

320802

2
24



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

PLANTEL TLALPAN
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM
FACULTAD DE PSICOLOGIA

“TABAQUISMO Y DEPRESION”

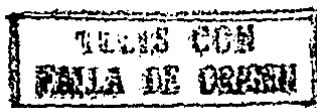
DETECCION DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN
PACIENTES QUE ABANDONAN EL HABITO TABAQUICO

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN

LIC. EN PSICOLOGIA, PRESENTA:

MONICA MENDEZ GUERRA



MEXICO, D. F. 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.

INDICE

INTRODUCCION	1
CAPÍTULO I ANTECEDENTES	4
MARCO TEORICO	14
CAPÍTULO II JUSTIFICACION	35
CAPÍTULO III DEFINICIONES	37
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	
DEFINICIÓN DE CONCEPTOS CLAVES	
CAPÍTULO IV METODO	40
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	
INSTRUMENTACIÓN	
CONDICIONES EXPERIMENTALES Y AMBIENTALES	
PROCEDIMIENTO	
CAPÍTULO V CLINICA DE TABAQUISMO	59
ANTECEDENTES	
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	
ORGANIGRAMA CLÍNICA DE TABAQUISMO	
PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN DE PACIENTES	
PROGRAMA DE ACTIVIDADES	
CAPÍTULO VI RESULTADOS	71
CAPÍTULO VII ANALISIS Y CONCLUSIONES	121
BIBLIOGRAFIA	138
APENDICES	143

INTRODUCCION

EL TABAQUISMO CONSTITUYE EN LA ACTUALIDAD UNO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MÁS IMPORTANTES A NIVEL MUNDIAL, PUES AFECTA A MILLONES Y MILLONES DE PERSONAS, AMENAZANDO DÍA CON DÍA EXTENDERSE CADA VEZ MÁS.

SE HA ESTIMADO EN INSTITUCIONES DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA, QUE EL HÁBITO DE FUMAR CIGARRILLOS OCASIONA, APROXIMADAMENTE EL 90% DE CÁNCER PULMONAR, EL 75% DE BRONQUITIS CRÓNICA Y ENFISEMA PULMONAR Y EL 25% DE ENFERMEDADES COMO LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, ARTERIOESCLEROSIS, CÁNCER NO PULMONAR, COMPLICACIONES DE LA GESTACIÓN Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DE DIVERSOS TIPOS, SOBRE TODO EN NIÑOS EXPUESTOS AL HUMO DEL TABACO.

TOMANDO EN CUENTA LA GRAVEDAD DE ESTA SITUACIÓN Y OBSERVANDO QUE EL CONSUMO DE TABACO POR LA POBLACIÓN GENERAL ES CADA VEZ MÁS INDISCRIMINADO Y FRECUENTE, LAS AUTORIDADES DE SALUD DE DIVERSOS PAÍSES, INCLUYENDO AL NUESTRO, HAN TOMADO CARTAS EN EL ASUNTO LEGISLANDO LA VENTA Y PUBLICIDAD DE CIGARRILLOS Y CREANDO LAS LLAMADAS CLÍNICAS DE TABAQUISMO, LAS CUALES CUENTAN CON PROGRAMAS TERAPÉUTICOS DE APOYO CUYA FINALIDAD ES LA DE AYUDAR A ABANDONAR EL HÁBITO TABÁQUICO A AQUELLAS PERSONAS CUYA ADICCIÓN ES TAL, QUE POR SÍ SOLAS LES RESULTA IMPOSIBLE LOGRAR

LO. ASÍ MISMO, DICHAS CLÍNICAS DE TABAQUISMO TRABAJAN EN LA INVESTIGACIÓN DE LAS CAUSAS POR LAS QUE LAS PERSONAS NO PUEDEN DEJAR DE FUMAR, CON LA FINALIDAD DE MEJORAR SUS PROGRAMAS TERAPEÚTICOS.

ADEMÁS DE LOS TRASTORNOS FÍSICOS OCASIONADOS POR EL CONSUMO DE TABACO, SE HA ENCONTRADO QUE UNA SERIE DE ENTIDADES NOSOLÓGICAS DEL ÁREA EMOCIONAL TALES COMO LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN, SE ENCUENTRAN ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA Y A LA ABSTINENCIA DEL CONSUMO DE TABACO.

EN TÉRMINOS GENERALES, EXISTE UNA GRAN INCAPACIDAD PARA DEJAR DE FUMAR EN LA POBLACIÓN HABITUADA AL TABACO EN FUNCIÓN DE LA DEPENDENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA, E INCLUSIVE SE HAN REPORTADO ESTUDIOS QUE ASEGURAN QUE LA SUSPENSIÓN ABRUPTA DEL CIGARRO, DA ORIGEN, ENTRE OTROS, A SÍNTOMAS DEPRESIVOS, HACIENDO CON ESTO QUE EL NÚMERO DE REINCIDENCIAS SEA MÁS FRECUENTE.

LA PRESENTE INVESTIGACIÓN PARTE DE LA HIPÓTESIS, DE QUE LA PRESENCIA O MODIFICACIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAS QUE ESTÁN INTENTANDO DEJAR DE FUMAR, PUEDE OCASIONAR QUE ÉSTAS NO LO LOGREN CON ÉXITO.

EN LA CLÍNICA DE TABAQUISMO DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (LUGAR EN DONDE SE LLEVÓ A CABO LA PRESENTE INVESTIGACIÓN), SE HA TENIDO LA EXPERIENCIA DE QUE MUCHOS DE LOS PACIENTES QUE ESTÁN INTENTANDO DEJAR DE FUMAR, REPORTAN PADECER UNA GRAN VARIEDAD

DE MALESTARES, ENTRE ELLOS, EN UN GRAN PORCENTAJE, DEPRESIÓN. A RAÍZ DE LO ANTERIOR SURGE EL INTERÉS POR LA PRESENTE INVESTIGACIÓN, QUE TIENE COMO OBJETIVO DETERMINAR SI EXISTE MODIFICACIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN FUMADORES CRÓNICOS QUE SE INSCRIBEN A LA CLÍNICA DE TABAQUISMO CON EL OBJETIVO DE DEJAR DE FUMAR.

LA PRESENTE INVESTIGACIÓN BUSCA ESTABLECER SIMILITUDES Y DIFERENCIAS DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA ENTRE TRES GRUPOS DE SUJETOS: EL PRIMERO DE FUMADORES QUE SE INSCRIBEN A UNA CLÍNICA DE TABAQUISMO CON EL OBJETIVO DE DEJAR DE FUMAR; EL SEGUNDO, DE NO FUMADORES Y EL TERCERO, DE FUMADORES SIN TRATAMIENTO.

PARA LA MEDICIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA, SE UTILIZARON TRES PRUEBAS PSICOLÓGICAS: EL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA (M.M.P.I.), EL INVENTARIO DE AARON BECK PARA MEDIR DEPRESIÓN Y LA PRUEBA DE LA DEPRESIÓN DE WILLIAM ZUNG.

DE SER CONFIABLE LA INFORMACIÓN, LA INVESTIGACIÓN PERMITIRÁ UN MEJOR MANEJO DE LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ESTE GRAVE PROBLEMA SOCIAL: "EL TABAQUISMO "

ANTECEDENTES

DIVERSAS FUENTES DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA SE HAN PREOCUPADO POR DECIFRAR LAS INTERROGANTES QUE SE PLANTEAN EN RELACIÓN A LA HABITUACIÓN AL TABACO Y LAS DIFICULTADES PARA SU ABANDONO.

FLANAGAN (1982), HA NOTIFICADO QUE EL ORIGEN DE NIVELES DEPRESIVOS, ACOMPAÑADOS DE MELANCOLÍA INTENSA, SE DEBEN A LA SUSPENSIÓN BRUSCA DEL TABACO. EL ESTUDIO DE MODIFICACIÓN CONDUCTUAL SE REALIZÓ CON PACIENTES DE AMBOS SEXOS, CON RANGO DE EDAD DE 31 A 39 AÑOS, LOS SÍNTOMAS FUERON REFERIDOS POR CADA UNO DE LOS PACIENTES A UN ASESOR, ENCONTRÁNDOSE BÁSICAMENTE PROBLEMAS PARA DORMIR, POCO APETITO, INCAPACIDAD PARA CONCENTRARSE, PENSAMIENTOS SUICIDAS Y OTROS.

LAS MUJERES FUERON EVALUADAS Y DIAGNOSTICADAS COMO DEPRESIÓN SEVERA; ESTOS SÍNTOMAS COMENZARON A DESAPARECER CUANDO LAS PACIENTES INICIARON DE NUEVO EL HÁBITO DE MANERA MODERADA.

SHIFFMAN (1982), EN UN ESTUDIO REALIZADO CON 183 SUJETOS, BUSCANDO ESTABLECER EL NÚMERO DE REINCIDENCIAS EN PACIENTES EX-FUMADORES, ENCONTRÓ QUE EL MAYOR

NÚMERO DE REINCIDENCIAS FUERON ASOCIADAS CON SENTIMIENTOS NEGATIVOS, PARTICULARMENTE, ANSIEDAD, CÓLERA Y DEPRESIÓN.

RUSSELL (1974), NOS HABLA DE LA FUNCIÓN DETERMINANTE QUE TIENE LA NICOTINA EN EL DESARROLLO DE LA DEPENDENCIA FÍSICA, MENCIONANDO QUE LA NICOTINA FUNCIONA COMO REFORZADOR MUY PODEROSO AL RESTABLECER LOS NIVELES A LOS QUE ESTÁ ACOSTUMBRADO EL ORGANISMO, EVITANDO ASÍ QUE SE PRESENTE EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA O SUPRESIÓN. APARENTEMENTE EXISTE UNA DÓSIS ÓPTIMA DE NICOTINA PARA CADA PERSONA; EN MUCHOS ESTUDIOS REALIZADOS EN FUMADORES, SE ADMINISTRÓ NICOTINA POR VÍA INTRAVENOSA, SIN QUE LOS SUJETOS SUPIERAN DE QUE SE TRATABA LA INVESTIGACIÓN, POSTERIORMENTE LOS SUJETOS REALIZARON ALGUNA TAREA REGISTRÁNDOSE EN ESTE LAPSO, EL NÚMERO DE CIGARROS FUMADOS.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS MUESTRAN QUE LOS SUJETOS A QUIENES SE LES HABÍA ADMINISTRADO LA DÓSIS DE NICOTINA, DISMINUYERON EL NÚMERO DE CIGARRILLOS CONSUMIDOS.

EL HÁBITO TABÁQUICO SE INICIA EN LA ADOLESCENCIA COMO UNA FORMA DE QUERER INGRESAR AL MUNDO DE LOS ADULTOS, DE OBTENER ESTATUS Y DE SER TOMADO EN CUENTA, O BIEN, COMO UN ACTO DE REBELDÍA Y DESAFÍO A LOS ADULTOS.

LOS PRIMEROS CIGARROS QUE SE FUMAN NO RESULTAN NA-

DA SATISFACTORIOS, SIN EMBARGO, SON GENERALMENTE REFORZADOS POR LOS AMIGOS Y DE ESTE MODO SE ESTABLECE POCO A POCO EL HÁBITO (RUSSELL 1974).

EL TABAQUISMO ES UN HÁBITO PARTICULARMENTE DIFÍCIL DE ELIMINAR, DEBIDO A QUE EL NÚMERO DE ESTÍMULOS AL QUE SE PUEDE ESTAR ASOCIADO ES POTENCIALMENTE INDEFINIDO E INFINITO Y LAS GRATIFICACIONES QUE SE OBTIENEN SON TAMBIÉN NUMEROSAS; ESTO QUIERE DECIR QUE LAS PERSONAS FUMAN CASI EN CUALQUIER LUGAR O EN CUALQUIER SITUACIÓN Y DESARROLLANDO DIVERSAS ACTIVIDADES.

RUSSELL (1974), MENCIONA QUE EL FUMAR ES REFORZANTE, PRIMERO POR LOS EFECTOS PSICOSOCIALES O SEA POR LA IMAGEN DE INTELIGENCIA, PRECOCIDAD Y SATISFACCIÓN SENSORIO MOTRIZ QUE SE PRODUCE A NIVEL ORAL, MANUAL Y RESPIRATORIO; TERCERO, PORQUE SE LE ADJUDICAN EFECTOS SEDATIVOS Y TRANQUILIZANTES; Y CUARTO, PORQUE SE LE CONSIDERA TAMBIÉN UN ESTIMULANTE.

SI SE CONSIDERA QUE CADA INHALACIÓN, REPRESENTA UN REFORZADOR Y SI SE TOMA EN CUENTA LA CANTIDAD DE FUMADAS POR CIGARRO (DE 7 A 10 APROX.) Y LA CANTIDAD DE CIGARROS POR DÍA, SE TIENE UNA CANTIDAD ENORME DE REFORZADORES, LO CUAL SUGIERE QUE LA DEPENDENCIA PSICOLÓGICA ES MÁS DIFÍCIL DE ELIMINAR QUE LA DEPENDENCIA FÍSICA.

EN 1983, PUENTE SILVA Y COL., REALIZARON ESTUDIOS REFERENTES AL HÁBITO TABÁQUICO, UTILIZANDO CHICLES CON NICOTINA, VITAMINA "C" Y TÉCNICAS DE AUTOREGISTRO COMO PARTE DE UN TRATAMIENTO ENCAMINADO A LOGRAR EL ABANDONO DEL HÁBITO. REPORTARON QUE EL 60% DE LOS SUJETOS DEJARON DE FUMAR, 18% QUE AÚN LLEVANDO EL TRATAMIENTO CONTINUARON FUMANDO Y 22% DESERTARON EN FASES INICIALES. EN ESTE ESTUDIO SE ENCONTRÓ QUE AL SUSPENDER EL CONSUMO DE TABACO LOS SUJETOS PRESENTARON, ENTRE OTROS, SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DE PRESIÓN LO CUAL PROBABLEMENTE DIFICULTA LOS PROPÓSITOS DE DEJAR DE FUMAR .

ANESHENSEL Y COL. (1973), REALIZARON UN ESTUDIO LONGITUDINAL CON UNA MUESTRA DE UNA COMUNIDAD DE ADULTOS (N=742), CON EL OBJETIVO DE ENCONTRAR LA RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN, CONSUMO DE ALCOHOL Y CONSUMO DE TABACO EN EL TRANSURSO DE UN AÑO. EN DONDE SE ENCONTRARON QUE EN UN PERIODO CORTO, EL ALCOHOL SE PUEDE UTILIZAR PARA DISMINUIR DEPRESIÓN, SIN EMBARGO EN PERIODOS LARGOS LOS NIVELES DE DEPRESIÓN TIENDEN A SUBIR. EL FACTOR TIEMPO ES DE SUMA IMPORTANCIA PARA EL PRESENTE ESTUDIO EN EL CUAL SE ENCONTRÓ UN INCREMENTO O DECREMENTO DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS AL UTILIZAR ALCOHOL O CIGARRO.

POSTERIORMENTE ESTE MISMO AUTOR Y FRERICH (1981), REALIZARON OTRO ESTUDIO EN DONDE SE MANEJARON LAS VARIABLES DE DEPRESIÓN Y TABAQUISMO. CERCA DEL 40% ERAN HOMBRES Y EL 31% ERAN MUJERES, AMBOS FUMADORES. LA INVESTIGACIÓN VIÓ NIVE

LES DEPRESIVOS, COMPARANDO SUJETOS FUMADORES CON SUJETOS NO-FUMADORES; LOS SUJETOS FUERON SELECCIONADOS POR MEDIO DE ENTREVISTAS OBTENIÉNDOSE UN NÚMERO TOTAL DE ENTREVISTADOS DE 1531, DE LOS CUALES 1003 (66%) ACEPTARON COLABORAR PARA LA INVESTIGACIÓN Y 529 (44%) REHUSARON HACERLO.

EN LAS ENTREVISTAS SE OBTENÍA INFORMACIÓN SOBRE LA CONDUCTA DE FUMAR, EN RELACIÓN A 20 SÍNTOMAS DEPRESIVOS MEDIDOS POR EL CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA DEPRESIÓN (CES-D). SE ENCONTRÓ QUE LOS FUMADORES PRESENTABAN NIVELES ALTOS Y SIGNIFICATIVOS DE DEPRESIÓN EN COMPARACIÓN CON LOS NO-FUMADORES, EN CUANTO AL SEXO, LOS HOMBR**ES** NO OBTUVIERON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN COMPARACIÓN CON LA MUJERES. LA RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y TABAQUISMO EN ÉSTA COMUNIDAD FUÉ SIMILAR A LA REALIZADA CON ANTERIORIDAD EN OTROS ESTUDIOS EN LOS ESTADOS UNIDOS, LO CUAL SUGIERE QUE ESTOS RESULTADOS PODRÍAN SER SIMILARES PARA OTRAS POBLACIONES.

BALZARETTI (1981-83), REALIZÓ UNA INVESTIGACIÓN ACERCA DE LAS EXPERIENCIAS Y HALLAZGOS DE LA CLÍNICA DE TABAQUISMO EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD PÚBLICA, EN LA CIUDAD DE MÉXICO. EL TRATAMIENTO AHÍ REALIZADO SE BASA EN DIFERENTES TIPOS DE TÉCNICAS: AUTOMONITOREO, CONTROL DE ESTÍMULOS, TÉCNICAS DE RELAJACIÓN, DINÁMICAS DE GRUPOS, ETC.

LA POBLACIÓN QUE ASISTIÓ A LA CLÍNICA, PRESENTÓ LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS: AMBOS SEXOS, ESCOLARIDAD UNIVERSI

TARIA, EDAD ENTRE 20 Y 60 AÑOS, CONSUMO DE 30 CIGARRILLOS AL DÍA COMO MÍNIMO, EDAD DE INCIO DEL HÁBITO DE 11 A 20 AÑOS. LOS HALLAZGOS GENERALES MUESTRAN, QUE CUANDO UNA PERSONA QUIERE DEJAR DE FUMAR, ATRAVIEZA POR UNA ETAPA DONDE SE PRESENTAN UNA SERIE DE CUESTIONAMIENTOS Y PROCESOS QUE DEBEN SER ANALIZADOS CUIDADOSAMENTE, YA QUE PRODUCEN UN ESTADO DE GRAN ANSIEDAD Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN LOS PACIENTES.

AL RESPECTO TAMERIN (1972), IDENTIFICÓ ALGUNOS ASPECTOS PSICODINÁMICOS QUE PRESENTAN LOS SUJETOS AL ABANDONAR EL HÁBITO DE FUMAR, COMO TEMOR A LA PÉRDIDA DE CONTROL, TEMOR A FALLAR EN SU INTENTO Y EL ENTENDER ESTE ABANDONO COMO UNA PÉRDIDA OBJETAL CON SU CONSECUENTE PROCESO DE DUELO.

BALZARETTI (1981-83), CORROBORÓ ESTE DATO EN SU INVESTIGACIÓN. ENCONTRÓ TAMBIÉN QUE CERCA DEL 90% DE LOS FUMADORES QUE OBTIENEN PLACER AL FUMAR, MANIFIESTAN ESTAR CONTENTOS CON SU TABAQUISMO. CONTANTEMENTE EMPLEAN MECANISMOS DE DEFENSA COMO LA NEGACIÓN Y LA RACIONALIZACIÓN, MENCIONADO QUE NO PUEDEN DEJAR DE FUMAR, "QUE NO TIENEN VOLUNTAD", ESTAS DEFENSAS SON COMUNES EN LAS PRIMERAS SESIONES DEL TRATAMIENTO.

LA INVESTIGACIÓN REALIZADA POR SHIFFMAN Y COLABORADORES (1985), PRESENTA UN INTENTO PRELIMINAR PARA EL DESARROLLO DE LA TIPOLOGÍA DE LOS EPISODIOS DE REINCIDENCIA EN EL FUMAR, BASADO EN UN GRUPO DE ANÁLISIS. LOS DATOS DE LOS EPISODIOS DE REINCIDENCIAS Y MOMENTOS EN QUE LOS PACIENTES HAN ESTADO

CERCA DE REINCIDIR FUERON OBTENIDOS DE 183 EX-FUMADORES.

SE ANALIZARON 53 GRUPOS QUE SE DIVIDIERON EN CINCO SUBGRUPOS, LOS CUALES SE DISTINGUIERON POR DOS GRUPOS DE TIPOLOGÍA: POSITIVO (TIPO 1) CONTRA NEGATIVOS (TIPO 2).

EL TIPO 1A, SE ENCONTRABA INTEGRADO POR PACIENTES QUE SE ENCONTRABAN EN SITUACIONES EN DONDE FUMABAN Y TOMABAN ALCOHOL, EL TIPO 1B, ESTABA INTEGRADO POR PACIENTES QUE SE ENCONTRABAN EN SITUACIONES DE TRANQUILIDAD Y RELAJACIÓN, EL TIPO 1C, ESTABA ASOCIADO CON SITUACIONES DE ABANDONO Y SOLEDAD. EL TIPO 2A, ESTABA ASOCIADO CON SITUACIONES DE ANSIEDAD, EN DONDE SE TRABAJABA BAJO TENSIÓN Y EL TIPO 2B, SE ENCONTRABA ASOCIADO CON SITUACIONES EN DONDE EL EX-FUMADOR SE ENCONTRABA INACTIVO Y ABURRIDO. LOS RESULTADOS MUESTRAN QUE EL TIPO 1A, FUÉ EL QUE PRESENTÓ UN MAYOR NÚMERO DE REINCIDENCIAS EN COMPARACIÓN CON LOS DEMÁS GRUPOS.

EN 1986, EL INSTITUTO NACIONAL DEL CONSUMIDOR PUBLICÓ EN SU REVISTA UN ARTÍCULO QUE MENCIONA LA IMPORTANCIA QUE TIENE LA PUBLICIDAD EN RELACIÓN CON EL TABACO, YA QUE EN AÑO DE 1983, SE INVIRTIERON MÁS DE MIL MILLONES DE PESOS EN PROGRAMAS COMERCIALES, ESTO SE REFIERE SÓLO AL GASTO POR TIEMPO EN TELEVISIÓN, EQUIVALENTE A 4 MIL 333 MINUTOS AL AIRE, LO QUE REPRESENTA ALGO MÁS DE TRES DÍAS DE TRANSMISIÓN; PARA EL SIGUIENTE AÑO, LOS GASTOS PARA EL MISMO CONCEPTO AUMENTARON A DOS MIL MILLONES DE PESOS.

ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE EL TABACO SE ENCUENTRA ENTRE EL TERCER Y QUINTO LUGAR DE LOS PRINCIPALES PRODUCTOS ANUNCIADOS POR LA TELEVISIÓN. LOS DATOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO, REVELAN UNA ASOMBROSA CANTIDAD DE FUMADORES EN MÉXICO.

ANTE LO ALARMANTE DE LA SITUACIÓN, TANTO ECONÓMICA Y SOCIAL, COMO DE SALUD, LA PREGUNTA INSOSLAYABLE SERÍA ¿QUÉ SE HACE EN MÉXICO Y EN EL MUNDO EN RELACIÓN AL PROBLEMA DEL TABAQUISMO?

LA RESPUESTA EN LA ACTUALIDAD QUIZÁ SERÍA QUE, A PESAR DE LA PREOCUPACIÓN DE LAS AUTORIDADES EN MATERIA DE SALUD EN LA CREACIÓN DE PROGRAMAS PARA EL CONTROL DEL TABAQUISMO, LA LIMITACIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS Y PERSONAL CALIFICADO, HACE QUE EL PANORAMA RESULTE SOMBRÍO.

A PARTIR DE 1981, EN EL PAÍS SE ESTABLECIÓ UN PROGRAMA CONJUNTO DE INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA DE TABAQUISMO BAJO EL AUSPICIO DEL INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA Y EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, EL CUAL INCLUYE ENCUESTAS DE DATOS DE POBLACIONES ESPECÍFICAS, DISEÑO, ELABORACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN DE PROGRAMAS TERAPÉUTICOS PARA EL ABANDONO DEL HÁBITO DE FUMAR, SOBRE TODO PARA QUIEN HA REBASADO LOS LÍMITES Y ESTÁ CONSIDERADO COMO FUMADOR CRÓNICO.

CANO VALLE (1986), MENCIONA QUE LOS PADECIMIENTOS MÁS FRECUENTES ASOCIADOS CON EL TABAQUISMO SON AQUELLOS RELACIONADOS CON EL APARATO RESPIRATORIO, COMO LA BRONQUITIS Y EL ENFISEMA PULMONAR; POR PRINCIPIO PUEDE DECIRSE QUE TODO AQUEL QUE FUMA ES SUSCEPTIBLE A DESARROLLAR BRONQUITIS. OTROS PADECIMIENTOS DE GRAN IMPORTANCIA SON EL CÁNCER BRONCOGÉNICO, LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, ACCIDENTES CARDIOVASCULARES, CÁNCER DE LENGUA, LABIOS, LARINGE, FARINGE, ESÓFAGO, PÁNCREAS Y VEJIGA. LA GASTRITIS Y LA ÚLCERA PÉPTICA SON IGUALMENTE PADECIMIENTOS MÁS FRECUENTES ENTRE INDIVIDUOS FUMADORES, QUE ENTRE EL RESTO DE LA POBLACIÓN.

LOS EFECTOS DEL TABAQUISMO NO SOLAMENTE SE LIMITAN A LOS FUMADORES ACTIVOS, SINO TAMBIÉN AFECTAN A LAS PERSONAS SANAS NO FUMADORAS QUE ESTÁN EN CONTACTO EN UNA U OTRA FORMA CON ELLOS Y SE LES CATALOGA COMO FUMADORES PASIVOS, POR EJEMPLO, EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD, LA INCIDENCIA DE NEUMONÍAS Y BRONQUITIS ES CUATRO VECES MAYOR CUANDO LOS PADRES SON FUMADORES.

CANO VALLE (1986), TAMBIÉN MENCIONA QUE LAS CAUSAS POR LAS QUE UN SUJETO ADQUIERE EL HÁBITO DE FUMAR SON DIVERSAS; POR PRESIÓN SOCIAL, POR DEPENDENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA, PORQUE EL CIGARRO LES ALIVIA TENSIONES, ETC. SE DEUCE QUE EL INDIVIDUO QUE FUMA HA SIDO PRESO DE UNA SERIE DE FENÓMENOS QUE LO RODEAN Y QUE VAN A INFLUIR EN

FORMA DEFINITIVA PARA ADQUIRIR EL HÁBITO TABÁQUICO. MENCIONA TAMBIÉN, QUE ES IMPORTANTE SEÑALAR QUE EL HÁBITO DE FUMAR NO SOLAMENTE DAÑA LA SALUD DEL FUMADOR, SINO TAMBIÉN DAÑA A SU ECONOMÍA, REPERCUTIENDO EN LOS GASTOS DE SU FAMILIA Y DE LA SOCIEDAD EN QUE VIVE, YA QUE LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE TABACO CONSTITUYEN CAUSAS IMPORTANTES DE INCAPACIDAD EN EL TRABAJO, PROVOCANDO AUSENTISMO LABORAL POR INVALIDEZ, AUMENTO EN LA DEMANDA DE ATENCIÓN MÉDICA Y MUERTES PREMATURAS.

ES UN HECHO SIN EMBARGO, QUE AÚN CONOCIENDO TODAS LAS ALTERACIONES QUE EL CIGARRO PRODUCE EN EL SUJETO QUE FUMA Y EN LAS PERSONAS QUE LO RODEAN, MUY POCOS FUMADORES MODIFICAN SU CONDUCTA HACIA ESTE HÁBITO.

MARCO TEORICO

UN PROBLEMA IMPORTANTE Y FRECUENTE CUANDO SE HABLA DE DEPRESIÓN, ES EL TIPO DE CRITERIO A USAR PARA LLEGAR AL DIAGNÓSTICO. SI BIEN ES CIERTO QUE LA TRISTEZA COMO UN SENTIMIENTO CONOCIDO DE TODOS, PRODUCE CIERTA DIFICULTAD PARA EL ACCIONAR SOCIAL, TAMBIÉN LO ES EL INTENTAR MEDIRLA Y DETERMINAR EL PUNTO EXACTO A PARTIR DEL CUAL LA CONSIDERAREMOS COMO UNA "DEPRESIÓN" EN EL CONTEXTO CLÍNICO. EXISTEN SIN EMBARGO UNA SERIE DE DATOS CONSTANTES, PRESENTES EN LAS PERSONAS QUE A RAÍZ DE UNA DISMINUCIÓN DE TALANTE, PRESENTAN UN SÍNDROME DEPRESIVO, SIN EMBARGO LA MAYORÍA DE ESTOS DATOS SON DE CARÁCTER SUBJETIVO Y SU INTERPRETACIÓN, POR CONSIGUIENTE, RESULTA DIFÍCIL.

SENSACIÓN DE FRUSTRACIÓN, INSATISFACIÓN, INSEGURIDAD, DESESPERANZA, DISMINUCIÓN DEL AUTOESTIMA, FALLAS EN LA OBJETIVIDAD, PÉRDIDA DE LA VOLUNTAD, ETC., SON SÍNTOMAS DIFÍCILES DE CLASIFICAR O MEDIR Y SÓLO EL CLÍNICO EXPERIMENTADO Y SAGAZ PUEDE UBICAR CON CERTEZA SU LUGAR DENTRO DE LA DEPRESIÓN.

BECK (1960), MENCIONA QUE LA CONDUCTA DE LOS PACIENTES DEPRIMIDOS, ES DE DIFÍCIL TRATAMIENTO YA QUE DURANTE LA DEPRESIÓN LOS PACIENTES MANIFIESTAN UNA PERSONALIDAD

MUY LEJOS DE PARECERSE A SU PERSONALIDAD HABITUAL. LOS PRINCIPALES SENTIMIENTOS QUE SE PRESENTAN SON LA TRISTEZA Y LA APATÍA, LA ACTIVIDAD MOTORA SE DISMINUYE PRESENTÁNDOSE GRAN PASIVIDAD, EL APETITO SEXUAL TAMBIÉN DISMINUYE AL IGUAL QUE LOS DESEOS DE VIVIR.

ESTUDIOS REALIZADOS POR LEIGHTON Y COLABORADORES (1971), ENCONTRARON QUE UN GRAN PORCENTAJE DE LOS HABITANTES DE UNA POBLACIÓN DE NIGERIA, MANIFESTARON SÍNTOMAS DE PRESIVOS PROMINENTES. A MEDIDA QUE SE REALIZAN ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS COMPARATIVOS Y MÁS MINUCIOSOS, SE ENCONTRÓ UNA TENDENCIA A LA DEPRESIÓN EN PORCENTAJES MÁS ALTOS. EN LA POBLACIÓN GENERAL, HOY POR HOY SE TRATA DE LA ENFERMEDAD MÁS FRECUENTE DEL MUNDO CIVILIZADO.

BECK (1960), MENCIONA ALGUNOS EJEMPLOS EN DONDE SE PLANTEAN CASOS DE DEPRESIÓN: - UN CIENTÍFICO POCO DESPUÉS DE ASUMIR LA PRESIDENCIA DE UN PRESTIGIADO GRUPO (CIENTÍFICO), GRADUALMENTE SE VOLVIÓ MALHUMORADO Y LE CONFÍO A UN AMIGO QUE TENÍA UNA IRRESISTIBLE NECESIDAD DE ABANDONAR SU PROFESIÓN Y CONVERTIRSE EN VAGABUNDO. - - UNA DEVOTA MADRE QUIEN SIEMPRE HA SENTIDO UN FUERTE AMOR POR SU HIJO, COMENZÓ A DESCUIDARLO Y A ELABORAR UN PLAN PARA DESTRUIR AL NIÑO Y A ELLA MISMA. - - UN EPICURO CUYA AFICIÓN A COMER IBA MÁS ALLÁ DE CUALQUIER OTRA SATISFACCIÓN, DESARROLLÓ UNA AVERSIÓN A LA COMIDA Y DEJÓ DE COMER. - - UNA MUJER AL ESCUCHAR LA NOTI-

CIA DE LA REPENTINA MUERTE DE UN AMIGO CERCANO, ENCONTRÓ QUE VOLVIÓ A SONREIR DESPUÉS DE MUCHOS AÑOS DE NO HACERLO.

ESTAS EXTRAÑAS ACCIONES COMPLETAMENTE INCONSISTENTES DENTRO DE LOS VALORES Y COMPORTAMIENTOS PREVIOS EN EL INDIVIDUO, SON TODAS EXPRESIONES DE UNA MISMA CONDICIÓN SUBYACENTE-DEPRESIÓN.

ESTE MISMO AUTOR MENCIONA QUE LOS INSTINTOS MATERNAL Y DE AUTOCONSERVACIÓN PARECEN DESVANECERSE. LAS BASES BIOLÓGICAS QUE PRODUCEN EL IMPULSO SEXUAL O DEL HAMBRE, SE EXTINGUEN. EL SUEÑO ESCAPA DE TODOS LOS MALES, SE FRUSTRRA. LOS "INSTINTOS SEXUALES", COMO EL SENTIRSE ATRAÍDO POR OTRAS PERSONAS, EL AMOR Y LOS AFECTOS EN GENERAL, SE EVAPO-RAN. LOS PRINCIPIOS DE PLACER Y REALIDAD SON METAS ALREDE-DOR DE LAS CUALES SE TRATA DE CONSEGUIR UN MÁXIMO PLACER Y UN MÍNIMO DOLOR (PENA). NO SÓLO ES LA CAPACIDAD PARA SUPRIMIR EL PLACER, SINO, QUE LAS VÍCTIMAS DE ESTA SINGU-LAR ENFERMEDAD PARECEN DIRIGIR SU COMPORTAMIENTO DE MA-NERA QUE SU SUFRIMIENTO AUMENTE.

