países.

Gracias a la variedad de tipos de tabaco y su calidad apreciada, México ha realizado exportaciones de tabaco a diferentes países del Mundo, como: Alemania Federal, Austria, Bélgica, Dinamarca, E.U.A., Haití, Irlanda, Japón, Portugal, países bajos, Francia, Puerto Rico, Jamaica, España, Suiza, Panamá, Brasil, etc. Las exportaciones generalmente, se realizan de acuerdo a los diferentes tipos de tabaco. (SARH, 1980).

En cuanto a las importaciones de tabaco, se puede decir que México solamente compra tabaco rubio u oscuro, picado o cortado en hebra. La compra de tabaco a otros países (E.U.A. entre otros), es irregular y poco constante; siendo el tabaco de tipo rubio el que México más compra (1,252 Kg. anuales aproximadamente) (estos datos se obtuvieron de la Secretaría de Comercio). Esto quiere decir, que a pesar de que en México se producen las más apreciadas variedades de tabaco, se ve en la "necesidad" de comprar tabaco a otros países. (Reza, 1967).

En el Distrito Federal, existe actualmente un establecimiento procesador de tabaco (Tabacalera Mexicana CIGATAM); que produce una cantidad de cigarros estimada en 187,387. Desafortunadamente es difícil obtener información que nos proporcione datos más recientes y válidos, dado que la mencionada industria se resiste a dar información e impide el acceso a sus archivos, ya que éstos son información privada de la empresa.

A partir del 5 de noviembre de 1972, se fundó la paraestatal - TABAMEX, la cual hasta la fecha se dedica al manejo y control de la producción de tabaco en nuestro país.

— Es por ello, que actualmente en nuestro país el consumo de tabaco ha suscitado una gran polémica entre diversas disciplinas (Médica,

Psicológica, Social, etc.) debido a las repercusiones que éste causa en el ser humano, así como de los diversos programas de prevención y tratamiento que cada una de ellas implementa.

En Psicología, diversas teorías (Farmacológica, Conductual, Psicoanalítica, Cognitiva-Conductual) entre otras, han abordado el tabaquismo al través del desarrollo de diversas técnicas, tales como: La Terapia Médica, La Modificación de Conducta, La Terapia Racional Emotiva (TRE), - El Psicoanálisis, etc. Generalmente estas teorías implementan programas - tanto de prevención como de tratamiento, encaminados principalmente a "solucionar el tabaquismo" sin atacar la causa de éste.

Sin embargo, las soluciones y alternativas que se han dado a éste son insuficientes, y por lo tanto, los resultados obtenidos han sido - mínimos en comparación con la gran mayoría de fumadores que existen actualmente en nuestro país.

Por lo que, el presente trabajo pretende, además de llevar a cabo una revisión bibliográfica que nos proporcione un panorama general sobre el tabaquismo y la forma en que diversas teorías psicológicas lo han abordado, el de realizar una investigación de campo con el objeto de hacer más completo este trabajo y no dejarlo en solo un estudio teórico bibliográfico. Dicha investigación consistirá en la realización de un análisis descriptivo de diferentes formas en que actualmente se previene y trata el tabaquismo en algunos de los Centros de Salud, de la Ciudad de México, pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud (SS).

Para lograr lo anterior, primeramente se llevará a cabo una detección de los diferentes Centros de Salud que actualmente brindan ayuda antitabáquica, tanto a nivel preventivo como de tratamiento. Esto nos permitirá obtener una muestra representativa de la población de fumadores -- que actualmente acuden a estos centros para recibir ayuda antitabáquica.

Así mismo, se implementarán entrevistas a algunas de las personas que aplican o diseñaron los programas de tratamiento; ésto se hará -- con el fin de recabar información pertinente que contribuya a la elaboración de la presente tesis, ya que de ello depende, en gran medida, la obtención de mayores aportaciones que nos de pauta para que el objetivo sea más completo y se oriente a la problemática actual de nuestro país; otorgando así mejores beneficios a la población mexicana.

A continuación se presentará un análisis teórico metodológico -- realizado a algunas de las principales teorías psicológicas (Farmacológica, Conductual, Psicoanalítica, Cognitiva-Conductual), que han abordado -- el tabaquismo; así mismo, se presentarán los resultados obtenidos en cada una de ellas; llevándose a cabo un análisis crítico de la información que ha sido analizada.

Para llevar a cabo este análisis, primeramente se partirá de los supuestos básicos en los cuales se sustenta cada una de estas teorías.

También se analizará la forma en que cada una de estas teorías -- concibe la etiología y el desarrollo del tabaquismo; así como el mantenimiento de éste. Posteriormente se presentarán algunos de los tratamientos que más comúnmente son empleados en cada teoría, y los datos que apoyan -- dichos tratamientos.

Por último se hará un análisis crítico; tanto de las aportaciones que han brindado cada teoría psicológica a la intervención y/o solución del tabaquismo; como también a las limitaciones que presenta cada -- uno de éstos.

Cabe aclarar que el orden de presentación de las teorías se hizo en base a que consideramos que resulta más conveniente partir de bases -- más simples a más complejas; es decir, se comenzará analizando la teoría farmacológica, dado que de las cuatro (descritas anteriormente) es la que aborda el fenómeno del tabaquismo únicamente desde un aspecto físico y or

gánico.

A continuación se analizará la teoría conductual, ya que ésta -- además de contemplar los aspectos físicos y orgánicos (como lo hace la -- teoría farmacológica) aborda también, y en gran parte, el análisis experimental de la conducta; es decir, además de tomar en cuenta los aspectos antes mencionados, trata mediante el análisis experimental de la conducta de tectar y controlar las respuestas antecedentes como consecuentes a la respuesta de fumar (como sería en este caso).

Posteriormente se presentará la teoría psicoanalítica, puesto que ésta, aunque no da demasiada importancia a los aspectos físicos y orgáni--cos; resulta más compleja dado que sus puntos de partida se enfocan básicamente a nivel interno; esto es, en la forma que cada individuo ha ido desarrrollándose en cada etapa de su vida (de acuerdo a lo postulado por Freud) y detectando en qué etapa el individuo ha sufrido alguna fijación o trauma que le ha llevado a presentar y mantener la conducta de fumar.

Finalmente, se analizará la teoría cognitiva-conductual, ya que de las teorías anteriormente mencionadas, ésta es la que puede ser considerada como la más compleja, puesto que además de tomar en cuenta los aspectos externos e internos del individuo, considera como elemento principal - la conducta social de éste; es decir, la influencia que el ambiente social ejerce sobre la conducta, tanto externa como interna, del individuo.

CAPITULO I.

" ANALISIS TEORICO METODOLOGICO DE ALGUNAS DE LAS
PRINCIPALES TEORIAS PSICOLOGICAS QUE HAN ABORDA
DO EL TABAQUISMO Y RESULTADOS OBTENIDOS EN CADA
UNA DE ELLAS "

TEORIA FARMACOLOGICA.

=====

ANALISIS TEORICO METODOLOGICO.

La teoría Farmacológica, parte del supuesto de que la nicotina - es un alcaloide aislado del tabaco. La base libre es un líquido claro --- que se vuelve pardo por exposición al aire y es absorbido desde todas las superficies corporales.

La nicotina alcaloide obtenida de las hojas de nicotina tabacum, posee múltiples y complejas acciones farmacológicas. El efecto neto del - fármaco en cualquier órgano es el resultado de su acción farmacológica en muchos sitios.

La acción de la nicotina en cualquier sitio difiere en lo que to ca a dosis distintas y niveles de tolerancia diversos. (Bevan, A. 1982).

La nicotina estimula, y siempre que la dosis sea suficiente más tarde deprime la actividad de centros autónomos en el sistema nervioso -- central; ganglios autónomos, terminaciones sensoriales, en especial las - vagales intratorácicas, y los quimiorreceptores de los corpúsculos carotideo y aórtico. Además libera noradrenalina y adrenalina de la médula su-- prarrenal y en las terminaciones de las neuronas simpáticas posganglionares. Esta sustancia en dosis pequeñas, estimula las células glanglionares al causar desporalización transitoria de su membrana, acción que tal vez sea similar a la causada por la acetilcolina (transmisor fisiológico). La nicotina y la acetilcolina probablemente actúan en el mismo grupo de re-- ceptores farmacológicos. En dosis altas, el fármaco desporaliza persistentemente las células ganglionares, y con ello, bloquean la transmisión a - dicho nivel. Se supone que la nicotina actúa por mecanismos similares, en otros sitios. (Bevan, A. 1982).

El tabaco como otras múltiples drogas, está sujeto a diversos -- grados de uso y abuso. Se puede usar casualmente o con la misma compulsividad que las drogas socialmente inaceptables.

Se debe suponer que las moderadas propiedades estimulantes centrales (euforizante, alertante) de la nicotina son importantes para perpetuar su uso, ya que los cigarrillos ordinarios no pueden ser sustituidos por otros sin nicotina. La tolerancia (excepto para el efecto nauseoso) - es de grado menor y un síndrome de abstinencia ampliamente relatado por - los fumadores de tabaco no está claramente demostrado y consiste más que otra cosa, en la angustia de un individuo privado de su acto compulsivo. Desgraciadamente, la investigación sobre la nicotina ha tomado, hasta recientemente, un sesgo excesivo, hacia la farmacología autonómica y cardiovascular, más que hacia la del Sistema Nervioso Central.

El efecto carcinógeno de fumar cigarrillos, claramente comprobado no tiene relación con la nicotina, resultando en cambio, del contacto con los productos de la combustión lenta (por ejemplo, alquitranes). El - tabaco que no se fuma, por ejemplo, el rapé también es ligeramente carcinógeno. (Meyers, F. 1974).

"La nicotina alcaloide en el que se basan las distintas formas - del tabaquismo, suele inhalarse en el humo de cigarrillos, aunque existen algunos estilos de redescubrimiento reciente como el intranasal y el bu-- cal. No se objeta tanto el efecto de la droga sino la inhalación de las - sustancias tóxicas que acompañan a la combustión del tabaco". (Jarvick, E. 1981).

"Las dosis muy grandes y aplicadas en forma masiva, por ejemplo, 60 mg. de nicotina, pueden matar a un ser humano, pero las dosis constantes que reciben los fumadores y la tolerancia que surge, permiten consu-- mir una cantidad cada vez creciente con pocos efectos fisiológicos. Se sa be que el tabaquismo origina un número cada vez mayor de muertes por pade

cimientos coronarios, pero es cuestionable si este efecto nocivo depende directamente de las acciones farmacológicas de la nicotina en los cigarrillos. Por esta razón, habrá que considerar a la nicotina como bastante -- inocua en la forma en que se le consume generalmente". (Jarvick, E. 1981).

No obstante, el fumar cigarrillos produce una panoplia de res-- puestas fisiológicas, la mayoría de las cuales pueden ser producidas por la administración de nicotina. Esto incluye efectos electroencefalográficos característicos de pensamientos y otras acciones complejas que pueden sobrevenir.

La nicotina libera una variedad de (aminas biogénicas), ambos pe rifericamente y centralmente. Posiblemente la liberación central de cate colaminas es responsable para el efecto de reforzamiento. La liberación - de epineprina para la médula suprarrenal. (Jarvick, E. 1981), debe ser res ponsable en parte para los efectos del simpático del fumar, incluyendo ta quicardia, vasoconstricción y aumento de la presión del cuerpo, aumento - libre de los ácidos grasos, y temblor. La excitación de la respiración es un prominente efecto y puede ser una acción directa de la nicotina en la médula y en los receptores periféricos. Náuseas y vómito, son prominentes en los fumadores novatos, debido a la estimulación de la zona de recepto res que se encuentran en la médula. La nicotina también causa un incremen to en la actividad gastrointestinal. El cigarro en la mañana es usado co mo un laxante por algunos fumadores excesivos. (Jarvick, 1981).

El fumador de nicotina produce una variedad de efectos psicoacti vos, tales como la estimulación o tranquilidad. Esto no es sorprendente, desde hace mucho tiempo la nicotina es una compleja droga que actúa en -- los sistemas nerviosos central y periférico y puede influir directamente en varios órganos, tal como el corazón, y provocar una variedad de enfer medades tales como: enfisema, arterosclerosis, coronarias, cáncer pulmonar úlcera péptica, cirrosis hepática, etc. Enfermedades que son encontradas

en fumadores que sobrepasan los 30 ó 40 años. (Jarvick, 1981).

ETIOLOGIA Y DESARROLLO DEL TABAQUISMO.

La teoría farmacológica parte de la hipótesis de que la nicotina es el primer agente reforzante en el tabaco, y de que el fumar es una forma de intentar drogarse. (Bevan, A. 1982).

El tabaco es usado solo como un medio para obtener un significativo nivel de nicotina en el cuerpo. Aunque la nicotina es muy eficientemente destoxificada por el hígado, el tabaco nunca es deglutido como los barbitúricos, el alcohol, las anfetaminas y otros ópios. Sin embargo, aún no ha sido conducido ningún estudio del nivel de nicotina en el cuerpo -- después de una administración oral en los humanos. Estudios hechos con -- animales indican que aunque una larga proporción de nicotina es destoxificada en el hígado, algo de ésta establece contacto con el sistema circulatorio. (Jarvick, 1981).

La evidencia de que el fumar sea una conducta en la que se busca drogarse no es algo fijo, como se ha encontrado en otras dependencias de droga. Si un sujeto (o animal), es dependiente de una droga, él puede trabajar y cumplir con un moderado pero constante nivel de droga en el cuerpo. Intentos con animales o el hombre para demostrar esta clase de conducta con nicotina tiene que ser solo parcialmente exitoso. (Jarvick, 1981).

Por lo que se podría considerar que el inicio en el fumar se debe más que nada a una curiosidad por parte de las personas, y a pesar de que en sus inicios provoca una serie de trastornos, tales como: náuseas, vómito, diarrea, salivación, dolor de cabeza, mareos, etc. Continúa manteniéndose este hábito por el reforzamiento que da el fumar por sí mismo; como se verá a continuación.

MANTENIMIENTO DEL TABAQUISMO.

La teoría farmacológica considera que la nicotina juega un papel muy importante en el mantenimiento de fumar cigarrillos; dado que la persistencia en el fumar puede ser vista como una demostración de la conducta de buscar la obtención de nicotina; siendo el "segundo reforzamiento" el placer indirecto derivado del fumar por sí mismo.

En la fase temprana el fumar es una trampa por un hábito que puede ser roto solo con grandes dificultades. Y a pesar de que hoy en día es reconocido que provoca una variedad de incapacidad y enfermedades fatales tales como: arterosclerosis, cáncer pulmonar, cirrosis, úlcera péptica, - etc., se sigue presentando. Esto tal vez se deba a la demora que existe - entre el comienzo del fumar y la aparición de las enfermedades (reforzamiento negativo), pudiendo ser de 40 años o más, mientras que la presentación de efectos psicoactivos (reforzamiento positivo) solo toma unos pocos segundos. Esta discrepancia en latencia de reforzamientos; reforzamiento positivo (inmediato) y reforzamiento negativo (demorado), explica por que la dificultad en extinguir el hábito. (Jarvick, 1981).

— A pesar de la persistencia en el hábito de fumar, resulta controvertible el hablar del fumar como una adicción puesto que aún no se ha demostrado un agente farmacológico buscado por el fumar o algún tipo de síndrome de abstinencia en agudo retiro de la droga; por lo que solamente se le puede considerar como un hábito compulsivo de fumar.

Lo que si ha sido comprobado, es el hecho de que el fumar, produce una estimulación en el organismo así como facilitar el aprendizaje, bajo ciertas circunstancias; es decir, la nicotina al tener efectos estimulantes, puede facilitar la ejecución y el aprendizaje. E incluso algunas personas reportan como relajante la experiencia de fumar.

TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS.

Aunque las terapias conductuales son las más comúnmente empleadas en la cura del hábito de fumar, la farmacoterapia puede ser ocasionalmente usada con la pretensión de facilitar el aprendizaje de conductas -- sustitutas. Dado que se considera que si la nicotina buscada es la base -- del hábito de fumar cigarrillos, entonces la sustitución de la nicotina -- debe auxiliar el deseo por los cigarrillos.

Sin embargo, existen pocos estudios en los cuales la nicotina -- fue administrada intravenosamente u oralmente; obteniendo como resultados significantes, aunque pequeñas alteraciones en el número de cigarros elegidos por los sujetos para fumar; la nicotina decrementó en el fumar, y -- la nicotina antagoniza en el pliegue, la selección de un cigarro fue solo parcialmente determinado por el nivel de nicotina en el cuerpo. (Jarvick, 1981).

En otros tratamientos se empleó una goma de mascar conteniendo -- nicotina; lo cual cambia la resina del tabaco, y se han encontrado efectos benéficos a corto plazo; sin embargo, los resultados a largo plazo -- aún no han podido ser demostrados.

También se ha considerado, que la Lobelina, una droga que se parece a la nicotina en algunos aspectos, puede ser probada como un sustituto; pero estudios controlados muestran que la Lobelina no tiene más ventajas que un simple placebo.

Por lo que, el placebo o la terapia de la droga parece ser igualmente efectivo a corto plazo en la ayuda de los fumadores que cesan el fumar o que bajan el número diario de cigarros. Combinado de alguna manera con la psicoterapia, las tasas iniciales de éxito fueron altas. Sin embargo, raramente se cuenta con los efectos a largo plazo. De alguna forma la terapia puede ser efectiva en la cura de los fumadores; siendo ésta perma

nente o con un seguimiento de por lo menos cinco años.

Actualmente se han creado nuevos métodos de administración de la nicotina; empleando sustitutos de ésta, lo cual puede satisfacer la necesidad de los fumadores, pudiendo ser aficionado por el momento a uno de los sustitutos de la nicotina por un largo plazo. No obstante, se ha encontrado que la administración de la nicotina es más reforzante que ningún otro sustituto; por lo que se considera que la nicotina proporciona muchos reforzadores; pero aún son desconocidas algunas razones de fumar cigarrillos. Solo futuras investigaciones pueden arrojar una luz de esta importante cuestión. (Jarvick, 1981).

DATOS QUE LA APOYAN.

Como ha sido mencionado anteriormente, a pesar de la gran variedad de investigaciones que se han llevado a cabo para observar los efectos de la nicotina en el organismo; los resultados que hasta la fecha se han obtenido no han sido del todo satisfactorios; puesto que se carece de los efectos a largo plazo y, los seguimientos son demasiado largos; además de que la tasa de recaídas es alta para todos los tipos de tratamiento; alrededor del 80% después de solo tres meses a un año de abstinencia. Además de que aún son desconocidas algunas razones del fumar cigarrillos y algunos componentes reforzantes del hábito.

CRITICAS.

La teoría farmacológica no toma en cuenta el papel que juegan los aspectos sociales y medio ambientales en la adquisición y mantenimiento del hábito de fumar; sino que únicamente se basa en los efectos que la nicotina tiene en el organismo, no importándole el motivo por el cual se ingiere ésta.

Se sugiere que en futuras investigaciones se tenga un mayor control de los efectos residuales que pudiera dejar la nicotina en el organismo. Así como, el tratar de buscar sustitutos que no creen dependencia en éste.

Los aspectos del tabaquismo que son tratados e investigados por la teoría farmacológica son muy importantes; dado que nos permite percartarnos de los efectos que la nicotina produce en el organismo; así como de los efectos residuales que ésta tiene; pudiendo causar posibles enfermedades tales como: enfisema pulmonar, infarto agudo del miocardio, arteriosclerosis, cáncer en la tráquea, etc.

Además de que las investigaciones realizadas a este nivel, han corroborado que las personas fumadoras no corresponden en gran medida a una dependencia orgánica; ya que ésta es mínima en comparación con la dependencia psicológica que existe en cada fumador.

TEORIA CONDUCTUAL

=====

ANALISIS TEORICO METODOLOGICO.

En el desarrollo de la Teoría Conductual (terapia de la conducta), tuvieron una gran influencia los escritos de Pavlov, (1927-1928), cuyos experimentos sobre lo que ahora se denomina condicionamiento clásico o respondiente son bien conocidos. La obra de Thorndike sobre el aprendizaje de recompensa (1898, 1911, 1913), fue un precursor mayor de los que ahora se conoce como condicionamiento instrumental u operante; y los escritos y experimentos de Watson y sus colaboradores (Jones, 1924; Watson, 1916; Watson y Rayner, 1920) que señalaron la aplicación de los principios Pavlovianos a los trastornos psicológicos en seres humanos (algo -- que el mismo Pavlov más tarde desarrollara). También Franks, (1969), describió diversas aplicaciones en épocas tempranas, incluyendo el uso del -- condicionamiento aversivo en el tratamiento del alcoholismo; el uso del -- condicionamiento operante y la aplicación de procedimientos similares a -- la inhibición recíproca. (Wolpe, J. 1981).

Ha persistido un marcado interés en los aspectos teóricos y empíricos del conductismo desde los primeros escritos de Thorndike y Pavlov -- hasta la fecha. Esto es, el conductismo definido de varias maneras ha sido -- aspecto importante de la psicología experimental durante buena parte -- del siglo XX. Respecto a la aplicación sistemática del conductismo a los -- problemas humanos, solo en las dos últimas décadas se ha desarrollado un -- interés que con mucho sobrepasa a su estado académico.

El fracaso de los participantes de la salud mental para incorporar -- los principios del conductismo científico, se explica parcialmente -- por el hecho de que durante la primera mitad del siglo, la terapia fue -- restringida casi exclusivamente a psiquiatras. Si su adiestramiento no -- era de completa naturaleza psicoanalítica, seguro que no correspondía a -- los principios de una psicología basada en la experiencia. Por supuesto,

el profesional que lógicamente debería subrayar tales principios en su -- práctica habría sido el psicólogo clínico. Sin embargo, la psicología clínica como profesión reconocida solo empezó a hacer valer sus méritos después de la segunda guerra mundial. (Rimm, C. y Masters, J. 1981).

Después de la Segunda Guerra Mundial, los primeros esfuerzos teóricos se dirigieron a la integración de la psicología clínica; y del conductismo el cual implica con frecuencia la traducción de los conceptos -- Freudianos al idioma conceptual.

Con lo mencionado anteriormente, se intenta proporcionar una vista general de los orígenes de la terapia de la conducta y de su desarrollo.

Suposiciones de la Terapia de la Conducta.

1) En relación con la psicoterapia, la terapia de la conducta -- tiende a concentrarse en la conducta de desadaptación en sí misma, más -- que en alguna supuesta causa subyacente. - Los enfoques de la terapia de -- la conducta difieren considerablemente respecto al énfasis que se pone en los procesos subyacentes de la conducta de desadaptación (Yates, 1970, citado en Rimm y Masters, 1981). Los condicionadores operantes sostienen la firme posición filosófica de permanecer en un nivel puramente conductual.

El método Wolpiano conceptualiza el problema en términos de una causa subyacente, la ansiedad, intentando aliviar este estado interno. Debe hacerse notar que aún y cuando la ansiedad no es una conducta tan "pública" como la evitación abierta, para Wolpe, (1981), es un estado de activación que tiene referencias psicológicas definitivas, un estado que -- puede detectarse (por ejemplo, al través de la respuesta galvánica de la piel). En otras palabras, la ansiedad es una respuesta mediadora interna que es mucho menos oscura que las entidades subyacentes típicamente pos-

tulados por las escuelas de psicología dinámica. (Rimm, C. y Masters, J. 1981).

Los enfoques psicoanalíticos y dinámicos afines fueron creados y han sido propagados principalmente por personas formadas en el campo de la medicina. Por tanto, no es sorprendente que los "modelos" de la conducta humana de desadaptación relacionados con dichos enfoques, estén dirigidos a apropiarse de los conceptos relacionados con las enfermedades físicas. En consecuencia, estas conceptualizaciones dinámicas han llegado a identificarse con rótulos como "modelo médico" o "modelo de enfermedad". En el modelo médico de trastorno psicológico, se supone que la conducta de desadaptación es sintomática de un estado patológico subyacente o estado de enfermedad, suponiéndose también, que para curar al paciente que sufre de "enfermedad mental", es necesario eliminar el estado patológico interno. Es decir, tratar los síntomas aislados, no solo no proporcionaría ningún beneficio sino que a largo plazo hasta podría resultar perjudicial ya que la enfermedad interna podría intensificarse. (Rimm, C. y Masters, J. 1981).

En sí, la terapia de la conducta no tiende a seguir el modelo médico. Si la terapia de la conducta se limitara al condicionamiento operante, podría decirse que "la terapia de la conducta descarta el modelo médico, y en particular el concepto de síntoma". Sin embargo, cuando uno habla de la evitación mediada por ansiedad o autoverbalizaciones que dan origen a la conducta de desadaptación, está tratando la conducta manifiesta como sintomática de algo más. No obstante, éste (algo más) no se considera estado de enfermedad, relacionado con la conducta manifiesta de modo misterioso o pobremente especificado. En vez de esto, se refiere a los eventos internos provocados por estímulos externos que sirven para mediar la respuesta perceptible. Otra diferencia importante que se ha puntualizado, es que los eventos "internos" de la terapia de la conducta son mucho más accesibles al paciente, y a los terapeutas, que los de la teoría psicoanalítica. (Rimm, C. Masters, J. 1981).

Como ya se ha aclarado, la terapia de la conducta no rechaza uniformemente cada aspecto del modelo médico. Sin embargo, dicha terapia rechaza categóricamente la premisa de que la conducta de desadaptación es en primer lugar una función de un estado de enfermedad mental relativamente autónomo y bastante inaccesible.

2) La terapia de la conducta supone que las conductas de desadaptación son hasta un grado considerable, adquiridas a través del aprendizaje, del mismo modo que cualquier conducta es aprendida.- Ninguna teoría popular actual sobre la conducta humana o la personalidad discutiría la consideración de que los seres humanos son en alto grado, producto de su medio ambiente. Sin embargo, la terapia de la conducta establece de manera precisa cómo el medio ambiente puede influir en las personas, en términos de los principios de aprendizaje establecidos (por ejemplo, los condicionamientos clásico y operante y el modelamiento).

Debe enfatizarse que, mientras la conducta de desadaptación difiere de la conducta de adaptación en términos de su impacto sobre el individuo y aquellos que le rodean, los modos de respuesta "saludable" y -- "malsana" son por lo general vistos como fundamentalmente semejantes en otros aspectos. Ambas respuestas reflejan en forma directa la historia -- del aprendizaje del individuo y surgen de los mismos principios generales del aprendizaje (Ullmann y Krasner, 1969: Cit. en Rimm y Masters, 1981).

Evidentemente, ningún conductista moderno adoptaría la posición de que toda conducta de desadaptación es meramente una consecuencia de -- una desafortunada historia de aprendizaje. Uno tendría que estar bastante presionado para argumentar que el deterioro conductual inmediato a un accidente traumático del sistema nervioso central, se origina en la repetida adquisición de una cantidad excesiva de nuevos hábitos (esto es, respuestas aprendidas). Asimismo, pocos terapeutas sostendrían que el retraso mental (por ejemplo, asociado con la microcefalia o mongolismo) se origina exclusiva, o incluso primariamente, de experiencias excepcionales de aprendizaje. (Rimm, C. y Masters, J. 1981).

3) La terapia de la conducta supone que los principios psicológicos, especialmente los del aprendizaje, pueden ser sumamente efectivos en la modificación de la conducta de desadaptación.- Parece razonable suponer que hay alguna relación entre el grado en que una respuesta en particular fue aprendida (opuesta a la que ha sido genéticamente determinada) y la facilidad con que puede ser modificada.

4) La terapia de la conducta implica especificación, claramente definida, de los objetivos del tratamiento.- La terapia de la conducta no conceptúa la respuesta de desadaptación como derivación de una "personalidad perturbada"; por tanto, es obvio que el objetivo de terapeuta y paciente no sería el de facilitar la reorganización o reestructuración de la personalidad del paciente, sino ayudar a aliviar los problemas específicos que interfieren en el funcionamiento del paciente, a menudo tratando estos problemas de manera relativamente independiente.

La prioridad del terapeuta conductual es determinar los eventos específicos que conducen a declaraciones generales como "estoy triste todo el tiempo" o "no vale la pena vivir".

La importancia del control del estímulo.- La expresión estímulo-respuesta (E-R) a menudo se asocia con la psicología conductista. Un proceso básico es que la conducta está bajo el control del estímulo, y cuando el terapeuta establece sus objetivos, los concibe en términos de respuestas específicas que ocurren legítimamente en presencia de estímulos específicos.

Terapia de la conducta y psicología de rasgos.- La mayoría de los terapeutas de la conducta opinan que la conducta es altamente específica a la situación. Es decir, de una manera general, lo que la gente aprende son modos específicos de reaccionar ante ciertos estímulos o a tratar con situaciones específicas. (Rimm, C. y Masters, J. 1981).

5) El terapeuta de la conducta adapta su método de tratamiento al problema del paciente.- Muchas formas de la psicoterapia tradicional proporcionan esencialmente un método de tratamiento, sin hacer caso de la naturaleza específica de la enfermedad que presenta el paciente.

En términos de los problemas a los que se enfrenta, el terapeuta de la conducta está dispuesto a asumir una etiología más variada, aunque obviamente se acentúa el aprendizaje. Sin embargo, nada existe en las formulaciones actuales de aprendizaje que sugiera que las respuestas de desadaptación se adquirieran a temprana edad, o que necesariamente sean mediadas por el mismo estado mental persistente (por ejemplo un bajo concepto de sí mismo).

La conceptualización de la terapia de la conducta sobre la manera en que se desarrollan los desórdenes psicológicos, simplemente no justifica el uso de lo que Bandura, (1969) ha llamado terapia "de un solo método para múltiples propósitos". En vez de ello, el terapeuta empleará diferentes procedimientos, dependiendo de la naturaleza del problema.

6) La terapia de la conducta se conoce en el aquí y ahora.- Los conocimientos presentados al terapeuta representan una clase particular de conducta verbal, sujetas a los mismos principios de aprendizaje que influyen en otras conductas. El condicionamiento verbal, en el cual el experimentador puede aumentar ciertos tipos o clases de respuesta verbal por reforzamiento selectivo, se ha demostrado repetidamente en el laboratorio; y dado los más altos niveles de motivación presumible en la mayoría de los pacientes, se puede esperar que las influencias de esta naturaleza sean aún más patentes en una situación terapéutica. (Rimm, C. y Masters, J. 1981).

7) Se supone que cualesquier técnicas clasificadas bajo el rótulo "terapia de la conducta" han sido sometidas a verificaciones empíricas y se ha encontrado que son relativamente efectivas. Como lo han mencionado Kanfer y Philips, (1970) la terapia de la conducta es muy "autocons---

ciente" cuando llega a la validación científica de sus técnicas. La evidencia empírica puede llegar en más de una forma, con diversos grados de control científico que proporcionan grados más elevados de certeza. El terapeuta de la conducta no supone que una técnica sea eficaz porque se derive de una teoría ampliamente sostenida, o porque una autoridad la haya rotulado como efectiva en ausencia de pruebas que lo apoyen, o porque el sentido común sugiera su efectividad.

Hoy día, los psicólogos clínicos generalmente tienen grados -- doctorales otorgados por departamentos académicos de psicología. La mayor parte de los departamentos se adhieren, al menos aparentemente, al llamado "modelo Boulder" de adiestramiento; en el cual se supone que el psicólogo clínico posee destrezas científicas críticas y prácticas. Gran parte de su adiestramiento está dedicado a la estadística, la teoría del aprendizaje, etc., recibiendo de sus instructores constantes énfasis sobre las virtudes de un enfoque obstinado, riguroso, en relación con el asunto psicológico. (Rimm, C. y Masters. J. 1981).

El terapeuta de la conducta emplea métodos que empíricamente -- han demostrado ser efectivos; además de que éste ejerce la autoridad tanto en el planeamiento general de su campaña terapéutica como en la modificación de sus detalles conforme avanza. Dado que ésta es una de las características principales de la terapia de la conducta.

En sí, como lo menciona Wolpe, (1981) la terapia de la conducta o terapia condicionante, es el empleo de principios del aprendizaje establecidos experimentalmente, con el propósito de cambiar conductas inadaptadas. Hábitos inadaptados son debilitados y eliminados; hábitos adaptados son iniciados y fortalecidos.

La terapia de la conducta es una ciencia aplicada, (este término no introducido por Skinner y Lindsley, (1954), debe su amplia promulgación y aceptación a Eysenck, (1959, 1960 y 1965) en cada aspecto paralela

a otras tecnologías modernas y, en particular, a aquellas que constituyen la terapéutica médica moderna. Las posibilidades terapéuticas emergieron al poner al descubierto las leyes que rigen las relaciones de los procesos del organismo. Siendo el aprendizaje el proceso del organismo más relevante para la medicina psicológica, el establecimiento de las leyes que rigen el proceso del aprendizaje es el camino principal para lograr el poder terapéutico en este campo. (Rimm, C. y Masters, J. 1981).

ETIOLOGIA Y DESARROLLO.

La compleja conducta humana cuyos trastornos y fallas constituyen el campo de la psiquiatría, es un conjunto de secuencias estímulo-respuesta (E-R) mediadas por el sistema nervioso. Una respuesta es un hecho conductual. Un estímulo es el antecedente de una respuesta. Un estímulo sensorial es una fuente de energía extrínseca que produce la activación de un nervio aferente. Cada miembro de una secuencia de respuesta es un estímulo con relación a las respuestas que lo rigen. Un movimiento es una respuesta a los impulsos nerviosos que han llevado a él y con relación al estímulo sensorial que puede haber sido el estímulo de éstos. (Wolpe, J. 1958, citado en Wolpe, J. 1981).

"Con el fin de esclarecer lo anterior, a menudo es útil describir las secuencias conductuales en términos de cadenas simples de neuronas y de estímulos y respuestas discretos. Cada estímulo sensorial lleva a una multiplicidad de consecuencia nerviosas que culminan en diversas combinaciones de respuestas motoras, autónomas y perceptuales, y cada respuesta tiene a su vez características de estímulo que producen otras respuestas". (Wolpe, J. 1958, citado en Wolpe, J. 1981).

En el ser humano, un estímulo exteroceptivo, ya sea éste un simple destello luminoso o la vista de una mujer bonita, produce un complejo de respuestas perceptuales, autónomas y motoras. La respuesta motora no solo produce estímulos propioceptivos, sino que también puede llevar, al

hacer cambiar la posición de la persona en el espacio, a la presentación de un aspecto diferente del objeto del cual provino originalmente el estímulo visual. La respuesta autónoma también ejerce efectos que producen -- nuevos estímulos interoceptivos. De modo similar, la imagen del objeto es estímulo lleva a otro conjunto de imágenes, y a respuestas autónomas y motoras, dependiendo de cómo las haya establecido el aprendizaje previo. Todas las respuestas que tienen lugar simultáneamente interactúan entre sí y son modificadas mutuamente.

A pesar de su complejidad, la conducta del organismo se repite, frecuentemente ante una situación-estímulo particular, dentro de una cierta gama de condiciones fisiológicas. La constancia empírica de una relación E-R, se le denomina hábito.

Los hábitos son de muchos tipos, van desde los que consisten en movimientos simples en respuesta a un estímulo, hasta los que son resultado del aprendizaje de disposiciones (por ejemplo: disposición para imitar). Bandura, (1969) ha hecho una excelente exposición de las intrincaciones que entrañan el desarrollo de muchos hábitos sociales. Son estos - hábitos los que se tratan de cambiar cuando se encuentra que no acrecientan el bienestar del organismo.

La terapia de la conducta consiste en "la aplicación de los principios del aprendizaje establecidos experimentalmente a la superación de los hábitos no adaptativos". (Wolpe, J. 1981).

En la vida diaria de todo mundo ocurren actos individuales no -- adaptativos. Es solo cuando los actos particulares no adaptativos son habituales que surge la necesidad de tratamiento. Cuando un hábito no adaptativo está arraigado en un estado de alteración orgánica, como una lesión cerebral, el tratamiento impone que uno se ocupe de esa alteración - orgánica. Cuando el hábito está basado en el aprendizaje, es el proceso - de aprendizaje lo que debe proporcionar la clave para el cambio. Los hábitos no adaptativos que están basados en el aprendizaje son el campo de la

terapia de la conducta. Estos hábitos son de cinco categorías como los -- menciona Wolpe, J. (1981), que son:

1) Neurosis.- Hábitos no adaptativos persistentes que han sido -- adquiridos en situaciones generadoras de respuesta de ansiedad, en los -- que las respuestas de ansiedad son casi invariablemente el rasgo central. (Wolpe, J. 1958).

