



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"ANSIEDAD Y TABAQUISMO"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA :

MARCELA HAYASHI VILLAGRAN

M-0064098
Asesor de Tesis:

Lic. Alma Mireya López-Arce

Diciembre, 1987



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.

DEDICATORIAS

A MIS PADRES

SIMÓN HAYASHI BECERRA

ELSA VILLAGRÁN DE HAYASHI

A MIS HERMANOS

REBECA

SIMÓN

OLIVIA

LIDIA

ELSA

EXAL

CON LA FRATERNIDAD Y MI CARIÑO PERMANENTE.

L.

4485

A MIS MAESTROS

POR LAS ENSEÑANZAS RECIBIDAS.

A MI ASESOR

LIC. ALMA MIREYA LÓPEZ-ARCE C.

POR TODO SU APOYO.

A MI ESCUELA

POR TODO LO QUE SIGNIFICA PARA MÍ.

A TODAS LAS PERSONAS QUE EN MI VIDA ME HAN AYUDADO Y ALENTADO
PARA SUPERARME.

G R A C I A S

INDICE GENERAL

	PÁGINAS
INTRODUCCIÓN.....	S/P
CAPITULO 1	
TABAQUISMO	
1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS Y EVOLUCIÓN DEL TABACO Y EL TABAQUISMO.....	1
1.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL FUMADOR.....	7
✓ 1.3 PERFIL DE PERSONALIDAD.....	10
✓ 1.4 DEPENDENCIA AL TABACO.....	15
✓ 1.5 CAUSAS DE INICIACIÓN Y MANTENIMIENTO....	19
1.6 PUBLICIDAD.....	27
1.6 MEDIDAS PREVENTIVAS.....	31
1.7 TRATAMIENTO EN EL TABAQUISMO.....	36
1.8 CONSECUENCIAS DEL TABACO EN EL ORGANISMO	45
CAPITULO II	
ANSIEDAD	
2.1 DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DE ANSIEDAD....	51
2.2 ESTUDIOS DE LA RELACIÓN ANSIEDAD-TABA-- QUISMO.....	57
2.3 FINALIDAD DEL PRESENTE TRABAJO.....	71

CAPITULO III	PÁGINAS
3.1 OBJETIVO GENERAL	72
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	72
3.3 HIPOTESIS	73
3.4 VARIABLES	74
METODO	
3.5 CLASIFICACIÓN DE ESTUDIO	75
3.6 DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN	75
3.7 MUESTREO	75
3.8 INSTRUMENTOS	76
3.9 ACCIONES ESPECÍFICAS	78
3.10 ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y ESTADÍSTICO.....	81
CAPITULO IV	
RESULTADOS, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	
4.1 RESULTADOS	85
4.2 CONCLUSIONES	98
4.3 RECOMENDACIONES	108
ANEXOS	110
BIBLIOGRAFIA	

INDICE DE ANEXOS

ANEXO # 1	PÁGINAS
TEST IDARE (INVENTARIO DE ANSIEDAD- RASGO-ESTADO	106
ANEXO # 2	
ENTREVISTA DE 1A. VEZ	107
ANEXO # 3	
CUESTIONARIO DE TABAQUISMO	109

INDICE DE GRAFICAS

GRAFICA # 1	
DISTRIBUCIÓN NORMAL DE LA ANSIEDAD-ESTADO (BAJA, - NORMAL Y ALTA) EN EL SEXO MASCULINO.....	82
GRAFICA # 2	
DISTRIBUCIÓN NORMAL DE LA ANSIEDAD-ESTADO (BAJA, -- NORMAL Y ALTO) EN EL SEXO FEMENINO.....	83
GRAFICA # 3	
DISTRIBUCIÓN NORMAL DE LA ANSIEDAD-RASGO (BAJA, - NORMAL Y ALTA) EN EL SEXO MASCULINO	83
GRAFICA # 4	
DISTRIBUCIÓN NORMAL DE LA ANSIEDAD-RASGO (BAJA, -- NORMAL Y ALTA) EN EL SEXO FEMENINO	83

INDICE DE TABLAS

	PÁGINAS
CUADRO # 1	
PROMEDIOS, DESVIACIONES ESTANDAR Y CONFIABILIDAD	
ALFA PARA ESTUDIANTES DE BACHILLERATO Y UNIVER-	
SIDAD (TEST IDARE)	86
TABLA # 1	
DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LA MUESTRA	89
TABLA # 2	
DATOS GENERALES DE LA MUESTRA	90
TABLA # 3	
PROMEDIOS DE LA MUESTRA	93
TABLA # 4	
PROMEDIOS POR SEXO	93
TABLA # 5	
ANSIEDAD-ESTADO (PROMEDIOS)	94
TABLA # 6	
ANSIEDAD-RASGO (PROMEDIOS)	94
TABLA # 7	
ANSIEDAD-ESTADO POR SEXO	95
TABLA # 8	
ANSIEDAD- RASGO POR SEXO	95
TABLA # 9	
PROMEDIOS DE LA MUESTRA	96

M-0064098

INDICE DE TABLAS

	PÁGINAS
TABLA # 10	
OCUPACIÓN POR SEXO	96
TABLA # 11	
ESTADO CIVIL POR SEXO	99

INTRODUCCION

ES MUY GRANDE LA PREOCUPACIÓN DE LOS PAÍSES POR EL CRECIENTE DETERIORO DE LA SALUD DE SUS PUEBLOS DEBIDO A LOS EFECTOS NOCIVOS DEL TABAQUISMO, PARTICULARMENTE EN TODOS AQUELLOS EN VÍAS DE DESARROLLO QUE POR LO GENERAL CARECEN DE CONTROLES Y MEDIDAS RESTRICTIVAS.

EL USO DEL TABACO HA FORMADO PARTE DE LA CULTURA UNIVERSAL DESDE TIEMPOS REMOTOS CON FINES RELIGIOSOS Y CURATIVOS, PERO QUE EN LA ACTUALIDAD HA LLEGADO A CONVERTIRSE EN UN GRÁVE PROBLEMA PARA LA SALUD PÚBLICA. ESTO HA SIDO RESULTADO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES QUE ESTABLECEN QUE EL TABAQUISMO CONSTITUYE UNA DE LAS CAUSAS PRINCIPALES DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LA SOCIEDAD MODERNA, ASÍ COMO SERIAS REPERCUISIONES SOCIOECONÓMICAS PARA EL PAÍS.

TOMANDO EN CUENTA QUE EN NUESTRO PAÍS LOS DIFERENTES INDICADORES MUESTRAN UNA TENDENCIA CONSTANTE DE AUMENTO EN EL CONSUMO DE TABACO, ES NECESARIO CONOCER O INVESTIGAR SOBRE EL TEMA PARA TENER MAS ALTERNATIVAS PARA LA SOLUCIÓN DE ESTE GRÁVE PROBLEMA.

TAMBIÉN ES IMPORTANTE MENCIONAR LOS MOTIVOS POR LO CUALES LA GENTE FUMA, YA QUE EL CONOCIMIENTO DE ÉSTOS NOS AYUDARÁ EN GRAN PARTE A ERRADICAR EL TABAQUISMO. ENTRE LOS MOTIVOS MAS SOBRESALIENTES TENEMOS LOS SIGUIENTES: POR ESTÍMULO, POR MANIPULACIÓN, POR RELAJAMIENTO, POR NECESIDAD, POR HÁBITO, Y POR ANSIEDAD O REDUCCIÓN DE TENSION.

EN CLÍNICAS DE TABAQUISMO SE HA DEMOSTRADO QUE LA AN-SIEDAD ES MOTIVO IMPORTANTE PARA EL MANTENIMIENTO DEL HÁBI TO TABAQUICO, ASÍ COMO TAMBIÉN, QUE EL MAYOR ÍNDICE DE RECAÍ DAS EN PACIENTES QUE DEJAN DE FUMAR ES DEBIDO A LA ANSIE--DAD.

QUIZA A ÉSTE Y OTROS FACTORES SE DEBA LA DIFICULTAD- DE ACABAR CON EL HÁBITO TABÁQUICO, POR LO QUE HA NACIDO LA-IMPERIOSA NECESIDAD DE REALIZAR MÉTODOS TERAPÉUTICOS ENFO-CADOS A LA DESHABITUACIÓN DEL FUMADOR.

DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO SE PRETENDE CONOCER--HASTA QUE PUNTO LA ANSIEDAD INFLUYE EN EL TABAQUISMO, Y CO-MO REPERCUTE EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA, ASÍ COMO EN LAS-REINCIDENCIAS EN PACIENTES QUE LLEVARON UN TRATAMIENTO AN-TITABÁQUICO.

ES POR ELLO QUE LA FINALIDAD DE LA PRESENTE INVESTIGA CIÓN QUE SE REALIZÓ EN LA "CLÍNICA DE TABAQUISMO" DEL ÍNS-TITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES - RESPIRATORIAS; TIENE COMO PROPÓSITO FUNDAMENTAL EL DE PROPORCIONAR NUEVOS ELEMENTOS-PARA LA REALIZACIÓN DE NUEVOS PROGRAMAS ANTITABÁQUICOS Y - LA COMPLEMENTACIÓN DE LOS YA EXISTENTES.

SE REALIZÓ UN ESTUDIO PRE-POS TRATAMIENTO EN PACIEN--TES CON HÁBITO TABÁQUICO, PARA ANALIZAR LOS RESULTADOS QUE-SE OBTUVIERON DE LA APLICACIÓN DEL TEST IDARE DE ANSIEDAD; Y OBSERVAR SI AUMENTA O DISMINUYE LA ANSIEDAD SIGNIFICATI-VAMENTE, PARA DETECTAR SI EL MANEJO DE LA MISMA ES ADECUADO DURANTE EL TRATAMIENTO.

C A P I T U L O

ANTECEDENTES HISTORICOS Y EVOLUCION DEL TABACO Y EL TABA-- QUISMO.

A TRAVÉS DE LA HISTORIA DEL HOMBRE,EL TABACO HA JUGA--
DO UN PAPEL DE MUCHA IMPORTANCIA EN SU CULTURA,SU HISTORIA
Y SU SOCIEDAD. EL USO DEL TABACO SE REMONTA A UNA ÉPOCA --
MUY LEJANA,FIGURAS DE BARRO QUE REPRESENTAN AL HOMBRE FU--
MANDO,EXTRAÍDAS DE EXCAVACIONES EN CASAS GRANDES CHIHUAHUA
MÉXICO,DEMUESTRAN QUE EL TABACO SE USABA YA HANTES DEL DES
CUBRIMIENTO DE AMÉRICA,EN ESTA REGIÓN.

EL TABACO FUÉ DESCUBIERTO EN CUBA,A ORILLAS DEL RIO -
CAUNAU,EN NOVIEMBRE DE 1492,POR DOS MARINEROS DE LA EXPEDI
CIÓN DE COLÓN LLAMADOS RODRIGO DE JEREZ Y LUIS DE TORRES.-
LOS INDÍGENAS LLAMABAN COHIBA,COGIBA O COVIVA A LAS PLAN--
TAS,Y DABAN EL NOMBRE DE TABACO A UNA EXTRAÑA PIPA QUE TE--
NÍA LA FORMA DE Y,EN LA CUAL FUMABAN LAS HOJAS DE LA PLAN--
TA.

EL TABACO FUÉ PARA LOS INDIOS OBJETO DE RITUALISMO RE
LIGIOSO,DE MAGIA MÉDICA Y DE CEREMONIAS.EL USO DEL TABACO--
FUÉ INICIALMENTE MEDICINAL,POSTERIORMENTE SE USÓ COMO UN -
LUJO Y UNA MODA,PARA FINALIZAR COMO UN HÁBITO GENERALIZADO
(LABARRE,1972).

EN AMÉRICA LOS NATIVOS LA USABAN PARA FUMARLA,MASTICAR
LA O INHALARLA POR LAS FOSAS NASALES(RAPÉ). SE HAN ENCONTRA
DO EN YACIMIENTOS PREHISTÓRICOS,PIPAS PARA TABACO,LO CUAL -
INDICA SU REMOTÍSIMO USO.

"CIGARROS ENVUELTOS EN HOJAS DE MAÍZ, LAS HOJAS ENVUELTAS EN ROLLO, LAS PIPAS TUBULARES Y DE HORNILLO, FABRICADAS CON DISTINTOS MATERIALES Y PROCEDIMIENTOS, SON CONOCIDOS DESDE LA ÉPOCA TOLTECA" (SIGLOS IX-XII D.C.) (WEST 1974).

EN MÉXICO, ENTRE LOS NAHUAS PREHISPÁNICOS FUÉ CONOCIDO EL TABACO, ERA UN ELEMENTO IMPORTANTE EN LAS OFRENDAS A LOS DIOS Y A LOS MUERTOS; EN CEREMONIAS SE USABA EN FORMA DE CORTESÍA, PARA PETICIÓN DE ESPOSA, DECLARACIONES DE GUERRA, ECT (LABARRE, 1972). ACERCA DEL VOCABLO CIGARRO, SE CREE QUE DERIVA DEL MAYA "SIK-AR" QUE SIGNIFICA FUMAR. LOS AZTECAS LLAMABAN AL TABACO "PICIETL" Y A LA PIPA -- "ACAYETL", LOS TARASCOS "ANDAMUCA" Y "SINCHAHUA" AL TABACO E "ITZOTARACUA" A LA PIPA (LEÓN, 1903).

EN SU RECORRIDO POR LAS TIERRAS DE AMÉRICA, LOS ESPAÑÓLES ENCONTRARON QUE EL TABACO SE FUMABA EN LAS ANTI--LLAS, BRASIL, MÉXICO, LA FLORIDA Y VIRGINIA, Y A SU REGRESO LO LLEVARON A ESPAÑA E INGLATERRA.

EN 1518 FRAY ROMANO PANE ENVIÓ AL EMPERADOR CARLOS-V SEMILLAS DE TABACO QUE SE SEMBRARON INMEDIATAMENTE Y, EN 1560 JEAN NICOT, EMBAJADOR FRANCÉS EN PORTUGAL, ENVIÓ TAMBIÉN SEMILLAS A LA REINA DE FRANCIA, Y POSTERIORMENTE A LINNEO, QUIEN DIÓ EL NOMBRE DE NICOTINA A LA PLANTA. AL PRINCIPIO EL TABACO NO FUÉ ACEPTADO EN EUROPA POR CONSIDERAR QUE EL FUMARLO ERA DESAGRADABLE Y SUCIO Y QUE DAÑABA A LOS PULMONES Y AL CEREBRO; LOS FUMADORES ERAN PERSE

*

GUIDOS,ALGUNAS LEYES CONDENABAN EL USO DEL TABACO Y LA RELIGIÓN LO CONSIDERABA NOCIVO Y PECAMINOSO. A PESAR DE ELLO SU EMPLEO,SE FUÉ GENERALIZANDO HASTA SER UN HECHO SOCIALMENTE ACEPTADO,SIGNO DE CULTURA Y DISTINCIÓN.

DURANTE LOS SIGLOS XVI Y XVII,SE PROHIBIÓ SU USO POR ORDENANZAS REALES,BULAS PONTIFICEAS Y DECISIONES SINODALES. LOS PAPAS URBÁNO VIII E INOCENCIO XII PUBLICARON BULAS DE EXCOMUNIÓN PARA LOS FUMADORES EN 1624 Y 1690 RESPECTIVAMENTE. EN PRUSIA HASTA 1848 SE PROHIBIÓ FUMAR POR LAS CALLES. AMURAT III DE TURQUÍA PROHIBIÓ FUMAR EN SU REINO POR DECRETO,SIENDO CASTIGADO EL INFRACTOR HASTA CON LA MUERTE.

LA BOGA DE LA PIPA Y DEL TABACO PICADO FUÉ SUCEDIDO POR LA MODA DE LOS CIGARRILLOS. EL USO DE ÉSTOS SE EXTENDIÓ EN EUROPA A MEDIADOS DEL SIGLO XIX, CUANDO LOS OFICIALES QUE REGRESABAN DE LA GUERRA DEL CRÍMEN DIFUNDIERON LA COSTUMBRE DE FUMAR LOS "CIGARROS DE PAPEL" USADOS POR LOS SOLDADOS TURCOS. EN LA CIUDAD NORTEAMERICANA DE RICHMOND, SE INSTALÓ POCO DESPUÉS LA PRIMERA MÁQUINA AUTOMÁTICA PARA LA FABRICACIÓN DE CIGARRILLOS. ES HASTA PRINCIPIOS DEL SIGLO XX QUE EL USO DEL CIGARRILLO TAL Y COMO LO CONOCEMOS ACTUALMENTE,SE EXTIENDE EN FORMA IMPORTANTE. AÑOS DESPUÉS SURGEN CONTROVERSIAS SOBRE SUS EFECTOS,ALGUNOS CONSIDERABAN QUE ERA UNA COSTUMBRE PLACENTERA,MIENTRAS QUE OTROS DECÍAN QUE ERA UN HÁBITO DAÑINO Y DE MAL GUSTO. NO FUÉ SINO HASTA MEDIADOS DE ESTE SIGLO QUE HUBO EVIDENCIA CIENTÍFICA DE LOS EFECTOS PERJUDICIALES DEL TABACO.

UN MÉDICO FRANCÉS, M. BOVISSON, 1859, MERECE EL CRÉDITO DE HABER SIDO EL PRIMERO EN REPORTAR UN ESTUDIO CLÍNICO - BIEN DOCUMENTADO A ESTE RESPECTO.

COINCIDIENDO EN SU GENERALIZACIÓN SE EMPEZÓ A OBSER-
VBAR EL AUMENTO DE VARIOS PADECIMIENTOS A CONSECUENCIA DEL
TABAQUISMO, ENTRE LOS MÁS GRAVES TENEMOS, CÁNCER EN DIVER--
SOS ÓRGANOS, ENFERMEDADES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS, BRON--
QUITIS CRÓNICA, ENFISEMA PULMONAR, PADECIMIENTOS CARDIOVAS--
CULARES Y OTRAS. SE REALIZAN MÚLTIPLES ESTUDIOS EN RELA--
CIÓN A ESTO; EN 1935, RAYMOND PEARL, EN NOTABLE ESTADÍSTICO--
MÉDICO DE LA UNIVERSIDAD DE HOPKINS, REPORTÓ QUE LOS FUMA--
DORES TENÍAN UNA ESPERANZA DE VIDA CONSIDERABLEMENTE MÁS--
CORTA QUE LA DE LOS NO FUMADORES.

EN ESTADOS UNIDOS, DURANTE LOS AÑOS 1947 A 1969, LA --
TENDENCIA DEL HÁBITO FUÉ ASCENDENTE AL PRINCIPIO Y DESCEN--
DENTE DESPUÉS, HASTA 1970. EN ESTE PAÍS LAS CIFRAS DE FUMA--
DORES HOMBRES SON DEL 45% Y UN 30% DE MUJERES, DE SU POBLA--
CIÓN TOTAL. EN 1961, EL DOCTOR HOLLY, ASESOR DE LA ORGANIZA--
CIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, REALIZÓ UNA ENCUESTA EN 8 --
CIUDADES LATINAS, ENCONTRANDO EN HOMBRES, LOS SIGUIENTES --
PORCENTAJES:

- LA PLATA	58%
- SAN PAULO	54%
- BOGOTA	52%
- CARACAS	49%

- SANTIAGO 47%
- GUATEMALA 30%
- LIMA 34%
- MÉXICO 36%

EL PORCENTAJE EN MUJERES ES: SANTIAGO 26%, SEGUIDA DE CARACAS, LA PLATA, BOGOTA, SAU PAULO, MÉXICO, GUATEMALA Y LIMA (JOLY, 1971). EN LA DÉCADA DE LOS SESENTA SE ENCONTRÓ QUE EL 20% DE LAS MUERTES OCURRIDAS EN LOS HOMBRES DE 35 A 62 AÑOS DE 10 CIUDADES LATINOAMERICANAS SE ATRIBUYERON A ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA INHALACIÓN DEL HUMO DE LOS CIGARRILLOS.

SEGÚN EL INFORME DE LA XXIII ASAMBLEA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1970), DEMUESTRA QUE EN 5 PAÍSES DESARROLLADOS: ESTADOS UNIDOS, CANADA, JAPÓN, NUEVA ZELANDA Y AUSTRALIA, LOS FUMADORES CONSUMIERON UN 13.6% MÁS DE CIGARRILLOS CADA AÑO. FLETCHER Y HORN CONCLUYEN QUE "LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE TABACO CONSTITUYEN EN LOS PAÍSES ECONÓMICAMENTE ADELANTADOS CAUSAS TAN IMPORTANTES DE INCAPACIDAD DE TRABAJO Y DE FALLECIMIENTO PREMATURO QUE LA LUCHA CONTRA ESTE HÁBITO PODRÍA SER MÁS ÚTIL PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD Y LA PROLONGACIÓN DE LA VIDA EN ESTOS PAÍSES QUE CUALQUIER OTRO PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA".

DENTRO DE LAS ESTADÍSTICAS DE LA POBLACIÓN MEXICANA DEMUESTRAN QUE EXISTE UNA TAZA DE INCIDENCIA DE TABAQUISMO DEL 16.5% EN MUJERES Y 44.7% EN HOMBRES (O.P.S. 1977).

A PESAR DE ÉSTO EL CONSUMO DE CIGARRILLOS EN MÉXICO-
HA AUMENTADO 11.2% EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS, O SEA QUE DE --
1900 MILLONES DE CAJETILLAS VENDIDAS EN 1969, AUMENTÓ A --
3000 MILLONES EN 1977 (TAPIA R., 1980). POR LO QUE, EN LOS -
ÚLTIMOS AÑOS EL TABAQUISMO ADQUIRIRIO UN NIVEL DE IMPORTÁN
CIA COMPARABLE CON EL DE LAS GRANDES ENFERMEDADES EPIDÉMI
CAS DEL PASADO.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL TABAQUISMO.-

CON UNA GRAN FRECUENCIA CUANDO SE HABLA DEL HÁBITO DE FUMAR Y DE LOS PROBLEMAS QUE OCASIONA A LA SALUD, NO SE MENCIONAN LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS. ESTO ES DE GRAN INTERÉS, PORQUE SON ESTOS FACTORES LOS QUE NOS VAN A EXPLICAR EL PORQUÉ UNA PERSONA SE MANTIENE EN EL HÁBITO DE FUMAR Y POR ÚLTIMO CÓMO ES QUE LA MAYORÍA, O AL MENOS UNA PARTE IMPORTANTE DE FUMADORES NO PUEDEN DEJAR EL HÁBITO, Y SI LO DEJAN CUALES SON LOS MOTIVOS POR LO QUE REINCIDEN.

EXISTEN DIFERENTES TEORÍAS QUE TRATAN DE EXPLICAR EL HÁBITO TABÁQUICO, ÉSTAS VAN DESDE LAS TEORÍAS NEUROQUÍMICAS QUE SOSTIENEN QUE ES LA BÚSQUEDA DEL EFECTO DE LA NICOTINA SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO, PASANDO SOBRE LAS TEORÍAS GENÉTICAS QUE PREDISPONEN AL INDIVIDUO A BUSCAR EL ESTÍMULO DE LA NICOTINA EN UN INTENTO DE COMPENSAR ESTE DÉFICIT, HASTA AQUELLAS TEORÍAS PSICODINÁMICAS COMO LA DE HILLER, QUIEN AFIRMA QUE ES LA SIGNIFICACIÓN FÁLICA DEL CIGARRILLO, PURO O RIPA LA QUE HACE ATRACTIVO EL FUMAR.

A CONTINUACIÓN TRATAREMOS DE EXPLICAR LAS TEORÍAS MAS ACEPTADAS, ASÍ COMO ALGUNOS PERFILES DE PERSONALIDAD DEL FUMADOR, LOS CONCEPTOS DE DEPENDENCIA AL TABACO, CAUSAS DE INICIACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL HÁBITO, TÉCNICAS DE TRATAMIENTO MÉTODOS DE PREVENCIÓN E INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD.

LAS TEORÍAS CONDUCTISTAS DEL APRENDIZAJE EXPLICAN EL-

DESARROLLO DEL HÁBITO DE FUMAR, ARGUMENTANDO QUE ÉSTE SE --APRENDE COMO CUALQUIER OTRA CONDUCTA. Y ESTARÁ DETERMINADO POR EL BALANCE ENTRE SUS REFORZADORES POSITIVOS Y REFORZADORES NEGATIVOS. EL PATRÓN DE REFORZAMIENTO CAMBIARÁ EN LA MEDIDA EN QUE EL HÁBITO SE DESARROLLA, DEL ESTADÍO INICIAL, AL ESTADÍO DONDE SE ENCUENTRA BIEN ESTABLECIDA LA DEPENDENCIA AL TABACO. ESTO USUALMENTE SE DEBE A LAS MOTIVACIONES - PSICOSOCIALES Y FARMACOLÓGICAS PRIMORDIALMENTE.

OTRA DE LAS TEORÍAS QUE EXPLICA EL HÁBITO TABÁQUICO - ES LA QUE ENFOCA EL TABAQUISMO COMO UN COMPORTAMIENTO ORAL. SMITH, 1970, HABLA SOBRE UN IMPULSO BIOLÓGICO, PARA LA - ACTIVIDAD BUCAL NECESARIA PARA SATISFACER EL HAMBRE, PERO TAMBIÉN EXISTE UN IMPULSO PARA LA ACTIVIDAD DE LA BOCA, INDEPENDIENTE DEL IMPULSO DEL HAMBRE. ÉSTE HA SIDO AMPLIAMENTE DEMOSTRADO POR LOS ESTUDIOS ETOLÓGICOS. ESTE IMPULSO DE SUCCIÓN PUEDE CONVERTIRSE EN UN HÁBITO INDEPENDIENTE DEL - ALIMENTO, CUANDO ESTÁ RELACIONADO CON SITUACIONES EMOCIONALES, COMO EN EL CASO DE LA SUCCIÓN EN EL PULGAR O DEL CHUPÓN EN LOS NIÑOS PEQUEÑOS. Y ESTE TIPO DE DESPLAZAMIENTO SE HACE TAMBIÉN EN EL HÁBITO DE FUMAR.

OTROS ESTUDIOS HAN TRATADO DE ADJUDICAR LA PREVALENCIA A FACTORES GENÉTICOS. SEYMOUR (1974) DICE: "CONSIDERANDO QUE LA ACTIVIDAD FINAL DE LA NICOTINA EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL ES LA DE ACTIVAR LOS CIRCUITOS Y MECANISMOS DE RECOMPENSA, ENTONCES EXISTE CIERTA APETENCIA BÁSICA QUE-

LA NICOTINA VA A SATISFACER". AHORA BIEN, ¿QUE VA A DETERMINAR QUE ALGUNOS INDIVIDUOS ESTABLEZCAN EL HÁBITO Y OTROS -- NO? PARA CONTESTAR ESTA PREGUNTA SEYMOUR, DESARROLLÓ TRES -- HIPÓTESIS.

1.-PODRÍA ESTABLECERSE QUE UN EFECTO GENÉTICO SIMPLE EN LOS SISTEMAS DE RECOMPENSA, EN ALGUNOS INDIVIDUOS, VA A -- DETERMINAR QUE BUSQUEN LA ESTIMULACIÓN ARTIFICIAL CON ALGU -- NA DROGA QUE PUEDA SUPLIR ESTE DEFECTO.

2.-TAMBIÉN POSTULA, QUE ESTA NECESIDAD QUE SE PENSABA -- FUERA GENÉTICA, SEA REALMENTE ADQUIRIDA Y REPRESENTA UN CAMBIO -- BIOLÓGICO INDUCIDO POR EL USO REPETIDO DE DICHO AGENTE.

3.-TRATANDO DE AMALGAMAR AMBAS HIPOTESIS CONCLUYE QUE -- UNO O MAS FACTORES GENÉTICOS OPERAN EN ALGUNOS INDIVIDUOS -- PARA PREDISPONERLOS A LA ADQUISICIÓN DEL HÁBITO.