LAS PERSONAS DEPRIMIDAS PARECEN HABER PERDIDO SU CAPA-CIDAD DE REACCIÓN ANTE SITUACIONES DIVERTIDAS O RESPONDER CON IRA A SITUACIONES QUE COMUNMENTE SE LA PRODUCÍA. EN AL-GÚN TIEMPO ESTA EXTRAÑA AFLICCIÓN (ENFERMEDAD) FUÉ ATRI-BUIDA A DEMONIOS QUE SEGÚN SE AFIRMA. TOMABAN POSESIÓN DEL CUERPO DE LA VÍCTIMA.

LAS TEORÍAS HAN AVANZADO DESDE QUE CON EL TIEMPO, NO SE DABA UNA SOLUCIÓN DURADERA AL PROBLEMA DE LA DEPRESIÓN. BECK, SIN EMBARGO, LA CONSIDERA COMO UN TRASTORNO PSICOLÓGICO, LO CUAL PARECE DESACREDITAR EL CONCEPTO MÁS FIRME DE LA NATURALEZA DEL HOMBRE. PARADÓJICAMENTE, LAS ANORMALIDADES EN LA DEPRESIÓN PUEDEN DARNOS INDICIOS. PARA ENTENDER ESTA MISTERIOSA ENFERMEDAD, UNO DE ESTOS INDICIOS SERÍA LA SENSACIÓN DE PÉRDIDA, EL PACIENTE SE CONSIDERA A SÍ MISMO COMO INSATISFECHO, SIENTE QUE LE HACEN FALTA ALGUNOS ATRIBUTOS QUE CONSIDERA ESCENCIALES PARA SU FELICIDAD: CAPACIDAD PARA ALCANZAR O LOGRAR METAS U OBJETIVOS, SER ATRACTIVO PARA OTRAS PERSONAS, INTIMAR CON FAMILIARES O AMIGOS, TENER BUENA SALUD Y ESTATUS.

EN LA SENSACIÓN DE PÉRDIDA, SE ENCUENTRA QUE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS GIRAN ALREDEDOR DE PROBLEMAS COGNOSCITIVOS. EL PACIENTE DEPRIMIDO MUESTRA ALTERACIONES ESPECÍFICAS; VE NEGATIVO SU MUNDO, TIENE UN CONCEPTO NEGATIVO DE SÍ MISMO Y DE SU FUTURO: LA TRIADA COGNOSCITIVA.

LA REDUCCIÓN DE SU DOMINIO LE PREOCUPA Y LO EVALÚA DE MANERA DISTORSIONADA LO QUE LO CONDUCE A LA TRISTEZA. LA CONCEPCIÓN DEPRESIVA DE SUS VALORES, RELACIONES PERSONALES Y ÉXITOS, SE ENCUENTRA SATURADA CON IDEAS DE PÉRDIDA PRESENTE, PASADO Y FUTURO, CUANDO CONSIDERA SU SITUACIÓN ACTUAL, VE UN MUNDO ESTÉRIL, SE SIENTE CONTRA LA PARED POR LAS PRESIONES EXTERNAS, QUE LO FRUSTRAN POR SUS ESCASOS RECURSOS DE

INVENTIVA Y DE INICIATIVA QUE LE IMPIDEN ALCANZAR LO QUE DESEA.

EL TÉRMINO "PÉRDIDA", REPRESENTA EL "SABOR" ESTIMATIVO QUE A LA DEPRESIÓN Y SU EXPERIENCIA, DÁ EL PACIENTE MISMO. EL AGONIZA CON LA IDEA DE QUE HA EXPERIMENTADO PÉRDIDAS IMPORTANTES, SUS AMIGOS, SU SALUD, SUS PERTENENCIAS MÁS APRECIADAS, ETC. EL TAMBIÉN SE CONSIDERA A SÍ MISMO COMO A UN PERDEDOR, EN EL SENTIDO COLOQUIAL: "EL ES UN INADAPTADO, UN SER INFERIOR, INCAPAZ DE CUMPLIR CON SUS RESPONSABILIDADES Y CUMPLIR CON SUS METAS".

SI SE COMPROMETE EN UN PROYECTO O SOLICITA ALGUNA GRATIFICACIÓN, ESPERA ESTAR DERROTADO O QUE NO VA A LOGRAR NADA; DURANTE EL SUEÑO, NO ENCUENTRA DESCANSO, PRESENTA SUEÑOS REPETITIVOS EN LOS CUALES SE SUEÑA A SÍ MISMO COMO UN FRACASADO.

BECK, MENCIONA QUE EL DESARROLLO DE LA DEPRESIÓN SE INICIA CUANDO LA PERSONA SE VUELVE SENSIBLE A CIERTAS VIVENCIAS DESFAVORABLES, COMO LA PÉRDIDA DE UNO DE LOS PADRES O POR SER RECHAZADO CONSTANTEMENTE. OTRAS CONDICIONES DESFAVORABLES POR UNA PÉRDIDA, ES OBVIO Y NATURAL QUE PRODUZCAN VULNERABILIDAD PARA LA DEPRESIÓN. ESTA EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS PREDISPONEN A LA PERSONA A SOBRE REACCIONAR ANTE SITUACIONES SIMILARES EN SU VIDA FUTURA, PRESENTA CIERTA TENDENCIA A HACER JUICIOS EXTREMOS Y ABSOLUTOS CUANDO TALES SITUACIONES OCURREN, UNA PÉRDIDA ES VISTA COMO ALGO IRREMEDIABLE; LA INDIFERENCIA, COMO RECHAZO TOTAL.

OTRAS PERSONAS PROPENSAS A LA DEPRESIÓN PERMANECEN IN-

FLEXIBLES, CON METAS PERFECTAMENTE TRAZADAS POR ELLAS MISMAS DURANTE SU INFANCIA, HASTA QUE SU UNIVERSO SE COLAPSA AL ENFRENTARSE CON DESILUSIONES O CONTRATIEMPOS INEVITABLES EN SU VIDA POSTERIOR.

EL ESTRÉS ES RESPONSABLE DE QUE EL PACIENTE ADULTO PRESENTE UN VULNERABILIDAD ESPECÍFICA HACIA LA DEPRESIÓN; MUCHOS REPORTES CLÍNICOS Y DE INVESTIGACIÓN (2,10) CONCUERDAN EN QUE EXISTEN EVENTOS ESPECÍFICOS QUE PRECIPITAN A LA DEPRESIÓN: LA INTERRUPCIÓN DE UNA RELACIÓN AMOROSA, NO PODER SER IMPORTANTE EN LA VIDA, PÉRDIDAS FINANCIERAS, INCAPACIDAD FÍSICA INESPERADA Y PÉRDIDA DE LA REPUTACIÓN O ESTATUS SOCIAL.

SI TALES EVENTOS SON PERCIBIDOS COMO UNA TOTALIDAD, LA DISMINUCIÓN DEL DOMINIO (ESTIMA) PERSONAL ES IRREVERSIBLE Y PUEDE SER EL DISPARADOR PARA LA DEPRESIÓN.

PARA JUSTIFICAR EL TÉRMINO "EVENTO PRECIPITANTE", LA EXPERIENCIA DE PÉRDIDA DEBE SER SUSTANCIALMENTE SIGNIFICATIVA PARA EL PACIENTE, EL FACTOR PRECIPITANTE, SIN EMBARGO NO SIEMPRE ES UN EVENTO DISCRETO, EL ESTRÉS PUEDE SER CAUSADO POR UNA PÉRDIDA GRADUAL DEL AFECTO HACIA EL CONYUGE O UNA DISCREPANCIA PERMANENTE (CRÓNICA) ENTRE LAS METAS Y LO QUE SE LLEVA A CABO, ESTO PUEDE PERJUDICAR AL DOMINIO PERSONAL LO SUFICIENTE PARA QUE SE INICIE LA DEPRESIÓN. EL INDIVIDUO POR EJEMPLO: PUEDE ESTAR CONTINUAMENTE INSATISFECHO EN SUS FUNCIONES COMO PADRE, MADRE, AMA DE CASA, ETC. ADEMÁS EL RECONOCIMIENTO REPETIDO DE UN HUECO O VACÍO ENTRE LO QUE LA PERSONA ESPERA -----

Y LO QUE RECIBE DE UNA RELACIÓN INTERPERSONAL IMPORTANTE, DE SU CARRERA O DE OTRAS ACTIVIDADES PUEDE HACERLO CAER EN LA DEPRESIÓN. LA PROPENSIÓN DE LA DEPRESIÓN DIFIERE EN LA FORMA EN QUE CADA PERSONA INTERPRETA UNA PÉRDIDA PARTICULAR.

SI EL PROBLEMA FUÉ SIMPLEMENTE UN NUEVO VACÍO EN SU VIDA, PODEMOS ESPERAR QUE CON EL PASO DEL TIEMPO SERÁ CAPAZ DE SOPORTAR SU PÉRDIDA SIN QUE SE CONVIERTA EN UNA PERSONA ESPECÍFICAMENTE DEPRIMIDA, AUNQUE SABEMOS QUE HAY CIERTOS INDIVIDUOS QUE RESPONDEN A TALES PÉRDIDAS CON UNA PROFUNDA ALTERACIÓN PSICOLÓGICA.

OTRO INDICIO QUE NOS PUEDE AYUDAR PARA DETECTAR DEPRESIÓN ES LA BAJA AUTO-ESTIMA Y AUTOCRÍTICA, EN EL CUAL BECK (1960), MENCIONA QUE EN EL PACIENTE SE REFLEJAN LOS EVENTOS ADVERSOS (SEPARACIÓN, RECHAZO, DERROTA O FRUSTRACIÓN, NO TENER MEDIDAS O CALCULADAS SUS EXPECTATIVAS) Y LA PERSONA MEDITA SOBRE LO QUE ESAS EXPERIENCIAS LE DICEN DE SÍ MISMO, LE GUSTA ACHACAR LOS EVENTOS ADVERSOS A UN ODIOSO DEFECTO EN ÉL MISMO. EL MARIDO ABANDONADO CONCLUYE: "LA HE PERDIDO PORQUE NO SOY DIGNO DE SER AMADO", ESTA CONCLUSIÓN POR SUPUESTO, ES SOLO UN POSIBLE NÚMERO DE EXPLICACIONES, COMO UNA INCOMPATIBILIDAD ELEMENTAL DE SUS PERSONALIDADES, LOS PROPIOS PROBLEMAS DE SU ESPOSA O SU DESEO (DE ELLA) DE UNA AVENTURA RELACIONADA MÁS QUE NADA CON UNA EXITANTE BÚSQUEDA (EXPLORACIÓN) QUE CAMBIE SUS SENTIMIENTOS POR SU ESPOSO.

CUANDO LA PERSONA SE ATRIBUYE A SÍ MISMO LA CAUSA DE LA PÉRDIDA, LA DIVISIÓN DE SU DOMINIO SE CONVIERTE EN UN ABISMO: EL SUFRE NO SÓLO LA PÉRDIDA POR SÍ MISMA, SINO QUE DESCUBRE UNA DEFICIENCIA EN SÍ MISMO. ÉL TIENDE A VER ESTA PRESUMIBLE DEFICIENCIA EN TÉRMINOS MUCHO MÁS EXAGERADOS.

UNA MUJER REACCIONÓ ANTE EL ABANDONO DE SU AMANTE CON EL PENSAMIENTO "ESTOY HACIÉNDOME VIEJA Y HORRIBLE... DEBO TENER UN ASPECTO REPULSIVO". PERO OBSERVANDO EL ABANDONO EN TÉRMINOS DE SU PROPIA DEFICIENCIA, EL PACIENTE EXPERIMENTA SÍNTOMAS MÓRBIDOS ADICIONALES .

EL SUJETO SE CONVINCE DE TENER UN GRAN NÚMERO DE DEFECTOS QUE POCO A POCO LLEGAN A FORMAR PARTE DE CADA PENSAMIENTO SOBRE SÍ MISMO. CON EL PASO DEL TIEMPO, LA IMÁGEN DE SUS ATRIBUTOS NEGATIVOS SE EXTIENDEN HASTA EL PUNTO EN QUE REBANAN SU PROPIA IMÁGEN. CUANDO SE LE PIDE AL SUJETO QUE SE DESCRIBA A SÍ MISMO , PUEDE PENSAR SOLAMENTE EN SUS RASGOS MALOS. TIENE UNA GRAN DIFICULTAD PARA DIRIGIR SU ATENCIÓN HACIA SUS HABILIDADES Y LOGROS Y SE SOBREPONE (FALSA IMÁGEN) O QUITA ATRIBUTOS QUE PUEDE HABER VALORADO GRANDEMENTE EN EL PASADO.

LA PREOCUPACIÓN DEL PACIENTE EN SU PRESUMIBLE DEFICIENCIA ASUME MUCHAS FORMAS: ÉL EVALÚA CADA EXPERIENCIA EN FUNCIÓN DE SU DEFICIENCIA; INTERPRETA LA EXPERIENCIA AMBIGUAMENTE O CON UN MATIZ LIGERAMENTE NEGATIVO, PARA EVIDENCIAR ESTA DEFICIENCIA. PUEDE HABER LA TENDENCIA DE COMPARAR SU AUTOESTIMA CON LA DE OTROS, CADA ENCUENTRO CON OTRO PUEDE CAER EN UNA AUTOEVALUACIÓN NEGATIVA, IN-

CLUSO, CUANDO HABLA CON OTRA GENTE, EL PACIENTE DEPRIMIDO PIENSA: "NO SOY UN CONVERSADORNO SOY INTERESANTE PARA LAS OTRAS PERSONAS.

LA SEVERIDAD DE LOS AUTOREPROCHES QUE SE PRESENTAN EN LA DEPRESIÓN NO HAN SIDO ESTUDIADOS CON MUCHO INTERÉS POR LOS ESCRITORES POR SU DÍFICIL EXPLICACIÓN. FREUD (1917), POSTULÓ QUE EL PACIENTE QUE HA SUFRIDO PÉRDIDA DE UN SER QUERIDO, TIENE UN FONDO DE HOSTILIDAD INCONCIENTE DIRIGIDO HACIA EL OBJETO MUERTO, ENTONCES ÉL NO PUEDE RECONOCER POR SÍ MISMO LA HOSTILIDAD DE ESTA EXPERIENCIA, DIRIGIENDO SU ENOJO HACIA SÍ MISMO Y SE ACUSA DE FALTAS Y DEFECTOS QUE EN SU MOMENTO CON CARACTERÍSTICOS DEL SER AMADO.

EL CONCEPTO DEL ENOJO INADVERTIDO HA PERMANECIDO FIRMEMENTE EN MUCHAS TEORÍAS DE LA DEPRESIÓN: REVISANDO HISTORIAS DE PACIENTES DEPRIMIDOS, A MENUDO SE ENCUENTRA QUE EL PACIENTE HA ENUMERADO LOS ATRIBUTOS QUE AHORA LE DESAGRADAN, SOBREPONIÉNDOSE A NUEVOS PROBLEMAS O ALCANZAR OBJETIVOS IMPORTANTES.

CUANDO LLEGA A LA CONCLUSIÓN (A MENUDO ERRÓNEA) DE QUE ES INCAPAZ DE SOBREPONERSE A PROBLEMAS SERIOS, ALCANZAR UNA META O PREVENIR UNA PÉRDIDA, SUS CUALIDADES SE VIENEN ABAJO. CUANDO ESTE ATRIBUTO PARECE DESVANECERSE, COMIENZA A CREER QUE NO PUEDE OBTENER SATISFACCIÓN DE LA VIDA Y TODO LO QUE PUEDE ESPERAR ES DOLOR Y SUFRIMIENTO, EL PACIENTE MUESTRA DESILUSIÓN, AUTOREPROCHE Y PESIMISMO.

23

PARA CONSIDERAR E ILUSTRAR EL MECANISMO DEL AUTO-REPROCHE BECK(1960), CONSIDERA LA SECUENCIA EN LA CUAL EL PROMEDIO DE REPROCHES PERSONALES Y DE CASTIGO A ALGUIEN QUIEN LOS HA OFENDIDO: PRIMERO, TRATA DE ENCONTRAR ALGÚN RASGO MALO EN EL OFENSOR PARA TOMAR EN CUENTA SU CONDUCTA NOCIVA, INSENSIBILIDAD, EGOÍSMO, ETC. GENERALIZA ESTE PROCEDER CARACTERÍSTICO PARA ENCUADRAR LA IMÁGEN TOTAL DEL OFENSOR: "EL ES UNA PERSONA EGOÍSTA", "EL ES MALO". DESPUÉS DE MODO DE JUICIO MORAL, EL PUEDE CONSIDERAR LAS FORMAS DE CASTIGO PARA EL OFENSOR, EN OCASIONES CUANDO ESTÁ DEGRADANDO A LA OTRA PERSONA, SI SE PRESENTA LA OPORTUNIDAD, EL PUEDE SORPRENDER AL OTRO TOCANDO ALGÚN PUNTO SENSIBLE CON EL OBJETIVO DE HACERLE DAÑO, EL PACIENTE DECIDE ROMPER CON TODA RELACIÓN CON LA OTRA PERSONA.

LA DEPRESIÓN LLEVA AL PACIENTE A TENER CAMBIOS MOTIVACIONALES, BECK MENCIONA QUE EL PACIENTE NO SÓLO DESEA ALEJARSE DE EXPERIENCIAS QUE LE GRATIFICABAN O REPRESENTABAN ALGO IMPORTANTE EN SU VIDA, SINO QUE TAMBIÉN ENTRA EN UN ESTADO DE INACTIVIDAD, INCLUSO EN MUCHAS OCASIONES DESEA MORIRSE, OCACIONÁNDOSE ASÍ EL PELIGRO DE SUICIDIO.

PARA ENTENDER EL ENLACE ENTRE LOS CAMBIOS MOTIVACIONALES Y LA PERCEPCIÓN DE PÉRDIDA DEL PACIENTE, ES VALIOSO CONSIDERAR LAS FORMAS EN LAS CUALES ÉL LAS HA TOMADO EN CUENTA O CONSIDERADO. EN MUCHAS OCASIONES EL PACIENTE REALIZA CIERTAS ACTIVIDADES ACOSTUMBRADAS, PORQUE SABE QUE TIENE O DEBE

HACERLO, PERO NO PORQUE EL TENGA EL DESEO Y EL GUSTO DE HACERLO; ENCUENTRA QUE TIENE QUE IR EN CONTRA DE UNA PODEROSA RESISTENCIA INTERNA, COMO SI ESTUVIERA TRATANDO DE NADAR CONTRA LA CORRIENTE, EN LOS CASOS MÁS EXTREMOS, EL PACIENTE EXPERIMENTA "UNA PARÁLISIS DE LA VOLUNTAD".

EL PACIENTE SE SIENTE EXENTO DE DESEOS ESPONTÁNEOS DE HACER CUALQUIER COSA Y SI LAS REALIZA, ES POR INERCIA, NO PUEDE MOVILIZARSE, EL PODER DEL DESEO NO EXISTE PARA FORZARSE A SÍ MISMO A HACER LO QUE EL CREE QUE TIENE QUE HACER. LOS CAMBIOS MOTIVACIONALES SE DESCRIBEN COMO UNA FUERZA O QUIZÁ ALGUNA ENFERMEDAD FÍSICA DEBILITANTE QUE SUMERGE O APLASTA AL PACIENTE DE TAL FORMA QUE NO TIENE LA FUERZA O RECURSOS PARA HACER EL MÍNIMO ESFUERZO (BECK, 1960).

EL PACIENTE SIENTE UN FUERTE IMPULSO DE ALEJARSE O DE EVITAR ACTIVIDADES CONSTRUCTIVAS O NORMALES. SU INERCIA ES ENGAÑOSA EN TANTO QUE SE DERIVA NO SÓLO DEL DESEO DE SER PASIVO, SINO TAMBIÉN POR UNA PÉRDIDA APARENTEMENTE MENOR DEL DESEO DE ALEJARSE DE CUALQUIER SITUACIÓN QUE CONSIDERA DESAGRADABLE. PUEDE SENTIR RECHAZO O REPUGNANCIA AL PENSAR QUE INCLUSO, TIENE QUE REALIZAR FUNCIONES ELEMENTALES COMO: LEVANTARSE DE LA CAMA, VESTIRSE Y ATENDER SUS NECESIDADES PERSONALES.

BECK MENCIONA QUE EL PACIENTE DEPRIMIDO PUEDE LLEGAR A PENSAR EN EL SUICIDIO COMO ÚLTIMA OPCIÓN EN SU DESEO DE ESCAPAR DE TODO, YA QUE VE SU FUTURO LLENO DE SUFRIMIENTOS, NO VISUALIZA LA MANERA DE MEJORAR SU DESTINO. BASÁNDOSE EN ESTAS PREMISAS, EL SUICIDIO PARECE SER LA FORMA MÁS RAZONABLE

DE ACTUAR YA QUE NO SÓLO LE OFRECE TERMINAR CON SU PROPIA MISERIA, SINO PRESUPONE QUE SERÁ UN ALIVIO PARA SU FAMILIA Y LA CARGA QUE LES REPRESENTA.

UNA VEZ QUE EL PACIENTE CONSIDERA A LA MUERTE COMO LO QUE MÁS DESEA EN LA VIDA, SE SIENTE ATRAÍDO E IMPULSADO A SUICIDARSE. SU VIDA PARECE MÁS DOLOROSA Y DESESPERADA Y SU DESEO DE TERMINAR CON SU EXISTENCIA ES CADA VEZ MÁS FUERTE.

EL DESEO DE ENCONTRAR EL FIN A TRAVÉS DEL SUICIDIO, ES UNA MANERA DE ESCAPAR DE TODO LO QUE LE HACE SUFRIR.

AUNQUE LAS FORMULACIONES PROCEDENTES DE LA DEPRESIÓN SE DERIVAN PRINCIPALMENTE DE OBSERVACIONES CLÍNICAS Y REPORTES DE PACIENTES DEPRIMIDOS, HA SIDO POSIBLE CONSIDERAR ESAS HIPÓTESIS CON UNA SERIE DE ESTUDIOS CORRELACIONADOS Y EXPERIMENTALES; ESTOS ESTUDIOS APOYAN EL MODELO DE DEPRESIÓN QUE SE HA PRESENTADO CON ANTERIORIDAD. BECK, OBSERVÓ QUE LOS PACIENTES DEPRIMIDOS CUANDO SE ENCONTRABAN EN PSICOTERAPIA MOSTRARON UNA ALTA PROPORCIÓN DE SUEÑOS CON RESULTADOS NEGATIVOS, ESTO COMPARADO CON PACIENTES PSIQUIÁTRICOS NO DEPRIMIDOS.

UN SUEÑO TÍPICO EN UN PACIENTE DEPRIMIDO MOSTRÓ ESTE CONTENIDO: EL SOÑADOR FUÉ REPRESENTADO COMO UN "PERDEDOR", SUFRIÓ LA PÉRDIDA DE ALGUNOS OBJETOS TANGIBLES, PÉRDIDA DE SU AUTO-ESTIMA O PÉRDIDA DE UNA PERSONA CON QUIEN MANTUVO UNA RELACIÓN ESTRECHA. OTROS TEMAS DE LOS SUEÑOS INCLUYERON LA REPRESENTACIÓN DEL SOÑADOR COMO INEPTO, REPULSIVO, CON DEFECTOS O DEFICIENCIAS, FRUSTRADO EN EL INTENTO DE LOGRAR

UNA META. ESTAS OBSERVACIONES FUERON OBTENIDAS DE UN ESTUDIO SISTEMÁTICO (HURVICH Y BECK, 1959).

EN UN PREVIO Y PROLONGADO ESTUDIO CLÍNICO EN 1963, BECK ANALIZÓ LITERALMENTE LAS GRABACIONES VERBALES DE 81 PACIENTES DEPRIMIDOS Y NO DEPRIMIDOS, EN PSICOTERAPIA. ENCONTRÓ QUE LOS PACIENTES DEPRIMIDOS DISTORSIONARON SUS EXPERIENCIAS DE UNA MANERA IDIOSINCRÁTICA, ELLOS MAL INTERPRETARON LOS EVENTOS EN FUNCIÓN DE LA PÉRDIDA, FALLAS PERSONALES O RECHAZO O EXAGERARON EL SIGNIFICADO DE LOS EVENTOS QUE PARECÍAN REFLEJARSE MALAMENTE SOBRE ELLOS, TAMBIÉN FUERON PERVERSOS EN HACER EN FORMA INDISCRIMINADA PREDICCIONES NEGATIVAS. LA APRECIACIÓN DISTORCIONADA DE LA REALIDAD SE MOSTRÓ EN FORMA SIMILAR EN EL CONTENIDO DE LOS SUEÑOS.

EL GRUPO DE ESTUDIO FUÉ CONDUCTO EN UNA SERIE DE ESTUDIOS CORRELACIONADOS ENTRE LA PROFUNDIDAD DE LA DEPRESIÓN Y EL GRADO DE PESIMISMO Y DE AUTO-EVALUACIÓN NEGATIVA. DESPUÉS DE RECUPERARSE DE LA DEPRESIÓN, LOS PACIENTES MOSTRARON UNA MEJORÍA NOTABLE EN SUS ASPECTO FÍSICO Y EN SU AUTO-APRECIACIÓN. ESTOS HALLAZGOS PROPORCIONARON UN FUERTE APOYO A LA TESIS DE QUE LA DEPRESIÓN ESTÁ ASOCIADA CON LA VISIÓN NEGATIVA DEL AUTO-APOYO.

KERNER Y COLABORADORES (1983), LLEVARON A CABO UNA INVESTIGACIÓN CON EL OBJETIVO DE COMPARAR DIFERENTES PRUEBAS PARA MEDIR DEPRESIÓN. SE APLICARON CINCO PRUEBAS A 97 SUJETOS DEL SEXO FEMENINO Y A 58 DEL SEXO MASCULINO, PACIENTES INTERNOS

EN EL ÁREA PSIQUIÁTRICA DEL HOSPITAL GENERAL.

LOS HALLAZGOS MUESTRAN LA EXISTENCIA DE CORRELACIÓN ENTRE LAS DIFERENTES MEDICIONES. LAS PRUEBAS UTILIZADAS FUERON: EL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA (M.M.P.I.), LA ESCALA PARA MEDIR DEPRESIÓN DE WILLIAM ZUNG, EL INVENTARIO DE LA DEPRESIÓN DE AARON BECK Y DOS PRUEBAS MÁS, EL HAMILTON Y LA ESCALA DE WESCHLER PARA MEDIR DEPRESIÓN.

LA ESCALA DE HAMILTON Y LA DE WESCHLER MOSTRARON TENER UNA GRAN CORRELACIÓN CON LOS DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS DADOS POR LAS OTRAS PRUEBAS. LA CORRELACIÓN DE BECK Y DE ZUNG FUE DE .70 Y LA CORRELACIÓN CON LAS DEMÁS PRUEBAS FUE DE .18 A .55 .

EN UN ESTUDIO REALIZADO POR KERNER Y COL. (1983) SE OBTUVO UNA CORRELACIÓN ENTRE EL INVENTARIO PARA LA DEPRESIÓN DE AARON BECK Y MEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN DE WILLIAM ZUNG. LA INVESTIGACIÓN SE LLEVÓ A CABO CON UNA MUESTRA ESTRATIFICADA DE 78 ESTUDIANTES, EN DONDE SE OBTUVO UNA CORRELACIÓN DE LAS DOS PRUEBAS DE .54 . LAS MEDIDAS OBTENIDAS DEL INVENTARIO DE BECK, FUERON INFLUENCIADAS POR EL AÑO QUE CURSABAN LOS ALUMNOS EN EL COLEGIO Y LAS MEDICIONES DEL ZUNG FUERON DIFERENTES EN CUANTO A SEXOS. ESTA INVESTIGACIÓN CONCLUYE QUE LAS DOS ESCALAS OFRECEN DIFERENTES MEDICIONES DE LA DEPRESIÓN.

EN LA CIUDAD DE MÉXICO SE REALIZÓ UN ESTUDIO PO LARA TAPIA Y COL. (1976), EN DONDE SE COMPARARON DATOS QUE SE OBTUVIERON DE CINCO GRUPOS DE SUJETOS, CONSTITUIDOS POR PACIENTES

PSIQUIÁTRICOS Y POR PACIENTES NO PSIQUIÁTRICOS. LA PRUEBA APLICADA FUE LA ESCALA PARA MEDIR DEPRESIÓN DE WILLIAM ZUNG. LOS RESULTADOS MOSTRARON UNA DISCRIMINACIÓN DE LA DEPRESIÓN CONSIDERÁNDOLA COMO UN SÍNTOMA, SÍNDROME O COMO OTRO TIPO DE PROBLEMA DEPRESIVO, TAMBIÉN SE OBTUVIERON UNA GRAN VARIEDAD DE CATEGORÍAS DE DIAGNÓSTICO. LOS HALLAZGOS MUESTRAN QUE LA PRUEBA DE ZUNG PUEDE SER DE GRAN UTILIDAD PARA VALORAR LA DEPRESIÓN EN SUJETOS MEXICANOS.

EN EL AÑO DE 1985, BECK REALIZÓ UN ESTUDIO CON 207 PACIENTES QUE HABÍAN SIDO HOSPITALIZADOS POR HABER TENIDO PENSAMIENTOS E INTENTOS SUICIDAS. EL OBJETIVO DEL ESTUDIO, ERA VER SI EXISTÍA ALGUNA RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN, DESESPERANZA E INTENTOS SUICIDAS. SE CONTABA CON UNA PRUEBA PARA MEDIR DEPRESIÓN (BECK), LA ESCALA PARA MEDIR DESESPERANZA Y UNA ESCALA PARA MEDIR IDEAS SUICIDAS.

EL INVENTARIO DE BECK CUENTA CON ALGUNOS REACTIVOS, DE LOS CUALES ALGUNOS MIDEN PESIMISMO, SIN EMBARGO SE DUDÓ ACERCA DE SI ESTOS REACTIVOS TENÍAN ALGUNA CORRELACIÓN CON IDEAS SUICIDAS Y SE ENCONTRÓ QUE LA CORRELACIÓN ERA DE .18 ($P < .05$) PARA LAS DOS COLAS. LOS RESULTADOS SE ENCUENTRAN EN LA SIGUIENTE TABLA:

	Intentos Suicidas			Intentos no suicidas				
	N	X	DS	N	X	DS	GL	Niv. Sig.
Inv. para medir depresión	14	31.50	12.51	191	25.45	11.43	203	1.90
Escala para medir desesperanza	11	13.27	4.43	154	8.94	6.05	163	2.33 *
Escala para medir intentos suicidas	14	11.71	7.56	191		12.81	203	0.46

* Diferentes entre grupos de .05

* Como lo indica la tabla, la escala de desesperanza fue la única que tuvo diferencias significativas entre los dos grupos, los pacientes quienes eventualmente mueren por suicidios, tienen un promedio alto en cuanto a la desviación estandard de los datos obtenidos en la escala de desesperanza, con un promedio de 13.27 ⁺ 4.43 en comparación de un promedio de 8.94 ⁺ 6.05 del otro grupo.

LA ASOCIACIÓN DE SÍNTOMAS O SÍNDROME DEPRESIVO CON EL HÁBITO DE FUMAR CIGARRILLOS ES UN ASUNTO QUE HA OCUPADO LA ATENCIÓN DE ALGUNOS INVESTIGADORES, PUES SE PIENSA QUE LA INTERFERENCIA DE UN PROBLEMA CON OTRO PRODUCE MÚLTIPLES DIFICULTADES AL MOMENTO DEL TRATAMIENTO.

FLANAGAN (1982), HA NOTIFICADO QUE EL PRINCIPIO U ORIGEN DEL SÍNDROME DEPRESIVO, ES LA SUSPENSIÓN ABRUPTA DEL HÁBITO TABÁQUICO. POR ALGUNAS SEMANAS OBSERVÓ A PACIENTES DEL SEXO MASCULINO DE 39 AÑOS Y A PACIENTES DEL SEXO FEMENINO DE 31 AÑOS (AUSENCIA DE SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS), LOS CUALES DEJARON DE FUMAR DURANTE CUATRO SEMANAS, COMO PARTE DE UN TRATAMIENTO PARA PODER LOGRARLO.

EL MÉTODO UTILIZADO PARA DEJAR DE FUMAR, FUÉ EL DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA. LOS SÍNTOMAS PRINCIPALES QUE SE MANIFESTARON CUANDO LOS PACIENTES DEJARON DE FUMAR, FUERON: PROBLEMAS PARA DORMIR, DISMINUCIÓN DEL APETITO Y PENSAMIENTOS SUICIDAS.

LOS HOMBRES FUERON HOSPITALIZADOS DESPUÉS DE HABER CONCLUIDO AL TRATAMIENTO Y SE LES ADMINISTRÓ UN ANTIDEPRESIVO, LO CUAL HIZO QUE DESPUÉS DE DOS SEMANAS, LOS PACIENTES RETOMARON SU ESTADO NORMAL Y REGRESARON A SUS ACTIVIDADES DIARIAS. LAS MUJERES FUERON EVALUADAS Y SE DIAGNÓSTICO QUE PRESENTARON SÍNTOMAS DEPRESIVOS PROFUNDOS, LOS CUALES EMPEZARON A DESAPARECER CUANDO EMPEZARON A FUMAR DE NUEVO DE MANERA MODERADA.

FRERICHS (1981), REALIZÓ UNA COMPARACIÓN ENTRE FUMADORES Y NO FUMADORES, LOS NO FUMADORES ESTABAN CONFORMADOS POR PERSONAS QUE NUNCA HABÍAN FUMADO Y POR EX-FUMADORES; LOS FUMADORES ESTABAN FORMADOS POR QUIENES QUERÍAN DEJAR DE FUMAR Y QUIENES NO QUERÍAN HACERLO. SE ENCONTRÓ QUE EL PORCENTAJE DE FUMADORES QUIENES REPORTARON DEJAR DE FUMAR, FUÉ CONSISTENTEMENTE ALTO EN TODOS LOS INTERVALOS DE EDAD, ENTRE HOMBRES Y MUJERES.