2) Otros hábitos no adaptativos aprendidos "puros".- Estos hábitos -- no adaptativos que no tienen los rasgos de la respuesta de ansiedad -- que caracterizan a las neurosis. Algunos ejemplos son: berrinches, el com-- merce las uñas, etc.

3) Conducta no adaptativa aprendida de los esquizofrénicos.- Aun -- que ahora es evidente que la esquizofrenia es en el fondo una enfermedad -- biológica (Wolpe, J. 1970), muchos de los hábitos no adaptativos que mues -- tran los pacientes son aprendidos.

4) Personalidad psicopática.- Este diagnóstico se aplica a la -- gente que lleva a cabo habitualmente conductas asociales o antisociales -- con respecto a las cuales no sienten culpa ni ninguna otra ansiedad, de -- tal modo que las reprimendas y las correcciones de la sociedad tienen po-- ca influencia limitadora. Aunque es muy posible que haya un factor bioló-- gico que predisponga el desarrollo de la conducta psicópata, es de supo-- nerse que ciertos hábitos particulares sean aprendidos y deban estar suje -- tos a un desaprendizaje. (Wolpe, J. 1970).

5) Toxicomanías.- Una persona puede tomar habitualmente una dro-- ga para aliviar el dolor, la ansiedad u otras tensiones. Si el hábito de -- tomar la droga persiste después de que cesa la tensión, tenemos una taxí-- comanía. La adicción a las drogas se caracteriza por " deseos vehementes" -- que mueven a la persona a buscar la droga. Hay un estado biológico que -- subyace al deseo vehemente, cuya naturaleza es desconocida y que hace a -- los hábitos de drogas singularmente diferentes de otras categorías de há--

bitos no adaptativos. La modificación de conducta hasta ahora ha estado - dirigida, generalmente, a disminuir la atracción hacia la droga que siente el paciente (terapia de aversión). Esto solo puede considerarse como - sustituto provisional. (Wolpe, J. 1970).

— Con respecto a la etiología del tabaquismo, la teoría conductual considera a ésta como un hábito mal aprendido por el individuo; adquirido generalmente por medio de la imitación a los padres, familiares, amigos, personas adultas, etc. (ya que se considera que si dentro de una familia existen fumadores, es más probable que alguno de los miembros de ésta también lo haga a diferencia de las familias que no fuman); y en gran parte a la influencia que ejerce el medio ambiente sobre el individuo (presiones sociales, integración a un grupo social, etc.).

MANTENIMIENTO.

Diversos teóricos del aprendizaje interesados en el comportamiento humano, adoptan esencialmente la misma lista de factores que consideran causantes de la adquisición y mantenimiento de la conducta humana; -- siendo el aprendizaje por observación lo que consideran como fuente de la conducta social humana, y se inclinan a defender enérgicamente que la observación de los demás es una fuente poderosa y quizá primaria, de la adquisición de conductas para niños y adultos. Es probable que los teóricos con más de una inclinación operante coincidan con la utilidad del aprendizaje por observación, pero muy pronto señalarán que solo aquella conducta que se ve recompensada continuará siendo desempeñada, aún cuando la observación de otras personas proporcione la situación de aprendizaje original, señalando también los comportamientos que producen consecuencias -- aversivas contingentes (esto es, que son castigadas), bien pueden ser observadas pero no son incorporadas al propio repertorio conductual del individuo. (Bandura, 1965).

Generalmente la filosofía operante, destaca la importancia de re

compensa y castigo en la adquisición, mantenimiento y extinción de la conducta humana, así sea en parte mínima, reconoce los papeles de otros factores aparte del uso de reforzamiento y castigo. (Rimm y Masters, 1981).

La terapia de la conducta considera que el reforzamiento juega un papel importante en el mantenimiento de las conductas.

— Siendo los reforzadores, los que siempre incrementan la frecuencia de una conducta. Por definición hay dos tipos de reforzadores, positivos y negativos. Un reforzador positivo es todo evento estimulante cuya presentación contingente aumenta la tasa de ejecución de una respuesta. - Un reforzador negativo es cualquier evento cuyo retiro contingente incrementa la tasa de ejecución de una respuesta. Aunque también existen reforzadores materiales, sociales y de actividad. Dentro de los programas de reforzamiento también se encuentran; el reforzamiento negativo, el reforzamiento extrínseco e intrínseco.

TRATAMIENTOS PROPUESTOS.

La teoría conductual, cuenta con una amplia gama de técnicas encaminadas a tratar diversos desórdenes psicológicos; tales como: la desensibilización sistemática, entrenamiento asertivo, procedimientos de modelamiento, procedimientos de manejo de contingencia, métodos operantes en autocontrol, procedimientos de extinción, control aversivo, etc. A continuación se describirán a grandes rasgos algunas de estas técnicas.

Desensibilización Sistemática.

La desensibilización sistemática es un medio eficaz para superar las reacciones de ansiedad condicionadas a situaciones o a eventos específicos.

Los terapeutas que utilizan la desensibilización para tratar -- desórdenes psicológicos como, la homosexualidad, insomnio, frigidez, alcoholismo, etc., suponen que generalmente éstos surgen del temor que se --- atribuye a eventos externos especificables.

La desensibilización sistemática, desarrollada por Joseph Wolpe, (1958, 1969), está dirigida específicamente al alivio de la ansiedad de - desadaptación. La técnica, como es comúnmente empleada, implica el igua-- llar la relajación de los músculos con escenas imaginadas que representan situaciones que el paciente ha indicado le ocasionan ansiedad. El terapeu-- ta generalmente opera con la suposición de que si al paciente se le ense-- ña a experimentar relajación, en lugar de ansiedad, mientras imagina ta-- les escenas, la situación de la vida real que la escena representa causa-- rá menos incomodidad. (Rimm y Masters, 1981).

Esta técnica implica cuatro conjuntos de operaciones diferente:

- 1) Adiestramiento en relajación muscular profunda.
- 2) Establecimiento del uso de una escala que mida la respuesta -- subjetiva en términos cuantitativos.
- 3) Construcción de jerarquías de los estímulos provocadores de - respuestas de ansiedad.
- 4) Contraposición de la relajación y los estímulos provocadores de respuesta de ansiedad que constituyen las jerarquías.

En la aplicación de esta técnica el terapeuta puede encontrarse con algunos obstáculos y fallas, tales como: dificultades en la relaja--- ción, jerarquías erróneas o no pertinentes, e imaginación inadecuada. Intentando siempre corregir éstas.

Wolpe, (1969) informa que una típica sesión de desensibilización

debe durar entre 15 y 30 minutos para que resulte efectiva.

Entrenamiento Asertivo.

El entrenamiento asertivo es aplicable predominantemente al descondicionamiento de hábitos de respuesta de ansiedad inadaptativos que se presentan como respuesta ante la gente con la que el paciente interactúa. Hace uso de las emociones inhibidoras de la respuesta de ansiedad que provocan en él las situaciones de la vida diaria. Un gran número de emociones, principalmente las "agradables", parecen implicar acontecimientos -- corporales que compiten con la respuesta de ansiedad. (Wolpe, 1958). Todas las categorías de estímulos (vistas, sabores, sonidos, palabras) pueden ser fuente de tales emociones debido a su armonía perceptual inmediata (efecto estético) o debido a un condicionamiento previo.

La conducta asertiva se define como la expresión adecuada dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad. (Wolpe, 1981).

Son numerosas las situaciones en la que la conducta asertiva es el instrumento terapéutico adecuado. En casi todos ellos el paciente se inhibe de la ejecución de una conducta "normal" debido a un miedo neurótico. El está inhibido de decir o hacer cosas, las cuales a un observador, le parecen razonables y correctas.

Dentro del entrenamiento asertivo se implementan procedimientos, para ayudar y enseñar a los pacientes a actuar de una manera asertiva. -- Siendo algunos de estos: ensayo de la conducta, tácticas pasivo-asertivas, etc. (Rimm, C. y Masters, J. 1981).

Técnica de autocontrol.

Los problemas de autocontrol generalmente encajan en una de dos categorías (Kanfer y Phillips, 1970). En la primera el paciente se involu

cra en un patrón de conducta de autoderrota o de daño. Entre los ejemplos de problemas de esta naturaleza que se encuentran en la práctica clínica, se incluyen los de patrones de alimentación que conducen a la obesidad, fumar o beber en exceso.

La tarea del terapeuta en lo que corresponde a los problemas de esta categoría es la de ayudar al paciente a reducir las probabilidades de presentación de dichas conductas. En la segunda, el paciente surge -- porque se involucra solo de manera infrecuente en ciertas conductas.

En un método de orientación, el paciente recibe un equivalente a un breve curso sobre el análisis experimental de la conducta; dicha orientación es una parte muy importante del programa total de tratamiento, porque el terapeuta es el paciente mismo, el que debe adquirir habilidades - en la aplicación de los principios de aprendizaje más importantes. Esta - tarea no es especialmente difícil, dado que los principios implicados son relativamente pocos y no son complicados. Comúnmente se puede cubrir esta etapa en una o dos sesiones de tratamiento, aunque se espera que la comprensión y la habilidad del paciente aumente a medida que avanza el desarrollo del programa.

Uno de los puntos más importantes a destacar durante la primera sesión, es el de que no tiene caso alguno para el paciente el pensar que le falta fuerza de voluntad, o capacidad de resistencia.

Después de esto el terapeuta puede introducir ahora los principios de condicionamiento operante comenzando con un análisis del control de estímulos, señalando que la conducta no ocurre en el vacío, sino que - se encuentra bajo el control de un estímulo legítimo. (Rimm, C. y Masters J. 1981).

En seguida el terapeuta puede pasar al análisis de la importancia que tienen las consecuencias de respuesta sobre el mantenimiento de - la conducta.

El siguiente aspecto que el terapeuta puede ver es el de respuesta de alternativa o de competencia, mismas que evitan que una persona haga algo más en una situación específica.

Lo más probable es que a medida de que la persona avanza en el programa de autocontrol, esté en condiciones de interrumpir la cadena en un punto mucho más cercano a la terminación de la conducta terminal; sin embargo, para el que es relativamente novel, los clínicos tienden a coincidir en el siguiente principio: los procedimientos de auto-control se implementan más fácilmente en una etapa temprana de la cadena de respues---tas.

Como instrumentos auxiliares en este tratamiento, se pueden --- usar, el control coverante, el uso de contratos, etc. (Rimm y Masters, -- 1981).

Procedimiento de Extinción.

Extinción es el término que se utiliza para describir el desa---prendizaje relativamente permanente de una conducta (la eliminación de -- una conducta del repertorio de una persona). La extinción se infiere de -- la observación de que conducta ha disminuido en frecuencia, aunque la su---presión de una conducta (una reducción temporal en la frecuencia general---mente resultante del castigo) produce resultados similares aunque tempora---les. La extinción se produce cuando una conducta que se efectúa no es re---forzada. (Rimm, C. y Masters, J. 1981).

Cuando se utilizan los procedimientos de extinción, hay fuertes razones para propiciar también reforzamiento contingente sobre conductas alternativas. Si se trata de la extinción de una conducta que requiere de algún tiempo para su ejecución, es obvio que el individuo va a hacer algo durante el tiempo que antes tomaba la ejecución de la conducta indesea---ble. Si esta conducta es deseable y de adaptación, se puede hacer objeto

del reforzamiento anteriormente destinado a la conducta indeseable. También es buena oportunidad para modelar, moldear o entrenar al paciente en las conductas específicas alternativas apropiadas a la situación, sin esperar que cuando la conducta de desadaptación sea eliminada, el individuo, de manera automática, emita conductas de adaptación, socialmente deseables.

Un programa de extinción implica la evaluación de las contingencias que habitualmente operan y la planeada eliminación de dicho reforzamiento contingente. Es frecuente que estas contingencias involucren el reforzamiento social, por lo que los agentes de reforzamiento se deben entrenar para ofrecer su atención, capacidad de respuesta, sonrisas, etc., de manera contingente sobre otras conductas que no sean las indeseables, permaneciendo mudos, viendo hacia otro lado o pasando su atención a otra cosa, cuando la conducta de desadaptación llegue a producirse. (Rimm, C. y Masters, J. 1981).

Típicamente, la ejecución de una conducta se ve como necesidad para que la extinción ocurra (Hull, 1952, citado en Rimm y Masters, 1981) porque solamente entonces es que los factores de motivación interna son realmente debilitados.

Este modelo que es teóricamente seguro, implica que el castigo de alta intensidad suprima la conducta y no de que la extinga.

Existen otras técnicas encaminadas a eliminar o reducir la frecuencia de conductas problemáticas tales como: extinción graduada, extinción cubierta, práctica negativa, saciedad de estímulo, terapia implosiva, entre otras. (Rimm, C. y Masters, J. 1981).

Control Aversivo.

La terapia aversiva consiste, operacionalmente, en administrar - un estímulo aversivo para inhibir una respuesta emocional indeseable, con lo cual se hace disminuir su fuerza de hábito, por ejemplo, puede emplearse un estímulo doloroso para inhibir la excitación sexual que produce un objeto fetiche. De modo que se trata de una aplicación especial del principio de la inhibición recíproca. La aversión debe distinguirse claramente del castigo, en el que el estímulo aversivo se presenta después de la respuesta de interés, en vez de coincidir con ella. (Rimm, C. y Masters, J. 1981).

La aversión se utiliza ampliamente en el tratamiento de las obsesiones, compulsiones, fetichismo, y hábitos de atracción hacia personas, u objetos inadecuados. También tiene algún valor en el control de las taxi comanías, pero hasta ahora sin resultados satisfactorios; porque se sabe muy poco de lo que sucede en el establecimiento de los hábitos a las drogas.

La esencia de la terapia de aversión es presentar, en presencia del estímulo productor de la respuesta indeseable, un estímulo aversivo - intenso, como una estimulación eléctrica fuerte en una extremidad. Aparte de provocar una respuesta de evitación, el choque eléctrico inhibe la respuesta emocional indeseable. Siempre que esto sucede, se establece un --- cierto grado de inhibición condicionada de la respuesta indeseable (un de bilitamiento de su hábito) del vínculo entre esa respuesta y su estímulo. Al mismo tiempo, el estímulo puede ser condicionado en cierta medida ante la constelación de respuestas que provoca el choque eléctrico. (Rimm, C. y Masters, J. 1981).

Dentro de esta terapia, se encuentran diversas técnicas como: la estimulación eléctrica, terapia aversiva mediante fármacos, sesibiliza--- ción cubierta, contracondicionamiento aversivo, etc., siendo este último el que más comúnmente se emplea para tratar los problemas del tabaquismo.

A continuación se describirá en qué consiste éste.

Contracondicionamiento aversivo.

El contracondicionamiento aversivo implica la aplicación simultánea de un reforzador negativo (evento aversivo) al mismo tiempo que el individuo está percibiendo los estímulos que provocan las conductas problema, o al mismo tiempo que el individuo está desempeñando la conducta problema. La finalidad de este procedimiento también es la de la eliminación de una conducta problema, no a través de la supresión de la ejecución, sino a través de la alternación de la efectividad o la valencia del estímulo provocador, esto es, más que por medio de afectar a la conducta problema misma. Se supone que la efectividad de esta técnica obedece al condicionamiento clásico de la incomodidad interperceptuales (vista, sonido, - olfato, gusto) del estímulo (o respuesta), de modo que el estímulo solo eventualmente no sea ya atractivo y pueda ahora de hecho producir sensaciones de desagrado similares a las producidas por el estímulo aversivo. (Rimm, C. y Masters, J. 1981).

Por ejemplo, Lublin, (1968) describió dos técnicas de inhalación aversivas para eliminar el hábito de fumar, utilizando el condicionamiento aversivo. Una consiste en hechar bocanadas de humo caliente y rancio de cigarrillo, por medio de una máquina (ventilador), a la cara del sujeto - mientras fuma su propio cigarrillo. En la otra, el sujeto tiene que chupar regularmente un cigarrillo, siguiendo los "tics" de un metrónomo, inhalando cada seis segundos en el primer cigarrillo y luego chupando sin inhalar, cada tres segundos, otro cigarrillo (Kazdin, Mahoney, 1980).

Lublin, afirma que ambos métodos son muy aversivos y es difícil que cualquier sujeto termine algún cigarrillo completo. Reportando que de 36 pacientes que tuvieron un promedio de seis sesiones de media hora, 16 dejaron de fumar completamente; y todos ellos informaron haber abandonado los cigarrillos, algunos durante un año.



TRATAMIENTOS CONDUCTUALES.

En la actualidad se cuenta con una amplia bibliografía de diversas técnicas conductuales de tratamiento para combatir el tabaquismo. Aunque cabe aclarar que dichas técnicas han sido desarrolladas e implementadas en varios países del mundo, principalmente en Estados Unidos.

A continuación se analizarán a grandes rasgos algunos de los tratamientos conductuales llevados a cabo, así como de los resultados obtenidos en cada uno de ellos.

IZT. 1000451

En general, las terapias conductuales tratan las respuestas del fumar y "considera que el fumar es un hábito que puede ser modificado. -- Una serie de procedimientos han sido y son diseñados para detectar el estímulo medio-ambiental que controla la respuesta del fumar (Gutman y Marston, 1967; Shapiro, Schwartz y Tursky, 1971; Miller y Gintl, 1971; Ober, 1968) y distinguir el control de la respuesta" (Leventhal y Clary, 1980).

Así por ejemplo, en un experimento llevado a cabo por Russell, -- Shafer y O'neil (1981) cuyo objetivo era evaluar dos libros de terapia -- conductual de auto-ayuda (Danaher y Lichtenstein; Pomerleau y Pomerleau) para dejar de fumar, bajo dos condiciones: auto-administración y administración por el terapeuta.

Se utilizaron 88 adultos fumadores; 40 hombres y 48 mujeres. Se siguió una descripción de los programas y se hicieron los criterios de selección: a) Fumar un promedio de por lo menos una cajetilla de cigarrillos al día; por un mínimo de un año; b) Haber empezado a fumar por lo menos a los 18 años de edad; c) Dejar un depósito de U.S.\$15.00; el cual se les devolvería cuando se terminara el seguimiento de seis meses. El promedio de edad de los sujetos fue de 37.3 años de edad, reportando una tasa de fumar de 32 cigarrillos al día y teniendo un promedio de fumar de 19 años.

Los sujetos asignados al azar a cualquiera de los dos tratamientos. Al iniciar sin tomarse medidas con 4 de 6 sujetos, los terapeutas recabaron información reelevant de la experiencia de los grupos e instruyeron a los sujetos como realizar el automonitoreo de fumar siguiendo una semana de línea base. Los sujetos comenzaron su programa de tratamiento durante 8 semanas respectivamente.

Se empleó un diseño factorial para evaluar los tres tratamientos (dos terapias conductuales de auto-ayuda, manuales y una condición de control de tratamiento mínima; (los manuales fueron publicados por la Sociedad Americana de Cáncer); bajo las condiciones de auto-administración y administración-terapeuta.

Las medidas de los resultados incluyeron: auto-monitoreo de consumo de cigarrillos, una puntuación basada en los componentes topográficos de la conducta de fumar y los niveles de monóxido de carbono expirados en muestras de respiración (aliento) y adherencias en medidas de costo-efectivo.

De los 88 sujetos, 85 terminaron el tratamiento y 80 participaron en un seguimiento de seis meses.

En un análisis de varianza que se realizó, los 3 (programas de tratamiento) X 2 (condiciones de administración) reveló diferencias del pretratamiento, entre los grupos en las tasas de fumar, de la línea base. También se observó que los sujetos en la condición del manual publicado por la Sociedad Americana del Cáncer reportaron fumar más cigarrillos durante la semana inicial del auto-monitoreo que los otros sujetos.

El análisis de los efectos de los terapeutas revelaron un efecto mayor significativamente en el auto-monitoreo del número de cigarrillos fumados al día.

Todos los tratamientos fueron efectivos en producir una reducción en las tasas de fumar.

El promedio de porcentajes de fumar fue: en la línea base de 48% al post-tratamiento y 75% a los seis meses de seguimiento.

Se observó que la mayoría de los sujetos reportaron abstinencia durante la semana de auto-monitoreo. También se observó que en las condiciones de los estudios de Danahery y Lichtenstein y de Pomerleau y Pomerleau, la presencia de los terapeutas fue asociada con un largo mejoramiento en las tasas de abstinencia (47% de abstinencia contra 8% para las condiciones de auto-administración).

En contraste, los sujetos en el programa reportaron todos dejar de fumar y sentirse mejor bajo la auto-administración del terapeuta.

El promedio de porcentajes de los sujetos que reportaron abstinencia, decreció de 27% en el post-test al 11% en el seguimiento.

También se observó que la abstinencia en el seguimiento fue mayor en la condición en la que el terapeuta administró el tratamiento, que en la auto-administración; al igual que en el auto-monitoreo.

Se obtuvo así mismo la facilidad de la lectura de los manuales al estar en contacto con los terapeutas.

También se han conducido experimentos para evaluar la terapia de autocontrol, por ejemplo, Newmant y Bloom, (1981) realizaron un estudio - cuyo propósito era el de probar la hipótesis de que el entrenamiento bajo un estímulo llamativo saliente (alumbrando el cigarro físico enfrente del sujeto y al alcance de éste); pudiendo resultar una gran inhibición que - si la saliente bajará (cigarrillo oculto de la vista del sujeto).

Es predecible que el incremento de secuencias de la demora autoimpuesta de recompensa puede facilitar la reducción de fumar más dramáticamente de lo que podría ser una demora impuesta por el experimentador.

En sí, la reducción relativa de aversiones, medidas por auto-reporte de índices psicológicos pueden ser evaluados.

Los sujetos para este estudio fueron 40 hombres y 40 mujeres, estudiantes voluntarios no graduados (bachillerato) reclutados del colegio Hunter que estudiaban psicología. Todos los sujetos tenían fumando un mínimo de una y media cajetilla al día por un período de un año.

Antes del estudio, la experimentadora llevó a cabo una entrevista en la que explicó el procedimiento a seguir y se realizó la historia de fumar de cada uno; posteriormente se hizo un pre-test, ensayando el procedimiento tres veces con ensayos de auto-control de los que se tomó registro, en seguida se llevó a cabo el tratamiento en el que se manejan las demoras y las recompensas; y finalmente se hizo un post-test que también involucraba tres ensayos de procedimiento de tolerancia a la demora, registrándose la latencia y la respuesta galvánica de la piel.

Se monitoreó la latencia del fumar usando un reloj (cronómetro) sujeto a la mano del fumador; también se registraron las respuestas galvánicas de la piel utilizando un auto-balanceamiento; y en la fase de post-test llenaron un cuestionario post-experimental que incluía una escala de registros para que evaluara los efectos percibidos en el procedimiento, la facilitación de la reducción del fumar y lo aversivo de los períodos de espera en el pre-test y post-test.

Los sujetos mejoraron al través de las fases. Las pruebas indicaron que los grupos no difirieron en el pre-test; pero sí en el post-test; todos los otros efectos de las interacciones fueron insignificantes.

El análisis de varianza de los puntajes de cambios residuales indicaron que la demora auto-impuesta induce a una espera larga que la demora impuesta por el experimentador. Esto es, el entrenamiento bajo señales salientes induce a una espera significativamente larga en el post-test -- que en el entrenamiento con señales ocultas; finalmente, no hubo interacciones significativas entre el origen de la imposición y las señales sa--

lientes.

En el post-test las tasas de señales salientes de períodos de espera fueron significativamente menos aversivos que los señalamientos ocultos. Los sujetos en la condición de demora auto-impuesta no mostraron tasas de aversión en los períodos de espera y difirieron significativamente de los sujetos en la condición de imposición del experimentador. Finalmente, la señal saliente fue reportada como útil en la eliminación del fumar.

Cabe aclarar que en este estudio no se llevaron a cabo sesiones de seguimiento.

Por otro lado, también se han realizado investigaciones para prevenir las recaídas en el fumar cigarrillos; por medio de entrenamiento en habilidades conductuales; por ejemplo Hall, Tunstall y Reese, (1984) llevaron a cabo un estudio para controlar factores tales como: Tiempo de atención del tratamiento y credibilidad; y comprobar dos programas de fumar aversivo, diseñados para ser menos estresantes psicológicamente, que el fumar rápido. Después se usó el fumar rápido tradicional; en donde los fumadores inhalaron las bocanadas hasta que ellos ya no pudieron continuar por más tiempo, en lugar de que fumaran hasta que no pudieran por más tiempo.

Los sujetos fumaron un máximo de 3 cigarrillos por sesión de 6 a 30 segs. de espacio; así ambos fueron menos estresantes que el fumar rápido tradicional.

Se asume que los 30 segs. de espacio difieren mínimamente el modo normal de fumar y así provee un pequeño stress psicológico. También se les dió retroalimentación con videotape; seleccionaron segmentos de las sesiones que fueron usadas para acrecentar la aversión. Y se les proveyó a los fumadores de una imagen que usaban cuando intentaban fumar.

Los sujetos fueron 135 fumadores que respondieron a un anuncio. Todos los sujetos atendieron a: a) Una entrevista de orientación inicial, b) Dieron un informe por escrito, c) Estuvieron libres de enfermedades -- cardiovasculares y pulmonares, d) Dieron un depósito de U.S.\$65.00 reembolsables contingentemente en la asistencia a la evaluación de 3, 6, 26 y 52 semanas y e) Obteniendo un certificado médico para participar en la investigación.

Los sujetos fueron asignados a grupos de 5 a 6 miembros; asignándolos a una de cuatro condiciones en un diseño factorial 2×2 . Estas condiciones fueron 6 segundos de fumar aversivo más prevención de recaídas -- en entrenamiento de habilidad; treinta segundos de fumar aversivo más prevención de recaídas con entrenamiento de habilidades, 6 segundos de fumar aversivo más control de discusión. Se hipotetizó que: a) A las 6 semanas, los sujetos tratados con el programa de prevención de recaídas pueden mostrar grandes tasas de abstinencia significativas y reducción del fumar -- con discusión de controles; b) Inmediatamente después de terminar el tratamiento (5 semanas) 6 segundos de aversión, los sujetos pueden tener altas tasas de abstinencia y gran reducción en la cantidad de fumar que los 30 segundos con aversión; c) La prevención de recaídas en el programa de entrenamiento en habilidades, puede producir grandes incrementos en la -- imitación de habilidades. d) Precindiendo de la condición de tratamiento de cesación; la prevención de la recaída en el programa de entrenamiento en habilidades puede producir grandes decrementos en ansiedad e irritabilidad.

Antes de iniciar el estudio, los sujetos reportaron el número de cigarrillos fumados en las pasadas 24 Hrs; se les hizo un análisis bio-médico; también complementaron una batería de instrumentos de evaluación; -- incluyendo los siguientes seguimientos:

- 1) El perfil de los estados de disposición.
- 2) Inventario del estado de características de ansiedad.

3) Costos y beneficios del fumar y costos y beneficios del cambio de escalas.

4) Síntomas físicos de retirada.

5) La conducta de lista de chequeo.

6) Cuestionarios de auto-reporte de expectativas del tratamiento.

La alteración no difirió entre las 4 condiciones de tratamiento. El número de sujetos que recayó fue de 4, 4, 3 y 1; en cada condición para 6 segundos/habilidades; 30 segundos/habilidades; 6 segundos/discusión y 30 segundos/discusión respectivamente.

No se encontró diferencias en las siguientes variables: edad, sexo, nivel socioeconómico, número de cigarrillos fumados reportados en el pre-tratamiento.

También se observó que el número de cigarros fumados se redujo en un gran porcentaje; ya que de 30.12 que era el número de cigarrillos fumados, en las mujeres se redujo en un 64.36%; y en los hombres que fue de 16.62 se redujo a 40.95%.

Se encontraron diferencias en las tasas de abstinencia y en el número de cigarrillos fumados; favorecidos por la condición de entrenamiento de habilidades.

Análisis exploratorios indicaron que a las 52 semanas, los fumadores (de 20 cigarrillos por día bajó en el pre-tratamiento) fueron favorablemente más afectados, probablemente por la condición de entrenamiento de habilidades que los fumadores pesados. Los sujetos asignados a la condición de entrenamiento de habilidades; fue más probable para ellos reportar el uso de imitación de habilidades; sin haber diferencias para la condición de discusión en los costos y beneficios percibidos en el cambio del fumador, en la disponibilidad del dolor físico.

En el reporte de abstinencia, los sujetos reportaron menos disturbios que en los sujetos de no abstinencia, a las 3, 6 y 26 semanas; y disminuyeron las dolencias físicas en la semana 52.

También se han realizado experimentos usando la comparación de varias técnicas. Así tenemos que Zalman, Golden y Roseberger, (1975) realizaron un estudio en el cual compararon tres técnicas conductuales a) Relajación, b) Saciación y c) Combinación de relajación y saciación para determinar la efectividad relativa en la reducción de la conducta de fumar cigarrillos.

Los sujetos en este estudio fueron seleccionados de un grupo de voluntarios que respondieron a un anuncio local de la Universidad (¿Quiere dejar de fumar?). Se solicitaron un total de 53 sujetos (25 hombres y 28 mujeres).

Los grupos fueron los siguientes:

Grupo 1.- Solo relajación (respuesta alternativa).

Grupo 2.- Solo saciación (solo castigo).

Grupo 3.- Relajación-saciación (solo castigo).

Grupo 4.- Control mínimo de tratamiento-mínimo (control de registros guardados motivados por los sujetos).

Grupo 5.- Control de registro (registro control realizados por sujetos no motivados).

Durante la primera sesión individual, a cada sujeto se les preguntó y dió un cuestionario sobre la historia de fumar y un inventario sobre la personalidad el cual se usó para excluir a los sujetos con altos puntajes neuróticos.

También se les preguntó a los sujetos su consumo de cigarrillos durante la semana de línea base; para registrar el número de cigarrillos fumados. Se utilizaron auto-reportes y se tomó una muestra simple de orina semanalmente; siendo analizada para observar el contenido de nicotina.

Para asegurar la motivación, se les requirió a los sujetos dejar un depósito de U.S.\$25.00 que fue reembolsado al final de las 9 semanas - de tratamiento que duró el estudio (primera semana de línea base, seis semanas de procedimiento y dos semanas de seguimiento inicial).

El depósito no fue contingente con la condición de fumar; pero - sí en la duración del estudio.

- Se realizó una entrevista general a un total de 25 hombres y 28 mujeres que fueron contactados por teléfono y citados para la siguiente - semana. Los sujetos fueron asignados al azar a cada uno de los cuatro grupos; balanceados en la edad y sexo. No hubo diferencias significativas en la tasa de fumar entre los grupos.

La forma de evaluación fue al través de las muestras de orina, - para detectar el nivel de nicotina (en la condición de reforzamiento negativo saciación).

Registrar las respuestas alternativas de fumar al través de la - relajación autoreportes (vía telefónica).

La reducción de fumar para los sujetos en la condición del grupo 1 (relajación) fue de 57.42%; en el grupo 2 (saciación) fue de 68.99% y - en el grupo 3 (relajación saciación) fue de 15.57%.

En sí, la reducción de fumar en las condiciones del grupo 1, 2 y 3 no varió en los dos grupos control.

A los tres meses de seguimiento, el grupo de relajación volvió a un 65.04% su nivel de consumo original; el grupo de saciación 69.45% y el grupo de relajación - saciación a 51.57%.

Así tenemos que otros investigadores como Koehing y Masters, -- (1965), Hamilton y Philips, (1979) y Bear, Foreyt y Wright, (1977) con-

dujeron un estudio semejante al antes mencionado; obteniendo resultados - similares.

Una de las técnicas conductuales más comúnmente empleadas en el tratamiento del hábito de fumar es la técnica aversiva; en donde se utilizan varias modalidades; una de las que generalmente se emplea es el fumar rápido. A este respecto mencionaremos un estudio realizado por Poole, San son-Fisherig y Allen, (1981).

En donde examinaron la eficacia de la técnica de fumar rápido en términos de dos medidas de resultados. a) Tasa de abstinencia en el post-tratamiento y b) Reducción lograda en el fumar por sujetos no abstinentes. El presente estudio, por lo tanto, buscó evaluar, además de la eficacia de la técnica de fumar rápido en el control de fumar, el de examinar si la inclusión de componentes adicionales dentro del paquete de tratamiento mejora de eficacia terapéutica.

Para otro estudio llevado a cabo por Desmopa, Fisher y Allen, -- (1981) se utilizaron 75 fumadores (40 hombres y 35 mujeres) con edad de - 50 años. A todos se les realizó un examen médico.

Primeramente se les hizo una entrevista introductoria; se les pi dió un depósito de U.S.\$25.00; de los cuales U.S.\$15.00 pudieron ser de-- vueltos al término del tratamiento y del examen médico del balance; cuando todos los requisitos del seguimiento estuvieron completos se les devo lvió el resto.

Posteriormente los sujetos fueron asignados a uno de cuatro programas de tratamiento:

- 1) Fumar - rápido (19 sujetos) 12 sesiones.
- 2) Fumar - rápido y relajación (21 sujetos).
- 3) Fumar - rápido, relajación y contracción contingente (18 suje tos), 12 sesiones.
- 4) Contingencia fumar - rápido (17 sujetos) 9 semanas.

Hubo un seguimiento de 1 mes, 2, 3, 6 y 12 meses.

Al inicio se resolvió un inventario de personalidad de Eysenck - y una escala de control de lugares, con un cuestionario que describe la - historia del fumar y la expectación del éxito en las acciones auto-repor- tadas.

En el seguimiento se llevó a cabo un registro de fumar por un pe- ríodo de 7 días.

No se encontraron diferencias significativas en el número de su- jetos de hombres y mujeres en cada grupo.

El análisis de varianza indicó que los grupos fueron comparables en términos de edad, años de fumar, número de intentos previos de dejar - de fumar y registro diario del consumo de cigarrillos, durante el período de línea base.

No hubo diferencias en el pre-tratamiento entre los grupos y en la auto-evaluación de la motivación en el dejar de fumar.

Tampoco hubo diferencias significativas en términos de puntajes en el inventario de la personalidad de Eysenck y de las escalas de con- trol de lugar. Así como tampoco hubo diferencias significativas entre los grupos, ni el número de sesiones, en el número de ensayos por sesión du- rante el tratamiento en las 4 condiciones de tratamiento en alguno de los puntos de seguimiento.

En las sesiones de seguimiento las tasas de abstinencia fueron - altas en el grupo 4 más que en los otros tres grupos; pero no hubo signi- ficancias estadísticas.

En sí, los resultados indicaron que la incorporación de autocon- trol, relajación y contrato de contingencias en un paquete de tratamiento para dejar de fumar, envolviendo el fumar - rápido, no mostró incrementos

significantes en la abstinencia del post-tratamiento cuando fue comparado solamente con el fumar - rápido.

Se observó que en cada condición de tratamiento la tasa de abstinencia declinó sobre un período de seguimiento de 12 meses; sin embargo - las tasas de abstinencia y reducción en el fumar no fueron diferentes entre las condiciones de tratamiento.

Por otro lado, Lichtenstein y Grimaldi; (1969), también realizaron un estudio similar al expuesto por Ficher y colaboradores, empleando humo, aire caliente como un estímulo aversivo en el tratamiento del fumar; obteniendo resultados satisfactorios pero solamente a corto plazo y encontrándose resultados similares.

Por su parte Franks, Fried y Ashem, (1966) hicieron un mejoramiento a aparatos ya existentes diseñados para el condicionamiento aversivo de fumadores de cigarrillos.

Harry, (1976) también ha llevado estudios con control aversivo - obteniendo resultados similares.

Otros métodos de tratamiento conductuales incluyen contratos conductuales, en donde los sujetos dejan un depósito al inicio del tratamiento, siendo este reembolsable al finalizar dicho tratamiento (Leventhal y Cleary, 1980; Paxton, 1979).

DATOS QUE LA APOYAN.

Estudios estadísticos de los efectos de la terapia de la conducta, que han sido realizados por terapeutas competentes, han mostrado que puede esperarse casi un 90% de recuperación o de mejoría notable entre -- los pacientes que han recibido suficiente exposición a los métodos conductuales. Con las estadísticas de otras terapias, las comparaciones favore-

cen evidentemente a la terapia de la conducta. Los resultados de algunos estudios bien controlados, dedicados a los efectos terapéuticos, también apoyan decisivamente a la terapia de la conducta. (Wolpe, 1981).

Sin embargo, y no obstante de que se han llevado a cabo una gran variedad de investigaciones experimentales, referentes a terapias conductuales; los resultados que hasta la fecha han sido obtenidos son poco exitosos; ya que como se ha podido observar en los experimentos anteriormente mencionados, sólo se han obtenido resultados satisfactorios a corto --plazo; puesto que el número de recaídas que se observa en el seguimiento después de 6 meses a 1 año aproximadamente es muy alto aún.