OTRA DE LAS HIPÓTESIS, HABLA SOBRE EL TABAQUISMO COMO -- UNA ACTIVIDAD DE DESPLAZAMIENTO DEL ACTO DE COMER, SEGÚN -- TIMBERGEN (1952). ESTA HIPÓTESIS SE SUSTENTA EN EL HECHO DE -- QUE LA NICOTINA POSEE UN EFECTO HIPERGLUCEMIANTE EQUIVALEN -- TE AL DE INGERIR ALIMENTOS (VOLLE Y KOELLE, 1965). LA PRE -- SENCIA DE CIERTOS GRADOS DE HIPERGLUCEMIA O DE ALGUNA OTRA -- ALTERACIÓN EN EL SISTEMA BIONERGÉTICO, HA SIDO FUNDAMENTAL -- COMO FACTOR IMPORTANTE EN EL MANTENIMIENTO DEL HÁBITO. -- AQUÍ SE SUGIERE QUE EL TABAQUISMO TENDRÍA QUE SER VISTO CO -- MO UN SISTEMA O UN EFECTO DE LA DEFICIENCIA BIONERGÉTICA, O -- COMO DESPLAZAMIENTO DE LA ACTIVIDAD ALIMENTICIA BAJO CONDI

CIONES DE TENSIÓN, Y QUE ESTA TENDENCIA A LA HIPOGLUCEMIA, O LA DEFICIENCIA DE ALGUNOS SISTEMAS BIOENERGÉTICOS ES EN PARTE DETERMINADA GENÉTICAMENTE (HICKEY Y HARNER, 1974).

PERFILES DE PERSONALIDAD DEL FUMADOR.-

SE HAN REALIZADO DIVERSOS ESTUDIOS TRATANDO DE DETERMINAR LOS FACTORES ETIOLÓGICOS, LAS CARACTERÍSTICAS, Y LOS TRAZOS DE LA PERSONALIDAD DEL FUMADOR.

ETIOLOGÍA DEL TABAQUISMO: ES DIFÍCIL ESTABLECER LA NATURALEZA DE LOS DIVERSOS FACTORES ETIOLÓGICOS QUE INTERVIENEN, SU PESO FACTORIAL Y SUS INTERACCIONES, ASÍ COMO VER LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA INICIACIÓN Y A LA DEPENDENCIA, YA SEAN ESTOS INDIVIDUALES O DE TIPO SOCIAL.

STACKER Y BARTMANN, 1977; PROPONE UN ESQUEMA ETIOLÓGICO Y A CONTINUACIÓN SE HACE UN BREVE RESUMEN.

LA RELACIÓN DEL FUMADOR CON LA EXTRAVERSIÓN PARECE BIEN CONFIRMADA. EYSENCK (1968) ATRIBUYE A ESE FACTOR, DETERMINADO GENÉTICAMENTE, LA ETIOLOGÍA DEL FUMADOR. SE HA ESTABLECIDO UNA CORRELACIÓN ENTRE LA MAYOR EXTRAVERSIÓN Y EL MAYOR-NÚMERO DE CIGARRILLOS FUMADOS. AFIRMA QUE LOS EXTRAVERTIDOS PRESENTAN UN NIVEL DE ACTIVACIÓN (AROUSEL), MÁS BAJO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, POR LO QUE UTILIZAN LAS PROPIEDADES ESTIMULANTES DE LA NICOTINA PARA INCREMENTAR ESE-AROUSAL HASTA LOS NIVELES ÓPTIMOS DE FUNCIONAMIENTO.

POR OTRO LADO, INVESTIGACIONES QUE UTILIZARON EL MMPI- Y OTROS INSTRUMENTOS PSICOMÉTRICOS, ASÍ COMO ESTUDIOS DE SEGUIMIENTOS DE ADOLESCENTES DURANTE AÑOS, INDICAN QUE SE DA CON MÁS FRECUENCIA LA CONDUCTA DE TRANSGRESIÓN DE LAS NORMAS SOCIALES ENTRE LOS FUTUROS FUMADORES (CATELL Y KRUG, 1967) - (SCHUBERT, 1959). TAMBIÉN HAY QUE HACER RESEÑA SOBRE VARIOS ESTUDIOS POR STACKER Y BARTMANN, 1977; QUE COINCIDEN EN SEÑALAR UN C. I. MAS BAJO, Y UN RENDIMIENTO ACEDÉMICO MENOR PARA LOS FUMADORES.

RASGOS DE LA PERSONALIDAD DEL FUMADOR.-

UNA SÍNTESIS DE TODOS LOS ESTUDIOS REALIZADOS PARA DETERMINAR LOS RASGOS DE LA PERSONALIDAD DEL FUMADOR, FUÉ HECHA POR MATARAZZO Y SASLOW (1950) Y WILLIAMS DUNN (1974).

MAYOR INDEPENDENCIA (PFLAUM, 1965). MAYORES TENDENCIAS ANTISOCIALES (SMITH 1970). MÁS ACTIVOS O ENÉRGICOS (SCHUBERT, 1959, STRAITS 1965). MAYOR PROMEDIO EN LAS ESCALAS DE EXTROVERSIÓN (SMITH 1970). POBRE SALUD MENTAL (SMITH 1970). MENOS RIGIDOS Y ORDENADOS Y MÁS IMPULSIVOS (SMITH 1970). MENOS EMOCIONALES (SMITH 1967). MENOS AGRADABLES Y MENOS FUERZA DE CARÁCTER (SMITH 1969). PERSONALIDAD DE TIPO A (COMPETITIVOS, MAYOR TIEMPO CONSCIENTES) (ROSEMAN, FRIEDMAN, JENKINS, STAVAS, WURN, KO-SITCHOK 1969). GRAN AFINIDAD POR EL CONTROL EXTERNO MÁS QUE POR EL INTERNO (SMITH 1970). AMANTES DEL RIESGO (STRAITS Y SECHREST 1963). MAYORES NIVELES DE ANSIEDAD (WALKER, NICOLAY, KLUCZNY Y REIDEL 1969, SROLE 1968, THOMAS 1968).

CARACTERÍSTICAS DE UN FUMADOR EN SU ESTILO DE VIDA.-

NEGOCIANTES PREDOMINANTEMENTE (SELZER 1964). LOGROS ACÁ-
DEMICOS MAS BAJOS (VELDMAN Y BROWN 1969, PUMROY 1967, SALBER,
MACMAHONM Y WELSH 1962). MAYOR USO DEL ALCOHOL (HIGGINS, KJEL-
SBERG Y METZNER, 1967. LILIENTFIELD, 1959). MENOS DEDICADOS A --
LOS SERVICIOS RELIGIOSOS (CATELL Y KRUG 1967). MAYOR INCIDEN-
CIA DE TABAQUISMO ENTRE PARIENTES CERCANOS (SALBERG Y ABELM
1967). MAYOR PARTICIPACIÓN EN DEPORTES EN FORMA ACTIVA (LI-
LIENFIELD 1959). MAYOR NÚMERO DE ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTI--
COS (IANNI Y BOEK 1958). MAYOR CONSUMO DE CAFÉ Y TÉ (LILIENT-
FIELD 1959).

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DEL FUMADOR.-

MÁS VARONES QUE MUJERES (Vs PUBLIC HEALTH 1970). MAYOR INCI-
DENCIA ENTRE LOS 25 Y 45 AÑOS (IDEM). EN PROMEDIO MENOR NI--
VEL ECONÓMICO Y SOCIAL (SALBERG Y MACMAHONM 1961). MÁS ALTO
ENTRE RESIDENTES URBANOS (HIGGINS 1967).

OTROS ESTUDIOS DESCRIBEN LO SIGUIENTE:

UNA PERSONALIDAD PRETOXICÓMANA, CUYOS INDIVIDUOS SON IN-
SEGUROS, CON POCA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN, DEPENDIENTES --
AFECTIVAMENTE, CARENTES DE CONTROL INTERNO E INMADUROS EN --
GENERAL.

LOS FUMADORES, SON AFECTADOS USUALMENTE EN SUS SENTIMIENTOS, TÍMIDOS E IMAGINATIVOS, MIENTRAS QUE LAS MUJERES DE ORDINARIO SON DOGMÁTICAS, TERCAS, DIRECTAS Y AUTOSUFICIENTES. LOS INVESTIGADORES PIENSAN QUE EL FUMAR ESTÁ RELACIONADO EN REALIDAD CON UN CARÁCTER DEPENDIENTE FEMENINO EN LOS HOMBRES Y CON CARÁCTERÍSTICAS MASCULINAS AGRESIVAS EN LAS MUJERES (SHEPHORD, RODE Y ROSS 1973). LOS HOMBRES SE CARACTERIZAN POR TENSIÓN EXTRAORDINARIA Y FALTA DE AUTODICIPLINA, DEPENDIENTES, EMOCIONALMENTE INESTABLES, TÍMIDAS, RECELOSAS Y DEMASIADO TENSAS LAS MUJERES. EL CONSUMO DE CIGARRILLOS EN LAS MUJERES ES MAYOR MIENTRAS MÁS ALTO ES EL NIVEL EDUCACIONAL Y EN LOS HOMBRES SE OBSERVA QUE LA POSIBILIDAD DE FUMAR ES MAYOR EN LOS EXTREMOS DE LAS ESCALAS EDUCACIONALES. (GUÍA EDUCATIVA SOBRE EL TABACO). ASÍ MISMO, LAS MUJERES QUE TRABAJAN FUERA DEL HOGAR FUMAN MÁS QUE AQUELLAS QUE SE DEDICAN EXCLUSIVAMENTE A LAS LABORES DEL HOGAR.

OTROS DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTAS REALIZADAS EN AMÉRICA LATINA EN 1977, SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DEL HÁBITO DE FUMAR, EN ASPECTOS PSICOLÓGICOS, SON LOS SIGUIENTES:

ALREDEDOR DEL 75% DE LOS FUMADORES ACTUALES, MANIFIESTAN QUE EL CIGARRILLO AYUDA A TRANQUILIZARSE Y EL 77% PARA LOS QUE AFIRMAN QUE DA PLACER.

LA PROPORCIÓN DE ENTREVISTADOS QUE AFIRMAN QUE UNO SE SIENTE MÁS SEGURO DE SÍ MISMO CUANDO ESTÁ FUMANDO CIGARRILLOS ES DE 38% HOMBRES Y 46% MUJERES, ES DECIR QUE LAS MUJERES

RES QUE FUMAN O HAN FUMADO, SIENTEN MAS A MENUDO QUE LOS HOM-
BRES QUE EL CIGARRILLO LES INFUNDE MAYOR SEGURIDAD. EL 25%
DE FUMADORES ACTUALES ENCUENTRAN QUE LOS DEL SEXO OPUESTO -
DAN MÃS IMPRESIÓN DE HOMBRÍA SI ESTÁN FUMANDO CIGARROS. SIN
EMBARGO, ESA OPINIÓN ES EXPRESADA POR UNA PROPORCIÓN MENOR -
DE LOS HOMBRES FUMADORES, YA QUE SOLO LLEGA AL 19%. MIENTRAS-
QUE EL 25% DE LAS MUJERES QUE FUMAN PIENSAN QUE LUCEN MÃS -
ATRACTIVAS CUANDO ESTÁN FUMANDO, MIENTRAS QUE SOLO EL 16% DE
LOS HOMBRES PARTICIPAN EN ESTA OPINIÓN. CON RESPECTO A JUI-
CIOS DE VALORES, SE ENCONTRÓ QUE LA GRAN MAYORÍA DE QUIENES -
NUNCA FUMARON PIENSAN QUE LA PROXIMIDAD DE ALGUIEN QUE ESTÁ-
FUMANDO PROVOCA MOLESTIAS (HOMBRES 76% Y MUJERES 79%), Y UNA-
PROPORCIÓN MÃS ALTA DE EXFUMADORES SE SIENTEN ASÍ MISMO INCÓ-
MODOS CUANDO ESTÁN CERCA DE PERSONAS QUE ESTÁN FUMANDO, SIEN-
DO UNA PROPORCIÓN MÃS BAJA EN FUMADORES ACTUALES QUE PERCI-
BEN LA MISMA MOLESTIA (HOMBRES 44% Y MUJERES 42%).

DEPENDENCIA AL TABACO.-

SE TRATA DE UNA COMPLEJA INTERACCIÓN ENTRE FACTORES -- SOCIALES, PSICOLÓGICOS Y FARMACOLÓGICOS LOS QUE VAN A DETERMINAR SU INICIO, SU MANTENIMIENTO Y EN TÉRMINOS GENERALES SU DEPENDENCIA.

EL TABAQUISMO INVOLUCRA PRIMORDIALMENTE DOS CONCEPTOS DE DEPENDENCIA: LA FÍSICA Y LA PSICOLÓGICA.

DEPENDENCIA FÍSICA: ES UN ESTADO DE ADAPTACIÓN DEL ORGANISMO QUE SE MANIFIESTA POR LA APARICIÓN DE TRASTORNOS, CUANDO SE INTERRUMPE LA INGESTIÓN DE LA DROGA. ESTAS ALTERACIONES SE LE CONOCE CON EL NOMBRE DE SÍNDROME DE ABSTINENCIA, QUE ES EL CONJUNTO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE NATURALEZA PSICOLÓGICA Y FÍSICA. EL GRADO DEL SÍNDROME DEPENDE DE LA DOSIS TOTAL DIARIA CONSUMIDA, DE LA FRECUENCIA DE LA ADMINISTRACIÓN Y DEL TIEMPO QUE TIENE LA DEPENDENCIA.

EN AÑOS RECIENTES, LA EVIDENCIA DE QUE EL CONSUMO DE CIGARRILLOS PREDISPONE A UNA VARIEDAD DE CONSECUENCIAS O TRASTORNOS ORGÁNICOS, HA CONDUCIDO A MUCHOS FUMADORES A INTENTAR DEJAR EL HÁBITO TABÁQUICO. MUCHOS SON INCAPACES DE DEJARLO COMPLETAMENTE O SI LO HACEN A MENUDO REINCIDEN. LA DIFICULTAD DE ABANDONAR EL HÁBITO O REINCIDIR DESPUÉS DE UN PERÍODO PUEDE DEBERSE AL CARÁCTER DESAGRADABLE DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA, EL CUAL ES ORIGINADO POR EL CESE O REDUCCIÓN SIGNIFICATIVO DEL HÁBITO DE FUMAR.

EL SÍNDROME INCLUYE UN GRAN DESEO,UNA PARTICULAR URGENCIA PARA FUMAR,IRRITABILIDAD,ANSIEDAD,DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE,INSOMNIO,DOLOR DE CABEZA,FATIGA Y ALGUNOS TRASTORNOS GASTROINTESTINALES. SE ASUME QUE ESTAS MANIFESTACIONES SON CAUSADAS POR LA NECESIDAD DE NICOTINA EN EL ORGANISMO,QUE ES EL PRINCIPAL COMPONENTE FARMACOLÓGICO ACTIVO EN EL TABACO,Y QUE ES EL CAUSANTE DE LA ADICCIÓN (D.S.M.III,1980)

LA SENSACIÓN DE URGENCIA DE FUMAR,ASÍ COMO EL RESTO DE LOS SÍNTOMAS APARECEN EN LAS SIGUIENTES 24 HORAS DESPUÉS DE HABER FUMADO EL ÚLTIMO CIGARRILLO,DE AHÍ VA DISMINUYENDO GRADUALMENTE HASTA QUE EXISTA UNA DESINTOXICACIÓN COMPLETA DE LAS SUSTANCIAS DEL TABACO EN EL ORGANISMO,ESTO SUCEDE ALREDEDOR TRES A CUATRO SEMANAS,PASANDO ESTE TIEMPO SE HABRÁSUPERADO LA DEPENDENCIA FÍSICA.

DEPENDENCIA PSICOLÓGICA: SE REFIERE AL USO COMPULSIVO DE UNA DROGA,SIN DESARROLLO DE DEPENDENCIA FÍSICA PERO QUE IMPLICA PELIGRO PARA EL INDIVIDUO, YA QUE AL SUSPENDERLA SIENTE LA NECESIDAD DE ELLA. LA DEPENDENCIA PSICOLÓGICA ES MUCHAS VECES MÁS DIFÍCIL DE ELIMINAR QUE LA FÍSICA, YA QUE LLEGAN A EXISTIR ASOCIACIONES MUY FUERTES ENTRE LA DROGA Y CONDICIONES GRATIFICANTES. EN EL CASO DEL CIGARRO EL INDIVIDUO ASOCIA A ÉSTE CON CIERTAS ACTIVIDADES Y SENTIMIENTOS DÁNDOLE UN VALOR IMPORTANTE AL CIGARRO.

DESDE UN PUNTO DE VISTA CONDUCTUAL EL HÁBITO DE FUMAR ES UNA CONEXIÓN APRENDIDA O CONDICIONADA ENTRE UNA SECUEN--

CIA ESTIMULO-RESPUESTA Y UN REFORZADOR, CADA INHALACIÓN REPRESENTA UN REFORZADOR, SI TOMAMOS EN CUENTA LA CANTIDAD DE FUMADAS POR CIGARRO Y LA CANTIDAD DE CIGARROS POR DÍA, TENEMOS UNA CANTIDAD ENORME DE REFORZADORES, LO CUAL NOS LLEVA A CONCLUIR QUE EL FUMAR ES UNA CONDUCTA ALTAMENTE REFORZANTE. SIN EMBARGO, EN ALGUNOS CASOS, SOBRE TODO EN ALGUNAS PERSONAS QUE FUMAN MUCHO NO TODAS LAS INHALACIONES RESULTAN REFORZANTES, LO CUAL PODRÍA COMPARARSE CON EL REFORZAMIENTO INTERMITENTE, QUE ES EL MÁS DIFÍCIL DE EXTINGUIR.

OTRO FACTOR QUE INFLUYE EN LA DEPENDENCIA PSICOLÓGICA ES EL ASOCIAR EL CIGARRO CON UNA SERIE DE CONDUCTAS POSITIVAS: PLACER, ÉXITO, SEGURIDAD, CONFIANZA, LIBERTAD, PERSONALIDAD ETC.; Y ESTO TRAE COMO CONSECUENCIA QUE EL SUJETO LLEGUE A INTEGRAR EL CIGARRO NO SOLAMENTE CON LOS ASPECTOS POSITIVOS ANTES MENCIONADOS, SINO INCLUSIVE CON LA ESTRUCTURA PERCEPTUAL DE SÍ MISMO O DEL YO, DE TAL MANERA QUE EL SUJETO FUMADOR REPORTA FRECUENTEMENTE QUE LE FALTA ALGO, QUE SE SIENTE DESNUDO, QUE SE SIENTE MAL SINO TIENE UN CIGARRO EN LA MANO. ESTO ES DEBIDO EN GRAN PARTE A LA INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD. CONCEPTOS DE ADICCIÓN Y HABITUACIÓN.-

LA O.M.S. DEFINE LOS CONCEPTOS DE ADICCIÓN Y HABITUACIÓN DE LA SIGUIENTE MANERA:

ADICCIÓN: LA DROGADICCIÓN ES UN ESTADO DE INTOXICACIÓN PERIÓDICO O CRÓNICO PRODUCIDO POR EL CONSUMO REPETIDO DE UNA DROGA, NATURAL O SINTÉTICA. SUS CARACTERÍSTICAS INCLUYEN:

1.- UN DESEO ABRUMADOR O NECESIDAD (COMPULSIÓN) DE SEGUIR TOMANDO LA DROGA Y OBTENERLA POR CUALQUIER MEDIO.

2.- UNA TENDENCIA A INCREMENTAR LA DOSIS.

3.- UNA DEPENDENCIA PSÍQUICA (PSICOLÓGICA) Y GENERALMENTE FÍSICA EN LOS EFECTOS DE LA DROGA.

4.- EFECTOS PERJUDICIALES SOBRE EL INDIVIDUO Y LA SOCIEDAD.

HABITUACIÓN: LA HABITUACIÓN A LAS DROGAS (HÁBITO) ES UNA CONDICIÓN RESULTANTE DEL CONSUMO REPETIDO DE UNA DROGA. SUS CARACTERÍSTICAS INCLUYEN:

1.- UN DESEO PERO NO COMPULSIVO DE CONTINUAR USANDO LA DROGA POR LA SENSACIÓN DE BIENESTAR MEJORADO QUE ENGENDRA.

2.- Poca o NINGUNA TENDENCIA A AUMENAR LA DOSIS.

3.- ALGÚN GRADO DE DEPENDENCIA PSÍQUICA DEL EFECTO DE LA DROGA, PERO AUSENCIA DE DEPENDENCIA FÍSICA Y POR LO TANTO DE UN SÍNDROME DE ABSTINENCIA.

4.- EFECTOS NOCIVOS, SI ACASO SOBRE EL INDIVIDUO PRIMORDIALMENTE.

POR LO ANTES MENCIONADO PODEMOS CONCLUIR QUE NO EXISTE UN LÍMITE CLARO ENTRE ADICCIÓN Y HABITUACIÓN Y QUE EL TABAQUISMO PUEDE INCLUIR CARACTERÍSTICAS DE AMBAS DEFINICIONES Y ESTO DEPENDERÍA MÁS BIEN DEL TIPO DE FUMADOR Y SUS CARACTERÍSTICAS. AUNQUE PODEMOS DECIR, QUE EL TABAQUISMO, MEDIDO POR ESTOS CRITERIOS, ES UN HÁBITO ADICTIVO.

CAUSAS DE INICIACION Y MANTENIMIENTO DEL HABITO TABAQUICO

DIFERENTES AUTORES, EN EL ÁREA DEL COMPORTAMIENTO, HAN PROPUESTO DIVERSAS EXPLICACIONES PARA LA CONDUCTA DE FUMAR DE SU INICIACIÓN Y SU MANTENIMIENTO.

TOMAREMOS EN CONSIDERACIÓN EL MODELO QUE PROPUSO RUSSELL (1974), PARA EXPLICAR LOS FACTORES PSICOSOCIALES QUE DETERMINAN EL INICIO DEL HÁBITO.

1.- LA DISPONIBILIDAD: PARA UNA PERSONA ES MÁS FÁCIL FUMAR SI TIENE ACCESO AL CIGARRO. POR EJEMPLO SI HAY PERSONAS QUE FUMAN EN SU CASA.

2.- LA CURIOSIDAD: MUCHAS PERSONAS INICIAN SU HÁBITO SIMPLEMENTE POR LA CURIOSIDAD DE SABER QUE SE SIENTE AL FUMAR.

3.- REBELDÍA: EN LOS ADOLESCENTES ESTE ES UN MECANISMO MUY IMPORTANTE, MUCHOS JÓVENES, PARA DEMOSTRAR SU INCONFORMIDAD EMPIEZAN A FUMAR.

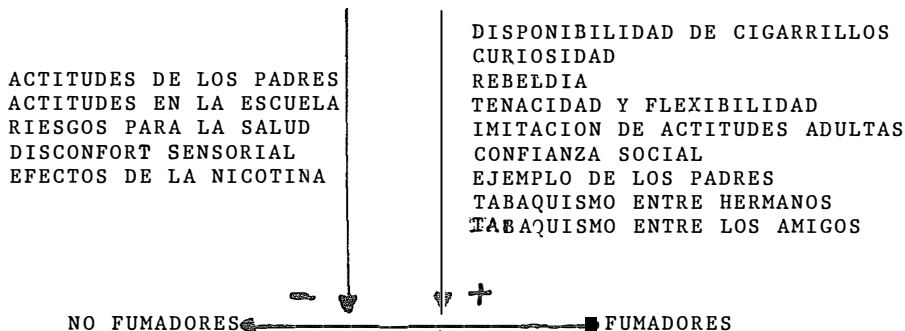
4.- LA TERQUEDAD: MUCHOS JÓVENES FUMAN A PESAR DE QUE LOS PRIMEROS CIGARROS NO LES RESULTE AGRADABLE, E INCLUSO A PESAR DE QUE SUS FAMILIARES LES EXPLIQUEN EL DAÑO QUE LES HACE EL TABACO.

5.- ANTICIPACIÓN A LA ADULTEZ: A TRAVÉS DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN: LA RADIO, LA TELEVISIÓN ETC., SE TRASMITE LA INFORMACIÓN DE QUE LA PERSONA QUE FUMA ES UNA PERSONA ADULTA, CON DINERO, ÉXITO, ETC., Y LOS JÓVENES EMPIEZAN A FUMAR PARA SENTIRSE O PARECER ADULTOS.

MODELO DE RUSSELL(1974)

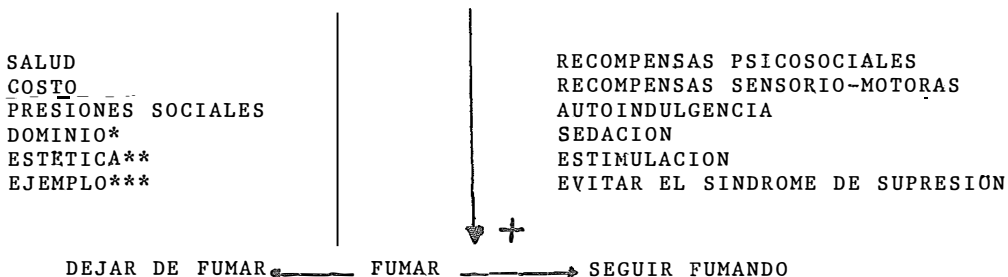
TABAQUISMO PSICOSOCIAL.

FACTORES PSICOSOCIALES QUE DETERMINAN EL INICIO DEL TABAQUISMO. A LA DERECHA SE ENCUENTRAN LOS REFORZADORES POSITIVOS, A LA IZQUIERDA LOS FACTORES QUE DETERMINAN EL TABAQUISMO.



MANTENIMIENTO DEL HABITO

EL MANTENIMIENTO DEL HABITO TABAQUICO. PARA LA MAYORIA DE -- LAS PERSONAS DE MEDIANA EDAD, LOS FACTORES MOTIVADORES PARA - CONTINUAR EL HABITO ESTAN MAS LEJANOS QUE LOS MOTIVOS PARA - PARAR.



*SE REFIERE AL DESEO DE CONTROL SOBRE EL HABITO

** SE REFIERE A ENSUCIAR O MANCHAR

*** SE REFIERE A DEJAR EL HABITO PARA DAR EJEMPLO(HIJOS)

6. - SEGURIDAD SOCIAL: CUANDO UN JOVEN PERTENECE A UN GRUPO SOCIAL EN EL QUE TODOS LOS MIEMBROS FUMAN, ESTA PERSONA COMENZARÁ A FUMAR PARA SENTIRSE PARTE DEL GRUPO.

7.- EL EJEMPLO DE LOS PADRES: LOS NIÑOS Y LOS ADOLESCENTES OBTIENEN UNA GRAN CANTIDAD DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE LOS PADRES, YA QUE LOS OBSERVAN Y TIENDEN A SEGUIR SU EJEMPLO, SI ÉSTOS FUMAN TENDERÁN A IMITARLOS.

8. - HERMANOS MAYORES Y AMIGOS FUMADORES: ESTOS PUEDEN FUNCIONAR COMO EJEMPLO PARA QUE CUALQUIER NIÑO SE INICIE EN EL HÁBITO TABÁQUICO.

EL HÁBITO TABÁQUICO SE INICIA GENERALMENTE EN LA ADOLESCENCIA, YA SEA COMO UNA FORMA DE LLAMAR LA ATENCIÓN Y DE SER TOMADO EN CUENTA, COMO UN ACTO DE REBELDÍA Y ENFRENTAMIENTO CON LOS ADULTOS, O SIMPLEMENTE EL OBSERVAR QUE MUCHA DE LA GENTE A SU ALREDEDOR FUMA. MIENTRAS LOS MIEMBROS DE LA SOCIEDAD SIGAN FUMANDO, LOS JÓVENES SEGUIRÁN EXPERIMENTANDO CON EL CIGARRO, Y ESTA EXPERIENCIA CASUAL LOS LLEVARÁ A LA ADQUISICIÓN DE UN HÁBITO QUE VA A PERSISTIR EN ELLOS TODA SU VIDA.

EN LA ADOLESCENCIA EL NIÑO ESTÁ EN PROCESO DE REDUCIR SU DEPENDENCIA FAMILIAR, TRANSFIRIÉNDOLE A OTROS DE SU MISMA EDAD. COMO RESULTADO DE LAS NECESIDADES NORMATIVAS DEL ESTUDIANTE Y DEL ADOLESCENTE EXISTE LA DEPENDENCIA A GRUPOS, ESTOS GRUPOS TIENEN LA FUNCIÓN DE PROPORCIONARLES LA OPORTUNIDAD DE EXPERIMENTAR CON LA GRAN VARIEDAD DE CONDUCTAS SO-

CIALES QUE PUEDEN SER ACEPTADAS Y REFORZADAS, A TRAVÉS DE -
LAS CUALES LOGRAN EXPRESAR LA INDEPENDENCIA Y SEPARACIÓN DE
SUS PADRES.