CASI EL 63% DE LOS HOMBRES QUE FUMABAN, REPORTARON QUERER DEJAR DE FUMAR EN COMPARACIÓN DE UN 53% DE LAS MUJERES. LOS PACIENTES FUMADORES REPORTARON TENER ALTOS NIVELES DE DEPRESIÓN EN COMPARACIÓN CON LOS NO FUMADORES ESTA MEDIDA FUÉ OBTENIDA POR EL CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA DEPRESIÓN, ENCONTRÁNDOSE 10.02 EN CONTRA DE 8.76 $p=.05$. TOMANDO EN CUENTA EL SEXO, LAS DIFERENCIAS NO FUERON SIGNIFICATIVAS YA QUE LOS HOMBRES OBTUVIERON 11.67 CONTRA 9.69 $p=.08$. LOS NO FUMADORES FUERON COLOCADOS POR CATEGORÍAS, DE ACUERDO AL PROMEDIO DE CIGARROS FUMADOS POR DÍA. CUANDO SE COMPARARON AQUELLOS QUE FUMABAN MENOS DE UNA CAJETILLA, UNA CAJETILLA Y MÁS DE UNA CAJETILLA, NO SE ENCONTRARON DIFERENCIAS EN LOS NIVELES DE DEPRESIÓN (1.37 CONTRA 8.95 CONTRA 10.57 $p=.32$

LOS SUJETOS EX-FUMADORES PRESENTARON NIVELES MÁS BAJOS DE DEPRESIÓN, LO FUMADORES QUE NO QUERÍAN DEJAR DE FUMAR Y LOS QUE NUNCA HABÍAN FUMADO, REPORTARON TENER NIVELES UN POCO MÁS ALTOS DE DEPRESIÓN, MIENTRAS QUE AQUELLOS QUE QUERÍAN DEJAR DE FUMAR PERO QUE NO PO-

DÍAN LOGRARLO, REPORTARON TENER NIVELES AÚN MÁS ALTOS DE DEPRESIÓN. ESTAS DIFERENCIAS NO FUERON SIGNIFICATIVAS EN CUANTO A LA POBLACIÓN EN GENERAL, NI EN CUANTO A SEXO.

LOS RESULTADOS SUGIEREN QUE LOS NIVELES ALTOS DE DEPRESIÓN SE ENCONTRARON EN AQUELLOS FUMADORES QUE TRATABAN DE DEJAR DE FUMAR EN ALGUNAS OCASIONES, PERO QUE CONSTANTEMENTE REINCIDEN POR NO PODER CONTROLAR EL HÁBITO. LOS HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN NO CONCORDARON CON LOS PROPUESTOS EN LAS HIPÓTESIS, YA QUE NO SE ENCONTRÓ DIFERENCIA CON RESPECTO A LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PACIENTES FUMADORES Y NO FUMADORES, POR LO CUAL LA RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y TABAQUISMO FUE MUY PEQUEÑA.

BURNS (1969), REALIZÓ UN ESTUDIO CON 120 SUJETOS (75 HOMBRES Y 45 MUJERES) QUE PADECÍAN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, BÁSICAMENTE BRONQUITIS CRÓNICA, LOS CUALES FUERON ATENDIDOS EN UNA CLÍNICA.

LA RELEVANCIA DEL NÚMERO DE VARIABLES FUE VALORADA TOMANDO EN CUENTA LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE EL HÁBITO DE FUMAR Y EL ÉXITO LOGRADO AL ABANDONAR EL HÁBITO. NOVENTA Y CUATRO DE LOS PACIENTES FUMABAN REGULARMENTE 10 CIGARROS POR DÍA, PERO CERCA DEL 47% DE ESTOS PACIENTES DEJARON DE FUMAR COMPLETAMENTE, DESPUÉS SE LES ACONSEJÓ HACERLO PORQUE PADECÍAN ALGUNA ENFERMEDAD. EL 53% CONTINUÓ FUMANDO Y EL 92% DE QUIENES CONTINUARON FUMANDO HICIERON EL INTENTO DE ABANDONARLO.

LA CAPACIDAD PARA DEJAR DE FUMAR TUVO RELACIÓN CON LA EDAD Y LA CANTIDAD DE CIGARROS QUE SE FUMABAN. SE MIDIERON FACTORES DE PERSONALIDAD POR MEDIO DEL CUESTIONARIO DE EYSENCK: QUIENES DEJARON DE FUMAR MOSTRARON TENER NIVELES BAJOS (SIGNIFICATIVOS) EN LA VARIABLE QUE MIDE NEUROTICISMO Y NIVELES ALTOS (NO SIGNIFICATIVOS) EN LA VARIABLE QUE MIDE EXTROVERSIÓN.

SE PRESENTAN SÍNTOMAS DE SUPRESIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO PARTICULARMENTE, TENSIÓN, IRRITABILIDAD, DEPRESIÓN Y DESEOS IRRESISTIBLES DE FUMAR, LO CUAL FUÉ RAZÓN PARA QUE ALGUNOS SUJETOS NO LOGRARAN ABANDONAR EL HÁBITO. ÉSTOS SÍNTOMAS SE PRESENTARON PRINCIPALMENTE EN PACIENTES QUE FUMABAN GRAN CANTIDAD DE CIGARRILLOS Y EN PACIENTES QUE OBTUVIERON NIVELES ALTOS SIGNIFICATIVOS EN LA VARIABLE QUE MIDE NEUROTICISMO.

EN UN ESTUDIO REALIZADO POR KEUTZER Y COL. (1968), EN DONDE SE COMPARARON DIFERENTES TÉCNICAS PARA LOGRAR UNA MODIFICACIÓN EN LA CONDUCTA DE FUMAR, DICHAS TÉCNICAS (AUTOCONTROL, DE RETIRO Y DE CASTIGO) TIENEN CIERTO GRADO DE EFECTIVIDAD PERO SIN EMBARGO DURANTE LA INVESTIGACIÓN SE ENCONTRARON ALGUNAS VARIABLES COMO ANSIEDAD, DOLORS DE CABEZA, DEPRESIÓN, ETC, QUE NO FUERON FÁCILES DE MANIPULAR, LO CUAL SUGIERE QUE LAS TÉCNICAS PUEDEN TENER ÉXITO, SI LA PRESENCIA DE ESTAS VARIABLES PUEDEN SER CONTROLADAS.

TOMKINS Y COL. (1973), REALIZARON UNA INVESTIGACIÓN

ACERCA DE LA CONDUCTA DE FUMAR, EL ESTUDIO SE REALIZÓ CON 41 SUJETOS DEL SEXO FEMENINO DE LA UNIVERSIDAD DE RUTGERS.

LOS SUJETOS TENÍAN UN PROMEDIO DE EDAD DE 20 AÑOS Y FUMABAN UN PROMEDIO DE 20 CIGARROS AL DÍA. LOS SUJETOS FUERON DISTRIBUIDOS ALEATORIAMENTE, CADA UNO INTEGRADO POR 13 PERSONAS, YA QUE CADA GRUPO TUVO UNA INVESTIGACIÓN DIFERENTE.

EN ESTE CASO SE MENCIONARÁN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN SÓLO UNO DE LOS GRUPOS, YA QUE SU INTERÉS FUÉ EL DE ESTUDIAR LAS EXPERIENCIAS DE SUJETOS FUMADORES CUANDO DEJABAN DE FUMAR. LOS RESULTADOS SUGIEREN QUE LOS SUJETOS QUE VERDADERAMENTE TENÍAN UNA ADICCIÓN HACIA EL TABACO, AL DEJAR DE FUMAR PRESENTABAN EFECTOS NEGATIVOS (ANSIEDAD, TRASTORNOS EN EL SUEÑO, DEPRESIÓN, DOLOR DE CABEZA, ETC.) TOMKINS MENCIONABA QUE MUCHOS DE LOS EFECTOS NEGATIVOS ERAN PROVOCADOS POSIBLEMENTE POR LA INFLUENCIA QUE EJERCÍA EL GRUPO EN CUANTO EFECTOS NEGATIVOS, ES DE DECIR, SI LA MAYOR PARTE O EL 60% DEL GRUPO REPORTA TENER EFECTOS NEGATIVOS, ES MUY PROBABLE QUE EL OTRO 40% COMIENZE A SENTIRLOS TAMBIÉN. TOMKINS MENCIONABA QUE ES IMPORTANTE TOMAR EN CUENTA LOS DOS TIPOS DE DEPENDENCIA QUE PROVOCA EL FUMAR (DEPENDENCIA FÍSICA Y DEPENDENCIA PSICOLÓGICA), MENCIONANDO QUE HAY QUE ENSEÑAR AL PACIENTE A MANEJAR ESTOS EFECTOS NEGATIVOS PROVOCADOS POR LOS TIPOS DE DEPENDENCIA, PARA ASÍ LOGRAR QUE EL PACIENTE PUEDA DEJAR DE FUMAR A LARGO PLAZO.

JUSTIFICACION

EN LA ACTUALIDAD EL TABAQUISMO ES CONSIDERADO COMO UNA DE LAS CAUSAS DE ENFERMEDAD Y MUERTE MÁS SUSCEPTIBLES DE PREVENCIÓN EN NUESTRA SOCIEDAD; SIN EMBARGO, SE HA OBSERVADO QUE EXISTE UNA TERRIBLE INCAPACIDAD PARA DEJAR DE FUMAR EN LA MAYORÍA DE LA POBLACIÓN, TANTO EN AQUELLOS QUE BUSCAN AYUDA ESPECIALIZADA COMO EN LOS QUE LO INTENTAN POR SÍ MISMOS.

EXISTE ADEMÁS TODA UNA COMPLICADA SERIE DE FACTORES PSICOLÓGICOS SOCIALES Y BIOLÓGICOS QUE, COMBINADOS ENTRE SÍ, DIFICULTAN ENORMEMENTE QUE UNA PERSONA HABITUADA AL CONSUMO DE CIGARRILLOS, ABANDONE ESTA CONDUCTA.

PROBABLEMENTE, Y DE ACUERDO CON ALGUNOS AUTORES (14, 8, 15) UNA DE LAS CAUSAS MÁS IMPORTANTES EN LA DIFICULTAD PARA EL ABANDONO DEL TABACO SEA LA PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA, ASOCIADA A LA SUPRESIÓN DEL HÁBITO DE FUMAR, DADO QUE LOS TRATAMIENTOS EXISTENTES EN MÉXICO PARA SUPRIMIR EL TABAQUISMO CUENTAN CON UN 45% DE DESERCIÓN, REINCIDENCIA O FRACASO (24), RESULTA IMPRESCINDIBLE ENCONTRAR Y CONTROLAR LAS VARIABLES QUE INTERVIENEN DE MANERA NEGATIVA EN ESTOS TRATAMIENTOS.

EL CONOCER EL PESO EXACTO QUE TIENEN LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN LA DIFICULTAD PARA DEJAR DE FUMAR HARÁ

QUE EL TRATAMIENTO SEA CADA VEZ MÁS EFECTIVO AL AMPLIAR EL PANORAMA AÚN OSCURO DEL TABAQUISMO, GRAVE PROBLEMA DE SALUD NACIONAL Y MUNDIAL QUE AMENAZA CADA DÍA A MÁS PERSONAS CON EL ESPECTRO DE LA MUERTE.

CABE MENCIONAR QUE EN MÉXICO EXISTE ESCASEZ DE INVESTIGACIONES EN ÉSTA ÁREA DEL CONOCIMIENTO LO CUAL PLANTEA LA NECESIDAD DE BUSCAR Y ENCONTRAR SOLUCIONES PROPIAS QUE FOMENTEN LA PARTICIPACIÓN DE LA PSICOLOGÍA EN LOS GRANDES PROBLEMAS NACIONALES Y EN EL DESARROLLO DE NUESTRO PAÍS EN GENERAL.

DEFINICIONES

EN ESTE CAPÍTULO SE PRESENTAN LAS DEFINICIONES RELACIONADAS ESPECÍFICAMENTE CON LA INVESTIGACIÓN.

DEPRESIÓN.- LA DEPRESIÓN, SEGÚN EL DR. WILLIAM K. ZUNG (1965), SE PRESENTA COMO UNA ENFERMEDAD Y COMO UN SÍNTOMA DE OTRAS ENFERMEDADES, YA SEA EMOCIONALES O FÍSICAS.

CONSIDERA, EN SU PRUEBA PARA MEDIR DEPRESIÓN, QUE LOS PACIENTES DEPRIMIDOS SON AQUELLOS QUE TIENEN NIVELES PROMEDIOS DE MÁS DE 70, POR LO CUAL LAS CALIFICACIONES BAJAS (40 O MENOS), INDICAN AUSENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS.

BECK (1960), DICE, QUE LOS PACIENTES DEPRIMIDOS, SON AQUELLOS EN DONDE LOS SENTIMIENTOS DE PLACER Y DE ALEGRÍA, SON REMPLAZADOS POR LA TRISTEZA PROFUNDA, APATÍA, PESIMISMO, ELIMINACIÓN DE SENTIMIENTOS AFECTUOSOS, UN GRAN DESEO DE MORIR, ETC. SEGÚN BECK LOS SUJETOS QUE OBTIENEN EN SU PRUEBA UNA PUNTUACIÓN PROMEDIO DE 30 SON SUJETOS QUE PRESENTAN DEPRESIÓN SEVERA, LOS QUE OBTIENEN UN PROMEDIO DE 25.4, PADECEN DEPRESIÓN MODERADA, UN PROMEDIO DE 18.7 DEPRESIÓN LIGERA Y LOS QUE OBTIENEN UN PROMEDIO DE 10.9 O MENOS NO PADECEN DEPRESIÓN.

TABAQUISMO. - ES EL USO CONTINUO DE TABACO DURANTE UN MÍNIMO DE UN MES CON LA PRESENCIA DEL LLAMADO SÍNDROME DE ABSTINENCIA O SUPRESIÓN AL TABACO AL SUSPENDER O DISMINUIR LA DÓISIS DEL CONSUMO HABITUAL (DSM III), TAMBIÉN SE CONSIDERARÁ COMO TABAQUISMO, EL PRACTICADO POR PERSONAS QUE FUMEN MÁS DE 20 CIGARRILLOS AL DÍA.

FUMADOR CRÓNICO. - AQUEL SUJETO QUE CONSUME UN MÍNIMO DE 20 CIGARRILLOS AL DÍA POR LO MENOS DESDE HACE DOS AÑOS.

HÁBITO. - ES UN PATRÓN FIJO DE CONDUCTA SOBREPARENDIDO HASTA EL PUNTO DE HACERSE AUTOMÁTICO Y SEÑALADO POR LA REDUCCIÓN DE LA PERCEPCIÓN E INCREMENTO DE LA DEPENDENCIA DEL REFUERZO SECUNDARIO EN VEZ DEL PRIMARIO. EL ELEMENTO HABITUADOR INTENSO EN EL TABAQUISMO, SON LOS REFORZADORES SECUNDARIOS QUE CITAN LOS INVESTIGADORES, O SEA, LAS CONEXIONES CON TANTAS PARTES DE LA PERSONALIDAD QUE HA LLEGADO A TENER EL ACTO DE FUMAR EN LA EXISTENCIA COTIDIANA DEL FUMADOR (RUSSELL, 1974)

DEPENDENCIA PSICOLÓGICA. - ES UN ESTADO DE TRANQUILIDAD, SEGURIDAD, Y/O BIENESTAR SUBJETIVO QUE SE OBTIENE AL RELACIONARSE EL SUJETO CON UN OBJETO ESPECÍFICO DE SU VIDA COTIDIANA Y QUE AL ROMPERSE ESTA RELACIÓN SE PRESENTA UN ESTADO DE ANGUSTIA, ANSIEDAD, MIEDO, DEPRESIÓN, IRRITABILIDAD E INCLUSIVE CONDUCTAS AGRESIVAS Y CUYA BASE TEÓRICA

SE PODRÍA EXPLICAR CON LAS TEORÍAS PSICODINÁMICAS DE LAS RELACIONES OBJETALES.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA.- CONJUNTO CARACTERÍSTICO DE SÍNTOMAS FISIOLÓGICOS Y/O PSICOLÓGICOS ADVERSOS, QUE TIENEN LUGAR DESPUÉS DEL DESARROLLO DE LA DEPENDENCIA FÍSICA, CUANDO SE SUSPENDE O DISMINUYE UNA DROGA O CUANDO SU EFECTO ES OBSTACULIZADO POR OTRA DROGA QUE BLOQUEA O NEUTRALIZA LOS EFECTOS DE LA PRIMERA. LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ABSTINENCIA VARÍAN SEGÚN LAS DIFERENTES DROGAS Y SEGÚN LOS PATRONES INDIVIDUALES DE USO RELACIONADO AL DEPENDIENTE.

EN EL CASO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA AL TABACO, SE PRESENTA EN EL SUJETO SÍNTOMAS COMO, IRRITABILIDAD, NERVIOSISMO, DOLOR DE CABEZA, INSOMNIO, DEPRESIÓN, TENSIÓN, DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE, SUDORACIÓN, CAMBIOS GASTROINTESTINALES, CAMBIOS EN LA FRECUENCIA CARDÍACA Y CAMBIOS EN LA PRESIÓN SANGUÍNEA.

METODO

LA PRESENTE INVESTIGACIÓN TIENE COMO OBJETIVO, DETECTAR LA MODIFICACIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN FUMADORES CRÓNICOS, DESPUÉS DE LLEVAR A CABO UN TRATAMIENTO PARA ABANDONAR EL HÁBITO TABÁQUICO. LA INVESTIGACIÓN SE LLEVÓ A CABO EN LA CIUDAD DE MÉXICO, DURANTE LOS MESES DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1986, EN LA CLÍNICA DE TABAQUISMO DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, UBICADO EN LA CALZADA DE TLALPAN 4502, CUYAS ACTIVIDADES ESTÁN DIRIGIDAS A INVESTIGAR Y A DISEÑAR PROGRAMAS TERAPÉUTICOS AFECTIVOS PARA SUPRIMIR EL HÁBITO TABÁQUICO.

SE DECIDIÓ UTILIZAR EL DISEÑO TEMPORAL-LONGITUDINAL, ESTE DISEÑO PERMITIRÁ DISTINGUIR LOS ASPECTOS REACTIVOS DE LA MEDICIÓN Y EL EFECTO DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE, ADEMÁS GRACIAS A ÉL, SE PODRÁ SABER, SI EN CASO DE QUE LAS MEDICIONES PRODUZCAN UN EFECTO REACTIVO, LA VARIABLE INDEPENDIENTE TIENE UN EFECTO QUE SUPERE A ÉSTE; EL EFECTO REACTIVO, SE MANIFESTARÁ EN MEDIO (SEGUNDA APLICACIÓN DE LAS PRUEBAS PARA MEDIR DEPRESIÓN) Y ÉSTE PUEDE CONTRASTARSE CON LA APLICACIÓN No. 3 QUE REBASE TOTALMENTE EL INCREMENTO EN LA APLICACIÓN No. 2, DEBE ATRIBUIRSE A LA VARIABLE INDEPENDIENTE. UN PROBLEMA QUE PRESENTA ESTE TIPO DE DISEÑOS, ES LA VARIABLE DE APRENDIZAJE E HISTORIA QUE SE REALIZA CON EL TIEMPO; CUANTO MÁS LARGO EL TIEMPO MAYOR SERÁ EL PROBLEMA.

PARA LLEVAR A CABO LA MEDICIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA, SE DECIDIÓ UTILIZAR TRES PRUEBAS PSICOLÓGICAS DESTINADAS A MEDIR DEPRESIÓN: EL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA (M.M.P.I.) UN CUESTIONARIO AMPLIAMENTE UTILIZADO Y ESTANDARIZADO EN MÉXICO; EL INVENTARIO DE LA DEPRESIÓN DE AARON BECK Y LA ESCALA PARA MEDIR DEPRESIÓN DE WILLIAM ZUNG; PRUEBAS CONOCIDAS EN MÉXICO, PERO QUE NO HAN SIDO ESTANDARIZADAS, SON FÁCILES EN SU APLICACIÓN Y DE CORTA DURACIÓN.

OTRO PROPÓSITO QUE SE INTENTA CON LA INVESTIGACIÓN, ES LA DE HACER UNA VALIDACIÓN CONVERGENTE DENTRO DE LA MUESTRA EMPLEADA PARA LAS PRUEBAS DE ZUNG Y DE BECK, A TRAVÉS DEL ESTABLECIMIENTO DE UN BUEN NIVEL DE CORRELACIÓN CON UNA PRUEBA MÁS CONOCIDA Y ESTANDARIZADA EN MÉXICO COMO ES EL M.M.P.I.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- DETERMINAR SI EXISTE MODIFICACIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES FUMADORES CRÓNICOS.
- DETERMINAR EL GRADO DE DEPRESIÓN ANTES DE ABANDONAR EL HÁBITO, PARA CADA GRUPO.
- DETERMINAR EL GRADO DE DEPRESIÓN DURANTE EL TRATAMIENTO, PARA CADA GRUPO
- DETERMINAR EL GRADO DE DEPRESIÓN AL FINALIZAR EL TRATA

MIENTO Y ABANDONO DEL HÁBITO, PARA CADA GRUPO.

HIPOTESIS

H1 .- ¿ CUÁL ES EL GRADO DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS ANTES Y DESPUÉS DE LLEVAR A CABO UN TRATAMIENTO PARA ABANDONAR EL HÁBITO TABÁQUICO?

H2 .- ¿EXISTEN CAMBIOS EN LOS GRADOS DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA ANTES Y DESPUÉS DE LLEVAR A CABO UN TRATAMIENTO PARA ABANDONAR EL HÁBITO TABÁQUICO?

H3 .- ¿EXISTE MODIFICACIÓN EN LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA DURANTE EL TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR?

H4 .- ¿CUÁLES SON LOS CAMBIOS DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO?

VARIABLES

- VARIABLE INDEPENDIENTE.- TRATAMIENTO PARA ABANDONAR EL HÁBITO TABÁQUICO, QUE TIENE UNA DURACIÓN DE CINCO SEMANAS.

- VARIABLE INDEPENDIENTE.- TABAQUISMO (ABANDONO DEL HÁBITO) Y DEPRESIÓN (PUNTAJES OBTENIDOS EN LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS)

CAS PARA MEDIR DEPRESIÓN).

- VARIABLES CONTROLADAS.- EL TRATAMIENTO Y LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS QUE SE UTILIZARON PARA MEDIR DEPRESIÓN.

- VARIABLES EXTRAÑAS.- POR SER UN DISEÑO LONGITUDINAL-TEMPORAL, PUEDE INTERVENIR EL TIEMPO, POR LA MADURACIÓN Y EL APRENDIZAJE QUE PUEDAN OBTENER LOS SUJETOS, ENTRE UNA APLICACIÓN Y OTRA.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.

LA POBLACIÓN ESTUVO INTEGRADA POR UN TOTAL DE 90 SUJETOS, 30 SUJETOS PARA CADA GRUPO (UN GRUPO EXPERIMENTAL Y DOS GRUPOS CONTROLES). LOS GRUPOS DE TRATAMIENTO SE FORMARON CONFORME SE FUERON PRESENTANDO DE MANERA VOLUNTARIA A LA CLÍNICA DE TABAQUISMO DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.

EL GRUPO EXPERIMENTAL ESTÁ REPRESENTADO POR PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE TABAQUISMO CON EL OBJETO DE LLEVAR A CABO UN TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR; EL GRUPO CONTROL No. 1, ESTÁ REPRESENTADO POR SUJETOS QUE NO PRESENTAN HISTORIA POSITIVA DE TABAQUISMO (NO-FUMADORES) QUE SE RECLUTARON POR MEDIO DE LA COMUNICACIÓN PERSONAL CON LA AUTORA; EL GRUPO CONTROL No. 2, ESTÁ REPRESENTADO POR SUJETOS QUE PRESENTAN HISTORIA POSITIVA DE TABAQUISMO Y QUE SE ENCUENTRAN FUMANDO EN LA

ACTUALIDAD; LOS SUJETOS ESTARÁN EN LISTA DE ESPERA PARA INGRESAR AL TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR, EL CUAL NO LLEVARÁN A CABO DURANTE EL PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN.

EL MÉTODO DE SELECCIÓN A UTILIZAR, ES EL MÉTODO NO PROBABILÍSTICO INTENCIONAL, QUE SE CARACTERIZA POR EL EMPLEO DEL CRITERIO Y UN ESFUERZO DELIBERADO PARA OBTENER MUESTRAS REPRESENTATIVAS, MEDIANTE LA INCLUSIÓN DE ÁREAS TÍPICAS O GRUPOS TÍPICOS DE LA MUESTRA. SE UTILIZARON DOS GRUPOS CONTROLES CON EL OBJETO DE OBTENER MAYOR VERACIDAD EN LOS DATOS. NO SE REALIZÓ LA ALEATORIZACIÓN EN LA SELECCIÓN, YA QUE LOS SUJETOS FUERON SELECCIONADOS CONFORME SE FUERON PRESENTADO EN LA CLÍNICA DE TABAQUISMO.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN AL ESTUDIO ESTUVIERON FORMADOS POR LAS SIGUIENTES VARIABLES:

- DE 20 A 60 AÑOS DE EDAD
- AMBOS SEXOS
- ALFABETAS
- HISTORIA DE TABAQUISMO MÍNIMA DE DOS AÑOS (GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL NO. 2)
- NO TENER HISTORIA POSITIVA DE TABAQUISMO (GRUPO CONTROL NO. 1)
- FUMAR AL MENOS UNA CAJETILLA O MÁS AL DÍA
- AUSENCIA DE PADECIMIENTOS PSIQUIÁTRICOS
- VIVIR EN EL ÁREA METROPOLITANA.

INSTRUMENTACION

UNA VEZ QUE UN SUJETO SE PRESENTA A LA CLÍNICA DE TABAQUISMO CON EL OBJETO DE INSCRIBIRSE AL TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR, SE LE APLICA LA ENTREVISTA DE PRIMERA VEZ (DIRIGIDA, NO ESTANDARIZADA.), LA CUAL APORTA DATOS GENERALES DEL SUJETO, ASÍ COMO DE SU HISTORIA DE TABAQUISMO; DE ESTA MANERA SE SELECCIONARÁN SÓLO AQUELLOS SUJETOS QUE CUMPLIERON CON LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN ANTERIORMENTE MENCIONADOS (ENTREVISTA ANEXA).

PARA PODER EVALUAR LA VARIABLE DEPRESIÓN SE APLICARON TRES PRUEBAS PSICOLÓGICAS; LA ESCALA PARA MEDIR DEPRESIÓN DE WILLIAM ZUNG, LA CUAL AÚN NO HA SIDO ESTANDARIZADA EN MÉXICO, ES UNA PRUEBA DE FÁCIL APLICACIÓN Y DE CORTA DURACIÓN (10 MIN. APROX.) LA PRUEBA ESTÁ DESTINADA A MEDIR CUALITATIVAMENTE LA DEPRESIÓN Y SE PUEDE UTILIZAR PARA CUALQUIER CLASE DE PERSONA QUE MANIFIESTE SÍNTOMAS FÍSICOS SIN BASE ORGÁNICA APARENTE, LA PRUEBA PUEDE MEDIR LAS LLAMADAS "DEPRESIONES OCULTAS".

LOS ESTUDIOS ESTADÍSTICOS REALIZADOS, INDICAN QUE LAS MEDICIONES DE ESTE TIPO PUEDEN CORRELACIONARSE DE UNA MANERA SEGURA CON OTRAS ESCALAS DE MEDICIÓN QUE REQUIEREN MÁS TIEMPO DE APLICACIÓN.

EN ESTUDIOS ANTERIORES SE ENCONTRÓ QUE OTRAS ESCALAS TIENEN UNA CORRELACIÓN DE .21, AL NIVEL DE SIGNIFICANCIA DE .05 CON LA PRESENTE PRUEBA. LA ESCALA SIRVE MÁS BIEN PARA MEDIR LA INTENSIDAD DE LA DEPRESIÓN SIN TOMAR EN CUENTA EL DIAGNÓSTICO. EN CONSECUENCIA LAS CALIFICACIONES NO SON EN SÍ MISMAS UN DIAGNÓSTICO, SINO UNA INDICACIÓN DE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS QUE PUEDEN TENER IMPORTANCIA CLÍNICA.

LA TABLA NO. 1, MUESTRA LAS MEDICIONES DE DEPRESIÓN OBTENIDAS CON CONTROLES NORMALES Y CON PACIENTES A LOS QUE SE HABÍA DIAGNOSTICADO DEPRESIÓN, REACCIONES DE ANSIEDAD, DESÓRDENES DE LA PERSONALIDAD, ETC. LOS DIAGNÓSTICOS FUERON ESTABLECIDOS POR SEPARADO POR OTROS CLÍNICOS, ANTES DE OBTENER LA CALIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN ESTA ESCALA; SE OBTUVIERON, TAMBIÉN MEDICIONES DE DEPRESIÓN DE ESCALAS PSICOMÉTRICAS DE NORMA ANTES DE PROBAR CON LA ESCALA DE ZUNG. EN TODOS LOS PACIENTES HUBO UNA ÍNTIMA CORRELACIÓN ENTRE LAS MEDICIONES CON LA ESCALA DE ZUNG Y LAS CALIFICACIONES OBTENIDAS CON OTROS SISTEMAS DE PRUEBAS.

EL ÍNDICE PROMEDIO EN UNA SERIE DE PACIENTES DEPRIMIDOS HOSPITALIZADOS, PREVIAMENTE DIAGNOSTICADOS, FUÉ DE MÁS DE 70 Y EN LOS PACIENTES AMBULATORIOS PREVIAMENTE DIAGNOSTICADOS, EL ÍNDICE FUÉ DE MÁS DE 60. LAS CALIFICACIONES BAJAS (40 O MENOS) OBTENIDAS CON LOS CONTROLES NORMALES IN-

DICARON QUE NO HABÍA DEPRESIÓN O QUE ERA DE POCA IMPORTANCIA.

TABLA No. 1

CONTROLES NORMALES	INDICE PROMEDIO	MEDIDA (p=95%)
X = 33 25 - 42		
Deprimidos hospitali- zados.	74	63-90
Deprimidos ambulatorios	64	50-78
Reacciones de ansiedad	53	40-68
Desórdenes de la perso- nalidad.	53	42-68
Reacciones de ajuste de situación transitoria	53	38-68

LA ESCALA DE ZUNG CONSTA DE UNA LISTA DE 20 DECLARACIONES QUE ESTÁN REDACTADAS EN EL LENGUAJE COMÚN Y DE USO DIARIO DE LOS PACIENTES, CADA DECLARACIÓN SE REFIERE A UNA CARACTERÍSTICA ESPECÍFICA Y COMÚN DE LA DEPRESIÓN, A UN LADO DE LAS DECLARACIONES APARECEN CUATRO COLUMNAS A ELEGIR, MUY POCAS VECES, ALGUNAS VECES, LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y CONTINUAMENTE.

PARA LA VALIDACIÓN DE LA PRUEBA DE ZUNG, SE HAN REALIZADO ESTUDIOS POR CONDE LÓPEZ (1975), CON UNA MUESTRA DE 61 PACIENTES PSIQUIÁTRICOS (25 PACIENTES CON DEPRESIÓN SOMÁTICA, 21 PACIENTES CON DEPRESIÓN PSICOGÉNICA Y 15 ALCOHÓLICOS CRÓNICOS) Y 223 PERSONAS NORMALES, EVALUADAS POR UNA ESCALA DEL 1 AL 5 DADA POR UNA PANEL DE JURADOS, ADEMÁS SE LES APLICÓ LA PRUEBA PARA MEDIR DEPRESIÓN DE ZUNG.

POR MEDIO DEL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON, SE OBTUVO, .96 PARA LOS ALCOHÓLICOS CRÓNICOS Y .33 PARA LOS PACIENTES QUE PADECEN DEPRESIÓN DE ORIGEN PSICOGÉNICA. LA CORRELACIÓN TOTAL PARA LA MUESTRA NORMAL FUE DE .76. ESTOS HALLAZGOS SE COMPARARON CON ESTUDIOS HECHOS CON ANTERIORIDAD EN DONDE SE ENCONTRARON CORRELACIONES SIMILARES.

A 96 UNIVERSITARIOS, SE LES APLICÓ LA PRUEBA DE ZUNG (BOLON, 1980) CON EL OBJETO DE OBTENER DISTINTOS FACTORES DEPRESIVOS, EN TAL APLICACIÓN SE ENCONTRARON TRES PRINCI-

PALES DE ELLOS: DEPRESIÓN PSICOLÓGICA, DEPRESIÓN IDEACIONAL Y DEPRESIÓN DE LA CONDUCTA O COMPORTAMIENTO.

OTRO INSTRUMENTO DE MEDICIÓN UTILIZADO EN LA PRESENTE INVESTIGACIÓN, FUÉ EL INVENTARIO DE AARON BECK, PRUEBA QUE FUNDAMENTALMENTE BUSCA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN DIFERENTES GRADOS PARA CADA UNO DE LOS SUJETOS.