CRITICAS.

Muchos argumentos han sido lanzados contra el conductismo y muchos epítetos fueron arrojados a la cara de su fundador (Watson). El sistema ha sido llamado materialista, mecanicista, porque no tenía lugar para la consciencia, mente, alma, volición y otros conceptos afines, y porque buscó una explicación propia de las ciencias naturales para los asuntos de la psicología.

Ha sido criticado como crudo, ilógico, ingenuo y subversivo. El mismo Watson fue acusado de simplificar demasiado los problemas psicológicos, de forzar categorías mentales en casilleros físicos; de formular teorías que no podían ser verificadas (Keller, 1979).

Otra crítica que se le hace comúnmente al conductismo, es el de que existe una falta de control en sus intervenciones.

Además, la terapia de la conducta se enfoca de modo estrecho en los síntomas y es incapaz de lograr un "cambio de personalidad".

A lo que Wolpe, (1981) responde "Si la personalidad se define co

mo la totalidad de los hábitos de una persona, es evidente que incluso la eliminación de un solo hábito neurótico es un cambio de personalidad. Por lo demás, cuando un paciente ha sanado de sus hábitos neuróticos, tiene -- más libertad para comportarse con eficiencia en diversas direcciones. Por ejemplo, a menudo se cambian los hábitos motores, los movimientos se hacen más graciosos y la conversación se hace más fácil y de más humor cuando el paciente está curado de la tensión neurótica. Los que plantean este problema del cambio de la personalidad no la definen. Cuando lo hagan, habrá la posibilidad de comparar la terapia de la conducta con el psicoanálisis y con otros métodos como instrumentos del "cambio de la personalidad".

Una falacia popular es que la terapia de la conducta es útil en los casos simples, pero no en los complejos.

En cuanto a la investigación experimental llevada a cabo por esta teoría.

Se sugiere que en investigaciones futuras se tenga un mayor control de los problemas metodológicos asociados con investigaciones del tratamiento en el fumar cigarrillos; tales como: una selección más representativa de la población de fumadores.

También es importante llevar a cabo una descripción estadística de los sujetos, así como de sus patrones y formas de consumo de tabaco. -- (Mcfall, 1978; Baer y cols., 1977).

El control de la mortalidad de los sujetos, también es necesario para evitar los problemas de validación; siendo igualmente esencial el definir y precisar la conducta objetivo.

Por último, elegir el método de medida más confiable y de mayor validez.

Todos ellos con el fin de llevar a cabo estudios más controlados y en donde el uso de técnicas sea más específico para poder determinar mé todos que mejoren la eficacia en los tratamientos a largo plazo. (Poole, Fisher y Allen, 1981; Hall, Twinstael y Johen, 1984; Cohening, Masters, - 1965; Newmant y Bloon 1981).

Sin embargo, también cuenta con aspectos positivos, tales como - el abordar el fenómeno del tabaquismo desde una perspectiva medio ambiental, es decir, considerando que la influencia del medio ambiente en el -- cual se desarrollan los individuos es esencial en el desarrollo y manteni miento de conductas problema como en este caso lo es el fumar.

Otro aspecto importante que también toma en cuenta, es la histo ricidad de los sujetos, así como su proceso de aprendizaje. Y trata de mo dificar estas conductas o hábitos inadaptativos al través de la modifica ción del medio ambiente en el cual se encuentra inmerso el individuo, así como mediante la realización de conductas incompatibles y sustitutas de - la conducta problema.

" TEORIA PSICOANALITICA "
=====

ANALISIS TEORICO METODOLOGICO.

La Teoría Psicoanalítica, surge en el año 1900, teniendo como -- fundador y máximo exponente a Sigmund Freud (1856-1939).

Médico psiquiatra austriaco de origen judío, creador de la técnica de exploración psicoanalítica llamada "Psicoanálisis", por medio de la cual trató de remontarse a los orígenes de los padecimientos mentales.

"Ninguna teoría acerca del funcionamiento y estructura de la mente ha ejercido tanta influencia como la doctrina psicoanalítica; sus categorías y explicaciones se han convertido en el núcleo de un modo radicalmente nuevo de entender la realidad psíquica" (Kolb, 1983).

El psicoanálisis, parte de un supuesto básico, de lo que se ha -- dado en llamar el aparato psíquico (o vida mental), son dos las cosas que se conocen acerca de éste; por un lado, su órgano somático y teatro de acción, el encéfalo (o sistema nervioso); por el otro, nuestros actos de -- consciencia, que se nos dan en forma inmediata y cuya intuición no podría tomarse más directa mediante ninguna descripción. (Freud, 1966).

Freud, concibió al aparato psíquico, formado por tres segmentos, el ello, yo y superyo. Aunque estas divisiones estructurales son hipotéti cas, ofrecen una clasificación útil del sistema de impulsos coercitivos.

Y muchos de los términos que se usan al describir sus interrela ciones dinámicas son puramente simbólicos.

EL ELLO.

El ello es un nombre colectivo que se usa para nombrar los impul sos biológicos primitivos. Representa la parte innata de la personalidad;

se piensa que los impulsos coercitivos cuyas determinantes fisiológicas son la necesidad de aire, alimento, agua y otras sustancias nutritivas, la necesidad de mantener la temperatura corporal y la integridad física, así como la necesidad de procrear, son funciones del ello. Se piensa que también los anhelos de dependencia, las tendencias a la agresión y a la huida, la rabia y la sexualidad son impulsos coercitivos y afectos del --ello. Junto con estos impulsos instintivos primitivos se encuentran los estados aversivos de dolor, aflicción y rabia que hacen que el individuo se proteja, y los deseos intensos de satisfacer el hambre y la sed, y de evitar la sofocación.

En sí, el ello contiene todo lo heredado, lo innato, lo establecido, los instintos originados, lo inconsciente; persigue el placer y la satisfacción. (Freud, 1983).

EL YO.

El yo, o la parte del ser que evalúa la realidad, es la parte o función de la personalidad que establece una relación con el mundo en que vivimos. El yo, es en realidad un grupo de funciones, pero para facilitar su conceptualización se emplea una metáfora. El yo se relaciona con el ambiente por medio de la percepción consciente, el pensamiento, el senti---miento y la acción; por lo tanto, es la porción de la personalidad que --controla al individuo de manera consciente. Contiene los aspectos de la personalidad que forman evaluaciones, juicios, avenencias, soluciones y defensas. Podemos ver al yo como la agencia integradora y ejecutiva de la personalidad, ya que se encarga de funciones tan importantes como la percepción, la memoria, la evaluación y comprobación de la realidad, y la --síntesis de la experiencia; es el intermediario entre el mundo interior y el exterior. Sus funciones son relacionarse de manera racional con los requerimientos de la realidad, adaptar la conducta al ambiente y mantener la armonía entre las necesidades urgentes del ello y las exigencias y aspiraciones del superyó. (Freud, 1983).

Para que la personalidad se desarrolle de manera normal, el yo - debe ser capaz de modificar tanto los impulsos coercitivos del ello, como las demandas del superyó, y así lograr una conducta aceptable sin sacrificar al extremo las satisfacciones de las necesidades instintivas y emocionales ni los ideales éticos. Es así como el yo sirve de mediador y dirige la conducta hacia avenencias aceptables entre los ciegos impulsos coercitivos del ello y las inhibiciones del superyó. Los impulsos coercitivos del ello exigen satisfacción inmediata; en consecuencia, se dice que es--tán regidos por el principio del placer; por el contrario, las funciones del yo son guiadas por el principio de la realidad. (Freud, 1983).

El yo dirige la energía instintiva hacia canales que, a la larga, proporcionan el máximo de placer y satisfacción.

Sus procesos tienen lugar principalmente (aunque no por completo) en el nivel consciente. Integra los impulsos de manera constructiva y así asegura el dominio sobre ellos. Se dice que el yo es fuerte y sano -- si, por medio del control consciente, maneja en forma adecuada las causas internas y externas de stress y si, por medio de la razón y la circunspección, se pone en contacto racionalmente con las necesidades de la realidad y de la sociedad.

El individuo con un yo bien desarrollado y maduro muestra flexibilidad para manejar las diversas causas de stress de la vida, sin recurrir a las defensas inflexibles y repetitivas típicas de los síntomas neuróticos y psicóticos, o a los defectos del carácter. Si no se ha desarrollado la estructura del yo o si dicha estructura está dominada por factores inconscientes, puede sufrir procesos desintegrativos y no ser capaz - de tolerar la tensión de la represión continua; de esto resulta la aparición de síntomas mentales o defectos del carácter.

El desarrollo del yo tiene lugar gracias a la serie de transacciones entre el niño y sus padres u otras personas que influyen en su evolución. (Freud, 1983).

La finalidad de las funciones del yo es, por lo tanto, producir adaptación psicosocial; no obstante, esta adaptación también requiere que evolucione una serie de actitudes interpersonales que establecen para el individuo una cierta consistencia en sus relaciones con otros; por medio de estas actitudes la persona acostumbra percibir a otros y funcionar de acuerdo con ellos. Además los otros individuos esperan que la persona responda socialmente de una manera determinada, y esto constituye la identidad del yo para dicha persona.

Las crisis psicológicas del principio de la niñez establecen las bases para los grados de autonomía personal o bien producen grados diversos de vergüenza y duda personales; las fases posteriores de la niñez incluyen los principios de la iniciativa o bien la aceptación de la cultura en la edad escolar se inicia la creatividad o bien una sensación de inferioridad; y en la adolescencia, las crisis de formación o difusión de la identidad. También las fases de la vida adulta implican crisis especiales. El adulto joven debe elaborar la cuestión de la intimidad o el aislamiento; el adulto mayor, la cuestión de la procreación o la absorción en sí mismo, y el adulto de edad madura, la cuestión de la integridad, en oposición a la desesperanza. (Freud, citado en Fenichel, 1982).

El requisito primario del proceso transaccional para el desarrollo de la personalidad es aprender actitudes aceptables y satisfactorias, así como acciones que controlen y maduren los afectos humanos. Los estados afectivos complejos del hombre son la consecuencia del largo y continuo proceso de socialización, que le permite desenvolverse y diferenciarsen de manera progresiva. Se reconocen los efectos sintónicos de interés, entusiasmo y alegría. Además existen efectos distónicos y aversivos que motivan estados de aflicción, miedo, vergüenza, culpa, asco, ira, desprecio, amor, ternura, compasión y tristeza. (Freud; citado en Fenichel --- 1982).

Estos afectos, que a veces producen motivación y a veces conflictos al pasar el tiempo se establecen dentro de la personalidad como carac

terísticas del estado de ánimo predominante.

EL SUPERYO.

El tercer segmento hipotético de la estructura de la personalidad es el superyó, o sea, la parte que se conceptualiza como la que observa y evalúa el funcionamiento del yo, comparándolo con un estándar ideal, que se deriva de las normas de conducta que se perciben durante años en los padres, los maestros y otros individuos importantes para el niño que crece. El ideal del yo, o sea la imagen internalizada de lo que uno desea llegar a ser y hacia la cual convergen los esfuerzos del yo, proporciona una dirección para las aspiraciones y las exigencias de éxito dentro de cada personalidad. (Freud, citado en Fenichel, 1981).

El concepto del superyó tuvo su origen en el análisis que Freud hizo de las ideas delirantes psicóticas de ser vigilado.

Concibió entonces una porción "observadora" de la personalidad.

Alrededor de los 4 a 6 años de edad, el niño desarrolla una sensación de constricción en sus acciones, cuando se riende ante la fuerza superior de los padres. Acepta los dictados de los padres como absolutos y como si exigieran una obediencia sin duda.

El niño entonces es incapáz de juzgar sus propios actos o los de otras personas en términos de su significado social; solo los juzga en términos de si están bien o están mal. Es solo hasta que el niño llega a comparar sus perspectivas con las de otros niños y adultos durante el juego, la acción y el pensamiento, cuando desarrolla las perspectivas.

En sí, el superyó representa las influencias del pasado, dependencia infantil e influencia parental, que hacía referencia a todo el producto social que vamos internalizando. O sea, él internaliza una serie de

reglas que le están permitiendo relacionarse con otros que están en el un verso intersubjetivo. Esto va a poner en marcha a lo inconsciente; en don de tiene que haber una primera represión que nos viene dada desde afuera, y es cuando se instaura el yo que reprime. En el momento en el que el yo se instaura, existe la representación reprimida, que es en el momento mis mo en el que se forma el yo. (Freud, 1983).

Freud, también concibió el desarrollo de la función sexual, divi dida en cuatro fases:

Fase Oral. En la cual se considera que la boca es, a partir del nacimiento, el primer órgano que aparece como zona erógena y que plantea al psiquismo exigencias libidinales. Primero, toda actividad psíquica está centrada en la satisfacción de las necesidades de esa zona. Naturalmente, la boca sirve en primer lugar a la autoconservación por medio de la - nutrición, pero no se debe confundir la fisiología con la psicología. El chupeteo del niño, actividad en la que éste persiste con obstinación, es la manifestación más precoz de un impulso hacia la satisfacción que, si - tiende a alcanzar el placer independientemente de la nutrición, de modo -- que podemos y debemos considerarlo sexual. Ya durante esta fase oral, con la aparición de los dientes, surgen esporádicamente impulsos sádicos que se generalizan mucho más en la segunda fase. (Freud, 1966).

Fase Sádico Anal. Se le denomina así, porque en ella la satisfac - ción se busca en las agresiones y en las funciones excretorias. Al con--- cluir las tendencias agresivas en la libido, se fundan en el concepto de que el sadismo es una mezcla instintual de impulsos puramente libidinales y puramente destructivos, mezcla que desde entonces perdurará durante toda la vida. (Freud, 1966).

Fase Fálica. Es como un prolegómeno de la conformación definitiva que adoptará la vida sexual, a la cual se asemeja sobremanera. Es nota - ble que en ella no intervengan los genitales de ambos sexos, sino solo el

masculino (falo). Los genitales femeninos permanecen ignorados durante mucho tiempo; el niño, en su intento de comprender los procesos sexuales, se adhiere a la venerable teoría cloacal, genéticamente bien justificada. (Freud, 1966).

Con la fase fálica y en el curso de ella, la sexualidad infantil precoz llega a su máximo y se aproxima a la declinación.

En adelante, el varón y la mujer seguirán distintas evoluciones.

Ambos han comenzado a poner su actividad intelectual al servicio de la investigación sexual; ambos se basan en la presunción de la existencia universal del pene; pero ahora han de separarse los destinos de los -sexos. El varón ingresa en la fase edípica; comienza a manipular su pene con fantasías simultáneas que tienen por tema cualquier forma de actividad sexual del mismo con la madre, hasta que los efectos combinados de alguna amenaza de castración y del descubrimiento de la falta de pene en la mujer le hace experimentar el mayor trauma de su vida, que inaugura el período de latencia, con todas sus repercusiones. La niña, después de un --fracasado intento de emular al varón, llega a reconocer su falta de pene, o más bien la inferioridad de su clítoris, sufriendo consecuencias definidas para la evolución de su carácter; a causa de esta primera defrauda---ción en la rivalidad, a menudo comienza por apartarse de la vida sexual -en general (Freud, 1966).

Sería erróneo suponer que estas tres fases se suceden simplemente; por el contrario, la una se agrega a la otra, se superponen, coexis--ten. En las fases precoces cada uno de los instintos parciales persiguen su satisfacción en completa independencia de los demás; pero en la fase -fálica aparecen los primeros indicios de una organización destinada a --subordinar las restantes tendencias bajo la primacía de los genitales, representando un comienzo de coordinación de la tendencia hedonística general con la función sexual. (Freud, 1966).

Fase Genital. La organización completa solo se alcanzará al través de la pubertad, es decir, en la fase genital. Se establece así una situación en la cual: 1) Se conservan muchas catexias libidinales anteriores; 2) Otras se incorporan a la función sexual como actos preparatorios y coadyuvantes, cuya satisfacción suministra el denominado placer preliminar; 3) Otras tendencias son excluidas de la organización, ya sea cortándolas totalmente (represión) o empleándolas de una manera distinta en el yo, formando rasgos del carácter o experimentando sublimaciones con desplazamiento de sus fines. (Freud, 1966).

Este proceso no siempre transcurre llanamente. Las inhibiciones de su desarrollo se manifiestan en forma de los múltiples transtornos que puede sufrir la vida sexual. Producen entonces fijaciones de la libido a las condiciones de fases anteriores, cuya tendencia, independiente del fin sexual normal, se califica de perversión. Así aunque se haya alcanzado la organización genital, ésta se encontrará debilitada por las porciones de libido que no hayan seguido su desarrollo, quedando fijadas a objetos y fines pregenitales. Este debilitamiento se manifiesta en la tendencia de la libido a retornar a sus anteriores catexias pregenitales en casos de insatisfacción genital o de dificultades en el mundo real (regresión). (Freud, 1938).

ETIOLOGIA Y DESARROLLO DEL TABAQUISMO.

— Existen muchos fenómenos en los cuales se ve persistir el erotismo oral en el adulto: el beso, la costumbre de beber y de fumar y muchos hábitos de la comida. Es necesario no olvidar, sin embargo, que en lo que se refiere a beber y a fumar no se trata únicamente de erotismo oral. El alcohol y la nicotina son también toxinas, que producen por vía química - ciertos cambios deseados en el equilibrio de los conflictos instintivos. Estos cambios reducen las inhibiciones, eleban la autoestima y rechazan - la ansiedad, al menos por un corto tiempo y hasta cierto punto. (Freud, - citado en Fenichel, 1982).

El objetivo del erotismo oral es primeramente la estimulación autoerótica placentera de la zona erógena y luego la incorporación de objetos.

Advertimos que en este período los objetos no son considerados como individuos sino como alimentos o proveedores de alimentos.

La experiencia clínica demuestra que a menudo los fines de incorporación oral adquieren un carácter sádico. Pero esto no constituye ciertamente una razón para suponer que todo niño que se alimenta al pecho de la madre tiene el deseo de matar y destruir a ésta de una manera sádica.

Sin embargo, la incorporación destruye objetivamente el objeto. Este hecho confiere a todos los fines de incorporación un carácter más o menos "ambivalente". Mientras no hay una idea de los objetos, no tiene sentido hablar de ambivalencia. (Freud, citado en Fenichel 1982)

Generalmente se distinguen dos sub-etapas en la etapa oral; - una preambivalente, en la que, subjetivamente, no existen los objetos y solo se busca la succión placentera, y otra ambivalente, que aparece después de la erupción de los dientes, y que tiene como fin morder el objeto.

En el desarrollo psíquico la promoción a un nivel superior no se produce nunca de una manera completa, sino que junto al nuevo nivel alcanzado, o detrás de él, persisten en cierto grado, características del nivel precedente. Pueden producirse perturbaciones del desarrollo no solamente en forma de una detención completa del mismo, sino también en forma de una persistencia de características correspondientes a etapas anteriores, en un grado mayor de lo que corresponde normalmente. (Freud, 1966).

Una conducta impulsiva o una adicción a las drogas pueden servir como medios para dominar la depresión, ya que ambos trastornos representan maneras diferentes de alcanzar el mismo fin; la provisión de

los suministros narcisísticos necesitados, puesto que una depresión es un estado que se produce cuando faltan tales suministros, las adicciones y las neurosis impulsivas, en la medida en que logran, como quiera que sea su propio fin, son medios adecuados para evitar una depresión. (Freud, 1966).

Ahora podemos dejar establecido que la disposición para el desarrollo de las depresiones consiste en fijaciones orales que determinan la reacción a los shocks narcisísticos.

En cuanto a los factores a que puede deberse, en primer término, - las fijaciones orales puede decirse lo mismo que en el caso de toda otra fijación. Las causas determinantes son: satisfacciones o frustraciones extraordinarias, o ambas cosas a la vez, especialmente las combinaciones de una satisfacción oral con una tranquilizadora garantía de seguridad. (Freud, citado en Fenichel, 1982).

En sí Freud sostiene que uno pierde toda la vida luchando con el fumar cigarrillos, comparado con la succión (chupar) el pulgar. El considera al fumar como una manifestación autoerótica de privación de la succión - del pecho; lo cual puede ser igualmente comparable con la masturbación. (Citado en Jarvick, 1981).

MANTENIMIENTO DEL TABAQUISMO.

Cuando en un momento nuevo de la evaluación, se producen dificultades, pueden originarse movimientos de retroceso mediante los cuales se vuelve a etapas anteriores que fueron vividas con más éxito. La fijación y la regresión son complementarias entre sí. (Freud, citado en Fenichel, 1982).

Freud usó el símil de un ejército que avanza en territorio enemigo y va dejando tropas de ocupación en todos los puntos importantes. -- Cuando más poderosas son las tropas de ocupación dejadas atrás, más débil es el ejército que persigue su avance. Si este último tropieza con una fuerza enemiga demasiado poderosa podrá suceder que retroceda a aquellos pun

tos en que previamente dejó las tropas más poderosas de ocupación. Cuanto más fuerte es una fijación, más fácilmente se producirá una regresión en cuanto surgen dificultades.

Factores a los que se deben las fijaciones. Existen, fuera de toda duda, tendencias hereditarias que explican el hecho de que las diversas zonas erógenas tengan cantidades diferentes de catexis o diferentes grados de capacidad de descarga.

El psicoanálisis ha logrado estudiar, sin embargo, los tipos de experiencias individuales que favorecen la aparición de fijaciones.

1) El hecho de experimentar excesivas satisfacciones en un determinado nivel trae por resultado una resistencia a renunciar a dicho nivel; si más tarde sobrevienen desdichas, surge siempre un sentimiento de nostalgia por la satisfacción anteriormente disfrutada. (Holb, 1983).

2) Un resultado similar es producido por las frustraciones excesivas en un determinado nivel. Se tiene, en esto, la impresión de que en los niveles de desarrollo que no ofrecen suficiente satisfacción, el organismo se niega a seguir adelante, reclamando las satisfacciones que le son negadas. Si la frustración ha dado lugar a una represión, los impulsos en cuestión son, pues, escindidos del resto de la personalidad, dejando de participar en el proceso ulterior de maduración y comienzan a enviar sus perturbadores derivados del inconsciente a la consciencia. El resultado es que estas pulsiones quedan inalteradas en el inconsciente, reclamando constantemente el mismo tipo de satisfacción; de esta manera, también provocan siempre las mismas actitudes de defensa de parte del yo defensivo. Esta es una de las fuentes de las "repeticiones" neuróticas.

3) A menudo se encuentra con que hay, debajo de una determinada fijación, tanto satisfacciones excesivas como excesivas frustraciones; -- una excesiva indulgencia previa hace que la persona resulte incapaz de soportar ulteriores frustraciones; sucede entonces que las frustraciones po

co considerables, que otro individuo menos "viciado por los mismos" podría tolerar, tienen el mismo efecto que ordinariamente provocan las frustraciones graves. (Kolb, 1983).

4) Se comprende así que los cambios bruscos de una situación de satisfacción excesiva a una situación de excesivas frustraciones tengan un especial efecto fijador. (Kolb, 1983).

5) Lo más frecuente, sin embargo, es que las fijaciones tengan su origen en experiencias de satisfacción instintiva que simultáneamente significaron un reaseguramiento a alguna ansiedad, o una ayuda en la represión de algún otro impulso temido. Esta satisfacción simultánea del impulso instintivo y la necesidad de seguridad, constituye la causa común de las fijaciones. (Kolb, 1983).

TRATAMIENTOS PROPUESTOS.

En agudo contraste con todos los otros tipos de psicoterapia, el Psicoanálisis se propone realmente arrancar de raíz las defensas patógenas. Es ésta la única manera de liberar al paciente, definitivamente, de las consecuencias nocivas de sus conflictos patógenos y de poner nuevamente a su disposición las energías que hasta ese momento estuvieron trabadas por dichos conflictos.

El psicoanálisis es, por esto, la única terapia causal de las neurosis. Su objetivo es hacer que el yo del paciente enfrente lo que anteriormente había rechazado. No se hace un uso inmediato de la transferencia para fines terapéuticos, sino que se la analiza, es decir, que se le demuestra al paciente el verdadero carácter de la misma. Aquello que anteriormente había sido excluido de la personalidad encuentra nuevamente su vinculación con ella y logra alcanzar una maduración tardía. (Kolb, 1983)

La mayor parte de las energías instintivas hasta aquí "fijadas" en el conflicto de la defensa puede ser descargada y la parte restante -- puede ser rechazada por métodos más apropiados.

Las defensas patógenas, en el neurótico, conservan su eficacia - gracias a que las angustias y los sentimientos de culpa, creados en cierto momento de la infancia, continúan actuando y se hallan fuera del alcance del yo razonable. Freud señaló cierta vez como la esencia de la neurosis la prolongación de las angustias más allá de la época en que tenían - una función adecuada. (Kolb, 1983).

La prolongación de la creencia en un peligro que evidentemente - no está presente, es en sí misma una consecuencia de la defensa establecida en la infancia, precisamente bajo la influencia de esa misma angustia. La angustia que condujo a la defensa se ha hecho inconsciente junto con los impulsos objetables. No participa en la evolución del resto del yo y no es rectificadora por la experiencia posterior. (Kolb, 1983).

La tarea terapéutica consiste, entonces, en volver a unir el yo consciente los contenidos (tanto las angustias inconscientes del yo como los impulsos instintivos del ello) que habían sido mantenidos al margen - de la consciencia mediante contracatexis, es decir, en abolir la acción - de las contracatexis. Esto se hace posible por el hecho de que los impulsos rechazados producen derivados. Si se cumple la regla básica del psicoanálisis y las tendencias intencionales del yo son, de este modo, excluidas en lo posible, estos derivados afloran a la superficie con más -- claridad. Cada interpretación ya sea de una resistencia o de un impulso - del ello, consiste en señalar la existencia de un derivado a la atención de la parte del yo que juzga a despecho de la resistencia. El hecho de -- nombrar contenidos inconscientes que no están aún representados por derivados preconcientes, y que por ello no pueden ser reconocidos como tales por el paciente, por el solo hecho de dirigir hacia ellos su atención, no es interpretar. El demostrar al paciente el hecho de que se defiende, como se defiende, por qué lo hace y contra qué está dirigida la defensa, --

actúa como una educación del yo defensivo para la tolerancia de derivados cada vez más libres de deformación. El aspecto más importante de la interpretación de la resistencia de transferencia; ella ejerce su función mediante una especie de desdoblamiento del yo en una fracción razonable y que juzga, y otra que solo experimenta la vivencia, y como la primera -- fracción reconoce a la segunda como inapropiada para el presente y proveniente del pasado. Esto conduce a una reducción de la ansiedad y por consiguiente a la producción de derivados ulteriores, menos deformados. El desdoblamiento se procede haciendo uso de la transferencia positiva y de identificaciones transitorias con el analista. (Kolb, 1983).

La "atmósfera analítica", que convence al paciente de que nada - tiene que temer es el hecho de tolerar impulsos anteriormente rechazados, parece ser no solamente un prerrequisito de toda interpretación de la --- transferencia, sino que constituye también el recurso decisivo para persuadir al yo a aceptar a título de ensayo, algo que anteriormente había - rechazado. El acting out, que estorba el enfrentamiento del yo con el material inconsciente, proporciona al analista un valioso conocimiento de - la situación.

Se pretende enfrentar el yo razonable del paciente con el hecho de su resistencia y con la historia del origen de ésta. Este enfrentamiento, al hacer que el paciente reconozca la parte inconsciente de su resistencia, hace también que la resistencia misma resulte superflua. (Kolb, - 1983).

El hecho de que este enfrentamiento se hace, en lo posible, en - la instancia transferencial, es lo que distingue al psicoanálisis de todas las otras psicoterapias. Solo en el psicoanálisis se hace una interpretación de la transferencia, es decir, en hacerla consciente. El analista consigue hacer eficaz esta interpretación al no reaccionar a ninguno - de los deseos emocionales del paciente, su amor, su odio, su ansiedad, -- manteniéndose en el papel de un "espejo" que no hace más que mostrar al - paciente lo que éste está haciendo. (Fenichel, 1982).

DATOS QUE LA APOYAN.

La exigencia de estadísticas sobre los resultados terapéuticos del psicoanálisis se repite con frecuencia. Resulta difícil darlas, sus conclusiones dependen, ante todo, de los casos que se han escogido para ello. Si se incluyen casos cuyo pronóstico ya era dudoso desde el comienzo, las estadísticas parecerán bastante peores, naturalmente, que si los casos son cuidadosamente seleccionados. La segunda dificultad consiste en que para algunos médicos la "cura" y la "mejoría" significan cosas muy diferentes que para otros. No hay que perder de vista este hecho, especialmente cuando se comparan los resultados del psicoanálisis con los resultados de otros métodos de tratamiento. Todo el mundo está de acuerdo en que la desaparición de los síntomas es necesaria, pero no es decisiva. (Fenichel, O. 1982).

La "capacidad para el trabajo y el goce" en cambio, es algo que puede ser interpretado de diversas maneras, y los psicoanalistas conocen la diferencia que hay entre una persona que ha logrado esta capacidad, pero en un sentido limitado y probablemente con carácter transitorio, gracias a un éxito de transferencia y una persona cuya dinámica ha sido básicamente transformada por el psicoanálisis. Los resultados pueden compararse, por cierto, con las estadísticas de cualquier otro tratamiento médico. Su virtud, de la que todo psicoanalista se enorgullece, y que solo el psicoanálisis ostenta, es la de haberse estructurado sobre la base de una visión científica de los problemas. La terapia constituye, además, un método de investigación que a su vez abre nuevas perspectivas científicas, cosa que no solo resulta útil en el tratamiento de la neurosis, ya que el alcance de su aplicación es más universal. (Fenichel, O. 1982).

CRITICAS.

No hay duda de que la terapia psicoanalítica deja mucho que desear. Hay fracasos y hay éxitos parciales. Pero no hay duda tampoco de --

que el psicoanálisis, en su calidad de único método radical, es el mejor método de que se dispone para el tratamiento de la neurosis. Su principal desventaja es el gasto considerable que implica en tiempo y dinero. (Fenichel, O: 1982).

A continuación citaremos algunos de los errores encontrados en el desarrollo de la teoría psicoanalítica creada por Freud.

Freud, en sus escritos no deja de entrever sus antecedentes de clase (burguesa); puesto que no era radicalista. Y tenía una idea de la mujer (sexualmente), fría e inferior. (Fromm, 1961).

Freud "en sus interpretaciones se basa en muy poca realidad, sino que más bien constituye la realidad a partir de pequeños incidentes, conjeturados o logrados mediante la interpretación, arrancados de su contexto y utilizados para llegar a ciertas conclusiones que encajen en la idea preconcebida por éste." (Fromm, 1961 pp. 87).

También cometió un error al mencionar que en el complejo de Edipo, lo que une al niño a su madre, es un fenómeno únicamente sexual, sin tomar en cuenta que la sexualidad como tal es voluble, y tal vez lo es -- aún más en los hombres, aventureros, errantes, que en las mujeres para quienes, por la responsabilidad que sienten por un hijo, el sexo adquiere un significado más serio. Suponer que los hombres se hallan vinculados a sus madres a causa de la intensidad de un lazo sexual que tuvo origen 20, 30 ó 50 años atrás es cosa que raya en lo absurdo, si tomamos en consideración que muchos de ellos ni siquiera se encuentran vinculados a sus esposas al cabo de tres años de un matrimonio sexualmente satisfactorio. La verdad es que si bien para los niñitos la madre puede ser un objeto de deseo a causa de ser una de las primeras mujeres que tienen cerca, también es cierto y esto lo narra Freud en sus propios expedientes, que igualmente están dispuestos a enamorarse de niñas de su propia edad, con las que tienen amoríos apasionados, a consecuencia de los cuales la madre queda relativamente en el olvido. (Fromm, 1961).

Otra limitación que podemos encontrar en la teoría psicoanalítica, es el hecho de que Freud no supo ver que el ser humano, a partir de la niñez temprana, vive en varios círculos, el más estrecho es la familia, el siguiente es su clase, el tercero es la sociedad en la que vive, el cuarto son los aspectos biológicos de su condición humana, en los que participa y, finalmente, forma parte de un círculo mayor que casi no sabemos, pero que abarca, cuando menos nuestro sistema solar. Para Freud solo reviste importancia el más estrecho de estos círculos, el de la familia y por ende, subestima grandemente todos los demás círculos de que el hombre forma parte. De manera más específica, no se dió cuenta de que la familia misma queda determinada por la estructura social y de clase y constituye un "agente de la sociedad" cuya función es transmitir el carácter de esta sociedad al niño, antes de que éste tenga siquiera ningún contacto directo con ella. Esto se hace mediante la crianza y educación tempranas, así como al través del carácter de los padres que en sí mismo, es un producto social. (Fromm, 1961).

Freud consideraba a la familia burguesa como el prototipo de todas las familias e ignoraba las formas tan distintas de estructura familiar o incluso la ausencia total de "familia" en otras culturas. Tampoco tomó en consideración las muchas sociedades llamadas primitivas en las que no existía ningún tabú en cuanto a la sexualidad y ni padres ni hijos tenían que disimular sus actos y juegos sexuales. (Fromm, 1961).

Por sus premisas en el sentido de que todas las pasiones eran de carácter sexual y de que la familia burguesa era el prototipo de todas las familias. Freud no podía darse cuenta de que el fenómeno primordial no es la familia sino la estructura de la sociedad, que crea aquel tipo de carácter que necesita para su adecuado funcionamiento y supervivencias. Si no llegó al concepto de un "carácter social" fue porque sobre la base estrecha del sexo tal concepto no podía ser desarrollado. (Fromm, 1961).

El descubrimiento de la importancia que tienen los acontecimien-

tos de la primera niñez en la evolución de una persona conduce fácilmente subestimación de la prominencia de los posteriores. Según la teoría de -- Freud, el carácter de una persona ya está más o menos definitivamente formado a la edad de siete u ocho años, así que los cambios fundamentales en años posteriores se suponen prácticamente imposibles. Sin embargo, los datos empíricos parecen señalar que esta hipótesis exagera el papel de la -niñez. Por supuesto, si se prolongan las condiciones que contribuyeron a formar el carácter de una persona en la infancia, seguramente su estructura caracterial se mantendrá inalterada. Hay que admitir que tal es el caso de la mayoría de la gente que sigue viviendo en condiciones análogas a las de su niñez. La suposición de Freud, empero, ha hecho desviar la atención que debía ponerse en aquellos casos en que han ocurrido cambios radicales en las personas a consecuencia de experiencias radicalmente nuevas que hayan tenido. (Fromm, 1961).

Otro factor es la relación que existe entre padres e hijos, generalmente visto en un solo sentido por Freud, a saber, el efecto que ejercen los padres sobre los hijos. Pero lo que con frecuencia se descuida es que tal influencia no es en modo alguno unilateral, como a menudo se la -supone. Los padres pueden tener una animodversión natural hacia un niño e incluso hacia un recién nacido, no solo por la razón que frecuentemente -se expone, en el sentido de que es un hijo no deseado o de que el progenitor es destructivo, sádico, etc.; sino también porque hijos y padres pueden simplemente no ser compatibles a causa de sus propias naturalezas; a este respecto, la relación no presenta ninguna diferencia con la que se -observa entre personas adultas. (Fromm, 1961).

Freud vió que el sueño tiene que ser descifrado, no obstante, esta visión, en su formulación simple y dogmática, con frecuencia ha llevado a resultados erróneos. No todo sueño necesita ser descifrado, y el grado en que los diversos sueños están cifrados varía mucho de uno a otro. -(Fromm, 1961).

El hecho y el grado del cifrado depende de las sansiones que la

sociedad impone contra aquellos que piensan lo impensable mientras duermen, y también de factores individuales, lo sumisa que sea una persona y cuán asustada esté y, es consecuencia, hasta qué punto se junta con la necesidad de cifrar un pensamiento que puede ser peligroso.

Por más que el descubrimiento de Freud en cuanto a la operación de la censura en los sueños fue significativo, no dejó de ser nocivo por lo que toca a nuestra comprensión de ellos, cuando se lo aplicó dogmáticamente y con respecto a todo sueño, es decir, Freud restringió la importancia de su descubrimiento de la censura que opera en el sueño, por generalización dogmática. Hay muchos sueños en los que la censura no pasa de -- ser el lenguaje poético y simbólico con que se expresa su contenido, pero solo a las personas con poca imaginación poética les puede parecer tal -- "censura". Para quienes poseen un sentido poético natural, la naturaleza simbólica del lenguaje de los sueños no podrá explicarse como censura, -- (Fromm, 1981).