EL APRENDIZAJE DE FUMAR SE ESTABLECE GENERALMENTE ALRE-
DEDOR DE LOS 20 AÑOS. EN ESTUDIOS SE HAN ENCONTRADO QUE AQUE-
LLOS QUINCEAÑEROS QUE FUMARON MÁS DE UN CIGARRILLO EN ALGÚN
MOMENTO, ÚNICAMENTE EL 15% EVITARÁ VOLVERSE DEPENDIENTE.

LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE DETERMINAN EL IMPULSO
A FUMAR SON TODOS DE ORDEN PSICOSOCIAL. LOS PRIMEROS CIGARRI-
LLOS SON TODOS INVARIABLEMENTE DISPLACENTEROS Y LA NICOTINA
QUE ES CRUCIAL PARA EL MANTENIMIENTO DEL HÁBITO NO ES RAZÓN
SUFICIENTE PARA EXPLICAR EL INICIO. UNA VEZ SATISFECHA LA -
CURIOSIDAD POR EL PRIMER CIGARRO, EL ACTO SERÁ REPETIDO GUS-
TOSAMENTE SI EL DISCONFOR FÍSICO ES SUPERADO POR LA GRATI-
FICACIÓN PSICOSOCIAL. SI ESTOS MOTIVOS SON SUFICIENTES PARA-
CAUSAR QUE FUMAR SEA REPETIDO DURANTE LA FASE DE LOS EFEC--
TOS DISPLACENTEROS, SERÁ MUY PEQUEÑA LA POSIBILIDAD DE QUE -
NO CONTINÚEN CUANDO ESTOS EFECTOS COLATERALES HAYAN DESAPA-
RECIDO.

MANTENIMIENTO DEL HABITO TABAQUICO.-

EN LAS PRIMERAS ETAPAS, FUMAR ES INTERMITENTE Y CONFINA-
DO A SITUACIONES SOCIALES. EL FUMADOR JOVEN ES UN FUMADOR -
PSICOSOCIAL MÁS QUE FUMADOR FARMACOLÓGICO, PERO CUANDO EL CON-
SUMO AUMENTA Y PROFUNDIZAN LAS INHALACIONES, LAS GRATIFICA--

CIONES SENSORIOMOTORAS Y FARMACOLÓGICAS SE AGREGAN E INCREMENTA SU TABAQUISMO CON REGULARIDAD. DESPUÉS DE ALGUNOS --- AÑOS, CON EL ADVENIMIENTO DE LA ADULTEZ Y LA MADURACIÓN SOCIAL, MUCHAS DE LAS GRATIFICACIONES PSICOSOCIALES CEDEN Y DISMINUYEN PAULATINAMENTE, DEJANDO A LA GRATIFICACIÓN FARMACOLÓGICA EL MANTENIMIENTO DEL HÁBITO. SI LA ABSORCIÓN DE NICOTINA ES ALTA, UNA NUEVA Y PODEROSA INCLINACIÓN EMERGE, EL SINDROME DE SUPRESIÓN; EL MALESTAR DE LA SUPRESIÓN ES RAPIDAMENTE REPLAZADO AL FUMAR NUEVAMENTE, ASEGURÁNDOSE EL PODEROSO Y REPETITIVO REFORZAMIENTO DEL HÁBITO, CON LA CONSECUENCIA DE UNA EXTREMA DEPENDENCIA. ÉSTA ES LA RAZÓN POR LA CUAL MUCHA GENTE SIGUE FUMANDO. CUANDO MUCHAS PERSONAS INTENTAN DEJAR DE FUMAR, RECAEN, POR LA DEPENDENCIA QUE TIENEN A LA NICOTINA. (RUSSELL, 1974).

CUANDO SE FUMA HAY UNA LIBERACIÓN DE NICOTINA HACIA EL CEREBRO, ÉSTO ES APROXIMADAMENTE EN 7 SEGUNDOS. SE HA DEMOSTRADO QUE PEQUEÑA DOSIS DE NICOTINA SON CAPACES DE REDUCIR LOS NIVELES DE AGRESIVIDAD, HOSTILIDAD E IRRITABILIDAD EN LA CONDUCTA MANIFIESTA DEL SUJETO. TALES OBSERVACIONES PARECEN INDICAR QUE LA NICOTINA ES CAPAZ DE MODIFICAR, DE ALGUNA MANERA, EL ESTADO DE ANIMO DEL SUJETO; ACTUANDO DE ESTE MODO COMO AGENTE REFORZADOR DEL HÁBITO (FREIXA Y SOLER-INSÁ, 1982)

DE ESTA MANERA, PODEMOS CONCLUIR QUE LOS FACTORES PSICOSOCIALES SON LOS DETERMINANTES DEL INICIO DEL TABAQUISMO PERO QUE LOS EFECTOS FARMACOLÓGICOS DE LA NICOTINA SON CRUCIA-

REALIZAR TRABAJOS TEDIOSOS O ABURRIDOS, PARA ALEJAR LA FATIGA O MANTENERSE ALERTA, ESTO SE DEBE A LA ACCIÓN ESTIMULANTE DE LA NICOTINA Y DE LA EXALTACIÓN SUBJETIVA DEL SUJETO. EL TABAQUISMO ESTIMULANTE ES UTILIZADO PARA DISMINUIR EL STRESS, Y ESTÁ ASOCIADO A UNA ABSORCIÓN ALTA DE NICOTINA. LA INHALACIÓN ES PROFUNDA Y EL CONSUMO DE CIGARRILLOS ES ALTO CUANDO LA SITUACIÓN ASÍ LO REQUIERE.

6.- HABITO ADICTIVO: SON INDIVIDUOS QUE SE SIENTEN MAL CUANDO DEJAN DE FUMAR, NO DEJAN PASAR NI 30 MIN. CUANDO VUELVEN A FUMAR, GENERALMENTE YA NO DISFRUTEN EL FUMAR, FUMAN POR NECESIDAD, YA QUE NECESITAN TENER UN NIVEL ALTO DE NICOTINA EN EL CEREBRO. SOLO DEJAN DE FUMAR CUANDO ESTÁN DORMIDOS E INCLUSO ESTANDO ENFERMOS CONTINUAN FUMANDO.

7.- HABITO AUTOMATICO: EL ENCENDER UN CIGARRO ES YA INCONCIENTE, SE VUELVE AUTOMÁTICO; ES FRECUENTE QUE UN SUJETO ESTÉ ENCENDIENDO UN CIGARRO Y AUN TENGA OTRO POR AHÍ ENCENDIDO ESTE TIPO DE HÁBITO O MOTIVO DE FUMAR SE DÁ PRINCIPALMENTE ENTRE LOS ADICTOS Y LOS QUE LO UTILIZAN COMO ESTIMULANTE.

LOS DOS ÚLTIMOS SON LOS GRADOS MAS ALTOS DE TABAQUISMO.

OTROS FACTORES QUE DETERMINAN LA PREVALENCIA DEL HÁBITO TABÁQUICO SON: LA FÁCIL DISPONIBILIDAD, LA PRESIÓN DE LOS MODELOS SOCIALES, SU BAJO COSTO COMPÁRADO CON OTROS PRODUCTOS QUE TAMBIÉN CREAN ADICCIÓN Y DEPENDENCIA, ASÍ COMO LA AUSENCIA DE INFORMACIÓN VERÁZ SOBRE LAS CONSECUENCIAS DEL TABA--

QUISMO. TAMBIÉN A CONTRIBUIDO LA INSISTENCIA Y PERMANENCIA --
DE LA PUBLICIDAD AL CIGARRILLO, LA INVITACIÓN DE COMPAÑEROS Y
AMIGOS SIN QUE CUESTE, LA FACILIDAD DE COMPRAR POR PAQUETE Y-
NO DE UNO EN UNO, LAS ESCASAS RÉSTRICCIONES EN TODOS LOS SITI
OS DONDE ASISTIMOS Y LA PROVOCACIÓN A FUMAR QUE SE HACE EN -
ALGUNOS SITIOS DONDE SE COLOCAN CENICEROS, CÉRILLOS Y CIGA---
RROS A LA VISTA, COMO EN LOS RESTAURANES, BARES ETC. POR ÚLTIMO
EL TABAQUISMO SE ACEPTA PORQUE EL DAÑO TARDA EN APARECER Y -
PORQUE NO EXTERNA NINGUNA IMAGEN FÍSICA DEPRIMENTE.

PUBLICIDAD.

LA PUBLICIDAD ES UN FACTOR DETERMINANTE PARA EL CONSUMO DE TABACO, LA CUAL SE HA VENIDO UTILIZANDO POR PARTE DE LOS FABRICANTES DE CIGARRILLOS PARA QUE ÉSTOS TUVIERAN ACEPTACIÓN Y ARRAIGO ENTRE LAS PERSONAS, DANDO MAS IMPACTO EN LA JUVENTUD, DEBIDO A QUE ASOCIAN AL CIGARRILLO A UNA SERIE DE VALORES Y SITUACIONES DESEABLES PARA LOS JÓVENES, COMO SON, LA BELLEZA, LA PERSONALIDAD, LA INDEPENDENCIA, LIBERTAD, ESTATUS, BIENESTAR ETC. (TAPIA, 1980).

EN LOS ANUNCIOS HACEN APARECER A LOS FUMADORES QUE DISFRUTAN DE LA VIDA EN DIFERENTES AMBIENTES AGRADABLES Y QUE ENCIENDEN UN CIGARRILLO PARA GOZAR MAS DE ESE MOMENTO, ASOCIÁNDOLO CON UNA ATMÓSFERA DE TRANQUILIDAD, INTIMIDAD, COMPAÑIA, AUDACIA, DEPORTIVISMO, SENSUALIDAD, ETC.

CON EL DESARROLLO DE LOS DIVERSOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y PUBLICIDAD, LA DIFUSIÓN DEL CIGARRILLO SE HIZO MAS ABIERTA Y CONSTANTE, DANDO LÓGICAMENTE COMO RESULTADO UN MAYOR CONSUMO EN LA POBLACIÓN Y AUMENTO DE GANANCIAS A LAS EMPRESAS.

LOS SPOTS TELEVISIVOS Y RADIOFÓNICOS, LA PUBLICIDAD EN PERIÓDICOS Y REVISTAS, CON TODA GAMA DE ESCENAS Y DIBUJOS A TODO COLOR Y PLANA COMPLETA, ASÍ COMO LOS QUE SE PUEDEN ENCONTRAR EN LOS DIFERENTES MEDIOS DE TRANSPORTE PÚBLICO, TRENES, AUTOBUSES, METRO, EN LOS LETREROS MURALES QUE SE ENCUENTRAN EN CAMINOS, CARRETERAS, AEROPUERTOS ETC. HACEN DEL TODO POSIBLE EL

EL DESEO DE PROBAR UN CIGARRO.

DEFINITIVAMENTE LA PUBLICIDAD ES DETERMINANTE EN EL CONSUMO DEL CIGARRO, HACIENDO UNA COMPARACIÓN DE GASTOS EN PUBLICIDAD, CONTRA VENTAS; PODEMOS DECIR QUE A MAYOR INVERSIÓN EN PUBLICIDAD SE INCREMENTAN LAS VENTAS.

EN MÉXICO EN 1979 SE GASTARON ENTRE 400 Y 450 MILLONES DE PESOS EN PUBLICIDAD DE CIGARROS POR DIFERENTES MEDIOS DE COMUNICACIÓN. EN 1983, MÉXICO ERÓGÓ MÁS DE 1000 MILLONES DE PESOS EN PROGRAMAS COMERCIALES; Y ESTO SE REFIERE SOLO AL TIEMPO DE PUBLICIDAD TELEVISIVA, EQUIVALENTE 4 MIL 333 MINUTOS DE TRANSMISIÓN. PARA 1984 ESE GASTO HABÍA AUMENTADO A 2 MIL MILLONES DE PESOS (I. I. I. DE LA UNAM).

LA SECRETARÍA DE SALUD ESTIMÓ QUE ANUALMENTE SE CONSUME EN NUESTRO PAÍS MAS DE 3,000 MILLONES DE CAJETILLAS. ESTO ES QUIZÁ DEBIDO A QUE EL TABACO SE ENCUENTRA ENTRE EL TERCERO Y QUINTO LUGAR DE LOS PRINCIPALES PRODUCTOS ANUNCIADOS POR TELEVISIÓN; LO CUAL SE TRADUCE EN EL INCREMENTO DEL CONSUMO DE CIGARRILLOS.

CLIRMONTE, ECONOMISTA DE LA UNCTAD DICE QUE LAS 7 GRANDES EMPRESAS QUE CONSTITUYEN EL OLIGOPOLIO QUE CONTROLA LA PRODUCCIÓN Y COMERCIALIZACIÓN DEL TABACO, EMPLEA 1800 MILLONES DE DÓLARES EN PUBLICIDAD.

LOS ORGANISMOS DE SALUD EN UN INTENTO DE CONTRARRESTAR LA PUBLICIDAD NEGATIVA PARA EL MAYOR CONSUMO DE CIGARRILLOS HA HECHO USO DE LOS DIVERSOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN PARA ME-

DIDAS DE PREVENCIÓN, EDUCACIÓN PARA LA SALUD CONTRA EL TABÁQUISMO Y TRATAMIENTOS ANTITABÁQUICOS, SIN QUE HASTA EL MOMENTO HAYA LOGRADO SU OBJETIVO, YA QUE SOLO LLEGA A UN PEQUEÑO NÚMERO DE LA POBLACIÓN. ESTO EN PARTE SE DEBE HA QUE EL TIEMPO DE PROYECCIÓN DE ANUNCIOS, ASÍ COMO LA CALIDAD EN LA ELABORACIÓN DE LOS ANUNCIOS PARA CONSUMIR CIGARRILLOS ES NOTABLEMENTE SUPERIOR A LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA ABSTENERSE - DE FUMAR, SIENDO ESTOS ULTIMOS SIMPLISTAS Y NADA PERSUASIVOS.

EN LA MAYORÍA DE LOS PAÍSES DEL MUNDO NO EXISTEN LEGISLACIONES QUE IMPIDAN LA PUBLICIDAD DEL TABACO, A PESAR DE -- QUE EN 1969 LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD RECOMENDÓ - LA PROHIBICIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE PUBLICIDAD DEL TABACO. EN ALGUNOS PAÍSES SOLAMENTE EXISTEN DECRETOS QUE RESTRINGEN PARCIALMENTE LA PUBLICIDAD.

EN MÉXICO, EL CÓDIGO SANITARIO VIGENTE INCLUYE A PARTIR DEL 28 DE MARZO DE 1973, LOS SIGUIENTES ARTÍCULOS, EN RELACION A CONTROLAR LA PUBLICIDAD DE LOS CIGARROS.

ARTÍCULO 250: EN LAS ETIQUETAS Y CONTRAETIQUETAS DE -- LOS ENVASES EN QUE SE EXPENDA Y SUMINISTRE TABACO, DEBE FIGURAR EN FORMA CLARA Y VISIBLE LA LEYENDA "ESTE PRODUCTO PUEDE SER NOCIVO PARA LA SALUD.

ARTÍCULO 251: LA PROPAGANDA DEL TABACO SE REFERIRÁ A - SU CALIDAD, ORIGEN Y FUERZA, NO DEBIENDO FUMARSE FRENTE AL PÚBLICO REAL O APARENTE, NI UTILIZARSE EN ELLA PERSONAJES ADOLESCENTES O NIÑOS, O ASOCIARSE EN ALGUNA FORMA CON ACTIVIDA-

DES DEPORTIVAS, DEL HOGAR Ó DEL TRABAJO.

LAS VIOLACIONES DE ESTAS DISPOSICIONES LEGALES SON FRECUENTES EN MÉXICO, POR EJEMPLO: SPORT ASOCIA EL CIGARRO CON ACTIVIDADES DEPORTIVAS, BARONET ATRIBUYE MAYOR ÉXITO SEXUAL, FIESTA UTILIZA ADOLESCENTES EN SUS ANUNCIOS, MARLBORO MUESTRA SUS PERSONAJES FUMANDO, ETC.

POR OTRO LADO HAY QUE MENCIONAR LA IMPORTANCIA QUE TIENE LA PUBLICIDAD SUBLIMINAL Y DE DOBLE MENSAJE, QUE ES AMPLIAMENTE UTILIZADA EN LOS ANUNCIOS DE TABACO, PARA LLEGAR A ESTRUCTURAS DEL INCONSCIENTE DEL SER HUMANO. SI SE HICIERA UN ANÁLISIS DE LOS MENSAJES MANEJADOS EN LOS ANUNCIOS NOS PODRÍAMOS DAR CUENTA QUE TODAS LAS ASOCIACIONES QUE SE HACEN CON EL CIGARRO NO TIENEN NINGUNA RELACIÓN CONGRUENTE CON LA REALIDAD, PUESTO QUE LA VERDAD ES ENFERMEDAD Y MUERTE.

A JUICIO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD EL COMPORTAMIENTO IRRESPONSABLE DE LA INDUSTRIA INTERNACIONAL TABACALERA Y SUS CAMPAÑAS TELEVISIVAS DE PUBLICIDAD Y PROMOCIÓN SON CAUSA DIRECTA DE UN NÚMERO CONSIDERABLE DE ENFERMEDADES, INVALIDEZ Y MUERTE PREMATURA. OBSTINÁNDOSE EN NO RECONOCER LOS RIESGOS QUE REPRESENTA EL HÁBITO DE FUMAR.

PARA CONCLUIR, ES CONVENIENTE EVALUAR SERIAMENTE EL PAPEL DE LA PUBLICIDAD, PUES QUIZÁ SI SE PROHIBIERA, SE PUDIESE NOTAR UN DESCENSO EN EL NÚMERO DE FUMADORES. TAMBIÉN LA PUBLICIDAD PODRÍA UTILIZARSE PARA SENSIBILIZAR AL PÚBLICO EN CONTRA DEL TABAQUISMO.

PREVENCION

LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DEBEN EJECUTARSE ANTES DE QUE LA SITUACIÓN SE VUELVA GRAVE Y SEA MAS DIFÍCIL SU CONTROL.

LOS PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO EN LA REPUBLICA MEXICANA, COMO TODOS LOS PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO AÚN NO SON TAN SERIOS COMO LOS QUE SE PRESENTAN EN LOS PAÍSES DESARROLLADOS. POR EJEMPLO EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA, EL 40% DE LAS DEFUNCIONES QUE SE REGISTRAN EN LA NACIÓN, EL TABAQUISMO ES LA CAUSA DETERMINANTE.

TAPIA JUAYECK (1980), DICE QUE IMPLANTAR MEDIDAS PREVENTIVAS REQUIERE EN MUCHOS CASOS RESPALDO LEGAL, Y QUE EN OTROS NO ES NECESARIO.

UNICAMENTE EN 30 PAÍSES APROXIMADAMENTE EXISTEN LEGISLACIONES AL RESPECTO, SIENDO MUY COMPLETA EN NORUEGA, BULGARIA, SUECIA, POLONIA, DINAMARCA, ALEMANIA FEDERAL, YUGOESLAVIA, REINO UNIDO, URSS, FRANCIA E ITALIA. MÉXICO SE ENCUENTRA ENTRE LOS PAÍSES CON LEGISLACIÓN MÍNIMA SOBRE PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO.

CONTAR CON BUENA LEGISLACIÓN SIN ORGANISMOS QUE LLEVEN ACABO LA ACCIÓN NO DAN BUENOS RESULTADOS, EN CAMBIO PAÍSES CON ESCASA O NULA LEGISLACIÓN PERO CON GRUPOS ORGANIZADOS EN LA COMUNIDAD HAN TENIDO ÉXITO. LOS MEJORES RESULTADOS SE HAN OBTENIDO EN NORUEGA, DONDE SE CUENTA CON BUENA LEGISLACIÓN Y CON GRUPOS DE LA SOCIEDAD QUE EJECUTAN LAS ACCIONES.

LES ES ACEPTADA E IMITADA POR SUS PACIENTES Y POR TODA LA COMUNIDAD.

OTRO ASPECTO DE LA PREVENCIÓN SEGÚN TAPIA (1980), SERÍA DISMINUIR LA PUBLICIDAD DE LAS CAMPAÑAS CIGARRERAS. UNA MEDIDA QUE HA TENIDO ÉXITO ES LA PROHIBICIÓN DE FUMAR EN UN NÚMERO DE SITIOS, COMO SON: TEATROS, CINES, ELEVADORES, TIENDAS, TRANSPORTE PÚBLICOS, BIBLIOTECAS, ESCUELAS Y SALAS DE CONFERENCIA. CON ÉSTO SE TRATA DE PROTEGER LOS DERECHOS Y LA SALUD DE LOS NO FUMADORES.

EL AUMENTO DE IMPUESTOS EN LOS CIGARRILLOS HA SIDO UNA MEDIDA QUE TAMBIÉN HA HECHO DISMINUIR SU CONSUMO, POR LO QUE SERÍA CONVENIENTE ELEVARLOS PROGRESIVAMENTE Y NO OTORGAR SUBSIDIOS A PRODUCTORES Y MANUFACTURERAS.

OTROS MEDIOS QUE PODRÍAN EMPLEARSE SERÍA LA RESTRICCIÓN DE SITIOS PARA LA VENTA DE CIGARRILLOS Y LA IMPOSICIÓN EN CADA CAJETILLA, DEL CONTENIDO DE ALQUITRÁN, DE NICOTINA Y MONÓXIDO DE CARBONO, ASÍ COMO SU DAÑO A LA SALUD.

LA MEDIDA QUE DARÁ MEJORES RESULTADOS NO ES ÚNICA. SE REQUIERE LA APLICACIÓN DE VARIOS, Y LAS MAS APROPIADAS PARA EL PAÍS, CON LA PARTICIPACIÓN DE TODA LA POBLACIÓN, PERO ESPECIALMENTE DE LOS MÉDICOS Y DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS.

DE LOS 14 A LOS 20 AÑOS, ES CUANDO EL FUMADOR OCASIONAL SE CONVIERTE EN HABITUAL Y DEPENDIENTE AL TABACO, POR LO QUE LAS ACCIONES PREVENTIVAS SE DEBEN DIRIGIR A LOS ADOLESCENTES EN ESPECIAL. UNA VEZ QUE UNA PERSONA SE VUELVE DEPENDIEN

TE PIERDE SU EFECTIVIDAD LAS RESTRICCIONES, LAS ADMONICIONES, EL AUMENTO DE IMPUESTOS Y CUALQUIER OTRA MEDIDA. POR ELLO, LA IMPORTANCIA DE IMPEDIR QUE LOS ADOLESCENTES ADOPTEN EL HÁBITO Y QUE QUIENES SON FUMADORES, PERSISTAN EN SU ACTITUD.

LAS ACCIONES PREVENTIVAS DEBEN CONTEMPLARSE PARA CUMPLIR CON SU COMETIDO A LARGO PLAZO, DEBEN SER ADECUADAS PARA APLICARSE A GRANDES GRUPOS DE INDIVIDUOS Y DEBEN DE SER DIRIGIDOS TANTO A FUMADORES COMO A NO FUMADORES.

EN EL INFORME DE LA XXIII ASAMBLEA DE O.M.S.(1970).SE DIJO: "LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TABAQUISMO SON UNA CAUSA TAN IMPORTANTE DE INCAPACIDAD Y MUERTE EN LOS PAÍSES DESARROLLADOS, QUE EL CONTROL DEL TABAQUISMO HARÍA MAS IMPORTANCIA POR PROLONGAR LA VIDA EN ESOS PAÍSES QUE CUALQUIER OTRA ACCIÓN EN EL CAMPO DE LA MEDICINA PREVENTIVA".

LEGISLACION SOBRE CAMPAÑAS ANTI-TABAQUICAS.-

EN DIVERSOS PAÍSES SE HA INTENTADO LEGISLAR LA CONDUCTA DE FUMAR CIGARRILLOS, PROHIBIENDO EL FUMAR DE UNA MANERA SELECTIVA EN CIERTOS LUGARES Y PARA CIERTAS PERSONAS (NIÑOS). LOS RESULTADOS SOBRE LA LEGISLACIÓN DEL TABAQUISMO (AVISOS SOBRE LOS PAQUETES DE CIGARRILLOS, CAMPAÑAS ANTI-TBACO, DISMINUCIÓN DE LA PUBLICIDAD EN LOS MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN-ETC.) NO HAN PODIDO SER MEDIDOS NI EVALUADOS ADECUADAMENTE, LOS RESULTADOS NO HAN SIDO ALENTADORES (BERNSTEIN, 1970). EN MÉXICO NO PARECE EXISTIR EVALUACIÓN ALGUNA SOBRE ESTE TIPO DE CONTROL.

EL COMITÉ DE LA OMS RECONOCIÓ LA UTILIDAD DE LAS DISPOSICIONES LEGISLATIVAS INTEGRADAS EN LAS CAMPAÑAS ANTI-TABÁQUICAS. HAY QUE OCUPARSE, ANTE TODO, DE LA MANERA DE INFORMAR A LOS LEGISLADORES PARA QUE TENGAN UN CONOCIMIENTO PRECISO DE LA IMPORTANCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE PLANTEA EL HÁBITO DE FUMAR. SIN EMBARGO, NO HAY QUE LIMITARSE A LAS MEDIDAS LEGISLATIVAS, NI HAY QUE PONER MUCHA CONFIANZA EN SU EFICACIA DISUASIVA Y PUNITIVA, LO QUE MAS IMPORTA ES LA UTILIDAD EDUCATIVA DE LA LEGISLACIÓN. PARA QUE ÉSTA RESULTE EFICÁZ, ES PRECISO DISPONER DE UNA ESTRATEGIA CUIDADOSAMENTE PLANIFICADA Y ORIENTADA A UN PROCESO CONTINUO Y NO A LA OBTENCIÓN INMEDIATA DE RESULTADOS QUE NO PODRÍAN CONSEGUIRSE TODOS A LA VEZ.

EL OBJETIVO FINAL PUEDE CONSISTIR, POR EJEMPLO, EN LA PROHIBICIÓN TOTAL DE CUALQUIER FORMA DE PUBLICIDAD DIRECTA DEL TABACO Y EN LA SUPRESIÓN DE OTRAS INFLUENCIAS QUE TIENDEN A FOMENTAR SU CONSUMO. ÉSTO SE HA CONSEGUIDO YA EN ALGUNOS PAÍSES, PERO EN OTROS QUIZÁ NO RESULTA HACEDERO NI ACONSEJABLE TRATAR DE IMPONER DESDE EL PRIMER MOMENTO LA OBSERVACIÓN DE ESTA MEDIDA.

PARA PROMOVER LA OBSERVACIÓN DE LAS LEYES ANTI-TABÁQUICAS HAY QUE LLEVAR ACABO UNA INTENSA ACCIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMO LOS DEMÁS ELEMENTOS DE LA CAMPAÑA Y LAS DISPOSICIONES LEGISLATIVAS DEBEN SER OBJETO DE UNA EVALUACIÓN CONTÍNUA.

TRATAMIENTO

SE SABE QUE EL HÁBITO DE FUMAR ES UNO DE LOS MÁS ARRIGADOS EN LA PERSONALIDAD, MÁS QUE LAS ADICCIONES A LA HEROÍNA, A LAS ANFETAMINAS, AL ÁCIDO LISÉRGICO, A LA MARIHUANA, AL ALCOHOL, AL TÉ Y AL CAFÉ, PERO SEGÚN EXPERTOS EN LA MATERIA, LA MAYOR PARTE DE FUMADORES EMPEDERNIDOS ESTÁN DISPUESTOS A ABANDONAR EL HÁBITO UNA VEZ QUE SE CONVENCEN DE LOS GRANDES DAÑOS QUE PUEDEN OCASIONAR A LA SALUD.

SIN EMBARGO, A PESAR DEL DESEO DE DEJAR DE FUMAR NO PUEDEN HACERLO. SÓLO EL 2% O MENOS LOGRAN LIMITAR EL HÁBITO PERO LA MAYORÍA NO PUEDEN LLEGAR A 2 HORAS DE ABSTINENCIA.