LA PRUEBA CONSTA DE 21 REACTIVOS QUE SE DIVIDEN A SU VEZ, EN CUATRO OPCIONES POSIBLES POR CONTESTAR, EN DONDE EL SUJETO TENDRÁ LA OPORTUNIDAD DE ELEGIR AQUELLA QUE MÁS SE ACERQUE A SU ESTADO DE ÁNIMO ACTUAL. LA PRUEBA CONSTA DE LAS SIGUIENTES VARIABLES A MEDIR:

- 1.- TRISTEZA
- 2.- PESIMISMO
- 3.- SENTIMIENTOS DE FRACASO
- 4.- INSATISFACCIÓN
- 5.- SENTIMIENTOS DE CULPA
- 6.- SENTIMIENTOS DE AUTO-DESTRUCCIÓN
- 7.- SENTIMIENTOS DE DISGUSTO PERSONAL
- 8.- AUTO-REPROCHES
- 9.- SENTIMIENTOS DE DAÑO A SÍ MISMO
- 10.- LLANTO INCONTROLADO
- 11.- IRRITABILIDAD
- 12.- AISLAMIENTO SOCIAL

- 13.- DIFICULTAD PARA TOMAR DECISIONES
- 14.- NO ACEPTACIÓN DE LA IMÁGEN DE SÍ MISMO
- 15.- DIFICULTAD PARA TRABAJAR
- 16.- PROBLEMAS PARA DORMIR
- 17.- FATIGA
- 18.- ANOREXIA
- 19.- PÉRDIDA DE PESO
- 20.- EXCESO DE PREOCUPACIÓN
- 21.- DISMINUCIÓN DE LA LIBIDO

EL INVENTARIO DE AARON BECK, AÚN NO HA SIDO ESTANDARIZADO EN MÉXICO, SIN EMBARGO, HA TENIDO MUY BUENOS RESULTADOS, EN CUANTO A SU APLICACIÓN EN OTROS PAÍSES. ACTUALMENTE ALGUNOS INVESTIGADORES EN EL INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA Y EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, ESTÁ HACIENDO ALGUNOS ESTUDIOS PARA PODER ESTANDARIZARLA EN NUESTRO PAÍS.

LA INTERPRETACIÓN DE LA PRUEBA SE REALIZA TOMANDO EN CUENTA LA SIGUIENTE TABLA:

	PRONEDIO
<i>Ausencia de depresión</i>	10.9
<i>Ligeramente deprimido</i>	18.7
<i>Depresión moderada</i>	25.4
<i>Depresión severa</i>	30.0

POR ÚLTIMO PARA PODER HACER UNA VALIDACIÓN CONVERGENTE PARA LAS PRUEBAS EN CADA UNO DE LOS GRUPOS, ADEMÁS DE LAS PRUEBAS ANTERIORMENTE MENCIONADAS, SE APLICÓ EL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA (M.M.P.I.), CUESTIONARIO MUY CONOCIDO EN LA APLICACIÓN DE PRUEBAS, AMPLIAMENTE INVESTIGADO Y MUY UTILIZADO, POR LO QUE SE OMITIRÁ EL FOLLETO CON LAS FRASES DE LA PRUEBA.

ANTECEDENTES DEL M.M.P.I.

EN 1939, STRAKS R. HATHAWAY Y J.C. MC. KINLEY, COMENZARON A UNIR FRASES PARA UNA PRUEBA QUE CREARON POSTERIORMENTE (1942, OBTUVIERON SUS DERECHOS DE PATENTE), CON EL OBJETO DE AVALUAR PERSONALIDAD DESDE DIFERENTES ÁNGULOS, A TRAVÉS DE PERFILES O ESCALAS QUE FUERAN TAN ÚTILES PARA LA INVESTIGACIÓN Y PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.

INICIALMENTE SE OBTUVIERON EN EL INVENTARIO 1200 FRASES QUE POSTERIORMENTE FUERON REDUCIDAS A 504; ACTUALMENTE CUENTA CON 500 ORIGINALES Y 16 REPETIDAS. EL ESTUDIO PSICOLÓGICO DEL INVENTARIO HA SIDO UTILIZADO PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NECESARIO FRECUENTEMENTE PARA REALIZAR LA MAYOR COMPRENSIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DEL PACIENTE.

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA PRUEBA

EN ALGUNOS ESTUDIOS SOBRE LA VALIDEZ DE LAS CONTESTA-

TACIONES DADAS POR CADA SUJETO, SE HAN ENCONTRADO UN ALTO GRADO DE CONFIABILIDAD AÚN CUANDO SEAN PROTOCOLOS DE SUJETOS DE BAJA ESCOLARIDAD, MENTALIDAD DISMINUIDA O ENFERMEDAD MENTAL. VALE LA PENA ACLARAR QUE UN DIAGNÓSTICO CLÍNICO BASADO EN EL MINNESOTA NO PUEDE SER ACEPTADO COMO FINAL Y CONFIABLE, SINO QUE DEBERÁ IR ACOMPAÑADO DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA OBTENIDA COLATERAL Y DIRECTAMENTE POR EL EXAMINADOR.

REACTIVOS Y ESCALAS

LOS REACTIVOS DE LA PRUEBA DEL MINNESOTA, VARÍA EN CUANTO A SU CONTENIDO Y CUBREN UNA SERIE DE ÁREAS COMO LA SALUD FÍSICA, SÍNTOMAS PSICOSOMÁTICOS, DESÓRDENES NEUROLÓGICOS, ACTITUDES SEXUALES, RELIGIOSAS, POLÍTICAS Y SOCIALES. TAMBIÉN SE REFIEREN A ASPECTOS EDUCATIVOS, FAMILIARES, MARITALES Y OCUPACIONALES. INVESTIGA MANIFESTACIONES DE COMPORTAMIENTOS NEURÓTICOS O PSICÓTICOS, TALES COMO LOS E... OBSESIVOS, COMPULSIVOS, DELIRIOS, ALUCINACIONES, IDEAS DE REFERENCIA, FOBIAS, ETC.

LA GRAN CANTIDAD DE REACTIVOS QUE FORMAN LA PRUEBA HICIERON NECESARIO LA AGRUPACIÓN DE 14 ESCALAS: 4 DE VALIDEZ Y 10 CLÍNICAS; LAS ESCALAS SON LAS SIGUIENTES:

ESCALAS DE VALIDEZ

LA ESCALA DE VALIDEZ "?" Ó "NO PUEDO DECIR".- UN ALTO

NÚMERO DE FRASES NO CONTESTADAS EN ESTA ESCALA, PUEDE SIGNIFICAR UN ESTADO DEPRESIVO, UNA GRAN DEFENSIVIDAD DE PARTE DEL SUJETO, O BIEN, QUE ÉSTE NO SABE COMO CONTESTAR O QUE NO ENTENDIÓ LAS INSTRUCCIONES.

ESCALA L (MENTIRA).- SINCERIDAD O FRENQUEZA POR PARTE DEL SUJETO. PERMITE CONSIDERAR EL GRADO EN QUE EL SUJETO INTENTA FALSEAR SUS RESPUESTAS CON EL OBJETO DE DAR UNA IMPRESIÓN FAVORABLE SOCIALMENTE.

ESCALA F (COMPRESIÓN).- ESTA ESCALA DETERMINA EL PROTOCOLO Y EXAMINA LA TENDENCIA DEL SUJETO A DISTORCIONAR SUS RESPUESTAS O SU INCAPACIDAD PARA RESOLVER LA PRUEBA. VARIOS AUTORES SEÑALAN QUE UNA F ALTA ASOCIADA CON VARIAS PUNTUACIONES ELEVADAS EN LAS ESCALAS CLÍNICAS, DEBE CONSIDERARSE COMO ÍNDICE DE PATOLOGÍA SEVERA.

ESCALA K (ACTITUDES DEFENSIVAS).- TAMBIÉN SE UTILIZA COMO CORRECTOR DE LAS ESCALAS CLÍNICAS DE HS, DP, PT, ES Y MA. PARA OBTENER RESULTADOS TOTALES AJUSTADOS.

ESCALAS CLÍNICAS:

ESCALA HS (HIPOCONDRIASIS).- MIDE CONFLICTOS PSICOLÓGICOS POR MEDIO DE UNA CANALIZACIÓN SOMÁTICA, DESÓRDENES FÍSICOS QUE MUESTRAN UNA PREOCUPACIÓN ANORMAL POR EL CUERPO.

ESCALA D (DEPRESIÓN).- ESCALA DEL "ESTADO DE 'ÁNIMO" O GRADO DE DEPRESIÓN.

ESCALA HI (HISTERIA).- PUNTUACIONES ALTAS EN ESTA ESCALA SON COMPARADAS CON PERSONAS QUE HAN DESARROLLADO DIVERSOS SÍNTOMAS CORPORALES VIOLENTOS, CRISIS EMOCIONALES CON HISTRIONISMO, PARÁLISIS HISTÉRICAS O DOLORES LOCALIZADOS.

ESCALA DP (DESVIACIÓN PSICOPÁTICA).- DETECTAN SUJETOS QUE PRESENTAN ANOMALÍA EN SU PERSONALIDAD, TRASTORNOS AFECTIVOS Y CUADROS ANTISOCIALES.

ESCALA MF (PATRONES DE INTERESES SOBRE EL SEXO OPUESTO).- MIDE TENDENCIAS EN LOS ROLES BÁSICOS MASCULINO-FEMENINO. UNA ALTA PUNTUACIÓN INDICARÍA LA DESVIACIÓN DEL ROL EN DIRECCIÓN DEL SEXO OPUESTO.

ESCALA PA (PARANOIA).- FUE DISEÑADA CON EL FIN DE ENCONTRAR PENSAMIENTOS O IDEAS PARANOIDES.

ESCALA PT (PSICASTENIA).- LAS CARACTERÍSTICAS DE ESTA ESCALA INCLUYE REACCIONES FÓBICAS Y OBSESIVO-COMPULSIVAS.

ESCALA ES (ESQUIZOFRENIA).- MIDE RASGOS ESQUIZOFRÉNICOS COMO: INCONGRUENCIA DEL AFECTO, FRACCIONAMIENTO EN EL PROCESO DEL PENSAMIENTO Y CONTENIDO EXTRAÑO DEL MISMO, FALTA DE INTERÉS EN EL MEDIO AMBIENTE.

ESCALA MA (HIPOMANÍA).- EL OBJETO DE ESTA ESCALA ES DIAGNOSTICAR LOS ESTADOS DE ÁNIMO DE LAS PERSONAS MANÍACO DEPRESIVAS TIPO MANÍACO.

ESCALA O (SOCIABILIDAD).- SE BUSCA CON ESTA ESCALA LA TENDENCIA A LA INTROVERSIÓN Y EXTROVERSIÓN SOCIAL.

CONDICIONES EXPERIMENTALES Y AMBIENTALES

LA INVESTIGACIÓN SE LLEVÓ A CABO EN LA CLÍNICA DE TABAQUISMO DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS; LA CLÍNICA CONSTA DE CUATRO CUBÍCULOS DISTRIBUIDOS DE LA SIGUIENTE MANERA:

- UN CUBÍCULO PEQUEÑO DE 2.00 X 2.00 MTS. QUE ES UTILIZADO PARA LAS CONSULTAS NEUMOLÓGICAS; EL CUBÍCULO CONSTA DE DOS SILLAS, DE UN ESCRITORIO Y DE UN MEGATSCOPIO.

- UN CUBÍCULO DE 2.00 X 1.50 MTS. UTILIZADO PARA DAR TERAPIA INDIVIDUAL (EN CASO DE QUE SE REQUIERA) Y PARA ATENDER LAS LLAMADAS TELEFÓNICAS; EL CUBÍCULO CONSTA DE UN ESCRITORIO CON TELÉFONO DE COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA, TRES SILLAS, UN LIBRERO Y UN ARCHIVERO.

- UN CUBÍCULO DE 3.00 X 3.00 MTS., EN DONDE SE REALIZAN LAS ENTREVISTAS DE PRIMERA VEZ, EL CUBÍCULO CONSTA DE CINCO SILLAS, UN ESCRITORIO Y UN ARCHIVERO CON MATERIAL DE TRABAJO.

- UN CUBÍCULO DE 4.00 X 4.00 MTS., UTILIZADO PARA REALIZAR EL TRATAMIENTO PARA EL ABANDONO DEL HÁBITO TABÁQUICO Y EN DONDE SE APLICARON LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS PARA MEDIR DEPRESIÓN, EL CUBÍCULO CONSTA DE UN ESCRITORIO, 12 SILLAS DISTRIBUIDAS EN FORMA CIRCULAR, UNA PANTALLA, UN MEGATOSCOPIO, UN PIZARRÓN, UNA GRABADORA, UNA VIDEOCASSETERA Y UNA TELEVISIÓN, ES UN CUBÍCULO MUY ILUMINADO Y SIN RUIDO.

EL HORARIO QUE SE UTILIZÓ PARA LA APLICACIÓN DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS PARA MEDIR DEPRESIÓN, FUE DE 8.30 A 11.00 A.M.

PROCEDIMIENTO

AL GRUPO EXPERIMENTAL, INTEGRADO POR SUJETOS FUMADORES, LES FUE APLICADA LA ENTREVISTA DE PRIMERA VEZ, CONFORME SE IBAN PRESENTANDO A LA CLÍNICA DE TABAQUISMO CON EL OBJETIVO DE LLEVAR A CABO UN TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR, SI LOS SUJETOS LLENABAN LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN, ERAN INSCRITOS AL TRATAMIENTO.

AL FINALIZAR LA ENTREVISTA, SE LES CITABA PARA EL DÍA EN QUE SE IBA A INICIAR EL TRATAMIENTO (2 DE ABRIL 1986), AL FINALIZAR ESTA PRIMERA SESIÓN, SE LES MENCIONÓ QUE SE ESTABA REALIZANDO UNA INVESTIGACIÓN PARA VER EL ESTADO DE ÁNIMO DE CADA UNO DE LOS PACIENTES, POR LO QUE SE LES PEDÍA SU COOPERACIÓN PARA PODERLO LLEVAR A CABO.

SE LES EXPLICÓ QUE SE LES APLICARÍAN TRES PRUEBAS EN TRES OCASIONES DISTINTAS, DURANTE EL TIEMPO QUE DURARA EL TRATAMIENTO (CINCO SEMANAS). LA PRIMERA APLICACIÓN SE REALIZÓ EN LA PRIMERA SESIÓN DEL TRATAMIENTO, LA SEGUNDA APLICACIÓN EN LA QUINTA SESIÓN Y LA TERCERA APLICACIÓN EN LA DÉCIMA SESIÓN (AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO); ESTAS TRES PRIMERAS APLICACIONES TIENEN COMO OBJETIVO DETECTAR CAMBIOS QUE SE PUDIERAN MANIFESTAR DURANTE EL TRATAMIENTO Y ASÍ PODER REALIZAR UNA COMPARACIÓN POSTERIOR, POR LO QUE SE LES PIDIÓ QUE CONTESTARAN CON LA MAYOR SINCERIDAD POSIBLE Y QUE NO PENSARAN MUCHO EN LAS RESPUESTAS, YA QUE LOS DATOS APORTADOS ES LA PARTE MÁS IMPORTANTE DE LA INVESTIGACIÓN.

POSTERIORMENTE SE APLICARON LAS PRUEBAS EN FORMA COLECTIVA Y AUTOADMINISTRADA, DANDO LA CONSIGNA SUGERIDA POR STARKE R. HATHAWAY EN EL CASO DEL MINNESOTA, LA DE WILLIAM ZUNG Y LA DE AARON BECK. EN PRIMER LUGAR SE APLICÓ LA PRUEBA DEL M.M.P.I. POR SER LA PRUEBA MÁS LARGA Y DE MÁS DURACIÓN, EN SEGUNDO LUGAR LA DEL ZUNG Y DESPUÉS LA DEL BECK.

SE PERMANECIÓ EN LA SALA PARA CUALQUIER DUDA QUE SURGIERA; LA SEGUNDA Y TERCERA APLICACIÓN DE LAS PRUEBAS SE REALIZARON DE LA MISMA MANERA.

PARA EL GRUPO CONTROL NO. 1 (NO FUMADORES) Y EL GRUPO CONTROL NO. 2 (FUMADORES SIN TRATAMIENTO), SE LES APLICARON LAS MISMAS CONDICIONES E INSTRUCCIONES ANTERIORMENTE MENCIONADAS, SÓLO QUE EN ESTOS CASOS NO SE LLEVÓ A CABO EL TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR.

CLÍNICA DE TABAQUISMO

ANTECEDENTES:

LA CLÍNICA DE TABAQUISMO FUÉ CREADA A RAIZ DE UN ACUERDO INTERINSTITUCIONAL ENTRE EL INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA (IMP) Y EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, CON EL OBJETO DE CREAR UN PROGRAMA CON JUNTO DE INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA DE TABAQUISMO PARA LO CUAL SE DISEÑO UN PROYECTO DE ESTUDIO DENOMINADO "PROGRAMA EXPERIMENTAL DE PSICOTERAPIA CONDUCTUAL EN TABAQUISMO" INTEGRADO POR LOS SIGUIENTES PUNTOS:

- 1.- PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE PADECIMIENTOS ORIGINADOS POR EL TABACO.
- 2.- LA EDUCACIÓN SOBRE EFECTOS DEL TABACO EN LA SALUD, DIRIGIDA ESPECÍFICAMENTE A LA FAMILIA, NIÑOS Y ADOLESCENTES, A TRAVÉS DE MÉTODOS INDIVIDUALES, COLECTIVOS O DE COMUNICACIÓN MASIVA, INCLUYENDO LA ORIENTACIÓN A LA POBLACIÓN, PARA QUE SE ABSTENGA DE FUMAR EN LUGARES PÚBLICOS.

EL OBJETIVO CENTRAL DE LA CLÍNICA DE TABAQUISMO, ES AYUDAR A FUMADORES CRÓNICOS CON TABAQUISMO SEVERO. PARA TAL FIN, LA CLÍNICA HA PARTICIPADO EN DIVERSOS PROGRAMAS DE MOTIVACIÓN Y DIFUSIÓN SOCIAL, CONGRESOS Y EVENTOS CIENTÍFICOS, HA REALIZADO INVESTIGACIONES CON VALIOSOS RESULTADOS, Y SE HA IDO PERFECCIONANDO DESDE SU CREACIÓN.

CUANDO SE CREÓ LA CLÍNICA EN 1981 Y HASTA 1983, FUNCIONABA CON UN MÉDICO NEUMÓLOGO RESIDENTE, EL HECHO DE QUE NO HUBIERA UN MÉDICO NEUMÓLOGO DE PLANTA, PROVOCÓ QUE EL SERVICIO FUERA DEFICIENTE E INEFICAZ, YA QUE CONTINUAMENTE SE CAMBIABA DE PERSONAL Y MUCHOS DESCONOCÍAN EL FUNCIONAMIENTO DE LA CLÍNICA.

CON EL NEUMÓLOGO QUE PROPORCIONÓ EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, SE MEJORÓ NOTABLEMENTE EL SERVICIO, YA QUE ES ÉL QUIEN LLEVA A CABO LAS EVALUACIONES MÉDICAS DE CADA PACIENTE, QUE CONSTAN DE: PLACA DE TÓRAX, BIOMETRÍA HEMÁTICA, GENERAL DE ORINA, QUÍMICA SANGUÍNEA, PRUEBAS FUNCIONALES DE RESPIRACIÓN Y ELECTROCARDIOGRAMA.

LA CLÍNICA FUNCIONA CON TRES PSICÓLOGAS, QUE TIENEN COMO FUNCIÓN EL MANEJO DIRECTIVO DE LA PSICOTERAPIA, EL DESARROLLO DE LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN REFERENTES AL ÁREA Y LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS EXISTENTES, ASÍ COMO LA DIFUSIÓN DEL PROGRAMA, EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA.

LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS POR LAS PSICÓLOGAS SON:

- ENTREVISTA DE PRIMERA VEZ
- CUESTIONARIO DE TABAQUISMO.
- CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK
- CUESTIONARIO DE MOTIVOS DE FUMAR

LA ENTREVISTA DE PRIMERA VEZ TIENE COMO OBJETIVO EL DE INVESTIGAR Y CONOCER LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE, SABER SI CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y CANALIZAR A GRUPOS DE TRATAMIENTO.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- EDAD: 20 A 60 AÑOS
- SEXO: MASCULINO Y FEMENINO
- ESCOLARIDAD: ALFABETISMO
- LUGAR DE RESIDENCIA: AREA METROPOLITANA
- AUSENCIA DE PADECIMIENTOS PSIQUIÁTRICOS
- HISTORIA DE TABAQUISMO DE 2 AÑOS O MÁS.

EL CUESTIONARIO DE TABAQUISMO TIENE COMO OBJETIVO SABER LOS MOTIVOS POR LOS QUE LA GENTE FUMA, SU ESCOLARIDAD Y OCUPACIÓN, LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA, EDAD A LA QUE EMPEZÓ A FUMAR, MARCA DE CIGARROS QUE CONSUME, SI HA INTENTADO ALGUNA VEZ DE DEJAR DE FUMAR, PORQUÉ ASISTE AL TRATAMIENTO Y PARA QUÉ.

EL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK (E.P.Q), TIENE COMO FINALIDAD, SABER QUE TIPO DE PERSONALIDAD TIENE EL PACIENTE QUE ACUDE A LA CLÍNICA, EL CUESTIONARIO MIDE ASPECTOS DE NEUROTICISMO, ESTABILIDAD Y EXTROVERSIÓN E INTROVERSIÓN.

EL CUESTIONARIO DE MOTIVOS DE FUMAR SIRVE PARA ANALIZAR CUÁLES SON LOS PRINCIPALES MOTIVOS QUE LLEVAN A UNA PERSONA A FUMAR Y A MANTENERSE EN EL HÁBITO. ESTOS MOTI-

LA ESCALA DE ZUNG CONSTA DE UNA LISTA DE 20 DECLARACIONES QUE ESTÁN REDACTADAS EN EL LENGUAJE COMÚN Y DE USO DIARIO DE LOS PACIENTES, CADA DECLARACIÓN SE REFIERE A UNA CARACTERÍSTICA ESPECÍFICA Y COMÚN DE LA DEPRESIÓN, A UN LADO DE LAS DECLARACIONES APARECEN CUATRO COLUMNAS A ELEGIR, MUY POCAS VECES, ALGUNAS VECES, LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO Y CONTINUAMENTE.

PARA LA VALIDACIÓN DE LA PRUEBA DE ZUNG, SE HAN REALIZADO ESTUDIOS POR CONDE LÓPEZ (1975), CON UNA MUESTRA DE 61 PACIENTES PSIQUIÁTRICOS (25 PACIENTES CON DEPRESIÓN SOMÁTICA, 21 PACIENTES CON DEPRESIÓN PSICOGÉNICA Y 15 ALCOHÓLICOS CRÓNICOS) Y 223 PERSONAS NORMALES. EVALUADAS POR UNA ESCALA DEL 1 AL 5 DADA POR UNA PANEL DE JURADOS, ADEMÁS SE LES APLICÓ LA PRUEBA PARA MEDIR DEPRESIÓN DE ZUNG.

POR MEDIO DEL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON, SE OBTUVO, .96 PARA LOS ALCOHÓLICOS CRÓNICOS Y .33 PARA LOS PACIENTES QUE PADECEN DEPRESIÓN DE ORIGEN PSICOGÉNICA. LA CORRELACIÓN TOTAL PARA LA MUESTRA NORMAL FUE DE .76. ESTOS HALLAZGOS SE COMPARARON CON ESTUDIOS HECHOS CON ANTERIORIDAD EN DONDE SE ENCONTRARON CORRELACIONES SIMILARES.

A 96 UNIVERSITARIOS, SE LES APLICÓ LA PRUEBA DE ZUNG (BOLON, 1980) CON EL OBJETO DE OBTENER DISTINTOS FACTORES DEPRESIVOS, EN TAL APLICACIÓN SE ENCONTRARON TRES PRINCI-

TORIA DE TABAQUISMO

LA SEGUNDA ETAPA ES LA DE TRATAMIENTO, EL PACIENTE ASISTE A DIEZ SESIONES DE TRATAMIENTO, PRESENTÁNDOSE DOS VECES POR SEMANA, CADA SESIÓN CON DURACIÓN DE UNA HORA Y MEDIA, DURANTE CINCO SEMANAS. DURANTE ESTA ETAPA SE LE PRESENTA AL GRUPO DE TRATAMIENTO UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD A TRAVÉS DE DIAPORAMAS CON TEMAS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS.

LA TERCERA ETAPA ES LA DENOMINADA "TOPOGRAFÍA DEL HÁBITO TABAQUICO, MODIFICACIÓN DE CONDICIONANTES"; EN ESTA ETAPA SE ENTRENA AL PACIENTE PARA RECONOCER CUÁLES SON LOS FACTORES QUE CONDICIONAN SU HÁBITO, ESTO SE REALIZA A TRAVÉS DE CÉDULAS DE AUTO-REGISTRO DE LÍNEA BASE Y DE TRATAMIENTO, EN DONDE EL PACIENTE VA ANOTAR EL NÚMERO DE CIGARROS FUMADOS AL DÍA, HORA EN QUE SE LO FUMA, ACTIVIDAD O SITUACIÓN EN LA QUE SE ENCUENTRA CUANDO ENCIENDE EL CIGARRO Y ESTADO PSICOLÓGICO DEL PACIENTE EN EL MOMENTO DE FUMAR.

TAMBIÉN SE ENTRENA AL PACIENTE CON TÉCNICAS DE RELAJACIÓN QUE LE AYUDARÁN A COMBATIR EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA PROVOCADO POR LA SUSPENSIÓN ABRUPTA DEL HÁBITO.

LA CLÍNICA DE TABAQUISMO HA CONCLUIDO EN SUS ESTUDIOS, QUE EL HÁBITO DE FUMAR CIGARRILLOS, ATRAPA AL FUMA-

DOR EN TRES ASPECTOS: EL SOCIAL, VINCULADO AL TRABAJO, AL OCIO Y A LAS COMIDAS; EL EMOCIONAL, RELACIONADO ESTRECHAMENTE CON EL AMOR, EL ODIO, INSEGURIDAD, NERVIOSISMO, MIEDO, ETC. Y EL DE DEPENDENCIA FÍSICA AL CIGARRO, EN DONDE LA NECESIDAD QUE TIENE EL ORGANISMO DE RECIBIR CIERTA DÓSIIS DE NICOTINA SE VUELVE IRRESISTIBLE.

LA GOMA DE MASCAR CON NICOTINA, PUEDE AYUDAR A LOS PACIENTES A PRESCINDIR DEL HÁBITO, PORQUE ROMPE CON UNO DE LOS ASPECTOS (DEPENDENCIA FÍSICA), LA FUNCIÓN QUE TIENE EL CHICLE CON NICOTINA ES LA DE DISMINUIR LOS MALESTARES OCASIONADOS POR EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA QUE SE PRESENTA CUANDO SE HA SUSPENDIDO O DISMINUIDO DE MANERA IMPORTANTE EL CONSUMO DEL CIGARRO.

CADA TABLETA CONTIENE 2 MG DE NICOTINA, Y EN VARIOS PAÍSES SE CONSIGUE EN FARMACIAS, MEDIANTE RECETA MÉDICA. LA TABLETA DEBE MASTICARSE DE 20 A 30 MIN. PARA EXTRAERLE EL 90% DE LA NICOTINA, LA CUAL SERÁ ABSORVIDA POR LAS MUCOSAS DE LA BOCA. NO TODOS LOS PACIENTES PUEDEN UTILIZAR EL CHICLE, NO SE RECOMIENDA A PERSONAS QUE PADECEN PROBLEMAS DEL CORAZÓN, ÚLCERA GÁSTRICA, NI LAS MUJERES EMBARAZADAS O QUE PIENSEN CONCEBIR, ES POR ESTA RAZÓN QUE ANTES DE ADMINISTRAR EL CHICLE, SE LE PIDE AL PACIENTE QUE SE TOMÉ UN ELECTROCARDIOGRAMA EL CUAL ES ANALIZADO PREVIAMENTE POR EL NEUMÓLOGO.

AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO DE DIEZ SESIONES, SE REALIZAN LAS CITAS DE POST-TRATAMIENTO, EN DONDE SE LE CITA AL PACIENTE SEIS VECES MÁS DURANTE EL TRANSURSO DE SEIS MESES, ESTO SE REALIZA CON LA FINALIDAD DE REFORZAR LA CONDUCTA DE NO FUMAR, YA QUE EN ESTUDIOS REALIZADOS CON ANTERIORIDAD HAN DEMOSTRADO QUE EN ESTA ETAPA ES CUANDO SE PRESENTAN UN MAYOR NÚMERO DE REINCIDENCIAS. LOS SEGUIMIENTOS SE ENCUENTRAN DISTRIBUIDOS DE LA SIGUIENTE MANERA: A LA SEMANA DE HABER FINALIZADO EL TRATAMIENTO, A LOS QUINCE DÍAS, AL MES, A LOS DOS MESES, A LOS CUATRO MESES Y A LOS SEIS MESES.

CLINICA DE TABAQUISMO - INER
TRATAMIENTO
PRIMERA SEMANA

PRE TRATAMIENTO

- ENTREVISTA DE 1º VEZ
- ESTUDIO INICIAL (SOCIOECONÓMICO)
- ELECTROCARDIOGRAMA

SESION 1

- PRESENTACIÓN-TERAPÉUTICA
- PRESENTACIÓN-GRUPO
- EXPLICACIÓN SOBRE EL PROGRAMA TERAPÉUTICO
- APLICACIÓN DEL CONTRATO TERAPÉUTICO
- APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE TABAQUISMO
- EXPLICACIÓN DE:
DEPENDENCIA FÍSICA
DEPENDENCIA PSICOLÓGICA
SÍNDROME DE ABSTINENCIA
- EXPLICACIÓN DEL REGISTRO DE LÍNEA BASE
- PREPARAR E INFORMAR QUE A PARTIR DE LA SEGUNDA SEMANA SE DEJA DE FUMAR.
- CITA CON EL NEUMÓLOGO

SESION 2

- REVISIÓN DEL REGISTRO DE LÍNEA DE BASE
- ANÁLISIS DE AUTO-REGISTRO DE LÍNEA BASE
- PLÁTICA: ¿CÓMO SE INICIA EL FUMADOR EN EL HÁBITO?
- APLICACIÓN Y CALIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE MOTIVOS DE FUMAR.
- PLÁTICA SOBRE LOS MOTIVOS DE FUMAR SEGÚN EL DR. - - RUSSELL.
- MOTIVOS PARA ABANDONAR EL HÁBITO
- ENTREGA DE AUTO-REGISTRO DE LÍNEA BASE.

CLINICA DE TABAQUISMO (INER)

TRATAMIENTO

2ª SEMANA

SESION 3

- REVISIÓN DEL REGISTRO DE LÍNEA BASE
- RECOMENDACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR
- SUSPENSIÓN ABRUPTA
- INSTRUCTIVO DEL USO DEL MEDICAMENTO
- ENTREGA DEL MEDICAMENTO
- ENTREGA DEL AUTOREGISTRO DE TRATAMIENTO.

SESION 4

- REVISIÓN DEL REGISTRO DE TRATAMIENTO
- REVISIÓN DE LAS RECOMENDACIONES PARA ABANDONAR EL HÁBITO.
- EXPLICACIÓN DE LA DISOGNANCIA COGNOSITIVA.
- COSSETTE SOBRE O FECTOS FARMACOLOGICOS DEL TABACO.
- EXPLICACIÓN.
- CASSETTE SOBRE RELAJACIÓN
- ENTREGAS DE AUTOREGISTRO DE TRATAMIENTO Y MEDICAMENTO.

CLINICA DE TABAQUISMO - INER

TRATAMIENTO

3° SEMANA

SESION 5

- REUNIÓN DE AUTOREGISTRO DE TRATAMIENTO
- PLÁTICA SOBRE LOS MECANISMOS DE DEFENSA QUE UTILIZA EL FUMADOR
- PROYECCIÓN DEL DIAPOZAMA SOBRE BRONQUITIS ANONICA
- ENTREGA DEL MEDICAMENTO Y AUTO REGISTRO DE TRATAMIENTO

SESION 6

- REUNIÓN DE AUTOREGISTRO DE TRATAMIENTO
- DINÁMICA DE GRUPO (CUALIDADES Y DEFECTOS)
- PROYECCIÓN DEL CASSETTE SOBRE CÁNCER
- ENTREGA DEL MEDICAMENTO Y AUTO REGISTRO DE TRATAMIENTO

CLINICA DE TABAQUISMO - INER

TRATAMIENTO
4° SEMANA

SESION 7

- REUNIÓN DE AUTOREGISTRO DE TRATAMIENTO
- DINÁMICA DE GRUPO
- CASSETTE DE RELAJACIÓN
- ENTREGA AUTOREGISTRO DE TRATAMIENTO Y MEDICAMENTOS

SESION 8

- REUNIÓN DE AUTOREGISTRO DE TRATAMIENTO
- DISCUSIÓN
- PELÍCULA DE MUERTE EN EL OESTE
- ENTREGA DE MEDICAMENTOS Y -- AUTOREGISTRO DE TRATAMIENTO

CLINICA DE TABAQUISMO - INER
TRATAMIENTO
5° SEMANA

SESION 9

- REVISIÓN DE AUTOREGISTRO DE TRATAMIENTO
- RESULTADOS MEDICOS IMPARTIDOS POR EL NEUMOLOGO
- ENTREGA DEL MEDICAMENTO Y : - AUTOREGISTRO DE TRATAMIENTO

SESION 10

- REVISIÓN DE AUTOREGISTRO DE TRATAMIENTO
- EVALUACIÓN DE SÍ MISMO
- EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO - TERAPEÚTICO
- IMPORTANCIA DEL POST-TRATAMIENTO
- FECHAS DE POST-TRATAMIENTO

ESTUDIOS MEDICOS DE LABORATORIO

- PRUEBA DE PERSONALIDAD DE ENENCK
- CLASIFICACIÓN DE TIPOS DE FUMAR - ANALISIS FACTORIAL (RUSSELL)

RESULTADOS

LA PRESENTE INVESTIGACIÓN TUVO COMO OBJETIVO REALIZAR UNA COMPARACIÓN ENTRE TRES GRUPOS DE SUJETOS: UN GRUPO EXPERIMENTAL Y DOS GRUPOS CONTROLES, CADA UNO INTEGRADO POR 30 SUJETOS, CON EL FIN DE OBSERVAR SI SE MODIFICAN SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN FUMADORES CRÓNICOS QUE ABANDONAN EL HÁBITO TABÁQUICO.