Así como lo menciona Bleger, (1962). A pesar de que Freud concibe al individuo como un ser social, considera que éste es ajeno a lo que se juega en la sociedad, es decir, que solo es un ser pasivo y enajenado.

Y que solo en la relación intrasubjetiva es un productor y creador de su realidad, en la medida que hay una relación entre los hombres a nivel subjetivo; y que en la relación intrasubjetiva es un productor y -- transformador de su realidad, solo en el mismo momento en que se establece la relación hombre-sociedad.

Es decir, que le da a la sociedad un carácter biologicista y antropologicista; y por ende ahistórico. Siendo que el papel que juega el hombre dentro de la sociedad es esencial; ya que como lo cita Rollin, --- (1981) "la relación individuo-sociedad no es una relación de mutua influencia, que tendrían los individuos por un lado y la sociedad por otro, sino que el hombre está integrado a la sociedad como elemento esencial -- del proceso y no como factor simple. Los hombres en tanto que fuerza productiva se organizan en un contexto de relaciones de producción y partici

pan activamente en el proceso de construcción material de la vida social e individual".

Por lo que la relación individuo-sociedad, es una relación recíproca y dinámica en la cual el individuo produce socialmente su realidad y dicha realidad social a su vez determina la producción de los individuos; es decir, como se cita en la teoría Marxista, el individuo, a través de la praxis social, se crea a sí mismo y a la sociedad. (Rollin, --- 1981).

No obstante, a pesar de estas limitaciones encontradas en el discurso que sobre lo social da Freud, pueden ser recuperables algunos elementos de dicha teoría; tales como los instintos, por ejemplo, pero sin tratar de explicar a partir de estos todos los acontecimientos sociales - (por ejemplo, explicar la paz por el instinto erótico y la guerra por el instinto de muerte) o cuando se convierte un fenómeno psicológico en la fuente y centro de todos los otros fenómenos (como es el caso del estudio legítimo de conflictos psicológicos) a los que abusivamente se les consideran fuente originaria de conflictos sociales, económicos y políticos. - (Bleger, 1962).

A tales elementos rescatables se les debe dar funcionalidad; es decir, creando un discurso distinto de lo social que da Freud; concibiendo al sujeto como individuo histórico-social y no solo como un ser social, sino como un ser con características transformadoras.

Con ello no se pretende hacer de la teoría Freudiana una teoría dialéctica-Marxista; ya que como lo menciona Bleger, (1962) "El materialismo a diferencia del psicoanálisis, es una concepción unitaria que se propone cambiar las condiciones de la vida de la sociedad, mediante el método del materialismo dialéctico. Mientras que el psicoanálisis como todo campo científico está sometido a un desarrollo propio o "interno", en el seno de la evolución de la psicología misma, pero es al mismo tiempo producto y reflejo de cada momento del desarrollo histórico social ... El --

marxismo es también un acontecimiento histórico-social, pero a diferencia del psicoanálisis y de cualquier otro campo científico, no integra sino - que constituye en sí mismo una ideología".

Por lo que el querer crear a partir del psicoanálisis un modelo que explique todos los fenómenos y todo lo existente; nos lleva a caer en un error, puesto que ningún campo científico puede por sí solo abastecer los suficientes conocimientos y la necesaria perspectiva como para fundar una concepción ideológica o una concepción total del universo. (Bleger, - 1962 y Volosinov, 1976).

Sin embargo, el psicoanálisis, como cualquier otra rama de la -- ciencia, solo puede ser estudiado provechosamente si se le encara a su -- proceso histórico; nunca como un conjunto acabado de conocimientos. (Jo-- nes, en Bleger, 1962).

No se trata pues de hacer de la teoría Freudiana una teoría Mar-- xista; sino de recuperar algunos elementos de ésta, dándoles funcionalid-- dad; a partir de un discurso distinto de la sociedad del que da Freud: - es decir, a través de un discurso dialéctico en donde al individuo se le concibe como individuo histórico-social y no solo como un ser social (co-- mo lo concibe Freud), sino como un individuo creador y transformador de - su realidad. Por lo que no hay que olvidar que los hombres hacen la histo-- ria, pero a la vez son producto de ella.

En cuanto a la investigación psicoanalítica, hecha a nivel expe-- rimental referente al hábito de fumar, se puede considerar a ésta como m_i nima o casi nula; dado que no existe bibliografía reportada respecto a es-- te tópico. Motivo por el cual no se presenta ninguna investigación lleva-- da a cabo mediante el empleo de esta terapia.

Cabe hacer énfasis en que las críticas realizadas anteriormente fueron hechas a la teoría psicoanalítica y no en sí a la forma en que és-- ta ha abordado al tabaquismo. Dado que como ya se mencionó anteriormente,

no se conocen hasta la fecha los resultados obtenidos en el tratamiento - del tabaquismo mediante el empleo de los principios de esta teoría.

No obstante, el mérito de esta teoría radica en el hecho de que aborda cada problema psicológico haciendo un análisis minuciosos y específico del desarrollo del individuo desde que nace hasta la edad en que se manifiesta el problema; permitiendo este análisis detectar en qué momento de su desarrollo surgió el problema y, de esta forma poder darle la terapia adecuada.

" TEORIA COGNITIVA-CONDUCTUAL
=====

ANALISIS TEORICO METODOLOGICO.

La psicología cognoscitiva se interesa específicamente en los -- procesos del pensamiento; por ello, un método cognoscitivo tiende a modificar los sentimientos y las acciones al través de una influencia sobre los patrones de pensamiento del individuo. En realidad, cualesquiera de las - formas tradicionales de la psicoterapia es de naturaleza altamente cognoscitiva. Por ejemplo, "los métodos del psicoanálisis, incluyendo la introspección intensa, la libre asociación y la interpretación de los sueños, - se basan en el examen de las cogniciones del individuo". (Rimm, C. y Masters, J. 1980).

"La terapia cognoscitiva tal como se ha desarrollado en los últimos años, es en forma notable diferente a la de los métodos más tradicio- nales y dinámicamente basados de tratamiento, en varios aspectos signifi- cativos. Primero, la entrevista terapéutica está más estructurada. Segun- do, el tratamiento tiende a enfocar síntomas abiertos a un grado mucho -- más amplio. Tercero, se dedica poca atención a las experiencias infanti-- les del individuo. Cuarto, se pone poca atención a los constructos tradi- cionales como la sexualidad infantil, el inconsciente, etc. Por último, - no se supone que la introspección en los orígenes de un problema sea necesariamente para su alivio". (Beck, 1970).

Como Beck lo ha mencionado, estas características que apartan a la terapia cognoscitiva de los acercamientos tradicionales, son comparti- das por la terapia de la conducta.

Realmente no ha sido demasiado largo el propósito de compatibilidad entre las perspectivas cognitiva y conductual. Los debates tempranos se enfocaron en definiciones de "territorio" de terapia cognitiva-conduc-

tual, con más autores que sugieren que esto es "diferente" para ambas, la Terapia Racional Emotiva (TRE) y la terapia cognitiva. Las series de debates coincidieron en la aplicación de los principios de reforzamiento en el pensamiento; los pros y contras de tales explicaciones, las posibilidades y límites de tales procedimientos y la fuerza y debilidades de los propósitos de procesos explicativos.

Específicamente los puntos tratados en los debates de las teorías Cognitiva y Conductual, están menos dirigidas hacia la "posible compatibilidad" y más concernientemente con la evaluación de la evidencia en la utilidad clínica.

Por lo que, algunos investigadores consideran que diversos tópicos de la terapia Cognitiva-Conductual, son necesarios de atención para la investigación. Ya que las investigaciones clínicas aplicadas más lejanas, los estudios de los métodos y procedimientos de la evaluación Cognitiva-Conductual son esenciales. (Kendall y Hollon, 1981).

Hay muchas razones para la inclusión de evaluaciones cognitivas, como hay proyectos de investigación del comportamiento con sujetos humanos. Ya que los avances que se han hecho en varias evaluaciones Conductual y tradicional pueden ser reconocidas y adaptadas para el uso de evaluaciones cognitivas hacia las siguientes metas:

1) El estudio de las relaciones entre el fenómeno cubierto y su relación con los patrones de conducta y expresiones de emoción.- La trayectoria aquí es la de descubrir las relaciones y posibles canales de causa entre las atribuciones, expectativas ocurrentes concernientes, auto-clarificaciones, imágenes, creencias, etc., y el descubrimiento más lejano de conexiones entre estos eventos, las conductas observables y las emociones. Igualmente los efectos cognitivos de las ejecuciones conductuales, las experiencias emocionales u otros eventos cognitivos pueden ser tópicos deseables para la indagación.

2) El estudio del rol de procesos cubiertos en el desarrollo de distintas psicopatologías y los patrones conductuales cubiertos asociados

El propósito central en esta instancia es una de ambas determinaciones del contenido cognitivo que difiere de las conductas patológicas - de las no patológicas y los tipos de asociaciones cognitivas con disfunciones psicológicas específicas. Como propósito de ilustración, las creencias irracionales pueden ser vistas como implicaciones más directamente - en desórdenes de ansiedad que en patrones de esquizofrenia.

3) Para confirmar los efectos de tratamiento.- Este propósito es particularmente relevante para las terapias cognitivas y la Cognitiva-Conductual, aunque esto es aplicable en todos los estudios de tratamiento.

La evaluación de los procesos cognitivos es necesaria para confirmar que una terapia, la cual puede ser diseñada para alterar cogniciones, de hecho, que producen cambios en las cogniciones objetivo. Por ejemplo, un terapeuta provee una intervención que es intentada para alterar - las autodeclaraciones del paciente o pensamientos autónomos negativos. La evaluación de tratamiento demuestra que pudo ser conductualmente mejorado. El orden para confirmar el mecanismo del tratamiento (el mecanismo -- por el cual el tratamiento tuvo estos efectos), ambos procesos cognitivos antes y después de la terapia pudieron haber tenido evaluación. Los cambios conductuales en la ausencia de los cambios en las cogniciones subjetivas pueden necesitar la interpretación de los datos en relación al rol del fenómeno cognitivo en el cambio de la conducta. Sin las evaluaciones cognitivas, lo pequeño puede ser aprendido acerca de la función de cambio cognitivo en relación al cambio de la conducta. Con tales evaluaciones, - los investigadores clínicos pueden empezar a confirmar los mecanismos de cambio.

4) Para corroborar los estudios donde factores cognitivos, uno u otro han sido manipulados o implicados en los efectos de la manipulación.

En un sentido, la evaluación de cogniciones para los propósitos



del chequeo de las manipulaciones es similar a las medidas para confirmar los mecanismos del tratamiento. Específicamente, en el caso de la terapia los resultados del estudio donde un terapeuta manipula las cogniciones -- del paciente, la pre-post evaluación de las cogniciones puede ser considerado un chequeo en la manipulación terapéutica.

Estos cuatro propósitos son distintos en los estudios experimentales donde el investigador, por ejemplo, produce condiciones diferentes bajo las cuales las ejecuciones del sujeto son registradas. En sí, como una parte de las cogniciones de manipulación, el experimentador da diferentes instrucciones a los sujetos, respecto a la información cognitiva, además, los investigadores pueden necesariamente tener una evaluación de los factores cognitivos para el chequeo en la manipulación experimental.

Si las diferentes condiciones experimentales fueran diseñadas para tener un enfoque de los sujetos en diferentes imágenes, el experimentador puede tener el "chequeo" en esta manipulación.

Además el rigor metodológico requiere de la evaluación del fenómeno cognitivo de interés.

IZT.

1000451

Un propósito rechazado es el desarrollo adicional, el avance cognitivo y los tratamientos Cognitivo-Conductual. Los avances de los procedimientos en el tratamiento clínica son frecuentemente pre-registrados -- (pre-dato) mediante la correspondencia de los avances en la evaluación. - Como los incrementos precisos en la evaluación; la habilidad clínica provee la perspectiva de incrementos en la terapia como especificidad de la evaluación del tratamiento.

La mejoría del potencial de la igualación de procedimientos de -- tratamiento a los problemas del paciente puede ser realizado al través de la evaluación cognitiva-conductual. Este propósito puede ser uno de los más importantes para la aplicación en la psicología clínica. (Rimm, C. y Masters, J. 1980).

En sí, como se ha podido observar, básicamente la teoría cognitiva-conductual aborda los problemas que presentan los pacientes a partir - de un análisis de los procesos internos mediante las manifestaciones de - la conducta externa; es decir, como ya se mencionó anteriormente, esta -- teoría se interesa por los procesos del pensamiento; los cuales son mani- festados por los pacientes a través de las autoverbalizaciones, automoni- toreo, autoreporte, etc.; es precisamente mediante el empleo de estos -- instrumentos que se obtienen datos que permiten llevar a cabo las catego- rizaciones de imágenes, vivencias, contextualización de imágenes, rela- ción de percepciones, contenido de imágenes, etc. Y es mediante la in- fluencia de los patrones de pensamiento como se tiende a modificar los -- sentimientos y acciones de los pacientes.

ETIOLOGIA Y DESARROLLO DEL TABAQUISMO.

La teoría cognitiva-conductual, está constituida por diversas -- técnicas de tratamiento, las cuales generalmente conciben que la etiolo- gía y el desarrollo de los problemas psicológicos, se deben a los pensa- mientos internos de los individuos y a la influencia que reciben de su me- dio ambiente.

Así por ejemplo, tenemos que la Terapia Racional Emotiva (TRE), supone que los desórdenes psicológicos surgen de patrones erróneos o irra- cionales de pensamiento. Los patrones de pensamiento que típicamente se - manifiestan por sí mismos en cadenas de verbalizaciones preconscientes im- plícitas, surgen de suposiciones que comprenden el sistema de creencias - básico del individuo. (Rimm, C. y Masters, J. 1981).

Como lo ha señalado Meichenbaum, (1971) actualmente existen mu- chos enfoques de tratamiento que destacan la importancia de los sistemas de creencias y autoverbalizaciones.

A su vez, Shaffer, (1947), define la terapia como un "proceso de aprendizaje al través del cual una persona adquiere la capacidad para hablarse así misma de manera adecuada, de modo que pueda controlar su propia conducta". (Meichenbaum, 1971).

Por otro lado, la técnica de detención del pensamiento, considera que los problemas psicológicos surgen de los pacientes que sufren de angustia considerable resultante de pensamientos sobre los que tienen dificultades de control. Cuando los desórdenes de esta naturaleza son lo suficientemente crónicos, se caracterizan como obsesiones.

Además de las técnicas arriba mencionadas, esta teoría cuenta -- con una amplia variedad de éstas, encaminadas a modificar los patrones de pensamiento y acciones del ser humano; ya que coinciden en que es precisamente en los procesos internos y en la influencia medioambiental donde -- surgen los problemas psicológicos.

Como se ha podido observar, la teoría cognitiva-conductual no -- cuenta con una etiología específica acerca del desarrollo del tabaquismo.

--- Con esto, no se pretende decir que esta teoría no pueda abordar el fenómeno del tabaquismo; sino que cuenta con una serie de técnicas --- (que serán desarrolladas posteriormente), que pueden ser utilizadas para su solución.

MANTENIMIENTO.

En la mayoría de los relatos teóricos sobre el mantenimiento de los patrones de pensamiento obsesivo (así como de la conducta impulsiva), se supone que la obsesión funciona como un ritual reductor de la ansiedad (Metzner, 1963; Taylor, 1963; Walton y Mather, 1963, 1964. Cit. en Rimm, C. y Masters, J. 1981).

Dichas relaciones teóricas son congruentes con el punto de vista ampliamente aceptado de que el reforzamiento es necesario para el mantenimiento de la mayoría de las conductas y de que los eventos reforzantes -- son por lo general reductores de la necesidad (en este caso, reductores - de la ansiedad). Es indudable que existen muchos casos en los que la práctica ritual de autoverbalizaciones reduce la ansiedad subjetiva.

Es posible que la fase inicial de un episodio obsesivo eleve la ansiedad, y que sea seguida por un segundo pensamiento (o conducta) reductor de ansiedad, que al reducir la ansiedad refuerza la secuencia completa de eventos. (Rimm, C. y Masters, J. 1981).

Por lo que, la teoría cognitiva-conductual, considera que los -- desórdenes psicológicos se mantienen porque los individuos siguen presentando patrones erróneos o irracionales de pensamiento; los cuales a su -- vez se siguen presentando mediante las autoverbalizaciones y manifestándose al través de la conducta externa.

También se considera que debido a la gran angustia y ansiedad -- que presentan los individuos se siguen manteniendo pensamientos obsesi--vos. Sin olvidar que el medio ambiente juega un papel importante en el -- mantenimiento de la conducta a eliminar, debido a que actúa como agente - reforzante de ésta.

TRATAMIENTOS PROPUESTOS.

A continuación se presentarán algunos métodos que son generalmente empleados en la teoría cognitiva-conductual; aunque de ningún modo representan una lista exhaustiva de las estrategias cognoscitivas que el terapeuta conductualmente orientado puede emplear.

Terapia Racional Emotiva.

La Terapia Racional Emotiva fue creada por Ellis, (1957-1962). - La esencia de esta terapia (TRE), se ve en el modelo de A-B-C-D-E. En don de A se refiere a cierto suceso real y extenso al que el individuo se expone. B se refiere a la cadena de pensamientos (autoverbalizaciones) que utiliza como respuesta a A. C simboliza las emociones y conductas que son consecuencia de B. D se refiere a los esfuerzos del terapeuta para modifi car lo que ocurre en B; y E, para las consecuencias emocionales y conduc tuales presumiblemente benéficas.

En resumen, el evento A (un acontecer objetivo) lastima al indi viduo dando origen a autoverbalizaciones en B, algunas de las cuales son irracionales y autoderrotantes y conducen a emociones negativas y conduc tas relacionadas en C. El terapeuta racional en el punto D, ayuda al ---- cliente a examinar las relaciones lógicas entre sus autoverbalizaciones - en B, lo que conduce a la eliminación del pensamiento irracional y una -- consecuente mejoría del sufrimiento en el punto E.

En términos generales, la tarea del terapeuta es triple.

Primero, determina eventos externos precipitantes. Segundo, de-- termina los patrones de pensamiento específicos (y creencias subyacentes) que constituyen la respuesta interna a dichos eventos y dan surgimiento a las emociones negativas. Tercero, asiste al cliente en la alteración de - dichas creencias y patrones de pensamiento. La primera tarea por lo gene ral se efectúa por medio de técnicas de entrevista relativamente están--- dar. La siguiente tarea del terapeuta implica determinar la respuesta in terna del paciente a este evento.

Detección del Pensamiento.

Esta técnica es notablemente directa; se pide al paciente que se concentre en pensamientos que inducen a la ansiedad, y de manera repentina, después de un breve período, el terapeuta dice en forma enfática: -- "alto" (cualquier sonido elevado o shock eléctrico doloroso pueden también suspenderse). Cuando este procedimiento se ha efectuado varias veces (y el paciente informa que sus pensamientos fueron efectivamente interrumpidos o bloqueados), la ubicación del control pasa del terapeuta al paciente. Particularmente, se espera que el paciente emita la palabra "alto" siempre que comience a tener pensamientos meditativos de autoderrota.

Aserción Cubierta.

Es un método que se ha encontrado muy útil para la reducción de ansiedad residual.

Mientras que las respuestas asertivas por lo general son cubiertas, se puede esperar que las aserciones cubiertas (subvocales) tengan un efecto similar en la reducción de la ansiedad. De hecho, la efectividad de la detección del pensamiento se puede deber parcialmente a la cualidad asertiva de la expresión subvocal del paciente "¡alto!".

Cuando el paciente ha cumplido en forma satisfactoria con el procedimiento de detención del pensamiento, se le pide que señale declaraciones positivas de tipo asertivo que sean adecuadas a la particular situación, que detenga cualesquiera de los pensamientos obsesivos que puedan ocurrir y que inmediatamente después, efectúe la declaración asertiva de manera firme y convincente.

Como una verificación sobre el grado de influencia se puede hacer que el paciente verbalice la declaración en voz alta, antes de hacer que la practique de manera cubierta.

A continuación se presenta un resumen de la secuencia completa -

de detención del pensamiento y aserción cubierta:

1) Se establecen verbalizaciones (e imágenes) irracionales, persuadiéndose al paciente de su naturaleza autoderrotante.

2) El paciente cierra los ojos y se imagina una situación meta, verbalizando sus pensamientos en voz alta. El terapeuta exclama "alto" al comenzar el pensamiento obsesivo.

3) Igual que en el punto anterior, excepto que el cliente no dice sus pensamientos en voz alta, sino que señala cuando éstos comienzan.

4) El cliente piensa y verbaliza para sí mismo y exclama "alto" cuando comienza a tener pensamientos obsesivos.

5) Igual que el punto anterior, excepto que el paciente se dice "alto" a sí mismo.

6) El cliente proporciona al terapeuta oraciones asertivas adecuadas.

7) Inmediatamente después de que el paciente ha dicho "alto" a sí mismo, pronuncia una oración asertiva en voz alta y segura.

8) Igual que el punto anterior, excepto que el paciente efectúa la declaración asertiva para sí mismo.

Sensibilización Cubierta.

La sensibilización cubierta implica tanto el uso de la imaginación que incluye elementos aversivos, como el de descripción imaginaria de conductas problema. La presentación simultánea de estos dos factores (aversión y conductas problema) está diseñada para alterar la valencia de la conducta y cualesquier estímulo imaginario de importancia, de manera -

similar a los procedimientos aversivos, que implican estimulación aversiva física.

En la aplicación de sensibilización cubierta, el terapeuta debe generar una escena para que el paciente la imagine, la cual combine la conducta problema, estímulos reelevantes y aspectos aversivos, en una imagen coherente o en una serie de imágenes.

Dado que los problemas tratados al través de los procedimientos aversivos, con frecuencia implican problemas de conducta motivados en alto grado e intrínsecamente reforzantes, y que de manera general son activados en forma poderosa al través de estímulos por sí mismos atractivos, el tratamiento por medio de la sensibilización cubierta se ejecuta sistemáticamente, con mucho a la manera de la desensibilización sistemática, o modelamiento con participación guiada. Por tanto, al principio del tratamiento, se puede solicitar al paciente que imagine una escena altamente aversiva y que la combine con una escena en la que la conducta problema es activada de manera débil por los estímulos imaginados, o en que la conducta no sea satisfactoria en forma total. Incluso, puede convenir algún trabajo anticipado, como el de verificar varias imágenes aversivas para encontrar aquella que el paciente puede imaginar fácil y sencillamente, y que señale como la más aversiva.

Las imágenes aversivas que se utilicen deben ser en realidad aversivas. Por lo general, se da al paciente una descripción de una escena totalmente nauseabunda que implique heces, orines, o perversidad corporal. Es posible que se haga necesario cierto ajuste para encontrar la escena que sea aversiva al máximo para un paciente en particular.

Ocasionalmente, la imaginación aversiva puede resultar de las experiencias aversivas reales del paciente, mientras ejecuta la conducta a cambiar.

El problema de encontrar una escena aversiva lo suficientemente intensa puede reducirse al través de la aplicación sistemática del entrenamiento en relajación, junto con la imaginación aversiva y al través del uso de una serie de imágenes, en las que los aspectos aversivos decrecen y el paciente se imagina a sí mismo suspendiendo la conducta indeseable o abandonando la situación en el momento justo de comenzar a sentirse asqueado o atemorizado, por último el paciente imagina alivio y relajación cuando se imagina a sí mismo lejos de la escena original ejecutando una conducta totalmente distinta.

Es posible modelar procedimientos de sensibilización cubierta en un enfoque de condicionamiento de evitación o alivio a la aversión. (Cautela, 1967; Irey, 1972; citados en Rimm y Masters, 1981).

Las dos escenas que se describen a continuación pertenecen a un tratamiento de sensibilización cubierta al hábito de fumar

Irey, (1972) utilizó estas escenas en sesiones de tratamiento -- que incluía diez presentaciones de la escena de sensibilización, alternando con diez presentaciones de la escena de alivio a la aversión:

El terapeuta le pide al paciente, que se imagine que acaba de cenar y decide fumar el cigarrillo después de la cena (un nombre de la marca favorita). En cuanto va a tomar la cajetilla experimenta una rara sensación en la boca del estómago, empezando a sentirse asqueado, con náuseas y enfermo; en cuanto toma la cajetilla siente las partículas del alimento en su garganta. Está a punto de vomitar. En cuanto saca un cigarrillo, el vómito llega a su boca. Usted trata de mantener su boca cerrada -- porque teme desparramar el vómito por todo el lugar. Lleva el cigarrillo a la boca, y en cuanto la va a abrir, vomita; basquea sus manos, el cigarrillo, la cajetilla. Caen sobre la mesa y la gente que está sentada a la mesa. Sus ojos están húmedos. Siente los mocos y el vómito en su boca y nariz; siente las manos pegajosas y resbaladizas; en su boca siente el desagradable olor y un gusto horrible. Al ver esta porquería, no puede --

evitar vomitar de nuevo y de nuevo hasta que solamente sale la sustancia - acuosa. Finalmente, no hay nada más que vomitar, pero a causa de las convulsiones no puede dejar de vomitar. Siente que su estómago se desgarrar.

Al observar se da cuenta de que todos lo ven con expresión de desagrado.

Usted se aleja de la cajetilla y de inmediato empieza a sentirse mejor.

Usted sale corriendo de la habitación y a medida que corre se --- siente mejor y mejor. Usted se lava y asea y se siente mucho mejor.

Escena de evitación (alivio):

Acaba de terminar su cena y decide fumar el cigarrillo de después de la cena. En cuanto toma la decisión, comienza a experimentar de nuevo - esa rara sensación en la boca del estómago. Después se dice así mismo: "No, no voy a fumarlo". Entonces se siente de inmediato tranquilo, cómodo y relajado.

Existen otras técnicas encaminadas a modificar los patrones erróneos o irracionales de los pacientes; tales como: desensibilización sistemática, implosión, entrenamiento asertivo, entre otras; al igual que las - mencionadas anteriormente.

Como se mencionó al inicio de este apartado, una variedad de procedimientos pueden ser empleados en las evaluaciones clínicas de la teoría cognitiva-conductual. Y generalmente, la examinación de los fenómenos cognitivos incluye una combinación de estrategias de medición. Por ejemplo, - instrumentos de autoreporte que son usados para evaluar la irracionalidad, las imágenes, atribuciones, etc., así como las autodeclaraciones, automoni-toreo y otros instrumentos.

TRATAMIENTOS DE LA TEORIA COGNITIVA - CONDUCTUAL.

Algunos autores consideran que los factores cognitivos pueden -- ser importantes en el mantenimiento de la conducta de fumar (Green, 1977; Pecmacek J. Danaher, 1979). Por ejemplo, los fumadores pueden no exhibir un nivel personal de creencia en los daños del fumar (Buller y Maiman, -- 1975); o ellos mismos pueden verse como adultos permanentes y ser incapaces de cambiar (Eiser, Sulton y Weber, 1978) o pueden sentir que no tienen control sobre su salud (Wallston y Wallston, 1978; citado en Prokop y Bradley, 1981).

Sin embargo, es necesario llevar a cabo más investigaciones en -- las que se intente alterar las cogniciones relativas al fumar.

Los estudios se basan frecuentemente en las investigaciones realizadas por Hommes, (1965) sobre la técnica de "control cubierto"; en la cual se busca incrementar la frecuencia de los pensamientos (operantes cu biertos) incompatibles con el fumar; o procedimientos de sensibilización cubierta, como los empleados por Cautela, (1967).

Así por ejemplo Candiotte y Lichtenstein, (1973) realizaron un -- estudio para evaluar la validez de las teorías de Bandura y Marlatt, al -- través de evaluaciones en el pre-tratamiento, postratamiento y seguimiento de la conducta de fumar, eficacia y estados de ánimo en los sujetos in volucrados en dos programas de tratamiento.

Para el programa de control de fumar de Oregon se utilizaron 35 sujetos y 43 para el programa de tratamiento de los fumadores de cigarrillos (programa nacional). En total fueron 78 sujetos los que participaron en el estudio; 38 hombres y 40 mujeres. El rango de edad fue de 16 a 70 -- años. El promedio de la tasa de fumar en el pretratamiento fue de 27.1 ci garrillos al día. Los sujetos reportaron fumar regularmente en la tasa de pretratamiento.

Las estrategias de intervención variaron de programa en programa, ambos contenían (5 días de plan, modelo educacional, programa control de fumadores de Oregón, técnicas conductuales de autocontrol, disminución de nicotina, paso normal de fumar aversivo y administración individual -- contra administración grupal). Después de este estudio dirigido, la emisión de recaídas y la curva de recaídas vista puede ser similar a la de diferentes aproximaciones de intervención: esto muestra proveer gran generalidad de los resultados.

La duración del tratamiento fue de un rango de 5 días consecutivos (5 días de plan) y de 5 a 7 sesiones una vez a la semana (programa -- control de fumar de Oregon).

Un procedimiento de evaluación multidimensional fue usado para proveer información en auto-eficiencia, la conducta de fumar, automonitoreo, cuestionarios donde se marcaba la tasa de fumar en el postratamiento y pretratamiento; así como los estados de eficacia.

El seguimiento se hizo al través de telefonemas periódicas diseñadas para evaluar la ocurrencia de la conducta de fumar.

Los análisis no revelaron diferencias significativas entre los sujetos que recibieron tratamiento para los 5 días de plan y el programa de control de fumar de Oregon, en las tasas de fumar de línea base.

La evaluación de los efectos de los dos programas de tratamiento y los estados de fumar en el seguimiento no reveló ninguna diferencia entre los programas.

El estado de eficacia fue encontrado para ser significativamente mejorados como resultados de ambos programas de tratamiento. Los sujetos pudieron permanecer en abstinencia antes de la recaída.

La disminución fue de .57 para la recaída y de .69 para el tiem-

po de recaída.

Un microanálisis reveló correspondencia extremadamente alta entre el grupo de situaciones de fumar en la cual los sujetos que recayeron experimentaron un bajo grado de auto-eficiencia y la situación en la cual recayeron, que ocurrió primero.

Un análisis de datos de ánimo y eficacia durante el seguimiento, indicaron que las recaídas mostraron aspectos de una reacción disonante - cognitiva y un efecto de atribución personal que fueron consistentes con la descripción de los sujetos de los efectos de violación de la abstinencia.

Por otro lado Lando, (1975) también llevó a cabo un estudio para ayudar a explorar la posible efectividad de la disonancia cognitiva en la eliminación de fumadores crónicos. Esto también se intentó para proveer una réplica parcial del procedimiento de condicionamiento aversivo - reportado por Lichtenstein y colaboradores, (1973) y Lando, (1975) (descrito anteriormente).

En este estudio, se utilizaron 23 hombres y 17 mujeres; cuyo promedio de edad fue de 29.0 años de edad; promedio de años de fumar 11.7 y la línea base de fumar por día fue de 25.0 cigarrillos. Los sujetos fueron asignados al azar a una de tres condiciones.

El programa de tratamiento multisesiones fue construido y los sujetos fueron asignados a una de tres condiciones: a) auto-medida, b) condicionamiento aversivo y c) control no aversivo.

Un depósito reembolsable de \$20.00 (dólares) y un reconocimiento físico, se requirió para todos los participantes (tres sujetos incapaces de obtener un reconocimiento médico fueron excluidos).

Los experimentadores quienes habían recibido algunos años de en-

trenamiento en técnicas de modificación de conducta, incluyendo trabajos con fumadores; atendieron a 2 hombres y a 2 mujeres no graduados.

En la evaluación del pretratamiento, se requirió que los sujetos mantuvieron la línea base, registrando su conducta de fumar normal en una semana antes del tratamiento. Se les proveyó de un instructivo como medida de depósito para facilitar la observación de su registro.

Las sesiones se dieron 5 veces a la semana por un período de 4 - semanas.

Los sujetos eran libres de atender a cuantas sesiones como ellos desearan; pero se les requirió atender a la primera de tres sesiones y a un mínimo de dos sesiones adicionales cada semana, durante la segunda y - tercera semana del programa. Los tratamientos fueron conducidos en pequeños grupos de 5 a 10 miembros cada uno.

El promedio de duración de las sesiones fue de aproximadamente - 45 minutos durante cada sesión; con lo prescrito en el laboratorio de fumar, limitado a un período de 25 minutos durante cada sesión.

Se requirió que los sujetos mantuvieran registros cuidadosos de todos los cigarrillos fumados en intervalos periódicos de seguimiento, -- después del tratamiento; adicionando el instructivo de registro, junto con un sobre con su dirección.

La evaluación del seguimiento tomó lugar durante las dos semanas después del tratamiento, así como al mes, 2 meses y 6 meses después.

Los sujetos completaron algunos cuestionarios breves durante el tratamiento; se incluyeron items cruciales, clasificándolos de gustos ordinarios por cigarrillos y de los no placenteros percibidos en el laboratorio de fumar. También se les preguntó a los sujetos el nombre de tres - informantes, quienes eran familiares de éstos y los cuales podrían corro-

borar su patrón de fumar y los reportes de abstinencia de los sujetos.

Los sujetos solamente tuvieron consecuencias moderadas en la abstinencia entre las sesiones de tratamiento. No obstante, las instrucciones estrictas de evitar fumar fuera del tratamiento; 7 sujetos fumaban en promedio de 4 cigarrillos diariamente fuera de las sesiones. (3 sujetos - en la condición aversiva; mientras 2 en cada una de las otras condiciones)

Solamente el 28% de los sujetos fue capaz de evitar fumar completamente entre sesiones. Las reducciones iniciales en el consumo de cigarrillos fueron altamente favorables; desafortunadamente, los sujetos exhibieron recaídas considerables en todas las condiciones.

El grupo de condición aversiva consiguió un 95% de reducción durante las primeras 2 semanas después del tratamiento; pero solamente un 50% de reducción en el tiempo de 6 meses de seguimiento. Similarmente los sujetos en las otras dos condiciones empezaron con un 72% de reducción, - pero a los 6 meses fueron fumando solamente 45% menos que los que habían antes de empezar el tratamiento.

En este estudio existe la posibilidad de que un efecto inicial - existió pero fue oscurecido por las recaídas que ocurrieron en todas las condiciones.

A nivel cognoscitivo también se ha trabajado con estímulos aversivos, mediante la técnica de aversión.

Por ejemplo Berez, (1976) llevó a cabo una investigación clínica para observar donde, en la secuencia cognitiva, es más efectivo aplicar el choque.

En este estudio fueron atendidos en la clínica de fumar 6 hombres y 4 mujeres.

En el tratamiento los pacientes vivenciaron cogniciones imaginarias asociadas con el fumar y contingentemente se auto-administraron un choque aversivo.

El procedimiento del tratamiento envolvió los siguientes pasos: 1) Un cuidadoso análisis cognitivo se condujo conjuntamente con consideraciones conductuales y psicológicas, 2) El disparo de consecuencias cognitivas es vivido imaginariamente, 3) Cuando la imaginación es completamente vivida, un choque doloroso es experimentado y 4) Una cognición sustituta deseable es vivida imaginariamente durante el período del cese del choque.

Primero se les dió una sesión de orientación de las bases teóricas en las cuales fue basado el tratamiento; luego fueron asignados a los tratamientos: a) Fue diseñado para investigar si es más efectivo el choque en las cogniciones tempranas (prontas), de las demás sobre el fumar (cogniciones disparadas); b) O el choque en las cogniciones en las cuales ocurren simultáneamente con el fumar (cogniciones conductuales objetivo).

Los fumadores igualaron el número de cigarrillos fumados durante la semana de línea base.

A los pacientes se les dieron unas pequeñas tarjetas para anotar en ellas los paquetes de cigarrillos y el número de éstos, fumados diariamente. Ellos se abstuvieron de fumar por 2 horas antes de la terapia; para facilitar la vivencia de imaginaciones.

Los fumadores (hombres) que imaginaron el disparador de cogniciones y se dieron el choque, ellos mismos, cuando lo vivieron, fue exitoso el cese de fumar y se mantuvo después de 2 años.

Las mujeres no experimentaron éxito en la detención del fumar. - Aunque puede ser considerablemente reducida en las situaciones en las cua

les ella tiene que imaginar en la terapia; pero quedándose fijo en otras - situaciones en las cuales ella no fue condicionada. Las mujeres que asis-- tieron, generalmente fracasaron en la detención de fumar. Los resultados - en los hombres sugieren que los choques en la temprana disparación de cog-- niciones es un efectivo camino para reducir el fumar. Se observó que des-- pués de 2 años hubo una reducción en el consumo de cigarrillos en los pa-- cientes.