EN ALGUNOS INDIVIDUOS LA DEPENDENCIA PSICOLÓGICA Y POSIBLEMENTE FARMACOLÓGICA DEL TABACO ES TAN FUERTE QUE LLEGA A CAER DENTRO DE LA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA, YA QUE PREFIEREN SUFRIR LOS GRAVES PROBLEMAS QUE OCASIONA, TALES COMO INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, TRASTORNOS CIRCULATORIOS E INCLUSIVE AMPUTACIONES, QUE DEJAR DE FUMAR.

EN LOS JÓVENES LA AMENAZA DE ENFERMEDADES FUTURAS Y EN LOS VIEJOS LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES PENOSAS E INVÁLIDAS, PUEDEN AYUDAR PARA QUE DEJEN EL TABACO; PERO EL ADULTO MEDIO PARECE NO PREOCUPARSE YA QUE EMPEZÓ A FUMAR SIN TENER PROBLEMAS Y SE MUESTRA INDIFERENTE A LOS POSIBLES DAÑOS QUE EL TABACO PUEDE OCASIONARLE (CICERO, CHAVEZ, 1979).

EXISTEN DIFERENTES TÉCNICAS EMPLEADAS PARA MODIFICAR LA CONDUCTA DE FUMAR, ENTRE LAS TÉCNICAS MÁS RELEVANTES ESTÁN LAS SIGUIENTES:

1.- TÉCNICAS AVERSIVAS:QUE TIENEN COMO PROPÓSITO HACER QUE EL FUMAR SEA DESAGRADABLE;EN ESTOS PROCEDIMIENTOS LA CONDUCTA DE FUMAR UN CIGARRILLO VA SEGUIDA POR UN ESTÍMULO AVERSIVO,CASTIGANDO LA CONDUCTA DE FUMAR (BENSTEIN 1970,HUNT Y RESPALC 1974).

DENTRO DE LAS TÉCNICAS AVERSIVAS LAS MÁS UTILIZADAS SON;LAS DE CHOQUES ELÉCTRICOS,SENSIBILIZACIÓN CUBIERTA,FUMAR RÁPIDO Y SOBRESACIEDAD.

EN TÉRMINOS GENERALES,EN CASI EN TODOS LOS EXPERIMENTOS AVERSIVOS DONDE ERAN UTILIZADOS CHOQUES ELÉCTRICOS(POWELL Y AZRIN,1968,KOEING Y MASTERA 1965,STEFFI,METCHEBAUN Y BEST 1970,CHAPMAN Y COL. 1971,RUSSELL Y COL 1976)QUEDÓ DEMOSTRADA UNA ALTA REINCIDENCIA AL POCO TIEMPO DE FINALIZAR EL TRATAMIENTO.

LA TÉCNICA DE SENSIBILIZACIÓN CUBIERTA SE DEBE A CAUTELA (1960)(1972) Y ES UN PROCEDIMIENTO SIMILAR AL DE LA DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA DESARROLLADA POR WALPE.CON--SISTE EN QUE EL SUJETO SE RELAJE Y SE IMAGINE A SÍ MISMO--TOMANDO UN CIGARRILLO,CÓMO SE LO LLEVA A LA BOCA Y EN ESTE MOMENTO SE LE PIDE QUE EMPIECE A SENTIR:NAÚSEAS,DESEOS DE VÓMITAR ETC. POSTERIORMENTE SE LE PIDE QUE EXPERIMENTE BIENESTAR AL HABER PODIDO EVITAR FUMAR.

2.- AUTOMONITOREO DE LA CONDUCTA DE FUMAR: ROZENSKY - (1974) COMPARÓ EL EFECTO DE DOS CONDICIONES DE AUTORREGIS-

TRO SOBRE LA CONDUCTA DE FUMAR (REGISTROS ANTES DE FUMAR Y REGISTROS DESPUÉS DE HACERLO).

3.- AUTOCASTIGO: EL AUTOCASTIGO REPRESENTA UNA FORMA DE PROGRAMACIÓN CONDUCTUAL. (MAHONEY Y THORENSEN, 1974). EN EL AUTOCASTIGO POSITIVO, EL SUJETO SE QUITA ALGÚN ESTÍMULO POSITIVO DESPUÉS DE LA OCURRENCIA DE ALGUNA CONDUCTA INDESEABLE.

4.- SUSPENSIÓN BRUSCA O ABANDONO NATURAL: EL PROPÓSITO DE ABANDONAR GRADUALMENTE EL CIGARRILLO ES EVITAR LOS MOLESTOS SÍNTOMAS DE LA SUPRESIÓN. LA SUSPENSIÓN BRUSCA -- TRAE COMO CONSECUENCIA EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA QUE ES MUY MOLESTO. EL USO DE ESTA TÉCNICA NO PRODUJO NINGUNA VENTAJA SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE CONTROL.

5.- TRATAMIENTO CON FÁRMACOS: SEGÚN LA EXPERIENCIA CLÍNICA, CON FRECUENCIA ENTRE LOS FUMADORES SEVEROS Y CRÓNICOS SE PRESENTAN SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN QUE EN ALGUNA FORMA PUEDEN FUNCIONAR COMO ELEMENTOS QUE PROPICIEN EL HÁBITO, ASÍ COMO DIFICULTAN SU ABANDONO. EL USO DE LOS TRICÍCLICOS ANTIDEPRESIVOS ES RECOMENDABLE, EN ALGUNOS CASOS SE PODRÍAN UTILIZAR NEUROLÉPTICOS EN DOSIS BAJAS CON EL OBJETO DE TENER UN EFECTO SEDANTE. AMBOS GRUPOS DE PSICOFÁRMACOS USADOS ADECUADAMENTE SON DE GRAN UTILIDAD Y EN NINGUNO DE ELLOS SE PRESENTA DEPENDENCIA.

6.- TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO: ENTRE ÉSTOS,PODEMOS -
AGRUPARLOS EN TRES TIPOS QUE AYUDAN AL INDIVIDUO A DEJAR -
DE FUMAR,

A)TERAPEUTICA SUSBTITUTIVA:TRATA DE OFRECER AL ORGA--
NISMO UNA SUSTANCIA QUE POSEA ACCIONES SIMILARES A LAS DE-
LA NICOTINA. DORSEU 1936,UTILIZÕ POR PRIMERA VEZ CON ESTE-
FIN LA LOBELINA.

B)TRATMIENTO FARMACOLÓGICOS AVERSIVOS:ESTE MÉTODO IN-
TENTA CONSEGUIR EL ABORRECIMIENTO DEL HÁBITO DE FUMAR POR-
LA ADMINISTRACIÓN DE DETERMINADAS SUBSTANCIA, ENTRE ESTAS -
SE ENCUENTRA EL NITRATO DE PLATA,SULFATO DE COBRE,LAXANTES
ETC.

C)TRATAMIENTO POR DESVIACIÓN:PARECE QUE ESTOS MÉTODOS
NO CARECEN DE FUNDAMENTO, YA QUE AL HACER USO DEL CIGARRI--
LLO, A MENUDO, SÓLO SE PRETENDE SOBREPONERSE AL ABURRIMIENTO
-EXITACIÓN U OTRAS SITUACIONES DESAGRADABLES, LOS MEDIOS -
QUE SE RECOMIENDAN PARA ESTE MÉTODO SON LOS CIGARRILLOS DE
MENTHOL, O DE CHOCOLATE, TABLETAS PARA CHUPAR ETC. NO EXISTEN
EVIDENCIAS RELEVANTES ACERCA DEL ÉXITO DE ESTE TRATAMIEN-
TO.

7.- USO DE NICOTINA EN GOMA DE MASCAR: RUSSELL (1976)
DETERMINÓ LOS NIVELES DE NICOTINA EN EL PLASMA DE SUJETOS-
QUE FUMARON CIGARRILLOS Y EN OTROS QUE MASTICARON CHICLES-
DE NICOTINA, QUE CONTENIAN 2 Y 4 MGS. (1 CIGARRILLO CONTIENE

NE ENTRE 1 Y 2 MGS. DE NICOTINA).

EL CHICLE DE NICOTINA PUEDE SER DE GRAN UTILIDAD PARA AYUDAR A LOS FUMADORES QUE DESEAN O ESTÁN TRATANDO DEJAR DE FUMAR, SOBRE TODO PARA COMBATIR LOS SÍNTOMAS DESAGRADABLES DE SUPRESIÓN, PERO NO PUEDE SER ÚTIL COMO SUBSTITUTO DEL CIGARRILLO PARA QUIENES ESPERAN PODERSE QUITAR EL HÁBITO A TRAVÉS DE SU USO (RUSSELL, JARVIS, RAW, 1980).

8.-PSICOTERAPIA DE GRUPO: LOS ÉXITOS DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO SON ALENTADORES EN CONTRAPOSICIÓN CON LOS POCOS RESULTADOS DE LA TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA O INDIVIDUAL.

LA DINÁMICA ES IMPORTANTE, YA QUE PERMITE AL SUJETO IDENTIFICAR EN OTRAS PERSONAS LOS MISMOS TEMORES, Y POR OTRO LADO LE PERMITE DARSE CUENTA QUE TALES TEMORES NO SON TAN CONSISTENTES COMO LO CREÍA. EL GRUPO TIENE MUCHO ÉXITO AL PROVEER AL FUMADOR SOPORTE, EMPATÍA, ALIENTO Y ESTÍMULO Y LA OPORTUNIDAD DE COMPARTIR EL ÉXITO.

TAMERIN (1972) IDENTIFICÓ LOS ASPECTOS PSICODINÁMICOS DE DEJAR DE FUMAR EN GRUPO, A TRAVÉS DE SUS OBSERVACIONES PERSONALES. DESTACA 3 ASPECTOS MAYORES: 1) LA ESPECTATIVA DE FALLAR, 2) LA TEMIDA PÉRDIDA DE CONTROL, 3) EL SIGNIFICADO AFECTIVO DE LA PERDIDA. RECALCA SOBRE LA FIRME CONVICCIÓN EN EL ÉXITO, PARA PODER ALCANZARLO.

9.-CLINICAS DE TABAQUISMO: EN ESTADOS UNIDOS DE NORETE-AMÉRICA, LAS CLÍNICAS DE TABAQUISMO HAN SIDO AMPLIAMENTE USA-

DAS (WAGNER 1971, BERNSTEIN 1970, KEUTZER Y LICKTENSTEIN 1968) SIN EMBARGO, LOS ESTUDIOS REALIZADOS POR ELLOS HAN TENIDO MUCHAS FALLAS DE TIPO METODOLÓGICO Y UN MAL EMPLEO DE LA ESTADÍSTICA.

LAS FUNCIONES DE LAS CLÍNICAS DE TABÁQUISMO NO ES NECESARIAMENTE INADECUADO SIEMPRE Y CUANDO SUS TRATAMIENTOS Y APLICACIONES PUEDAN ALCANZAR UN ESTATUS DE CONTROL, TAL QUE LA EFECTIVIDAD DE SUS PROCEDIMIENTOS QUEDE GARANTIZADA.

EN INGLATERRA Y ESTADOS UNIDOS DE NORTE AMÉRICA LAS AUTORIDADES SANITARIAS FINANCIAN ESTAS CLÍNICAS PARA FUMADORES.

EN MÉXICO (1987) SE ENCUENTRAN OPERANDO LAS CLÍNICAS DE TABAQUISMO DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA Y HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, EN LAS CUALES SE DESARROLLA UN PROGRAMA DE INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA ABANDONAR EL HÁBITO TABÁQUICO.

EN ALGUNOS ESTUDIOS, AL COMPARAR DIVERSAS TÉCNICAS QUE HUNT Y RESPALC (1974) REALIZARON UNA EVALUACIÓN EXTENSA DE LOS MÉTODOS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA DE FUMAR, SOBRE UN TOTAL DE 89 ESTUDIOS QUE REUNÍAN LOS REQUISITOS MÍNIMOS DE CONTROL METODOLÓGICO. EVALUARON LOS RESULTADOS OBTENIDOS TANTO EN ABSTINENCIA, COMO EN REDUCCIONES A CORTO Y A LARGO PLAZO, Y CON MÉTODOS DE ABANDONO GRADUAL Y ABANDONO ABRUPTO. TODOS LOS ESTUDIOS FUERON AGRUPADOS EN 6 CATEGORÍAS: A) CONDICIONAMIENTO AVERSIVO, B) TERAPIAS CON DROGAS, C) TERAPIAS DE

APOYO, DE GRUPO Y EDUCATIVAS, D) HIPNOSIS, E) MODIFICACIÓN DE CONDUCTA Y F) MISCELÁNEOS.

A LOS RESULTADOS A LOS QUE LLEGARON SON, QUE NO EXISTE VENTAJAS DE NINGUN MÉTODO SOBRE LOS DEMÁS QUE JUSTIFIQUE SU APLICACIÓN EN BASE A MAYORES TASAS DE ÉXITO. INDEPENDIENTEMENTE DEL MÉTODO UTILIZADO LOS SUJETOS QUE TERMINAN EL TRATAMIENTO ÉXITOSAMENTE, ES DECIR, QUE HAYAN LOGRADO DEJAR DE FUMAR AL FINAL DEL TRATAMIENTO, TIENEN UNA MUY ALTA POSIBILIDAD DE REINCIDIR EN LA CONDUCTA DE FUMAR AL CABO DE UN TIEMPO MAS O MENOS CORTO. LAS TASAS DE REINCIDENCIA VARÍAN DEL 100% AL 70% EN EL MEJOR DE LOS CASOS. NO EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS A LARGO PLAZO CON EL ABANDONO GRADUAL O EL ABRUPTO. ASÍ TAMBIÉN, LOS INDIVIDUOS QUE ÚNICAMENTE REDUCEN SUS TASAS DE CONSUMO AL CABO DE UN TIEMPO VUELVEN A SUS NIVELES DE CONSUMO HABITUALES.

TONGAS (1978), REPORTA QUE EL USO DE UNA SOLA TÉCNICA COMO ÚNICO COMPONENTE EN EL TRATAMIENTO HA TENIDO RESULTADOS MUY LIMITADOS SOBRE TODO A LARGO PLAZO. ÉL SUGIERE QUE EL ESTUDIO DE PAQUETES TERAPEÚTICOS, ES DECIR, LA COMBINACIÓN DE VARIAS TÉCNICAS EN UN TRATAMIENTO, AUNQUE COMPLICADO ES EL PROCEDIMIENTO QUE NOS LLEVARÁ A DISEÑAR TÉCNICAS MAS EFICIENTES A CORTO Y A LARGO PLAZO. LA CLÍNICA DE TABAQUISMO DEL I.Ñ.E.R., COMBINA VARIAS TÉCNICAS, A CONTINUACIÓN DESCRIBIREMOS EL TRATAMIENTO.

"INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS"

TRATAMIENTO DE LA CLINICA DE TABAQUISMO

PROGRAMA DE ACTIVIDADES:

PRE-TRATAMIENTO

- INFORMACION ACERCA DEL PROGRAMA
- ENTREVISTA DE 1a. VEZ
- ESTUDIO SOCIOECONOMICO
- PLACA DE TORAX Y ELECTROCARDIOGRAMA
- SACAR EXPEDIENTE Y CARNET

SESION 1

- PRESENTACION DEL GRUPO
- CONTRATO PACIENTE-TERAPEUTA
- APLICACION DEL CUESTIONARIO DE TABAQUISMO
- PLATICA DEPENDENCIA FISICA Y PSICOLOGICA
y SINDROME DE ABSTINENCIA
- EXPLICACION DE AUTOREGISTRO DE LINEA BASE Y ENTREGA DE ESTE.
- CITA CON EL NEUMOLOGO

SESION 2

- REVISION DE AUTOREGISTRO DE LINEA BASE
- CUESTIONARIO DE MOTIVOS DE FUMAR
- EXPLICACION DE LOS MOTIVOS DE FUMAR(RUSSELL)
- PLATICA DE MOTIVOS DE INICIO Y MANTENIMIENTO DEL HABITO
- ENTREGA DE AUTOREGISTRO DE LINEA BASE

SESION 3

- REVISION DE AUTOREGISTRO DE LINEA BASE
- INSTRUCTIVO DE CHICLE CON NICOTINA
- TIPS PARA DEJAR DE FUMAR
- SUSPENSION ABRUPTA DE FUMAR
- ENTREGA DE AUTOREGISTROS DE CHICLE Y ENTREGA DEL CHICLE CON NICOTINA.

SESION 4

- REVISION DE AUTOREGISTRO DE TRATAMIENTO(CHICLE)
- DISCUSION
- DINAMICA DE GRUPO(5 ASPECTOS POSITIVOS Y 5 NEGATIVOS DEL CIGARRO.
- CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD(E.P.Q.)
- ENTREGA DE AUTOREGISTRO DE TRATAMIENTO Y CHICLE CON NICOTINA

SESION 5

- REVISION DE AUTOREGISTRO DE TRATAMIENTO
- PLATICA MEDICA SOBRE EFECTOS FARMACOLOGICOS Y ENFERMEDADES PROVOCADAS POR EL TABAQUISMO.
- DISCUSION
- ENTREGA DE AUTOREGISTRO DE TRATAMIENTO(CHICLE) Y CHICLE -- CON NICOTINA.

SESION 6

- REVISION DE AUTOREGISTRO DE TRATAMIENTO(CHICLE)
- PLATICA O EXPLICACION DE LA IMPORTANCIA DE TERAPIA DE RELAJACION.
- CASSETE DE RELAJACION
- ENTREGA DE AUTOREGISTRO (CHICLE)

SESION 7

- REVISION DE AUTOREGISTRO DE TRATAMIENTO
- DINAMICA SOBRE CONSUMISMO
- PLATICA SOBRE LA INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD EN EL HABITO-TABAQUICO.
- ENTREGA DE AUTOREGISTRO DE TRATAMIENTO Y CHICLE CON NICOTINA.

SESION 8

- REVISION DE AUTOREGISTRO DE TRATAMIENTO
- DISCUSION
- VIDEOCASSETE "MUERTE EN EL OESTE"
- ENTREGA DE AUTOREGISTRO DE TRATAMIENTO Y CHICLE CON NICOTINA

SESION 9

- REVISION DE AUTOREGISTRO DE TRATAMIENTO
- RESULTADOS MEDICOS REPORTADOS POR EL NEUMOLOGO
- ENTREGA DEL AUTOREGISTRO(CHICLE) Y CHICLE CON NICOTINA

SESION 10

- REVISION DE AUTOREGISTRO DE TRATAMIENTO
- PSICODINAMICA O DEBATE DE ASPECTOS DEL TABAQUISMO
- DINAMICA DE PERCEPCION
- FECHAS DE SEGUIMIENTO

CONSECUENCIAS DEL TABACO EN EL ORGANISMO

LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL TABACO NO SE MANIFIESTAN INMEDIATAMENTE, SINO QUE EXISTE UN PERÍODO DE LATENCIA QUE PUEDE SER DE MUCHOS AÑOS, ENTRE EL MOMENTO EN QUE SE INICIA EL HÁBITO DE FUMAR Y LA APARICIÓN DE LOS SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL.

CUANDO UNA PERSONA SE INICIA EN EL TABAQUISMO ESTÁ EXPONIENDO A SU ORGANISMO A UN RIESGO QUE EN EL FUTURO LO HARÁ ADQUIRIR ENFERMEDADES CRÓNICAS. EL HUMO DEL TABACO EN COMBUSTIÓN ES UNA MEZCLA DE GASES, VAPORES NO CONDENSADOS Y MATERIAS LÍQUIDAS EN PARTÍCULAS, A MANERA DE UN AREOSOL CONCENTRADO. EL 80% O 90% DE LAS PARTÍCULAS DEL HUMO SE RETIENEN EN EL APARATO RESPIRATORIO Y SE DEPOSITAN EN LA SUPERFICIE DE LOS BRONQUIOS Y PARÉNQUIMA PULMONAR. LA GRAN PARTE DE LOS COMPONENTES CARCINÓGENOS IDENTIFICADOS EN EL ALQUITRÁN Y EL MONÓXIDO DE CARBONO (CO) DEL HUMO DEL CIGARRILLO, NO ESTÁN PRESENTES EN LA HOJA NATURAL DEL TABACO, SINO QUE SE FORMAN POR LA COMBUSTIÓN.

AUNQUE SON MUCHAS LAS SUSTANCIAS QUE COMPONEN EL HUMO DEL CIGARRILLO, SE CONSIDERAN LAS DE MAYOR DAÑO PARA LA SALUD:

- LA NICOTINA
- EL ALQUITRÁN
- EL MONÓXIDO DE CARBONO
- LOS COMPUESTOS IRRITANTES.

NICOTINA: ES EL COMPONENTE QUÍMICO QUE TIENE EL MAYOR -
NÚMERO DE EFECTOS FARMACOLÓGICOS SOBRE EL ORGANISMO, TIENE --
EFECTOS ETIMULANTES SOBRE EL ESTADO DE ÁNIMO LLEGANDO A ES-
TABLECER UNA DEPENDENCIA FÍSICA.

ACTÚA A DIFERENTES NIVELES:

A) EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: FUNCIONA COMO ESTIMU
LANTE, AUMENTA EL GRADO DE ATENCIÓN Y LA CAPACIDAD DE PERCEP-
CIÓN MENTAL; A DOSIS TÓXICAS PRODUCE TEMBLORES Y CONVULSIONES
EXCITACIÓN RESPIRATORIA Y VÓMITO. TIENE ACCIÓN ANTIDIURÉTICO-
POR LIBERACIÓN DE LA HORMONA ESPECÍFICA.

B) EN EL SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO: EJERCE UN EFECTO -
INICIAL TRANSITORIO ESTIMULANTE, SEGUIDO DE EFECTO DEPRESOR -
DE LOS GANGLIOS AUTÓNOMOS, DE MANERA SEMEJANTE ACTÚA SOBRE EL
MÚSCULO ESQUELÉTICO.

C) EN LA MÉDULA SUPRARRENAL: PRODUCE LA LIBERACIÓN DE -
PEQUEÑAS CANTIDADES DE ADRENALINA QUE ACTÚA SOBRE EL APARATO
CARDIOVASCULAR.

D) EN EL APARARATO CARDIOVASCULAR PROVOCA TAQUICARDIA Y
VASOCONSTRICCIÓN CON AUMENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL E ISQUE-
MIA EN LOS TERRITORIOS CAPILARES, COMO RESULTADO DE LA ACCIÓN
DE LAS CATECOLAMINAS LIBERADAS POR LA MÉDULA SUPRARRENAL.

E) EN EL APARATO RESPIRATORIO: CAUSA RUPTURA DE LOS TA-
BIQUES ALVEOLARES, FIBROSIS Y ENGRASAMIENTO DE LAS PAREDES DE
ARTERIAS PULMONARES Y CAMBIOS METAPLÁSICOS DEL EPITELIO.

F) EN EL APARATO DIGESTIVO: DISMINUYE EL APETITO, LO CU

AL POR SÍ SOLO ES MOTIVO PARA QUE MUCHAS PERSONAS SIGAN FUMANDO PARA AUMENTAR DE PESO.

AUMENTA LA CANTIDAD DE ÁCIDO CLORHÍDRICO EN EL ESTÓMAGO EL CUAL AYUDA EN LA DIGESTIÓN DE LOS ALIMENTOS, PERO SI LA CANTIDAD DE ÁCIDO CLORHÍDRICO ES DEMASIADO GRANDE, EXISTE MAYOR PROBABILIDAD DE PADECER GASTRITIS O ÚLCERA, LA CUAL PUEDE LLEGAR A SER MORTAL.

G) EN OTRAS LOCACIONES: COMO LA LARINGE, LA VEJIGA, LOS OJOS ETC. PROVOCA IRRITACIÓN.

EN LAS MUJERES EMBARAZADAS, AL PRODUCIRSE VASOCONTRICCIÓN POR ACCIÓN DE LA NICOTINA, SE AUMENTAN LAS PROBABILIDADES DE ABORTO Y DE PARTOS PREMATUROS, Y AL NACER MENOR PESO EN EL NIÑO Y MAYOR RIESGO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.

ALQUITRAN: ES EL PRINCIPAL

AGENTE PRODUCTOR DE CÁNCER, TANTO EN LOS PULMONES, COMO EN LA BOCA, LARINGE, ESÓFAGO, PÁNCREAS

Y VEJIGA URINARIA. EL ALQUITRÁN ES UN CONJUNTO DE PARTÍCULAS CARCINÓGENAS, SIENDO LOS MÁS IMPORTANTES LOS HIDROCARBUROS POLICÍCLICOS; ADEMÁS DE SUSTANCIAS IRRITANTES.

MONOXIDO DE CARBONO: EL MONÓXIDO DE CARBONO CONTENIDO EN EL HUMO DEL TABACO SE PRODUCE AL FUMAR EL CIGARRILLO, ES DECIR, CUANDO ÉSTE SE QUEMA.

EL MONÓXIDO DE CARBONO OCUPA EL LUGAR QUE CORRESPONDE AL OXÍGENO EN EL ORGANISMO, E INTOXICA, DISMINUYENDO EL APORTE DE OXÍGENO A LOS TEJIDOS, LO QUE PRODUCE CAMBIOS EN -

LOS REFLEJOS NEUROLÓGICOS, PRODUCEN TAMBIÉN CAMBIOS EN LA DISCRIMINACIÓN SENSORIAL, FATIGA, CEFALEA, MAREO, IRRITABILIDAD ALTERACIONES EN EL SUEÑO, ANORMALIDADES ELECTROCARDIOGRÁFICAS Y DEPRESIÓN DE LAS FUNCIONES RESPIRATORIAS.

AL COMBINARSE EL MONÓXIDO DE CARBONO CON LA HEMOGLOBINA Y ELEVARSE LOS NIVELES DE COHB PUEDE PROVOCAR ARTEROESCLEROSIS, LA CUAL CONSISTE EN UN DEPÓSITO DE GRASA EN LAS PAREDES INTERNAS DE LAS ARTERIAS, QUE DIFICULTAN UNA ADECUADA CIRCULACIÓN DE LA SANGRE A TRAVÉS DEL ORGANISMO.

SUSTANCIAS IRRITANTES: ESTAS SUSTANCIAS AFECTAN DIRECTAMENTE LAS VÍAS RESPIRATORIAS (BRONQUITO Y PULMONES), LLEGANDO INCLUSO A PROVOCAR BRONQUITIS CRÓNICA Y ENFISEMA PULMONAR, ADÉMÁS DE OTRAS ENFERMEDADES COMO SENUSITIS Y FARINGITIS CRÓNICA.

ENTONCES, LA NICOTINA, EL ALQUITRÁN, EL MONÓXIDO DE CARBONO Y LAS SUSTANCIAS IRRITANTES, VAN A CAUSAR DAÑOS EN EL ORGANISMO, SIN EMBARGO, ESTE DAÑO PUEDE SER MAYOR O MENOR DEPENDIENDO DE LA FORMA EN QUE LA PERSONA FUME Y EL TIPO DE CIGARROS FUMADO:

1.- LA FORMA EN QUE LA PERSONA FUMA DEPENDE DE:

A) LA PROFUNDIDAD DE INHALACIÓN; MIENTRAS MÁS PROFUNDA SEÁ LA INHALACIÓN DEL HUMO MAYOR ES EL NÚMERO DE SUSTANCIAS QUE LLEGAN A LAS VÍAS RESPIRATORIAS.

B) LA RÁPIDEZ CON QUE SE FUMA; SE HA COMPROBADO QUE MIENTRAS MÁS RÁPIDO SE FUMA, SE DESPRENDE DEL CIGARRO SUSTAN-

CIAS O PARTÍCULAS MUCHO MAS PEQUEÑAS QUE PASAN CON MAYOR FACILIDAD.

C) EL PORCENTAJE DEL CIGARRO FUMADO; SI SE FUMA EL CIGARRO COMPLETO SE INHALA MUCHO MÁS SUSTANCIAS QUE SI SÓLO SI-FUMA UNA PARTE.

2.- EL TIPO DE CIGARRO FUMADO:

A) TIPO DE CIGARRO, ES DECIR, SI ES SUAVE O FUERTE.