RESULTADOS GRUPO EXPERIMENTAL (FUMADORES CON TRATAMIENTO)

- 1.- SEXO.- EL GRUPO EXPERIMENTAL ESTUVO INTEGRADO POR 30 SUJETOS FUMADORES QUE LLEVARON A CABO UN TRATAMIENTO PARA ABANDONAR EL HÁBITO TABÁQUICO, EN DONDE SE ENCONTRÓ QUE 17 SUJETOS O SEA EL 57% PERTENECÍAN AL SEXO MASCULINO Y 13 SUJETOS O SEA EL 43% PERTENECÍAN AL SEXO FEMENINO (VER TABLA No. 1).
- 2.- EDAD.- EN CUANTO A LA EDAD, SE OBTUVO UNA MEDIA DE 43 AÑOS PARA EL GRUPO EXPERIMENTAL Y UNA DESVIACIÓN ESTANDAR DE 10.28 (VER TABLA No. 2)
- 3.- ESCOLARIDAD.- SE ENCONTRÓ QUE 24 PACIENTES O SEA EL 80% DE LA POBLACIÓN REALIZÓ UNA CARRERA PROFESIONAL. EL 20% RES

TANTE SE ENCUENTRAN DISTRIBUIDOS ENTRE LOS NIVELES DE PRIMARIA, SECUNDARIA Y PREPARATORIA (VER TABLA No. 3)

4.- PROMEDIO DE CIGARRILLOS FUMADOS POR DÍA.- SE TOMÓ EN CUENTA EL PROMEDIO DE CIGARRILLOS FUMADOS POR CADA PERSONA Y SE ENCONTRÓ QUE EL 30% O SEA 9 SUJETOS FUMAN DE 10 A 20 CIGARRILLOS POR DÍA, EL 27% FUMAN DE 20 A 30 Y SÓLO EL 10% FUMAN MENOS DE 10 CIGARRILLOS (VER TABLA No. 4)

5.- EDAD DE INICIO.- EN LOS DATOS OBTENIDOS PARA ESTA VARIABLE, SE ENCONTRÓ QUE LE 9% DE LOS SUJETOS INICIARON EL HÁBITO TABÁQUICO ENTRE LOS 10 Y LOS 20 AÑOS DE EDAD (VER TABLA No. 5)

RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS PARA MEDIR DEPRESIÓN. GRUPO EXPERIMENTAL (FUMADORES CON TRATAMIENTO).

1.- PRUEBA DE W. ZUNG.-LA PRUEBA FUÉ APLICADA EN TRES OCA-SIONES DISTINTAS (ANTES DEL TRATAMIENTO, DURANTE EL TRATA-MIENTO Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO). LOS RESULTADOS OBTENIDOS FUERON LOS SIGUIENTES:

EN LA PRIMERA APLICACIÓN SE ENCONTRÓ QUE UN 46% DE LOS SUJETOS SE ENCONTRARON UBICADOS EN LA CATEGORÍA QUE MIDE CONTROLES NORMALES. EL 3% CORRESPONDIERON A LA CATEGORÍA QUE MIDE DEPRIMIDO HOSPITALIZADO, EL 17% CORRESPONDIÓ A LA

GRUPO EXPERIMENTAL

N = 30 (FUMADORES CON TRATAMIENTO)

SEXO	n	%
MASCULINO	17	57
FEMENINO	13	43
TOTAL	30	100

TABLA 1

GRUPO EXPERIMENTAL
(FUMADORES CON TRATAMIENTO)

N = 30

EDAD	n	%
20 — 30	7	23
31 — 40	7	23
41 — 50	8	27
51 — 60	5	17
61 ó mas	3	10
TOTAL	30	100

 $\bar{X} = 43$

TABLA 2

**GRUPO EXPERIMENTAL
(FUMADORES CON TRATAMIENTO)**

N = 30

ESCOLARIDAD	n	%
PROFESIONAL	24	80
PREPARATORIA o EQUIVALENTE	3	10
SECUNDARIA	1	3
PRIMARIA	2	7
TOTAL	30	100

TABLA 3

**GRUPO EXPERIMENTAL
(FUMADORES CON TRATAMIENTO)**

N = 30

No. de CIGARROS que FUMA al DIA	n	%
MENOS de 10	3	10
11 A 20	9	30
21 A 30	8	27
31 A 40	7	23
41 A 50	2	7
51 ó MAS	1	3
TOTAL	30	100

TABLA 4

**GRUPO EXPERIMENTAL
(FUMADORES CON TRATAMIENTO)**

N = 30

EDAD de INICIO	n	%
10 A 20	29	97
21 A 30	1	3
TOTAL	30	100

TABLA 5

CATEGORÍA QUE MIDE DEPRIMIDO AMBULATORIO, EL 10% PARA REACCIONES DE ANSIEDAD, EL 7% PARA LA CATEGORÍA QUE MIDE DESÓRDENES DE LA PERSONALIDAD Y EL 17% CORRESPONDIÓ A LA CATEGORÍA QUE MIDE REACCIONES DE SITUACIÓN TRANSITORIA (VER TABLA No. 6).

EN LA SEGUNDA APLICACIÓN SE ENCONTRÓ QUE EL 46% SE UBICÓ EN LA CATEGORÍA DE CONTROLES NORMALES, NO SE ENCONTRÓ NINGÚN CASO PARA DEPRIMIDO HOSPITALIZADO, EL 15% CORRESPONDIÓ A LA CATEGORÍA QUE MIDE DEPRIMIDO AMBULATORIO, EL 3% PARA REACCIONES DE ANSIEDAD, EL 3% PARA DESÓRDENES DE LA PERSONALIDAD Y EL 33% PARA REACCIONES DE AJUSTE DE SITUACIÓN TRANSITORIA (VER TABLA No. 6).

EN LA TERCERA APLICACIÓN SE ENCONTRÓ QUE EL 60% DE LOS SUJETOS SE ENCONTRARON UBICADOS EN CONTROLES NORMALES, EL 3% EN DEPRIMIDO HOSPITALIZADO, EL 3% CORRESPONDIÓ A DEPRIMIDO AMBULATORIO, EL 7% POR IGUAL CORRESPONDIÓ A LAS CATEGORÍAS DE REACCIONES DE ANSIEDAD Y DESÓRDENES DE LA PERSONALIDAD Y EL 20% PARA REACCIONES DE AJUSTE DE SITUACIÓN TRANSITORIA (VER TABLA No. 6)

2.- PRUEBA DE AARON BECK. - LA PRUEBA SE APLICÓ EN TRES OCASIONES DISTINTAS Y LOS RESULTADOS FUERON LOS SIGUIENTES PARA CADA APLICACIÓN:

EN LA PRIMERA APLICACIÓN UN 67% O SEA 27 SUJETOS NO PADECÍAN DEPRESIÓN, EL 17% PADECÍAN DEPRESIÓN LIGERA, EL 16% RESTANTE SE ENCONTRARON DISTRIBUIDOS ENTRE LAS CATEGORÍAS QUE MIDEN DEPRESIÓN LIGERA Y DEPRESIÓN MODERADA (VER TABLA No. 7).

ZUNG - GRUPO EXPERIMENTAL **(FUMADORES CON TRATAMIENTO)**

N = 30

PRUEBA de ZUNG	1ra. APLICACION n %		2da. APLICACION n %		3ra. APLICACION n %	
CONTROLES NORMALES	14	46	14	46	18	60
DEPRIMIDO EN HOSPITALIZACION	1	3	—	—	1	3
DEPRIMIDO AMBULATORIO	5	17	4	15	1	3
REACCIONES DE ANSIEDAD	3	10	1	3	2	7
DESORDENES DE LA PERSONALIDAD	2	7	1	3	2	7
REACCIONES DE AJUSTE	5	17	10	33	6	20
TOTAL	30	100	30	100	30	100

TABLA 6

BECK - GRUPO EXPERIMENTAL (FUMADORES CON TRATAMIENTO)

N = 30

CUESTIONARIO DE BECK	1ra. APLICACION		2da. APLICACION		3ra. APLICACION	
	n	%	n	%	n	%
SIN DEPRESION	20	67	23	77	24	80
DEPRESION LIGERA	4	3	3	10	3	10
DEPRESION MODERADA	1	3	3	10	2	7
DEPRESION SEVERA	5	17	1	3	1	3
TOTAL	30	100	30	100	30	100

TABLA 7

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

EN LA SEGUNDA APLICACIÓN EL 77% DE LOS SUJETOS NO PADECÍAN DEPRESIÓN, EL 10% PADECÍAN DEPRESIÓN LIGERA, EL 10% DEPRESIÓN MODERADA Y ÚNICAMENTE EL 3% O SEA 1 PACIENTE PADECÍA DEPRESIÓN SEVERA (VER TABLA No. 7).

EN LA TERCERA APLICACIÓN, EL 80% DE LOS SUJETOS NO PADECÍAN DEPRESIÓN, EL 10% PRESENTARON DEPRESIÓN LIGERA, EL 7% DEPRESIÓN MODERADA Y SÓLO EL 3% O SEA 1 SUJETO PRESENTÓ DEPRESIÓN SEVERA (VER TABLA No. 7).

3.- PRUEBA DEL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINESOTTA. - LA PRUEBA TAMBIÉN SE APLICÓ EN TRES OCASIONES DISTINTAS Y LOS RESULTADOS FUERON LOS SIGUIENTES PARA CADA APLICACIÓN:

EN LA PRIMERA APLICACIÓN EL 57% DE LOS SUJETOS NO PADECÍAN DEPRESIÓN, EL 27% O SEA 8 SUJETOS SE ENCONTRABAN EN LA VARIABLE QUE MIDE CONTROLES NORMALES Y EL 16% O SEA 5 SUJETOS PADECÍAN DEPRESIÓN (VER TABLA No. 8).

EN LA SEGUNDA APLICACIÓN SE OBTUVO UN 77% DE SUJETOS QUE NO PADECÍAN DEPRESIÓN, UN 13% SE ENCONTRABAN UBICADOS EN LA VARIABLE QUE MIDE CONTROLES NORMALES Y UN 10% O SEA 3 SUJETOS PADECÍAN DEPRESIÓN (VER TABLA No. 8).

EN LA TERCERA APLICACIÓN SE OBTUVO UN 84% DE SUJETOS QUE NO PADECÍAN DEPRESIÓN, UN 13% DE LOS SUJETOS SE ENCONTRABAN UBICADOS EN LA VARIABLE QUE MIDE CONTROLES NORMALES Y UN

MMPI- GRUPO EXPERIMENTAL (FUMADORES CON TRATAMIENTO)

N = 30

MMPI	1ra. APLICACION		2da. APLICACION		3ra. APLICACION	
	n	%	n	%	n	%
SIN DEPRESION	17	57	23	77	25	84
CONTROLES NORMALES	8	27	4	13	4	13
DEPRESION	5	16	3	10	1	3
TOTAL	30	100	30	100	30	100

TABLA 8

3% DE LOS PACIENTES PADECÍAN DEPRESIÓN (VER TABLA No. 8)

RESULTADOS GRUPO CONTROL No. 1 (NO FUMADORES)

- 1.- SEXO.- EL GRUPO CONTROL No. 1 INTEGRADO POR 30 SUJETOS FUMADORES, QUE NO LLEVARON A CABO NINGÚN TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR. TOMANDO EN CUENTA LA VARIABLE SEXO LOS SUJETOS SE ENCONTRARON DISTRIBUIDOS DE LA SIGUIENTE MANERA: EL 50% DE LOS SUJETOS PERTENECÍAN AL SEXO MASCULINO Y EL 50% PERTENECÍAN AL SEXO FEMENINO (VER TABLA 1A).
- 2.- EDAD.- EN CUANTO A LA EDAD SE OBTUVO UNA MEDIA DE 39 AÑOS Y UNA DESVIACIÓN ESTANDAR DE 10.69 (VER TABLA No. 2A).
- 3.- ESCOLARIDAD.- SE OBTUVO UN 67% DE SUJETOS QUE REALIZARON UNA CARRERA PROFESIONAL Y EL 33% RESTANTE SE ENCUENTRAN DISTRIBUIDOS ENTRE LOS NIVELES DE PRIMARIA, SECUNDARIA Y PREPARATORIA (VER TABLA No. 3A).

RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS PARA MEDIR DEPRESIÓN, GRUPO CONTROL No. 1 (NO FUMADORES)

- 1.- PRUEBA DE W. ZUNG.- LA PRUEBA FUE APLICADA EN TRES SITUACIONES DISTINTAS DE TIEMPO. LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PRESENTE PRUEBA FUERON LOS SIGUIENTES:

GRUPO CONTROL 1
(NO FUMADORES)

n=30

SEXO	n	%
MASCULINO	15	50
FEMENINO	15	50
TOTAL	30	100

TABLA 1a

GRUPO CONTROL 1
(NO FUMADORES)

n=30

EDAD	n	%
20—30	10	34
31—40	7	23
41—50	7	23
51—60	4	13
61 ó MAS	2	7
TOTAL	30	100

$\bar{X}=39$

TABLA 2a

EN LA PRIMERA APLICACIÓN EL 54% DE LOS SUJETOS O SEA 16, OBTUVIERON SUS PUNTAJES ALTOS EN LA VARIABLE QUE MIDE CONTROLES NORMALES, EL 17% O SEA 5 SUJETOS SE ENCONTRARON UBICADOS EN LA VARIABLE QUE MIDE REACCIONES DE ANSIEDAD, EL 13% FUE OBTENIDO POR IGUAL PARA LAS VARIABLES QUE MIDEN DEPRESIÓN AMBULATORIA Y REACCIONES DE AJUSTE DE SITUACIÓN TRANSITORIA Y ÚNICAMENTE EL 3% SE ENCONTRÓ UBICADO EN LA VARIABLE QUE MIDE DESÓRDENES DE LA PERSONALIDAD (VER TABLA No. 9)

EN LA SEGUNDA APLICACIÓN, EL 63% SE ENCONTRÓ UBICADO EN LA VARIABLE QUE MIDE CONTROLES NORMALES, EL 10% O SEA 3 SUJETOS SE ENCONTRÓ POR IGUAL PARA LAS VARIABLES QUE MIDEN REACCIONES DE ANSIEDAD, DESÓRDENES DE LA PERSONALIDAD Y REACCIONES DE AJUSTE DE SITUACIÓN TRANSITORIA Y ÚNICAMENTE EL 7% O SEA 2 SUJETOS PARA LA VARIABLE QUE MIDE DEPRESIÓN AMBULATORIA (VER TABLA No. 9).

EN LA TERCERA APLICACIÓN EL 70% DE LOS SUJETOS OBTUVIERON PUNTAJES ALTOS EN LA VARIABLE QUE MIDE CONTROLES NORMALES, EL 17% O SEA 5 SUJETOS SE ENCONTRARON UBICADOS EN LA VARIABLE QUE MIDE REACCIONES DE ANSIEDAD Y EL 13% RESTANTE O SEA 4 SUJETOS SE ENCONTRARON UBICADOS EN LA VARIABLE QUE MIDE DEPRESIÓN AMBULATORIA (VER TABLA No. 9)

2.- PRUEBA DE AARON BECK.- LA PRUEBA TAMBIÉN FUE APLICADA EN TRES SITUACIONES DISTINTAS, ENCONTRANDO LOS RESULTADOS

GRUPO de CONTROL No.1 (NO FUMADORES)

n=30

ESCOLARIDAD	n	%
PROFESIONAL	20	67
PREPARATORIA ó EQUIVALENTE	4	13
SECUNDARIA	2	7
PRIMARIA	4	13
TOTAL	30	100

TABLA 3a

ZUNG - GRUPO de CONTROL No 1 (NO FUMADORES)

n=30

ESCALA de ZUNG	1a. APLICACION		2da. APLICACION		3ra. APLICACION	
	n	%	n	%	n	%
CONTROLES NORMALES	16	54	19	63	21	70
DEPRIMIDOS HOSPITALIZADOS	—	—	—	—	—	—
DEPRIMIDOS AMBULATORIOS	4	13	2	7	4	10
REACCIONES de ANCIEDAD	5	17	3	10	5	17
DESORDENES de la PERSONALIDAD	1	3	3	10	—	—
REACCIONES de AJUSTE de SITUACION TRANSITORIA	4	13	3	10	—	—
TOTAL	30	100	30	100	30	100

TABLA 9

SIGUIENTES:

EN LA PRIMERA APLICACIÓN EL 60% O SEA 18 SUJETOS SE ENCONTRARON UBICADOS EN LA VARIABLE QUE MIDE SIN DEPRESIÓN, EL 17% O SEA 5 SUJETOS SE ENCONTRARON UBICADOS EN LA VARIABLE QUE MIDE DEPRESIÓN MODERADA, EL 13% UBICADO EN LA VARIABLE QUE MIDE DEPRESIÓN LIGERA Y ÚNICAMENTE EL 10% O SEA 3 SUJETOS OBTUVIERON NIVELES ALTOS EN LA VARIABLE QUE MIDE DEPRESIÓN SEVERA (VER TABLA No. 10).

EN LA SEGUNDA APLICACIÓN EL 70% O SEA 21 PACIENTES NO PADECÍAN DEPRESIÓN, EL 23% O SEA 7 SUJETOS PADECÍAN DEPRESIÓN Y ÚNICAMENTE 2 SUJETOS O SEA EL 7% SE ENCONTRARON UBICADOS EN LA VARIABLE QUE MIDE CONTROLES NORMALES (VER TABLA No. 11).

EN LA TERCERA APLICACIÓN, EL 74% NO PADECÍAN DEPRESIÓN, EL 13% PADECÍAN DEPRESIÓN SEVERA, EL 10% DE LOS SUJETOS SE UBICARON EN LA VARIABLE QUE MIDE DEPRESIÓN LIGERA Y ÚNICAMENTE EL 3% O SEA 1 SUJETO SE ENCONTRÓ UBICADO EN LA VARIABLE QUE MIDE DEPRESIÓN MODERADA (VER TABLA No. 10).

3.- PRUEBA DEL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA.- LA PRUEBA TAMBIÉN FUÉ APLICADA EN TRES SITUACIONES DISTINTAS DE TIEMPO Y SE ENCONTRARON LOS SIGUIENTES RESULTADOS:.

EN LA PRIMERA APLICACIÓN EL 64% O SEA 19 SUJETOS NO PADECÍAN DEPRESIÓN, EL 23% O SEA 7 PACIENTES SE ENCONTRARON UBICADOS EN LA VARIABLE QUE MIDE CONTROLES NORMALES

BECK - GRUPO de CONTROL No. 1 (NO FUMADORES)

n = 30

CUESTIONARIO BECK	1ra. APLICACION		2da. APLICACION		3ra. APLICACION	
	n	%	n	%	n	%
SIN DEPRESION	18	60	21	70	22	74
DEPRESION LIGERA	4	13	6	20	3	10
DEPRESION MODERADA	5	17	1	3	1	3
DEPRESION SEVERA	3	10	2	7	4	13
TOTAL	30	100	30	100	30	100

TABLA 10

MMPI - GRUPO de CONTROL No 1 (NO FUMADORES)

n = 30

ESCALA de MMPI	1ra. APLICACION		2da. APLICACION		3ra APLICACION	
	n	%	n	%	n	%
SIN DEPRESION	19	64	21	70	21	70
CONTROLES NORMALES	7	23	7	23	2	7
DEPRESION	4	13	2	7	7	23
TOTAL	30	100	30	100	30	100

TABLA 11

Y EL 13% O SEA 4 PACIENTES PADECÍAN DEPRESIÓN (VER TABLA No. 11).

EN LA SEGUNDA APLICACIÓN EL 70% DE LOS SUJETOS NO PADECÍAN DEPRESIÓN, EL 23% SE ENCONTRARON UBICADOS EN LA CATEGORÍA QUE MIDE CONTROLES NORMALES Y ÚNICAMENTE 2 SUJETOS O SEA EL 7% PADECÍAN DEPRESIÓN (VER TABLA No. 11).

EN LA TERCERA APLICACIÓN, EL 70% O SEA 21 SUJETOS NO PADECÍAN DEPRESIÓN, EL 23% O SEA 7 SUJETOS PADECÍAN DEPRESIÓN Y ÚNICAMENTE 2 SUJETOS O SEA EL 7%, SE ENCONTRARON UBICADOS EN LA CATEGORÍA QUE MIDE CONTROLES NORMALES (VER TABLA No. 11).

RESULTADOS GRUPO CONTROL No. 2 (FUMADORES SIN TRATAMIENTO)

1.- SEXO.- EL GRUPO CONTROL No. 2, ESTUVO INTEGRADO POR 30 SUJETOS FUMADORES QUE NO LLEVARO A CABO EL TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR. LOS SUJETOS ESTUVIERON DISTRIBUIDOS DE LA SIGUIENTE MANERA: EL 57% O SEA 17 SUJETOS PERTENECÍAN AL SEXO MASCULINO Y EL 43% O SEA 13 PACIENTES PERTENECÍAN AL SEXO FEMENINO (VER TABLA No. 1B).

2.- EDAD.- TOMANDO EN CUENTA LA EDAD, SE OBTUVO UNA MEDIA DE 41 AÑOS Y UNA DESVIACIÓN ESTANDAR DE 11.74. (VER TABLA No. 2B).

GRUPO de CONTROL No. 2
(FUMADORES SIN TRATAMIENTO)

N=30

SEXO	n	%
MASCULINO	17	57
FEMENINO	13	43
TOTAL	30	100

TABLA 1b

GRUPO de CONTROL No. 2
(FUMADORES SIN TRATAMIENTO)

N=30

EDAD	n	%
20 - 30	8	27
31 - 40	8	27
41 - 50	6	20
51 - 60	7	23
61 - MAS	1	3
TOTAL	30	100

TABLA 2b

\bar{X} = 41 años

GRUPO de CONTROL No. 2
(FUMADORES SIN TRATAMIENTO)

N=30

ESCOLARIDAD	n	%
PROFESIONAL	10	33
PREPARATORIA ó EQUIVALENTE	6	20
SECUNDARIA	4	14
PRIMARIA	10	33
TOTAL	30	100

TABLA 3b

GRUPO de CONTROL No. 2
(FUMADORES SIN TRATAMIENTO)

N=30

No. de CIGARROS que se FUMA al DIA	n	%
10 - 20	13	43
21 - 30	9	30
31 - 40	5	17
41 ó MAS	3	10
TOTAL	30	100

TABLA 4a

$$\bar{X}=27$$

GRUPO de CONTROL No. 2
(FUMADORES SIN TRATAMIENTO)

N=30

EDAD DE INICIO	n	%
10 - 20	28	93
21 - 30	2	7
TOTAL	30	100

TABLA 5a

$$\bar{X}=17$$

3.- ESCOLARIDAD.- SE ENCONTRÓ QUE EL 33% O SEA 10 SUJETOS HABÍAN ESTUDIADO HASTA EL NIVEL PROFESIONAL, EL 33% HABÍAN ESTUDIADO HASTA EL NIVEL PRIMARIA Y EL 34% RESTANTE SE ENCONTRARON DISTRIBUIDOS ENTRE LOS NIVELES DE PREPARATORIA Y SECUNDARIA (VER TABLA NO. 3B).

4.- PROMEDIO DE CIGARRILLOS FUMADOS POR DÍA.-SE TOMÓ EN CUENTA EL NÚMERO DE CIGARRILLOS FUMADOS POR DÍA PARA CADA PERSONA Y SE ENCONTRÓ QUE EL 43% DE LOS SUJETOS FUMAN DE 10 A 20 CIGARROS, EL 30% O SEA 9 SUJETOS FUMAN DE 21 A 30 CIGARRILLOS, EL 17% DE 31 A 40 Y EL 10% FUMAN MÁS DE 40. OBTENIÉNDOSE UN PROMEDIO TOTAL DE CIGARRILLOS FUMADOS POR DÍA DE 27 (VER TABLA NO. 4A).

5.- EDAD DE INICIO.- SE ENCONTRÓ QUE EL 93% DE LOS SUJETOS SE INICIARON EN EL HÁBITO ENTRE LOS 10 Y LOS 20 AÑOS DE EDAD Y ÚNICAMENTE EL 7% SE INICIÓ ENTRE LOS 21 Y 30 AÑOS. OBTENIENDO UN PROMEDIO TOTAL DE EDAD DE INICIO DE 17 AÑOS (VER TABLA No. 5A).

RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS PARA MEDIR DEPRESIÓN. GRUPO CONTROL NO. 2 (FUMADORES SIN TRATAMIENTO).

1.- PRUEBA DE W. ZUNG.- LA PRUEBA SE APLICÓ EN TRES SITUACIONES DISTINTAS, ENCONTRÁNDOSE LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

EN LA PRIMERA APLICACIÓN EL 33% DE LOS SUJETOS OBTUVIERON VALORES ALTOS EN LA VARIABLE QUE MIDE CONTROLES NORMALES, EL 43% SE ENCONTRARON UBICADOS EN LA VARIABLE QUE MIDE DEPRESIÓN AMBULATORIA, EL 18% PADECÍAN REACCIONES DE ANSIEDAD, EL 3% SE ENCONTRÓ EN LOS NIVELES QUE MIDEN DESÓRDENES DE LA PERSONALIDAD Y REACCIONES DE AJUSTE DE SITUACIÓN TRANSITORIA. COMO SE PUEDE OBSERVAR EN LA TABLA No. 12 NO HUBO NINGÚN SUJETO QUE SE ENCONTRARA UBICADO EN LA VARIABLE QUE MIDE DEPRIMIDO HOSPITALIZADO.

EN LA SEGUNDA APLICACIÓN SE ENCONTRÓ QUE EL 30% OBTUVIERON VALORES ALTOS EN LA VARIABLE QUE MIDE CONTROLES NORMALES, EL 23% O SEA 7 SUJETOS SE ENCONTRARON UBICADOS EN LA VARIABLE QUE MIDE REACCIONES DE ANSIEDAD, EL 17% DE LOS SUJETOS SE ENCONTRARON EN LA VARIABLE QUE MIDE DEPRESIÓN AMBULATORIA, OTRO 17% SE ENCONTRÓ TAMBIÉN PARA LA VARIABLE QUE MIDE REACCIONES DE AJUSTE DE SITUACIÓN TRANSITORIA Y EL 13% O SEA 4 SUJETOS SE ENCONTRARON UBICADOS EN LA VARIABLE QUE MIDE DESÓRDENES DE LA PERSONALIDAD (VER TABLA No. 12).

EN LA TERCERA APLICACIÓN SE ENCONTRÓ QUE EL 33% DE LOS SUJETOS SE ENCONTRARON UBICADOS EN LA VARIABLE QUE MIDE CONTROLES NORMALES, OTRO 33% PERTENECÍA A LA VARIABLE DE DEPRESIÓN AMBULATORIA, EL 17% FUE UBICADO POR IGUAL PARA LAS VARIABLES QUE MIDEN REACCIONES DE AJUSTE DE SITUACIÓN TRANSITORIA Y REACCIONES DE ANSIEDAD (VER TABLA No. 12).

ZUNG-GRUPO de CONTROL No.2 **(FUMADORES SIN TRATAMIENTO)**

N = 30

CUETIONARIO DE ZUNG	1ra. APLICACION		2 da. APLICACION		3ra. APLICACION	
	n	%	n	%	n	%
CONTROLES NORMALES	10	33	9	30	10	33
DEPRIMIDOS HOSPITALIZADOS	—	—	—	—	—	—
DEPRIMIDOS AMBULATORIOS	13	43	5	17	10	33
REACCIONES de ANSIEDAD	5	18	7	23	5	17
DESORDENES de la PERSONALIDAD	1	3	4	13	—	—
REACCIONES de AJUST de SITUACION TRANSIT.	1	3	5	17	5	17
TOTAL	30	100	30	100	30	100

TABLA 12

2.- PRUEBA DE AARON BECK.- LA PRUEBA FUÉ APLICADA EN TRES SITUACIONES DISTINTAS DE TIEMPO, ENCONTRÁNDOSE LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

EN LA PRIMERA APLICACIÓN SE ENCONTRÓ QUE EL 33% DE LOS PACIENTES NO PADECÍAN DEPRESIÓN, EL 27% PORCENTAJE ENCONTRADO POR IGUAL PARA LAS VARIABLES QUE MIDEN DEPRESIÓN MODERADA Y DEPRESIÓN SEVERA Y ÚNICAMENTE EL 13% PADECÍA DEPRESIÓN LIGERA (VER TABLA No. 13).

EN LA SEGUNDA APLICACIÓN SE ENCONTRÓ QUE EL 40% DE LOS SUJETOS PADECÍAN DEPRESIÓN MODERADA, EL 30% NO PADECÍA DEPRESIÓN, EL 17% DE LOS SUJETOS PADECÍAN DEPRESIÓN LIGERA Y EL 13% O SEA 4 SUJETOS PADECÍAN DEPRESIÓN SEVERA (VER TABLA No. 13).

EN LA TERCERA APLICACIÓN, SE ENCONTRÓ QUE EL 33% DE LOS SUJETOS NO PADECÍAN DEPRESIÓN, EL 27% PORCENTAJE ENCONTRADO POR IGUAL EN LAS VARIABLES QUE MIDEN DEPRESIÓN MODERADA Y DEPRESIÓN SEVERA Y EL 13% PADECÍA DEPRESIÓN LIGERA. COMO SE PUEDE OBSERVAR EN LA TABLA No. 13 LOS DATOS SON IGUALES A LOS OBTENIDOS EN LA PRIMERA APLICACIÓN.

3.- PRUEBA DEL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA.- LA PRUEBA TAMBIÉN FUÉ APLICADA EN TRES SITUACIONES DISTINTAS, ENCONTRÁNDOSE LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

EN LA PRIMERA APLICACIÓN SE ENCONTRÓ QUE UN 54% O SEA

BECK-GRUPO de CONTROL No. 2 (FUMADORES SIN TRATAMIENTO)

N=30

CUESTIONARIO DE BECK	1ra. APLICACION		2da. APLICACION		3ra. APLICACION	
	n	%	n	%	n	%
SIN DEPRESION	10	33	9	34	10	33
DEPRESION LIGERA	4	13	5	17	4	13
DEPRESION MODERADA	8	27	12	40	8	27
DEPRESION SEVERA	8	27	4	13	8	27
TOTAL	30	100	30	100	30	100

TABLA 13

MMPI-GRUPO de CONTROL No. 2 (FUMADORES SIN TRATAMIENTO)

N=30

CUESTIONARIO DE MMPI	1ra. APLICACION		2 da. APLICACION		3ra. APLICACION	
	n	%	n	%	n	%
SIN DEPRESION	10	33	9	30	11	37
CONTROL NORMAL	4	13	8	27	3	10
DEPRESION	16	54	13	43	16	53
TOTAL	30	100	30	100	30	100

TABLA 14

16 PACIENTES PADECÍAN DEPRESIÓN, EL 33% NO LA PADECÍA Y ÚNICAMENTE EL 13% SE ENCONTRABAN UBICADOS EN LA VARIABLE QUE MIDE CONTROLES NORMALES (VER TABLA No. 14).

EN LA SEGUNDA APLICACIÓN SE ENCONTRÓ, QUE EL 43% DE LOS SUJETOS PADECÍAN DEPRESIÓN, EL 30% NO LA PADECÍA Y EL 27% SE ENCONTRABAN UBICADOS EN LA VARIABLE QUE MIDE CONTROLES NORMALES (VER TABLA No. 14).

EN LA TERCERA APLICACIÓN SE ENCONTRÓ QUE EL 53% DE LOS SUJETOS PADECÍAN DEPRESIÓN, EL 37% O SEA 11 SUJETOS NO PADECÍAN DEPRESIÓN Y ÚNICAMENTE EL 10% SE ENCONTRARON UBICADOS EN LA VARIABLE QUE MIDE CONTROLES NORMALES (VER TABLA No. 14).

POSTERIORMENTE SE PRESENTAN LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS (ZUNG, BECK Y M. M.P.I.), CONSIDERANDO TODOS LOS POSIBLES GRADOS Y DIAGNÓSTICOS DE DEPRESIÓN QUE CALIFICA CADA PRUEBA.

PARA LOGRAR QUE ESTA COMPARACIÓN FUERA MÁS EXACTA Y VERAZ SE UTILIZARON LOS PACIENTES QUE EN SU PRIMERA APLICACIÓN OBTUVIERON NIVELES ALTOS DE DEPRESIÓN PARA CADA UNA DE LAS PRUEBAS. ESTOS MISMOS SUJETOS SE COMPARARON EN SU SEGUNDA Y TERCERA APLICACIÓN.

PRUEBA DE ZUNG

LOS RESULTADOS PARA LA PRUEBA DE W. ZUNG EN LA VARIA

BLE QUE MIDE CONTROLES NORMALES PARA CADA GRUPO FUERON LOS SIGUIENTES:

1.- GRUPO EXPERIMENTAL (FUMADORES CON TRATAMIENTO).

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 13 SUJETOS OBTUVIERON 42 PUNTOS, EN LA SEGUNDA APLICACIÓN 43 PUNTOS Y EN LA TERCERA APLICACIÓN 38 (VER GRÁFICA 1)

2.- GRUPO CONTROL No. 1 (NO FUMADORES).