Por otro lado, Steffy, Meichenbaum y Best, (1969) realizaron un - estudio en el cual pretendían investigar el papel que juegan las verbaliza-- ciones y los procedimientos de ensayo conductual, en una terapia conduc--- tual de condicionamiento aversivo para los fumadores. Encontrando que la - manipulación de eventos cubiertos y los ensayos conductuales de la desvia-- ción del acto de fumar puede ser importante, adjunto con el paradigma aver-- sivo, por la gran virtud de generabilidad de las ideas autogeneradas para situaciones extra-terapia.

También han sido diseñados estudios cognitivos-conductuales en -- los cuales se hace una comparación de varios procedimientos.

Así por ejemplo, tenemos que Best, (1969) llevó a cabo un estudio para comparar tres diseños de procedimiento para acrecentar la generalidad y durabilidad de la abstinencia del fumar. a) Tratamiento-enfocado, b) pu-- nitivo y c) sincronización de cambio de actitudes.

En este estudio, los sujetos fueron reclutados al través de un -- anuncio público de la clínica; siendo atendidos 89 sujetos; la media de -- edad fue de 34 años, el promedio diario de la tasa de fumar fue de 24. En el tratamiento simple fueron 53.9% hombres y 46.1% mujeres.

Tres factores de tratamiento fueron factorialmente representados: Tratamiento enfocado (control interno vs. control externo), punitivo (días punitivos vs. no punitivos) y sincronización de cambios de actitudes (cam-- bios conductuales antes vs. después). Hubo 10 sujetos en cada uno de los - 8 cubículos. Una condición control fue incluida, en la cual los sujetos no

recibieron tratamiento enfocado, no punitivo y no actitud de manipulación de cambio. Un sujeto se perdió para esta condición, dando un número final de 89 sujetos.

Los sujetos fueron asignados al azar a las condiciones de tratamiento. La sola restricción de asignamiento fue que los sujetos vinieran a la clínica juntos (miembros de la familia, asociaciones de trabajo, --- etc.) fueron asignados a la misma condición.

Se incluyó un grupo de medidas de actitud en la personalidad y - medidas motivacionales: a) Diferencias semánticas, consistiendo en 7 adjetivos evaluados diseñados para describir la percepción del "fumar. b) Un termómetro motivacional en el cual los sujetos indicaron la fuerza de la motivación para dejar de fumar. c) Un termómetro de deseo, en el cual los sujetos indicaron la fuerza o el deseo para continuar fumando. d) Los sujetos percibieron la probabilidad de abstinencia después de la terminación clínica. En sí fueron 9 variables motivacionales las que se implementaron.

Los sujetos también llenaron dos cuestionarios, en los cuales se les preguntaban algunos aspectos tales como: edad, hábitos de fumar, historia de salud, etc. y la batería de medidas de actitud.

Los sujetos redujeron significativamente la tasa de fumar sobre el curso del tratamiento. Después de fumar un promedio de 20.4 cigarros - al día, durante la semana de pretratamiento a una media de 1.5 cigarros - durante la semana de postratamiento.

Las interacciones hipotetizadas con los cambios de actitud fueron significantes para 2 de las 9 variables motivacionales. Las interacciones indicaron prontamente un cambio de actitud producido relativamente menos en el fumar del postratamiento, por una alta en los sujetos motivados (bajo deseo de fumar, alta expectación de abstinencia); cambios lentos de actitud produjeron relativamente mejores resultados para los sujetos con baja motivación.

Ninguno de los tratamientos enfocados, punitivo y tiempo de cambio de actitud de mayores efectos o de interacciones, fueron significantes.

En sí, se encontró que los sujetos igualados en el control de compatibilidad y de motivación fumaron significativamente menos que los sujetos no igualados.

Se observó que los resultados obtenidos en el seguimiento que fue de una semana, un mes, dos meses, tres meses y seis meses siendo más eficaz en el tratamiento del control de enfoque interno, ya que la tasa de abstinencia fue de 50% a los seis meses.

Por su parte; Pederson, L.; Seringeour G. y Lefcoe, M. (1975) también llevaron a cabo un estudio para hacer una combinación del uso de hipnosis vs. el uso de consulta y de ambas conjuntamente. Obteniendo como resultado que el 75% de los grupos, el de consulta y el de hipnosis más consulta, se esforzaron en dejar de fumar a los tres meses de postratamiento, y a los diez meses el 50% del grupo de hipnosis más consulta continuó abstinentes.

Por lo que concluyen que el uso de combinación de técnicas produce tasas moderadamente altas y exitosas. Además de que los efectos de consulta son grandemente facilitados por las sesiones de hora y media. Por lo que sugieren que esta combinación de técnicas puede ser eficientemente adaptadas en situaciones clínicas.

DATOS QUE LA APOYAN.

En general, los resultados que han sido obtenidos mediante el uso de las técnicas cognitivo-conductual, pueden ser considerados como satisfactorios.

Así por ejemplo, se ha reportado que los procedimientos que implican imaginación aversiva son bastante efectivos. (Barlow y Colb., 1969; -- Handa y Rimm, 1972; Cautela, 1966).

A su vez, se han encontrado resultados favorables en clínica --- (Rimm y Litvak, 1969; Gullo, 1971; Meichenbaum y Goodman, 1966), que proporcionan evidencia convincente de que el enfoque racional emotivo de ---- Ellis, puede ser efectivo para la modificación de la conducta y emociones de desadaptación.

Aunque la evidencia empíric dedicada específicamente a los intentos por bloquear el pensamiento indejeable y obsesivo, es en cierto modo - limitada; no obstante, los resultados de que se dispone son alentadores. - Incluso estos hallazgos junto con los estudios de la Terapia Racional Emotiva (TRE), dejan muy poca duda de que las cogniciones, especialmente las autoverbalizaciones, ejercen un considerable grado de autocontrol sobre -- las emociones humanas y la conducta, y de que las cogniciones son susceptibles de modificación.

Cabe aclarar que el reporte de los resultados (arriba menciona--- dos) mediante el empleo de estas técnicas (cognitivo-conductual) no se refieren únicamente al tabaquismo; sino que abarca diversos problemas psicológicos. Dado que no existe una amplia bibliografía que proporcione los re- sultados que han sido reportados son favorables.

En este tipo de técnicas cognitivas, al igual que en las conduc-- tuales, solo se han obtenido resultados satisfactorios a corto plazo; pues to que el porcentaje de recaídas a largo plazo aún es grande. (Candiotte,

M. y Lichtenstein, E. (1980); Lando, A. (1976).

CRITICAS Y SUGERENCIAS.

a) Errores de especificidad encontrados en la teoría cognitivo---conductual.

Un tipo de disfunción psicológica es seleccionado para el estudio y un aspecto de cognición es evaluado. Los resultados indican que diferencias en la variable cognitiva son implicadas en la cognición patológica. Sin embargo, curiosamente los investigadores sugieren que las distorsiones en "X" cognición son implicadas en "Y" desórdenes. El dato puede indicar -- tal relación, pero esto puede ser enteramente erróneo, al concluir que esto es una distorsión cognitiva específica que se aleja de la disfunción específica.

Los investigadores pueden hacer la demostración de que los pensamientos no negativos, no implican ansiedad y que las autoverbalizaciones negativas no implican otros desórdenes psicológicos. Para eludir los errores de especificidad, es esencial llevar a cabo evaluaciones multivaria---bles que pueden ayudar a prevenir tales errores. (Kendall y Hollon, 1981).

b) Errores de Generalidad.

Un grupo patológico es identificado y a través de las comparaciones con grupos no dañados, se encuentra que tienen un tipo de distorsión cognitiva. Esto puede ser un error de generalidad y además implica este tipo de problema cognitivo en otras patologías. Descubriendo que las creencias irracionales juegan un mejor rol en todas las disfunciones psicológicas. Nuevamente este error puede ser eludido si los multimétodos y planes de evaluación multivariable son adheridas. (Kendall y Hollon, 1981).

c) Errores de Etiología.

Un error etiológico se hace con los resultados exitosos de las -- consecuencias del estudio de tratamiento que se usa como evidencia en el -- sostén de la explicación etiológica de la disfunción tratada. La terapia -- cognitiva para la ansiedad produce mejoramientos significantes; sin emba-- go, esto no indica que la causa de la ansiedad fue solamente cognitiva. Si -- milarmente, como Hollon y Beck, (1979) notaron en observaciones realiza--- das, sobre la depresión, documentando la existencia de diferencias en con-- tenidos cognitivos o procesos entre personas depresivas y no depresivas, y no piensan que tales diferencias son causales. Este error de etiología al-- gunas veces es hecho para mantener la teoría bioquímica. (Kendall y Hollon 1981).

En sí, una importante premisa en la cual los restos de la evalua-- ción cognitiva; es que los eventos cognitivos no son enteramente sobrefeno-- ménicos. Vistas sobrefenómicos de cognición sugieren que los pensamien-- tos no tienen un impacto causal, pero antes están los subproductos de las condiciones del medio ambiente, la investigación de las aplicaciones de -- los métodos del pensamiento y procedimientos para la evaluación cognitiva; sería la esperanza que más pudiese ser aprendida a cerca de la naturaleza de la influencia cognitiva.

Por lo que, el resurgimiento de un interés cognitivo con el "esta-- dío" de psicoterapia y cambio en la conducta ha sido suficientemente re--- ciente para brindar respuestas a las preguntas de investigación que son to-- davía como una respuesta opuesta (Kendall y Hollon, 1981).

Se considera que son necesarias más investigaciones que envuelvan los programas de control de fumar usando algo más que medidas de autorepor-- te, el cual en muchas ocasiones no puede ser honesto ni fiable. (Candiotte y Lichtenstein, 1980).

Berecz, (1976) por su parte sugiere que la terapia del condicionamiento cognitivo, debe ser derivada de una base experimental y elaborada - en las bases de experiencias clínicas.

Best, (1969) considera que después de lograr la abstinencia en el fumar con correspondientes decrementos en el deseo de fumar e incremento - en la expectación de continuar la abstinencia; los procedimientos de manipulación pueden tener grandes efectos; por lo que sugiere desarrollar ---- guías empíricas hechas a la medida de cada persona.

Del fenómeno del tabaquismo los aspectos que son más tomados en - cuenta por la teoría Cognitivo-Conductual son:

Los pensamientos que mantienen la conducta de fumar, conociendo - estos al través de las autoverbalizaciones de la persona. El detectar la - irracionalidad de los pensamientos así como el modificar las autoverbalizaciones erróneas de las personas y por consiguiente los pensamientos y la - conducta problema.

En sí, el interés principal de esta teoría es el estudiar e investigar los aspectos internos que mantienen la conducta de fumar.

CAPITULO II

" MARCO TEORICO "

No cabe duda de que actualmente nuestro país está atravesando -- por múltiples e intensos problemas sociales. A los cuales se intenta dar solución al través de todos los recursos (económico, político, social, -- etc.) con los que cuenta actualmente esta gran metrópoli.

En la solución de estos problemas, la Investigación Científica - juega también un papel muy importante en la solución y/o minimización de ciertos problemas sociales; dado que esta cuenta con elementos necesarios valiosos para prevenir, disminuir o eliminar determinados problemas.

La Psicología, al igual que otras ciencias, se ha preocupado por brindar alternativas útiles de intervención para la solución o minimiza-- ción de algunos problemas sociales que actualmente afectan a nuestro --- país.

Así por ejemplo, hemos visto a lo largo del desarrollo del capí-- tulo anterior, en que forma cada una de las teorías psicológicas analiza-- das concibe; tanto la etiología, desarrollo y mantenimiento del tabaquis-- mo; así como también las posibles técnicas o métodos a aplicar para lo--- grar su disminución o erradicación.

— Dado que el tabaquismo es un fenómeno multicausal, resulta impo-- sible e incluso absurdo el pretender que una determinada teoría o cierta disciplina logre abarcar todos y cada uno de los agentes causales del ta-- baquismo, y que, además brinde una solución única y acertada a éstos.

Es por ello, que en Psicología, al igual que en otras ciencias, cada teoría o por lo menos las cuatro teorías psicológicas analizadas an-- teriormente, conciben la etiología y el desarrollo del tabaquismo desde - diferentes puntos de vista (de acuerdo a su postura). Así por ejemplo te-- nemos que la teoría Farmacológica considera que el tabaquismo es causado por los efectos que la nicotina produce en el organismo; ya que ésta es - el primer agente reforzante del tabaco en el organismo y, por consiguien-- te el fumar es una forma de intentar drogarse; motivo por el cual el taba

quismo se sigue presentando. (Meyes, H; 1974).

Por otro lado, la teoría Conductual considera que el tabaquismo surge como un mal hábito aprendido por el individuo a lo largo de su desarrollo; adquirido éste generalmente por medio de la imitación a los padres, familiares, amigos, personas adultas fumadoras, etc., y, en gran parte a la influencia que ejerce el medio ambiente sobre el fumador. (Rimm y Masters, 1981).

En cuanto a la teoría Psicoanalítica, ésta considera al tabaquismo como un fijación a nivel oral, dada en la infancia; por la influencia que reciben de los padres durante los primeros años de vida del individuo; ya que es considerada como primordial y determinante para el desarrollo futuro de éste. (Freud, S; 1966).

En lo que respecta a la teoría Cognitiva-Conductual, considera que el tabaquismo se debe y mantiene a los pensamientos internos de los individuos y a la influencia que éstos reciben de su medio ambiente en el que se desarrollan. (Rimm y Masters, 1981).

El que cada teoría aborde al fenómeno del tabaquismo desde diferentes posturas, puede resultar útil; dado que nos proporcionan un panorama general más amplio acerca de las causas que generan este fenómeno; pero a la vez, puede dificultar su erradicación, dada la gran divergencia que existe en la concepción de su etiología y los métodos de intervención que son aplicados.

No obstante, se ha podido observar que cada una de las teorías analizadas en este trabajo cuenta con aportaciones útiles y soluciones prácticas para el tabaquismo.

Así tenemos que, la teoría Farmacológica en base a las investigaciones y estudios que ha llevado a cabo, ha descubierto que la nicotina (uno de los elementos principales del tabaco), es un agente muy importan-

te en el desarrollo y mantenimiento del tabaquismo; ya que éste actúa rápidamente en el organismo, creando en los individuos una dependencia orgánica, (aunque ésta es mínima en comparación con la gran dependencia psicológica que se crea el individuo); la cual a la larga causa graves problemas a nivel orgánico (cáncer, enfisema pulmonar, artereosclerosis, entre otras). (Jarvick, 1981; Bevan, 1982, Sentíes, 1978; León, 1982).

Por consiguiente, y como habrá podido observarse, los diseños de implementación de métodos van encaminados a la eliminación o disminución del consumo de nicotina por parte de los fumadores; para evitar los daños orgánicos asociados con el consumo de cigarrillos. (Jarvick, 1977).

En cuanto a las aportaciones que ha hecho la teoría Conductual, (las cuales a diferencia de la teoría Farmacológica, están enfocadas básicamente a un nivel externo; es decir, a la conducta observable de los individuos) son las de haber concebido al tabaquismo como un mal hábito -- aprendido, lo cual en un momento determinado ayuda a que el fenómeno del tabaquismo pudiera ser combatido en forma más directa; ya sea mediante la concientización de la gente, por medio de mensajes prohibitivos, anuncios publicitarios que informen sobre el daño que causa el fumar, etc.; así como al través de la elaboración de programas dirigidos a eliminar o sustituir la conducta de fumar. (Rimm y Masters, 1981; Wolpe, 1981; Balzaretto 1984).

Además de que mediante sus investigaciones se puede constatar la gran importancia que tiene la influencia medio ambiental en la adquisición y mantenimiento de determinadas conductas (como lo es en este caso - el fumar). (Sentíes, 1978).

La teoría Psicoanalítica, en base a la explicación que da al tabaquismo, vino a aportar y a hacer ver que el paso adecuado en los primeros años de vida de los individuos son fundamentales para su desarrollo futuro, dado que algunas conductas problemáticas que llegan a presentar él o los individuos en la edad adulta, son el resultado de problemas surgidos

durante la infancia. (Freud, S; 1966)

En lo que respecta a la teoría Cognitiva-Conductual, ésta tal vez en comparación con las anteriores resulta ser la más completa, ya que además de tomar en cuenta los aspectos externos, como lo es la conducta manifiesta de los individuos, los estímulos medio ambientales, etc., es decir, todos los elementos comprendidos dentro del estudio de la teoría Conductual; también toma en cuenta los aspectos internos de la conducta de los individuos, o sea, estudia y analiza las ideas y pensamientos que están provocando y manteniendo la conducta (cubierta) problema de éstos. (Rimm y Masters, 1981; Kendall y Hollon, 1981).

En base a lo expuesto anteriormente y partiendo tanto de las ventajas como limitaciones con que cuenta cada una de las teorías analizadas anteriormente; consideramos que la teoría Cognitivo-Conductual es una de las más completas con las que cuenta actualmente la Psicología para la prevención y solución de ciertos problemas sociales; como lo es en este caso el tabaquismo.

ETIOLOGIA.

Ya que consideramos que el fenómeno del tabaquismo surge como resultado de la gran influencia medio ambiental que reciben los individuos en el contexto social en el que se desarrollan.

Puesto que, la imitación, integración y aceptación a ciertos grupos sociales, la extensa publicidad al través de los Medios Masivos de Comunicación que se le hace a los cigarrillos, así como el reforzamiento social y ciertas creencias (tales como: que el cigarrillo calma los nervios y da tranquilidad, que brinda seguridad y cierto status social, etc.), favorecen a que la conducta de fumar se siga presentando y manteniendo.

Es obvio que la conducta de fumar no surge en forma espontánea, sino que esta conducta es aprendida a lo largo del desarrollo de los individuos, es decir, el fumador inicia su conducta de fumar al través de una serie de hábitos asociados a diferentes ámbitos (familiar, social, etc). Por lo que consideramos que la conducta de fumar es un hábito mal aprendido, el cual es el resultado de la influencia que los factores sociales -- ejercen en los individuos.

Dado que, el convivir con personas fumadoras o el observar que - varias personas lo hacen, ya sean estas familiares o amigos, favorece en gran medida a que él o los individuos tiendan a imitarlos. Como también - el pretender ser aceptado en un determinado grupo social. (Sentíes, 1978)

DESARROLLO.

El tabaquismo a su vez viene a ser reforzado por la intensa publicidad que actualmente se le hace a los cigarrillos; es decir, al través del manejo que realizan las grandes industrias tabacaleras por medio de los Medios Masivos de Comunicación a los cigarrillos, su consumo ha -- tendido a incrementarse en gran medida; ya que no se vende en sí el cigarrillo sino más bien la imagen, situación, prestigio, etc., asociados al fumar.

Por lo que las personas al fumar los cigarrillos; no están consumiendo realmente el cigarrillo, sino las imágenes, situaciones, etc., --- ideas y pensamientos que ellos asocian con éste. Creando dichas ideas y - pensamientos, una necesidad psicológica en los individuos; la cual al fin de cuentas es la que genera, desarrolla y mantiene la conducta de fumar.

MANTENIMIENTO.

Es decir, lo que mantiene en gran medida la conducta de fumar es el hecho de que los individuos hagan de los cigarrillos algo indispensable en sus vidas, al través de ideas y pensamientos, logrando que esta -- conducta permanezca latente, es decir, se siga manteniendo.

Además de que dichas ideas y pensamientos se están reforzando -- continuamente por medio de la influencia social (medio ambiente) en la -- cual se encuentran inmersos los individuos.

Observándose que en los últimos años México se ha convertido en un gran productor y consumidor de cigarrillos; lo cual en gran parte se -- ve favorecido por la gran publicidad que los Medios Masivos de Comunica-- ción propagan al consumo de cigarrillos (como ya ha sido mencionado ante-- riormente. Y por lo tanto en lugar de que el fenómeno del tabaquismo se con-- trole o minimice; día con día este fenómeno se ve más difundido en todos los lugares y niveles sociales de nuestro país.

Cabe hacer énfasis que dado que la conducta de fumar no es algo innato, sino aprendido existe la posibilidad de que ésta sea eliminada.

Aunque estamos conscientes que para lograr esto último, se re--- quiere de mucha paciencia y esfuerzo, ya que esta tarea implica un trabajo árduo y constante. Sin embargo, no lo consideramos imposible, motivo -- por el cual brindamos la presente alternativa de trabajo; esperando sea ésta útil y eficaz tanto a las personas que lo implementen, como a los fu-- madores y no fumadores que existen en nuestro país.

CAPITULO III

" DESCRIPCION DE LA ATENCION ANTI-TABAQUICA
QUE BRINDA ACTUALMENTE EL SECTOR SALUD. -
ANALISIS CRITICO "

Para llevar a cabo una adecuada detección y selección de los centros de Salud Pública que actualmente tratan y combaten el tabaquismo en el Distrito Federal; primeramente se realizó una investigación con el fin de conocer el número de centros que abordan el tabaquismo, para posteriormente obtener una muestra representativa de dichos centros, que nos permita conocer la forma en que tratan y combaten el tabaquismo, la forma de implementar los programas de tratamiento; así como los resultados obtenidos en cada uno de ellos.

Sin embargo, debido a que se encontró que solamente son tres -- los únicos centros del Sector Público que actualmente realizan programas para tratar el tabaquismo en la Ciudad de México, D.F. (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias INER, Unidad de Neumología del Hospital General de la Ciudad de México y el Instituto Nacional de Perinatología - (INPER); no se consideró necesario extraer una muestra de estos centros, ya que son tan pocos que resulta accesible asistir y obtener información de cada uno de ellos.

La información se recabó mediante el empleo de entrevistas, aplicadas a algunas de las personas que implementaron y elaboraron los programas de tratamiento y mediante la búsqueda de material bibliográfico referente al diseño de los programas, así como de los resultados obtenidos en ellos.

Fue a partir de 1981 que el Instituto Mexicano de Psiquiatría -- (IMP) y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), establecieron un programa conjunto de investigación en el área de tabaquismo en la Ciudad de México. Este programa incluye encuestas en poblaciones específicas; diseño y elaboración de material audiovisual con fines educativos y terapéuticos; diseño, elaboración y estandarización de instrumentos de evaluación; diseño de programas terapéuticos para el abandono del hábito de fumar. (Lara, Ma; Puente, Silva Fg, Balzaretti, M. y De la Teja, N; 1984).

A continuación nos vamos a referir a una serie de programas que se han implementado en las tres clínicas de tabaquismo con las que cuenta en la actualidad el Sector Salud. La primera clínica se encuentra en el - Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (programa IMP - INER); - la segunda en la Unidad de Neumología del Hospital General de la Ciudad - de México, S. A. (programa IMP - Hospital General, SS); y la tercera en el Instituto Nacional de Perinatología (programa INPER - INER - IMP). Y se presentarán los resultados de diversas modalidades terapéuticas para el abandono del hábito de fumar. Estas incluyen modelos educativos, conductuales, cognoscitivos, así como el uso de goma de mascar con nicotina.

PRIMER PROGRAMA

Estudio comparativo: Nicotina en goma de mascar / Vitamina C --- Autoregistro - Automonitoreo / Programa educativo - Conductual. (Llevado a cabo por Puente, Silva F.G.; Rubio, H.; Balzaretti, M., Domínguez, B., - Sánchez, Sosa J.A.; y Aguirre, J.A.)

Metodología y material.

En el año de 1984, el Programa de Investigación INER/IMP decidió hacer un estudio comparativo de diferentes tipos de intervenciones para el abandono del hábito de fumar. El diseño experimental incluye cuatro -- grupos con distribución aleatoria grupal. Los tipos de intervención son: 1) El uso de nicotina (2 mg.) periódica, hasta doce gomas de mascar por día con automonitoreo. 2) El uso periódico de tabletas de vitamina C ---- (100 mg.) con automonitoreo. 3) El uso de vitamina C periódica, aunado a un programa educativo - conductual. 4) El uso de hasta tres, gomas de mas car con nicotina (2 mg.) con el objeto de sustituir el primer cigarrillo del día, también con un sistema de automonitoreo.

Se diseñaron cédulas de autoregistro para cada uno de los grupos durante el tratamiento y una cédula común de línea base.

Estas incluyen las siguientes variables: Número, hora, actividad o situación en la que se encuentra y como se siente. En esta última variable se utiliza una tipología basada en el análisis factorial (Russel MA., Pelo, J., Patel, UA.). En los dos grupos que recibieron vitamina C se les indicó que el consumo de la misma no debería exceder de doce tabletas. Al grupo que recibió nicotina periódicamente en goma de mascar, también se le indicó que el consumo debería limitarse a no más de doce piezas, y se le dió instrucciones precisas sobre el uso de la misma.

RESULTADOS.

Los resultados que a continuación se reportan, se refieren a la primera de tres etapas; dado que las dos restantes aún no han sido publicadas.

Aspectos Sociodemográficos.

1) Edad.- El promedio de edad variaba en los grupos y se encontraba entre los 38 y 48 años de edad. El rango de edad fue de 24 a 73.

2) Sexo.- El 60% estuvo constituido por el sexo masculino y el restante 40% por pacientes femeninas.

3) Escolaridad.- El 37% es universitario, el 16% tiene preparatoria, el 16% tiene secundaria o su equivalente, 11% tenía solo primaria completa y un 20% no había concluido la primaria.

Historia de Tabaquismo.

1) Edad de inicio del hábito.- Esta varió ligeramente en los diferentes grupos, teniéndose un rango que va de los 14 a los 18 años de edad.

2) Consumo diario promedio de cigarrillos en los últimos dos años.- El rango grupal se encontró entre 21 y 32 cigarrillos por día.

3) Intentos de abandono del hábito.- Treinta y un pacientes, o el 61%, reportaron haber intentado dejar de fumar en el pasado.

4) Número de intentos.- Varió entre los grupos y el rango se encuentra entre 1 y 3 intentos.

5) Consumo de cigarrillos al inicio del tratamiento.- También varió entre los grupos y el rango se encuentra entre 17 y 29.

6) Efectos colaterales.- Solo un paciente con nicotina periódica reportó irritación en la mucosa oral y dos pacientes reportaron dolor en el epigastrio. En el de los grupos con vitamina C periódica, dos reportaron náuseas, uno pirosis y cuatro palpitaciones. Del grupo que usó hasta tres gomas de mascar para sustituir el primer cigarrillo del día, dos reportaron pirosis y dos dolor en el epigastrio.

7) Número de personas que concluyeron el tratamiento.- El 70% del grupo con tres gomas de mascar, terminó; el 75% de los grupos con vitamina C, con o sin Programa Educativo-Conductual, también lo terminó, así como el 82% del grupo con uso periódico de nicotina en goma de mascar.

8) Número de personas que dejó de fumar.- Lo logró el 50% del grupo con tres gomas de mascar, el 75% del grupo que recibió Terapia Educativo-Conductual más vitamina C, el 58% del grupo con vitamina C más au-

tomonitoreo y el 82% del grupo que utilizó nicotina en forma periódica -- más automonitoreo..

SEGUNDO PROGRAMA

Estudio comparativo: Programa Educativo-Conductual - Programa de reestructuración cognoscitiva. (Llevado a cabo por Puente, Silva FG; Cicero, R; Vergara, M; Sánchez, Sosa J.J.; Domínguez, B; y Balzaretti, M.).

Metodología y material

En la unidad de Neumología del Hospital General de la Ciudad de México se implementó un estudio comparativo de dos técnicas terapéuticas con el objeto de que la población a estudiar, por una parte, abandonara - el hábito de fumar y, por la otra, incrementara su adherencia terapéutica (grado de cumplimiento del tratamiento prescrito). La población está com puesta por 60 pacientes para una primera etapa y 60 pacientes para la segunda y se llevó una distribución aleatoria de los grupos al tipo de tratamiento. En la primera etapa se comparó un programa Educativo-Conductual contra otro de reestructuración cognoscitiva.

Para la segunda etapa se encuentra programado un grupo control y un cuarto grupo combinando los elementos más importantes de las dos técni cas terapéuticas arriba mencionadas.

La población está constituida por pacientes neumológicos cróni--cos (bronquitis crónica y enfisema) así como con pacientes cardiovascula--res (hipertensión arterial, infarto al miocardio).

Estos grupos, como el resto de la población consultante de este hospital, se caracteriza por su bajo nivel de escolaridad y por su clase social baja. Estos programas también se llevan a cabo en ocho sesiones - grupales de una hora y media cada una, dos veces por semana. Los pacien--

tes reciben una evaluación pre-tratamiento y se llevan a cabo seis seguimientos post-tratamiento:

A la semana, al mes, a los dos, a los cuatro y a los seis meses.

Se diseñaron para el estudio cédulas de autorregistro tanto para evaluar el grado de abandono del hábito tabáquico como para establecer el grado de consumo adecuado de medicamentos. Así mismo se incluyó en este instrumento la presencia o ausencia del ejercicio físico y/o respiratorio. A los pacientes se les aplica una historia clínica codificada, un cuestionario de motivos por los que fuman, una historia de tabaquismo personal y familiar, una prueba de personalidad (EPQ), una prueba psiquiátrica (EPE) y diversos estudios de laboratorio y gabinete.

Resultados.

Al igual que en el programa anterior solo se reportan los resultados obtenidos en la primera etapa.

Aspectos Sociodemográficos.

1) Edad.- El rango de edad para los grupos Educativo-Conductuales y de reestructuración cognoscitiva fueron de 50 a 70 años y de 33 a 67, respectivamente. Los promedios respectivos fueron 57 y 51.

2) Sexo.- De los 16 pacientes estudiados, 9 eran del sexo masculino y los otros 7 del sexo femenino.

3) Escolaridad.- El 56%, o sea, nueve pacientes, es analfabeta o alfabeto con primaria incompleta, el otro 44% son personas con escolaridad de certificado de primaria o más. Solo el 12.5% de la muestra alcanzaba como grado superior de escolaridad, estudios de preparatoria.

Historia de Tabaquismo.

1) Edad de inicio del hábito.- El promedio en ambos grupos se en contraba alrededor de los 17 años de edad. En el grupo Educativo-Conduc-- tual, el promedio fue de un poco más de 20 y en el grupo de reestructura-- ción cognoscitiva de un poco más de 14 años de edad.

2) Consumo diario promedio de cigarrillos en los últimos dos -- años.- El promedio se encuentra alrededor de 22 cigarrillos diarios para ambos grupos. En el grupo Educativo-Conductual es de 20, y en el grupo de reestructuración cognoscitiva es de cerca de 26 cigarrillos al día.

3) Intentos del abandono del hábito.- En ambos grupos se reporta que en promedio se ha intentado al menos una vez dejar de fumar.

4) Consumo de cigarrillos al inicio del tratamiento. Diecinueve cigarrillos en promedio para ambos grupos, siendo de 17 el promedio para el grupo educativo-conductual y de 20 para el de reestructuración cognos-- citiva.

5) Número de personas que concluyeron el tratamiento.- La deser-- ción se refiere solo a un paciente (o al 6% de la muestra total), éste pa-- ciente corresponde al grupo de reestructuración cognoscitiva.

6) Número de personas que dejaron de fumar.- Alrededor del 70% - de la población estudiada en esta primera etapa dejó de fumar al finali-- zar el tratamiento. Sesenta y siete por ciento en el grupo educativo-con-- ductual y 71% en el grupo de reestructuración cognoscitiva.

TERCER PROGRAMA

Estudio comparativo: Programa Educación para la Salud / Programa Educativo-Conducgual. (Llevado a cabo por Puente, Silva; FG; Vergara, M; Patrón, Vázquez L; Karchmer, S; y Aguirre, J.A.

Metodología y material.

El presente es un estudio comparativo, de tres tipos de intervención para el abandono del hábito de fumar en mujeres embarazadas. Estos son, a saber: 1) Programa Educativo-Conductual. 2) Programa de Educación para la Salud. 3) Grupo o control, en donde el médico, durante su consulta de rutina prenatal, le recomienda a la mujer embarazada no fumar. Los programas consisten en ocho sesiones de una hora y media cada una, dos veces por semana, y se utilizan los mismos instrumentos ya mencionados en los estudios previos; así mismo se lleva a cabo la evaluación pre-trata--miento y los seis seguimeintos pos-tratamiento ya mencionados.

La metodología y material utilizados sigue lo establecido para los otros dos estudios aquí reportados.

Resultados.

Aspectos Sociodemográficos.

1) Edad.- El promedio de edad es de alrededor de 26 años; siendo para el grupo educativo-conductual de 28, y para el grupo de educación para la salud de 25.

2) Escolaridad.- El 100% de la muestra tenía certificado de primaria, más del 50% tenía estudios de preparatoria y/o universitarios.

Historia de Tabaquismo.

1) La edad de inicio del hábito.- La edad promedio de inicio para ambos grupos fue de 17 años.

2) Consumo diario promedio de cigarrillos en los últimos dos años.- El promedio general fue de 9 cigarrillos al día, siendo de 9.5 en el grupo educativo-conductual y de 8.5 en el de educación para la salud.

3) Intentos de abandono del hábito.- Nueve pacientes, o sea, el 60%, refirieron haber intentado dejar de fumar en el pasado, 50% en el grupo educativo-conductual y 67% en el de educación para la salud.

4) Número de intentos.- El número de intentos hechos en el pasado para abandonar el hábito, fue de uno para la población en general.

5) Consumo de cigarrillos al inicio del tratamiento.- El promedio general fue de alrededor de dos cigarrillos al día, teniendo el grupo de educación para la salud una tendencia a consumir uno y medio cigarrillos al día.

6) Número de personas que concluyeron el período de tratamiento. Catorce de los 17 sujetos que iniciaron el tratamiento lo concluyeron, es decir, más del 80% de los grupos de esta primera etapa.

7) Número de personas que dejaron de fumar.- De las catorce personas que terminaron el tratamiento, las catorce personas, o sea, el 100% dejaron de fumar.

Nota: Los programas arriba descritos fueron expuestos en la II - Reunión de Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Noviembre de 1984 (México, D.F.).

Ahora bien, en la actualidad también se cuenta con una Clínica - de Tabaquismo en México. Esta clínica es el resultado de un convenio entre el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), y tiene entre sus objetivos el estudio del hábito de fumar, tanto desde el punto de vista médico como desde el punto de vista psicológico. Una de sus funciones es el diseño de programas terapéuticos que faciliten, sobre todo al fumador crónico y severo, - el poder abandonar el hábito de fumar.

A continuación se reportan los resultados obtenidos más recientemente por medio de un Programa Educativo-Conductual para el abandono del hábito de fumar llevado a cabo en dicha clínica. Por: Puente, Silva FG; - Balzaretti, M; y De la Teja, N. (1983).

Metodología.

La población estudiada estuvo constituida por 170 pacientes que voluntariamente solicitaron atención en la Clínica de Tabaquismo, para -- abandonar el hábito tabáquico.

Los pacientes acudieron a esta clínica debido a la información - que tuvieron de otros pacientes y de los medios de comunicación masiva, o bien, por haber sido referidos por el servicio de consulta externa del -- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Es por ello que esta -- muestra no es aleatoria. Se están llevando a cabo las acciones correspondientes para comparar los perfiles sociodemográficos y clínicos de esta - población con otros grupos de pacientes.

Este grupo está formado por más del 90% del total de las personas que solitieron atención y que llenaron los siguientes criterios de inclusión: a) Edad entre los 20 y los 75 años; b) Escolaridad, alfabetismo; c) Ausencia de padecimientos orgánicos o psiquiátricos severos y d) Historia de tabaquismo de dos años como mínimo.

Los instrumentos utilizados en este estudio fueron precodificados con el objeto de poder manejar mejor la información y evitar su pérdida.

Estos instrumentos fueron los siguientes:

- 1) Cédula de datos sociodemográficos.
- 2) Historia personal y familiar de tabaquismo.
- 3) Cédula de control de adherencia terapéutica.
- 4) Cédula de autoregistro de línea base.
- 5) Cédula de autoregistro durante el tratamiento.
- 6) Cédula de autoregistro del postratamiento o del seguimiento.

Durante el programa se distribuyó material informativo educativo impreso en relación al hábito de fumar y a las técnicas para el abandono del mismo.

El programa anual se dividió en dos partes. En la primera, que abarcó del primer semestre de 1982, el objetivo de la investigación fue comparar grupos que hubieran asistido a ocho sesiones con grupos que hubieran asistido a doce sesiones, y comparar a los grupos de suspensión gradual contra los grupos de suspensión abrupta.