B) EL FILTRO; LOS CIGARROS CON FILTRO DISMINUYEN LA POSIBILIDAD DE INHALAR SUSTANCIAS QUÍMICAS.

DENTRO DE LAS ENFERMEDADES QUE ESTÁN DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON EL TABACO, TENEMOS: CÁNCER BRONCOGÉNICO, ENFISEMA PULMONAR, BRONQUITIS CRÓNICA, NEUMONIAS, TRASTORNOS CIRCULATORIOS, CARDIOPATÍAS CORONARIAS Y ARTEROESCLEROSIS AÓRTICA. - ENTRE MAS SEAN LOS AÑOS Y EL NÚMERO DE CIGARRILLOS CONSUMIDOS, MAYOR ES EL RIESGO DE ADQUIRIR ÉSTE TIPO DE ENFERMEDADES. (ORDOÑEZ, 1973)

EL TABÁQUISMO SE HA CORRELACIONADO TAMBIÉN CON OTROS - PADECIMIENTOS, COMO CÁNCER DE LA BOCA, LARINGE, ESÓFAGO, VEJIGA ÚLCERA GÁSTRICA Y CONJUNTIVITIS.

LA IMPORTANCIAS DE LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON - EL TABÁQUISMO NO ESTÁ DADA SOLAMENTE POR LA MORTALIDAD QUE OCACIONA, SINO ADEMÁS POR LA INCAPACIDAD FÍSICA Y FUNCIONAL - QUE ORIGINAN Y LAS REPERCUSSIONES SOCIALES QUE TIENEN, YA QUE MUCHOS DE LOS PACIENTES SE VUELVEN IMPRODUCTIVOS, CON LA CON

SECUENTE CARGA ECONÓMICA PARA LA FAMILIA Y PARA LAS INSTITUCIONES DE SALUD.

MUNDIALMENTE 3 DE CADA 4 MUERTES SON CAUSADAS POR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, POR ACCIDENTES Y POR CÁNCER.

LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD CALCULÓ QUE DE LOS APROXIMADAMENTE 15 MILLONES DE CÁNCEROSOS EN LA POBLACIÓN TERRESTRE DE 3 MIL QUINIENTOS MILLONES, 3 MILLONES MUEREN ANUALMENTE DE CÁNCER, ES DECIR QUE CADA MINUTO 5 PERSONAS ESTÁN MURIENDO POR CÁNCER. MAYOR NÚMERO DE FUMADORES MORIRÍAN POR CÁNCER, SI ANTES NO MURIERAN POR LAS OTRAS DOS CAUSAS, ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y ACCIDENTES. TODAS ESTAS ENFERMEDADES REPRESENTAN UN 80% DE MORTALIDAD.

CAPITULO II

ANSIEDAD

EXISTEN DIFERENTES DEFINICIONES DE ANSIEDAD PERO RETOMAREMOS SOLO ALGUNAS.

ANSIEDAD: APRENSIÓN, TENSIÓN O INQUIETUD DERIVADA DE LA ANTICIPACIÓN DE UN PELIGRO, INTERNO O EXTERNO. ALGUNAS DEFINICIONES DE ANSIEDAD LA DISTINGUEN DEL MIEDO POR EL HECHO DE LIMITARSE A ANTICIPAR UN PELIGRO DE NATURALEZA NO ACLARADA EN TANTO QUE ÉSTE APARECE COMO RESPUESTA DE UN PELIGRO O AMENAZA EXTERNA HABITUAL CONSCIENTEMENTE RECONOCIBLE. LAS MANIFESTACIONES DEL MIEDO Y LA ANSIEDAD SON LAS MISMAS E INCLUYEN TENSIÓN MUSCULAR, HIPERACTIVIDAD AUTONÓMICA, EXPECTACIÓN APRENSIVA, VIGILANCIA E INVESTIGACIÓN ATENTA DEL ENTORNO.

LA ANSIEDAD PUEDE CONCENTRARSE EN UN OBJETO, SITUACIÓN O ACTIVIDAD QUE SON EVITADAS (FOBIAS) O SER INCONCRETA (ANSIEDAD LIBRE O FLOTANTE). LA ANSIEDAD PUEDE EXPERIMENTARSE MEDIANTE PERÍODOS BREVES DE INICIO SÚBITO Y ACOMPAÑAMIENTO DE SÍNTOMAS FÍSICOS (CRISIS DE ANGUSTIA). CUANDO LA ANSIEDAD SE CENTRA EN LOS SIGNOS O SÍNTOMAS FÍSICOS Y CAUSA PREOCUPACIÓN POR EL TEMOR A LA CREENCIA DE TENER UNA ENFERMEDAD RECIBE EL NOMBRE DE HIPOCONDRIA (D.S.M. III, 1981)

ANSIEDAD: ACTITUD EMOTIVA O SENTIMENTAL CONCERNIENTE AL FUTURO Y CARACTERIZADA POR UNA MEZCLA ALTERNATIVA DESAGRADABLE DE MIEDO Y ESPERANZA. (WARREN, HOWARD, 1981).

ANSIEDAD: ESTADO EMOCIONAL CRÓNICO CON APRENSIÓN O TEMOR COMO EL COMPONENTE MÁS PROMINENTE O ESENCIAL; CARACTERÍSTICO DE VARIOS TRASTORNOS NERVIOSOS Y MENTALES. (DREVER JAMES, 1979). (NOTA: ESTA DEFINICIÓN SE TOMARÁ EN CUENTA PARA LA PRESENTE INVESTIGACIÓN, ASÍ COMO LAS DOS SIGUIENTES).

(DE ACUERDO AL INVENTARIO DE LA ANSIEDAD RASGO-ESTADO (IDARE); SE CONSIDERA A LA ANSIEDAD EN DOS DISTINTAS DIMENSIONES:

LA ANSIEDAD-ESTADO: SE CONCEPTUALIZA COMO UNA CONDICIÓN O ESTADO EMOCIONAL TRANSITORIO DEL ORGANISMO HUMANO QUE SE CARACTERIZA POR SENTIMIENTOS DE TENSIÓN Y DE APRENSIÓN SUBJETIVOS CONSCIENTEMENTE PERCIBIDOS, Y POR AUMENTO DE LA ACTIVIDAD DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO. LOS ESTADOS DE ANSIEDAD PUEDEN VARIAR EN INTENSIDAD Y FLUCTUAR A TRAVÉS DEL TIEMPO.

LA ANSIEDAD-RASGO: SE REFIERE A LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES RELATIVAMENTE ESTABLES EN LA PROPENSIÓN A LA ANSIEDAD, ES DECIR, A LAS DIFERENCIAS ENTRE LAS PERSONAS EN LA TENDENCIA A RESPONDER A SITUACIONES PERCIBIDAS COMO AMENAZANTES CON ELEVACIONES EN LA INTENSIDAD DE LA A-ESTADO.

EPIDEMIOLOGIA

EL SÍNTOMA ANSIEDAD, TANTO EN SUS FORMAS AGUDAS COMO EN LAS CRÓNICAS, ES UN COMPONENTE DE CASI CUALQUIER TRASTORNO - PSQUIÁTRICO, Y EL SÍNDROME DE ATAQUES DE PÁNICO, EL CUAL LA ANSIEDAD FORMA EL ELEMENTO CENTRAL ES SIN DUDA MUY COMÚN, SIN EMBARGO, ES DIFÍCIL DAR CIFRAS EXACTAS EN RELACIÓN A SU OCURRENCIA. ALREDEDOR DEL 5% DE LA POBLACIÓN PUEDE SUFRIR DE ANSIEDAD AGUDA O CRÓNICA, LAS MUJERES SOBREPASANDO A LOS HOMBRES EN UNA RELACIÓN DE DOS A UNO. UNOS POCOS ESTUDIOS INDICAN QUE LA ANSIEDAD RIGE EN ALGUNAS FAMILIAS Y UNA INVESTIGACIÓN EN GEMELOS SIGUIERE LA POSIBILIDAD DE UNA BASE GENÉTICA DEL TRASTORNO.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

SE CONSIDERA QUE LA ANSIEDAD JUEGA UN PAPEL CENTRAL EN EL FUNCIONAMIENTO DEL APARATO PSICOLÓGICO. COMO REACCIÓN DEL EGO ANTE UNA AMENAZA INTERNA ORIGINADA EN IMPULSOS INSTINTIVOS PROHIBIDOS, LA ANSIEDAD SE EXPERIMENTA EN LA CONCIENCIA COMO DOLOR MENTAL. EL DOLOR A SU VEZ MOTIVA AL EGO A REALIZAR MANIOBRAS DEFENSIVAS DIRIGIDAS A CONTROLAR LOS IMPULSOS, CON EL FIN DE EVITAR EL SUFRIMIENTO MENTAL.

LA ANSIEDAD, EN OTRAS PALABRAS, ES VISTA COMO UNA SEÑAL O INDICADOR PARA EL EGO, DE LA NECESIDAD DE ERIGIR DEFENSAS PSICOLÓGICAS Y DEL ÉXITO DE SU FUNCIONAMIENTO. EN ESTE ESQUEMA TEÓRICO, LA ANSIEDAD NO SE CONSIDERABA NECESARIAMENTE-

COMO PATOLÓGICA.

LA ANSIEDAD ES UNA EXPERIENCIA HUMANA UNIVERSAL, CARACTERIZADA POR UNA ANTICIPACIÓN, LLENA DE TEMOR, DE UN EVENTO - DESAGRADABLE EN EL FUTURO. EN LA TEORÍA PSICOANALÍTICA, LA ANSIEDAD SE DIFERENCIA DEL MIEDO. LA ANSIEDAD, SE DICE, ES LA RESPUESTA A UNA PERSONA A UN PELIGRO QUE AMENAZA DESDE ADENTRO EN FORMA DE IMPULSO INSTINTIVO PROHIBIDO QUE ESTÁ A PUNTO DE ESCAPAR DE SU CONTROL. EL MIEDO POR OTRO LADO, SE DEFINE COMO LA REACCIÓN A UN PELIGRO EXTERNO REAL QUE AMENAZA A LA PERSONA CON POSIBLE LESIÓN O MUERTE. EN REALIDAD ESTA -- DISTINCIÓN TEÓRICA NO SIEMPRE PUEDE MANTENERSE ESTRICTA. EN CUALQUIER EPISODIO ESPECÍFICO, TANTO EL MIEDO COMO LA ANSIEDAD PUEDEN PRESENTARSE EN PROPORCIONES VARIABLES, DESDE UN PUNTO DE VISTA PRÁCTICO CLÍNICO, ES PROBABLEMENTE DE MAYOR RELEVANCIA IDENTIFICAR LAS CAUSAS DEL AFECTO, QUE TRATAR DE DECIDIR SI SE TRATA DE MIEDO O DE ANSIEDAD. (KAPLAN, HAROLD I. 1981).

LA ANSIEDAD ES UNA RESPUESTA NORMAL A AMENAZAS DIRIGIDAS CONTRA EL CUERPO DE UNO MISMO, POSESIONES, MODO DE VIDA, SERES QUERIDOS O VALORES ACARICIADOS. ES NORMAL DURANTE UN ESFUERZO EXTREMO O EN UNA SITUACIÓN DE LA VIDA RAPIDAMENTE-CAMBIANTE Y QUE REQUIERE UNA ADAPTACIÓN CONTINUA.

QUE LA ANSIEDAD SEA NORMAL O ANORMAL DEPENDE DE SU INTENSIDAD Y DURACIÓN Y DE LAS CIRCUNSTANCIAS QUE LA CAUSAN.

LA GENTE ANSIOSA POR LO GENERAL TIENE SENSACIONES DESAGRADABLES EN SU CUERPO, LA MAYOR PARTE DE ELLAS PUEDEN SER ATRIBUIDAS A MECANISMOS PSICOFISIOLÓGICOS; OTRAS SON MAS DIFÍCILES DE EXPLICAR. EL INDIVIDUO ANSIOSO PUEDE O NO RECONOCER QUE SUS SÍNTOMAS FÍSICOS SON DEBIDOS A CAUSAS EMOCIONALES; SI NO LO RECONOCE DECIDE EN FORMA CARACTERÍSTICA QUE ESTÁ FÍSICAMENTE ENFERMO Y FUNDAMENTE LOS SÍNTOMAS LA BASE DE SU TEMOR Y PREOCUPACIÓN.

LA ANGUSTIA INTENSA CONSTRINYE EL ALCANCE DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS DEL INDIVIDUO Y DISMINUYE SU PRODUCTIVIDAD EN SU TRABAJO. PUEDE ALTERAR LA CONCENTRACIÓN, LA MEMORIA, EL RAZONAMIENTO ABSTRACTO, LA HABILIDAD PARA CALCULAR Y LA APLICACIÓN PSICOMOTORA.

LA ANSIEDAD ESTÁ ASOCIADA CON UNA VARIEDAD DE ALTERACIONES FUNCIONALES. CUANDO ESTAS PROVOCAN SÍNTOMAS FÍSICOS SON GENERALMENTE LLAMADOS ALTERACIONES FISIOLÓGICAS.

LAS MANIFESTACIONES SOMÁTICAS COMUNES DE LA ANSIEDAD SON LAS SIGUIENTES:

1.- PERSPIRACIÓN EXCESIVA

2.- TENSIÓN MÚSCULO-ESQUELÉTICA: CÉFALEA TENSIONAL, CONSTRICCIÓN DE LA PARTE POSTERIOR DEL CUELLO Y DEL PECHO, VOZ TEMBLOROSA, DOLOR DE ESPALDA, ETC.

3.- RESPIRACIONES SUSPIRANTES

4.- SÍNDROME DE HIPERVENTILACIÓN: DISNEA, VÉRTIGO Y PAROSTESIAS.

5.- TRASTORNOS FUNCIONALES GASTROINTESTINALES: DOLOR - ABDOMINAL, ANOREXIA, NAÚSEA, MAL SABOR DE LA BOCA, DISTENSIÓN, - DIARREA, CONSTIPACIÓN, SENSACIÓN DE VACÍO EN EL ESTÓMAGO.

6.- IRRITABILIDAD CARDIOVASCULAR: HIPERTENSIÓN PASAJERA, CONTRACCIONES PREMATURAS, TAQUICARDIA Y DESFALLECIMIENTO.

7.- DISFUNCIÓN GENITO-URINARIA: FRECUENCIA URINARIA, DISURIA, IMPOTENCIA, DOLOR PÉLVICO EN LAS MUJERES Y FRIGIDEZ. -- (SOLOMON P. Y PATCH V. 1976).

ESTUDIOS DE TABAQUISMO Y ANSIEDAD

EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS SE HA INCREMENTADO NOTABLEMENTE LAS INVESTIGACIONES SOBRE EL TABAQUISMO DEBIDO A LA PREOCUPACIÓN QUE HA DESPERTADO EN LAS AUTORIDADES DEL SECTOR SALUD POR LAS SERIAS REPERCUSIONES QUE CONLLEVA.

SON MÚLTIPLES LAS CAUSAS QUE OCASIONAN EL HÁBITO TABÁQUICO POR LO QUE ES DIFÍCIL ERRADICARLO. A CONTINUACIÓN EXPONDREMOS ALGUNAS DE LAS INVESTIGACIONES MAS RELEVANTES SOBRE TABAQUISMO Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD, COMO MOTIVO IMPORTANTE PARA EL MANTENIMIENTO DEL HÁBITO.

SURAWY Y COL. (1985), INVESTIGARON LA IMPORTANCIA DE ESTÍMULOS AMBIENTALES EN EL CONTROL DEL TABAQUISMO DE FUMADORES SEDATIVOS Y ESTIMULANTES MEDIANTE LA COMPARACIÓN DE SUS RESPUESTAS A UNA FORMA DE ESTÍMULO SOCIAL. LOS SUJETOS INCLUYERON A 14 FUMADORES SEDATIVOS (EDAD PROMEDIO 32,2 AÑOS QUIENES REPORTARON FUMAR PREDOMINANTEMENTE, BAJO CONDICIONES DE GRAN EXCITABILIDAD (POR EJEMPLO: ANSIEDAD) Y 14 FUMADORES ESTIMULANTES (EDAD PROMEDIO 34,4 AÑOS), CUYA NECESIDAD DE FUMAR ERA MAYOR EN CONDICIONES DE BAJA EXCITABILIDAD (POR EJEMPLO: ABURRIMIENTO). LA CONDUCTA FUMADORA DE CADA GRUPO FUÉ ESTUDIADA EN 2 CONDICIONES EXPERIMENTALES DURANTE LAS CUALES LOS SUJETOS VIERON UNO DE DOS VIDEOS DE 30 MIN. LOS VIDEOS FUERON SIMILARES, EXCEPTO POR LA PRESENCIA DE FUMADORES EN UNO DE ELLOS.

EL OBSERVAR A PERSONAS FUMANDO EN EL VIDEO AUMENTO SIGNIFICATIVAMENTE LA FRECUENCIA E INTENSIDAD PERO SOLAMENTE EN LOS FUMADORES ETIMULANTES. ESTOS HALLAZGOS SUGIEREN QUE, EL ESTABLECER LAS SEÑALES PRECISAS A LAS QUE LAS DIFERENTES CLASES DE FUMADORES RESPONDEN ES IMPORTANTE PARA AMPLIAR EL CONOCIMIENTO DE LAS DISTINCIONES TEÓRICAS ESTABLECIDAS ENTRE FUMADORES.

EN OTRO ESTUDIO EN EL QUE 100 FUMADORES FUERON ASIGNADOS ALEATORIAMENTE EN 2 GRUPOS, UNO CON CHICLE CON NICOTINA (2 MGS.) Y EL OTRO GRUPO CON CHICLE PLACEBO, DURANTE UN PERÍODO DE PRIVACIÓN DEL TABACO DE 4 DÍAS, LAS PUNTUACIONES DE LOS SUJETOS EN LA ESCALA DE PERFIL DE ESTADOS DE ANIMO INDICARON QUE EL GRUPO CON CHICLE CON NICOTINA TUVO REDUCCIONES SIGNIFICATIVAS EN: IRRITABILIDAD, ANSIEDAD, DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE, INQUIETUD, IMPACIENCIA, Y MOLESTIAS SOMÁTICAS. SIN EMBARGO LA NICOTINA NO REDUJO EL DESEO DEL CIGARRO, HAMBRE E INSOMNIO, NI LA DISMINUCIÓN DEL TEMBLOR Y FRECUENCIA CARDIACA QUE OCURRIERON DESPUÉS DE LA PRIVACIÓN DEL CIGARRO.

EL GRUPO QUE RECIBIÓ CHICLE PLACEBO (DOBLE CIEGO) DEL EFECTO DE NICOTINA, TUVIERON LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

EL DECREMENTO EN EL DESEO DEL TABACO, IRRITABILIDAD, ANSIEDAD, DIFICULTAD EN LA CONCENTRACIÓN E INTRANQUILIDAD PERO NO LOS DEL DOLOR DE CABEZA, SOMNOLENCIA, Y TRASTORNOS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL. ESTOS RESULTADOS SE VALIDARON CON LOS SÍNTOMAS DEL MANUAL DE DIAGNOSTICO Y ESTADÍSTICA DE LOS

TRASTORNOS MENTALES (D.S.M.III).

TAMBIÉN OCURRIERON SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE NO SE INCLUYE
RON EN EL D.S.M.III, POR EJEMPLO:

DISMINUCIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA, AUMENTO EN EL CO
MER, AUMENTO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO Y DISMINUCIÓN DEL -
CONSUMO DE ALCOHOL.

EN EL ANTERIOR ESTUDIO SE MIDIERON LOS SIGNOS Y SÍNTO
MAS DEL SINDROME DE ABSTINENCIA DEL TABACO (SAT) EN 100 FU
MADORES (EDAD PROMEDIO 36.7 AÑOS) QUIENES LLENARON LOS CRITE
RIOS DEL D.S.M.III PARA DEPENDENCIA DEL TABACO Y QUE TENÍAN
UNA HISTORIA ANTERIOR DE SAT. (HATSUKAMI, DOROTHI K., HUGHES-
JHON R., PICKENS, ROY W., 1985).

EN EL PRESENTE ESTUDIO SE INVESTIGÓ LOS EFECTOS DEL CI
GARRO CON NICOTINA Y SIN NICOTINA EN FUMADORES HABITUALES -
MÍNIMAMENTE PRIVADOS. SE ESTUDIARON 5 VARONES (EDAD PROME--
DIO 38.5 AÑOS) EN CADA UNO DE LOS DOS EXPERIMENTOS. PARA OB
SERVAR LAS CONSECUENCIAS ANTINOCICEPTIVAS Y ANSIOLÍTICAS.

LOS SUJETOS REPORTAN HABER FUMADO DURANTE UN PROMEDIO-
DE 19.2 AÑOS, CON UNA TASA DE TABAQUISMO DE 25.8 CIGARRILLOS
AL DÍA. EN EL EXPERIMENTO UNO, SE INDUJO DOLOR UTILIZANDO LA
PRUEBA DE COMPRENSIÓN-FRÍO; EN EL EXPERIMENTO DOS, SE INDUJO
ANSIEDAD EMPLEANDO ANAGRAMAS SIN SOLUCIÓN. TODOS LOS SUJE--
TOS DEMOSTRARON UNA DISMINUCIÓN EN EL DOLOR Y LA ANSIEDAD --
DESPUÉS DE FUMAR UN CIGARRILLO CON NICOTINA. LOS RESULTADOS
APOYAN LA HIPÓTESIS DE QUE LA NICOTINA DEL CIGARRO PUEDE --

PRODUCIR CAMBIOS PSICOLÓGICOS QUE SON INDEPENDIENTES DEL ESTADO DE RETIRO DE NICOTINA. (POMERLEAU,1984),

ALEXANDER Y. Y COL. (1984) INVESTIGARON EL SI LOS EFECTOS DE LA CLONIDINA, UN AGONISTA ALFA-2 ADRENÉRGICO QUE REDUCE SIGNIFICATIVAMENTE LOS SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA DEL OPIO- PODÍAN EXTENDERSE A CONDUCTAS DE IMPULSO INSTINTIVO COMO EL FUMAR. GRANDES FUMADORES (EDAD PROMEDIO 34 AÑOS) QUIENES FUMABAN 30 A MÁS CIGARRILLOS DIARIOS SE ABSTUVIERON DEL CIGARRO EN 3 OCASIONES Y RECIBIERON EN SU LUGAR CLONIDINA (0.2 MGS), PLACEBO O APRAZOLAM (1.0 MGS.), LOS HALLAZGOS REVELARON QUE LA CLONIDINA TUVO UN MAYOR EFECTO QUE EL APRAZOLAM DISMINUYENDO LOS SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA. ÁMBAS DROGAS SUPRIMIERON LA ANSIEDAD, TENSIÓN E IRRITABILIDAD E INTRANQUILIDAD POR IGUAL, PERO LA CLONIDINA TUVO UN MAYOR EFECTO QUE EL APRAZOLAM EN EL DESEO DEL CIGARRO. LOS RESULTADOS SUGIEREN QUE LA ACTIVIDAD NORADRENÉRGICA ES UN RASGO COMÚN EN LA PATO-FISIOLOGÍA DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA, Y QUE EXISTE UNA RELACIÓN ESPECIAL ENTRE LA ACTIVIDAD CENTRAL NORADRENÉRGICA Y EL DESEO.

LOS AUTORES QUE REALIZARON EL ANTERIOR ESTUDIO, LLEVARON ACABO OTRO, DESCRIBIENDO LOS HALLAZGOS DE LOS EFECTOS NEURORREGULADORES DE LA NICOTINA PARA FORMULAR UNA HIPÓTESIS QUE EXPLIQUE LA PERSISTENCIA DE LA CONDUCTA TABÁQUICA. SE DESCRIBEN LOS EFECTOS FARMACOLÓGICOS Y CONDUCTUALES DE LA NICOTINA, INCLUYENDO LA ESTIMULACIÓN DEL PLACER, LA FACI-

LITACIÓN EN EL DESEMPEÑO EN LAS LABORES, MEJORAMIENTO EN LA MEMORIA, REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD Y LA TENSIÓN, LA ANTINOCIPCIÓN Y EL EVITAR EL AUMENTO DE PESO. DEBIDO A QUE LA NICOTINA ALTERA LA BIODISPONIBILIDAD DE VARIOS NEURORREGULADORES CONDUCTUALES ACTIVOS INCLUYENDO LA ACETILCOLINA, NOREPINEFRINA, DOPAMINA, BETAENDORFINA Y VASOPRESINA, SE PROPONE QUE LA NICOTINA ES EMPLEADA POR LOS FUMADORES PARA PRODUCIR MEJORES TEMPORALES EN EL DESEMPEÑO O EN EL AFECTO. BAJO ESTA FÓRMULACIÓN UN NÚMERO POTENCIALMENTE ELEVADO DE SEÑALES EXTEREOCEPTIVAS E INTEROCEPTIVAS, SIN RELACIÓN CON EL CICLO DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA, PUEDEN SERVIR COMO ESTÍMULOS DISCRIMINATIVOS PARA LOS FUMADORES, ACERCA DEL TABAQUISMO PARATERMINAR O EVITAR LA ABSTINENCIA. LA RÁPIDA ACCIÓN DE LA NICOTINA Y SUS DIVERSOS EFECTOS NEURORREGULADORES LA HACEN PARTICULARMENTE EFECTIVA COMO UNA RESPUESTA PARA ENFRENTARSE A LAS DEMANDAS DE LA VIDA DIARIA. SE DISCUTE UN PATRÓN BIFÁSICO DE EXITABILIDAD/ALERTA DURANTE EL TABAQUISMO SEGUIDO DE UNA REDUCCIÓN DE LA CALMA/TENSIÓN DESPUÉS DE FUMAR QUE PUEDE RESULTAR DE LA ACTIVIDAD COLINÉRGICA/CATECOLAMINÉRGICA SEGUIDA DE BLOQUEO COLINÉRGICO O LIBERACIÓN DE BETA ENDORFINA, Y SE SUGIERE QUE LOS FUMADORES PUEDEN AJUSTAR EL CONSUMO DE NICOTINA PARA REFORZAR ESTOS EFECTOS SELECTIVAMENTE, LO QUE AUMENTA CONSIDERABLEMENTE EL ATRACTIVO DEL TABACO.

TAMBIÉN SE HA IDENTIFICADO QUE EL TABAQUISMO INFLUYE -

EN LA INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD CARDIACO CORONARIA (ECC), DEBIDO A CIERTOS FACTORES DETERMINANTES. AL RESPECTO SE IDENTIFICARON DOS CATEGORIAS DE FACTORES QUE SON PREDICTIVOS DE DICHA ENFERMEDAD, QUE SON: ELEVACIÓN DEL COLESTEROL PERIFÉRICO, LA PRESIÓN ARTERIAL Y EL TABAQUISMO; Y FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL ESTRÉS, INCLUYENDO ANSIEDAD, NEUROTICISMO, DEPRESIÓN Y CONDUCTA TIPO A (PREDISUESTA A CORONARIOPATÍA). SE CONSIGNAN LOS PAPELES DEL COLESTEROL, LA PRESIÓN ARTERIAL Y LA REACTIVIDAD, Y SE PRESENTAN LOS RESULTADOS DE DOS ESTUDIOS SIMILARES QUE INVESTIGAN CÓMO EL FUMAR CIGARRILLOS Y EL ESTRÉS SE PUEDEN COMBINAR PARA AFECTAR LAS RESPUESTAS FISIOLÓGICAS. EN UN ESTUDIO CON 51 FUMADORES VARONES JÓVENES SE ENCONTRÓ QUE LAS CONDICIONES FINGIDAS DE FUMAR/RELAJARSE CASI NO TENÍAN EFECTO SOBRE LAS REACCIONES CARDIOVASCULARES, MIENTRAS QUE LAS CONDICIONES DE FUMAR/RELAJARSE Y FALSO FUMAR/ESTRÉS PRODUJERON AUMENTOS SIMILARES EN LA FRECUENCIA CARDIACA Y EN LA PRESIÓN ARTERIAL. UN ESTUDIO CON 43 FUMADORES MUJERES JÓVENES REVELÓ EFECTOS INTERACTIVOS SIMILARES DEL ESTRÉS/FUMAR EN MUJERES, EN RELACIÓN A LOS OBSERVADOS EN LOS VARONES. SE SUGIERE QUE LA COMBINACIÓN ESTRÉS/FUMAR ES, CUANDO MENOS, ADICTIVA, Y QUE PUEDE PRODUCIR EFECTOS SINERGISTAS. SE CONCLUYE QUE LAS COMPLEJAS RELACIONES ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO CLÁSICO, EL ESTRÉS, LAS CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD, LAS CONDUCTAS CONSUMISTAS Y LA REACTIVIDAD FISIOLÓGICA AFECTAN LA ECC. (DEMBROSKI, THEODORE M. 1984).