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 16 SUJETOS OBTUVIERON 32 PUNTOS, EN LA SEGUNDA APLICACIÓN 32 PUNTOS Y EN LA TERCERA APLICACIÓN 31 PUNTOS (VER GRÁFICA 2)

3.- GRUPO CONTROL No. 2 (FUMADORES SIN TRATAMIENTO).

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 16 SUJETOS OBTUVIERON 33 PUNTOS, 40 PUNTOS EN LA SEGUNDA APLICACIÓN Y 37 PUNTOS EN LA TERCERA APLICACIÓN (VER GRÁFICA No. 3).

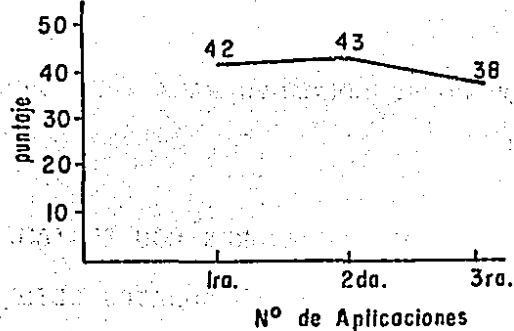
PARA LA VARIABLE QUE MIDE DEPRIMIDOS HOSPITALIZADOS, LOS RESULTADOS FUERON LOS SIGUIENTES:

1.- GRUPO EXPERIMENTAL (FUMADORES CON TRATAMIENTO).

EN LA PRIMERA APLICACIÓN SÓLO 1 PACIENTE OBTUVO 89 PUNTOS, EN LA SEGUNDA APLICACIÓN DE 53 Y EN LA TERCERA APLICACIÓN 55 PUNTOS (VER GRÁFICA 4).

Zung- GRUPO EXPERIMENTAL
(FUMADORES CON TRATAMIENTO)

n = 13 CONTROLES NORMALES



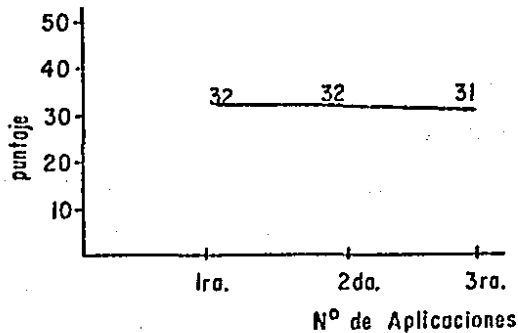
GRAFICA 1

Zung- GRUPO de CONTROL Nº 1

(No Fumadores)

Controles Normales

n = 16

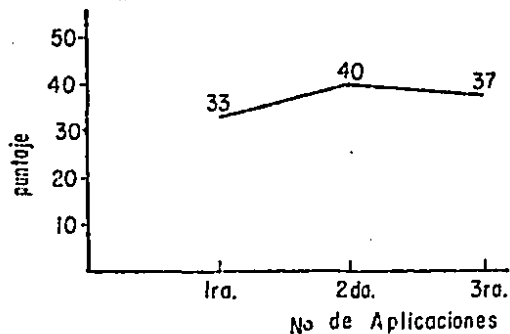


GRAFICA 2

Zung- GRUPO de Control No. 2

(Fumadores sin Tratamiento)

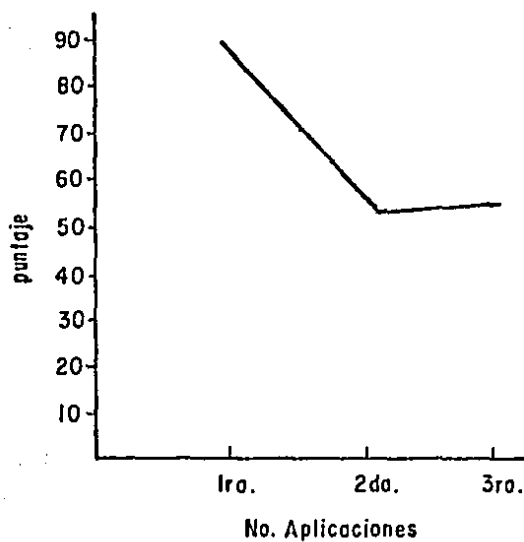
n = 16 Controles Normales



GRAFICA 3

Zung - GRUPO EXPERIMENTAL
(Fumadores con Tratamiento)

n=1 Deprimidos Hospitalizados



GRAFICA 4

Nota: EN EL GRUPO DE CONTROL No.1 y No.2, NO SE PRESENTO NINGUN CASO DE DEPRIMIDO HOSPITALIZADO.

2.- GRUPO CONTROL No. 1 (NO FUMADORES).

NO SE PRESENTÓ NINGÚN CASO EN ESTA VARIABLE

3.- GRUPO CONTROL No. 2 (FUMADORES SIN TRATAMIENTO).

NO SE PRESENTÓ NINGÚN CASO EN ESTA VARIABLE

PARA LA VARIABLE QUE MIDE DEPRIMIDO AMBULATORIO, LOS RESULTADOS PARA CADA GRUPO FUERON LOS SIGUIENTES:

1.- GRUPO EXPERIMENTAL (FUMADORES CON TRATAMIENTO).

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 3 PACIENTES OBTUVIERON 60 PUNTOS, EN LA SEGUNDA APLICACIÓN 50 PUNTOS Y EN LA TERCERA APLICACIÓN 55 PUNTOS (VER GRÁFICA 5).

2.- GRUPO CONTROL No. 1 (NO FUMADORES).

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 4 SUJETOS PRESENTARON 54 PUNTOS, 43 PUNTOS EN LA SEGUNDA APLICACIÓN Y 47 PUNTOS EN LA TERCERA APLICACIÓN (VER GRÁFICA 6)

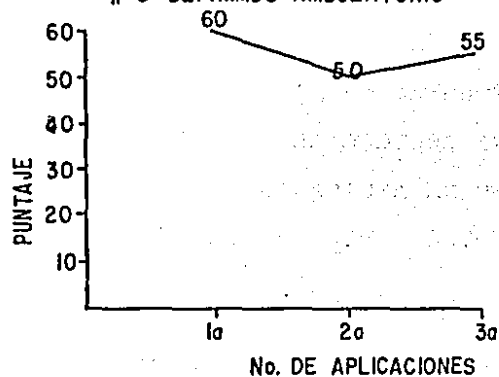
3.- GRUPO CONTROL No. 2 (FUMADORES SIN TRATAMIENTO)

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 13 PACIENTES OBTUVIERON 63 PUNTOS, EN LA SEGUNDA APLICACIÓN 55 PUNTOS Y EN LA TERCERA APLICACIÓN 54 PUNTOS (VER GRÁFICA 7).

PARA LA VARIABLE QUE MIDE REACCIONES DE ANSIEDAD, LOS RESULTADOS PARA CADA GRUPO FUERON LOS SIGUIENTES:

Zung-GRUPO EXPERIMENTAL
(FUMADORES CON TRATAMIENTO)

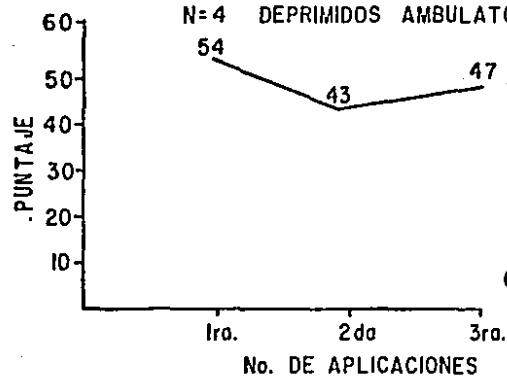
n=3 DEPRIMIDO AMBULATORIO



GRAFICA 5

ZUNG-GRUPO CONTROL No. 1
(NO FUMADORES)

N=4 DEPRIMIDOS AMBULATORIOS

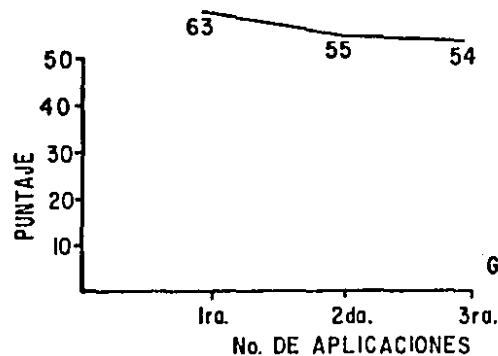


GRAFICA 6

ZUNG-GRUPO DE CONTROL No. 2

(FUMADORES SIN TRATAMIENTO)

N=13 DEPRIMIDO AMBULATORIO



GRAFICA 7

1.- GRUPO EXPERIMENTAL (FUMADORES CON TRATAMIENTO)

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 2 PACIENTES OBTUVIERON 48 PUNTOS, EN LA SEGUNDA APLICACIÓN 45 PUNTOS Y EN LA TERCERA APLICACIÓN 43 PUNTOS (VER GRÁFICA 8)

2.- GRUPO CONTROL No. 1 (NO FUMADORES)

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 5 SUJETOS OBTUVIERON 45 PUNTOS, EN LA SEGUNDA APLICACIÓN 45 PUNTOS Y EN LA TERCERA APLICACIÓN 51 PUNTOS (GRÁFICA 9)

3.- GRUPO CONTROL No. 2 (FUMADORES SIN TRATAMIENTO).

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 5 SUJETOS OBTUVIERON 57 PUNTOS, EN LA SEGUNDA APLICACIÓN 52 PUNTOS Y EN LA TERCERA APLICACIÓN 55 PUNTOS (VER GRÁFICA 10).

PARA LA VARIABLE QUE MIDE DESÓRDENES DE LA PERSONALIDAD, LOS RESULTADOS PARA CADA GRUPO FUERON LOS SIGUIENTES:

1.- GRUPO EXPERIMENTAL (FUMADORES CON TRATAMIENTO).

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 2 SUJETOS OBTUVIERON 43 PUNTOS, EN LA SEGUNDA APLICACIÓN 48 PUNTOS Y EN LA TERCERA APLICACIÓN 37 PUNTOS (GRÁFICA 11).

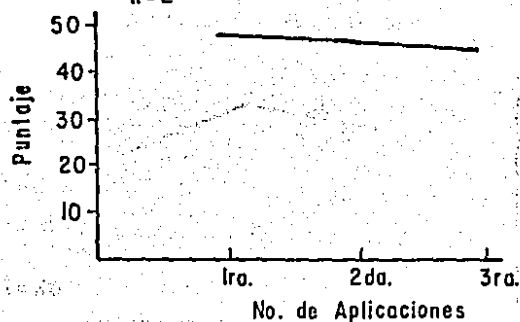
2.- GRUPO CONTROL No. 1 (NO FUMADORES).

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 1 SUJETO OBTUVO 46 PUNTOS, 50 PUNTOS EN LA SEGUNDA APLICACIÓN Y 35 PUNTOS EN LA TERCERA APLICACIÓN (VER GRÁFICA 12).

Zung- GRUPO EXPERIMENTAL
(Fumadores con Tratamiento)

Reacciones de Ansiedad

n = 2

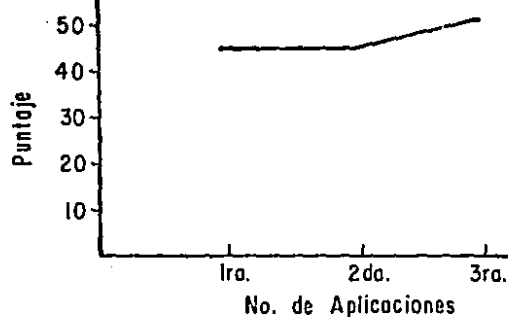


GRAFICA 8

Zung- GRUPO DE CONTROL No.1
(NO Fumadores)

Reacciones de Ansiedad

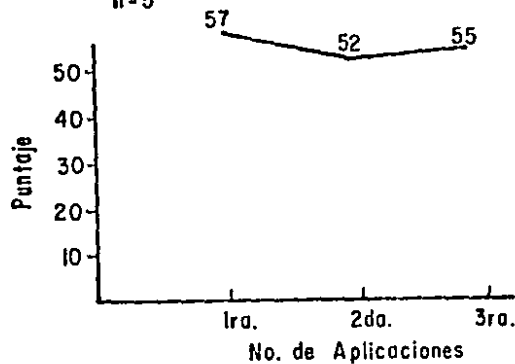
n = 5



GRAFICA 9

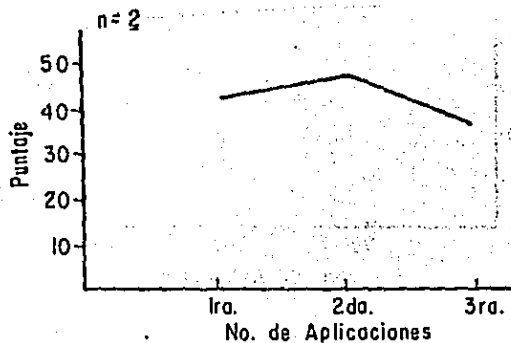
Zung- GRUPO de CONTROL No. 2
Fumadores sin Tratamiento
(Reacciones de Ansiedad.)

n = 5



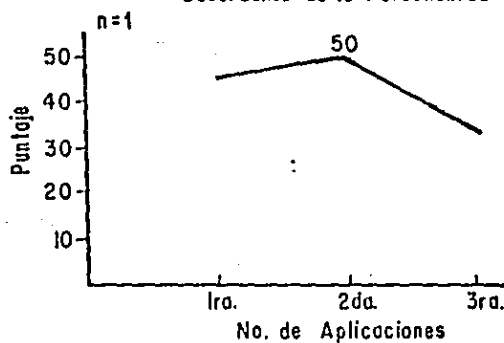
GRAFICA 10

Zung—GRUPO EXPERIMENTAL
(Fumadores con Tratamiento)
Desordenes de la Personalidad



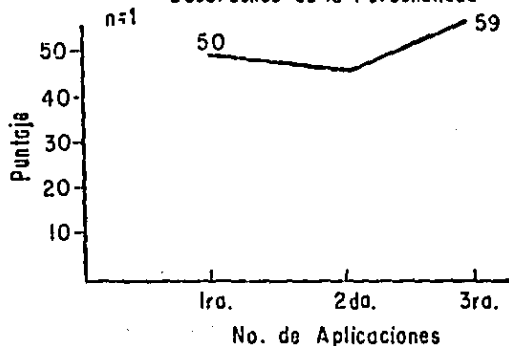
GRAFICA 11

Zung—GRUPO de CONTROL No. 1
(No Fumadores)
Desordenes de la Personalidad



GRAFICA 12

Zung—GRUPO de CONTROL No. 2
(Fumadores sin Tratamiento)
Desordenes de la Personalidad



GRAFICA 13

3.- GRUPO CONTROL NO. 2 (FUMADORES SIN TRATAMIENTO)

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 1 SUJETO OBTUVO 50 PUNTOS, EN LA SEGUNDA APLICACIÓN OBTUVO 59 PUNTOS Y EN LA TERCERA APLICACIÓN 59 PUNTOS (VER GRÁFICA 13)

PARA LA VARIABLE QUE MIDE REACCIONES DE AJUSTE DE SITUACIÓN TRANSITORIA, LOS RESULTADOS PARA CADA GRUPO FUERON LOS SIGUIENTES:

1.- GRUPO EXPERIMENTAL (FUMADORES CON TRATAMIENTO).

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 5 SUJETOS OBTUVIERON 48 PUNTOS, EN LA SEGUNDA APLICACIÓN 42 PUNTOS Y EN LA TERCERA APLICACIÓN 40 PUNTOS (GRÁFICA 14)

2.- GRUPO CONTROL NO. 1 (NO FUMADORES).

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 4 SUJETOS OBTUVIERON 47 PUNTOS, EN LA SEGUNDA APLICACIÓN 40 PUNTOS Y EN LA TERCERA APLICACIÓN 41 PUNTOS (VER GRÁFICA 15).

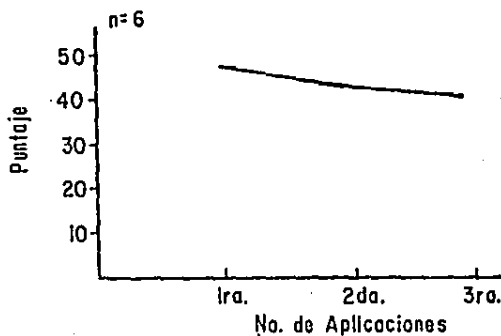
3.- GRUPO CONTROL NO. 2 (FUMADORES SIN TRATAMIENTO).

PARA LA PRIMERA APLICACIÓN 1 SUJETO OBTUVO 46 PUNTOS, EN LA SEGUNDA APLICACIÓN OBTUVO 29 Y EN LA TERCERA APLICACIÓN OBTUVO 50 PUNTOS (VER GRÁFICA 16).

PRUEBA DE BECK

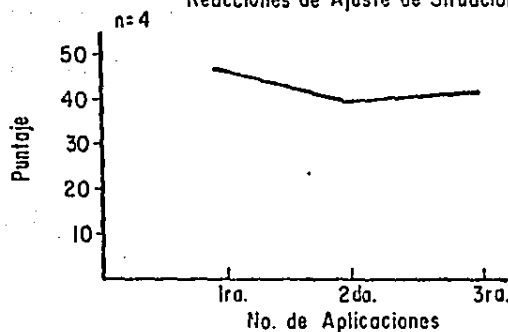
LOS RESULTADOS QUE SE ENCONTRARON EN LA PRUEBA DE BECK

Zung-GRUPO EXPERIMENTAL
(Fumadores con Tratamiento)
Reacciones de Ajuste de Situación Transitoria



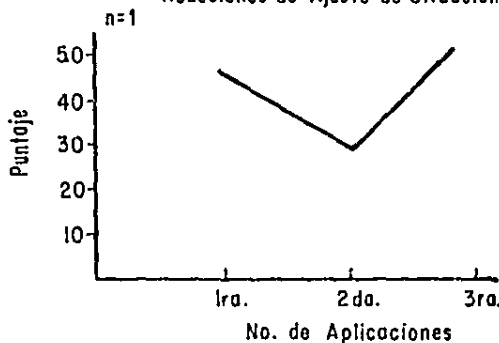
GRAFICA 14

Zung-GRUPO de CONTROL No. 1
(No Fumadores)
Reacciones de Ajuste de Situación Transitoria



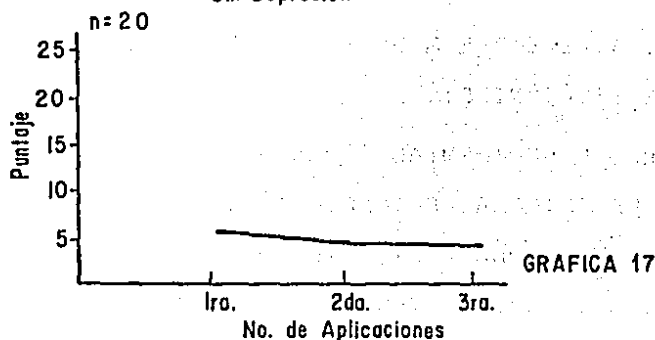
GRAFICA 15

Zung-GRUPO de CONTROL No. 2
(Fumadores sin Tratamiento)
Reacciones de Ajuste de Situación Transitoria

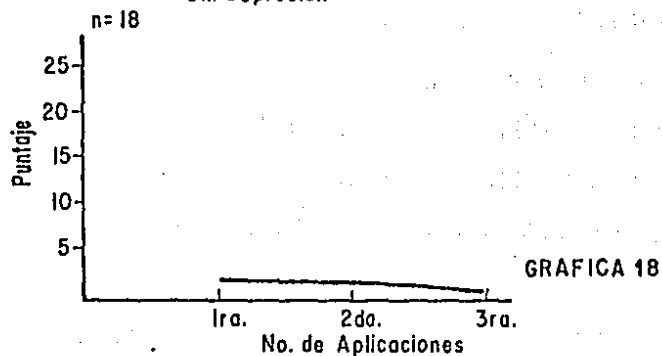


GRAFICA 16

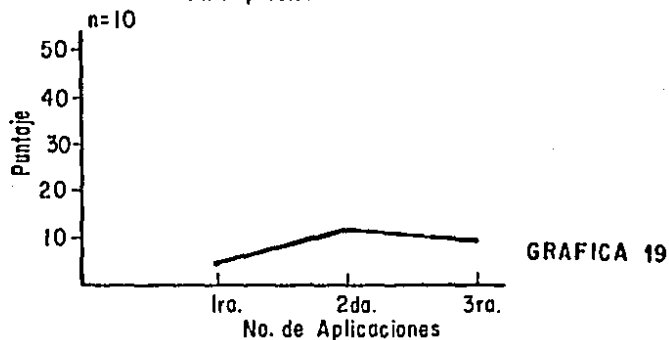
Beck- GRUPO EXPERIMENTAL
(Fumadores con Tratamiento)
Sin Depresión



Beck- GRUPO de CONTROL No. 1
(No Fumadores)
Sin Depresión



Beck- GRUPO de CONTROL No. 2
(Fumadores sin Tratamiento)
Sin Depresión



EN LA VARIABLE QUE MIDE SIN DEPRESIÓN, LOS RESULTADOS FUERON LOS SIGUIENTES:

1.- GRUPO EXPERIMENTAL (FUMADORES CON TRATAMIENTO).

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 20 SUJETOS OBTUVIERON 7 PUNTOS, EN LA SEGUNDA APLICACIÓN 5 PUNTOS Y EN LA TERCERA APLICACIÓN 5 PUNTOS (VER GRÁFICA 17)

2.- GRUPO CONTROL No. 1 (NO FUMADORES).

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 18 SUJETOS OBTUVIERON 3 PUNTOS, 3 PUNTOS EN LA SEGUNDA APLICACIÓN Y 2 PUNTOS EN LA TERCERA APLICACIÓN (VER GRÁFICA 18)

3.- GRUPO CONTROL No. 2 (FUMADORES SIN TRATAMIENTO).

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 10 SUJETOS OBTUVIERON 4 PUNTOS, 12 PUNTOS EN LA SEGUNDA APLICACIÓN Y 10 PUNTOS EN LA TERCERA APLICACIÓN (VER GRÁFICA 19).

PARA LA VARIABLE QUE MIDE DEPRESIÓN LIGERA, LOS RESULTADOS PARA CADA GRUPO FUERON LOS SIGUIENTES:

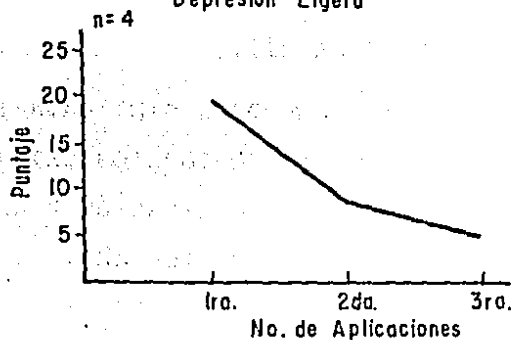
1.- GRUPO EXPERIMENTAL (FUMADORES CON TRATAMIENTO).

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 4 SUJETOS OBTUVIERON 19 PUNTOS, EN LA SEGUNDA APLICACIÓN 7 PUNTOS Y EN LA TERCERA APLICACIÓN 5 PUNTOS. (VER GRÁFICA 20)

2.- GRUPO CONTROL No. 1 (NO FUMADORES).

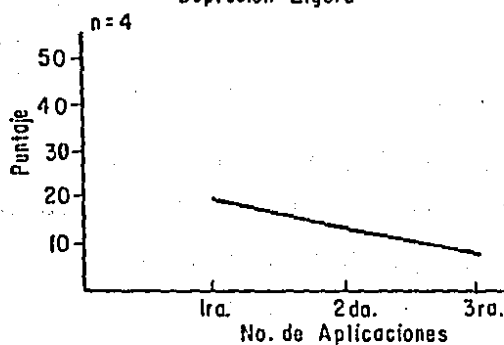
EN LA PRIMERA APLICACIÓN 4 SUJETOS OBTUVIERON 19 PUNTOS, EN LA SEGUNDA APLICACIÓN 13 PUNTOS Y EN LA TERCERA APLICACIÓN

Beck-GRUPO EXPERIMENTAL
(Fumadores con Tratamiento)
Depresión Ligera



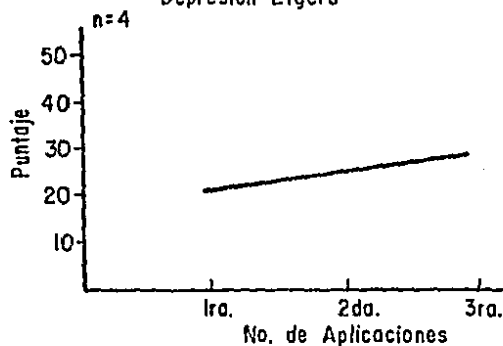
GRAFICA 20

Beck-GRUPO de CONTROL No. 1
(No Fumadores)
Depresión Ligera



GRAFICA 21

Beck-GRUPO de CONTROL No. 2
(Fumadores sin Tratamiento)
Depresión Ligera



GRAFICA 22

CIÓN 8 PUNTOS (VER GRÁFICA 21).

3.- GRUPO CONTROL No. 2 (FUMADORES SIN TRATAMIENTO).

PARA LA PRIMERA APLICACIÓN 4 SUJETOS OBTUVIERON 21 PUNTOS, 24 PUNTOS EN LA SEGUNDA APLICACIÓN Y 27 PUNTOS EN LA TERCERA APLICACIÓN (VER GRÁFICA 22).

PARA LA VARIABLE QUE MIDE DEPRESIÓN MODERADA, LOS RESULTADOS PARA CADA GRUPO FUERON LOS SIGUIENTES:

1.- GRUPO EXPERIMENTAL (FUMADORES CON TRATAMIENTO)

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 1 SUJETO OBTUVO 25 PUNTOS, EN LA SEGUNDA APLICACIÓN OBTUVO 15 PUNTOS Y EN LA TERCERA APLICACIÓN OBTUVO 17 PUNTOS (VER GRÁFICA 23)

2.- GRUPO CONTROL No. 1 (NO FUMADORES).

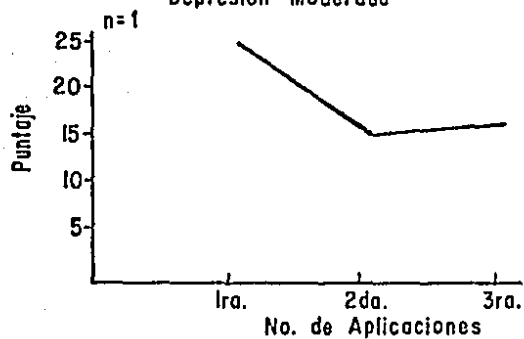
EN LA PRIMERA APLICACIÓN 5 SUJETOS OBTUVIERON 26 PUNTOS, 16 PUNTOS EN LA SEGUNDA APLICACIÓN Y 21 PARA LA TERCERA APLICACIÓN (VER GRÁFICA 24).

3.- GRUPO CONTROL No. 2 (FUMADORES SIN TRATAMIENTO).

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 8 SUJETOS OBTUVIERON 28 PUNTOS, EN LA SEGUNDA APLICACIÓN OBTUVIERON 25 PUNTOS Y EN LA TERCERA APLICACIÓN 52 PUNTOS (VER GRÁFICA 25).

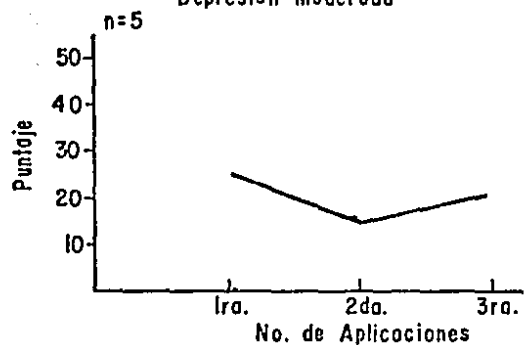
PARA LA VARIABLE QUE MIDE DEPRESIÓN SEVERA, LOS RESULTADOS PARA CADA GRUPO FUERON LOS SIGUIENTES:

Beck-GRUPO EXPERIMENTAL
(Fumadores con Tratamiento)
Depresión Moderada



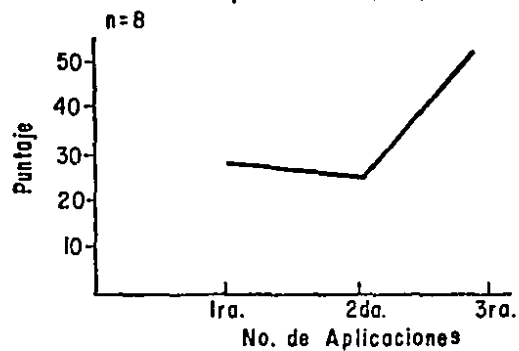
GRAFICA 23

Beck-GRUPO de CONTROL No.1
(No Fumadores)
Depresión Moderada



GRAFICA 24

Beck-GRUPO de CONTROL No.2
(Fumadores sin Tratamiento)
Depresión Moderada



GRAFICA 25

1.- GRUPO EXPERIMENTAL (FUMADORES CON TRATAMIENTO)

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 5 SUJETOS OBTUVIERON 40 PUNTOS, EN LA SEGUNDA APLICACIÓN 23 PUNTOS Y EN LA TERCERA APLICACIÓN 28 PUNTOS (GRÁFICA 26)

2.- GRUPO CONTROL NO. 1 (NO FUMADORES).

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 3 SUJETOS OBTUVIERON 34 PUNTOS, 28 PUNTOS EN LA SEGUNDA APLICACIÓN Y 27 PUNTOS EN LA TERCERA APLICACIÓN (VER GRÁFICA 27).

3.- GRUPO CONTROL NO. 2 (FUMADORES SIN TRATAMIENTO)

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 8 SUJETOS OBTUVIERON 35 PUNTOS, EN LA SEGUNDA APLICACIÓN 26 PUNTOS Y EN LA TERCERA APLICACIÓN 52 PUNTOS (VER GRÁFICA 28).

PRUEBA M.M.P.I.

LOS RESULTADOS PARA LA PRUEBA DE MINNESOTA EN LA VARIABLE QUE MIDE SIN DEPRESIÓN, LOS RESULTADOS PARA CADA GRUPO FUERON LOS SIGUIENTES.

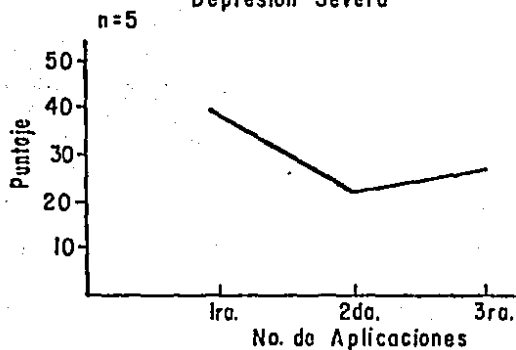
1.- GRUPO EXPERIMENTAL (FUMADORES CON TRATAMIENTO).

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 17 SUJETOS OBTUVIERON 13 PUNTOS, 5 PUNTOS EN LA SEGUNDA APLICACIÓN Y 17 PUNTOS EN LA TERCERA APLICACIÓN (VER GRÁFICA 29)

2.- GRUPO CONTROL NO. 1 (NO FUMADORES).

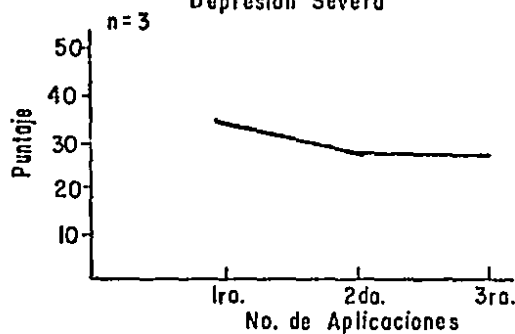
EN LA PRIMERA APLICACIÓN 19 SUJETOS OBTUVIERON 10

Beck-GRUPO EXPERIMENTAL
(Fumadores con Tratamiento)
Depresión Severa



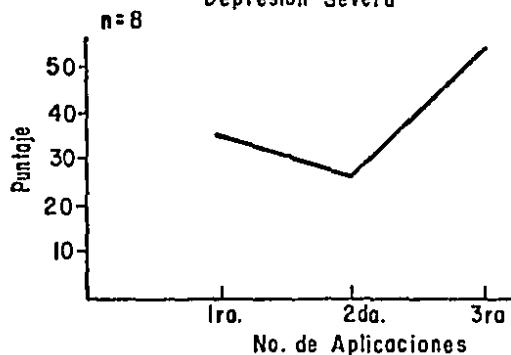
GRAFICA 26

Beck-GRUPO de CONTROL No. 1
(No Fumadores)
Depresión Severa



GRAFICA 27

Beck-GRUPO de CONTROL No. 2
(Fumadores sin Tratamiento)
Depresión Severa



GRAFICA 28

PUNTOS, 13 PUNTOS PARA LA SEGUNDA APLICACIÓN Y 13 PUNTOS PARA LA TERCERA APLICACIÓN (VER GRÁFICA 30).

3.- GRUPO CONTROL NO. 2 (FUMADORES SIN TRATAMIENTO).

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 10 SUJETOS OBTUVIERON 15 PUNTOS, EN LA SEGUNDA APLICACIÓN OBTUVIERON 22 PUNTOS Y EN LA TERCERA APLICACIÓN 19 PUNTOS (VER GRÁFICA 31).

PARA LA VARIABLE QUE MIDE CONTROLES NORMALES, LOS RESULTADOS PARA CADA GRUPO FUERON LOS SIGUIENTES:

1.- GRUPO EXPERIMENTAL (FUMADORES CON TRATAMIENTO).