El programa de la Clínica de Tabaquismo considera tres áreas: la médica, la psicológica y la psiquiátrica. En la médica se hace una evaluación clínica: De laboratorio y de gabinete sobre el estado físico del paciente y, en particular, de su condición cardiorespiratoria. El área psiquiátrica consiste en una evaluación del paciente para descartar algún padecimiento psiquiátrico (depresión, alcoholismo) que pudiera interferir con el programa terapéutico; y la psicológica, que incluye técnicas de psicoterapia conductual, como el método de la suspensión abrupta/suspensión gradual, las técnicas de autoregistro y autocontrol, las técnicas de relajación y las técnicas de modificación de condicionantes, así como las técnicas de psicoterapia, como sería las de dinámica de grupo. También se incluyen dentro del programa una área educativa, en la que se le da al suje-

to información clara y precisa acerca de los aspectos psicológicos y médicos relacionados con el hábito de fumar.

Cabe mencionar que como resultado de la experiencia obtenida durante el segundo semestre de 1982, en la que se demostró la superioridad de la técnica de suspensión abrupta, sobre la de suspensión gradual, se acordó utilizar la primera en este programa. Igualmente, al no encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre los programas de 12 y 8 sesiones, ahora se utiliza este último en los programas que se llevan a cabo en la Clínica de Tabaquismo.

Procedimiento.

A las personas interesadas en participar en el programa se les hace una entrevista de evaluación por un psicólogo terapeuta de la clínica. Una vez que el paciente llena los requisitos de inclusión, se le integra a uno de los grupos del programa (cada grupo consta de 6 a 10 pacientes).

Los programas constan de ocho sesiones de hora y media cada una, dos veces a la semana. Durante las sesiones se les entrena en el uso de diferentes técnicas con el objeto de que abandonen su hábito de fumar.

Una vez terminado el programa se aplica un sistema de seguimiento. Originalmente se citaba a los pacientes en cuatro ocasiones, pero posteriormente se encontró que al aumentar a seis el número de seguimientos, se lograba disminuir la reincidencia en el hábito de fumar. De esta manera se formaron 23 grupos durante 1982.

Resultados.

La población estuvo constituida por 170 pacientes, de los cuales el 33% se encontraba entre los 20 y los 39 años, y el 24% entre los 50 y los 59 años de edad. El 54% de los pacientes pertenecía al sexo masculino y el 46%, al femenino.

TABLA 1

=====

GRUPO DE EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
20 - 29	15	16	18	23	33	19
30 - 39	27	29	29	38	56	33
40 - 49	18	20	10	13	28	16
50 - 59	22	23	18	23	40	24
60 ó más	11	12	2	3	13	8
TOTAL:	93	100	77	100	170	100

TABLA 2

=====

ENERO - DICIEMBRE 1982

SEXO / EDAD A LA QUE EMPEZO A FUMAR /
CONSUMO DIARIO DE CIGARRILLOS

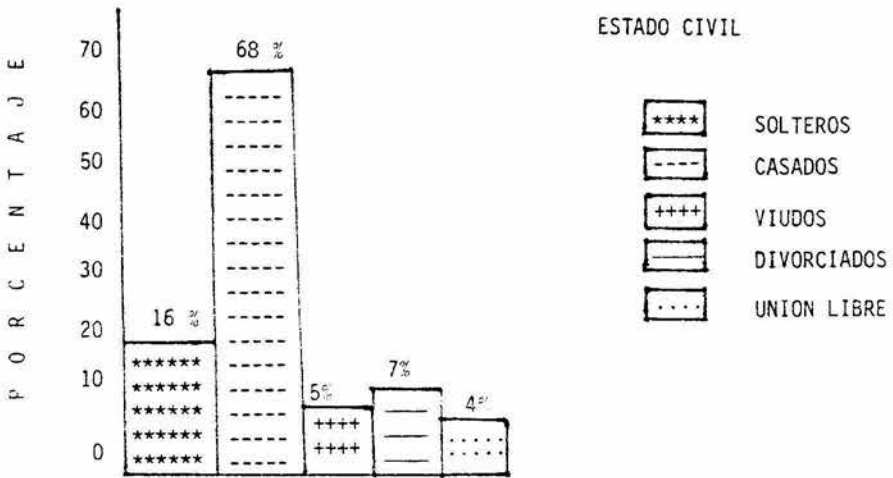
SEXO	N	%	EDAD A LA QUE EMPEZARON A FUMAR +	CONSUMO DE CIGARROS AL DIA +
Masculino	91	54	16	30
Femenino	79	46	19	23
TOTAL:	170	100	17.5	26.5

+ Promedio.

Por lo que se refiere al estado civil, el 68% era casado, 16% soltero y el 16% restante se distribuyó, con porcentajes inferiores al 10% entre viudos, divorciados y personas en unión libre.

GRAFICA 1
=====

ENERO - DICIEMBRE 1982



El 35% de la población laboraba como profesionalista, el 25% era de amas de casa y el 22%, de empleados administrativos. El 44% tenía escolaridad de universidad y el 23%, de secundaria.

TABLA 3

=====

ENERO - DICIEMBRE 1982

OCUPACION / CONSUMO DE CIGARRILLOS
AL INICIAR EL TRATAMIENTO

OCUPACION	N	%	PROMEDIO DE CIGARRILLOS FUMADOS AL DIA
Profesional	59	35	30
Empleado Administrativo	38	22	28
Obrero No Calificado	22	13	28
Desocupado	3	2	29
Hogar	43	25	23
Estudiante	5	3	29
TOTAL:	170	100	28

La edad promedio que se reportó como aquella en la que iniciaban el hábito tabáquico, fue de 16 años en el sexo masculino, y de 19 en el - sexo femenino. La historia del tabaquismo familiar mostró que un 64% de - los hermanos de los fumadores tienen el mismo hábito.

El número promedio de cigarrillos que reportaron fumar al día, -- fue de 30 en el caso del sexo masculino, y de 23 en el femenino. Se encontró que los pacientes con escolaridad de secundaria fumaban, en promedio, 35 cigarrillos al día, y los universitarios, 30.

El 57% de la población intentó dejar de fumar alguna vez; de este porcentaje, el 31% lo había intentado en dos o más ocasiones; y el 31% --reincidió por causas psicológicas de importancia.

TABLA 4
=====

ENERO - DICIEMBRE 1982

NUMERO DE INTENTOS PARA DEJAR DE FUMAR

No. INTENTOS	N	%
0	73	43
1	45	26
2	20	12
3	14	8.5
4 ó más	18	10.5
TOTAL:	170	100

En el primer semestre se encontró dentro del reporte inicial, que el número promedio de cigarrillos que consumían diariamente los pacientes era de 27.9. Este se redujo a 16.2 durante la línea base, y llegó a 2.8 - en la sesión final. En el primer seguimiento se reportó la cifra de 4.2 - que aumentó a 7.9 en el cuarto seguimiento.

Durante el segundo semestre, el reporte inicial indicó que el número promedio de cigarrillos que se consumió diariamente fue de 27.5, la línea base fue de 12.2 y el promedio al finalizar el tratamiento, de 2.3.

Al primer seguimiento el consumo se redujo a un promedio de 1.9 y al sexto y último seguimiento, a 2.1.

La asistencia durante el primer semestre fue como sigue:

A la primera sesión asistió el 91.5%, y a la última, el 68.1%. Durante el primer seguimiento la asistencia se incrementó a 75.5%, para reducirse a 57.1% en el último seguimiento.

Durante el segundo semestre, la asistencia a la sesión inicial fue de 96.1%, y se redujo gradualmente hasta llegar a 65.8% en la sesión final. Al primer seguimiento asistió el 76.3% y disminuyó hasta el 28.9% en el sexto seguimiento.

Durante el primer semestre, de 94 personas que iniciaron el tratamiento, 44 dejaron completamente de fumar (46.8%), aunque el total de la población redujo su consumo diario de cigarrillos hasta en un 90%. El 19% de la población desertó antes de finalizar el tratamiento.

Al finalizar el segundo semestre de tratamiento, había dejado de fumar completamente el 64.5% de la población. Si se excluyen los pacientes de uno de los terapeutas, quien por fallas técnicas no logró el objeto esperado, el porcentaje aumenta a 81.5%. El número de cigarrillos consumidos diariamente se redujo en un 91.7%. Desertó el 9.2%.

La experiencia y los resultados obtenidos en el presente estudio coinciden con lo reportado en otros países. Durante el año de 1982 asistieron 184 fumadores a la Clínica de Tabaquismo con el objeto de obtener información acerca de los servicios que se ofrecían. De estos 184, 170 decidieron ingresar al programa terapéutico, es decir, más de 90%. De estos 170, 129 lograron concluir el tratamiento y, de éstos, 93 dejaron por completo el hábito tabáquico. Esto quiere decir que de los pacientes que finalizaron el programa, más del 70% cumplió la meta propuesta, que era el abandono del hábito tabáquico.

TABLA 5
=====

	ESTUDIO PILOTO AGO.-DIC. 1981 N = 31	1er. SEMESTRE 1982 ENE.-JUN. N = 94	2° SEMESTRE 1982 JUL.-DIC. N = 76 +
Pacientes que dejaron de fumar al finalizar el -- tratamiento	55%	46.8%	80%
Promedio de cigarros fumados por persona al finalizar el tratamiento	24.7%	27.9%	27.5%
Promedio de cigarros fumados por persona al finalizar el tratamiento		2.8%	2.3%
Porcentaje de reducción del consumo de cigarros al finalizar la terapia		90%	91.7%

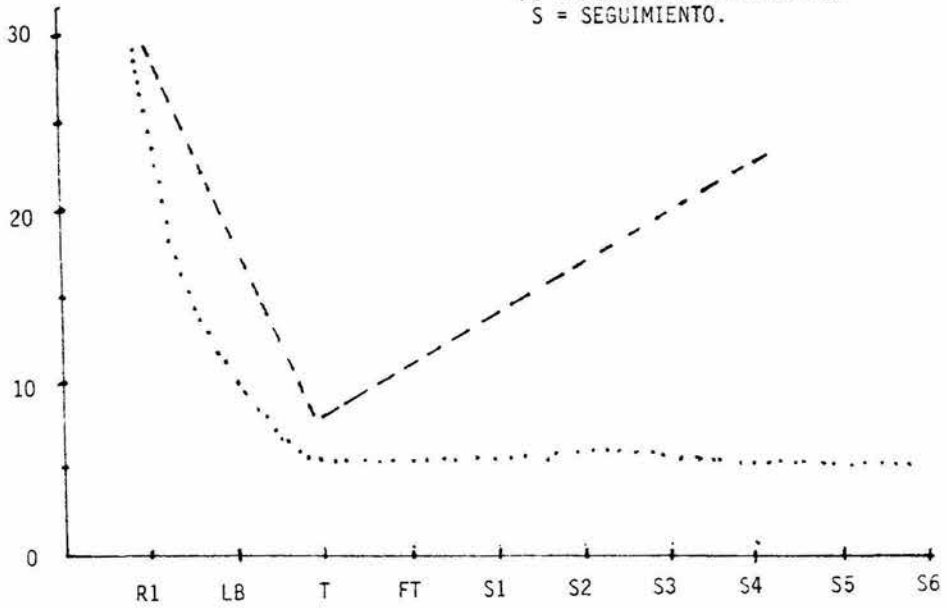
+ Se excluyeron los 21 pacientes del terapeuta 1 por fallas en su tratamiento.

GRAFICA 2
=====

PROMEDIO DIARIO DE CIGARRILLOS EN CADA ETAPA DEL TRATAMIENTO.

----- ENERO-JUNIO, 1982.
..... JULIO-DICIEMBRE, 1982.

R1 = REPORTE INICIAL.
LB = LINEA BASE.
T = TRATAMIENTO.
FT = FINAL DEL TRATAMIENTO.
S = SEGUIMIENTO.



ETAPAS DEL TRATAMIENTO

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En términos generales, los resultados obtenidos en los programas - anteriormente descritos son los siguientes: ver tabla general.

En lo que se refiere a la edad, lamentablemente se encontró que la mayor parte de la población afectada se encontraba en edad productiva. Cerca del 70% se encontraba entre los 20 y los 49 años de edad. Este es un -- factor de gran importancia, ya que en los casos en los que se presenten al^gunos de los padecimientos asociados al hábito tabáquico, como son la bron^quitis crónica, la isquemia del miocardio, la arteriosclerosis, el enfise^mma pulmonar y las neoplasias; las pérdidas personales, familiares y socia^les son de una gran trascendencia. Además de que se observó, que por lo geⁿeral la edad de inicio en el hábito de fumar; se encuentra entre los 14 y los 19 años de edad. Este es un factor determinante en el desarrollo de pa^ddecimientos crónico-degenerativos, incluyendo el cáncer; y con respecto a esto último, hay una mayor probabilidad de malignidad en el tumor, además de que contribuye en acrecentar la dificultad para el abandono del hábito como resultado del establecimiento de la dependencia física y psicológica. Este aspecto se confirma con el frecuente hallazgo de intentos frustrados para dejar de fumar. (Puente, F., Balzaretti, M., y Vergara, M., 1984).

Por lo que se refiere al estado civil, cerca del 70% estaba casa--do. Esto es muy importante debido a que las parejas de fumadores tienen un alto porcentaje de probabilidades de desarrollar diversos padecimientos, - entre ellos cáncer (Koob, E., (1982). Lo mismo ocurre con los hijos de fu^madores, quienes muestran un mayor riesgo de desarrollar padecimientos res^piratorios al convivir con padres fumadores, además de tener 100% más pro^babilidades de ser fumadores en la vida adulta que el resto de la pobla--ción. Ahora bien, también es cierto que cuando el fumador casado abandona su hábito, es probable que su pareja también lo haga.

En cuanto a la escolaridad, hay dos hallazgos que consideramos de importancia: El primero, que el 60% de la población se encontra^lba consti--tuida por universitarios y personas que habían terminado la preparatoria o más. El segundo hallazgo de importancia fue que el 35% era de profesionis^tas.

En las muestras estudiadas, cerca del 60% había intentado dejar de fumar sin lograrlo. De este porcentaje, cerca de una tercera parte lo había intentado dos o más veces. Cuando se investigó la historia de tabaquismo familiar, se encontró que una tercera parte de los integrantes de la muestra tenían varios familiares fumadores entre sus parientes de primer grado. Cuando se habló específicamente de los hermanos, la proporción subió a cerca de las dos terceras partes. Esta situación nos plantea lo mismo que cuando se trata de la variable "estado civil: casado". Por una parte la persona muestra un mayor grado de dificultad para abandonar su hábito tabáquico, pero por otra parte, si logra abandonarlo, puede influir más fácilmente en el resto de su familia.

También puede observarse que el número de personas que concluyeron el tratamiento fue alto; al igual que el número de personas que dejaron de fumar.

Por último, se puede mencionar que en una tercera parte de la muestra, los factores psicológicos (ansiedad, depresión hábito de dependencia) fueron los motivos principales por los cuales los pacientes explicaban su reincidencia en el hábito de fumar.

Cabe aclarar que los resultados anteriormente descritos corresponden al año de 1982. Puesto que los resultados obtenidos en 1983-1985 aún no han sido publicados.

¶ Por lo que se podría concluir, que el fenómeno del tabaquismo incrementa cada vez más en nuestro país; lo cual se puede observar más específicamente en los resultados obtenidos de encuestas sobre el hábito de fumar (Puente, F. 1984), "realizadas durante el período de 1980-1984 cuyos resultados indican la incidencia y prevalencia de consumo de tabaco en nuestro país es mayor que en los países industrializados. Existen indicios de una tendencia de aumento en el consumo de tabaco".

¶ Además, con estos resultados se corrobora que en nuestro país los fumadores se inician en edades muy tempranas (entre los 10 y 19 años de edad), con las implicaciones que esto tiene para la salud del fumador y sus familiares, así como en la dificultad del abandono del hábito. Esto --

nos lleva a pensar que se requieren programas preventivos de tratamiento - específicamente diseñados para esta población (adolescentes).

↑ También se han encontrado en diversos estudios (Balzaretti, M., -- Vergara, M. y Puente, F. 1982-1983 y 1984), frecuentes intentos frustra--- dos, situación que indica la gran dificultad que tiene el fumador para --- abandonar su hábito, por lo que se puede concluir la necesidad de una in--- tervención oportuna al través de programas preventivos y de tratamiento en la niñez y la adolescencia, así como en otros grupos de alto riesgo.

TABLA GENERAL	I N E P	HOSPITAL GENERAL	HOSPITAL DE PERINATOLOGIA	CLINICA DE TABAQUISMO.INER
Número de pacientes		16	17	170
Promedio de edad	32 - 48 años	33 - 70 años.	25 - 28 años.	20 - 75 años.
Promedio de sexo	60% M - 40% F	9% M - 7% F	100% F	54% M - 46% F
Promedio de escolaridad	37% Universidad, 16% Prepa. 16% Sec. o equivalente 11% Primaria completa 20% Primaria incompleta	56% analfabeta o alfabetada con primaria completa. 44% primaria o más 12.5% con prepa o más.	100% primaria. 50% Prepa. o equivalente	100% alfabetismo. 34% profesional.
Estado Civil	No se reporta	No se reporta	No se reporta	16% solteros, 68% casados, 5% viudos, 7% divorciados, 4% unión libre.
Promedio de edad en el inicio del hábito	14 - 18 años	17 años	17 años	16 años hombres. 19 años mujeres.
Promedio del consumo diario de cigarros en los últimos dos años	21 - 32 cigarrillos por día	22 cigarrillos diarios	9 cigarrillos	30 cigarrillos hombres. 23 cigarrillos mujeres.
Promedio de intentos de abandono del hábito	El 31% lo ha intentado	El 100% lo ha intentado.	El 60% lo intentó en el pasado, el 50% en el grup. -- Ed/Con. el 67% en el de educación para la salud.	67% lo ha intentado.
Promedio de número de intentos	1 - 3 intentos	Más de 1 vez	Una vez	1 - 4 ó más.
Promedio de consumo de cigarrillos al -- inicio del tratamiento.	17 - 29 cigarrillos por día	19 cigarrillos	2 cigarrillos al día	28 cigarrillos
Número de personas que concluyeron el -- tratamiento	70% del grupo con 3 gomas de mascar. 75% con VC. 82% con uso periódico de nicotina en goma de mascar.	El 94%	14 de los 17 sujetos que -- iniciaron, es decir, más -- del 80%	84%
Número de personas que dejaron de fumar	El 50% con goma de mascar. El 17% de T.ed/con. y VC. El 58% con VC y automonit. El 82% con nicotina y autom.	70%	De los 14 que concluyeron - el trat. todos dejaron de fumar.	est. piloto - 55%. 1er. sem. - 46.8% 2do. sem. - 80%

ANALISIS CRITICO
=====

Aunque parezca sorprendente, los datos anteriormente descritos son los únicos más recientes con los que se cuenta sobre los resultados obtenidos en el tratamiento de fumar.

Como se puede observar, la población de fumadores atendida es mínima a comparación de la gran cantidad de fumadores que existen actualmente en nuestro país.

Además de que los resultados obtenidos en la implementación de dichas técnicas y programas de prevención y tratamiento; han demostrado la poca efectividad que estos han tenido.

Dicha inefectividad tal vez podría atribuirse a el diseño de los programas de tratamiento, los cuales si se observa; generalmente carecen de un cuidadoso y adecuado control de los problemas metodológicos asociados con el tratamiento de fumar; pudiendo ser uno de ellos (si no es que el principal) la poca validez que existe en la selección de los pacientes a ser tratados; ya que estos generalmente son elegidos en base a la presentación de ciertas características o bien mediante una selección arbitraria.

Por lo que en la mayoría de los casos la selección de los sujetos, no es realmente representativa de la población de fumadores.

Otra cuestión importante es llevar a cabo una descripción estadística de los sujetos, así como de sus patrones y formas de consumo de tabaco.

También resulta de vital importancia el control de la mortalidad de los sujetos (entendiendo a ésta como pérdida humana o deserción) para evitar problemas de validación.

Siendo igualmente esencial el definir y precisar la conducta objetivo.

—Otra limitación encontrada en los programas presentados anteriormente, es en cuanto a lo que se refiere al sexo de la población consultante, ya que se observó que generalmente no existen diferencias significativas, lo que podría deberse al hecho de que las clínicas que brindan ayuda antitabáquica, funcionan solamente dentro del turno matutino, y esto limita la asistencia de la población masculina. Por lo que, se debería tratar de que estas clínicas ofrecieran sus servicios también en el turno vespertino. Incluso se podría considerar la posibilidad de diseñar programas de una sesión semanal, que podría efectuarse los sábados, para facilitarle a la población trabajadora el uso de estos servicios.

Además de que muy poca gente sabe de los servicios anti-tabáquicos que brindan las clínicas; por lo que la cantidad de personas que reciben esta ayuda es reducida a comparación del gran número de personas que podrían obtenerla, si se hiciera una adecuada publicidad y difusión de estos servicios.

También se puede observar que en estos programas, a los factores psicológicos casi nunca se les da la importancia que requieren; siendo que el manejo y control de estos factores puede ser fundamental para la obtención del éxito en los tratamientos. Ya que se ha observado que los factores psicológicos, tales como: ansiedad, depresión, hábito, dependencia, etc. -- Son unos de los motivos principales por los cuales los pacientes explican su reincidencia en el hábito de fumar.

Por último, otro factor de suma importancia, es el de que la mayoría de los programas de tratamiento generalmente son diseñados para tratar el problema del tabaquismo, pero no en sí para solucionarlo; es decir, no se ataca de lleno la raíz del problema; sino solo se tiende a modificarlo y no a eliminarlo.

Por lo que, estos tipos de programas tanto de prevención como de tratamiento, carecen en un alto grado de validez tanto interna como externa; ya que no toman en cuenta el control de los posibles factores medio ambientales que están más relacionados con el fumar. No parten de las características del individuo (no toman en cuenta la historia del sujeto), sino -- que tratan de solucionar el problema de fumar sin atacar la causa de éste. Y fuera del contexto social en el que se da.

CAPITULO IV

" PROPUESTA ALTERNATIVA DE TRABAJO "

Durante los últimos 25 años se ha establecido en forma progresiva la estrecha relación que existe entre el hábito de fumar y los padecimientos crónicos tales como el cáncer broncogénico o el cáncer de otros órganos (laringe, esófago, páncreas y riñones), así como con las enfermedades degenerativas, como la bronquitis crónica, el enfisema pulmonar, el infarto al miocardio y la oclusión vascular de los miembros inferiores. Mc. Ginnis. -- (1963).

Los padecimientos crónicos antes mencionados constituyen en la actualidad las causas principales de morbilidad y mortalidad en los países de sarrollados. En los países en vías de desarrollo, estos padecimientos también se encuentran ya entre las causas principales de morbimortalidad. --- (Anuario Estadístico).

Lo antes mencionado solamente constituye un eslabón del problema, ya que en los últimos años ha habido constantes reportes acerca de la relación que existe entre el uso del tabaco y el aborto espontáneo, los partos prematuros y los productos de bajo peso. (Murphy, 1980; Everson, 1980 y --- Himmelberger, 1978).

La incapacidad o incluso la muerte prematura de un individuo debido al desarrollo de padecimientos irreversibles, asociados al hábito de fumar, origina daños personales, familiares y sociales, que constituyen una - de las áreas de mayor preocupación de la Organización Mundial de la Salud.

Por lo que se refiere a los estudios realizados en México, ~~en~~ ---- ~~1976~~; Rivero y Cols, reportaron que iban en aumento padecimientos tales como la bronquitis crónica, el enfisema obstructivo y el cáncer broncogénico, por lo que cada vez se producían más muertes por esta causa (Rivero y Cols, 1976). De acuerdo con lo anterior, se ha encontrado que en nuestro país el consumo de tabaco ha aumentado en forma importante. En solo 5 años (1975---1980) aumentó en 21,000 toneladas la producción nacional de tabaco de la -- cual el mayor porcentaje lo constituye el consumo nacional (Ecotecnia Agrícola). Existen indicadores que nos hacen considerar que el consumo nacional

podría incrementarse aún más como resultado del cierre a las importaciones de tabaco en los países desarrollados, ya que en éstos la prevalencia y la incidencia de fumadores tiende a disminuir y, por lo mismo, su producción satisface su demanda de tabaco.

Ha sido hasta en los últimos años cuando se reconoció que el hábito de fumar constituye una de las conductas adictivas más difíciles de abandonar. De acuerdo con diversas encuestas, el 50% de los fumadores desean dejar de fumar, pero no pueden, y alrededor del 50% de los exfumadores reinciden en los primeros seis meses de seguimiento. (Puentes, Silva Fg; Balzaretti, M.; y De la Teja, N.; 1984).

Como se ha referido anteriormente, librarse del hábito de fumar resulta fácil para unos pocos afortunados, difícil para la mayoría y casi imposible para algunos fumadores, pese a repetidos intentos para lograrlo. Y ha pesar de que han sido desarrollados numerosos sistemas y programas para ayudar al fumador en su propósito de abandonar el tabaco. (Prokop, K; --- 1981).

En la actualidad, tanto autoridades nacionales como internacionales muestran una gran preocupación sobre el consumo de tabaco, sobre todo la de países en vías de desarrollo como México.

La razón de esta preocupación radica en el hecho de que el tabaco (como ya se mencionó anteriormente) por una parte constituye una de las causas principales de morbilidad y mortalidad en la sociedad moderna, y por la otra, de que existe una tendencia clara y precisa de incremento en el consumo de tabaco en nuestro país.

Por las razones expuestas anteriormente es clara la necesidad de que países como México cuenten con un área de tabaquismo dentro de sus programas de investigación en salud pública y en servicios de salud, como una línea importante de investigación.

Por lo que también resulta clara la necesidad de contar con estudios y programas sobre el hábito de fumar en nuestro país.

Siendo precisamente el objetivo principal de la presente tesis, el brindar una propuesta alternativa de trabajo para ayudar tanto a tratar como a prevenir el tabaquismo.

Consideramos de suma importancia llevar a cabo programas preventivos; dado que la estructura de poblaciones de países como el nuestro, está constituida en un alto porcentaje por niños y jóvenes, grupos de alto riesgo para el consumo de tabaco; ya que para 1980 la población entre los 10 y 19 años de edad se encontraba alrededor de los 17 millones de habitantes. - (Silva, 1983).

De ahí la gran necesidad de una intervención oportuna al través de programas preventivos en la niñez y la adolescencia, así como en otros grupos de alto riesgo.

" PROPUESTA ALTERNATIVA DE TRABAJO PARA UN PROGRAMA - PREVENTIVO
ANTITABACO "

=====

1. Elaboración de material audiovisual.
2. Pláticas y/o conferencias a nivel primaria y secundaria.
3. Proyecciones y películas.
4. Mensajes prohibitivos.
5. Sugerencias para carteles sobre tabaquismo o para cartones periodísticos.
6. Puntos para un proyecto de ley antitabaco.

1. ELABORACION DE MATERIAL AUDIOVISUAL.

Ejemplo:

a) Un rotafolio que explique:

- Los riesgos del tabaquismo.
- Porqué se fuma.
- Los beneficios de dejar de fumar.
- La necesidad de que no se fume delante de niños ni en sitios públicos.

b) Historietas.

En donde se narre por ejemplo, la historia de una mujer que fumó durante el embarazo y que tuvo un hijo mongólico, en la misma historietta se pondrá un protagonista masculino que va dañando poco a poco su salud y otros personajes exitosos como por ejemplo deportistas que ob tienen campeonatos y no fuman.

c) Volantes.

En los que se explique los daños tanto físicos, psicológicos y sociales que causa el fumar y los beneficios tanto a corto como a largo --plazo si no se fuma.

(Repartiendo dichos volantes en las escuelas, centros de salud, lugares recreativos, etc.).

2. PLATICAS Y/O CONFERENCIAS.

En las cuales se abarcarán los siguientes puntos:

- Por qué las personas generalmente fuman (presión social, publicidad, - etc).
- Daños tanto orgánicos, psicológicos y sociales que causa el fumar.
- Lo perjudicial que a largo plazo resulta el fumar.
- La dificultad que representa el tratar de dejar de fumar.
- Beneficios tanto inmediatos como a largo plazo si no se fuma.

Pudiendo ser dadas estas pláticas y conferencias por: Maestros, -- Practicantes, Directores de escuela, Enfermeras, Médicos, Psicólogos, Trabaja jadoras Sociales, etc. (siendo todos ellos previamente capacitados en esta área).

Estas pláticas también pueden ser apoyadas por material audiovi---sual; con el fin de enriquecer y hacer más amena y clara la información que se brinde.

3. PROYECCIONES Y PELICULAS.

En las cuales se ilustren claramente diversos casos de personas -- que fuman y fumaron.

Marcando los daños tanto físicos, psicológicos y sociales que el tabaquismo les ha ocasionado: ilustrándolo en hombres, mujeres, jóvenes y niños.

Así como también señalar los beneficios tanto a corto como a largo plazo de no fumar.

Brindar respuestas alternativas a la conducta de fumar, tales como: leer, hacer ejercicio, tejer, etc.

E informar a donde deben asistir si necesitan o requieren ayuda para dejar de fumar o disminuir su consumo.

Pasando estas proyecciones y películas en primarias, secundarias, preparatorias, universidades, clínicas, hospitales, beneficencias, etc.

Además de pasarlas por lo menos una vez al mes en alguno de los diferentes cines que existen actualmente en el Distrito Federal, así como en provincia; siendo esta proyección en forma gratuita y permitiendo el acceso a cualquier tipo de personas.

4. MENSAJES PROHIBITIVOS.

Tales como:

- " ESTE ES UN LUGAR DE TRABAJO "

" GRACIAS POR NO FUMAR "

- El mismo logotipo para otros sitios con otros textos.

Escuelas, guarderfas, jardines de niños, etc.

- Estás en un centro colectivo para niños

" GRACIAS POR NO FUMAR "

- El humo de tu cigarro daña la salud de los niños.

" GRACIAS POR NO FUMAR "

- Tú puedes dañar tu salud si quieres, pero no tienes ningún derecho --
a dañar la salud de los demás.

" GRACIAS POR NO FUMAR "

- ¡SHHH! que no sepan que fumas, hazlo a escondidas sin que nadie te ---
vea.

" SUGERENCIAS PARA CARTELES SOBRE TABAQUISMO O PARA CARTONES PERIODISTICOS "

F I G U R A	T E X T O
Señora embarazada en término rechazando un cigarro que le invitan	Su hijo tiene derecho a nacer sano. No lo intoxique antes de nacer.
Un señor fumando delante de sus hijos.	Si quiere a sus hijos no fume delante de ellos.
Un profesor fumando delante de sus alumnos.	Un profesor consciente de su deber no debe fumar delante de sus alumnos.
Un señor fumando delante de otras personas en lugar público cerrado (por ejemplo: sala de espera).	El cigarro causa cáncer en el que fuma y los que conviven con el fumador.
Del tórax del fumador se proyecta hacia fuera la imagen de un pulmón enfermo de cáncer.	El cigarro causa cáncer en el que fuma y los que conviven con el fumador.
Un fumador y un tanque de oxígeno al lado.	¡Prepárate! pronto necesitarás un tanque de oxígeno.

6. PUNTOS PARA UN PROYECTO DE LEY ANTITABACO.

1. Prohibir el anuncio de cigarrillos en cualquier ámbito.
2. Prohibir que en películas para niños, y programas de televisión aparezcan personas fumando.
3. Imponer sanciones económicas a quienes contravengan estas prohibiciones y derivarlas a la asistencia pública.
4. Imponer sanciones económicas a quienes fumen en la vía pública.
5. Aplicar impuestos más elevados al consumo de cigarrillos con altas -- concentraciones de nicotina y parte de estos impuestos derivarlos a -- la asistencia pública.
6. Permitir la venta de cigarrillos, solo durante determinadas horas del día.

" PROPUESTA ALTERNATIVA DE TRABAJO PARA UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO ANTITABACO (AUTOADMINISTRADO) "

=====

Para quienes desean dejar de fumar sin recibir ayuda directa, ya sea de algún Médico, Psicólogo, u otro profesional, sino por sí mismos se recomienda seguir los pasos del siguiente programa.

Cuando piense en dejar de fumar ...

- Haga una lista de todas las razones por las que quiere dejar de fumar. Cada noche antes de acostarse, repita una de las razones 10 veces.
- Decida positivamente que usted quiere dejar de fumar. Trate de evitar pensamientos negativos acerca de lo difícil que pudiera ser.
- Desarrolle razones personales importantes además de las relacionadas con la salud. Por ejemplo piense en el tiempo que desperdicia en los "recesos" cuando fuma, apresurándose a comprar una cajetilla, pidiendo que le enciendan el cigarrillo, etc.
- Fije una fecha para dejar de fumar, quizás un día especial como su cumpleaños, un aniversario especial, un día de fiesta. Si usted fuma durante su trabajo, planea dejar de fumar en sus vacaciones. Esta fecha considérela sagrada y no permita cambiarla.
- Empiece a acondicionarse físicamente, empiece un régimen de ejercicios, modesto al principio, ingiera más líquidos, repose suficientemente y evite la fatiga.

Involucre a alguien más ...

- Apuéstele a un amigo que usted puede dejar de fumar en la fecha escogida. Separe el dinero de sus cigarrillos cada día y pague una multa si usted fuma.
- Pídale a su esposa o a un amigo que dejen de fumar junto con usted.

Cambie de marca ...

- Cambie a una marca de cigarros que usted sepa que le desagradan.
- Cambie a una marca que sea de contenido bajo en nicotina, unas dos semanas antes de la fecha seleccionada. Esto le ayudará a disminuir su dependencia física en los cigarros.
- Procure no fumar seguidas 2 cajetillas de la misma marca.

Para disminuir el número de cigarrillos que usted fuma ...

- Fume solo la mitad de cada cigarro.
- Cada día procure retrasar el empezar a fumar una hora.
- Decida que solo fumará en las horas pares o nones.
- Planee con anticipación cuantos cigarros va a fumar en todo el día. Por cada cigarro adicional que fume entregue \$50.00 para caridad.

- Cuando tenga el deseo de fumar, no lo haga inmediatamente, espere algunos minutos y durante este tiempo procure cambiar su actividad o platicar con alguien.
- No compre cigarros por paquetes. Para comprar una cajetilla espere a que la que tiene esté totalmente vacía.
- Deje de llevar cigarros al trabajo o a la casa. Hágalos difícil de obtener.

Disminuyendo ...

- Trate de fumar solo bajo circunstancias que no le sean placenteras. Si le agrada fumar con otras personas, fume solo.
- Tenga consciencia de cada uno de los cigarros que fuma utilizando la mano opuesta o poniendo los cigarros en diferentes bolsillos o en sitios no habituales para romper el acto automático de tomarlos.
- Si usted enciende el cigarro varias veces al día sin siquiera pensar, trate de mirarse al espejo cada vez que lo hace, y quizás decida que no necesita ese cigarro.
- No fume automáticamente, fume solo los que usted realmente desea.
- Gratifíquese usted en cualquier otra forma que no sea fumar.
- En lugar de estirar la mano para tomar un cigarro, hágalo para tomar un vaso de jugo.

- Cambie algunos hábitos alimenticios para ayudarle a dejar de fumar. Por ejemplo, tome leche, que frecuentemente se considera in compatible con el tabaquismo. Al terminar su lunch o la comida - tome algo que no lo lleve a fumar.
- No limpie sus ceniceros, no solo le recordará el número de cigarrros que fuma sino que además le dará el espectáculo desagradable de las colillas y el olor penetrante.

Antes de dejar de fumar ...

- Fume mucho más de lo habitual, para que esta experiencia le resulte desagradable.
- Conserve todas sus colillas en un recipiente grande de vidrio -- transparente, como un recordatorio visual de lo que representa - fumar.
- Practique no cargar cigarrros. En esta ocasión NO piense en que - ya no va a fumar otra vez. Piense en términos de dejar de fumar un día en un período de tiempo. Dígase a sí mismo que el día de hoy no va a fumar, y no lo haga.

El día que decida dejar de fumar ...

- Tire a la basura cigarrros y cerillos. Esconda los encendedores y los ceniceros.
- Visite al dentista y que le haga limpieza dental para librarse - de las manchas que le ha dejado el tabaco. Observe qué bien se - ven sus dientes y anora trate de conservarlos en esa forma

- Haga una lista de las cosas que le gustaría comprar, sea para usted o para otra persona. Calcule el costo en relación al consumo diario de cigarrillos y ponga de lado cada día el dinero para ir -- comprando esos regalos.
- Manténgase ocupado en este día especial. Váyase al cine, haga -- ejercicio, camine, ande en bicicleta.
- Regálese un poco o haga algo especial para celebrarlo.