TOMANDO EN CUENTA LA IMPORTANCIA DEL TABAQUISMO EN LA -
SALUD EXISTEN DIVERSOS ESTUDIOS TRATANDO DE EXPLICAR EL POR-
QUÉ LA GENTE FUMA. AL RESPECTO O'CONNOR, KIERON EN 1985 PRO-
PONE UN MODELO PARA EXPLICAR LA SITUACIONES MOTIVACIONALES -
DEL FUMADOR. 75 FUMADORES MODERADOS (EDAD MEDIA 39,9 AÑOS) VA
LORARON SU CAPACIDAD PARA FUMAR EN 2 CONDICIONES QUE CUBRÍAN
UN RANGO DE SITUACIONES DE ALTO Y BAJO ESTRÉS. TAMBIÉN SE -
OBTUVO INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONALIDAD (CON EL CUESTIONA--
RIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK), EDAD, SEXO, DURACIÓN DEL HÁBI-
TO, NÚMERO DE CIGARRILLOS FUMADOS, VOLUMEN INHALADO, ETC.

SE EXTRAJERON 6 FACTORES PRINCIPALES MEDIANTE ANÁLISIS-
LOS QUE SE RELACIONARON RESPECTIVAMENTE CON SITUACIONES QUE-
INVOLUCRAN ACTIVIDAD PREPARATORIA, ESTRÉS DE ATENCIÓN, CONDI--
CIONES DE RELAJACIÓN NEUTRAL, ESTRÉS EMOCIONAL AGRADABLES--
(EXCITACIÓN), Y DESAGRADABLES (ANSIEDAD), Y ACTIVIDAD SOCIAL -
VS ACTIVIDAD AISLADA. LOS SUJETOS QUE OBTUVIERON PUNTUACIÓN-
ALTA EN NEUROTISISMO TENDÍAN A FUMAR MAS CUANDO EXPERIMENTA-
BAN EMOCIONES DESAGRADABLES COMO LA ANSIEDAD; LOS SUJETOS MA-
YORES FUMARON PREDOMINANTEMENTE EN SITUACIONES DE RELAJACIÓN
PLACENTERA, LOS EXTROVERTIDOS Y LOS FUMADORES DE BAJA ACTIVI
DAD REPORTARON INHALAR MÁS. SE DESARROLLO UN MODELO DE LA MO-
TIVACIÓN DEL FUMADOR, QUE SUGIERE QUE, TANTO LOS FACTORES FAR-
MACOLÓGICOS COMO LOS PSICOLÓGICOS. CONTRIBUYEN AL MANTENIMIEN
TO DEL HÁBITO. SE IDENTIFICARON 3 TIPOS BÁSICOS DE MOTIVACI
ONES PARA LOS FUMADORES: LOS FUMADORES DE ALTO ESTRÉS PARA --

LOS QUE FUMAR ES UNA ACTIVIDAD SECUNDARIA, Y QUIENES DEPENDEN DEL FUMAR PARA CONSEGUIR UNA DISTRACCIÓN MENOR DE SUS LABORES COTIDIANAS; FUMADORES DE BAJA ACTIVIDAD, QUIENES DESEAN DESEMPEÑAR O CAMBIAR SU ESTADO AFECTIVO ACTUAL DE ALGUNA FORMA Y QUIENES DEPENDEN DE LOS FACTORES FARMACOLÓGICOS; Y LOS FUMADORES DE RELAJACIÓN NEUTRAL, PARA QUIENES EL FUMAR ES UNA ACTIVIDAD PLACENTERA POR SÍ MISMA.

EXISTEN VARIOS MOTIVOS POR LOS CUALES UN SUJETO FUMA, -- PERO ES EVIDENTE QUE UNO DE LOS MOTIVOS MAS RELEVANTES QUE LLEVAN A INCREMENTAR EL CONSUMO DE CIGARRILLOS ES UNA SITUACIÓN DE ESTRÉS.

MATARAZZO (1974) LLEGA A LA CONCLUSIÓN DE QUE EL TABAQUISMO ES UNA CONDUCTA TENDIENTE A MANTENER UN ESTADO ESTABLE EN MOMENTOS EN QUE SE REQUIERE AUMENTAR O DISMINUIR EL ESTRÉS PARA PODER MANEJAR UNA SITUACIÓN EXTERNA DADA, Y ESTE AUMENTO O DECREMENTO EN LOS SENTIMIENTOS AGRESIVOS PUEDE SER UNA RESPUESTA ANÍMICA CRÍTICA EN EL ESPACIO VITAL DEL FUMADOR.

EN ESTUDIOS REALIZADOS POR DOBBS, Y COLABORADORES EN 1981 -- PARA OBSERVAR LOS EFECTOS DEL ESTRÉS Y LA RELAJACIÓN EN PRESENCIA DE ESTRÉS SOBRE LAS CONDUCTAS DEL FUMAR INDICARON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS. SE ASIGNARON AL AZAR A 32 VARONES ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, GRANDES FUMADORES (QUIENES INDICARON TEMOR A HABLAR EN PÚBLICO EN UN INVENTARIO DE TEMORES) --

A UNO DE TRES GRUPOS DE ESTRÉS O A UN GRUPO CONTROL. SE LES INFORMÓ A LOS TRES GRUPOS DE ESTRÉS QUE LA ÚLTIMA FASE DEL EXPERIMENTO INCLUÍA DAR UN DISCURSO A UN GRUPO DE ESTUDIANTES GRADUADOS. POSTERIORMENTE ESCUCHARON, O UNA CINTA QUE REFORZABA EL ESTRÉS, INSTRUCCIONES DE RELAJACIÓN GRABADA O UNA CINTA NEUTRAL. LAS MEDIDAS DE EXCITABILIDAD EFECTUADAS MEDIANTE LA RESPUESTA DE CONDUCTANCIA CÚTANEA Y EL INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO INDICARON QUE LOS TRATAMIENTOS TUVIERON LOS EFECTOS ESPERADOS. POSTERIORMENTE AL TRATAMIENTO SE DEJÓ SOLOS A LOS SUJETOS DURANTE UN PERÍODO DE 35 MIN. DURANTE EL CUAL SE MONITORIZÓ SU CONDUCTA. EL GRUPO DE RELAJACIÓN FUMÓ, SIGNIFICATIVAMENTE, MENOS CENTIMETROS DE CIGARRO Y A UNA VELOCIDAD SIGNIFICATIVAMENTE MENOR QUE LOS SUJETOS EN LOS OTROS GRUPOS DE ESTRÉS. ESTOS RESULTADOS NOS REVELAN LA POSIBILIDAD DE INCLUIR TERAPIAS DE RELAJACIÓN PARA DISMINUIR ESTADOS ESTRESANTES (POR EJEMPLO: LA ANGUSTIA, DEPRESIÓN, ANSIEDAD ETC..) EN UN TRATAMIENTO ANTITABÁQUICO.

UNO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS EN LOS TRATAMIENTOS ANTITABÁQUICOS SON LAS POSIBLES RECAÍDAS EN LOS PACIENTES SHIFFMAN, SAUL Y COL. (1985), PROPONEN UNA TIPOLOGÍA PRELIMINAR DE SITUACIONES DE RECAIDA EN LOS FUMADORES. BASÁNDOSE EN ANÁLISIS DE GRUPOS, SE RECOLECTARON DESCRIPCIONES DE EPISODIOS DE RECAÍDAS O CASI RECAÍDAS DE 183 EX-FUMADORES. EL ANÁLISIS DE GRUPO DE 53 CASOS REVELÓ 5 AGRUPACIONES EN 2 GRUPOS DISTINGUIDOS MEDIANTE UN TONO AFECTIVO POSITIVO (TIPO I) CON OTRO NEGATIVO (TIPO II). LAS SITUACIONES DE TIPO I A

INCLUYERON BEBER ALCOHOL CON OTROS QUE ESTÁN FUMANDO, LAS DE TIPO 1 B ESTUVIERON ASOCIADAS CON EL DESCANSO, LOS EPISODIOS DE TIPO 1C ESTUVIERON ASOCIADOS CON SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA;

LAS SITUACIONES DE TIPO IIA INCLUYERON ANSIEDAD RELACIONADAS CON EL ESTRÉS DEL TRABAJO, LOS EPISODIOS DE TIPO IIB--OCURRIERON CUANDO EL FUMADOR ESTABA INACTIVO Y ABURRIDO, LAS SITUACIONES DE TIPO IA ESTUVIERON ASOCIADAS CON MENOR ENFRENTAMIENTO CONDUCTUAL Y MAYORES RECAÍDAS QUE LOS OTROS.

SE CONCLUYÓ QUE ESTA TIPOLOGÍA DE LAS SITUACIONES DE RECAÍDA PUEDE SER ÚTIL CLÍNICAMENTE AL AYUDAR A LOS EX-FUMADORES A ANTICIPARSE Y PREPARARSE PARA LOS PROBABLES PELIGROS - DE RECAÍDA.

EXISTEN INVESTIGACIONES QUE NOS HABLAN SOBRE LA PREVENCIÓN DE POSIBLES RECAÍDAS DEL TABAQUISMO, UNA DE LAS MAS IMPORTANTES ES LA DEL "ENTRENAMIENTO CONDUCTUAL DE HABILIDADES" EN ELLA SE RECLUTARON 135 FUMADORES DE LOS QUE 123 COMPLETARON EL TRATAMIENTO, LOS SUJETOS EFECTUARON UNA BATERIA DE EVALUACIÓN, QUE INCLUYÓ EL PERFIL DE ESTADOS DE ANIMOS Y EL IDARE (INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO) SE CRUZARON 2 CONDICIONES DE PREVENCIÓN DE RECAÍDA (ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES CONTRA CONTROL POR DISCUSIÓN), CONTRA DOS NIVELES OPPOSITOS DEL TABACO (INHALACIÓN DE SEIS VS TREINTA SEGUNDOS), SE ENCONTRARON DIFERENCIAS EN LAS TASAS DE ABSTINENCIA Y EN EL NÚMERO DE CIGARRILLOS FUMADOS, FAVORECIENDO A LA CONDICIÓN DE ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES A LAS 6 Y 52 SEMANAS DE INICIA-

DO EL ESTUDIO. EL ANÁLISIS INDICÓ QUE A LAS 52 SEMANAS ERA--
MÁS PROBABLE QUE LOS FUMADORES LEVES (20 O MENOS CIGARRILLOS
AL DÍA EN EL PRE-TRATAMIENTO), FUERON INFLUIDOS FAVORABLEMEN-
TE POR LA CONDICIÓN DE ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES QUE-
LOS GRANDES FUMADORES. SE ENCONTRÓ QUE LOS SUJETOS A LOS QUE
SE ASIGNÓ LA CONDICIÓN DE ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES ERA -
MÁS PROBABLE QUE REPORTARAN EL EMPLEO DE HABILIDADES DE EN--
FRENTAMIENTO, PERO NO DIFIRIERON EN LA CONDICIÓN DE DISCUSIÓN
EN LOS COSTOS Y BENEFICIOS DEL CAMBIO O DEL TABAQUISMO O EN
LAS DISFORIAS DEL ESTADO DE ANIMO O DE LAS MOLESTIAS FÍSICAS.

LOS SUJETOS ABSTEMIOS REPORTARON MENOS TRASTORNOS DEL -
ESTADO DE ANIMO QUE LOS NO ABSTINENTES A LAS 3, 6, Y 24 SEMA-
NAS Y MENOS MOLESTIAS FÍSICAS EN LA SEMANA 52. (HALL, SHARON M
RUSS, DEBORAH, TUNSTALL, CHYSTAL, JONES, REESE T. 1984).

EN EL ESTUDIO ANTERIOR SE HIZO NOTAR LA IMPORTANCIA DE-
UN ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES DENTRO DE LOS TRATAMIENTOS -
ANTI-TABÁQUICOS PARA UN MEJOR ENFRENTAMIENTO A SITUACIONES
DE POSIBLES RECAÍDAS. ES CONVENIENTE TOMAR EN CUENTA LO ANTES
EXPUESTO PARA LA ELABORACIÓN DE PRÓXIMOS PROGRAMAS O LA COM-
PLEMENTACIÓN DE LOS YA EXISTENTES.

EN OTRO ESTUDIO DONDE PARTICIPARON 100 FUMADORES CON --
UNA EDAD PROMEDIO DE 37 AÑOS, QUE ASISTIERON A UNA SESIÓN DE-
ORIENTACIÓN ACERCA DEL DEJAR DE FUMAR, 2 SEMANAS DESPUÉS DE -
ÉSTA, SE LES PREGUNTÓ SOBRE SU DECISIÓN DE UNIRSE O NO A UN -
PROGRAMA ANTI-TABAQUICO. LAS VARIABLES DE INTERÉS FUERON LA -

AUTOEFICACIA, LA ANSIEDAD Y EL CONTROL DE LA SALUD ENTRE --
OTRAS.

SE ENCONTRÓ QUE LOS NO PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA FUERON MAS ANSIOSOS Y MENOS EDUCADOS, Y QUE TUVIERON UNA AUTOEFICACIA INFERIOR A LOS QUE PARTICIPARON EN EL TRATAMIENTO, ---
(BROD, MERYL I.; HALL, SHARON M: 1984),

OTRO ESTUDIO SOBRE TABAQUISMO Y ANSIEDAD ES EL PROPUESTO POR WATSON, MAGGIE Y COL. (1983) SOBRE LOS EFECTOS DE UNA PELÍCULA ANTI-TABAQUICA SOBRE LOS NIVELES DE EXCITABILIDAD Y ANSIEDAD EN 10 FUMADORES ENTRE 10 Y 60 AÑOS DE EDAD, Y SOBRE 10 CONTROLES NO FUMADORES. SE ESTUDIÓ SI ESTE TIPO DE ESTÍMULO INCREMENTARÍA LA EXCITABILIDAD, EXAMINANDO LA RELACIÓN ENTRE LAS RESPUESTAS CONDUCTUALES Y SOMÁTICAS AUTOREPORTADAS ANTE ESTE TIPO DE ESTÍMULO Y SE EVALUÓ LA EXTENSIÓN EN QUE LAS RESPUESTAS FUERON INFLUIDAS POR DIFERENCIAS INDIVIDUALES CONSISTENTES AL REPORTAR LOS ESTADOS EMOCIONALES.

LOS SUJETOS COMPLETARON UNA BATERIA DE PRUEBAS QUE INCLUYÓ EL INVENTARIO DE ANSIEDAD-ESTADO Y ANSIEDAD RASGO, LA ESCALA DE REPRESIÓN Y LA ESCALA DE DESEABILIDAD SOCIAL DE -- MARLOWE Y CROWNE. LOS RESULTADOS INDICARON QUE EXISTÍA ENTRE LAS MEDIDAS AUTORREPORTADAS Y LAS SOMÁTICAS DE ANSIEDAD, UNA CERCANA CORRESPONDENCIA Y QUE LOS FUMADORES MOSTRARON UN MAYOR AUMENTO EN LA ANSIEDAD QUE LOS NO FUMADORES. LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES AL REPORTAR LOS ESTADOS EMOCIONALES NO SE RELACIONARON CON LAS RESPUESTAS SOMÁTICAS. EN GENERAL, LOS ES

TÍMULOS QUE PROVOCAN TEMOR. COMO EL QUE FUÉ EMPLEADO EN ÉSTE ESTUDIO, PUEDEN SER ÚTILES PARA MANIPULAR EL NIVEL DE ANSIEDAD Y LAS ACTITUDES HACIA EL TABAQUISMO.

BEAVER, CRAIS Y COL. EN 1981; HACEN UNA EVALUACIÓN DE EN SAYO CLÍNICO DE UN PROCEDIMIENTO MONITORIZADO DE DESAPARICIÓN DE NICOTINA, MIENTRAS EXAMINAN LA HIPOTESIS DE QUE LA DESAPARICIÓN DE NICOTINA, MÁS EL CONTROL DE LA ANSIEDAD SERÍA MAS EFECTIVA QUE LA DESAPARICIÓN DE NICOTINA SOLAMENTE. 20 SUJETOS MUJERES Y 8 HOMBRES, QUIENES HABÍAN FUMADO ENTRE 3-40 AÑOS COMENZARON EL ESTUDIO, 10 SUJETOS ERAN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, LOS DEMÁS ERAN RESIDENTES DE LA COMUNIDAD.

LOS SUJETOS FUERON DIVIDIDOS EN GRUPOS DE ALTO Y BAJO RASGO DE ANSIEDAD, BASÁNDOSE EN UNA DIVISIÓN POR LA MEDIANA DE LA PUNTUACIÓN DEL INVENTARIO DE ESTADO-RASGO DE ANSIEDAD Y LUEGO ASIGNADOS ALEATORIAMENTE A UNA DE DOS CONDICIONES DE TRATAMIENTO. AL CONTRARIO DE LO PREDICHO, EL ENTRENAMIENTO PARA CONTROLAR LA ANSIEDAD NO AUMENTÓ LA EFECTIVIDAD DE LA DESAPARICIÓN MONITORIZADA DE NICOTINA Y PUDO HABER DISMINUIDO SU EFECTIVIDAD EN LOS FUMADORES MUY ANSIOSOS. EN GENERAL, EL TRATAMIENTO PRODUJO UNA MODESTA ABSTINENCIA EN UN SEGUIMIENTO DE 6 MESES: 4 DE 25 SUJETOS Y 3 DE 11 EN EL GRUPO DE DESAPARICIÓN DE NICOTINA.

EL MONITOREO DE DESAPARICIÓN DE NICOTINA CONTINUÓ DEMOSTRANDO QUE LOS SUJETOS NO ABSTINENTES CONTROLARON SU TABAQUISMO MEDIANTE EL FUMAR MARCAS CON MENOR CONTENIDO DE NI

COTINA Y ALQUITRÁN DIFERENTES A LAS MARCAS DE CIGARRO AL -
INICIO DEL EXPERIMENTO: 18 DE 21 SUJETOS REPORTARON EL FU-
MAR CIGARROS CON MENOR CONTENIDO DE NICOTINA/ALQUITRÁN EN-
UN SEGUIMIENTO DE 6 MESES Y SE ENCONTRÓ QUE NO COMPENSARON
ESTO, INCREMENTANDO LA INTENSIDAD DEL TABAQUISMO.

POR TODO LO ANTES EXPUESTO PODEMOS CONCLUIR QUE EXIS--
TEN MÚLTIPLES FACTORES QUE INFLUYEN EN EL TABAQUISMO, Y QUE
SON DIVERSOS LOS MÉTODOS Y TÉCNICAS LLEVADAS ACABO EN LOS-
TRATAMIENTO ANTI-TABÁQUICOS PARA MEDIR Y MANIPULAR LA AN--
SIEDAD EN FUMADORES, PERO ESTO AÚN ES MUY INCONCLUSO. POR -
LO QUE SE CONSIDERA IMPORTANTE CONOCER O INVESTIGAR SOBRE-
TABAQUISMO Y ANSIEDAD.

A RAÍZ DE LO ANTERIOR NACE LA INQUIETUD DE CONTESTAR -
EL SIGUIENTE CUESTIONAMIENTO:

¿AUMENTA O DISMINUYE LA ANSIEDAD PRE-POS TRATAMIENTO-
PARA DEJAR DE FUMAR EN PACIENTES CON HÁBITO TABAQUICO?

FINALIDAD DEL PRESENTE TRABAJO DE INVESTIGACION.-

LA FINALIDAD DEL PRESENTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN ES CONOCER SI AUMENTA O DISMINUYE LA ANSIEDAD EN PACIENTES PRE POS TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR. CON EL PROPÓSITO DE PROPORCIONAR NUEVOS ELEMENTOS PARA LA REALIZACIÓN DE PROGRAMAS ANTITABÁQUICOS Y LA COMPLEMENTACIÓN DE LOS YA EXISTENTES.

ES IMPORTANTE CONOCER SI EL MANEJO QUE SE ESTÁ HACIENDO DE LA ANSIEDAD DURANTE EL TRATAMIENTO ES ADECUADO, PARA PODER DECIDIR SI ES NECESARIO LLEVAR ACABO MAS TÉCNICAS QUE CONTROLLEN O DISMINUYAN LA ANSIEDAD Y ASÍ PODER REDUCIR O EVITAR EL ÍNDICE DE REACÍDAS POR ÉSTE MOTIVO.

C A P I T U L O I I I

O B J E T I V O S

OBJETIVO GENERAL

REALIZAR UN ESTUDIO PRE-POS TRATAMIENTO EN PACIENTES CON HÁBITO TABÁQUICO, UTILIZANDO COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO EL TEST IDARE DE ANSIEDAD; CON EL PROPÓSITO FUNDAMENTAL DE PROPORCIONAR ELEMENTOS QUE AYUDEN A LA REALIZACIÓN DE NUEVOS PROGRAMAS ANTI-TABÁQUICOS Y LA COMPLEMENTACIÓN DE LOS YA EXISTENTES.

OBJETIVO ESPECIFICO

CONOCER EL NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES DE AMBOS SEXOS (ANTES Y DESPUÉS DE UN TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR) QUE ACUDAN VOLUNTARIAMENTE A LA "CLÍNICA DE TABAQUISMO" DEL I.N.E.R., EN 1987. SE LES APLICARÁ EL TEST IDARE DE ANSIEDAD.

H I P O T E S I S

HIPOTESIS CONCEPTUAL

LA ANSIEDAD SE VE INCREMENTADA SIGNIFICATIVAMENTE DESPUÉS DE HABER TERMINADO UN TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR, POR LO TANTO, LOS PROGRAMAS ANTITABÁQUICOS NECESITAN CONTROLAR LA VARIABLE ANSIEDAD PARA DISMINUIR EL PORCENTAJE DE RECAÍDAS EN PACIENTES QUE DEJAN DE FUMAR.

HIPOTESIS ALTERNA

SÍ EXISTEN DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS EN LA ANSIEDAD DE PACIENTES CON HÁBITO TABÁQUICO, ANTES Y DESPUÉS DE UN TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR.

HIPOTESIS NULA

NO EXISTEN DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS EN LA ANSIEDAD DE PACIENTES CON HÁBITO TABÁQUICO, ANTES Y DESPUÉS DE UN TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR.

V A R I A B L E S

VARIABLE INDEPENDIENTE: "TABAQUISMO"

VARIABLE DEPENDIENTE: "ANSIEDAD"

PARA LA PRESENTE TESIS SE TOMARON EN CUENTA LAS SIGUIENTES DEFINICIONES DE TABAQUISMO Y ANSIEDAD.

TABAQUISMO: ES EL USO CONTINUO DE TABACO CON UN MÍNIMO DE 10 CIGARRILLOS DIARIOS O MÁS, DURANTE UN PERÍODO MÍNIMO DE 2 AÑOS Y QUE AL SUSPENDER EL CONSUMO SE PRESENTA EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA.

ANSIEDAD: ESTADO EMOCIONAL CRÓNICO CON APREHENSIÓN O TEMOR COMO EL COMPONENTE MÁS PROMINENTE O ESENCIAL; CARACTERÍSTICO DE VARIOS TRASTORNOS NERVIOSOS Y MENTALES. (DRAVER - JAMES, 1979).

M E T O D O

SÉ UTILIZÓ UNA MUESTRA DETERMINÍSTICA, PORQUE EL INVESTIGADOR DETERMINÓ LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN, ASÍ COMO EL MOMENTO HISTÓRICO EN QUE SE ELIGIERON LOS SUJETOS A ESTUDIAR. LA MUESTRA DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA FUÉ DE 50 PACIENTES, DEBIDO A QUE EL NÚMERO DE INGRESOS EN LA CLÍNICA ES LIMITADO.

CLASIFICACIÓN DE ESTUDIO.

EL ESTUDIO DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN ES EXPLORATORIO DE UNA COHERTE PORQUE SE HACE UN SEGUIMIENTO DE UNA POBLACIÓN PARA CONOCER SU EVOLUCIÓN.

COHERTE: GRUPO DE SUJETOS QUE SE ESTUDIAN LONGITUDINALMENTE Y QUE COMPARTEN ALGUNA CARACTERÍSTICA ESPECÍFICA (TABAQUISMO).

DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO.

PACIENTES QUE ASITIERON A LA CLÍNICA DE TABAQUISMO DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS A PARTIR DEL 18 DE MAYO AL 17 DE AGOSTO DE 1987; DE DICHA POBLACIÓN SE EXTRAJO UNA MUESTRA DE 50 PACIENTES DE AMBOS SEXOS.

LA MUESTRA FUÉ SELECCIONADA BAJO LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS POR LA "CLÍNICA DE TABAQUISMO", LA CUAL INCLUYE LOS SIGUIENTES:

- TENER UNA EDAD ENTRE 18 Y 75 AÑOS

- SER ALFABETOS
- NO TENER PADECIMIENTOS PSIQUIÁTRICOS SEVEROS (ESQUIZOFRENIA, DEPRESION, PSICOSIS, PARANOIA, ETC)
- TENER UNA HISTORIA DE TABAQUISMO DE MAS DE 2 AÑOS
- ASISTAN VOLUNTARIAMENTE

FUERON EXCLUIDOS DEL ESTUDIO AQUELLOS PACIENTES QUE NO CUMPLIERON CON LOS REQUISITOS ANTES MENCIONADOS, ASÍ COMO --
 LOS GRUPOS DE REINCIDENTES QUE ANTERIORMENTE LLEVARON EL --
 TRATAMIENTO, Y LOS SUJETOS QUE NO TUVIERON CUANDO MENOS EL -
 80% DE ASISTENCIA DE LAS SESIONES DEL TRATAMIENTO.

ESCENARIO.

EL LUGAR DONDE SE LLEVÓ ACABO LA INVESTIGACIÓN FUÉ UN SALÓN ESPECIAL PARA TERAPIA DE GRUPO, EN LA CLÍNICA DE TABAQUISMO DEL INER.

INSTRUMENTO.

SE APLICÓ EL INVENTARIO DE LA ANSIEDAD RASGO-ESTADO --
 (IDARE), VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL STAI (ESTATE TRAIT ANXIETY IN--
 VENTARY) CONSTITUÍDO POR DOS ESCALAS SEPARADAS DE AUTOEVA--
 LUACIÓN QUE SE UTILIZAN PARA MEDIR DOS DIMENSIONES DISTIN--
 TAS DE LA ANSIEDAD:

- ANSIEDAD RASGO
- ANSIEDAD ESTADO

LA ESCALA A-RASGO DEL INVENTARIO CONSISTE DE VEINTE - REACTIVOS EN LOS QUE SE PIDE A LOS SUJETOS DESCRIBIR COMO SE SIENTEN GENERALMENTE.

LA ESCALA A-ESTADO TAMBIÉN CONSISTE EN 20 AFIRMACIONES, PERO AHORA DESCRIBEN COMO SE SIENTEN EN UN MOMENTO DADO.

SU APLICACIÓN PUEDE SER AUTOADMINISTRABLE Y PUEDE SER APLICADA INDIVIDUALMENTE O EN GRUPO, NO TIENE LÍMITE DE TIEMPO.

LA CALIFICACIÓN DEL INVENTARIO DE AUTO-EVALUACIÓN DEL IDARE VARÍA DESDE UNA PUNTUACIÓN MÍNIMA DE 20, HASTA UNA PUNTUACIÓN MÁXIMA DE 80, TANTO EN LA ESCALA A-RASGO COMO LA A-ESTADO. LOS SUJETOS RESPONDEN A CADA UNO DE LOS REACTIVOS VALORÁNDOSE ELLOS MISMOS EN UNA ESCALA DE 4 PUNTOS; LAS CUATRO CATEGORÍAS PARA LA ESCALA A-ESTADO SON:

- NO EN LO ABSOLUTO
- UN POCO
- BASTANTE
- MUCHO

LAS CATEGORÍAS PARA LA ESCALA A-RASGO SON:

- CASI NUNCA
- ALGUNAS VECES
- FRECUENTEMENTE
- CASI SIEMPRE.