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 8 SUJETOS OBTUVIERON 23 PUNTOS, 14 PUNTOS PARA LA SEGUNDA APLICACIÓN Y 15 PUNTOS PARA LA TERCERA APLICACIÓN (VER GRÁFICA 32).

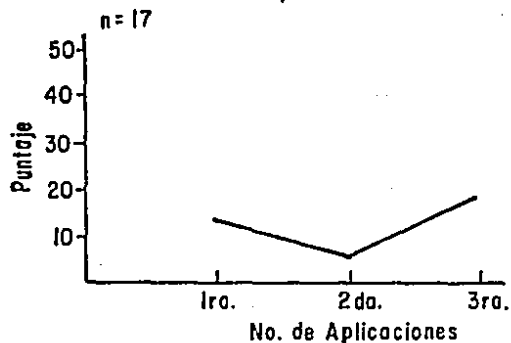
2.- GRUPO CONTROL NO. 1 (NO FUMADORES).

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 7 SUJETOS OBTUVIERON 23 PUNTOS, 21 PUNTOS PARA LA SEGUNDA APLICACIÓN Y 26 PUNTOS PARA LA TERCERA APLICACIÓN (VER GRÁFICA 33).

3.- GRUPO CONTROL NO. 2 (FUMADORES SIN TRATAMIENTO).

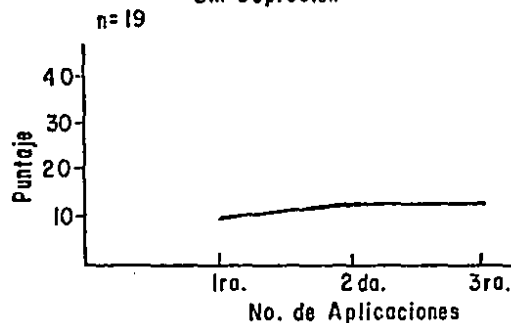
EN LA PRIMERA APLICACIÓN 4 SUJETOS OBTUVIERON 25 PUNTOS, EN LA SEGUNDA APLICACIÓN 21 PUNTOS Y EN LA TERCERA APLICACIÓN 26 PUNTOS (VER GRÁFICA 34).

MMPI - GRUPO EXPERIMENTAL
(Fumadores con Tratamiento)
Sin Depresión



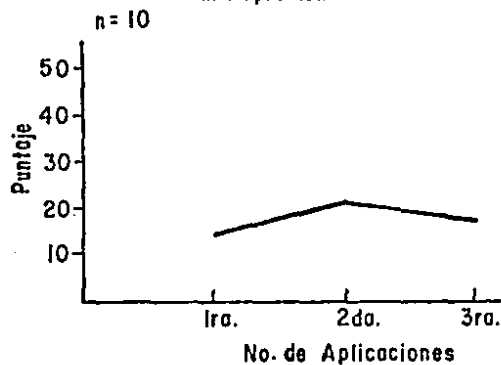
GRAFICA 29

MMPI - GRUPO de CONTROL No. 1
(No Fumadores)
Sin Depresión



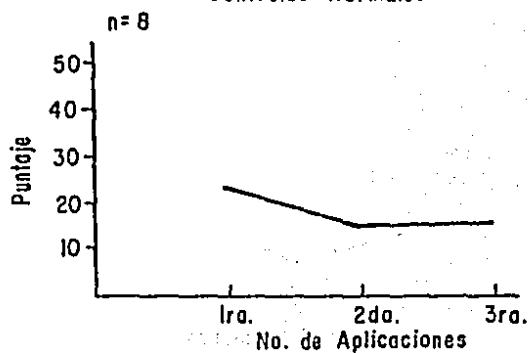
GRAFICA 30

MMPI - GRUPO de CONTROL No. 2
(Fumadores sin Tratamiento)
Sin Depresión



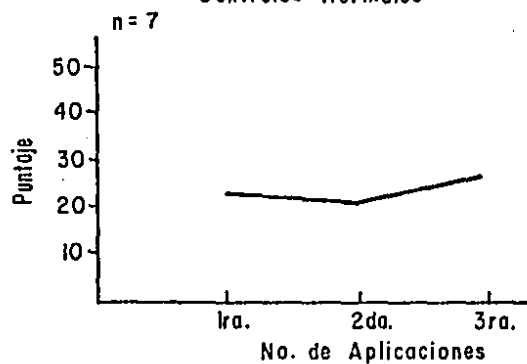
GRAFICA 31

MMPI-GRUPO EXPERIMENTAL
(Fumadores con Tratamiento)
Controles Normales



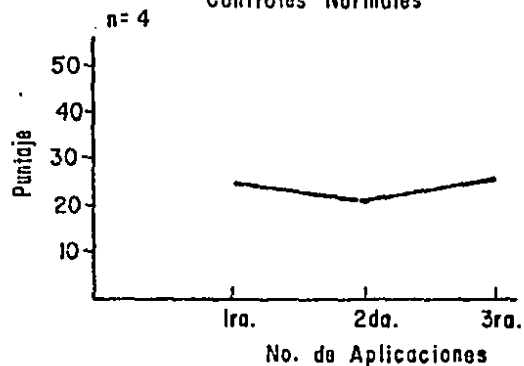
GRAFICA 32

MMPI-GRUPO de CONTROL No.1
(No. Fumadores)
Controles Normales



GRAFICA 33

MMPI-GRUPO de CONTROL No.2
(Fumadores sin Tratamiento)
Controles Normales



GRAFICA 34

PARA LA VARIABLE QUE MIDE DEPRESIÓN, LOS RESULTADOS PARA CADA GRUPO FUERON LOS SIGUIENTES:

1.- GRUPO EXPERIMENTAL (FUMADORES CON TRATAMIENTO):

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 5 SUJETOS OBTUVIERON 37 PUNTOS, EN LA SEGUNDA APLICACIÓN OBTUVIERON 29 PUNTOS Y EN LA TERCERA APLICACIÓN OBTUVIERON 23 PUNTOS (VER GRÁFICA 35).

2.- GRUPO CONTROL No. 1 (NO FUMADORES).

EN LA PRIMERA APLICACIÓN 4 SUJETOS OBTUVIERON 29 PUNTOS, 28 PARA LA SEGUNDA APLICACIÓN Y 25 PUNTOS PARA LA TERCERA APLICACIÓN (VER GRÁFICA 36).

3.- GRUPO CONTROL No. 2 (FUMADORES SIN TRATAMIENTO).

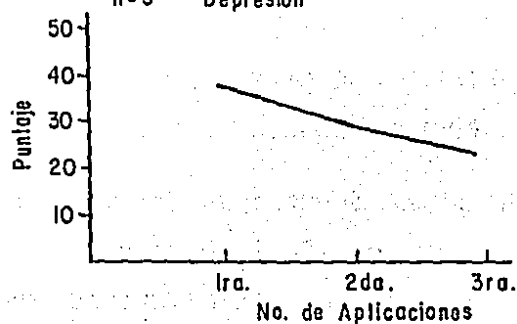
EN LA PRIMERA APLICACIÓN 16 SUJETOS OBTUVIERON 31 PUNTOS, EN LA SEGUNDA APLICACIÓN OBTUVIERON 30 PUNTOS Y PARA LA TERCERA APLICACIÓN 27 PUNTOS (VER GRÁFICA 37).

CORRELACIÓN ENTRE PRUEBAS APLICADAS

EN PSICOLOGÍA ES A MENUDO NECESARIO ESTUDIAR LA ASOCIACIÓN ENTRE DOS VARIABLES O ENTRE PRUEBAS. EL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON, ES UNA DE LAS MEDIDAS DE ASOCIACIÓN MÁS FRECUENTEMENTE UTILIZADAS PARA DICHOS OBJETIVOS. ES POR ESTA RAZÓN QUE FUÉ NECESARIO UTILIZARLA PARA LA PRESENTE INVESTIGACIÓN CON EL OBJETIVO DE HACER UNA

MMPI-GRUPO EXPERIMENTAL
(Fumadores con Tratamiento)

n=5 Depresión

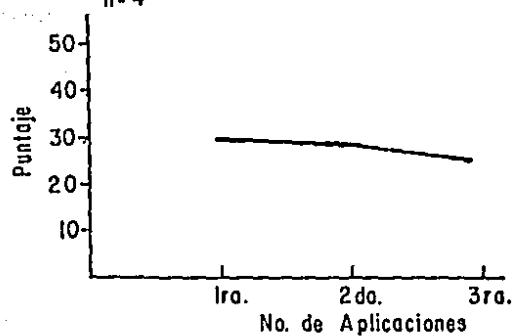


GRAFICA 35

MMPI-GRUPO de CONTROL No. 1
(No Fumadores)

Depresión

n=4



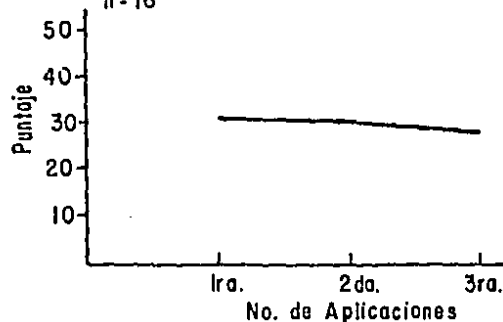
GRAFICA 36

MMPI-GRUPO de CONTROL No. 2

(Fumadores sin Tratamiento)

Depresión

n=16



GRAFICA 37

	ZUNG-M.M.P.I.	BECK-M.M.P.I.
GRUPO EXPERIMENTAL	.76	.80
GRUPOS CONTROLES	.84	.86

(COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON)

TABLA 15

VALIDACIÓN CONVERGENTE DENTRO DE LA MUESTRA EMPLEADA PARA LAS PRUEBAS DE ZUNG Y DE BECK, A TRAVÉS DEL ESTABLECIMIENTO DE UN BUEN NIVEL DE CORRELACIÓN CON UNA PRUEBA MÁS CONOCIDA Y ESTANDARIZADA EN MÉXICO, COMO ES EL M.M.P.I.

EL RESULTADO QUE SE OBTUVO PARA EL GRUPO EXPERIMENTAL AL CORRELACIONAR LA PRUEBA DE ZUNG Y M.M.P.I. FUÉ DE .76 Y PARA LA PRUEBA DE BECK Y M.M.P.I. FUÉ DE .80.

EL RESULTADO QUE SE OBTUVO PARA LOS GRUPOS CONTROLES AL CORRELACIONAR LA PRUEBA DE ZUNG Y M.M.P.I. FUÉ DE .84 Y PARA LA PRUEBA DE BECK Y M.M.P.I. FUÉ DE .86 (VER TABLA No. 15).

FINALMENTE EN LA TABLA No. 16 SE PRESENTAN LOS PORCENTAJES PROMEDIOS DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA PARA LOS 3 GRUPOS EN LAS 3 APLICACIONES Y CON LAS 3 PRUEBAS, EN DONDE PODAMOS OBSERVAR QUE LOS SUJETOS FUMADORES (GRUPO CONTROL No. 2) PRESENTARON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN UN 53.6%, 50% Y 31% EN LAS PRUEBAS DE BECK, M.M.P.I. Y ZUNG RESPECTIVAMENTE.

EN EL GRUPO CONTROL No. 1 (NO FUMADORES) SE ENCONTRÓ UN PROMEDIO DE 17.6%, 11% Y 10% PARA LAS TRES PRUEBAS Y EN EL GRUPO EXPERIMENTAL (FUMADORES CON TRATAMIENTO) DE 14.3% 9.6% Y 13.6%, RESPECTIVAMENTE.

SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA

N=30

	GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO CONTROL No. 1	GRUPO CONTROL No. 2
BECK	14.3 %	17.6 %	53.6 %
M.M.P.I.	9.6 %	11 %	50 %
ZUNG	13.6 %	10 %	31 %

(PORCENTAJES PROMEDIOS DE LAS 3 APLICACIONES)

TABLA 16

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

CON LO ANTERIORMENTE EXPUESTO SE CONCLUYE QUE EL GRUPO CONTROL No. 2 (FUMADORES SIN TRATAMIENTO) OBTUVO NIVELES MÁS ALTOS DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO, RESPONDIENDO ASÍ A LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN DE LA H1 Y LA H4.

PARA OBTENER LA CORRELACIÓN ENTRE LAS PRUEBAS APLICADAS (ZUNG, BECK Y M.M.P.I.) SE APLICÓ LA PRUEBA DE CORRELACIÓN DE PEARSON, ENCONTRÁNDOSE UNA VALIDEZ CONVERGENTE DE CORRELACIÓN POSITIVA "FUERTE" QUE NOS INDICA QUE LAS TRES PRUEBAS MIDEN CARACTERÍSTICAS O INDICADORES DE DEPRESIÓN SIMILARES (TABLA 15). DATOS SIMILARES FUERON ENCONTRADOS EN EL ESTUDIO REALIZADO POR KERNER Y COL. (1983).

LOS DATOS OBTENIDOS MUESTRAN QUE EL GRUPO EXPERIMENTAL (FUMADORES CON TRATAMIENTO) OBTUVO NIVELES DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA MÁS BAJOS EN COMPARACIÓN CON EL GRUPO CONTROL No. 2 (FUMADORES SIN TRATAMIENTO) EXISTIENDO ASÍ UN EFECTO DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE (TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR) CONTRARIO AL QUE SE ESPERABA.

EN EL GRUPO CONTROL No. 1 (NO FUMADORES), SE ENCONTRARON NIVELES DEPRESIVOS EN LAS TRES PRUEBAS APLICADAS SIMILARES A LOS ENCONTRADOS EN EL GRUPO EXPERIMENTAL (FUMADORES CON TRATAMIENTO). (TABLA 16)

ESTOS HALLAZGOS SUGIEREN QUE LAS PERSONAS QUE NO FUMAN PRESENTAN UNA INCIDENCIA MENOR DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN COMPARACIÓN CON EL GRUPO CONTROL No. 2 (FUMADORES SIN TRATAMIENTO). RESULTADOS SIMILARES ENCONTRADOS EN ESTUDIOS DE PERSONALIDAD QUE UTILIZAN EL CUESTIONARIO DE EYSENCK EN DONDE SE REVELAN ÍNDICES MAYORES DE NEUROTICISMO EN LA PERSONALIDAD DEL SUJETO FUMADOR Y ESTO INCLUYE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (BURNS 1969 Y FRERICHs 1981).

DE ACUERDO A MI EXPERIENCIA PERSONAL, EN LA CLÍNICA DE TABAQUISMO DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, HE REALIZADO ESTUDIOS DE PERSONALIDAD EN FUMADORES, UTILIZANDO EL CUESTIONARIO DE EYSENCK EN DONDE SE REVELAN ÍNDICES MAYORES DE NEUROTICISMO CUANDO SE COMPARÓ FUMADORES CON NO FUMADORES. LAS PERSONAS QUE OBTIENEN LA CATEGORÍA DE NEUROTICISMO SON PERSONAS SUSCEPTIBLES, INQUIETAS, EXCITABLES, APREHENSIVAS Y HASTA AGRESIVAS. SU PRINCIPAL CARACTERÍSTICA ES UNA CONSTANTE PREOCUPACIÓN POR COSAS QUE PODRÍAN SALIR MAL Y UNA FUERTE REACCIÓN EMOCIONAL DE ANSIEDAD POR ESTOS PENSAMIENTOS. (EYSENCK 1975)

EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS PARA EL GRUPO CONTROL No. 2 (FUMADORES SIN TRATAMIENTO), SE ENCONTRARON FLUCTUACIONES IMPORTANTES EN LOS PORCENTAJES OBTENIDOS PARA MEDIR DEPRESIÓN DE LAS PRUEBAS DE ZUNG Y LA DEL M.M.P.I., NO SIENDO IGUAL PARA LA PRUEBA DEL BECK. SE DEBE TOMAR EN CUENTA QUE LA PRUEBA DE ZUNG CUENTA CON 6 DIFERENTES NIVELES DIAGNÓSTICOS EN COM-

PARACIÓN CON LA DEL BECK QUE CUENTA CON CUATRO Y LA DEL M.M.P.I. QUE CUENTA CON SÓLO 3 (TABLAS 6,9,12 Y 16). DATOS SIMILARES ENCONTRADOS EN UN ESTUDIO REALIZADO POR FRERICHs EN 1981.

ES POSIBLE QUE EL PORCENTAJE DE FUMADORES SIN TRATAMIENTO QUE PRESENTAN SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA A LO LARGO DE LAS CINCO SEMANAS DE INVESTIGACIÓN (A TRAVÉS DE LAS TRES APLICACIONES) ASOCIE SU CONDUCTA DE FUMAR A LA BAJA DE SU ESTADO ANÍMICO (26). (VER TABLA 16).

EL QUE UN PORCENTAJE DE APROXIMADAMENTE DEL 50% DE LOS SUJETOS FUMADORES SIN TRATAMIENTO (GRUPO CONTROL No. 2) PRESENTEN SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA ES DE GRAN RELEVANCIA PARA EL MANEJO Y CONTROL DE ESTE PROBLEMA DE SALUD, YA QUE, EL HÁBITO DE FUMAR, ES POR SÍ MISMO UN HÁBITO DÍFICIL DE ELIMINAR POR LA DEPENDENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA QUE PROVOCA (TABLA 16), ES POR ESTA RAZÓN QUE EN LA ACTUALIDAD SE HAN ESTABLECIDO CLÍNICAS DE TABAQUISMO PARA AYUDAR A TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE DESEAN ABANDONAR EL HÁBITO POR SÍ MISMAS SIN OBTENER NINGÚN RESULTADO.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS PARA EL GRUPO EXPERIMENTAL (FUMADORES SIN TRATAMIENTO) Y EL GRUPO CONTROL No. 1 (NO FUMADORES), DIERON PORCENTAJES SIMILARES DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA AL PROMEDIAR LAS TRES APLICACIONES, SIN EMBARGO SE ENCONTRÓ QUE PARA EL GRUPO EXPERIMENTAL, LA SINTOMATOLOGÍA FUÉ DISMINUYENDO CONFORME EL TRATAMIENTO AVANZABA, NO SIENDO LO MISMO PARA EL GRUPO CONTROL No. 1 (NO FUMADORES)

EN DONDE LA DISMINUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA SE PRESENTÓ PRINCIPALMENTE EN LA 2ª APLICACIÓN, AUMENTANDO DISCRETAMENTE AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO (TABLAS 6 A LA 11).

EN EL CASO DEL GRUPO EXPERIMENTAL (FUMADORES CON TRATAMIENTO), ES PROBABLE QUE EL ÉXITO EN EL ABANDONO DEL HÁBITO DE FUMAR, OCASIONARA EN LOS PACIENTES UN AUMENTO EN SU AUTOESTIMA Y CONSECUENTEMENTE EN SU ESTADO DE ÁNIMO. EN EL ESTUDIO REALIZADO POR BALZARETTI EN 1981, SE ENCONTRÓ QUE LOS SUJETOS QUE ASISTÍAN A LA CLÍNICA DE TABAQUISMO CON EL OBJETIVO DE DEJAR DE FUMAR, AL INICIAR EL TRATAMIENTO PRESENTABAN MAYOR SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA LA CUAL POCO A POCO SE REDUCÍA E IBA SIENDO SUSTITUIDA POR UN AUMENTO EN EL AUTOESTIMA, CONFORME EL PACIENTE LOGRABA DEJAR DE FUMAR. BECK (1960), MENCIONABA QUE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN, ERA BAJA EN EL AUTOESTIMA, ASÍ COMO PÉRDIDA DE MOTIVACIONES Y FALTA DE VOLUNTAD, ESTO SUGIERE QUE UNA PERSONA EN ESTAS CONDICIONES NO ES CAPAZ DE LLEVAR A CABO NINGUNA META, NI TIENE LA MOTIVACIÓN PARA INTENTARLO, LO CUAL ME LLEVA A AFIRMAR QUE LA DEPRESIÓN DE LA QUE HABLA BECK, NO ES LA MISMA ENCONTRADA EN LA PRESENTE INVESTIGACIÓN Y QUE A PESAR DE HABER ENCONTRADO SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN EL GRUPO EXPERIMENTAL (FUMADORES CON TRATAMIENTO), NO OCASIONÓ QUE EL PACIENTE NO DEJARA DE FUMAR O QUE NO FINALIZARA SU TRATAMIENTO.

POR LO TANTO UNA PERSONA QUE PADECE NIVELES DE DEPRESIÓN NO MUY ALTOS O SIMILARES A LOS ENCONTRADOS EN LA PRE-

SENTE INVESTIGACIÓN, ES CAPAZ DE REALIZAR Y LOGRAR METAS U OBJETIVOS QUE SE IMPONGA (EN ESTE CASO EL TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR).

CON LO QUE RESPECTA AL AUMENTO Y A LA DISMINUCIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA QUE SE ENCONTRÓ EN LA 2° Y 3° APLICACIÓN EN EL GRUPO CONTROL NO. 1 (NO FUMADORES), ES PROBABLE QUE PARA LA TERCERA APLICACIÓN HAYAN INTERVENIDO VARIABLES EXTRAÑAS, COMO MADURACIÓN E HISTORIA, Poca DISPOSICIÓN DEL PACIENTE, FATIGA, ABURRIMIENTO, ETC., LO CUAL LLEVA AL PACIENTE A CONTESTAR RESPUESTAS POCO CONFIABLES.

ES IMPORTANTE TAMBIÉN MENCIONAR QUE EN UN ESTUDIO REALIZADO POR LEIGHTON Y COL. EN 1971, REPORTAN QUE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA ES CADA VEZ MÁS COMÚN. A MEDIDA QUE SE REALIZAN ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS Y MINUCIOSOS, SE ENCUENTRA UNA MARCADA TENDENCIA A LA DEPRESIÓN EN PORCENTAJES CADA VÉZ MÁS ALTOS, EN LA POBLACIÓN HOY POR HOY SE TRATA DE LA ENFERMEDAD MÁS COMÚN Y FRECUENTE DEL MUNDO CIVILIZADO. CAMPILLO Y COL. (1979), MENCIONAN QUE UN 30% DE LA POBLACIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL, PADECEN DEPRESIÓN Y QUE UN 48% DE LOS ESTUDIANTES DE LA U.N.A.M., TAMBIÉN LA PADECEN.

EL ESTUDIO REALIZADO POR PUENTE SILVA Y COL. (1983), MENCIONA QUE LA SOBREPOBLACIÓN, LA TENSIÓN, EL RUIDO, EL DESEMPLEO Y EL TRÁFICO, PROBLEMAS SOCIALES MUY FRECUENTES EN LA ACTUALIDAD, MANTIENEN A LAS PERSONAS CON NIVELES DEPRESIVOS. LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PRESENTE INVESTIGACIÓN MUESTRAN QUE LOS

LOS TRES GRUPOS TIENEN NIVELES DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA DESDE SU PRIMERA APLICACIÓN DE LAS PRUEBAS, LA CUAL SUGIERE, QUE LOS NIVELES DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA PARA LOS TRES GRUPOS ES CONSTANTE Y PERMANENTE.

LOS DIFERENTES NIVELES DIAGNÓSTICOS DE DEPRESIÓN DE CADA UNA DE LAS PRUEBAS, FUERON PRESENTADAS GRÁFICAMENTE (GRÁFICAS DE LA 1 A LA 37). MUESTRAN COMO EL GRUPO EXPERIMENTAL (FUMADORES CON TRATAMIENTO) TIENDE A LA DISMINUCIÓN, AUNQUE DISCRETA DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA DURANTE Y AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO QUE COMO EN OTROS ESTUDIOS REALIZADOS POR BALZARETTI (1981),

SIN EMBARGO ESTOS RESULTADOS NO FUERON SIMILARES A LOS ENCONTRADOS POR FLANAGAN (1982), DONDE MENCIONA QUE EL PRINCIPIO U ORIGEN DEL SÍNDROME DEPRESIVO, ES LA SUSPENSIÓN ABRUPTA DEL HÁBITO DE FUMAR.

ESTO SE DEBE PRINCIPALMENTE PORQUE DURANTE EL TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR QUE SE APLICÓ EN EL CASO DEL GRUPO EXPERIMENTAL, SE SIGUIÓ ADMINISTRANDO NICOTINA EN FORMA DE GOMA DE MASCAR, LO CUAL NO PERMITIÓ QUE EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA (EN ESTE CASO LA DEPRESIÓN) SE PRESENTARA EN SU TOTALIDAD.

TAMBIÉN LOS RESULTADOS EN ESTE CASO LLAMAN FUERTEMENTE LA ATENCIÓN ENTRE LA 1ª Y 2ª APLICACIÓN, LA DISMINUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA, FUÉ MUCHO MÁS EVIDENTE PARA LOS NIVELES DEPRIMIDO HOSPITALIZADO Y DEPRIMIDO AMBULATORIO DEL CUESTIONARIO DE ZUNG, DEPRESIÓN MODERADA Y SEVERA EN EL CASO DEL BECK Y DEPRESIÓN EN EL CASO DEL M.M.P.I., CONTRASTANDO CON LA DIFE-

ENCIA ENCONTRADA ENTRE LA 2° Y 3° APLICACIÓN, EN DONDE SE MUESTRA UNA TENUE TENDENCIA AL AUMENTO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA.

ESTE HECHO SE EXPLICA POR EL AVANCE DE LA TERAPIA ANTITABÁQUICA, SI TOMAMOS EN CUENTA QUE LA 2° APLICACIÓN SE REALIZÓ A LAS DOS Y MEDIA SEMANAS DE TRATAMIENTO EN DONDE SE CONCUERDA, EN QUE SE LE PIDE AL PACIENTE QUE SE ABSTENGA DE FUMAR POR COMPLETO (EN LA TERCERA SESIÓN DE TRATAMIENTO), ES PROBABLE QUE LA PRESENCIA DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA O EL MIEDO A FRACASAR HAYA CONTRIBUIDO PARA QUE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA TENDIERA AL AUMENTO (3,26). ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE TAMBIÉN LA FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO, DEJA EN EL SUJETO CIERTO GRADO DE SENSACIÓN DE PÉRDIDA, AL TENER QUE DESPEDIRSE DEL GRUPO CON EL QUE CONVIVIERON CINCO SEMANAS Y DAR FIN A UNA ACTIVIDAD QUE SUPONEMOS GRATIFICANTE.

EN LA EXPERIENCIA PERSONAL HE ENCONTRADO QUE MUCHOS DE LOS PACIENTES SE ENTRISTECEN Y EN OCASIONES LLORAN, PORQUE SIENTEN EL FINAL DEL TRATAMIENTO COMO UNA DESPEDIDA, A PESAR DE SABER QUE AÚN CONTINUAN SEIS CITAS MÁS DE SEGUIMIENTOS.

BECK MENCIONA QUE LA PROPENSIÓN DE LA DEPRESIÓN DIFIERE EN LA FORMA EN QUE CADA PERSONA INTERPRETA UNA PÉRDIDA PARTICULAR.

LOS SUJETOS SIGUEN FUMANDO DURANTE LA PRIMERA SEMANA Y MEDIA, CON EL OBJETIVO DE QUE SE REGISTRE EL NÚMERO REAL DE CIGARROS CONSUMIDOS AL DÍA Y TAMBIÉN PARA SABER, CUAL ES EL MOMENTO EN QUE MÁS LO HACEN.

POR ESTA RAZÓN LOS PACIENTES TIENEN UNA MAYOR PREPARACIÓN PSICOLÓGICA Y LLEGA MÁS CONVENCIDO PARA EL DÍA EN QUE DEBE ABSTENERSE DE FUMAR POR COMPLETO. EN ESTOS MOMENTOS EL PACIENTE SE ENCUENTRA NERVIOSO, ASUSTADO Y CON MIEDO A FRACASAR, FACTORES QUE NO SE PRESENTAN EN LOS FUMADORES SIN TRATAMIENTO. (CONTROL NO. 2).

ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE PARA PODER REALIZAR LA PRESENTE INVESTIGACIÓN PARA EL GRUPO EXPERIMENTAL (FUMADORES CON TRATAMIENTO), FUE NECESARIO REALIZAR LAS APLICACIONES DE LAS PRUEBAS PARA MEDIR DEPRESIÓN, EN TRES GRUPOS DIFERENTES YA QUE EN LA CLÍNICA DE TABAQUISMO, LOS GRUPOS ESTÁN INTEGRADOS DE 8 A 10 PERSONAS. A UNO DE ESOS GRUPOS, LES IMPARTÍ PERSONALMENTE EL TRATAMIENTO, YA QUE ACTUALMENTE ME ENCUENTRO PRESTANDO MIS SERVICIOS EN LA CLÍNICA DE TABAQUISMO DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (LUGAR DONDE SE LLEVÓ A CABO LA PRESENTE INVESTIGACIÓN), POR LO CUAL HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE OBSERVAR DIRECTAMENTE A LOS PACIENTES DESDE EL MOMENTO EN QUE SE INSCRIBEN AL TRATAMIENTO CON EL OBJETIVO DE DEJAR DE FUMAR.

CONSIDERANDO LA OBSERVACIÓN QUE HE TENIDO CON LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLÍNICA, HE TENIDO LA EXPERIENCIA DE QUE CUANDO EL PACIENTE LLEGA A SU PRIMERA SESIÓN DE TRATAMIENTO, GENERALMENTE MANIFIESTA ESTAR NERVIOSO, EN OCASIONES MENCIONA HABER FUMADO MUCHO UN DÍA ANTERIOR AL INICIO, PORQUE CREÍA QUE ES LA PRIMERA SESIÓN YA NO SE LES PERMITIRÍA FUMAR, SIN EMBARGO CUANDO SE LE MENCIONA QUE NO ES ASÍ, QUE VA A SEGUIR FU-

MANDO Y QUE EN SU TERCERA SESIÓN VA A SUSPENDER EL HÁBITO, SE PONE MUY CONTENTO POR TENER LA OPORTUNIDAD DE SEGUIR FUMANDO UNOS DÍAS MÁS. SE LE PIDE QUE SIGA FUMANDO COMO NORMALMENTE LO HA ESTADO HACIENDO, PERO QUE CADA UNO DE LOS CIGARROS LO ANOTE EN UNA CÉDULA DE AUTOREGISTRO QUE SE LE PROPORCIONA, DANDO LA INDICACIÓN DE QUE LO DEBE DE REGISTRAR ANTES DE QUE SE LO FUME, ANOTANDO LA HORA, EL LUGAR, LA ACTIVIDAD Y COMO SE SIENTE EN EL MOMENTO DE ENCENDER EL CIGARRO.

EL AUTOREGISTRO TIENE LA FINALIDAD DE QUE EL PACIENTE COMIENZE A CONTROLAR SU HÁBITO Y QUE SE DE CUENTA EN QUE HORA Y SITUACIÓN FUMA MÁS.

EN ESTA PRIMERA SESIÓN MUY POCOS PACIENTES MANIFIESTAN TENER SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA, YA QUE EN ESTOS MOMENTOS EL PACIENTE SE ENCUENTRA CON UNA GRAN MOTIVACIÓN, CON DESEOS DE DEJAR DE FUMAR. BECK MENCIONA QUE UNAS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN ES LA AUSENCIA DE MOTIVACIÓN Y APATÍA QUE OCASIONA QUE EL PACIENTE CREA QUE NO PUEDE OBTENER SATISFACCIÓN DE LA VIDA Y TODO LO QUE PUEDE ESPERAR ES DOLOR Y SUFRIMIENTO, EL PACIENTE MUESTRA DESILUSIÓN, AUTOREPROCHE Y PESIMISMO. SIN EMBARGO EN ESTA PRIMERA SESIÓN NO PODEMOS DECIR QUE HAYA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA IMPORTANTE, YA QUE EL DEJAR DE FUMAR COMO YA SE MENCIONÓ ANTERIORMENTE ES UN HÁBITO MUY DIFÍCIL DE ELIMINAR, LO CUAL PARA COMBATIRLO SE NECESITA DE MUCHA MOTIVACIÓN PARA CADA UNO DE LOS SUJETOS QUE TIENEN EL DESEO DE ABANDONAR EL HÁBITO.

CUANDO EL PACIENTE YA HA DEJADO DE FUMAR (EN LA TERCERA SESIÓN), COMIENZA A TENER MIEDO A FRACASAR, A NO PODER Y SE EMPIEZAN A MANIFESTAR SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA (IRRITABILIDAD, INSOMNIO Y DEPRESIÓN ENTRE OTROS), SIN EMBARGO ESTA SINTOMATOLOGÍA ES CONTROLADA POR MEDIO DE LA ADMINISTRACIÓN DEL CHICLE CON NICOTINA, QUE TIENE LA FUNCIÓN DE SEGUIR ADMINISTRANDO DOSIS PEQUEÑAS DE NICOTINA, AYUDANDO A QUE EL PACIENTE NO PRESENTE EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA EN TODA SU EXPRESIÓN.

SIN EMBARGO HAY ALGUNOS PACIENTES QUE A PESAR DE MASTICAR EL CHICLE, MANIFIESTAN NO CALMARLES LOS SÍNTOMAS MOLESTOS. HE OBSERVADO TAMBIÉN QUE EMPIEZAN A MANIFESTAR DEPRESIÓN (ESPECIALMENTE MUJERES) EN ESTE PERIODO DEL TRATAMIENTO, PORQUE DICEN SENTIR QUE EL DEJAR DE FUMAR ES COMO UNA PÉRDIDA DE UN COMPAÑERO MUY QUERIDO, QUE SIEMPRE ESTABA PRESENTE, QUE NO LES EXIGÍA NADA Y QUE EN LOS MOMENTOS MÁS DIFÍCILES SIEMPRE ESTABA CON ELLAS. BECK MENCIONA QUE LA MUERTE DE UN SER QUERIDO, TRAE COMO CONSECUENCIA DEPRESIÓN, EL PACIENTE SE CONSIDERA A SÍ MISMO COMO A UN PERDEDOR EN EL SENTIDO COLOQUIAL, REPORTA SENTIRSE COMO UN INADAPTADO, UN SER INFERIOR, ICAPAZ DE CUMPLIR CON SUS RESPONSABILIDADES Y CUMPLIR CON SUS METAS, SI SE COMPROMETE EN UN PROYECTO O SOLICITA ALGUNA GRATIFICACIÓN, ESPERA ESTAR DERROTADO O QUE NO VA A LOGRAR NADA; EN LOS SUEÑOS, SE SUEÑA A SÍ MISMO COMO UN DERROTADO.