Inmediatamente después de dejar de fumar ...

- Los primeros días, procure pasar la mayor parte de su tiempo libre en sitios donde esté prohibido fumar.
- Tome frecuentemente agua y jugos de frutas.
- Trate de evitar tomar bebidas alcohólicas, café u otras bebidas que usted asocie con fumar.
- Inicie una conversación con alguien, en lugar de pensar en cigarrillos.
- Si extraña la sensación de tener un cigarrillo en la mano, juegue - con alguna otra cosa, un lápiz, un clip, una canica, etc.
- Si extraña tener algo en su boca, trate con un palillo de dientes o cualquier otra cosa.

Evite tentaciones ...

- En lugar de fumar después de los alimentos, levántese de la mesa y cepíllese los dientes o póngase a caminar.
- Si usted siempre fuma cuando va manejando procure tomar mientras tanto transportación pública.
- Temporalmente trate de evitar situaciones que usted relaciona -- con el placer de fumar, como por ejemplo, viendo su programa pre ferido por televisión, sentado en su silla favorita, tomándose - un aperitivo antes de la comida, etc.
- Trate de desarrollar alrededor de usted un ambiente de personas no fumadoras tanto en la casa como en el trabajo.
- Hasta que usted se tenga toda la confianza de no fumar, lleve a cabo actividades en las que sea inherente el no fumar, por ejemplo, gimnasia, otros deportes, teatro, etc.
- Si usted debe estar en una situación donde tendría la tentación - de fumar, una fiesta por ejemplo, trate de relacionarse solo con los que no fuman.
- Observe la propaganda sobre cigarrillos más críticamente, para - entender la intención de los fabricantes de hacer más atractivo su producto y lograr mayores ventas.

Trate de encontrar nuevos hábitos ...

- Cambie sus hábitos para que fumar sea o más difícil, o imposible o innecesario. Haga actividades como nadar, caminar, jugar tenis o algún otro juego de pelota. Lávese las manos o lave los platos, sobre todo cuando su deseo sea mayor.

- Haga algo para mantener limpio y fresco su sabor de boca como la varse los dientes frecuentemente y utilizar sustancias antisépticas y refrescantes.
- Haga algunas cosas que le tengan ocupadas las manos, como jardinería, andar en bicicleta, sacar al perro a pasear, etc.
- Tenga suficiente reposo.
- Preste la debida atención a su apariencia. Trate de parecer y -- sentirse bien.
- Concéntrese en actividades que tengan mayor sentido para usted - que sean satisfactorias e importantes.
- Procure que sus actividades rutinarias sean más espontáneas y es timulantes.

Cuando sienta deseos de fumar ...

- Tenga a la mano sustitutos orales, tales como: manzanas, apio, - chicles, etc. pero no fume.
- Dese un baño en regadera si le es posible.
- Trate de relajarse con inhalaciones rápidas y profundas y concén- trese en un estado de paz y nada más.
- Cuando sienta ganas de fumar, dígame a sí mismo "no lo haré, no tengo ninguna necesidad de hacerlo".

RECOMENDACIONES:

- . Antes de empezar a implementarse el programa, debe estar absolutamente seguro de que desea dejar de fumar.

- . Haga una lista de las personas con las cuales se relaciona y que podrían ayudarla.

- . Siga el programa paso a paso, sin tratar de saltarse alguno porque esto no le daría resultado.

- . Hasta que haya logrado realizar lo indicado en el primer punto; podrá pasar al siguiente, y así sucesivamente. No importando el tiempo que tarde en cada punto, es decir, no se presione, vaya - pasando por cada punto en la forma en que a usted le sea posible.

- . No abandone el programa por ninguna razón (a excepción de que -- sea inevitable).

- . Si cumplió con todos los pasos señalados en el programa y continúa fumando; se le recomienda volver a autoimplementarse el programa o bien solicitar ayuda profesional.

" PROPUESTA ALTERNATIVA DE TRABAJO PARA UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO ANTITA--
BACO (ADMINISTRACION - PROFESIONAL) "

=====

Para ser implementado en los Centros de Salud Pública e Instituciones Privadas, a las personas que soliciten ayuda antitabáquica.

Primeramente se hará una entrevista a todas y cada una de las personas que deseen asistir al tratamiento; la cual comprenderá los siguientes aspectos: Aspectos Sociodemográficos, Historia Personal, Historia de tabaquismo, Perspectivas y metas personales. (Ver anexo 1).

Posteriormente cada paciente llenará un cuestionario de los motivos de fumar. (Ver anexo 2).

Una vez llevada a cabo la entrevista y contestado el cuestionario, se procederá a formar grupos (no mayores de 10 personas), los cuales se recomienda que estén nivelados en cuanto a la edad, metas personales y promedio de cigarros fumados al día. Ya que como lo cita Best, (1975), "el esclarecimiento de las metas y motivaciones personales puede ser un factor muy importante para lograr el éxito del tratamiento"; en cuanto a la edad también lo consideramos un factor importante, para que haya un mayor grado de entendimiento y comprensión entre los pacientes; y por último el promedio de cigarillos fumados por día, con el fin de hacer un análisis estadístico más accesible y poder observar con mayor claridad los efectos del tratamiento sobre la conducta de fumar.

Ya formados los grupos, se les asignará un horario y el lugar en donde se va a trabajar. (se recomienda que las sesiones sean los días lunes, miércoles y viernes, con una duración de hora y media, así como el trabajar en cubículos de la misma clínica).

Una vez formados los grupos y establecidos el horario y los lugares de trabajo, se les proporcionará a los pacientes una amplia información acerca de los daños que provoca el fumar, no solo a nivel médico sino también psicológico y social

Con el fin de que éstos, durante el proceso informativo, se vayan sensibilizando y preparando para una decisión positiva (dejar de fumar), dicha información abarcará los siguientes aspectos:

SESION 1

INFORMACION MEDICA

Objetivo.- Que los pacientes conozcan los daños orgánicos y enfermedades que el tabaquismo puede ocasionarles.

Material.- Esquemas ilustrativos del cuerpo humano, en donde se indique claramente las diferentes partes en las que generalmente provoca daños el tabaco.

Procedimiento:

a) Presentación personal.

Se hará una presentación introductoria en la que se mencionarán los nombres de los integrantes del grupo, así como el del terapeuta, hablándoles éste, sobre la importancia de conocerse dado que se convivi-

rá a lo largo de 18 sesiones. Pidiéndoles que ahora que conocen los nombres de cada uno, debemos hablarlos por él.

Tiempo aprox. 15 min.

b) Presentación de la información.

En donde el terapeuta hablará a los pacientes sobre los siguientes aspectos:

- Los daños orgánicos que ocasiona el tabaquismo. En especial en el aparato respiratorio, aparato digestivo, sistema nervioso y corazón.
- Los componentes del cigarrillo y del humo que afectan la salud.
- El tipo de enfermedades más frecuentes que se asocian al hábito de fumar, tales como: cáncer pulmonar, infecciones respiratorias, infarto al miocardio, tuberculosis, artereosclerosis, bronquitis, -obstrucciones pulmonares, etc.
- Y sobre los efectos nocivos del tabaco en el embarazo. *

Tiempo aprox. 60 min.

* Apoyándose el terapeuta en el material, para hacer más clara dicha información.

- c) Posteriormente el terapeuta pedirá a los pacientes - que pregunten sus dudas, o que si tienen algún comentario que hacer lo hagan. Y dará por terminada la sesión.

Tiempo aprox. 15 min.

SESION 2

INFORMACION PSICOLOGICA.

Objetivo.- A partir de la información dada durante esta sesión, se espera que los pacientes empiecen a reconocer y reflexionar sobre la no necesidad del fumar. Analizando que su hábito se debe más que nada a una dependencia psicológica.

Material.- Hojas blancas y lápices.

Procedimiento.-

- a) El terapeuta comenzará saludando al grupo y diciéndoles el tipo de información que se va a dar en esa sesión. Repartiéndoles las hojas y lápices.

Tiempo aprox. 5 min.

- b) Instrucciones.

Cada uno de ustedes va a anotar en la hoja que se les dió, si creen que los factores psicológicos son importantes en su mantenimiento de fumar, sí, no y por qué; en que forma influyen en ustedes estos factores y como creen que puedan ser eliminados.

Tiempo aprox. 20 min.

- c) Presentación de la información.

En esta sesión, el terapeuta explicará a los pacien-

tes el grado de dependencia psicológica que han adquirido respecto al cigarro, es decir, les hará ver que su hábito de fumar obedece más bien a una dependencia psicológica y no orgánica; no obstante ésta puede producir posibles daños o enfermedades a nivel orgánico (como los vistos en la sesión anterior).

Así mismo les dirá que el fumar no disminuye la ansiedad, tensión, angustia, etc., sino que solo son imaginaciones creadas por ellos mismos.

También les explicará en forma breve y concisa, los aspectos psicológicos que mantienen la conducta de fumar, siendo algunos de los principales: el reforzamiento inmediato que se obtiene al fumar, la aceptación social, el grado de estimulación o relajación - que se le atribuye generalmente al fumar.

Por último les hablará de la importancia que ejerce la influencia de los estímulos medio ambientales, para seguir manteniendo la conducta de fumar. Por ejemplo, les dirá que el estar rodeados de personas fumadoras, puede ser un factor incitante para que ellos fumen; así como el encontrarse con estímulos propiciantes del fumar (tomar un café, estar en una reunión, etc.).

Tiempo aprox. 45 min.

- d) El terapeuta contestará las dudas que surjan y escuchará comentarios, así mismo hará que los pacientes reflexionen sobre lo que respondieron a las pregun--

tas y que comprueben si realmente tenían razón. Dando por terminada la sesión.

Tiempo aprox. 10 min.

SESION 3

INFORMACION SOCIAL.

Objetivo.- Hacer que los pacientes analicen y reflexionen sobre algunos aspectos sociales que influyen en la conducta de fumar.

Material.- Carteles que contengan publicidad de cigarrillos.

Procedimiento.-

- a) Saludo y se les dirá a los pacientes de lo que se va a hablar en esta sesión.

Tiempo aprox. 5 min.

- b) Presentación de la información.

En esta sesión, el terapeuta les hablará de la importancia que tienen los factores sociales tanto en el inicio como en el mantenimiento del fumar; o sea, explicará que con frecuencia la conducta de fumar se presenta por obtener la aceptación social e incluso se sigue manteniendo en muchas ocasiones por ésta.

También les dirá la influencia que ejercen los medios masivos de comunicación tales como: radio, tele

visión, cine, periódicos, revistas, carteles publicitarios, etc., en la manifestación de la conducta del fumar. Por ejemplo, les hará ver que generalmente -- cuando fuman, no es por consumir en sí el cigarrillo, sino más bien se fuman la imagen o imágenes que se asocian comercialmente a determinadas marcas de cigarrillos; viéndose así reforzada la conducta de fumar:

Recordándoles que no hay que olvidar que debido al sistema (capitalista) en el cual nos encontramos inmersos, se propicia en un mayor grado la conducta de fumar. *

* Ilustrando la información en los carteles, cuando el terapeuta lo considere necesario.

Tiempo aprox. 60 min.

c) Resolución de dudas y/o comentarios.

Tiempo aprox. 10 min.

d) Antes de finalizar la sesión, el terapeuta hará un breve resumen de los principales factores que se hayan mencionado durante esta sesión, haciendo énfasis en que la conducta de fumar es más que nada una dependencia psicológica, que se ve reforzada por algunos aspectos sociales.

Tiempo aprox. 15 min.

Una vez dada esta información. A cada paciente se le pedirá un depósito, siendo este equivalente al 10% de su salario actual; el cual será reembolsable al finalizar el tratamiento. Esto se hará con el fin de que -- los pacientes adquieran un mayor compromiso para recibir el tratamiento y -- también como una medida de control para evitar la deserción de éstos. Cabe hacer notar que se les dirá a los pacientes que si no terminan el tratamiento o lo abandonan, no se les devolverá el depósito que anteriormente hayan dejado.

Al finalizar las sesiones de información y después de tener el depósito de los pacientes; se llevará a cabo una Línea Base de una semana de duración, es decir, en la última semana de información, el terapeuta dará -- a cada paciente 7 hojas de formato de registro (ver anexo 3), y les dirá -- que tienen que llenar una hoja diariamente respondiendo lo que se les pide en cada apartado, pidiéndoles que si tienen alguna duda se la hagan saber -- para que ésta sea aclarada y puedan realizar el llenado de sus registros -- adecuadamente.

Les explicará, que esta Línea Base se hace con el objeto de poder observar cual es su tasa común en cuanto a su consumo de fumar, así como la de observar cuales son las situaciones o actividades que propician y mantienen dicha conducta; con el fin de posteriormente poder hacer un análisis de todo esto y encaminar el tratamiento a eliminar los estímulos y eventos que provocan su conducta de fumar. Haciéndoles ver por lo tanto, que de la veracidad de sus registros dependerá el éxito o fracaso del tratamiento y por -- ende de la eliminación de su problema (fumar).

Y finalmente les dirá que estos registros los vayan guardando para que le sean entregados al terapeuta; dándoles la fecha para la siguiente sesión.

PRE-TRATAMIENTO.

Una vez finalizada la semana de Línea Base, se dará inicio a la fase de Pre-Tratamiento; la cual tendrá como objetivo hacer que los pacientes disminuyan su consumo actual de cigarrillos a un 10% de éste; siendo dicha disminución en forma gradual, es decir, comenzarán por disminuir su tasa de consumo a un 80%, posteriormente a un 60%, y así sucesivamente hasta llegar a consumir solo un 10%.

SESION 4

Objetivo.- Indicar a los pacientes la forma o formas en que pueden llevar a cabo la disminución de la conducta de fumar.

Material.- Carteles en donde se ilustren diferentes casos de como las personas en lugar de fumar realizan otras actividades; así como una lista de diferentes sustitutos que -- los pacientes pueden emplear para disminuir su consumo de fumar, tales como: caminar, tejer, leer, hacer ejercicio, etc. (y algunos otros que sugieran los mismos pa cientes).

Procedimiento.-

- a) Saludo. Y el terapeuta pegará los carteles y la lista de actividades sustitutas, pidiéndoles a los pacientes que le indiquen que otras actividades pueden ser incompatibles con el fumar, anotando las que le sugieran en la lista.

Tiempo aprox. 15 min.

- b) El terapeuta les indicará a los pacientes la forma o formas en que pueden llevar a cabo dicha disminución siendo algunas de éstas, el buscar sustitutos tales como: caminar, leer, tejer, hacer ejercicio, etc., - es decir, el terapeuta les dirá que cuando sientan - deseos de fumar traten de realizar alguna otra actividad, o sea, si por ejemplo han notado que cuando - están cocinando, leyendo, haciendo ejercicio, estando solos, o realizando alguna otra actividad no fu-- man, que traten de permanecer el mayor tiempo posi-- ble realizando estas actividades o ante estas situa-- ciones, con el fin de que logren disminuir su consu-- mo de cigarrillos. (ilustrando la información en el material llevado).

Tiempo aprox. 30 min.

- c) Plenaria.

En donde el terapeuta planteará preguntas encamina-- das a descubrir cuales son los sustitutos más adecua-- dos para cada paciente.

Para ello, el terapeuta preguntará en forma directa a cada paciente, respecto a la realización de que ac-- tividad o actividades y situaciones han notado que - no fuman o que su consumo de cigarrillos es menor; - cada cuando realizan esa actividad o se encuentran - en esa situación y cuanto tiempo duran realizándo-- las.

En base a las respuestas dadas por los pacientes el terapeuta pasará a indicarles que deben realizar es-- tas actividades con más frecuencia y durante el ma--

por tiempo posible, para lograr su disminución de fumar. Pidiendo y permitiendo la participación u opinión de los pacientes.

Tiempo aprox. 35 min.

- d) Estos últimos minutos serán empleados para la resolución de dudas, y para informarles a los pacientes -- que a partir de ahora se les dará una semana de plazo para que por sí mismos disminuyan su consumo de cigarrillos a un 50% de su consumo inicial.

Pudiendo llamar al terapeuta durante esta semana a ciertas horas (las que él establezca), por si tienen algún problema; aconsejándoles éste, según sea el caso.

Tiempo aprox. 10 min.

Si al finalizar esta semana se llegara a observar que algunos de los pacientes no han podido disminuir su consumo de cigarrillos al nivel establecido (10%); el terapeuta continuará trabajando únicamente con los pacientes que sí lo hayan logrado. Y los pacientes que no lo hayan logrado -- tanto de éste como en los demás grupos, se formará con ellos un nuevo grupo, volviéndose a reiniciar el programa (atendiéndose los mismos días, con el mismo horario y con otro terapeuta). Con el objeto de que los pacientes vuelvan a comprometerse con el tratamiento y para que el terapeuta observe en que etapa del proceso del programa es donde muestran tener dificultades.

En dado caso de que se llegara a observar que ninguno de los miembros del grupo logró disminuir su consumo de cigarrillos al 10%, el terapeuta procederá a detectar los motivos por los cuales los pacientes no lograron conseguir la disminución establecida; mediante preguntas directas diri-

gidas a los pacientes, tales como: a) ¿Qué no les quedó claro el tratamiento? b) ¿A qué atribuyen que no hayan alcanzado la disminución establecida?, c) ¿Qué sugieren para poder lograr dicha disminución? (Y algunas otras que el terapeuta considere necesarias). En base a las respuestas que den los pacientes, el terapeuta procederá a buscar nuevas y diversas actividades y -- sustitutos que los pacientes puedan realizar para lograr que reduzcan su -- consumo de cigarrillos o en dado caso de que el terapeuta lo considere nece- sario reestructurará el programa.

TRATAMIENTO.

Una vez lograda la disminución gradual del consumo de cigarrillos a un 10%; se procederá a implementar el tratamiento, en el cual se conjunta ron dos técnicas, siendo éstas: La Técnica de Auto-Control y la Terapia Racional Emotiva (TRE).

Se eligieron estas técnicas, dado que consideramos que son algunas de las más efectivas, accesibles y sencillas de llevar a cabo para tratar - de combatir el tabaquismo; además de que se han obtenido resultados favorables mediante el empleo de la técnica de auto-control en la disminución de la conducta de fumar. En lo que respecta a la Terapia Racional Emotiva, a - pesar de que no ha sido empleada específicamente para abordar el tabaquis-- mo; consideramos que es una de las pocas técnicas que cuenta con los elemen- tos necesarios para combatir la conducta de fumar; además de que con ello - se pretende crear una forma innovadora y efectiva de tratar y eliminar di-- cha conducta, es decir, logrando la eliminación de conductas adquiridas como el fumar en este caso; mediante la racionalización y autocontrol de las personas ante esta conducta.

El autocontrol es actualmente un área de investigación muy impor-- tante en Modificación de Conducta debido a su empleo en problemas comunes

tales como: Obesidad, tabaquismo y hábitos de estudio deficientes; de aquí la preocupación porque exista un concepto de autocontrol que haga referencia a todas las conductas involucradas en éste.

Existen muchos conceptos de autocontrol y en general hacen referencia a conductas que emite un sujeto (Respuesta controladora) para alterar las variables de las que es función otra conducta (Respuesta controlada). Un concepto actual de autocontrol se concibe como un continuo dinámico en el que un sujeto altera el ambiente externo o su ambiente interno para promover un cambio. En un extremo del continuo estaría el control externo y en el otro el autocontrol. Se habla también de una perspectiva interdependiente en autocontrol, en la que un sujeto altera su ambiente (interno y/o externo) y a su vez es influenciado por él, por lo tanto el autocontrol es función del ambiente y de la conducta.

Un rasgo muy importante del autocontrol es que como cualquier otra conducta está controlada por sus consecuencias, y esto hace posible enseñar autocontrol.

De acuerdo a Thoresen y Mahoney (1974) es importante que estén involucradas dos o más conductas alternativas y cuyas consecuencias sean conflictivas. En este caso el patrón autorregulatorio se establece y mantiene en base a las consecuencias a largo plazo de las conductas.

En general, se pueden clasificar tres condiciones en que es útil el autocontrol.

- 1) Con conductas que tienen consecuencias aversivas a largo plazo.
- 2) Con conductas poco frecuentes y que tienen consecuencias positivas a largo plazo.
- 3) Como complemento de otros métodos de cambio, principalmente pa-

ra el mantenimiento de los logros terapéuticos, de esta manera se desvanece el control de parte del terapeuta y es el sujeto - el que se controla a sí mismo. Otra utilidad se refiere a un -- procedimiento específico del autocontrol, el autoreforzamiento positivo, que aparentemente puede alterar lo que un sujeto cree de sí mismo.

El autocontrol se emplea para: 1) Incrementar la probabilidad de - respuestas con consecuencias positivas a largo plazo aunque tengan conse--- cuencias aversivas inmediatas. 2) Para decrementar la probabilidad de res-- puestas con consecuencias positivas inmediatas y consecuencias aversivas a largo plazo. 3) Para el mantenimiento de los logros terapéuticos.

En general, un intento de autocontrol involucra el fortalecimiento de conductas deseables y el debilitamiento de conductas alternativas inde-- seables.

En cuanto a la Terapia Racional Emotiva (TRE), (Ellis, 1957-1962) se deriva directamente de una teoría que supone que los desórdenes psicoló gicos surgen de patrones erróneos o irracionales de pensamiento. Los patro-- nes de pensamiento que típicamente se manifiestan por sí mismos en cadenas de autoverbalizaciones preconscientes implícitas, surgen de suposiciones -- que comprenden el sistema de creencias básico del individuo.

La esencia de la TRE se ve en el modelo A - B - C - D - E, en don-- de A se refiere a cierto suceso real y extenso al que el individuo se expo-- ne. B se refiere a la cadena de pensamientos (autoverbalizaciones) que uti-- liza como respuesta a A. C simboliza las emociones y conductas que son con-- secuencia de B. D se refiere a los esfuerzos del terapeuta para modificar - lo que ocurre en B; y E para las consecuencias emocionales y conductuales - presumiblemente benéficas.

La tarea en casa es un elemento importante de la terapia racional

emotiva. Se puede pedir al cliente que lea capítulos destacados de la Guía para un vivir racional de Ellis y Harper (1968). Aparte se le puede pedir - que escriba aquellas situaciones que provocan el surgimiento de emociones - negativas, indicando las autoverbalizaciones irracionales que tuvo en esos momentos, así como lo que se dijo así mismo para atacar dichos pensamientos (Ellis, 1971; cit. en Rimm, C. y Master, J. 1981).

De acuerdo con Ellis (1971), las creencias irracionales no se pueden verificar empíricamente; esto es, no son sujetas a prueba. Es frecuente que la clase de creencias de interés primordialmente para TRE pertenezcan a cierta forma de imperativos morales dictados que supuestamente definen las bases del valor humano. Dado que de acuerdo con Ellis, el valor personal no es una entidad medible, cualquier creencia del tipo mencionado se reduce a una suposición arbitraria.

Otra clase general de creencias centrales para la TRE pertenece a las presumibles necesidades humanas. Puesto que esta terapia considera que realmente no existen necesidades (aparte de las físicas y de supervivencia) sino que solo son deseos.

En términos muy generales, la tarea del terapeuta es triple. Primero, determina eventos externos precipitantes. Segundo, determina los patrones de pensamiento específicos (y creencias subyacentes) que constituyen la respuesta interna a dichos eventos y dan surgimiento a las emociones negativas. Tercero, asiste al cliente en la alteración de dichas creencias y patrones de pensamiento. (Ellis, 1971; cit. en Rimm, C. y Masters, J. 1981).

El siguiente tratamiento ha sido diseñado tanto para eliminar la - conducta de fumar como para solamente disminuir la tasa de consumo de éste.

El tratamiento constará de 12 sesiones, de hora y media cada una, llevándose a cabo tres veces por semana. Llenando los pacientes un registro

diario (ver anexo 4).

SESION 5

Objetivo.- Dar a los pacientes una orientación referente a la técnica de autocontrol y al análisis experimntal de la -- conducta.

Material.- Pizarrón, gis y borrador.

Procedimiento.-

- a) Saludo y felicitaciones del terapeuta hacia los pa-- cientes, por haber logrado su disminución de cigarrj llos a un 10%.

Motivando a los pacientes a continuar con el trata-- miento con palabras tales como: ¡Muy bien! ahora han visto que sí son capaces de disminuir su consumo de cigarrillos deben seguir adelante.

Traten de no hechar por tierra lo que hasta ahora -- han logrado, continúen manteniendo este consumo.

Ya que lograron disminuir su consumo, piensen que -- también pueden lograr su abstinencia. (Y algunos --- otros comentarios por este estilo).

Diciéndoles lo que se realizará a continuación, ha-- ciéndoles ver que la orientación que verán enseguida es una parte muy importante del programa total de -- tratamiento, porque el terapeuta es el paciente mis-

mo, el que debe adquirir habilidades en la aplicación de los principios de aprendizaje más importantes. Esta tarea no es específicamente difícil, dado que los principios implicados son relativamente pocos y no son complicados.

Tiempo aprox. 20 min.

b) Conferencia. *

En la cual el terapeuta abordará los siguientes puntos: **

- Qué es y en qué consiste la técnica de autocontrol
- Qué es un reforzamiento, cuántos tipos de reforzamiento existen y cual es la definición de cada uno de éstos.
- El papel del reforzamiento en el aprendizaje de conductas sociales.
- Qué es y en qué consiste el control de estímulos.
- Qué es y en qué consiste el manejo de contingencias.

Tiempo aprox. 60 min.

* Pudiendo el terapeuta basarse para dar esta conferencia en el libro de Rimm y Masters. *Terapia de la Conducta. Técnicas y Hallazgos Empíricos.* Ed. Trillas, México, 1982.

** Haciendo el terapeuta las anotaciones que considere pertinentes en el pizarrón.

- c) El tiempo restante se dedicará a la resolución de dudas, preguntas y/o comentarios.

Tiempo aprox. 10 min.

SESION 6

Objetivo.- Que los pacientes conozcan los principios básicos de los cuales parte la Terapia Racional Emotiva.

Material.- Pizarrón, gis, borrador, tarjetas y lápices.

Procedimiento.-

- a) Saludo y explicación de lo que será visto durante esta sesión.

Tiempo aprox. 5 min.

- b) Conferencia. *

En donde el terapeuta dará una información relativa acerca de los principios básicos que comprende la Terapia Racional Emotiva, abarcando los siguientes aspectos.

- De dónde se deriva esta teoría.

- Supuestos de los que parte.

* Empleando el terapeuta el pizarrón cuando lo requiera; y pudiéndose basar igualmente para dar la conferencia en el libro de Rimm y Masters --- (Ob. cit.).

- Explicación del paradigma en el que se basa.
- Cuales son sus metas y objetivos.

Exponiéndoles las ideas irracionales que más frecuentemente exponen los fumadores: No puedo dejar de fumar, lo necesito, es algo esencial en mi vida; ya -- forma parte de mí y no lo puedo dejar (y algunas --- otras por el estilo). Indicándoles el terapeuta en - qué consiste la irracionalidad de dichas ideas y pensamientos.

Tiempo aprox. 60 min.

- c) Resolución de dudas; preguntas, comentarios o suge--rencias.

Tiempo aprox. 10 min.

- d) El terapeuta dará una tarjeta y un lápiz a cada pa--ciente, pidiéndoles que anoten en ella los pensamientos o ideas irracionales que ellos crean tener res--pecto al fumar. (Con el fin de que el terapeuta ob--serve si éstos son capaces de identificar sus pensamientos e ideas irracionales, y si no es este el ca--so continuar explicándoles cuáles son y en qué con--sisten los pensamientos e ideas irracionales). Comentando algunos casos de pacientes (tantos como lo permita el tiempo de que se dispone) y haciéndoles ver en qué consiste la irracionalidad de estos casos. Y así dará por terminada la sesión.

Tiempo aprox. 15 min.

Uno de los puntos más importantes a destacar durante estas dos primeras sesiones de tratamiento, es el de que no tiene caso alguno para el paciente el pensar que le falta fuerza de voluntad, o capacidad de resistencia. El verse así mismo en esos términos, lo único que puede hacer es sabotear sus esfuerzos para el autocontrol.

Para evitar la presencia de estos patrones erróneos e irracionales de pensamiento, es que se empleará la Terapia Racional Emotiva; para modificar los pensamientos de desadaptación y a su vez la conducta de los pacientes respecto al fumar.

SESION 7

Objetivo.- Que los pacientes aprendan a identificar cuales son los estímulos que están controlando su conducta de fumar.

Material.- Hojas y lápices.

Procedimiento.-

- a) Saludo e indicaciones del objetivo que se persigue - para esta sesión, así como se repartirán las hojas y lápices.
- b) Presentación de la información.

El terapeuta procederá a introducir los principios de condicionamiento operante, comenzando con un análisis del control de estímulos, señalando que la conducta no ocurre en el vacío, sino que se encuentra - bajo el control de un estímulo legítimo; pidiéndole a cada paciente que haga una revisión de sus registros hechos durante el período de línea base (propor

cionándose los el terapeuta), para que observen cuáles son los lugares, actividades y situaciones que les provocan la conducta de fumar con mayor intensidad. Por ejemplo, si algún paciente tiende generalmente a fumar en la cocina, o en la recámara, el terapeuta les pedirá que ahora únicamente lo hagan en la sala; ya que en ningún otro lugar de la casa les estará permitido hacerlo. Indicándoles el terapeuta que cada uno de ellos solo fumará en donde ocurre -- con menor frecuencia esta conducta o en donde no ocurre.

Con el fin de que ellos mismos aprendan a controlar los estímulos que propician o mantienen su conducta de fumar.

A su vez, de que les dirá a los pacientes que deberán de tratar de evitar aquellas situaciones en las que su consumo o deseo de fumar sea mayor, es decir, exponiéndose a sí mismos ante los estímulos que tienen a inhibir su conducta de fumar. Por ejemplo, si le agrada, a determinado paciente, fumar cuando está en compañía de otras personas, el terapeuta le recomendará que pase el mayor tiempo posible solo o viceversa. Haciendo cada paciente lo que mejor se adecúe a su situación.

Tiempo aprox. 50 min.

c) Plenaria.

En donde el terapeuta pedirá a los pacientes que anoten en las hojas que les dió, las actividades o situa

ciones en las que ellos han observado y visto en sus registros de línea base que frecuentemente fuman o aumentan su consumo de cigarrillos, intercambiando posteriormente estas hojas con sus compañeros de al lado.

Tiempo aprox. 10 min.

- d) Posteriormente el terapeuta pedirá a los pacientes - que cada uno vaya sugiriendo en voz alta a su compañero algunas conductas alternativas que puedan realizarse para que logren inhibir su conducta de fumar.

Tiempo aprox. 20 min.

- e) Los últimos minutos serán empleados para responder dudas, preguntas y escuchar comentarios.

Tiempo aprox. 5 min.

SESION 8

Objetivo.- Hacer reflexionar a los pacientes sobre si existen en ellos pensamientos irracionales.

Material.- Hojas blancas y lápices.

Procedimiento.-

- a) Saludo y comentarios acerca de lo que será visto en esa sesión y les repartirá las hojas y los lápices.

Tiempo aprox. 5 min.

b) Presentación de la información.

El terapeuta procederá a hacer un resumen de la información dada a los pacientes en la sesión 6, es decir, de la Terapia Racional Emotiva. Destacando en este resumen los puntos más importantes; tales como, el paradigma del que parte esta teoría, cuales son sus metas; así como los pensamientos irracionales -- que generalmente exponen los fumadores.

Tiempo aprox. 30 min.

c) El terapeuta les pedirá a los pacientes que anoten en la hoja que les entregó, las ideas y pensamientos irracionales que ellos consideren tener respecto al fumar.

Tiempo aprox. 20 min.

d) Discusión.

En donde el terapeuta irá pidiendo a cada paciente que exponga lo que escribió y que el mismo le indique en que consiste la irracionalidad de dichas ideas o pensamientos. Si los pacientes no pudieran identificar lo que se les pide, el terapeuta pedirá a los otros pacientes que ayuden a su compañero y en dado caso de que ellos tampoco logren identificar lo que se les pidió, el terapeuta procederá a indicarles en qué consiste la irracionalidad de sus ideas. Tratando al mismo tiempo de que los pacientes las acepten y racionalicen.

Si alguno (os) paciente (s) no acepta la irracionalidad de sus ideas, el terapeuta les refutará éstas, - haciéndoles ver en donde se encuentra lo irracional de sus pensamientos y por consiguiente de su conducta.

Tiempo aprox. 30 min.

- e) Breve comentario por parte del terapeuta acerca de la utilidad de esta sesión y despedida.

Tiempo aprox. 5 min.

SESION 9

Objetivo.- Que los pacientes conozcan la importancia que tienen -- las consecuencias de respuesta sobre la conducta de fumar y que aprendan a autorecompensarse.

Material.- 5 cartulinas y 5 plumones.

Procedimiento.-

- a) Saludo y el terapeuta mencionará el tema ha ser visto en esta sesión.

Tiempo aprox. 5 min.

- b) Presentación de la información.-

El terapeuta pasará a hacer un análisis de la importancia que tienen las consecuencias de respuesta sobre el mantenimiento de la conducta. Explicándole a

los pacientes la forma de otorgarse autorecompensas por los avances que vayan teniendo en su conducta de fumar (disminución de su consumo, fumar solo en determinados lugares, etc.), es decir, les dirá que si por ejemplo un paciente ha logrado una disminución - en su consumo de cigarrillos fumando solamente en de terminados lugares; pueden autorecompensarse, ver la película que tenía deseos de ver, comprarse un libro que le agrade, dedicando un mayor tiempo a la realización de su pasatiempo favorito, etc.. Recordándo-- les lo importante que es que esta (s) recompensas se ha gan en forma contingente (como fue visto en la se--- sión 5), para lograr el efecto deseado (la no ocu--- rrencia o la disminución de la conducta de fumar).

Si por el contrario, no han logrado disminuir su con sumo de cigarrillos, deben autorecompensarse en forma negativa; privándose de adquirir o realizar actividades que les sean de su agrado, dedicando un me-- nor tiempo a la realización de sus pasatiempos favoritos, etc.

También les sugerirá que elaboren una lista de pa--- rientes y amigos a los que puedan solicitar ayuda pa ra que les proporcionen reforzamientos de tipo so--- cial (como sonrisas, halagos, palabras de aliento, - etc.), ante los avances positivos que vayan teniendo en su conducta de fumar.

Tiempo aprox. 30 min.

- c) El terapeuta les pedirá a los pacientes que formen - equipos de dos personas cada uno; una vez formados - estos, a cada grupo se les entregará una cartulina y

un plumón, y les pedirá que anoten en ésta, las actividades o situaciones que ellos consideren que les son más reforzantes.

Tiempo aprox. 30 min.

d) Discusión.-

En donde cada equipo pegará sus cartulinas en la pared, pizarrón (o algún lugar accesible para ello). - En seguida el terapeuta pedirá que se coloquen en -- círculo para discutir lo que escribieron. Para generar la discusión, el terapeuta hará las siguientes preguntas:

¿Qué opinan de las actividades escritas por sus compañeros?

¿Creen que existan otras actividades que puedan también serles reforzantes? ¿Cómo cuales?

¿Por qué consideran que es importante autorecompensarse?

Tiempo aprox. 20 min.

e) Terminación de la sesión y despedida.

Tiempo aprox. 5 min.

SESION 10

Objetivo.- Comprobar que los pacientes se hayan autoreforzado en forma adecuada.

Procedimiento.-

- a) Saludo y recapitulación de la sesión anterior y breve explicación del trabajo a realizar.

A continuación vamos a ir analizando la forma en que cada uno de ustedes se ha autorecompensado la no ocurrencia o disminución de su consumo de fumar.

Tiempo aprox. 20 min.

- b) Plenaria.

En donde el terapeuta irá preguntando a cada paciente la forma en que han ido autoreforzándose (ya sea en forma positiva o negativa) su disminución o no -- conducta de fumar. Indicándoles éste si lo están haciendo en forma adecuada o no; así como la forma en la cual podrían mejorar sus métodos de recompensa.

Reforzándoles socialmente (mediante sonrisas, palabras aprobatorias, de apoyo, etc.) y motivándolos a seguir adelante con el programa.

Tiempo aprox. 50 min.

(5 min. aprox. para cada paciente)

- c) El terapeuta dará un breve resumen de lo visto y -- terminará la sesión.

Tiempo aprox. 20 min.

SESION 11

Objetivo.- Indicarle a los pacientes la forma de realizar respuestas alternativas o de competencia en contraposición al fumar.