HAY PLANTILLAS PARA LA CALIFICACIÓN MANUAL DE LAS ESCALAS. (VER ANEXO 1)

SE TOMARON EN CUENTA DOS INSTRUMENTOS MÁS Y FUERON LOS SIGUIENTES:

ENTREVISTA DE 1A. VEZ.

LA ENTREVISTA DE 1A. VEZ CONTEMPLA 4 ÁREAS:

-LA PRIMERA CONSTA DE DATOS PERSONALES O DE IDENTIFICACIÓN.

-LA SEGUNDA CONSTA DE DATOS GENERALES SOBRE EL HÁBITO-TABAQUICO(CUANDO SE INICIO,PROMEDIO DE CIGARRILLOS DIARIOS, MARCA,ECT.)

-LA TERCERA ÁREA NOS PROPORCIONA INFORMACIÓN SOBRE PADECIMIENTOS ORGÁNICOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO.

-LA CUARTA ÁREA EXPLORA EL ÁREA PSICOLÓGICA DEL PACIENTE PARA PODER DETECTAR SI EXISTE ALGUNA ALTERACIÓN O INESTABILIDAD EMOCIONAL,LO CUAL ES IMPORTANTE PARA LOS CRITERIOS-DE INCLUSIÓN,SE CONTEMPLA LAS ÁREAS LABORALES, ECONÓMICA,FAMILIAR,DE PAREJA Y PERSONAL. (VER ANEXO 2)

EL CUESTIONARIO DE TABAQUISMO

CONSTA DE 14 REACTIVOS,CON UNA FICHA DE IDENTIFICACIÓN PREVIA. ESTE CUESTIONARIO SE CODIFICA Y PUEDE COMPUTARIZAR SE LOS RESULTADOS.

ESTE INSTRUMENTO NOS ARROJA UNA SERIE DE DATOS IMPORTANTES SOBRE EL HÁBITO TABÁQUICO DEL PACIENTE,COMO SON:

-HISTORIA PERSONAL DEL TABAQUISMO

-HISTORIA FAMILIAR DEL TABAQUISMO

-CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL HÁBITO

-ESPECTATIVAS SOBRE EL TRATAMIENTO PARA ABANDONAR EL HÁBITO.(VER ANEXO 3)

UNA VEZ SELECCIONADA LA MUESTRA, EL PROCEDIMIENTO CON-
TEMPLÓ LAS SIGUIENTES ACCIONES ESPECÍFICAS:

1.- REALIZACIÓN DE ENTREVISTA PSICOLÓGICA DE 1A. VEZ A CA-
DA UNO DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO (VER ANEXO 1).

2.- APLICACIÓN DEL TEST IDARE DE ANSIEDAD A LOS PACIENTES-
EN LA PRIMERA SESIÓN DE TRATAMIENTO, BAJO LAS SIGUIENTES --
CONDICIONES:

A).- SE APLICÓ EL TEST SIEMPRE DESPUÉS DE UNA BREVE DI-
NÁMICA DE INTEGRACIÓN QUE SE REALIZA EN LA PRIMERA SESIÓN,
PARA DISMINUIR EL GRADO DE ANSIEDAD CON QUE LLEGA EL PACI-
ENTE A SU PRIMERA CITA.

B).- LA APLICACIÓN DEL TEST FUÉ LLEVADA ACABO POR EL -
PSICOTERAPÉUTA DE CADA GRUPO.

C).- LA APLICACIÓN DEL TEST SE EFECTUÓ EN EL SALÓN PA-
RA TERAPIA DE GRUPOS DE LA CLÍNICA DE TABAQUISMO DEL INER,
EL CUAL CUENTA CON LA ILUMINACIÓN ADECUADA Y SIN ESTÍMULOS
ESTRESANTES CON EL OBJETIVO DE CONTROLAR VARIABLES EXTER-
NAS QUE PUDIERAN PROVOCAR ANSIEDAD.

D).- NO SE HIZO DEL CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES QUE-
SU PARTICIPACIÓN EN EL TEST FORMABA PARTE DE UNA INVESTIGA-
CIÓN, SINO QUE, SE LES HIZO SENTIR QUE ERA PARTE DEL TRATA-
MIENTO, PARA OBTENER MAYOR COLABORACIÓN.

3.- UNA SEGUNDA APLICACIÓN DEL MISMO TEST (IDARE) AL --
FINALIZAR EL TRATAMIENTO (10A. SESIÓN).

4.- OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN NECESARIA DEL "CUESTIONARIO DE TABAQUISMO" (VER ANEXO 2), QUE FUÉ APLICADO EN LA PRIMERA SESIÓN DE TRATAMIENTO.

5.- CALIFICACIÓN MANUAL DE LOS RESULTADOS DEL TEST IDARE DE ANSIEDAD CON LAS PLANTILLAS ADECUADAS.

6.- SE REALIZÓ EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO APLICANDO DIFERENCIAS DE MEDIAS EN UN DISEÑO DE PANEL ANTES-DESPUÉS.

7.- ELABORACIÓN DE GRÁFICAS Y TABLAS.

8.- PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

ANALISIS DESCRIPTIVO Y ESTADISTICO

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

LLEVANDO A ACABO UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS SUJETOS FUMADORES ENCONTRAMOS QUE EL PROMEDIO DE EDAD DE LA MUESTRA ESTUDIADA ES DE 42 AÑOS, SIENDO POR SEXO DE 44 Y 41 AÑOS EN MUJERES Y HOMBRES RESPECTIVAMENTE.

EL PROMEDIO DE LA EDAD INICIO DEL TOTAL DE LOS SUJETOS FUÉ DE 16 AÑOS, DONDE 18 AÑOS FUÉ DE MUJERES Y DE 15 EL DE HOMBRES, OBTENIÉNDOSE QUE LOS SUJETOS TUVIERON UN PROMEDIO DE CIGARRILLOS DE 28 DIARIOS, EN EL CUAL LAS MUJERES FUMABAN 26 CIGARROS Y LOS HOMBRES 29 CIGARROS DIARIOS.

HACIENDO UNA CLASIFICACIÓN DE OCUPACIÓN DE LOS SUJETOS POR SEXO SE ENCONTRÓ EN LA POBLACIÓN FEMENINA: 8 EMPLEADOS, 7 PROFESIONISTAS, 7 AMAS DE CASA (HOGAR) Y 2 OFICIO. MIENTRAS QUE EN LA POBLACIÓN MASCULINA HUBO 15 PROFESIONISTAS, 10 EMPLEADOS Y 1 OFICIO.

SE PUEDE OBSERVAR QUE LOS PROFESIONISTAS FUERON PREDOMINANTEMENTE DEL SEXO MASCULINO CON UNA RELACIÓN 2 A 1 RESPECTO A LAS MUJERES, EN CUANTO A EMPLEOS Y OFICIO NO EXISTIÓ UNA DIFERENCIA IMPORTANTE PERO SÍ EN CUANTO A LAS LABORES DEL HOGAR, EN LA CUAL TODOS LOS SUJETOS FUERON DEL SEXO FEMENINO.

TOMANDO EN CUENTA EL EDO. CIVIL DE LOS SUJETOS QUE INTEGRAN LA MUESTRA, SE PUEDE APRECIAR QUE LA MAYORÍA, ES DECIR, 30 SUJETOS (60%) SON CASADOS, 5 SUJETOS (10%) FUERON SOLTEROS, 5 SUJETOS (10%) SEPARADOS, 2 SUJETOS (4%) VIUDOS, 7 SUJETOS (14%) DIVORCIADOS Y SÓLO 1 SUJETO (2%) EN UNIÓN LIBRE.

DENTRO DE NUESTRO ANÁLISIS DESCRIPTIVO PODEMOS CONCLUIR-
QUE NO EXISTE UNA DIFERENCIA IMPORTANTE EN CUANTO A EDAD, EDAD
INICIO Y PROMEDIO DE CIGARROS FUMADOS EN HOMBRES Y MUJERES.

A DIFERENCIA DE LA OCUPACIÓN DONDE OBSERVAMOS QUE LOS --
PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE TABAQUISMO SON PREDOMI--
NANTEMENTE PROFESIONISTAS SIENDO MAYOR EL NÚMERO DE HOMBRES.-
EN CUANTO AL ESTADO CIVIL PODEMOS NOTAR QUE EN SU MAYORÍA SON
CASADOS. TODO LO ANTERIOR NOS ESTÁ MANIFESTANDO LO SIGUIENTE:

-QUE LAS PERSONAS QUE ASISTEN A UN TRATAMIENTO A LA CLÍ-
NICA SON DE EDAD AVANZADA.

-QUE LOS SUJETOS QUE SOLICITAN AYUDA PARA ABANDONAR EL -
HÁBITO TABÁQUICO SON, EN SU MAYORÍA CASADOS Y CON UN NIVEL IN-
TELECTUAL ALTO.

-Y FINALMENTE PODEMOS DEDUCIR POR EL ESTUDIO SOCIOECONÓ-
MICO QUE SON DE NIVEL MEDIO, Y MEDIO-ALTO.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO FUÉ A TRAVÉS DE UNA COMPROBACIÓN DE DIFERENCIAS DE MEDIAS, LA MISMA MUESTRA FUÉ MEDIDA DOS VECES EN UN DISEÑO DE PANEL "ANTES-DESPUÉS", CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS NECESARIOS.

LOS RESULTADOS EN ANSIEDAD-ESTADO FUERON: UNA DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE .95 CON UNA MEDIA DE 2.22 PARA LOS PUNTAJES ANTES DEL TRATAMIENTO Y DE 2.22 PARA DESPUÉS DEL MISMO. UN ERROR ESTÁNDAR DE .13, UNA RAZÓN T DE .148 CON UNA RAZÓN T DE TABLA DE 2.021, EN 49 GRADOS DE LIBERTAD A UN NIVEL DE SIGNIFICANCIA DE 0.05. PODEMOS NOTAR QUE LA RAZÓN T ES DE SÓLO .148-MENOR AL VALOR REQUERIDO POR LA TABLA (2.021), POR LO QUE SE ACEPTA LA HIPÓTESIS NULA Y SE RECHAZA LA HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.

LA HIPÓTESIS NULA DICE: "NO EXISTEN DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS EN LA ANSIEDAD-ESTADO DE PACIENTES CON HÁBITO TABÁQUICO ANTES Y DESPUÉS DE UN TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR.

EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA ESCALA DE ANSIEDAD-RASGO FUERON: UNA DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE .134, CON UNA RAZÓN T DE 1.56, Y UNA RAZÓN T DE TABLA DE 2.021, CON 49 GRADOS DE LIBERTAD A UN NIVEL DE SIGNIFICANCIA DE 0.05. POR LO QUE SE ACEPTA LA HIPÓTESIS NULA Y SE RECHAZA LA HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN. ES DECIR, QUE NO EXISTEN DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS EN LA ANSIEDAD RASGO DE PACIENTES CON HÁBITO TABÁQUICO, ANTES Y DESPUÉS DE UN TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR.

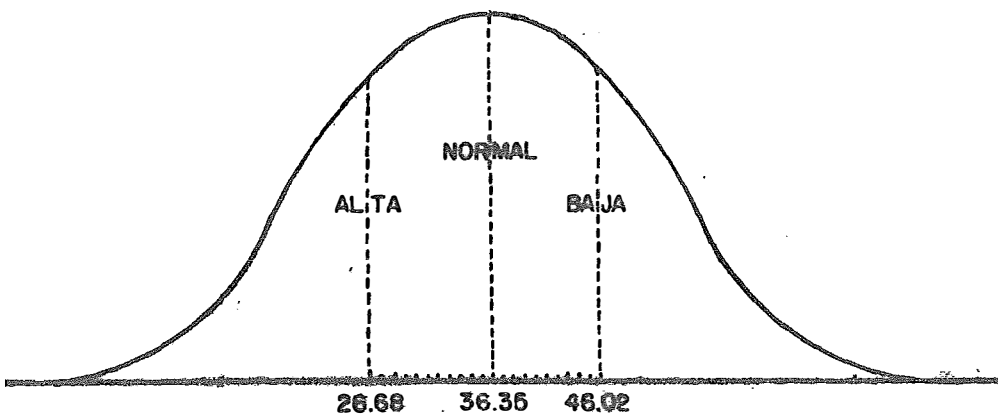
C A P I T U L O I V

RESULTADOS

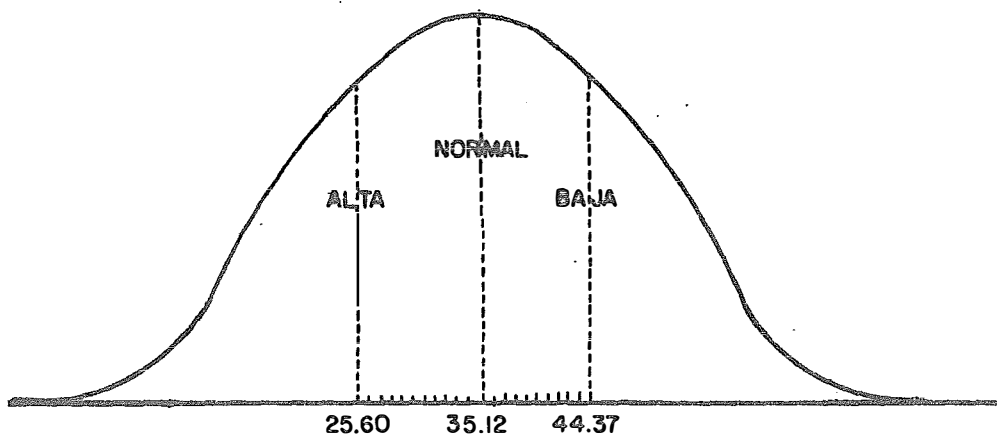
CUADRO 1.- PROMEDIOS DESVIACIONES ESTANDAR Y CONFIABILIDADES ALFA PARA ESTUDIANTES DE BACHILLERATO Y UNIVERSIDAD.

	UNIVERSITARIOS DE PRIMER AÑO		UNIVERSITARIOS NO GRADUADOS		ESTUDIANTES DE BACHILLERATO	
	VARONES	MUJERES	VARONES	MUJERES	VARONES	MUJERES
A - RASGO						
PROMEDIO	38.07	38.22	37.68	38.25	39.37	41.61
N	332	644	253	231	190	187
DESV. EST.	8.20	8.20	9.69	9.14	9.40	11.29
ALFA	.86	.86	.90	.89	.89	.92
A - ESTADO						
PROMEDIO	40.01	39.39	36.35	35.12	36.99	37.57
N	334	648	253	231	190	187
DESV. EST.	7.85	8.62	9.67	9.25	9.07	11.76
ALFA	.83	.86	.89	.89	.86	.92

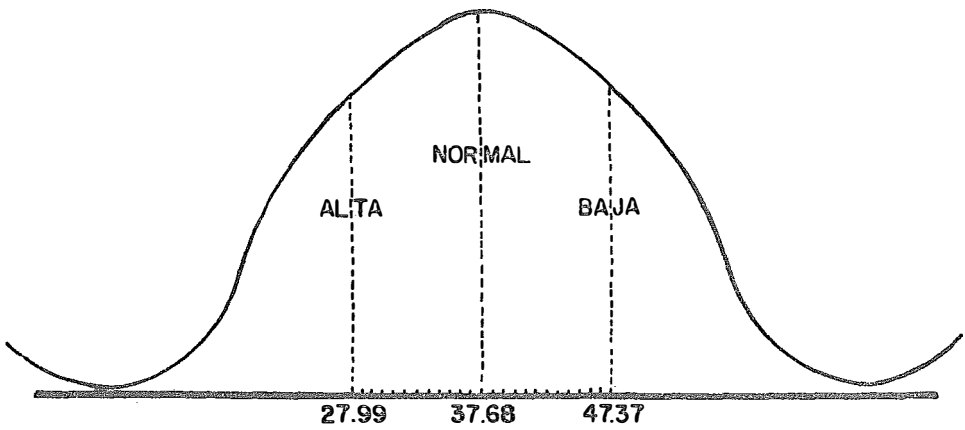
GRAFICA 1- ANSIEDAD-ESTADO HOMBRES.



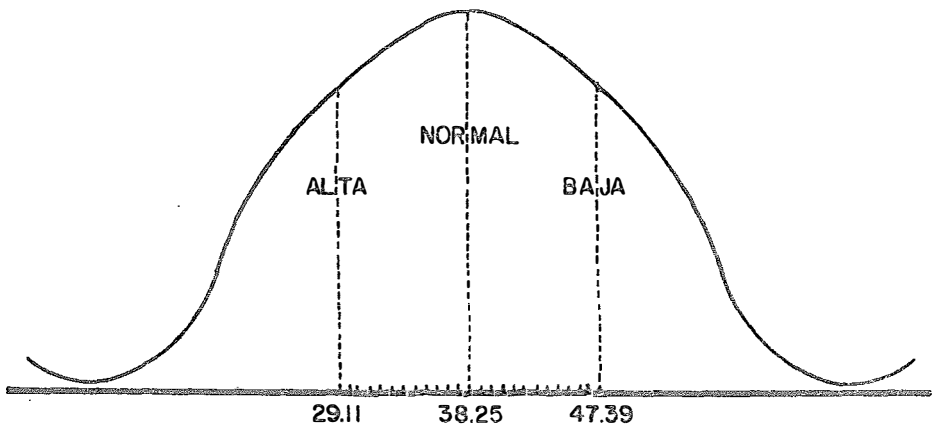
GRAFICA 2- ANSIEDAD-ESTADO MUJERES.



GRAFICA 3- ANSIEDAD - RASGO HOMBRES.



GRAFICA 4- ANSIEDAD- RASGO MUJERES.



**TABLA I.- DISTRIBUCION POR SEXO
DE LA MUESTRA.**

SEXO	f	%
FEMENINO	24	48
MASCULINO	26	52
TOTAL	50	100

f= frecuencia

TABLA 2- DATOS GENERALES DE LA MUESTRA.

No.	SEXO	EDAD	EDAD INICIO	PROMEDIO CIGARROS	OCUPACION
1	Femenino	53	26	20	Contador
2	Femenino	40	16	30	Amo de coso
3	Masculino	27	15	30	Ventas
4	Femenino	34	15	20	Secretarla
5	Masculino	50	12	40	Historiador
6	Masculino	37	13	25	Comerciante
7	Masculino	42	16	20	Ingeniero civil
8	Masculino	23	16	30	Aux. de profesor
9	Femenino	48	17	25	Comerciante
10	Femenino	37	20	25	Amo de coso
11	Masculino	27	18	50	Ingeniero civil
12	Femenino	33	15	30	Amo de casa
13	Masculino	55	18	20	Asegurador
14	Femenino	40	13	25	Amo de casa
15	Masculino	28	18	20	Musico
16	Masculino	39	15	40	Profesor
17	Femenino	51	18	60	Profesora
18	Masculino	40	18	20	Empleado
19	Masculino	48	19	30	Ingeniero civil
20	Femenino	35	18	15	Catedratica
21	Masculino	40	17	40	Contador
22	Femenino	43	18	20	Profesora

No.	SEXO	EDAD	EDAD INICIO	PROMEDIO CIGARROS	OCUPACION
23	Masculino	63	13	40	Promotor
24	Femenino	48	13	30	Ama de casa
25	Femenino	46	15	30	Grafologa
26	Femenino	57	27	10	Vendedora
27	Femenino	38	20	40	Ventas
28	Femenino	37	16	40	Actriz
29	Femenino	36	17	10	Doctora
30	Femenino	60	25	20	Ama de casa
31	Femenino	32	15	40	Catedratica
32	Masculino	42	16	20	Industrial
33	Masculino	65	21	20	Abogado
34	Masculino	30	8	50	Corredor de bienes
35	Masculino	33	13	30	Dibujante
36	Masculino	25	16	25	Comerciante
37	Femenino	36	16	20	Ama de casa
38	Masculino	49	14	25	Empleado(ing.)
39	Femenino	41	20	20	Empleada (secretaria)
40	Femenino	58	24	50	Artista (pintora)
41	Masculino	47	14	50	Contador
42	Masculino	52	20	15	Bienes y raíces
43	Femenino	44	24	10	Bienes y raíces
44	Masculino	37	18	20	Periodista
45	Masculino	45	13	25	Abogado
46	Masculino	39	20	25	Comerciante
47	Masculino	41	15	40	Comerciante

No.	SEXO	EDAD	EDAD INICIO	PROMEDIO CIGARROS	OCUPACION
48	Femenino	54	16	20	Secretaria
49	Femenino	50	11	30	Vendedor
50	Masculino	40	16	8	Doctora

NOTA: El promedio de cigarros es el consumo diario.

TABLA 3 - PROMEDIOS DE LA MUESTRA.

EDAD	EDAD INICIO	PROMEDIO CIGARROS
42.30	16.94	27.96

NOTA: El promedio de cigarros es el consumo diario.

TABLA 4 - PROMEDIOS POR SEXO.

SEXO	EDAD	EDAD INICIO	PROMEDIO CIGARROS
FEMENINO	43.79	18.12	26.76
MASCULINO	40.92	15.84	29.15

NOTA: El promedio de cigarros es el consumo diario.

TABLA 5.- ANSIEDAD - ESTADO (Promedios)

	BAJA		NORMAL		ALTA		TOTAL
	f	fr	f	fr	f	fr	
ANTES	16	32%	34	68%	0	0%	50
DESPUES	25	50%	25	50%	0	0%	50

TABLA 6.- ANSIEDAD - RASGO (Promedios)

	BAJA		NORMAL		ALTA		TOTAL
	f	fr	f	fr	f	fr	
ANTES	28	56%	22	44%	0	0%	50
DESPUES	24	48%	26	52%	0	0%	50

TABLA 7.- ANSIEDAD-ESTADO POR SEXO.

ANTES DEL TRATAMIENTO

SEXO	BAJA	NORMAL	ALTA
FEMENINO	4 16%	20 84%	0 0%
MASCULINO	6 23%	20 77%	0 0%

DESPUES DEL TRATAMIENTO

SEXO	BAJA	NORMAL	ALTA
FEMENINO	9 37%	15 63%	0 0%
MASCULINO	10 38%	16 62%	0 0%

TABLA 8.- ANSIEDAD-RASGO POR SEXO.

ANTES DEL TRATAMIENTO

SEXO	BAJA	NORMAL	ALTA
FEMENINO	13 54%	11 46%	0 0%
MASCULINO	15 58%	11 42%	0 0%

DESPUES DEL TRATAMIENTO

SEXO	BAJA	NORMAL	ALTA
FEMENINO	8 33%	16 67%	0 0%
MASCULINO	16 62%	10 38%	0 0%

TABLA 9 - PROMEDIOS DE LA MUESTRA.

SEXO	EDAD	EDAD INICIO	PROMEDIO CIGARROS
FEMENINO	43	18	26
MASCULINO	41	16	29

TABLA 10 - OCUPACION POR SEXO.

SEXO	PROFESIONISTAS	EMPLEADOS	OFICIOS	HOGAR	TOTAL
FEMENINO	7	8	2	7	24
MASCULINO	15	10	1	0	26

TABLA II .- ESTADO CIVIL POR SEXO DE LA MUESTRA

ESTADO CIVIL	FEMENINO	MASCULINO
CASADO (a)	12 24%	18 36%
SOLTERO (a)	1 2%	4 8%
SEPARADO (a)	5 10%	0 0%
VIUDO (a)	2 4%	0 0%
DIVORCIADO(a)	4 8%	3 6%
UNION LIBRE	0 0%	1 2%
TOTAL	24	26

C O N C L U S I O N E S

C O N C L U S I N E S

DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA SE OBTUVIERON LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

EN LA ESCALA DE ANSIEDAD-ESTADO SE OBSERVÓ QUE ANTES DEL TRATAMIENTO 10 SUJETOS TUVIERON BAJA ANSIEDAD, REDUCIÉNDOSE A 9 SUJETOS DESPUÉS DEL TRATAMIENTO. DENTRO DEL PARÁMETRO NORMAL DE ANTES DEL TRATAMIENTO FUERON DE 40 SUJETOS A DIFERENCIA DE 31 SUJETOS QUE SE OBTUVIERON DESPUÉS DEL TRATAMIENTO. EN LA ESCALA DE ALTA ANSIEDAD, TANTO ANTES COMO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO NO HUBO SUJETOS.

EN LA ESCALA DE ANSIEDAD-RASGO ANTES DEL TRATAMIENTO SE OBTUVIERON 28 SUJETOS CON BAJA ANSIEDAD, ENCONTRÁNDOSE QUE DESPUÉS DEL TRATAMIENTO SE REDUJO A 24 SUJETOS. EXISTIENDO 22 SUJETOS CON ANSIEDAD NORMAL ANTES DEL TRATAMIENTO, AUMENTÁNDOSE A 26 SUJETOS DESPUÉS DEL TRATAMIENTO. NO EXISTIENDO ALTA ANSIEDAD EN SUJETOS ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO.

DENTRO DE LA MUESTRA ESTUDIADA SE TUVIERON 26 SUJETOS DE SEXO MASCULINO (52%) Y 24 DE SEXO FEMENINO (48%), CON UN TOTAL DE 50 SUJETOS.

EN LA ESCALA DE ANSIEDAD-ESTADO SE OBTUVIERON 6 SUJETOS - HOMBRES Y 4 MUJERES CON BAJA ANSIEDAD, ANTES DEL TRATAMIENTO. AUMENTANDO A 10 Y 9 RESPECTIVAMENTE DESPUÉS DEL TRATAMIENTO.

DENTRO DEL PARÁMETRO DE LO NORMAL ANTES DEL TRATAMIENTO SE ENCONTRÓ EL MISMO NÚMERO DE HOMBRES Y MUJERES (20 SUJETOS), DISMINUYÉNDOSE DESPUÉS DEL TRATAMIENTO A 16 HOMBRES Y 15 - MUJERES. DÁNDOSE AUSENCIA DE SUJETOS EN ALTA ANSIEDAD ANTES Y DESPUÉS DEL MISMO.

EN LA ESCALA DE ANSIEDAD-RASGO ANTES DEL TRATAMIENTO-- SE OBTUVIERON 15 HOMBRES Y 13 MUJERES CON BAJA ANSIEDAD, A - DIFERENCIA QUE DESPUÉS DEL TRATAMIENTO EL NÚMERO DE HOMBRES AUMENTÓ A 16. NO SIENDO ASÍ EN MUJERES QUE DISMINUYÓ A 8. DENTRO DEL PARÁMETRO DE LO NORMAL ANTES DEL TRATAMIENTO SE -- OBTUVO QUE TANTO HOMBRES COMO MUJERES FUÉ EL MISMO NÚMERO- (11 SUJETOS). DESPUÉS DEL TRATAMIENTO EL NÚMERO DE HOMBRES - REDUJO A 10, AUMENTÁNDOSE EN MUJERES A 16. NOTÁNDOSE QUE NINGÚN SUJETO TUVO ALTA ANSIEDAD ANTES Y DESPUÉS DEL TRATA-- MIENTO.

M-0064098¹⁰⁰

EL NO EXISTIR DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS EN LA ANSIEDAD DE LOS PACIENTES ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO, IMPLICA QUE NO SE ESTÁ CONTROLANDO ESTE FACTOR POR LO QUE ES NECESARIO INCLUIR EN ALGUNAS SESIONES MÁS -- OTRAS TÉCNICAS DE RELAJACIÓN, ASÍ COMO ESTRATEGIAS, ENTRENAMIENTOS QUE CONTRARESTEN LA ANSIEDAD DURANTE EL TRATAMIENTO; YA QUE ES EVIDENTE QUE EL FUMADOR ES MAS ANSIOSO QUE EL NO FUMADOR (WATSON, 1983).

DOBBS Y COLS. EN UN INTERESANTE ESTUDIO EFECTUADO EN 1981 ENCONTRÓ QUE EN UN GRUPO DE FUMADORES BAJO ESTRÉS, EL ESCUCHAR UNA CINTA CON INSTRUCCIONES DE RELAJACIÓN DISMINUYÓ SIGNIFICATIVAMENTE TANTO LA VELOCIDAD COMO EL NÚMERO DE CENTIMETROS DE CIGARRILLO FUMADOS; POR LO QUE AL PARECER LA RELAJACIÓN CONTRARESTÓ LOS EFECTOS DEL ESTRÉS EN LA CONDUCTA DE LOS INDIVIDUOS.