EN EL CASO DEL TRATAMIENTO LOS PACIENTES EMPIEZAN A MANEJAR UNA GRAN NÚMERO DE PENSAMIENTOS A FAVOR DEL CIGARRO CO-

MO: "PARA QUE SIRVE NO FUMAR SI ESTOY MUY TRISTE" ME VOY A FUMAR UN CIGARRO AL FIN QUE UNO NO ES NINGUNO, ME SIENTO MUY MAL FÍSICAMENTE, ME SENTÍA MEJOR CUANDO FUMABA, NO PUEDO DISFRUTAR DE LA VIDA COMO ANTES, ME ABURRO EN LA REUNIONES SI NO FUMO, ETC. LO CUAL PUEDE LLEVAR AL PACIENTE A REANUDAR EL EL HÁBITO, ES POR ESTO NECESARIO QUE TODOS LOS SENTIMIENTOS DEL PACIENTE SEAN PLATICADOS DURANTE EL TRATAMIENTO, PARA QUE SE DE CUENTA QUE TODO LO QUE ESTÁ PENSANDO SON PRETEXTOS PARA VOLVER A FUMAR.

ES IMPORTANTE QUE DURANTE EL TRATAMIENTO EL PACIENTE SE DE CUENTA DE QUE TODOS LOS PENSAMIENTOS POSITIVOS QUE PUEDE UTILIZAR HACIA VOLVER A FUMAR YA QUE COMO DICE BECK, LA DEPRESIÓN ES UN ESTADO EN DONDE EL SUJETO NO ES CAPAZ DE REALIZAR NINGUNA META QUE SE IMPONGA, ES CAPAZ DE ABANDONAR UNA ACTIVIDAD (COMO EN ESTE CASO, EL OBJETIVO DE DEJAR DE FUMAR) LO CUAL PROVOCARÁ EL EL PACIENTE MAYOR DEPRESIÓN POR HABER FRACASADO EN SU INTENTO.

CONFORME VAN AVANZANDO LAS SESIONES, LOS SUJETOS DEJAN DE SENTIR MUCHAS DE LAS MOLESTIAS FÍSICAS Y REPORTAN SENTIRSE MÁS CONTENTOS, YA QUE HAN PODIDO DEJAR DE FUMAR POR VARIOS DÍAS, MANIFIESTAN QUE EL DEJAR DE FUMAR LES CREA MÁS SEGURIDAD EN ELLOS MISMOS, YA QUE SI HAN LOGRADO DEJAR DE FUMAR, SON CAPACES DE LOGRAR LO QUE SE PROPONGAN.

SIN EMBARGO, ES CURIOSO COMO EN LAS ÚLTIMAS SESIONES DE TRATAMIENTO, CONFORME SE VA ACERCANDO LA FINALIZACIÓN DE LA PRIMERA PARTE DEL TRATAMIENTO, ALGUNOS DE LOS PACIENTES RE-

PORTAN SENTIRSE TRISTES, PORQUE ESTÁN POR TERMINAR SU TRATAMIENTO Y PORQUE YA NO VAN A PODER SEGUIR VIENDO A SUS COMPAÑEROS; SE PRESENTA UNA SITUACIÓN MUY SIMILAR A LA MENCIONADA POR BECK ACERCA DE LA PÉRDIDA, DONDE SE PRESENTA VULNERABILIDAD PARA LA DEPRESIÓN Y VE LA PÉRDIDA COMO ALGO IRREMEDIABLE.

A PESAR DE QUE EL PACIENTE MANIFIESTE ESTAR TRISTE, SON MUY POCOS LOS CASOS EN QUE SE PRESENTE REINCIDENCIA POR ESTE MOTIVO, SIN EMBARGO POR MEDIO DE LA OBSERVACIÓN DE LOS SEGUIMIENTOS (SEIS SESIONES MÁS DESPUÉS DEL TRATAMIENTO), HE ENCONTRADO QUE UN 7% DE LOS PACIENTES HAN REINCIDIDO EN EL HÁBITO POR HABER PRESENTADO PROBLEMAS PERSONALES QUE LES HAN PROVOCADO DEPRESIÓN.

ES IMPORTANTE POR ESTE MOTIVO, REALIZAR MÁS ESTUDIOS SIMILARES QUE CONSIDEREN LOS SEGUIMIENTOS COMO PARTE IMPORTANTE DE CASOS DE REINCIDENCIA COMO LO DEMUESTRAN LOS REPORTES RECIENTES EN ESTA ÁREA.

EN RELACIÓN A LAS VARIABLES DE EDAD, SEXO, EDAD DE INICIO DEL HÁBITO DE FUMAR Y CANTIDAD DE CIGARROS FUMADOS POR DÍA, NO EXISTEN DIFERENCIAS QUE PUDIERAN HABER INFLUIDO EN LOS RESULTADOS (VER TABLAS 1 A LA 5, 1A, 2A, 3A, 1B, 2B, 3B, 4A Y 5A). SIN EMBARGO LA ESCOLARIDAD PODRÍA SER CONSIDERADO COMO UN FACTOR IMPORTANTE, YA QUE EL GRUPO CONTROL No. 2 (FUMADORES SIN TRATAMIENTO), PODEMOS OBSERVAR QUE SÓLO UNA TERCERA PARTE DE LOS SUJETOS CONTABAN CON ESTUDIOS PROFESIONALES A DIFERENCIA DEL GRUPO CONTROL No. 1 (NO FUMADORES) EN DONDE

DOS TERCERAS PARTES ERAN PROFESIONISTAS Y CON EL GRUPO EXPERIMENTAL (FUMADORES CON TRATAMIENTO), CON MÁS DE DOS TERCERAS PARTES (80%) DE PROFESIONISTAS.

EL HECHO DE QUE LAS PERSONAS QUE ACUDEN A SOLICITAR EL TRATAMIENTO ANTITABÁQUICO CUENTEN CON UN ALTO NIVEL CULTURAL, PODRÍA HACER SUPONER (EN SU MEJOR MANEJO DE LA INFORMACIÓN) QUE LA ADECUADA BÚSQUEDA U OBTENCIÓN DE SATISFACTORES (COMO EN ESTE CASO EL TRATAMIENTO ANTITABÁQUICO) LES PERMITA UN MENOR GRADO DE FRUSTRACIÓN Y CONSECUENTEMENTE MAYOR AUTOESTIMA.

EN LA CLÍNICA DE TABAQUISMO DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, HE TENIDO LA EXPERIENCIA DE QUE EL 75% DE LA POBLACIÓN ASISTENTE, SON SUJETOS QUE TIENEN NIVEL CULTURAL ALTO, PORCENTAJES SIMILARES ENCONTRADOS PARA EL GRUPO EXPERIMENTAL Y PARA EL GRUPO CONTROL No. 2, DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN. ESTO SE DEBE A QUE EL PROGRAMA ANTITABÁQUICO NO TIENE PUBLICIDAD EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN, YA QUE LOS PACIENTES QUE SE PRESENTAN, SON SUJETOS RECOMENDADOS POR OTROS PACIENTES QUE YA ASISTIERON A LA CLÍNICA Y QUE HAN DEJADO DE FUMAR, LO CUAL HACE QUE LA INFORMACIÓN SE MUEVA SÓLO EN ESTE NIVEL CULTURAL.

ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE LA FALTA DE PUBLICIDAD SE DEBE PRINCIPALMENTE A QUE EL ÁREA FÍSICA DE LA CLÍNICA DE TABAQUISMO ES PEQUEÑA, AL POCO PERSONAL Y A BAJOS RECURSOS

ECONÓMICOS, LO CUAL NO PERMITE ATENDER A UN NÚMERO MAYOR DE SUJETOS.

DE LO ANTERIORMENTE EXPUESTO, SE DESPRENDE LA SUGERENCIA DE REALIZAR ESTUDIOS DE ESTE TIPO QUE PERMITAN GENERALIZAR LOS RESULTADOS A OTRAS POBLACIONES, UTILIZAR OTRO TIPO DE DISEÑO, DE MANERA QUE NO INTERVENGAN VARIABLES COMO MADURACIÓN E HISTORIA. ES DE IMPORTANCIA MENCIONAR QUE EL FUMAR ESTÁ ASOCIADO CON UN GRAN NÚMERO DE CONDUCTAS (TOMAR CAFÉ, ALCOHOL, ETC.) QUE SERÍA DE IMPORTANCIA CONSIDERAR PARA OTRAS INVESTIGACIONES, YA QUE PUEDEN SER VARIABLES QUE PUEDEN INTERVENIR EN LA INVESTIGACIÓN EN PARTICULAR. (RUSSELL, 1974).

CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS SE PUDO OBSERVAR QUE LA DEPRESIÓN NO ES UNA VARIABLE QUE INFLUYERA NEGATIVAMENTE DE MANERA IMPORTANTE PARA QUE LOS SUJETOS NO DEJARAN DE FUMAR, SIN EMBARGO ES PROBABLE QUE EXISTAN OTRAS VARIABLES (ANSIEDAD, NIVEL SOCIOECONÓMICO, ETC.) QUE PUEDEN INFLUIR NEGATIVAMENTE EN EL TRATAMIENTO.

EL HECHO DE QUE EL OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN NO SE HAYA CONFIRMADO, SE DEBE A QUE LA INVESTIGACIÓN MIDió LA DEPRESIÓN ÚNICAMENTE DURANTE LAS CINCO SEMANAS (10 SESIONES) DEL TRATAMIENTO Y NO SE TOMARON EN CONSIDERACIÓN LAS SEIS SESIONES MÁS DE SEGUIMIENTO, EN DONDE ES PROBABLE QUE LA DEPRESIÓN TENDIERA AL AUMENTO, YA QUE ES EN ESTE PERIODO DONDE SUELEN PRESENTARSE ALGUNOS CASOS DE REINCIDENCIAS.

EN MI EXPERIENCIA PERSONAL, HE ENCONTRADO QUE ALGUNOS PACIENTES RECAEN DURANTE EL PERIODO DE SEGUIMIENTOS Y REPORTAN

SENTIR CULPA Y TRISTEZA. EN ALGUNOS CASOS PIDEN AYUDA PARA VOLVER A INTENTARLO, PERO EN OTROS CASOS PREFIEREN NO REGRESAR A LA CLÍNICA.

BECK AL RESPECTO MENCIONARÍA QUE EL FRACASO ES UN EFECTO PRECIPITANTE DE LA DEPRESIÓN, LO CUAL HACE QUE EL SUJETO SE AUTOREPROCHE Y PIERDA SU MOTIVACIÓN INICIAL. ES DE IMPORTANCIA REALIZAR ESTUDIOS ACERCA DE LA MEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN EN PROGRAMAS ANTITABÁQUICOS A LARGO PLAZO, ES DECIR, REALIZAR MEDICIONES POR LOS MENOS LOS SEIS MESES QUE DURAN LOS SEGUIMIENTOS, PARA QUE DE ESTA MANERA SE EVITEN MAYOR NÚMERO DE REINCIDENCIAS.

EN MI CASO PERSONAL, SOY EXFUMADORA, FUMÉ DURANTE NUEVE AÑOS, DECIDÍ DEJAR DE FUMAR POR UNA APUESTA QUE HICE CON MI HERMANA Y NO TENÍA IDEA DE LO QUE IBA A SUCEDER AL ABSTENERME POR COMPLETO DEL CIGARRO, LA SINTOMATOLOGÍA FÍSICA QUE PRESENTE FUÉ VARIADA: MUCHA IRRITABILIDAD, DOLOR DE CABEZA, DEPRESIÓN, INSOMNIO ENTRE OTROS, SÍNTOMAS QUE PROVOCARON MI REINCIDENCIA DESPUÉS DE UN MES DE ABSTINENCIA.

DE ESTA MANERA PUDE DARMÉ CUENTA DE LO DIFÍCIL QUE ERA DEJAR DE FUMAR, QUE NO SÓLO ERA TOMAR LA DECISIÓN, SINO TAMBIÉN ENFRENTAR LAS MOLESTIAS FÍSICAS, A VECES INSOPORTABLES. VOLVÍ A INTENTARLO DOS MESES DESPUÉS Y AUNQUE SE PRESENTARON POR SEGUNDA OCASIÓN LAS MOLESTIAS FÍSICAS, PUDE SUPERARLAS. ACTUALMENTE LLEVÓ TRES AÑOS SIN FUMAR Y ES MUY SATISFACTORIO PODER AYUDAR A TODA LA GENTE QUE ALGUNA VEZ HA INTENTADO DEJAR DE FUMAR SIN OBTENER NINGÚN ÉXITO.

ES IMPORTANTE QUE LOS FUMADORES SE DEN CUENTA DE QUE LA CONDUCTA DE FUMAR ES UNA CONDUCTA APRENDIDA Y QUE ASÍ COMO APRENDEMOS A FUMAR, TAMBIÉN PODEMOS APRENDER A NO HACERLO. YA QUE ES UNA CONDUCTA CON LA CUAL NO NACEMOS, ES DECIR, LO "NORMAL" ES NO FUMAR.

¿ CUANTAS PERSONAS HAN PENSADO EN DEJAR DE FUMAR ALGÚN DÍA?. AL PARECER MUCHAS, PERO POCAS SON AQUELLAS QUE LO INTENTAN, ES POR ESTO NECESARIO QUE SE SIGA LA INVESTIGACIÓN AL RESPECTO, QUE SE PRESENTEN NUEVAS INICIATIVAS Y MUCHO ENTUSIASMO PARA PODER DISMINUIR Y CONTROLAR NO SÓLO EL TABAQUISMO, SINO TAMBIÉN LAS ENFERMEDADES QUE PROVOCA, EVITAR EL DETERIORO DE LA PRODUCTIVIDAD NACIONAL Y EL SUFRIMIENTO HUMANO QUE SE INCLUYEN ENTRE LAS MÁS PENOSAS QUE AFLIGEN A LA HUMANIDAD.

POR LO TANTO SE RECOMIENDA CREAR UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN DIRIGIDO A UN GRUPO DETERMINADO, CON GENTE CALIFICADA, CAPAZ DE DETECTAR LAS VARIABLES QUE INFLUYEN NEGATIVAMENTE, PARA QUE LA PERSONA NO PUEDA DEJAR DE FUMAR. TAMBIÉN ES INDISPENSABLE CONCIENTIZAR A LA POBLACIÓN EN GENERAL, DANDO LA INFORMACIÓN PRINCIPALMENTE ENCAMINADA A ALERTAR A LA COMUNIDAD Y DESPERTAR LA RESPONSABILIDAD SOBRE ESTE PROBLEMA DE SALUD EN TODOS LOS SECTORES, ASÍ COMO LA CREACIÓN DE MÁS CLÍNICAS DE TABAQUISMO, CON EL OBJETIVO DE AYUDAR A MÁS GENTE QUE DESEE ABANDONAR EL HÁBITO TABÁQUICO.

ES IMPORTANTE CREAR PROGRAMAS DE INFORMACIÓN PÚBLICA, EN DON

INTERVENGAN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN MASIVA QUE PUEDAN SER UTILIZADOS PARA:

- HACER QUE EL PÚBLICO TOMÉ VERDADERA CONCIENCIA DE LAS CONSECUENCIAS NEFASTAS DEL CIGARRO PARA LA SALUD.

- CONVENCER A LOS ADULTOS PARA QUE DEJEN DE FUMAR POR MEDIO DE ARGUMENTOS RACIONALES.

- EJERCER INFLUENCIA SOBRE LA JUVENTUD EN GENERAL

- CREAR UN AMBIENTE EN EL CUAL SE COMPRENDA QUE FUMAR NO ES LO NORMAL.

- ESTABLECER LOS DERECHOS DEL NO FUMADOR

- INFORMAR AL PÚBLICO SOBRE LOS RIESGOS RELATIVOS QUE REPRESENTA EL FUMAR.

- INFORMAR AL GOBIERNO, A LOS POLÍTICOS Y AL PÚBLICO SOBRE LOS BENEFICIOS DEL DEJAR DE FUMAR.

- REFUTAR INFORMACIONES INEXACTAS Y CONTESTARLAS CON HECHOS PRECISOS.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ANESHENSEL, C.S. DEPRESSION, ALCOHOL USE AND SMOKING OVER ONE YEAR. A FOUR WAVE LONGITUDINAL CAUSAL MODEL. JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY. 1973, VOL. 92(2), 134-150.
- 2.- ANTHONY E.J.; BENEDEK, T. DEPRESIÓN Y EXISTENCIA HUMANA. ED. SALVAT. BARCELONA, ESPAÑA, 1981
- 3.- BALZARETTI G.M.; PUENTE SILVA F.G. EXPERIENCIAS Y HALLAZGOS DE LA CLÍNICA DE TABAQUISMO EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD PÚBLICA. SALUD MENTAL. VOL. 7(2) 62-67, 1984.
- 4.- BECK A.T. COGNITIVE ATTITUDES AND PERSONALITY DIMENSIONS IN DEPRESSION. BRITISH JOURNAL OF COGNITIVE PSYCHOTHERAPY. VOL. 1 (1) 1-16 1983
- 5.- BECK A.T. COGNITIVE THERAPY THE EMOTIONAL DISORDERS COPYRIGHT 1960 U.S.A.
- 6.- BECK A.T. COGNITIVE THERAPY OF DEPRESSION THEORY AND PRACTICE HOSPITAL COMMUNITY PSYCHIATRY. WRIGHT JESSE. VOL. 34(12) 1119-1127. 1983.
- 7.- BIRD, OLIVER E. ED. D.M.D. HEALTH SAUNDERS COMPANY. W.B. PHILADELPHIA U.S.A. 1961
- 8.- BOLON K; BARLING, JULIAN. THE MEASUREMENT OF SELF-RATES DEPRESSION, A MULTIDIMENSIONAL APPROACH. JOURNAL GENETIC PSYCHOLOGY 1980 DEC VOL. 137(2) 309-310.
- 9.- BURNS, B.H. CHRONIC CHEST. DISEASE, PERSONALITY AND SUCCES IN STOPING CIGARRETTE SMOKING. BRITISH JOURNAL PREVENTIVE SOC. MED. 1969 23-27

- 10.- CANO VALLE, F. TABAQUISMO. REVISTA FACULTAD DE MEDICINA, MEX. 1986 46-48
- 11.- CARUSO IGOR. SEPARACIÓN DE LOS AMANTES ED. SIGLO XXI MEX. 1982
- 12.- CONDE LÓPEZ, V.; DE ESTABAN, CH. T. VALIDITY OF THE SELF RATING DEPRESSION SCALE OF ZUNG. ARCHIVOS DE NEUROBIOLOGÍA. SPAIN 1975 MAY- JUN VOL. 38(3) 225-246
- 13.- DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA. SERVICIOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD. TABAQUISMO EL PAPEL DE LA PUBLICIDAD. DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS MÉDICOS. 25 DE SEPTIEMBRE 1986.
- 14.- DIAGNOSTICAL AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS. A.P.A. III TASK FORCE DSM III DRAFT, 1979
- 15.- ELGEROT, A. PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL CHANGES DURING TOBACCO ABSTINENCE IN HABITUAL SMOKERS. JOURNAL CLINICAL PSYCHIATRY. VOL. 34 759-764 1968
- 16.- FLANAGAN, J. M. H. S. SMOKING AND DEPRESSION (LETTER) AMERICAN JOURNAL PSYCHIATRY U.S.A VOL. 139(4) 541 APR. 1982.
- 17.- FRERICHS R. R.; ANESHENSEL, C. S.; CLARK, V. A.; YOKOPENIC, D. SMOKING AND DEPRESSION. A COMMUNITY SURVEY. AMERICAN JOURNAL PUBLIC HEALTH VOL. 71(6) 637-640 JUN. 1981
- 18.- KERLINGER, F. N. INVESTIGACIÓN DEL COMPORTAMIENTO. TÉCNICAS Y METODOLOGÍA. ED. INTERAMERICANA MEX. 1983

- 17.- KERNER-SHARLA, A. JACOBS, KEIYH W. CORRELATION BETWEEN SCORES ON THE BECK DEPRESSION INVENTORY AND THE ZUNG SELF-RATING DEPRESSION SCALES. PSYCHOLOGICAL REPORTS, VOL. 53 (3 PT. 1) 969-970. DEC. 1983.
- 18.- KEUTZER CAROLIN S., LICHENSTEIN EDWARD. MODIFICATION OF SMOKING BEHAVIOR. PSYCHOLOGICAL BULLETIN, 1968 VOL. 70 No. 6 520-533.
- 19.- KOOP, E.C. THE HEALTH CONSEQUENCES OF SMOKING, CÁNCER. A REPORT OF A SURGEON GENERAL. DEPARTAMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, U.S.A., 1982.
- 20.- LARA-TAPIA, H., RAMIREZ DE LARA, L., LARA-TAPIA, L. ALGUNAS NORMAS PARA LA MEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN. NEUROLOGÍA, NEUROCIRUGÍA Y PSIQUIATRÍA, ISSTE. CLÍNICA DE NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA JUÁREZ. MEX. D.F. VOL. 17 (1) 5 - 15 1976.
- 21.- MC. GINNIS, J.M.. THE HEALTH CONSEQUENCES OF SMOKING. TRABAJO PRESENTADO EN EL TALLER INTERNACIONAL " LA SALUD Y EL CONTROL DEL HÁBITO DE FUMAR". MEX. D.F. OCT. 1983.
- 22.- NUÑEZ R. APLICACIÓN DEL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD (M.M.P.I.) A LA PSICOPATOLOGÍA. ED. EL MANUAL MODERNO. S.A. MEX. 1978
- 23.- RIVADENEYRA, P. TABAQUISMO Y SALUD. TRABAJO PRESENTADO EN LA REUNIÓN TÉCNICA DE LA ESCUELA DE SALUBRIDAD DE CUERNAVACA, MOR. 1980.

- 24.- RUBIO H.; PUENTE-SILVA, F.G.; AGUIRRE, J.A. HALLAZGOS MÉDICOS EN UNA POBLACIÓN ASISTENTE A LA CLÍNICA DE TABAQUISMO DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: IMPLICACIONES Y CONSIDERACIONES. REVISTA DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE NEUMOLOGÍA DE TÓRAX. 1984.
- 25.- REVISTA DEL CONSUMIDOR. "TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO". INSTITUTO NACIONAL DEL CONSUMIDOR. MAYO, 1986.
- 26.- RUSSELL, M.A.H. THE SMOKING HABIT AND ITS CLASSIFICATION. THE PRACT. 212: 791-800. JUN, 1974.
- 26.- SHIFFMAN, S. RELAPSE FOLLOWING SMOKING CESSATION: A SITUACIONAL ANALYSIS. JOURNAL OF CONSULTIG AND CLINICAL PSYCHOLOGY. VOL. 50(1), 71-83. 1982.
- 27.- SHIFFMAN, S.; READ, L.; JARVIK, M.E. SMOKING RELAPSE SITUATIONS: A PRELIMINARY TYPOLOGY. INT. JOURNAL ADDICT. U.S.A. FEB, 1985. VOL. 20(2), 311-8.
- 28.- SIEGEL, S. ESTADÍSTICA NO PARAMÉTRICA. ED. TRILLAS MEX. D.F. 1982.
- 29.- SCHNURR, R. HOCKEN, P.C.; JARRETT, F.J. COMPARISON OF DEPRESSION INVENTORIES IN A CLINICAL POPULATION. CANADIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION JOURNAL. VOL. 21(7) NOV. 1976.
- 30.- TAMERIN, J.S.; RICHARD, A.; EISINGER, M.A. CIGARRETTE SMOKING AND THE PSYCHIATRIST. AMERICAN JOURNAL PSYCHIATRY. VOL. 128(10). 1224-1229, APR. 1972.

31.- TOMKINS SILVAN, IKARD, F.F. THE EXPERIENCE OF EFFECT AS A DETERMINANT OF SMOKING BEHAVIOR: A SERIES OF VALIDITY STUDIES. JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY. VOL. 81(2), 172-181. 1973.

32.- ZUNG, W.W.K. LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN. ARCH. GENETIC PSYCHIATRY. 12-63. ENE. 1965

33.- ZUNG, W.W.K.; RICHARDS, C.B.; SHORT, M.J. LA ESCALA PARA LA AUTOMEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN EN UNA CLÍNICA DE PACIENTES EXTERNOS. ARCH. GENETIC PSYCHIATRY. VOL. 13 508, 1965.

ENTREVISTA DE PRIMERA VEZ

FECHA _____

NOMBRE _____

EDAD _____ TELÉFONO: CASA _____ OFICINA _____

ESCOLARIDAD _____ OCUPACIÓN _____

ESTADO CIVIL:

CASADO (A) _____ SOLTERO (A) _____

SEPARADO (A) _____ VIUDO (A) _____

DIVORCIADO (A) _____ OTRO _____

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

EDAD _____ OCUPACIÓN _____

SI TIENE NIÑOS, CUÁNTOS TIENE? _____

EDAD DEL MAYOR _____ EDAD DEL MENOR _____

TABAQUISMO:

¿ CUÁNTOS CIGARROS FUMA ACTUALMENTE ? _____

¿ A QUE ADAD COMENZÓ A FUMAR? _____

SALUD:

¿HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD SIGNIFICATIVA EN EL ÚLTIMO AÑO?

MENCIONE SUS PEDECIMIENTOS ACTUALES (PRESIÓN ALTA, DIABETES,
TRASTORNOS CARDIACOS) _____

TIENE PROBLEMAS PARA DORMIR? SI _____ No _____

SI SI DE QUE TIPO? _____

QUÉ TAN BUENO ES SU APETITO? MALO _____ REGULAR _____

BUENO _____ MUY BUENO _____

QUÉ MEDICAMENTOS TOMA ACTUALMENTE Y PARA QUÉ?

PSICOLÓGICO: _____

HA CONSULTADO ALGUNA VEZ ALGÚN PSIQUIATRA, PSICÓLOGO O HA
ESTADO EN ALGÚN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO? _____

SI SI PORQUÉ MOTIVO? _____

EN LA ACTUALIDAD, ¿ESTÁ BAJO ALGÚN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO?

EN EL ÚLTIMO AÑO HA PENSADO QUE LA VIDA NO VALE LA PENA, QUE
ESTÁ SOLO O QUE SU FUTURO ES NEGRO?

EN EL ÚLTIMO AÑO, HA SUFRIDO ATAQUES DE PÁNICO, HA SENTIDO CON
FRECUENCIA QUE SE VA HA DESMAYAR O SE HA SENTIDO ANGUSTIADO Y
ANSIOSO SIN RAZÓN APARENTE? _____

TIENE ALGÚN MIEDO MUY INTENSO QUE INTERFIERAN CON SUS ACTIVI-
DADES DIARIAS? _____

CONSIDERA QUE TIENE ALGÚN PROBLEMA DE IMPORTANCIA EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ÁREAS:

	SI	NO	COMENTARIOS
LABORAL			
ECONÓMICA			
FAMILIAR			
MARITAL			
PERSONAL			
OTRAS			

ALGO MÁS QUE QUISIERA AGREGAR: _____

INSTRUCCIONES

En este cuestionario hay grupos de afirmaciones. Lea cuidadosamente cada grupo de oraciones. Luego elija la afirmación en cada grupo que mejor describa la manera como se ha sentido en el curso de la semana anterior, incluyendo hoy. Dibuje un círculo sobre el número que esté al lado de la afirmación que elija.

Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su estado actual, ponga un círculo alrededor de cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada conjunto antes de llevar a cabo su elección.

INVENTARIO DE BECK

NOMBRE _____

FECHA _____ SEXO _____ EDAD _____

1.- 0 No me siento triste

1 Me siento triste

2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo escapar de este estado

3 Estoy tan triste e infeliz que no lo puedo soportar.

2.- 0 No estoy especialmente decepcionado (a), acerca del futuro

1.- Me siento decepcionado (a) acerca del futuro

2 Siento que no tengo ninguna ilusión en el futuro

3 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3.- 0 Me siento como un fracaso

- 1 Siento que he fracasado más que el promedio de las personas
- 2 Si reflexiono sobre mi vida pasada, sólo encuentro un montón de errores.
- 3 Siento que como persona soy un completo fracaso

4.- 0 Obtengo la misma satisfacción de las cosas como en el pasado

- 1 No disfruto de las cosas como antes.
- 2 Ahora, ya no obtengo una verdadera satisfacción en nada
- 3 Estoy insatisfecho (a) o aburrido (a) con todo.

5.- 0 No me siento especialmente culpable

- 1 Me siento culpable una buena parte del tiempo
- 2 Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6.- 0 No siento que estoy siendo castigado (a)

- 1 Siento que, posiblemente estoy siendo castigado (a)
- 2 Espero ser castigado (a)
- 3 Siento que estoy siendo castigado

7.- 0 No me siento decepcionado (a) de mí mismo (a)

- 1 Estoy decepcionado (a) de mí mismo (a)
- 2 Estoy disgustado (a) conmigo mismo (a)
- 3 Me odio

8.- 0 No siento que soy peor que cualquier otra persona

1 Me critico a mi mismo (a) mis debilidades y mis errores

2 Siempre me culpo por mis errores

3 Me culpo a mi mismo (a) por todo lo malo que sucede

9.- 0 No tengo pensamiento de matarme en absoluto

1 Tengo pensamientos de matarme pero no lo llevaría a cabo

2 Me gustaría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad

10.- 0 No lloro más de lo común

1 Lloro ahora más que antes

2 Ahora lloro todo el tiempo

3 Antes podía llorar, pero ahora no pueda aunque quiera

11.- 0 No estoy más enojado (a) ahora que en cualquier otra ocasión

1 Me enoja o me molesto más fácilmente ahora que antes

2 Ahora me siento enojado (a) todo el tiempo

3 Me enoja más fácilmente por las cosas que antes no me enojaban

12.- 0 No he perdido el interés en otras personas

1 Estoy menos interesado en otras personas que antes

2 He perdido la mayor parte del interés en otras personas

3 He perdido todo mi interés en otras personas

- 13.- 0 Tomo decisiones aproximadamente tan bien como antes
- 1 Pospongo el tomar decisiones más seguido que antes
 - 2 Tengo mayores dificultades para tomar decisiones que antes
 - 3 Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
- 14.- 0 No siento que me veo peor que en el pasado
- 1 Me preocupo de verme viejo (a) y no atractivo (a)
 - 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen verme no atractivo (a)
 - 3 Creo que me veo feo (a).
- 15.- 0 Puedo trabajar aproximadamente tan bien como antes
- 1 Es un esfuerzo especial el comenzar a realizar algo
 - 2 Tengo que empujarme enérgicamente para hacer cualquier cosa
 - 3 No puedo hacer absolutamente nada
- 16.- 0 Puedo dormir tan bien como de costumbre
- 1 No duermo tan bien como en el pasado
 - 2 Me despierto de 1 a 2 horas antes de lo que acostumbro y me cuesta trabajo volverme a dormir
 - 3 Me despierto varias horas más temprano que antes y me es imposible volverme a dormir
- 17.- 0 No me canso más que de costumbre
- 1 Me canso más fácilmente que en el pasado
 - 2 Me canso de hacer casi cualquier cosa
 - 3 Estoy demasiado cansado (a) para hacer cualquier cosa

18.- 0 Mi apetito no está peor que de costumbre

1 Mi apetito no es tan bueno como lo tenía antes

2 Mi apetito en un alto grado, ahora está peor

2 Ahora ya no tengo apetito en absoluto

19.- 0 No he perdido mucho peso (si es que está ocurriéndole últimamente)

1 He perdido más de dos 2 kilos

2 He perdido más de 4 1/2 kilos

3 He perdido más de 7 kilos

¿Con propósito estoy tratando de perder peso por medio de una disminución de lo que como

SI

NO

20.- 0 No estoy más preocupado (a) sobre mi salud que de costumbre

1 Estoy preocupado (a) sobre problemas físicos, y me es muy difícil pensar en otra cosa

2 Estoy preocupado (a) sobre problemas físicos, tales como molestias y dolores; o indigestión o estreñimientos

3 Estoy tan preocupado (a) sobre mis problemas físicos que no puedo pensar en otra cosa

21.- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual

1 Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes

2 Ahora estoy mucho menos interesado (a) en el sexo

3 He perdido interés en el sexo completamente

SINTOMAS	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUA- MENTE
1.- Me siento abatido y melancólico				
2.- En la mañana me siento mejor				
3.- Tengo accesos de llanto o deseos de llorar				
4.- Me cuesta trabajo dormirme en la noche				
5.- Como igual que antes solía hacerlo				
6.- Todavía disfruto de las relaciones sexuales				
7.- Noto que estoy perdiendo peso				
8.- Tengo molestias de constipación (estreñimiento)				
9.- El corazón me late más aprisa que de costumbre				
10.- Me canso sin hacer nada				
11.- Tengo la mente tan clara como antes				
12.- Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro				
13.- Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14.- Tengo esperanza en el futuro				
15.- Estoy más irritable de lo usual				
16.- Me resulta fácil tomar decisiones				
17.- Siento que soy útil y necesario				
18.- Mi vida tiene bastante interés				
19.- Creo que les haría un favor a los demás muriéndome				
20.- Todavía disfruto con las mismas cosas				

Paciente: _____

Fecha: _____

Dr.: _____

Diagnóstico: _____

Observaciones: _____

Total calif. básica

Total índice AMD