Materiai.- Pizarrón, gis y borrador.

Procedimiento.-

- a) Saludo y presentación de la información. En donde el terapeuta les explicará a los pacientes qué son las respuestas alternativas y de competencia, es decir, les explicará que son aquellas respuestas que evitan que una persona haga algo más en una situación específica, o sea, busque respuestas incompatibles, por ejemplo, cuando el fumar esté por ocurrir los pacientes deben practicar una conducta de competencia. Las respuestas incompatibles (por ejemplo, el tomar un paseo a pie o hacer un ejercicio) tanto disminuyen la disponibilidad del fumar como el deseo del mismo; si la respuesta incompatible no es placentera inherentemente debe autorecompensarse, dado que la respuesta alternativa ideal debe ser reforzante por sí misma. La respuesta incompatible debe iniciarse tan temprano como sea posible en la cadena de conductas, mismas que de otra manera conducirían al fumar. *

* Si el terapeuta lo desea, puede consultar el libro de Rimm y Masters, --- (Ob. cit.) para la preparación de este tema. Empleando el terapeuta el pizarrón cuando lo desee).

Tiempo aprox. 40 min.

b) Plenaria.

En la que se analizarán las condiciones de que ellos disponen para realizar las respuestas alternativas - preguntando el terapeuta.

- ¿Qué tipo de respuestas alternativas o incompatibles con el fumar, consideran poder llevar a cabo?

- ¿Si cuentan con la ayuda de sus familiares o amigos?

(Y algunas otras preguntas similares que el terapeuta considere adecuadas hacer).

Tiempo aprox. 40 min.

c) Breve síntesis de lo más reelevante que se haya dicho en la plenaria y terminación de la sesión.

Tiempo aprox. 10 min.

SESION 12

Objetivo.- Comprobar si los pacientes comprendieron lo visto en la sesión anterior, y si han logrado realizar algunas respuestas alternativas.

Material.- Tarjetas y lápices.

Procedimiento.-

- a) Saludo y repartición de las tarjetas y lápices.

Tiempo aprox. 6 min.

- b) Instrucciones.

El terapeuta les dirá a los pacientes que en las tarjetas que les entregó respondan por favor a las siguientes preguntas.

- ¿Qué son las respuestas alternativas y de competencia?
- ¿Por qué es importante buscar respuestas alternativas al fumar?
- ¿Qué tipo de respuestas consideran más útiles y prácticas? ¿Por qué?
- ¿Qué tipo de respuestas alternativas han realizado y cómo se han sentido al llevarlas a cabo?
- ¿Con qué dificultades se han encontrado al realizar estas respuestas alternativas?

Tiempo aprox. 40 min.

- c) Discusión.

En donde los pacientes expondrán lo que respondieron a cada una de las preguntas; comentando dichas res--

puestas entre todos

Tiempo aprox. 40 min.

d) Breve resumen y terminación de la sesión.

Tiempo aprox. 5 min.

SESION 13

Objetivo.- Dar a conocer a los pacientes los principios de moldeamiento.

Material.- Pizarrón, gis y borrador.

Procedimiento.

a) Saludo y breve comentario del tema a ser tratado.

Tiempo aprox. 5 min.

b) Presentación de la información. *

El terapeuta procederá a explicar a los pacientes.

- Qué es el moldeamiento.

- En qué consiste.

- Cuáles son sus objetivos.

- Cómo se implementa.

- Cuál es la utilidad de éste en la eliminación o reducción de la conducta de fumar.

* Consultando el terapeuta el libro de Rimm y Masters (Ob. cit.) si así lo desea para preparar esta información. Y empleando el pizarrón para hacer las anotaciones que él considere pertinentes.

Tiempo aprox. 60 min.

c) Resolución de dudas respecto a la información dada.

Tiempo aprox. 10 min.

d) Plenaria.

En donde entre todos se comentará que piensan y opinan respecto a la información vista. Y se dará por terminada la sesión.

Tiempo aprox. 15 min.

SESION 14

Objetivo.- Observar si los pacientes han adquirido e implementado los principios de moldeamiento.

Material.- Cierta espacio en donde los sujetos puedan llevar a cabo una pequeña actuación.

Procedimiento.-

- a) Saludo y una breve recopilación de lo expuesto en la sesión pasada.

Tiempo aprox. 10 min.

- b) Instrucciones.

El terapeuta pedirá a los pacientes que formen equipos de dos personas cada uno.

Y les dirá que cada equipo va a pasar al frente a hacer una pequeña actuación, es decir, que un integrante del equipo le irá indicando a su compañero la forma en que puede presentar nuevas conductas incompatibles con el fumar, al través del reforzamiento inicial de conductas del repertorio del individuo, que tienen alguna similitud con la conducta deseada. O sea, implementará los principios de moldeamiento. Y posteriormente el otro paciente hará lo mismo pero a su compañero.

Continuando este mismo procedimiento con cada uno de los grupos.*

- * Interviniendo el terapeuta cuando lo considere oportuno, ya sea reforzando o corrigiendo a los pacientes.

Tiempo aprox. 60 min.

- c) Breve resumen por parte del terapeuta de lo visto a lo largo de la sesión y finalización de ésta. (Pidiéndoles a los pacientes que ellos mismos continúen apli

cándose los principios de moldeamiento).

Tiempo aprox. 10 min.

SESION 15

Objetivo.- Obtener información para comprobar si aún persisten ---- ideas o pensamientos irracionales en los pacientes.

Material.- Hojas y lápices.

Procedimiento.-

- a) Saludo y se mencionará el objetivo que se persigue para esa sesión.

Tiempo aprox. 5 min.

- b) Instrucciones.

El terapeuta pedirá a los pacientes que anoten en las hojas en la forma más explícita y veraz posible los pensamientos e ideas que tienen actualmente respecto al fumar.

Tiempo aprox. 30 min.

- c) Plenaria.

En donde cada paciente expondrá a sus compañeros lo que hayan escrito, pidiendo el terapeuta a su vez a -

éstos que si detectan a lo largo de dichas exposiciones algún (os) pensamiento (s) o idea (s) irracionales que lo digan y mencionen en donde se encuentra la --- irracionalidad de éstas.

Tiempo aprox. 45 min.

- d) Breve resumen por parte del terapeuta y de los pacientes de lo visto en la sesión y despedida.

Tiempo aprox. 10 min.

SESION 16

Objetivo.- Hacer que cada paciente grabe un cassette que contenga - sus autoverbalizaciones ya racionalizadas respecto al -- por qué no deben fumar.

Material.- Grabadoras (las máximas que se puedan conseguir, de ser posible una para cada paciente, y un cassette por paciente).

Procedimiento.-

- a) Saludo y mención del objetivo que se persigue en esta sesión.

Tiempo aprox. 5 min.

- b) Explicación.

El terapeuta les dirá a los pacientes que ahora que - ya han logrado identificar y racionalizar sus ideas y

pensamientos respecto a la conducta de fumar; desea - que éstas sean grabadas por cada uno de los pacientes con el objeto de que puedan utilizar este cassette como una ayuda muy importante en la etapa de segui--- miento.

Resolviendo el terapeuta las dudas que llegaran a sur gir en los pacientes, y distribución del material.

Tiempo aprox. 15 min.

c) Instrucciones.

Si el espacio es amplio y se cuenta con todo el material necesario* para que cada paciente grave; el teraapeuta pedirá a los pacientes que se distribuyan en la forma más separada que puedan y les indicará que cada uno grave sus ideas y pensamientos ya racionalizados respecto al por qué no se debe fumar, al través de -- sus autoverbalizaciones. Lo más clara y explícitamente posible.

* Si este no es el caso, el terapeuta dará las instrucciones según la situa ción.

Tiempo aprox. 60 min.

d) Breve síntesis de la importancia de lo realizado en - esta sesión y dar por finalizado el tratamiento.

Tiempo aprox. 10 min.

NOTA: Como en el caso de todos los programas basados en el autocontrol, se recomienda al terapeuta que tenga cuidado de no recargar a los pacientes con requisitos en ningún punto del tratamiento. La manera más razonable de proceder, es la de ver que los pacientes incorporen los procedimientos de manera gradual quizás uno o dos por semana. Dado que es importante para los pacientes experimentar el éxito en cada etapa del programa, se recomienda también que los procedimientos se presenten en orden creciente de dificultad. Lo anterior puede llevarse a efecto de la manera más fácil, pidiendo a los pacientes que jerarquicen las diversas tareas de acuerdo a las probabilidades que tengan de efectuarlas exitosamente.

POST - TRATAMIENTO

Esta fase será empleada para evaluar y observar los cambios obtenidos durante el tratamiento. Dicha evaluación será llevada a cabo mediante: los autoreportes que los pacientes llenaron a lo largo del tratamiento, y el reporte que proporcionen los colaboradores (ya sea en forma escrita o -- por vía telefónica); así como mediante las observaciones directas que el terapeuta haya hecho de cada paciente a lo largo de la implementación del programa.

Esta fase se realizará una vez que haya terminado el tratamiento. Para esta fase no será necesaria la presencia de los pacientes. Llevándose a cabo dicha evaluación en un tiempo máximo de tres días.

Una vez realizada la fase de post-tratamiento, el terapeuta volverá a citar a los pacientes y les explicará en qué consistirá el seguimiento.

SEGUIMIENTO

El terapeuta explicará a los pacientes que el seguimiento tendrá -- una duración de 8 meses. Explicándoles que en el primer mes cada uno de --- ellos llenará un registro diario igual al realizado en el período de Línea Base (anexo 1) (proporcionándoselos el terapeuta), y les dirá que escuchen diariamente antes de comenzar sus labores el cassette que ellos mismos grabaron con autoverbalizaciones racionales respecto al por qué no se debe fumar.

Diciéndoles que lo deberán visitar una vez a la semana (el día que - mejor les convenga) llevándole sus registros y comentándole los problemas - con los cuales se hayan encontrado.

El papel del terapeuta será el de constatar la información proporcionada por los pacientes al través de sus registros y comentarios, con el reporte de los colaboradores (familiares, amigos, etc. gente a la que el te rapeuta previamente haya pedido su cooperación), ya sea que este reporte lo reciba en forma escrita o mediante llamadas telefónicas. Además de brindar a cada paciente reforzamientos sociales; ya sean estos positivos o negati-- vos según sea la conducta reportada y el de refutar los pensamientos irra-- cionales que hayan surgido en los pacientes, así como el de fortalecer los racionales.

En los siguientes dos meses, el terapeuta dirá a los pacientes que llenarán únicamente un registro (el mismo formato que el anterior) semanal acerca de su conducta de fumar y escucharán el cassette cada tercer día; vi sitándolo dos veces al mes (los días que ellos elijan, siempre y cuando haya entre ellos un lapso de 15 días). Realizando el terapeuta el mismo papel que durante el primer mes de seguimiento.

Para los siguientes tres meses de seguimiento; los pacientes llena-

rán un registro mensual (el mismo) y escucharán el cassette cada semana. Visitando al terapeuta una vez al mes.*

*NOTA: Si el terapeuta observa que durante esta etapa de seguimiento algún (os) paciente (s) ha vuelto a aumentar en forma considerable su tasa de consumo de cigarrillos, el terapeuta pedirá al paciente que vuelva a llenar los registros diariamente así como a escuchar el cassette. Llamando diariamente al terapeuta para reportarle el consumo de estos. Si se observa que él o los pacientes vuelven a abstenerse de fumar o a retornar a su tasa inicial de consumo (mostrada al finalizar el tratamiento) se continuará con el siguiente paso -- del seguimiento. Pero si no es así, el terapeuta dará consultas a cada paciente en forma individual en las cuales analizará conjuntamente con el paciente los motivos y estímulos que siguen manteniendo su conducta de fumar y tratará de que el paciente vuelva a adquirir las habilidades de autocontrol y que logre racionalizar nuevamente sus pensamientos e ideas y por consiguiente su conducta de fumar. Una vez que el paciente las haya adquirido, se darán por terminadas estas consultas.

Finalmente en los dos últimos meses de seguimiento, el terapeuta pedirá a los pacientes que se reporten por vía telefónica, con él una vez al mes y escucharán el cassette solo cuando sus deseos de fumar sean muy intensos.

Antes de dar por terminado el seguimiento, el terapeuta aconsejará a los pacientes que escuchen el cassette siempre y cuando sus deseos de fumar sean intensos y que envíen un reporte por escrito después de seis meses de haber concluido el seguimiento; en el cual relaten sus experiencias respecto al fumar a lo largo de estos meses y su consumo actual de cigarrillos si es que lo hay. Siendo lo más veraces y explícitos en dichos reportes.

" ANEXO I "

" FORMATO DE ENTREVISTA "

=====

México, D.F., a ___ de _____ de _____

ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

Edad: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Trabajo Actual: _____ Horario: _____

Teléfono: casa _____ Trabajo: _____

Ingreso Mensual: _____

Depósito (10% de su salario): _____

~~HISTORIA PERSONAL~~

1. ¿Motivo (s) por los cuales comenzó a fumar? _____ ✓

2. ¿Motivos por los cuales continúa fumando? _____ ✓

3. ¿Quién y/o qué lo incitó a fumar? _____ ✓

4. ¿Quién (es) le proporciona (n) los medios económicos para comprar los cigarrillos que fuma? _____

5. ¿Influye en usted la propaganda que se le hace a los cigarrillos?
a) Bastante b) Regular c) Poco d) Nada
6. ¿Qué miembros de su familia o amigos fuman actualmente? _____

7. ¿Ante qué situaciones aumenta su consumo de cigarrillos? _____

HISTORIA DE TABAQUISMO

8. ¿Fuma actualmente? _____ ¿No fuma actualmente? _____
¿Fumó en el pasado? _____
9. ¿Número de cigarrillos que actualmente fuma (diariamente)? _____

10. ¿Edad de inicio de fumar? _____
11. En los últimos dos años, su consumo de cigarrillos:
a) ¿va en aumento? b) ¿es el mismo? c) ¿disminuyó?
12. ¿Abandonó el hábito tabáquico en el pasado? _____
13. ¿Intentos de abandono? _____
14. ¿Tiempo máximo que ha dejado de fumar? _____

15. ¿Deseo de abandono del hábito de fumar? _____

16. ¿Dificultades para el abandono del hábito de fumar? _____

17. ¿Motivos por los cuales dejó de fumar? _____

18. ¿Conciencia de nocividad para su salud y para la de las personas que la rodean? _____

19. ¿Tipo de cigarrillos que fuma actualmente?

a) con filtro

b) sin filtro

20. ¿Sus cigarrillos son?

a) fuertes

b) regulares

c) suaves

PERSPECTIVAS Y METAS PERSONALES

21. ¿Motivos por los cuales desea dejar de fumar? _____

22. Mencione las actividades que realiza como pasatiempo:

Actividades

Horas a la semana

23. ¿Expectativas que usted tiene del tratamiento? _____

24. Asiste al curso para:

- a) ¿Dejar de fumar? _____ b) ¿Reducir el 25% _____
c) ¿Reducir el 50%? _____ d) ¿Obtener información? _____

" ANEXO 2 "

" CUESTIONARIO DE MOTIVOS DE FUMAR "
=====

NOBRE: _____ FECHA: _____
DIA MES AÑO

INSTRUCCIONES: Conteste el siguiente cuestionario lo más verazmente posible, marcando con una "X" una o varias de las opciones que se le presentan a continuación.

PREGUNTAS	MUY FRECUENTEMENTE	OCASIONALMENTE	NUNCA
A. ¿Fumo cigarrillos para sentirme con más energía cuando trabajo?			
B. ¿El tener un cigarrillo en la mano es parte del placer de fumarlo?			
C. ¿El fumar cigarrillos es agradable y tranquilizador?			
D. ¿Cuando me siento enojado por algo fumo para tranquilizarme?			

PREGUNTAS	MUY FRECUEN- TEMENTE	OCASIONALMEN TE	NUNCA
E. ¿Cuando me he quedado sin - cigarrillos, lo siento ca- si insoportable hasta que puedo obtener algunos más?			
F. ¿Fumo cigarrillos automática mente; sin darme cuenta de repente estoy fumando?			
G. ¿Fumo cigarrillos para ani- marme, para darme energía?			
H. ¿Parte del deseo de fumar - proviene de lo que tengo - que hacer para encender un cigarrillo?			
I. ¿Cuando estoy tranquilo me gusta fumar?			
J. ¿Si estoy molesto por algo enciendo un cigarrillo pa- ra que se me pase?			

PREGUNTAS	MUY FRECUEN- TEMENTE	OCASIONALMEN_ TE	NUNCA
K. ¿Cuando no fumo me siento - mal?			
L. ¿Enciendo un cigarrillo sin darme cuenta que tengo --- otro encendido en el ceni- cero?			
M. ¿Fumo cigarrillos para ani- marme?			
N. ¿Cuando fumo un cigarrillo, parte de mi placer es ver el humo que produzco?			
O. ¿Mi deseo de fumar aumenta cuando estoy cómodo y tran- quilo?			
P. ¿Fumo cuando quiero olvidar- me de mis preocupaciones?			

PREGUNTAS	MUY FRECUEN- TEMENTE	OCASIONALMEN- TE	NUNCA
Q. ¿Cuando no he fumado un buen rato siento una necesidad - casi incontrolable por fumar un cigarrillo?			
R. ¿Me he encontrado con que -- tengo un cigarrillo en la - boca sin que yo recuerde haberlo puesto ahí?			

" ANEXO 3 "

FORMATO DE REGISTRO

(LINEA BASE)

NOMBRE: _____

INSTRUCCIONES: A continuación se le presenta el siguiente registro; en el cual deberá de ir anotando diariamente lo que se le pide en cada apartado, realizándolo lo más verazmente posible.

CANTIDAD DE CIGARRILLOS	HORA	INTENSIDAD DE APETENCIA +	LUGAR	¿CON QUIEN?	ACTIVIDAD DURANTE EL FUMAR	ACTIVIDAD DESPUES DE FUMAR	ESTADO DE ANIMO
1er. cigarro							
2o. "							
3er. "							
4o. "							
5o. "							
6o. "							
7o. "							
8o. "							
9o. "							
10o. "							
11o. "							
12o. "							
13o. "							
14o. "							
15o. "							
16o. "							
17o. "							
18o. "							
19o. "							
20o. "							
Más de 20 cigarrillos				Sí _____	No _____	¿Cuántos? _____	
TOTAL							
ULTIMO CIGARRO DEL DIA							

+ Indique la intensidad de su apetencia en una escala de 1 al 5; 1 = sin apetencia; 2 = ligera apetencia; 3 = apetencia moderada; 4 = apetencia fuerte; --- 5 = apetencia muy intensa.

" ANEXO 4 "

CANTIDAD	HORA	LUGAR	ACTIVIDAD	¿ POR QUE FUMA ? Vea instrucciones en la sig. hoja
8o. cigarro				1 2 3 4 5 6 7 8
9o. "				1 2 3 4 5 6 7 8
10o. "				1 2 3 4 5 6 7 8
11o. "				1 2 3 4 5 6 7 8
12o. "				1 2 3 4 5 6 7 8
13o. "				1 2 3 4 5 6 7 8
14o. "				1 2 3 4 5 6 7 8
15o. "				1 2 3 4 5 6 7 8
16o. "				1 2 3 4 5 6 7 8
17o. "				1 2 3 4 5 6 7 8
18o. "				1 2 3 4 5 6 7 8
19o. "				1 2 3 4 5 6 7 8
20o. "				1 2 3 4 5 6 7 8

CANTIDAD	HORA	LUGAR	ACTIVIDAD	¿ POR QUE FUMA ? Ver instrucciones abajo
21o. cigarro				1 2 3 4 5 6 7 8
22o. "				1 2 3 4 5 6 7 8
23o. "				1 2 3 4 5 6 7 8
24o. "				1 2 3 4 5 6 7 8
Más de 25 cigarros		Sí _____	No _____	¿Cuántos? _____
TOTAL				
Ultimo cigarro del día				1 2 3 4 5 6 7 8

INSTRUCCIONES: 1) En compañía/por invitación; 2) Siente agradable los movimientos del fumar y ver el humo; 3) Con el café o después de comer; 4) Por tristeza, cansancio o poca concentración; ---
5) Por nerviosismo; 6) Sin darme cuenta fumo todo el día ---
7) Al no fumar me siento mal y las molestias se quitan al fu
fumar y 8) Otros; diga cuales.

D I S C U S I O N
= = = = =

Como habrá podido observarse a lo largo del desarrollo del presente trabajo; el hábito de fumar representa un verdadero problema hoy en día; ya que no obstante de que la producción de tabaco inicialmente es una fuente de trabajo para miles de personas que se dedican al cultivo y procesamiento de éste; la gran industrialización comercialización y publicidad de hoy en día, ha hecho que el consumo de tabaco incremente en forma considerable, trayendo como consecuencia un alto índice de enfermedades respiratorias y cardiovasculares, y por consiguiente una alta tasa de morbilidad y mortalidad por éstas mismas.

Para tratar y combatir el tabaquismo, se han desarrollado diversas técnicas y métodos de tratamiento a nivel mundial.

Sin embargo, las soluciones y alternativas que hasta la fecha se han brindado para combatir y tratar al tabaquismo son insuficientes y por lo tanto los resultados obtenidos han sido mínimos en comparación con la gran mayoría de fumadores que existen actualmente.

A pesar de que, la Organización Mundial de la Salud ha enfocado su atención a la solución de este problema. Dado que considera que la incapacidad o incluso la muerte prematura de un individuo debido al desarrollo de padecimientos irreversibles, asociados al hábito de fumar, origina daños personales, familiares y sociales. (Puente, Balzaretto y De la Teja, 1984).

En lo que respecta a nuestro país, específicamente a la ciudad de México, las autoridades encargadas del cuidado de la salud en esta ciudad; poco han hecho por estructurar un programa general que encauce las acciones contra el hábito de fumar, a pesar de que sería de gran utilidad y de muy bajos costos. Ya que las diversas instituciones que integran el sector salud, cuentan con recursos suficientes para emprender una acción coordinada tanto para prevenir como para combatir el tabaquismo.

A su vez, la integración del Consejo Nacional contra el tabaquismo debería de definir políticas, estratégicas, campos de investigación; etc. - Para erradicar el problema del tabaquismo.

Así mismo sería conveniente que se estableciera una acción coordinada interdisciplinaria (médica, psicológica, social, etc.), dado que el tabaquismo no compete únicamente a una disciplina determinada como hasta la - fecha se le ha considerado, sino que representa un problema multifactorial; por lo que debería de haber una cooperación, apoyo y aportaciones de diversas disciplinas al combatirlo y prevenirlo.

Además de que sería ideal que se llevara a cabo una desprofesionalización de diversas disciplinas al través de un entrenamiento paraprofesional a diversos sectores de la población.

Lo cual traería grandes beneficios tanto a mediano como a largo -- plazo, ya que se abarcaría una mayor población de fumadores, se prevendría más fácilmente a los no fumadores, su costo sería mínimo y no existirían -- problemas de extrapolación o generalización, puesto que el tabaquismo se -- combatiría en el contexto en el cual se encuentra inmerso el individuo.

También debe de dársele la importancia adecuada a la elaboración, implementación y combinación de las técnicas a ser empleadas. Ya que en ello estriba uno de los factores más importantes del éxito o fracaso del abandono de fumar.

Otro de los factores que consideramos de suma importancia a ser tomados en cuenta tanto en la elaboración como en la implementación de técnicas y métodos de tratamiento; es el de partir de las características ideo-sincráticas de nuestra población.

Es necesario que el gobierno pierda esa pasividad incomprensible - ante este problema y determine acciones que serán de enorme beneficio a lar

go plazo; en lugar de fomentar y ayudar al cultivo y producción de tabaco.

Ya que la crisis por la que atraviesa actualmente nuestro país, se vería minimizada en parte, si la superficie de tierras que se dedica al cultivo de tabaco, (que en su mayoría son de las tierras más fértiles con las que cuenta el país), se utilizarán para el cultivo de productos básicos, para el abasto de los alimentos indispensables para la población.

C O N C L U S I O N E S
= = = = =

Partiendo de lo expuesto anteriormente se concluye lo siguiente:

- Actualmente el tabaquismo representa un problema social a nivel mundial.
- La problemática que entraña el tabaquismo a nivel social, psicológico, médico, político, etc., ha sido detectado y a pesar de ello no se le ha dado la importancia que éste requiere.
- En México, el incremento de fumadores cada vez es mayor.
- Los estragos que el tabaquismo causa, tanto a nivel psicológico como social son graves.
- A nivel psicológico el tabaquismo ha sido tratado en forma mínima.
- Los tratamientos y programas psicológicos con los cuales se cuenta actualmente para tratar y combatir el tabaquismo en nuestro país, son mínimos e ineficientes.
- El tabaquismo generalmente es tratado en forma aislada siendo éste un problema multidisciplinario.
- La ayuda que brinda el sector salud para tratar y prevenir el tabaquismo en nuestro país es deficiente para el gran número de fumadores que existen actualmente en México.
- Los programas y tratamientos que se elaboran e implementan, no toman en cuenta las características ideosincráticas de nuestra población; sino que únicamente extrapolan los programas realizados en -

otros países.

- Las campañas antitabáquicas en la ciudad de México son insuficientes.
- Los medios masivos de comunicación fomentan el tabaquismo en lugar de prevenirlo.
- La actitud del gobierno en la ciudad de México ante esta problemática es pasiva e indiferente.

" B I B L I O G R A F I A "
= = = = =

1. Armour, R., El Humo del Cigarro Ajeno.
Publicado en: Selecciones del Readers's Digest, 1984.
2. Baer, E. Paul; Foreyt, P. John y Wright, Susan. Self-directed termination of excessive cigarette use among intreated smokers.
Journal Behavior Therapy & Experimental Psychiatry. Vol. 8.
pp. 71-74. 1977.
3. Balzaretto, M.; Vargas, Díaz, M. y Puente, Silva, F. Programa terapéutico para el abandono del hábito tabáquico.
II Reunion de Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría.
Noviembre, 1984. México, D.F.
4. Bandura, A. Principles of Behavior Modification.
U.S.A., 1969.
5. Berez, John. Treatment of Smoking with Cognitive Conditioning Therapy: A Self-Administered Aversion Technique.
Behavior Therapy. Vol. 7 pp. 641-648. 1976,
6. Best, Allan, J. Tailoring Smoking Withdrawal Procedures to Personality and Motivational Differences.
Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 47 No. 1
pp. 1-8 1975.
7. Comportamiento de la Producción Nacional y Consumo de Tabaco. 1975 - 1980.
Ecotecnia Agrícola. Vol. V No. 6, pp. 7-23, Junio de 1982.
Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos.

8. Condiotte, M. Mark y Lichtenstein, Edward. Self-Efficacy and Relapse in Smoking Cessation Programs.
Journal of Consulting and Clinical Psychology. pp. 648-658, 1980.
9. Conway, B. John. Behavioral Self-Control of Smoking Through Aversive Conditioning and Self-Management.
Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 45 No. 3 ----
pp. 348-547. 1977.
10. Everson, R. B. Individuals Transplacentally Exposed to Maternal Smoking may be at Increased Cancer Risk in Adult Life.
Lancet, 2 (81-86) pp. 123-127, 1980.
11. Fenichel, O. Teoría Psicoanalítica de las Neurosis.
Ed. Paidós, Buenos Aires, 1982. pp. 82-88.
12. Franks, M. Cyril; Fried, Robert y Ashem, Beatrice. An Improved apparatus for the Aversive Conditioning of Cigarette Smokers.
New Jersey Neuro-Psychiatric Institute, Princeton, N.J., U.S.A.
pp. 301-307, 13 July, 1966.
13. Freud, S. Compendio de Psicoanálisis.
14. Freud, S. Autobiografía.
Ed. Alianza, Madrid, 1981.
15. Freud, S. Introducción al Psicoanálisis.
Ed. Alianza, Madrid, 1982. (Londres, 1966).
16. Fromm, Erich. Grandeza y Limitaciones del Pensamiento de Freud.
Ed. Siglo XXI, México, 1981. pp. 74-76.

17. Glasgow, E. Russell; Schafer, Lorraine y O'neil, H. Katherine. Self-Help Book and Amount of Therapist Contact in Smoking Cessation Programs.
Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 49 No. 5 --
pp. 659-667, 1981.
18. Goode, W. y Hatt, P. Métodos de Investigación Social.
Ed. Trillas, México, 1980.
19. Grimaldi, E. Karen Lichtenstein, Edward. Hot, Amoky air as an Averse Stimulus in the Treatment of Smoking.
Behavior, Research & Therapy. Vol. 7 pp. 275-282. 1969.
20. Hall, M. Sharon; Rugg, Deborah; Tunstall, Chrystal y Jones, T. Reese. Preventing Relapse to Cigarette Smoking by Behavioral Skill -- Training.
Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 5, pp. 372-382.
1984.
21. Hamilton, B. Scott y Barnstein, H. Philip. Broad-Spectrum Behavioral Approach to Smoking Cessation: Effects of Social Support and Paraprofessional Training on the Maintenance of Treatment Effects.
Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 47 No. 8 ----
pp. 598-600. 1979.
22. Himmelberger, D.U., Wmbrown B Jr. Cohen, E.N: Cigarette Smoking during pregnancy and the occurrence of spontaneous abortion and congenital abnormality.
Am. J. Epidemiol, 103 (6): pp. 470-479. 1978.
23. Horan, J. John; Linberg, E. Steven y Hachett, Gail. Nicotine Poisoning and Rapid Smoking.
Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 45 No. 3, ---
pp. 344-347. 1977.

24. IMSS. Recomendaciones para dejar de fumar.
Subdirección General Médica. Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva. s/f.
25. Jarvik, Murray E. Psychopharmacology in the Practice of Medicine.
Ed. Appleton - Century - Crofts, New York, 1981, 1977. pp. 483-495.
26. Jarvik, M.; Nahonurs, R. Inhibition of Cigarettes Smoking by orally Administrated Medicine.
Vol. II pp. 574-576. Ed. Academic Press, E.U.A. 1981.
27. Kendall, C. Philip y Hollon, D. Steven. Assessment Strategies for Cognitive - Behavioral Interventions.
28. Koenig, P. Karl; y Masters, John. Experimental Treatment of Habitual Smoking Health Service.
pp. 235-242, 14 octubre, 1965.
29. Kolb, Lawrence C. Psiquiatría Clínica Moderna.
Ed. Científica la Prensa Médica Mexicana, S.A., México, 1983.
30. Koop, E. C. The health consequences of Smoking. Cancer.
A report of a surgeon general. Department of Health and Human Services, U.S., 1982.
31. Landa, P. y López, A. Una Aproximación de Campo al Problema del Tabaquismo.
Tesis Profesional. UNAM, México, 1982.
32. Lando, A. Harry. Self-pacing in Eliminating Chorinc Smoking: Serendipity Revisited?
Behavior Therapy, Vol. 7 Págs. 634-640. 1976.

33. Leitenberg, H. Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy
Prentice Hall, New Jersey, 1976.
- 34. León, F. El Tabaquismo.
Publicación mensual de la S.S.A., México, 1982.
35. Levental, Howard y Cleary, D. Paul. Smoking Problem: A Review of the
Research and Theory in Behavior Risk Modification.
American Psychological Association, Págs. 370-397, 1980.
36. Meves, H. Frederik & Colbs. Gold fien, Alan. Manual de Farmacología
Clínica.
Ed. El Manual Moderno, México, 1974, pp. 75, 705.
37. Mc Ginnis J M: The health consequences of smoking. Trabajo presenta-
do en el Taller Internacional. "La Salud y el Control del Hábito de
Fumar". México, D.F., Octubre, 1983.
38. Mc Fall, M. Richard. Smoking - Cessation Research.
Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 46 No. 4 -----
pp. 703-712. 1978.
39. Murphy J.F., Drumm J.E. Mulcahy R, Daly L: The effect of maternal ci-
garrette smoking on fetal birth weight and on growth of the fetal bi-
paretal diameter.
British J. Obstetrics and Gynaecology, 87: pp. 462-466, 1980.
40. Newman, Alexander y Bloom, Robin. Self-Control of Smoking - II ---
Effects of we salience and source of delay imposition on the effecti-
veness of training under increasing delay.
Behavior, Research Journal Therapy, Vol. 19 pp. 193-200. 1981.
41. Olea, P. y Sánchez F. Manual de Técnicas de Investigación Documental
Ed. Esfinge, México, 1977.

42. Organización Mundial de la Salud. (O.M.S.). El hábito de fumar.
Sexto informe sobre la situación sanitaria mundial. OMS, Serie de In
formes Técnicos, No. 636, 1979.
(Lucha contra el tabaquismo epidémico, informe del comité de exper--
tos de la OMS sobre la lucha anti-tabáquica).
43. Paxton, Roger. The effects of a Deposit Contract as a Component in a
Behavioral Programme For Stopping Smoking Behavior.
Research & Therapy, Vol. 19 pp. 45-50, 1980.
44. Pederson, L. Linda; Seringeour, G. William y Lefcoe, M. Neville. --
Comparison of Hypnosis Plus Counseling, Counseling Alone, and Hypno-
sis in a Community Service Smoking withdrawal Program.
Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 43 No. 1 ----
pp. 920. 1975.
45. Pomerleau, A. Cómo dejar de fumar.
Ed. Brugera, México, 1981.
46. Prokop, K., y Bradley, A. Medical Psychology Contribution to Beha---
viour Medicine.
Academic Press, 1981
47. Puente, Silva Fg; Balzaretti, M. y De la Teja, N. Experiencias de la
Clínica de Tabaquismo. Resultados de un Programa Educativo-Conduc---
tual.
Salud Mental, Vol. 7 No. 2, Verano 1984. pp. 62-68.
48. Puente Silva, Fg. Resultados de Encuestas sobre el hábito de fumar -
en tres muestras (Población suburbana Rural, Personal Médico de sie-
te Centros Hospitalarios y Personal de Petróleos Mexicanos) Implica-
ciones y Consideraciones.
Depto. de Investigaciones Conductuales del Instituto Mexicano de Psi
quiatria, 1980-1984.

49. Puska, P. Bjorkquist, S., & Koskela, K. Nicotine Containing chewing gum in Smoking Cessation: A Double Blind Trial with Half-gear. Follow-up. Addictive Behaviors, 1970. pp. 141-146.
50. Ribes, E. El Conductismo: Críticas y Reflexiones. Ed. Fontanella, Barcelona, 1982.
51. Rimm, D. y Masters, J. Terapia de la Conducta. Ed. Trillas, México, 1982.
52. Rivero, S.O; Cano, V. F, Rabago J. Vera E., Fernández, B.P.: Tabaquismo en México. Neumol cir Torax Mex, 37 (4): 181-187, 1976.
53. Royal College of Physicians of London. Smoking of health. Third report from the Royal College of Physicians of London. London Pittman Medical 1977.
54. Russell, M.A.H., Raw, M., Taylor, C., Feyerabend C., & Saloojee, y. Blood Nicotine and Carboxyhemoglobin Levels after Rapid Smoking. Aversion Therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1978, 46, pp. 1423-1431.
55. Sariña, C. y Cibs. Consumo de Sustancias Tóxicas y Tabaco en la Población de 14 a 18 años; del Distrito Federal y Zona Metropolitana, Medición Transversal. 1980. Secretaría de la Salud (S.S.), México, 1982.
56. Schneider, N. G., Popek, P., Jarvick, M.E. & Gritz, E. R. The Use at Nicotine Gum Cessation of Smoking. American Journal of Psychiatry, 1977, pp. 134, 439-440.

57. Sentfies, R. y Medina, R. Centro Orientador de Fumadores.
Secretaría de la Salud, México, 1978.
58. Sentfies y Colbs. Información sobre el Tabaquismo a la Niñez.
Instituto de Neurología y Cirugía del Tórax. México, 1978, Vol. 39.
59. Steffy, A. Richard; Meichenbaum, Donald y Best, Allen, J. Aversive ---
and Cognitive Factors in the Modification of Smoking Behavior.
Behavior Research & Therapy. Vol. 8. pp. 115-125.
60. Sutherland, Ann; Amit Zalman; Golden; Murrie y Rosenberger, Zeey. --
Comparison of Three Behavioral Techniques in the Modification of Smo-
king Behavior.
Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 43 No. 4 ----
pp. 443-447. 1975.
61. Trías, B. El Tabaco y sus Problemas.
Enciclopedia Universal, México, 1980.
62. Volosinov, J.N., Freudianism a Marxist Critique.
Ed. Academic Press, U.S.A. 1976.
63. Wolpe, J. Práctica de la Terapia de la Conducta.
Ed. Trillas, México, 1981.