EN ESTUDIOS REALIZADOS POR EL DR. FEDERICO PUENTE, EN 1984, EN CLÍNICAS DE TABAQUISMO ENCONTRÓ QUE EL ÍNDICE DE RECAÍDAS MÁS ALTO SE DEBE A ESTADOS DE TENSION O ANSIEDAD.

UNA CLASIFICACIÓN DE UTILIDAD CLÍNICA FUÉ PROPUESTA POR SHIFFMAN (1985), QUIEN AGRUPA LAS SITUACIONES QUE OCASIONAN RECAÍDAS EN LOS FUMADORES: BEBER ALCOHOL CON OTROS FUMADORES, DURANTE EL DESCANSO, LA ANSIEDAD RELACIONADA CON EL ESTRÉS DEL TRABAJO, LA INACTIVIDAD Y EL ABURRIMIENTO Y LOS SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA. EL CONOCIMIENTO DE ESTA TIPOLOGÍA PERMITIRÍA A LOS FUMADORES ANTICIPARSE Y PREPARARSE PARA EVITAR POSIBLES RECAÍDAS.

OTRO MÉTODO DE LA PREVENCIÓN ES EL SUGERIDO POR HALL (1984), MEDIANTE UN ENTRENAMIENTO CONDUCTUAL DE HABILIDADES LO QUE PERMITE QUE EL SUJETO DISPONGA DE ELEMENTOS PARA ENFRENTARSE A POSIBLES SITUACIONES DE RECAÍDAS, ESTO ES UNA BUENA ALTERNATIVA A INCLUIR EN EL TRATAMIENTO.

DURANTE MI DESEMPEÑO COMO PSICOTERAPEUTA EN LA CLÍNICA DE TABAQUISMO DEL I.N.E.R. HE PODIDO OBSERVAR QUE EN GENERAL EL FUMADOR ES MÁS ANSIOSO QUE EL NO FUMADOR Y QUE EL DEJAR DE FUMAR DURANTE EL TRANCURSO DEL TRATAMIENTO INCREMENTA ESTA ANSIEDAD, ESTO AUNADO AL SINDROME DE ANSTINENCIA RESULTA MUY DESAGRADABLE PARA EL PACIENTE Y EN OCACIONES LLEGA A PROBOCAR LA REINCIDENCIA EN EL HÁBITO.

— POR LO ANTERIOR PODEMOS INFERIR QUE EN LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN PUDIERON INTERVENIR VARIABLES NO CONTROLADAS COMO EL QUE EL INSTRUMENTO QUE SE UTILIZÓ PARA VALORAR ANSIEDAD NO HAYA SIDO EL ADECUADO PARA NUESTRA POBLACIÓN ESTUDIADA. ASÍ TAMBIÉN, SI TOMAMOS EN CONSIDERACIÓN EL HECHO DE QUE TODO EL TRATAMIENTO FUÉ LLEVADO ACABO CON DINÁMICAS DE GRUPO Y TERAPIA DE APOYO, PUDIERA INFLUIR PARA QUE AL FINALIZAR DICHO TRATAMIENTO NO SE OBSERVARA UN INCREMENTO EN LA ANSIEDAD. QUIZA SI LA APLICACIÓN DEL TEST NO SÓLO SE HUBIERA REALIZADO ANTES Y DESPUÉS DEL TRAMIENTO SI NO ADEMÁS DURANTE EL TRATAMIENTO HORAS DESPUÉS DE HABER DEJADO DE FUMAR, ENTONCES SERÍA PROBABLE QUE SE DIERAN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LA ANSIEDAD DE LOS PACIENTES.

POR OTRO LADO POMERLEAU (1984), DEMOSTRÓ QUE LA ANSIEDAD Y EL DOLOR DISMINUÍAN EN LOS SUJETOS DESPUÉS DE FUMAR UN CIGARRILLO CON NICOTINA, LO QUE APOYA LA HIPÓTESIS DE QUE LA NICOTINA PUEDE PRODUCIR CAMBIOS PSICOLÓGICOS QUE SON INDEPENDIENTES DEL ESTADO DE RETIRO DE NICOTINA.

ENTONCES NOS PODEMOS PERCATAR QUE EL CIGARRO EFECTIVAMENTE DISMINUYE LA ANSIEDAD, TANTO FÍSICAMENTE COMO PSICOLÓGICAMENTE POR LO QUE ES NECESARIO ENCONTRAR OTROS MEDIOS O MÉTODOS PARA CANALIZAR ESTA ANSIEDAD, ASÍ COMO HÁBITOS O -- SUSTITUTOS POSITIVOS QUE PRODUZCAN EL MISMO EFECTO, SIN DAÑAR LA SALUD DEL PACIENTE. TAMBIÉN ES CONVENIENTE HACER UNA REESTRUCTURACIÓN COGNOSCITIVA DEL FUMADOR, DONDE CAMBIE TODA SU PERCEPCIÓN DEL CIGARRO POR CARACTERÍSTICAS NEGATIVAS Y QUE LLEGUE A PERCIBIRSE A SÍ MISMO COMO NO FUMADOR, BAJO LA PREMISA DE: "LO NORMAL ES NO FUMAR". YA QUE LOS FUMADORES LE ATRIBUYEN AL CIGARRO UNA SERIE DE VALORES QUE LOS LLEVA A DEPENDER PSICOLÓGICAMENTE DE ÉL, COMO EL QUE LOS RELAJA, LES AYUDA A CONCENTRARSE EN SUS LABORES, QUE ESTÍMULACUANDO ESTÁN DEPRIMIDOS O SIMPLEMENTE QUE ES EL ETERNO COMPAÑERO Y ES TAL SU CONVICCIÓN QUE LOGRAN SATISFACER ESTAS ESPECTATIVAS CON EL CIGARRO.

CON LO ANTERIOR HEMOS MENCIONADO ALTERNATIVAS PARA EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO PERO ES IMPORTANTE RECORDAR QUE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS SON LA MEJOR OPCIÓN PARA ESTE GRAVE PROBLEMA SOCIAL.

CONSIDERANDO QUE EN MÉXICO EL TABAQUISMO NO HA LLEGADO A SER UN PROBLEMA TAN SERIO COMO EN PAÍSES DESARROLLADOS, ESTAMOS A TIEMPO DE LLEVAR ACABO MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LA DISMINUCIÓN O ERRADICACIÓN DE ÉSTE HÁBITO TAN DAÑINO.

DENTRO DE LAS PRINCIPALES PODRÍAMOS HACER NOTAR EL RESPALDO LEGAL DE LAS AUTORIDADES CORRESPONDIENTES CON MEDIDAS LEGISLATIVAS ADECUADAS.

SI TOMAMOS COMO BASE LA POBLACIÓN MÁS FÉRTIL QUE EN ESTE CASO SON LOS NIÑOS Y LOS ADOLESCENTES, ES CONVENIENTE UNA SERIE DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DONDE PARTICIPEN LOS PADRES Y LOS RESPONSABLES DE LA EDUCACIÓN FORMAL. TAMBIÉN DEBE ENFATIZAR SOBRE LA ADECUADA FORMACIÓN DEL PROFESIONISTA PARA QUE ESTÉ CAPACITADO PARA TRATAR ESTE PROBLEMA Y ESPECIALMENTE LOS MÉDICOS QUE SON PERSONAS QUE INFLUYEN DE MANERA SIGNIFICATIVA EN LA POBLACIÓN EN GENERAL.

ALGO DETERMINANTE SERÍA LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LA POBLACIÓN, FORMANDO GRUPOS ORGANIZADOS DENTRO DE LA COMUNIDAD DONDE SE REALIZARÁN ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS A LAS CAMPAÑAS ANTI-TABÁQUICAS.

OTRO PUNTO IMPORTANTE ES EL MANEJO TAN NEFASTO QUE SE HACE DE LA PUBLICIDAD PARA CONSEGUIR VENDER SU PRODUCTO, ES NECESARIO DAR UN GIRO COMPLETO PARA DAR UN ENFOQUE DIFERENTE, EN EL CUAL SE MANIFIESTEN LAS CONSECUENCIAS REALES

DEL CONSUMO DE CIGARRILLOS(CIGARROS= ENFERMEDAD Y MUERTE -
PREMATURA).

LAS CAMPAÑAS ANTI-TABÁQUICAS REALIZADAS POR LAS INSTI
TUCIONES SANITARIAS DEBEN DE SER DE TIEMPO INDEFINIDO PARA
QUE TENGAN EL EFECTO ADECUADO,QUE AUNADO AL INCREMENTO DE--
SITIOS O LUGARES DONDE SE PROHIBA EL CONSUMO DE TABACO,PO-
DRÍAN TENER MEJORES RESULTADOS.

SE RECOMIENDA LA COMBINACIÓN DE LAS DIFERENTES MEDI--
DAS PREVENTIVAS CON UNA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICAMENTE ---
ORIENTADA A NUESTRA POBLACIÓN,PARA SE REQUIERE UNA EVALUA-
CIÓN CONTINUA DE LAS DIVERSAS MEDIDAS PREVENTIVAS,PARA TE-
NER PARÁMETROS DE COMPARACIÓN PARA SU MEJORAMIENTO. ÉSTAS-
MEDIDAS SE DEBEN REALIZAR A CORTO PLAZO CON LA VISIÓN DE --
QUE LOS RESULTADOS SERÁN A LARGO PLAZO.

VAMOS A CONCLUÍR CON SEÑALAR LA IMPORTANCIA DE LLE--
VAR ACABO MÁS INVESTIGACIONES ESPECÍFICAS SOBRE ANSIEDAD Y
TABAQUISMO.

" LA INVESTIGACIÓN ES PRODUCTIVA A MEDIDA QUE NOS PERMITE APROBAR O RECHAZAR LAS HIPÓTESIS ESTABLECIDAS QUE NOS SERVIRÁN COMO PUNTOS DE REFERENCIA PARA NUEVAS INVESTIGACIONES E INCREMENTAR NUESTRA EXPERIENCIA PROFESIONAL".

L I M I T A C I O N E S Y S U G E R E N C I A S

- LLEVAR ACABO ESTUDIOS SIMILARES QUE PERMITAN GENERALIZAR LOS -
RESULTADOS EN LA POBLACIÓN DEL DISTRITO FEDERAL,
- REALIZAR ESTUDIOS SIMILARES EMPLEANDO OTRAS TÉCNICAS QUE EVA-
LÚEN LA ANSIEDAD PARA PODER COMPARAR LOS RESULTADOS QUE SE -
OBTUVIERON EN ESTE ESTUDIO.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

LIMITACIONES:

- LA ESCASA INFORMACIÓN SOBRE TABAQUISMO EN MÉXICO, SON POCOS LOS ESTUDIOS QUE EXISTEN EN NUESTRO PAÍS. SOBRE ANSIEDAD EN FUMADORES ES EL PRIMER ESTUDIO REALIZADO.
- LA POCA REPRESENTATIVIDAD DE LA MUESTRA (50 SUJETOS) ESTO ES DEBIDO A QUE EL INGRESO DE PACIENTES EN LA CLÍNICA DE TABAQUISMO ES LIMITADO POR LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y POR LA FALTE DE INFORMACIÓN PÚBLICA DE LA EXISTENCIA DE ESTAS CLÍNICAS.
- EXISTEN POCOS TEST VALIDADOS Y CONFIABILIZADOS EN MÉXICO QUE MIDAN ANSIEDAD, ESTO IMPIDIO LA UTILIZACIÓN DE OTROS TEST Y ASÍ PODER CONFRONTAR LA INFORMACIÓN OBTENIDA EN EL TEST IDARE.

SUGERENCIAS:

- SERIA CONVENIENTE COMPARAR GRUPOS DE FUMADORES CON TRATAMIENTO FUMADORES SIN TRATAMIENTO Y NO FUMADORES, PARA OBSERVAR QUE PASA CON LA ANSIEDAD EN ESTOS GRUPOS Y VER LAS DIFERENCIAS.
- INCLUIR DENTRO DE LOS TRATAMIENTOS ANTITABÁQUICOS MÁS TÉCNICAS QUE CONTROLAN LA ANSIEDAD SOBRE TODO EN LA ETAPA DE MANTENIMIENTO PARA REFORZAR LA ABSTINENCIA DEL HÁBITO Y EVITAR RECAÍDAS.
- CONFIABILIZAR Y VALIDAR TEST DE ANSIEDAD QUE ESTÉN ADAPTADOS EN MÉXICO.
- REALIZAR ESTUDIOS DE FACTORES DE RIESGO DE POSIBLES RECAÍDAS Y PODER DETERMINAR SI LA ANSIEDAD JUEGA UN PAPEL IMPORTANTE EN DICHAS RECAÍDAS.

A N E X O S

IDARE

SXE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberg, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y tiene el círculo del número que indique cómo se siente *ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	①	②	③	④
2. Me siento seguro	①	②	③	④
3. Estoy tenso	①	②	③	④
4. Estoy contrariado	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado	①	②	③	④
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado	①	②	③	④
9. Me siento ansioso	①	②	③	④
10. Me siento cómodo	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo	①	②	③	④
12. Me siento nervioso	①	②	③	④
13. Me siento agitado	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho	①	②	③	④
17. Estoy preocupado	①	②	③	④
18. Me siento muy excitado y aturdido	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

"CLINICA DE TABAQUISMO"

ENTREVISTA DE 1A. VEZ

FECHA _____

NOMBRE _____ EDAD _____

TELEFONO. CASA _____ TRABAJO _____

DIRECCIÓN. _____ C.P. _____

ESCOLARIDAD _____ OCUPACIÓN _____

ESTADO CIVIL: _____

CASADO(A) _____ SOLTERO(A) _____ DIVORCIADO(A) _____

SEPARADO(A) _____ VIUDO(A) _____ OTRO _____

SI ESTÁ CASADO, ¿CUÁL ES LA EDAD Y OCUPACIÓN DE SU CÓNYUGE?

EDAD _____ OCUPACIÓN _____

¿TIENE HIJOS? ¿CUANTOS? _____ EDAD DEL MAYOR _____

EDAD DEL MENOR _____ ¿FUMAN? _____

TABAQUISMO.

¿CUANTOS CIGARROS FUMA ACTUALMENTE? _____ MARCA _____

¿A QUE EDAD COMENZÓ A FUMAR? _____ ¿PORQUE? _____

¿HA INTENTADO DEJAR DE HACERLO? _____ CUANTAS VECES? _____

¿POR CUANTO TIEMPO? _____ ¿CON ALGÚN TIPO DE AYUDA? _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DE LA CLÍNICA _____ PORQUE ASISTE? _____

¿HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD IMPORTANTE EN EL ÚLTIMO AÑO?

MENCIONE SUS PADECIMIENTOS ACTUALES (TRASTORNOS CÁRDIACOS, FALTA-
DE AIRE, TOS, FLEMAS) _____

¿TIENE PROBLEMAS PARA DORMIR? _____ SI _____ NO _____

¿¿DE QUE TIPO? _____

¿CÓMO ES SU APETITO? MALO _____ REGULAR _____ BUENO _____
MUY BUENO _____

¿TOMA ALGUN MEDICAMENTO ACTUALMENTE? _____ ¿PARA QUE? _____

PSICOLOGICO

¿HA CONSULTADO ALGUNA VEZ UN PSIQUIATRA Ó PSICOLOGO? _____

¿CUÁNDO? _____ ¿PORQUE MOTIVO? _____

¿QUE TIPO DE TRATAMIENTO LLEVÓ? _____

CUANTO TIEMPO DURÓ EN EL TRATAMIENTO? _____

¿PORQUÉ LO SUSPENDIO? _____ ¿LE SIRVIÓ? _____

¿HA PRESENTADO DEPRESIONES FUERTES ULTIMAMENTE? _____

¿CON QUE FRECUENCIA _____ ¿CÓMO LA CONTROLA? _____

¿HA PRESENTADO ESTADOS DE ANSIEDAD Y ÀNGUSTIA RECIENTEMENTE?

¿CON QUE FRECUENCIA? _____ ¿CÓMO LOS CONTROLA? _____

CONSIDERA QUE TIENE ALGÚN PROBLEMA QUE LE PREOCUPA FRECUENTE-
MENTE AN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ÀREAS.

	SI	NO	¿DE QUE TIPO?
LABORAL	_____	_____	_____
ECONOMICA	_____	_____	_____
FAMILIAR	_____	_____	_____
DE PAREJA	_____	_____	_____
PERSONAL	_____	_____	_____
OTRAS	_____	_____	_____

ALGUNA INFOMACION IMPORTANTE QUE QUISIERA AGREGAR? _____

PSICOLOGA _____

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

CUESTIONARIO DE TABAQUISMO

ANEXO 3

1 2 3

4 5

6

7 8

9

10

11

12

13

14

15 16

17 18

19 20

Nombre: _____ Tel: _____

Edad:

Sexo: M ₁ F ₂

Domicilio: _____ C.P. _____

Estado Civil: 1. Soltero (a) 5. Unión libre
 2. Casado (a) 6. Otro
 3. Viudo (a) Especificar: _____
 4. Divorciado (a)

Escolaridad: 1. Universitario ó más de 1 año de Carrera Universitaria 3. Secundaria ó equivalente
 2. Preparatoria ó equivalente 4. Primaria completa
 5. Primaria incompleta

Ocupación: _____

Lugar de origen: 1. Zona Metropolitana
 2. Provincia o extranjero Especifique: _____

1. ¿A qué edad empezó a fumar?
2. Actualmente ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
3. En los últimos dos años, ¿Cuál es el promedio de cigarros que fuma al día?

21

4. ¿Que clase de cigarrillos fuma?

- Fuertes Con filtro
- Suaves Sin filtro

Marca: _____

22

5. Su consumo de cigarrillos:

- 1. Va en aumento
- 2. Es el mismo
- 3. Disminuye

23

6. ¿Alguna vez ha dejado de fumar?

- SI No

24 25

7. ¿Cuántas veces?

26 27

8. Tiempo máximo que ha dejado de fumar en meses.

28

9. ¿Porqué volvió a fumar?

29

10. ¿Por qué acude a la Clínica de Tabaquismo?

- 1. Enviado por otras personas
- 2. Creo que le hará daño fumar.
- 3. No se siente enfermo.

30

11. Asiste al Curso para:

- 1. Dejar de fumar 3. Reducir el 50%
- 2. Reducir el 25% 4. Obtener información

12. ¿Quiénes de sus familiares cercanos fuman o fumaron? (aún si ya fallecieron).

	SI	NO
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esposa (o)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cuántos de ellos fuman?

13. Además de los familiares mencionados anteriormente
¿Hay alguna otra persona con la que usted vive que también fume?

(RELACION QUE TIENE CON USTED)

14. Mencione las actividades que realiza como pasatiempo.

ACTIVIDAD

HORAS A LA SEMANA

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

BIBLIOGRAFIA

ALVAREZ ALBA, R.

"TABAQUISMO Y SALUD"

GACETA MÉDICA DE MÉXICO. 112,5. Nov. 1976.

ALVAREZ GUTIERREZ, R.

"EL TABAQUISMO Y LA SALUD"

MINEO 20 PP. MÉXICO 1977.

ARAGONES DIAZ RAFAEL

"TABAQUISMO"

UNAM. TESINA, MÉXICO. 1981.

BEAVER, CRAIS; BROWN, RICHARD A., LICHTENSTEIN, EDWARD.

"EFFECTS OF MONITORED NICOTINE FADING AND ANXIETY MANAGEMENT TRAINING ON SMOKING REDUCTION"

ADDICTIVE BEHAVIORS. VOL. 6(4) 301-305. 1981.

BERNSTEIN, D. A.

"THE MODIFICATION OF SMOKING BEHAVIOUR; AN EVALUATIVE REVIEW"

PSYCHOL. BULL., 71. 418-440. 1969

BIBIN, LANCE J.

"AN INVESTIGATION OF THE EFFECTIVENESS OF COVERT ROLE PLAYING USING A SUGGESTION ORIENTED RELAXATION TECHNIQUE TO ASSIST -- SMOKERS TO STOP SMOKING"

DISSERTATION ABSTRACTS INTERNATIONAL. VOL 36(4-B), EE.UU. 1975.

BROD, MERYL I.; HALL, SHARON M.

"JOINERS AND NON-JOINERS IN SMOKING TREATMENT: A COMPARISON OF PSYCHOSOCIAL VARIABLES"

ADDICTIVE BEHAVIORS, VOL. 9(2), 217-221, SN. FRANCISCO, 1984.

BROWN, B.B.

"RELATIONSHIP BETWEEN EVOKED RESPONSE CHANGES AND BEHAVIOUR FOLLOWING SMALL DOSES OF NICOTINE"

ANN. N.Y. ACAD. SCI. 19, 67-72, 1967

CASTILLO NAVA J.

"TABACO Y TABAQUISMO: ANTECEDENTES HISTORICOS"

PATOL. QUIR. CITOL. EXFOL. 3, 2, 95-99, MÉXICO 1977

XXIII CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOLOGÍA

VOL. 11, 282, MÉXICO, 1984

DEMBROSKY, THEODORE M.

"STRESS AND SUBSTANCE INTERACTION EFFECTS ON RISK FACTORS -- AND REACTIVITY"

BEHAV. MED. UPDATE, VOL. 6(3) 16-20, 1984.

DOBBS, STEVEN D.; STRICKLER, DANIEL P.; MAXWELL, WAYNE A.

"THE EFFECTS OF STRESS AND RELAXATION IN THE PRESENCE OF --- STRESS ON URINARY PH AND SMOKING BEHAVIOUR"

ADDICTIVE BEHAV. VOL. 6(4), 345-353, CHARLESTON, 1981.

ELGEROT, A.

"PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL CHANGES DURING TOBACCO ABSTINENCE IN HABITUAL SMOKERS"

J. CLIN. PSYCH. 34 759-764.1968

EYSENCK, H. J.

"SMOKING PERSONALITY AND PSYCHOSOMATIC DISORDERS"

J. CLIN. PSYCHOM. RES. 7. 107-130.1963.

GLASSMAN, ALEXANDER H.

"CIGARETTE CRAVING, SMOKING WITHDRAWAL, AND CLONIDINE"

SCIENCE, VOL. 226(4676) 864-866. NEW YORK. 1984.

GOLDBERG, G.

"LA ENFERMEDAD DE FUMAR UNA LESION PROVOCADA POR UNO MISMO"

SALUD PÚBLICA DE MÉX. XXII, 3 MY. - JUN 293-299, 1970.

HALL, SHARON M.; RUGG, DEBORAH; TUNSTALL, CHRYSAL; JONES, RESSE T.

"PREVENTING RELAPSE TO CIGARETTE SMOKING BY BEHAVIORAL SKILL TRAINING"

JOURNAL OF CONSULTING & CLINICAL PSYCHOLOGY, VOL. 52(3). JUN. - 372-382. SN. FRANCISCO. 1984.

HATSUKAMI, DOROTHY K.; HUSHES, JOHN R.; PICKENS, ROY W.

"CHARACTERIZATION OF TOBACCO WITHDRAWAL: PSYCHOLOGICAL AND -

MATARAZZO, J.D. Y SASLOW, G.

"PSYCHOLOGICAL AND RELATED CHARACTERISTICS OF SMOKERS AND-NONSMOKERS"

PSYCHOL.BULL, 57(6). 493-513. 1960

ORDOÑEZ, B.R.

"REPERCUSSIONES PATOLOGICAS DEL TABAQUISMO"

ACT. MED. OCT. 74-85. 1973.

O'CONNOR, KIERON

"A MODEL OF SITUATIONAL PREFERENCE AMONGST SMOKERS"

PERSONALITY & INDIVIDUAL DIFFERENCES. VOL. 6(2). 151-160. IN-GLATERRA, 1985.

POMERLEAU, OVIDE F.; POMERLEAU, CYNTHIA S.

"NEUROREGULATORS AND THE REINFORCEMENT OF SMOKING: TOWARDS-A BIOBEHAVIORAL EXPLANATION"

NEUROSCIENCE & BIOBEHAVIORAL REVIEWS. VOL. 8(4). 503-513. 1984

POMERLEAU, OVIDE F.; TURK, DENNIS C.; FERTIG, JOANNE B.

"THE EFFECTS OF CIGARETTE SMOKING ON PAIN AND ANXIETY"

ADDICTIVE BEHAVIORS. VOL. 9(3). 265-271. 1984.

RIVERO, O.S.; CANO VALLE, F. RABAGO, J. VERA, E. FERNANDEZ B.

"TABAQUISMO EN MEXICO"

NEUMOL. CIR. TORAX. MÉX. 37(4), 181-187. 1976.

RUSSELL, M.A.H.

"CIGARETTE DEPENDENCE. I. NATURE AND CLASSIFICATION"

BRIT. MED. J. 8 MAY. 330-331. 1971.

RUSSELL, M.A.H.

"THE SMOKING HABIT AND ITS CLASSIFICATION"

THE PRACT. 212. 791-800. JUN. 1974.

RUSSELL, M.A.H.

"CLINICAL USE OF NICOTINE CHEWING GUM"

BRIT. MED. J. 28. 1599-1602. JUN. 1980.

SHIFFMAN, SAUL; READ, LAURA; JARVIK, MURRAY E.

"SMOKING RELAPSE SITUATIONS: A PRELIMINARY TYPOLOGY"

INTERNATIONAL J. OF THE ADDICTIONS. VOL. 20(2) 311-318. 1985

SIQUEIROS-TYNDALL

"ENCICLOPEDIA ILUSTRADA"

CUMBRE VOL. 13, 103-108. EE.UU. 1982.

SURAWY, CHRISTINA; STEPNEY, ROB; COX, TOM.

"DOES WATCHING OTHERS SMOKE INCREASE SMOKING"

BRITISH J. OF ADDICTION. VOL. 80(2) 207-210. ENGLATERRA, 1985.

SUBJECTIVE EFFECTS"

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE: RESEARCH MONOGRAPH SERIES,
MONO 53, 56-67. MINNEAPOLIS, 1985.

HUNT, W.A. Y MATARAZZO, J.D.

"THREE YEARS LATER: RECENT DEVELOPMENTS IN THE EXPERIMENTAL
MODIFICATION OF SMOKING BEHAVIOUR"

J. ABNOR. PSYCHOL. 81. 107-114. 1963.

HUSHES, JOHN R.

"EFFECT OF NICOTINE ON THE TOBACCO WITHDRAWAL SYNDROME"

PSYCHOPHARM. VOL. 83(1) 82-87. MINNEAPOLIS, 1984.

HUSHES, JOHN R.; HATSUKAMI, DOROTHY.

"SIGNS AND SYMPTOMS OF TOBACCO WITHDRAWAL"

ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY. VOL. 43(3) 289-294. 1986.

INFORMES DE LA O.M.S.

"CONSECUENCIAS DEL TABACO PARA LA SALUD"

SERIES DE INF. TÉCNICOS. No. 568, 9-15. GINEBRA, 1974.

JOLY, D.J.

"EL HABITO DE FUMAR CIGARRILLOS EN AMERICA LATINA. ENCUESTA-
EN 8 CIUDADES"

BOL. OF. SAN. PANAM. 79. 95-111. 1975

TAMEIN, J.S.

"THE PSYCHODYNAMICS OF QUITTING SMOKING IN A GROUP"

AMER. J. PSYCHIAT. 12, 5. 589-595. NOV. 1972.

TAPIA JUAYECK, R.

"TABAQUISMO"

SALUD PUB. MEX. EP.V.XXII 6. NOV-DIC. 601-615. 1980.

ULETT, J.A. E ITIL, T.M.

"QUANTITATIVE ELECTROENCEPHALOGRAM IN SMOKING AND SMOKING DEPRIVATION"

SCI. N.Y. 164. 969-970. 1969.

WATSON, MAGGIE; PETTINGALE, K. W.; GOLDSTEIN, D.

"EFFECTS OF A FEAR APPEAL ON AROUSAL, SELF-REPORTED ANXIETY, AND ATTITUDE TOWARDS SMOKING"

PSYCHOLOGICAL REPORTS. VOL. 52(1) 139-146. INGLATERRA. 1983.